

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

MP303

Navn / kandidatnr.:

Vidar Bjørn / 1

Å SNU PÅ FLISA

Mellomlederes handlingskompetanse og vegen mot et nytt paradigme for psykiatri og rusbehandling

Dato: 2 mai 2019

Totalt antall sider: 106

Å SNU PÅ FLISA

**Mellomleders handlingskompetanse og vegen mot et nytt paradigme
for psykiatri og rusbehandling**

Vidar Bjørn

MP303P Master i praktisk kunnskap

2019

INNHold:

PROLOG	s. 1
I) INNLEDNING	s. 2
- Kort om SpoR-projektet	s. 2
- Erkjennelsesbuer over min fortelling – leserveiledning	s. 3
II) OM MIN SAMFUNNSMEDISINSKE PRAKSIS - OG OM NOEN LEKSER JEG LÆRTE PÅ VEIEN	s. 5
III) MITT FORHOLD TIL PSYKIATRIEN	s. 10
IV) NÆRMERE OM SPoR-PROSJEKTET	s. 12
- Pasient/brukerperspektivet	s. 12
- Medarbeiderperspektivet	s. 16
- Hva er 'e vi driver med ?	s. 17
V) STUDENT IGJEN – PRAKTISK KUNNSKAP 1. OG 2. ÅR	s. 18
-Teoretisk springbrett	s. 18
- En diskrepanserfaring	s. 18
- De ulike stemmene	s. 19
- Gadamer om forståelse, forklaring og erkjennelse	s. 20
- Polanyi og taus kunnskap	s. 20
- Aristoteles' kunnskapsideal	s. 21
- Medarbeiderperspektivet – det lille feltarbeidet og annetårsessayet	s. 22
- Valg av observasjonsfelt i det lille feltarbeidet	s. 23
- Samhandlingsteamet i Bærum	s. 24
- RoP poliklinikk i Vestfold	s. 24
- Metodiske utfordringer i det lille feltarbeidet	s. 24
- Forberedelser til det lille feltarbeidet	s. 26
- Funn i det lille feltarbeidet	s. 27
- Forforståelse versus ny innsikt	s. 28
- Om å tenke annerledes om det alle ser	s. 29
- Systemer og prosjekter	s. 30
- Handlingsrommets evidens	s. 31
- Samfunnsoppdraget	s. 32
- Tjenestedesign	s. 34
- Myndighet uten kyndighet – kyndighet uten myndighet	s. 34
- Mellomlederperspektivet	s. 35
VI) MASTERGRAD: MELLOMLEDERES HANDLINGSROM OG HANDLINGSKOMPETANSE I ENDRINGSARBEID	s. 36
- Hvordan beskriver og oppsummerer Samhandlingsteamet i Bærum sitt arbeid ?	s. 37
- Samtaler med mellomlederne som sto bak opprettelsen av Samhandlingsteamet i Bærum	s. 39
- Erkjennelse av endringsbehov	s. 41
- Hva hemmer ønskede endringsprosesser	s. 46
- Hva fremmer ønskede endringsprosesser	s. 49
- Hva er viktig i selve endringsprosessen	s. 51
- Språk, kultur og motstand	s. 53
- Opplevde gevinster	s. 55

VII) VITENSKAPSTEORI OG RELEVANTE YTRINGER	
I DEN FAGLIGE DISKURSEN	s. 56
- Kritikk mot psykiatrien	s. 57
- «Hva vet vi om årsakene til psykiske lidelser» ?	s. 57
- Hva kjennetegner ruslidelser ?	s. 59
- «En mindre medisinsk psykiatri»	s. 59
- Om paradigmer	s. 63
- New Public Management – et forvaltningsparadigme	s. 63
- Evidence-based medicine – et biomedisinsk paradigme	s. 64
- Det biomedisinske og det subjektive	s. 68
- EBM + NPM	s. 69
- Begreper om sykdom og diagnose	s. 69
- Hippokrates – og Aristoteles	s. 71
- Det biomedisinske paradigmet versus sykdom som erfaring	s. 73
- Sykdom som tildelt rolle	s. 74
- Ansikt-til-ansikt-relasjoner	s. 75
- Primum non nocere	s. 76
- Reformert	s. 77
- Transaksjon – translasjon	s. 78
- Kompleks organisasjon	s. 81
- Lærende organisasjon – generativ læring	s. 82
- Profesjon – ansvar – risiko	s. 83
VIII) TILBAKE TIL AKTØRPERSPEKTIVET – ANTINOMIBEGREPET	s. 83
IX) HANDLINGSKOMPETANSE OG ENDRINGSDYNAMIKK	s. 87
- Foretaksreformen som diskrepanserfaring og «trigger»	s. 87
- Fagfolk på vandring	s. 88
- Behovet for en god fortelling	s. 88
- Å lede – å sette ny kurs og å holde stø kurs	s. 89
- Å skape momentum	s. 90
- Å lede med fag	s. 91
- Å skape handlingsrom	s. 91
- Re-design	s. 92
- Å organisere seg etter oppgavene	s. 93
- Å skape refleksjonsrom	s. 93
- Samskaping	s. 94
- Samhandling	s. 94
X) DET VIKTIGSTE JEG HAR LÆRT	s. 95
XI) OVERFØRINGVERDI OG PRAKTISKE KONSEKVENSER	s. 99
XII) BEGRENSENINGER OG SVAKHETER I OPPGAVEN	s. 101
EPILOG	s. 102
NOTER	s. 103
LITTERATURREFERANSER	s. 104

Oppsummering

Denne mastergradsoppgaven handler om en lang erkjennelsesreise jeg selv har foretatt.

Jeg påbegynte mitt studium til mastergraden i Praktisk kunnskap som nyblitt pensjonist etter omtrent 35 år som lege innen fagfeltet samfunnsmedisin.

Min siste jobb før pensjonsalder var som leder av et prosjekt som hadde som formål å bedre *samhandlingen* mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, for å kunne levere mer nyttige og mer kostnadseffektive tjenester til pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse. Prosjektet jeg ledet fikk benevnelsen «Samhandling psykiatri og rus i Vestfold» (SPoR). Fokus var på brukermedvirkning og brukerstyrking. Vi klarte i løpet av prosjektperioden bare i beskjeden grad å bedre brukeropplevd nytte, men prosjektet ga gode innspill til forståelsen av «hvor skoen trykker», og til hvordan fagfeltet kunne utvikles.

Undring over hvorfor hjelpeapparatet tross mange års prioritert innsats fortsatt sliter med å levere som forventet på området rus og psykiatri, slapp ikke taket i meg da jeg ble pensjonist, og gjorde meg nysgjerrig på faget praktisk kunnskap. Sluttrapporten fra SPoR-prosjektet hadde tittelen «*Hva er 'e vi driver med ?*», og den formuleringen ble en slags styrende overskrift over hele mitt studieløp ved Senter for Praktisk Kunnskap.

Erfaringene fra SPoR-prosjektet om at styrket *brukerfokus* ikke er nok for å utvikle bedre tjenester trigget interessen for å utforske hva det er mulig å lære ved å være mer lydhør for erfaringene til *medarbeiderne* på feltet. I «det lille feltarbeidet» i 2. studieår undersøkte jeg derfor hvordan medarbeidere i to prosjekter tenkte og handlet når de fikk frie hender til å finne fram til bedre og mer effektiv faglig praksis.

Erfaringer fra de to prosjektene er referert i oppgaven. De samsvarte i sterk grad med hverandre, og dessuten med erfaringene fra SPoR-prosjektet jeg selv ledet. Det naturlige spørsmålet ble derfor: Hvis svaret på hva som er bedre faglig praksis er så klart og også har vist seg mulig å gjennomføre – hvorfor har ingen vært i stand til å endre praksis tidligere ?

Ikke minst mot bakgrunn av mine egne tidligere erfaringer med hvor vanskelig endringsledelse kan være i helsevesenet, fant jeg det uimotståelig spennende til mastergradsarbeidet å prøve å utforske *mellomledernes rolle* i å legge til rette for faglig

utviklingsarbeid. Derfor valgte jeg på nytt å oppsøke Samhandlingsteamet i Bærum – et av de to miljøene der jeg hadde hentet ut medarbeidererfaringer året før.

Jeg lyktes i å rekruttere som informanter de fem mellomledere som var mest sentrale i opprettelsen av Samhandlingsteamet – jeg kaller dem gründerne. I empiridelen intervjuer jeg dem om deres tidligere yrkespraksis, om deres erkjennelse av endringsbehov, om deres handlingsrom, om hvilke ledergrep de sammen tok for å legge til rette for at medarbeiderne kunne endre faglig praksis, og om dynamikken i endringsarbeidet.

I teoridelen prøver jeg funnene opp mot vitenskapsteori, forvaltningsteori, organisasjonsteori og læringsteori, og relaterer også funnene til den løpende diskursen om psykiatrien som fag.

I oppgavens avslutning oppsummerer jeg Bærumgründernes demonstrerte handlingskompetanse – deres praktiske kunnskap i *ett* avsnitt:

De erkjente sammen et behov for å endre faglig praksis. De utviklet sammen et handlingsrom som gjorde det mulig å re-designe det fragmenterte tiltaksapparatet de hadde ansvar for og legge til rette for en samhandlingsmatrise som overskred formell institusjonell/organisatorisk struktur. Endringene ble bredt forankret. Medarbeiderne forble ansatt i sine moderorganisasjoner, men arbeidet under felles faglig ledelse. Det praktiske arbeidet ble organisert etter oppgaveløsning overfor pasienter/brukere som hver av dem hadde delansvar for. De maktet å individualisere tiltakene som var utviklet i samråd med den enkelte pasient/bruker, innen ordinære og påregnelige ressursrammer. Den faglige ledelsen la stor vekt på at medarbeiderne kunne utvikle sin relasjonskompetanse og anvende sitt faglige skjønn, og at all virksomhet tok utgangspunkt i at det var skapt like bilder av målsettingen med tiltakene.

En kritikk av det *biomedisinske paradigmet* som utilstrekkelig som rammeverk for innsats til beste for pasienter med ruslidelse og psykisk lidelse står sentralt, og er slik jeg ser det med på å forklare helsevesenets dårlige resultater på området.

Jeg konkluderer med at Bærumgründernes ervervede *handlingskompetanse* – deres praktiske kunnskap, og den alene – innebærer at en mer *kontekstuell og dialogisk* faglig forståelse legges til grunn for innsatsen på feltet psykiatri og rus. Endringen åpner for en mer formålstjenlig faglig praksis enn den hegemoniske, biomedisinsk dominerte forståelses- og arbeidsmåten.

Jeg mener at endringen i tenkemåte og faglig praksis er så vesentlig og viktig at det er grunnlag for å si at den er *paradigme-endrende*.

Summary in english:

This Master's thesis describes my progress towards fuller awareness of a central interactional issue.

I began working towards a Master's degree in Practical Knowledge as a fresh pensioner, after working for roughly 35 years as a doctor in the field of community medicine.

My last appointment before I retired was leading a project whose purpose was to achieve better interaction between the local authority's community health service and the specialist psychiatric health service, with a view to providing a more useful and cost-effective service to patients with serious substance abuse problems combined with psychiatric disorders. The project was called 'Interaction Psychiatry and Drug treatment in Vestfold' (SpoR Vestfold). The focus was on user participation and greater user input. In the course of the project we had only limited success in raising the users' feeling that the treatment was doing some good, but the project contributed to an understanding of where the problems lay and how the work in this specific area could be improved.

Why, despite being given priority for several years, did the system continue to struggle to make adequate provision in the area of drugs and psychiatry? This question continued to trouble me when I retired, and I was curious about the subject of practical knowledge. The final project report was given the title 'What are we carrying on with?' and this informal way of putting it became the determining theme of my studies at the Centre for Practical Knowledge.

The SPoR project showed that greater focus on the user is not enough to produce a better service. This stimulated interest in exploring what can be learnt by being more receptive to the experiences of colleagues in the field. In the fieldwork element of the second year of study, I examined how differently colleagues in two projects thought and acted when they had the freedom to explore better and more effective approaches.

The results of the two projects are referred to in the thesis. They largely supported each other, and confirmed my experiences from the SPoR project. The natural question then was, if the answer to what constitutes best practice is so clear and so practicable, why has no one been able to change working practice earlier?

Not least in the light of my own experience earlier of how difficult it can be to promote a process of change in the health service, I found it extraordinarily stimulating, in my work for the master's degree, to look into the role of middle management in preparing the ground for professional development work. So I decided once again to get in touch with the Interaction Team in Bærum, one of the two centres where I had received information on colleagues' work experiences the previous year.

I was able to recruit as informants the five middle managers who had had a central role in setting up the Interaction Team. I call them initiators. In the empirical section I interview them on their former working practice, on their recognition of the need for change, on their freedom of action, on which management decisions they agreed to take to make it easier for colleagues to change their practical approach, and on the dynamics of the process of change.

In the theory section I test my results against scientific theory, management theory, organizational theory and the theory of learning. And I also relate the results to the ongoing discussion on psychiatry as a discipline.

In the conclusion of the thesis, I summarize the manifest competence, the practical knowledge of the Bærum facilitators, in one paragraph:

They all admitted a need to change their practical approach. Together they developed free space to act, which made it possible to redesign the fragmented schedule of procedures they were responsible for and put in place a matrix for cooperative interaction which overlapped the formal institutional and organizational structures. The changes were firmly embedded. Colleagues continued to be employed in their own institutions, but worked under common, professional management. The practical work was organized in keeping with task-solving in relation to patients/users which the professionals had joint responsibility for. They succeeded in individualizing the measures that were put into practice in cooperation with each patient/user, within the restraints of ordinary and predictable resources. It was clearly understood that colleagues should be free to develop their own relational competence and

employ their own professional insight, and that in all the procedures adopted they agreed their aims before the work started.

A criticism of the biomedical paradigm as an inadequate framework for efforts in helping patients with drug abuse problems and psychological disorders is central. As I see it, the inadequate paradigm helps to explain the poor results obtained by the health service in this area.

I conclude by saying that the acquired active competence of the Bærum entrepreneurs – their practical knowledge and that alone – implies that professional insight based on context and dialogue should form the basis for efforts in the field of psychiatry and drug abuse. The change clears the way for a more suitable approach than the hegemonic biomedical-dominated understanding-and-working approach.

I believe there is reason to call this profound and important change a paradigm shift.

Samhandlingsteamet i Bærum :

Å SNU PÅ FLISA

**Mellomlederes handlingskompetanse og vegen mot et nytt paradigme
for psykiatri og rusbehandling**

PROLOG

*«Dere er mer opptatt av dere selv enn av meg. Dere hører ikke på hva jeg sier. Dere skjønner ikke hva som er viktig for meg. Jeg vet jeg er syk og trenger å ta medisiner. Men legen tar ikke hensyn til hva jeg sier om at bivirkningene plager meg. Jeg har to store problemer i livet. Det ene er at seksuallivet mitt er helt ødelagt av overmedisinering. Det andre er at jeg har så dårlig økonomi at jeg ikke har sjanse til å leve det livet jeg ønsker. **Hva er 'e dere driver med ?** Det dere holder på med henger ikke sammen. Skjerp dere !»*

Omtrent slik husker jeg det han som jeg vil kalle **Hans**¹⁾ sa til meg da jeg intervjuet ham i 2011. Jeg tror knapt noe jeg har hørt har gjort tilsvarende sterkt inntrykk på meg i de snart førti årene jeg har vært lege. Hans var en alvorlig plaget mann rundt femti år som hadde levd et liv med stor psykisk sårbarhet, og han hadde totalt mistet grepet om sin omgang med rusmidler. Denne formiddagen var han nykter og klartenkt. Jeg intervjuet ham fordi han var deltaker i et prosjekt jeg ledet, som hadde som formål å lære mer om brukeropplevd nytte av samtidige hjelpetiltak fra kommunen og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Det var et sjokk for alle som var involvert i prosjektet da Hans plutselig døde – nesten før vi var kommet i gang med arbeidet. Han ruset seg, ble psykotisk, og omkom i en brann han selv hadde forårsaket. Vi fikk ikke lære mer av ham – antakelig den av prosjektdeltakerne som hadde hatt mest å lære oss om samarbeid med brukerne våre. Hadde alle deltakerne vært like tydelige i tanke og i tale, hadde vi i hjelpeapparatet antakelig klart å samarbeide bedre både med med brukerne og med hverandre. Slik det nå ble, måtte vi gå videre uten Hans, og hendelsen var en kraftig påminnelse om alvoret i oppgaven vi jobbet med.

Denne oppgaven skal handle om min erkjennelsesreise – som møtet med Hans var starten på.

DINNLEDNING

Kort om SPoR-prosjektet

Jeg møtte Hans mens jeg ledet et prosjekt som løp over årene 2010-2013 og som fikk navnet *SPoR Vestfold – Samhandling Psykiatri og Rus*. Bakgrunnen for prosjektet var at engasjerte ledere i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i Vestfold og i fem av de største kommunene i fylket var blitt enige om å utforske følgende problemstilling: Det er noen av pasientene vi samarbeider om å behandle og rehabiliterer som vi tross stor og langvarig ressursinnsats fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen lykkes dårlig med å hjelpe. Hvordan kan vi klare å oppnå større brukeropplevd nytte og høyere kostnadseffektivitet av de samlede tiltakene? Vi startet prosjektet med å sette medarbeidere fra kommunene og spesialisthelsetjenesten sammen for å velge ut de pasientene de syntes vi så langt hadde lyktes dårligst med å hjelpe. Ikke alle de utvalgte ønsket å være med. Vi lyktes å rekruttere 22 deltakere i prosjektet. 21 av de 22 viste seg å falle i gruppa som karakteriseres av samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse (i det følgende vil jeg bruke betegnelsene RoP-lidelse og RoP-gruppa). Vi dybdeintervjuet hver av dem om deres erfaringer som hjelpemottakere, og forpliktet oss til å samarbeide med dem innen rammen av det ordinære hjelpeapparatet i to år, idet vi la *deres* erfaringer til grunn i forsøk på å samhandle bedre med *dem* – og med *hverandre* i hjelpeapparatet. Vi dokumenterte all samhandling, og intervjuet deltakerne igjen etter to år. Det var en klar men ikke særlig stor bedring i brukeropplevd nytte. Men vi gjorde mange erfaringer med vår egen arbeidsmåte og om hvorfor vi har lyktes så dårlig i dette arbeidet. Prosjektet oppsummerte erfaringene og ga sine anbefalinger til oppdragsgiverne i en rapport der vi i tittelen med en liten vri gjorde Hans' ord til våre egne: *Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: Hva er 'e vi driver med?* (Bjørn, 2013)

Å lede SPoR-prosjektet var den siste jobben jeg gjorde før jeg gikk ut i pensjon. Da jeg sluttet, klarte jeg ikke å legge fra meg undringen over hvorfor vi i helsevesenet lykkes så dårlige på et område der det er satt inn store ressurser og der ambisjonene om å lykkes er enstemmige i det politiske miljøet. Da jeg i 2014 ble student ved Senter for Praktisk Kunnskap (SPK) var jeg ikke i tvil om at det var denne problematikken jeg ville fordype meg i:

Hva er det vi driver med når vi sier at vi driver med psykososial rehabilitering av pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse? Hvorfor har vi i

helsevesenet lykkes så dårlig med dette arbeidet ? Hvordan kan vi bli bedre ? Hvilke stemmer er det verd å lete fram og lytte til ?

«Alle snakker om været, men ingen gjør noe med det». Det er sagt og skrevet mye om hva som er galt når det gjelder psykososial rehabilitering av RoP-pasienter, og om hva som må til for å bli bedre. Men det er fint lite å finne om at noen *har gjort noe med det*. Jeg håper at jeg ut fra min empiri kan vise at noen *har gjort noe med det*.

Erkjennelsesbuer over min fortelling - leseveiledning

Når faget er *praktisk kunnskap*, må jeg lete fram og forstå aktørenes demonstrerte *handlingskompetanse* dersom teksten skal leve opp til min ambisjon om å frambringe ny og allment gyldig kunnskap.

Jeg har som student ved Senter for Praktisk Kunnskap jobbet med tematikken gjennom fire år. Det vil gå fram underveis at den foreliggende teksten er en gradvis utbygging av den teksten jeg startet med den aller første dagen på studiet. Når jeg nå mot slutten av arbeidet kikker meg over skulderen, ser jeg at det er *fire buer* som naturlig spenner over fortellingen, og som jeg prøver «å henge erkjennelsen opp i». Trådene som binder teksten opp mot erkjennelsesbuene vil krysse hverandre mange ganger, og er kanskje hver for seg spinkle. Tilsammen håper jeg at kunnskapsarkitekturen er solid nok til å bære et budskap:

Èn bue utgjøres av *min egen historie* som erfarende og reflekterende menneske og yrkesutøver. Det kjennes viktig for meg at min egen erkjenneshistorie får en tydelig plass i teksten, fordi den synliggjør krysningspunktet mellom min egen og mine informanternes erfaringskompetanse.

En annen bue representerer det historiske, geografiske og kulturelle bakteppet (*situeringen*) av de fenomenene jeg omtaler.

Refleksjoner over *psykiatrien* som fag og som organisasjon utgjør en tredje erkjennelsesbue. Ikke minst vil refleksjon over forholdet mellom psykiatri som medisinsk spesialitet og *psykisk helsevern* som virksomhetsområde være viktig. Det samme gjelder spørsmål knyttet til

årsakssammenhenger bak psykiske lidelser.

Vitenskapsteori og *organisasjonsteori* har en sentral rolle som en fjerde bærende bue i min kunnskapsarkitektur.

Gangen i teksten er slik: I kapittel 2 forteller jeg kort om hvordan min karriere som lege ble litt spesiell ved at interessen for *samfunnsmedisin* ganske raskt ble sterkere enn interessen for pasientrettet klinisk arbeid. Jeg kom til å se helsevesenet som system som en «pasient» med svakheter og mangler, og ble særlig opptatt av å ta tak i områder der systemsvikten er mest åpenbar og særlig rammer svakt stilte grupper. Da kunne jeg ikke unngå å bli engasjert på området psykiatri og rus.

I kapittel 3 redegjør jeg for hvordan jeg har kommet til å se på det psykiatriske fagområdet med et *kritisk*, men jeg mener selv samtidig *konstruktivt* blikk.

I kapittel 4 sammenfatter jeg erfaringene fra SPoR-prosjektet som er nevnt i innledningen, og som var mitt siste «arbeidsstykke» før jeg gikk ut i pensjon – og ble student igjen. I det prosjektet var vi særlig opptatt av å hente fram *brukerstemmen* og styrke *brukemedvirkning*.

Kapittel 5 er en sammenfatning av hva jeg synes jeg lærte gjennom de to første årene som mastergradsstudent ved Senter for praktisk kunnskap. Gjennom teoretiske studier og «det lille feltarbeidet» prøvde jeg å lete fram og tydeliggjøre *medarbeidererfaringer* fra fagfolk som har klart å ta innovative grep på RoP-feltet. Det ledet fram til en nysgjerrighet på å finne ut mer om *mellomlederes* rolle i endringsarbeid.

Mellomlederperspektivet ble derfor tema for min mastergradsoppgave. I kapittel 6 redegjør jeg for min empiri som består av samtaler med mellomledere i *Samhandlingsteamet i Bærum* om hvordan de klarte å gjennomføre vesentlige endringer i faglig praksis i psykososial rehabilitering av pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse.

I kapittel 7 prøver jeg empirien om mellomledernes demonstrerte *handlingskompetanse* opp mot *vitenskapsteori* og relevante *diskursive ytringer*.

I kapittel 8 forsøker jeg å lete etter om det er mulig å knytte noen forbindelse mellom

demonstrert handlingskompetanse og en nødvendig *dynamikk* i endringsprosessen.

Kapittel 9 *oppsummerer* den viktigste gyldige kunnskapen jeg mener det går an å hente ut fra erfaringene mine informanter har bidratt med.

II) OM MIN SAMFUNNSMEDISINSKE PRAKSIS – OG OM NOEN LEKSER JEG LÆRTE PÅ VEIEN

Da jeg var ferdig med videregående skole (på latinlinja) og militærtjeneste, var det nettopp blitt 1970-tall. Mens jeg fant ut om det var mulig å komme inn på medisinstudiet «rotet jeg litt rundt» på Blindern (som de fleste vel vet er synonymt med Universitetet i Oslo). Jeg fullførte etterhvert et mellomfag i sosiologi med fordypning i avvikssosiologi. Da jeg kom inn og begynte på medisin ble jeg overrasket over hvor dårlig jeg trivdes med basalfag som anatomi og biokjemi; jeg leste alt mulig annet de første semestrene. Først da kroppens fungeringsmåte i helse og sykdom (fysiologi og patofysiologi) kom på pensumplanen livnet jeg til, og derfra og ut var jeg en fascinert, glad og (med et par negative unntak) alminnelig flink student. Som ung nyutdannet lege opplevde jeg som mange andre et ganske røft møte med den praktiske virkeligheten. Arbeidsbelastningen, særlig vaktbelastningen var langt større, og handlingsrommet langt mindre, enn jeg hadde tenkt meg. Avlønningssystemet i allmenn praksis var basert på stykkpris og akkord, og det var slik jeg erfarte det ikke mulig å overleve økonomisk som allment praktiserende lege dersom man ville jobbe grundig, langsomt og langsiktig – med mer fokus på helse enn på sykdom. Jeg ble et par år i allmenn praksis etter avsluttet turnustjeneste før jeg valgte å prøve meg i en samfunnsmedisinsk stilling²⁾. Jeg fant meg godt til rette med slike oppgaver, og har blitt i det samfunnsmedisinske fagfeltet resten av yrkeslivet. Jeg har aldri ønsket «å ta» den medisinske spesialiteten i samfunnsmedisin, selv om jeg fyller alle krav med unntak av 1/2 års sykehus-tjeneste. Årsaken til min motvilje er at kriteriene for å oppnå spesialiteten etter min vurdering er for mye «medisinske» og for lite «samfunnsfaglige», og at å være «spesialist i samfunnsmedisin» innebærer å pynte seg med lånte fjær. Jeg tror det går an å si at jeg konsekvent har foretrukket *bredden* fremfor *dybden* når det gjelder faglig orientering. Det har vært viktig for meg å jobbe med oppgaver som har gitt rom for endring og utvikling, og som derfor har gitt utløp for kreativitet.

Jeg tror det ble som det måtte bli at jeg kom til å interessere meg for psykiatri og psykisk helsevern mot slutten av yrkeslivet. Jeg vil kort skissere «min vei hit» - *min* samfunnsmedisinske praksis.

Til mellomfaget i sosiologi skrev jeg en oppgave om *medisinen som samfunnsinstitusjon*, og slik sett startet min samfunnsmedisinske karriere allerede tidlig i 1970-årene på Blindern – og derfor egentlig før jeg begynte på medisinstudiet. Jeg har hele tiden dratt med meg *systemperspektivet* på helsevesenet, og for hvert skritt på yrkesveien syns jeg at jeg har lært noe nytt om helsevesenet som system og samfunnsinstitusjon.

Jeg hadde allerede i studietiden (dette var jo på det radikale 1970-tallet !) opparbeidet en *sosialmedisinsk* orientering. I det legger jeg særlig to ting: En bevissthet om hvordan uheldige levekår slår ut helsemessig, og et ønske om å bidra til rettferdig og behovstyrt fordeling av tilgjengelige helsetjenester.

Min første samfunnsmedisinske jobb var som assisterende fylkeslege i sosialmedisinsk sektor i Vestfold i 1982. Den gangen var det en typisk rekrutteringsstilling. En stor del av arbeidet besto av trygdemedisinsk rådgivning, og det ga godt innblikk i hvordan sviktende helse og funksjonshemning får *konsekvenser* for menneskers livskvalitet og deltakelse i hverdagslig samfunnsliv.

Min daværende sjef hadde et syn på helsevesenets *mulig proaktive rolle* som jeg likte godt. Han mente det nok også konkret, men brukte det ofte som en metafor: Ambulansesjåførene bør ikke sitte og vente på å skulle hente pasienter med bruddskader når det har snødd om natta, men koble på strøvogner og dra ut for å forebygge bruddskader ! Denne sjefen ga meg, i samråd med overlegen på barneavdelingen på sentralsykehuset, i oppdrag å utvikle og gjennomføre et prosjekt for å demonstrere hvordan det er mulig å forebygge barneulykker. Jeg rigget et prosjekt som samlet data om ca. 3500 ulykkeshendelser fra alle deler av helsevesenet i Vestfold fylke i løpet av et år, og analyserte og brukte materialet til å utvikle forebyggingsstrategier. Mange ventet nok at det skulle bli en doktorgrad ut av det datamaterialet. Det sier vel sitt om min samfunnsmedisinske orientering at jeg isteden valgte å bruke anledningen til å reise rundt i kommunene og dra i gang lokale handlingsutvalg for ulykkesforebygging. På et tidspunkt var slike utvalg i sving i 16 av de den gang 21 kommunene i Vestfold – i de fleste tilfellene med helsesøstrene som lokal krumtapp. Seinere, da fylkeslegeetaten fikk ny leder og andre styringssignaler fra de sentrale helsemyndighetene, ble slikt arbeid ikke lenger prioritert, og min og etatens pådriverrolle i ulykkesforebyggende arbeid ble ikke videreført. Det førte til at nettverket av lokale handlingsutvalg forvitret. Og jeg lærte en lekse om betydningen av forankring og langsiktig strategisk tenkning, som ikke hadde

vært ivaretatt i tilstrekkelig grad i barneulykkesprosjektet.

1980-tallet var en periode med kraftig opprusting av kommunenes oppgaver i helsetjenesten: Ansvar for allmennlegetjenesten og helsesøstertjenesten ble overført fra staten, og ansvaret for sykehjemmene og omsorgen for psykisk utviklingshemmede ble overført fra fylkeskommunen. Med skrikende mangel på formell kompetanse fikk jeg hovedansvar for fylkeslegeetatens arbeid med å veilede kommunene i prosessen rundt *planlegging av helsetjenester*. Dette skjedde i et nært samarbeid med fylkesmannsetaten; dette var før de to etatene (pluss Statens utdanningsdirektør) ble slått sammen til det utvidete fylkesmannsembedet. Jeg lærte mye i de årene: At når statens tilsynsmyndighet har etterspurt kompetanse å by på, så får etaten også en større autoritet som tilsynsfører. Og jeg forsto at uansett hvor nøye grensesnittet for fordeling av ansvar mellom to samarbeidende enheter i helsevesenet søkes definert (den gangen mellom kommunene og fylkeskommunen), så er det uunngåelig at det oppstår *gråsoner*. Uansett mengde ressurser hver del av tjenesteapparatet har til rådighet vil det oppleves som knapphet i forhold til de pålagte oppgavene, og det vil lett oppstå et spill om gjensidig ansvarsfraskrivelse – gråsoner - langs samarbeidsflatene. Hele resten av mitt yrkesaktive liv har jeg vært opptatt av om det er mulig fra sentralt hold å utforme politikk og incentivordninger som fremmer effektiv *ansvarsdeling* - ikke bare presis *ansvarsfordeling* mellom samarbeidende enheter. Jeg så tidlig at det var de pasientene som hadde mest sammensatte og langvarige hjelpebehov som ble kasterballe og tapere i dette spillet.

Jeg fikk også tidlig øynene opp for den viktige forskjellen mellom *planlegging av helsetjenester* og det som på engelsk kalles *planning for health*, og som jeg mener best kan oversettes med *helsehensyn i samfunnsplanlegging*. Dette var tidlig på 1980-tallet; seinere har begrepet *folkehelsearbeid* kommet til å dekke omtrent det vi prøvde å få til i Vestfold i de årene – i et bredt anlagt samarbeid om skolering både lokalt, regionalt og faktisk internasjonalt mellom tilsynsmyndighetene (fylkesmannen og fylkeslegen), fylkeskommunen og kommunene. Tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid i analyse og utredning av behov, og planlegging av virksomhet fikk et oppsving. Ikke minst for oss som deltok i dette fra et helsefaglig ståsted ble det en øyeåpner å lære hvordan vi kunne bruke statistiske registerdata for å utvikle folkehelseprofiler som grunnlag for målrettede helsefremmende strategier – ikke bare nasjonalt, men også regionalt og lokalt. Omtrent samtidig kom et tillegg til kommunehelseloven som påla kommunene en mer aktiv rolle i det som ble kalt *miljørettet*

helsevern (omgivelsehygiene). Da måtte vi lære oss mer om kloakk, støy, luftforurensning, innelima og liknende tema. Dette innebar nye oppgaver for mange, og som tidligere, var veien vi valgte å gå at vi opprettet et fagforum for å *skolere oss sammen*. Fylkesmannen og fylkeslegen hadde, som det fremgår, en klarere todeling av oppgavene den gang mellom på den ene side tilsyn, og på den annen siden såkalte direktoratsoppgaver – dvs. politikktutforming og politikkgjennomføring. Seinere er etter min erfaring tilsynsprofilen blitt helt dominerende – en utvikling jeg er skeptisk til.

Etter noen år som læregutt i det samfunnsmedisinske fagfeltet fikk jeg i 1989 som «ung og lovende» anledning til å ta permisjon for å videreutdanne meg gjennom en mastergrad i helseadministrasjon (Master of Health Administration – MHA). Jeg var blitt særlig opptatt av om det er mulig i større grad «å lede med fag» i helsevesenet – også dette er en interesse jeg har tatt med meg videre i yrkeslivet. Jeg skrev avhandlingen «Kyndighet og myndighet – en studie av fylkeslegeetatens rolle i forvaltningen og helsepolitikken» (Bjørn, 1990), der hovedfunnet var at juridisk og medisinsk faglig dominans hadde avløst hverandre i nokså regelmessige svingninger med tyve års mellomrom opp gjennom etatens historie i det 20. århundret. Jeg tror at jeg allerede den gangen rundt 1990, takket være et «medbragt» sosiologisk perspektiv, var ganske bevisst at medisinsk faglig dominans var et tveegget sverd, med iboende tilbøyelighet til reduksjonisme og biologisering. Fyndordet «å lede med fag» har jeg derfor alltid forstått i en bredere betydning enn at «doktor'n vet best». Å lede med fag må heller ses som et ideal om helsefaglig formålstjenlighet holdt opp mot juridisk rettighetslogikk og forvaltningsmessig ansvarslogikk. Jeg har alltid forstått begrepet «fag» mer i en *bred* enn i en *dyp* forstand.

Med interessen for samfunnsmedisin, folkehelsearbeid og mitt nye papir i lomma på at jeg kunne noe om helseadministrasjon, startet en periode med lederjobber i kommunehelsetjenesten. Jeg hadde ti travle og interessante år som helsesjef og kommuneoverlege i to bykommuner i Vestfold. Jeg erfarte raskt at linjeledelse i overveiende grad kom til å dreie seg om økonomi- og personalforvaltning, og at kapasiteten til å stå fram som «hærfører» for folkehelsen og for samfunnets stebarn var begrenset. Jeg hadde forventning om at kommunaliseringen av helsetjenestene tidlig på 1980-tallet hadde beredt grunnen for et interessant og spennende samspill mellom den politiske og den faglige ledelsen om lokalt å utvikle helsetjenesten i proaktiv retning. Virkeligheten ble mer traurig. Slik jeg ser det: Den massive utvidelsen av kommunenes oppgavevolum som skjedde på 1980-tallet førte til stress på en organisasjonsstruktur og fagkultur som var gammel, stiv og lite tilpasset de nye

ambisjonene om en mer proaktiv kommune. Finansieringen var utilstrekkelig for de mange oppgavene, som særlig på området behandling, pleie og omsorg er tilnærmet ubegrenset. Som en del av den kommunale «bunnplanken» i velferdsforvaltningen har kommunehelsetjenesten siden 1980-tallet aldri kommet på offensiven – alltid vært «på hæla» med hensyn til oppgaveløsning og utvikling.

Det var altså ikke noen fest å være overlege i kommunehelsetjenesten på 1990-tallet. Men jeg fikk god innsikt i fenomenet *gråsoner* i de årene. Kommunene og spesialisthelsetjenesten utviklet gjensidig ansvarsfraskrivelse til et håndverk (og jeg som jobbet i kommunen mente selvfølgelig at spesialisthelsetjenesten behersket det tvilsomme håndverket best!). Og jeg lærte mye om hvem som var gråsonepasientene: Det var de som *ikke klart* hørte til under ansvarsområdet til én – og bare én – av aktørene i det fragmenterte helsevesenet; når ansvaret var enten sammensatt eller uklart. *Ditt bord eller mitt bord*. Mennesker med adferdsvansker, oftest på grunn av kroniske psykiske lidelser eller utviklingsforstyrrelser, var de største gråsonegruppene, og store summer var i spill rundt hvem som ble sittende med ansvaret i hver av sakene. I all beskjedenheter vil jeg nevne at flere kolleger mener jeg var den første i fagmiljøet som på tidlig 1990-tall tok i bruk begrepet *samsone* til erstatning for begrepet gråsone, og som etterlyste bedre *samhandling* mellom de involverte aktørene. Da Samhandlingsreformen ble lansert mange år seinere (2009), var jeg derfor helt med.

Som kommunal helseleder fulgte jeg naturlig nok ivrig med på diskusjonen om situasjonen til nettopp kronikerne i psykiatrien. Dette var godt dokumentert i en rapport med den talende tittelen «Velferdsstatens forsømte gruppe» fra Rådet for psykisk helse i 1995. Hovedpoenget i rapporten var at institusjonsomsorgen i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten over en tyveårsperiode var bygget ned uten at omsorgstilbudene ute i kommunene var bygget opp. Etter uvanlig raskt faglig og forvaltningsmessig fotarbeid fra sentrale helsemyndigheters side kom forslaget om en opptrappingsplan for psykisk helse (OTP) opp til politisk behandling gjennom Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) - «Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene». Stortinget ga sin enstemmige tilslutning til OTP, og ved at de allerede i 1997 vedtok Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98) gjorde de det uvanlige å forplikte seg til å bevilge og trappe opp øremerkede midler i milliardklassen til styrking av psykisk helsevern - over to stortingsperioder. Det politiske oppdraget trakk opp de overordnede rammene med hensyn til formål og måltall, og kommunene og spesialisthelsetjenesten fikk øremerkede tilskudd mot at de forpliktet seg til å kartlegge behov, og lage og gjennomføre egne planer for slik ny virksomhet. Det lå, slik jeg så det, an til tidenes sosialmedisinske dugnad i Norge, og

den dugnaden ville jeg være med på. En del av OTP var at hvert av fylkeslegeembedene (som i løpet av perioden skulle komme til å bli en del av fylkesmannsembedene) fikk en øremerket stilling til å veilede og følge opp arbeidet i hvert fylke. Jeg søkte og fikk den jobben i Vestfold, og returnerte altså til min tidligere arbeidsgiver, men i en annen funksjon. Jobben var i første omgang for fire år - seinere utvidet til åtte. Det var veldig interessante arbeidsår, med mye kreativitet i alle ledd. Jeg erfarte at alle aktører i det «uendelige» landskapet som utgjør velferdsforvaltningen strekker seg mot øremerkede midler «som slyngplanter strekker seg mot lyset». Ikke minst smurte slike midler tverrfaglig utviklingsarbeid og samhandling.

Da Opptrappingsplanen var over søkte og fikk jeg jobben som leder for SPoR-prosjektet som er kort omtalt ovenfor, og som jeg straks skal komme tilbake til.

III) MITT FORHOLD TIL PSYKIATRIEN

I 2002 trådte *Lov om statlige helseforetak mm.* i kraft. Loven innebar at ansvaret for spesialisthelsetjenestene ble overført fra fylkeskommunalt ansvar til fem, seinere redusert til fire regionale statlige helseforetak. Der OTP hadde vært en ganske stor bølge, var helseforetaksreformen en kjempebølge. I en viss forstand dro de to statlige initiativene, slik jeg erfarte det som jobbet med OTP og var opptatt av kronikernes situasjon, i hver sin retning: Der OTP stimulerte til samhandling med pasientenes behov i fokus, stimulerte helseforetaksreformen til *spissing* av spesialisthelsetjenestenes tenkning rundt kompetanse og ansvar, og bidrog derfor til en tilbaketrekking fra utviklingsorientert samhandling med kommunene. Dette skjedde omtrent samtidig med endringer i kommunenorge, hvorav særlig to etter min vurdering er av betydning for situasjonen til kronikerne: De fleste kommunene gikk over fra en trenivåmodell (rådmann + etater + virksomheter) til en tonivåmodell (rådmann + resultatenheter), med økt vekt på økonomistyring. Og det ble innført skille mellom vedtak/bestillerenhet og utførerenhet. Tilsammen bidrog disse endringene til større vektlegging av økonomi og plikt, og mindre vekt på fag, behov og tverrfaglig samarbeid - også i kommunene.

Trond Hatling, leder for Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), kommenterer dette forholdet slik (Hatling 2016, s. 223):

En kan i ettertid bli litt mismodig over at vi i løpet av de ti årene med

Opptrappingsplanen i så altfor liten grad utviklet en kultur for systematisk læring gjennom innovasjonene, inkludert ressursbruk.

Jeg har aldri jobbet som pasientbehandlende lege i psykiatrien. Jeg mener selv at jeg fra andre posisjoner har opparbeidet en kritisk, men konstruktiv holdning til hvordan psykiatrien løser sitt samfunnsoppdrag. Det er de samme sidene ved *psykiatrien* som medisinsk spesialitet og *psykisk helsevern* som samlet virksomhet som gjør fagfeltet vanskelig, som også gjør det fascinerende. Uansett hvilken side man nærmer seg fagfeltet fra (sykdomsårsaker, symptomatologi, diagnostisering, tiltak) er det nødvendig å legge en bred *bio-psyko-sosio-kulturell* forståelsesramme til grunn. Som samfunnsmedisiner har jeg i mer enn 30 år jobbet tett opp mot det psykiske helsevernet fra ulike posisjoner: Som kommunal helsesjef opplevde jeg at en stor og komplisert del av samarbeidsflaten mot spesialisthelsetjenesten dreide seg om fordeling av ansvar og ressursbruk mellom kommunen og det psykisk helsevernet. Som statlig tilsynsfører fikk jeg god innsikt i problematikk knyttet til de repressive sidene av psykiatrien, med avveining mellom rettsikkerhet og pasientvern på den ene side og behovet for samfunnsvern og anvendelse av tvangshjemler på den annen side.

Det foregår til enhver tid flere viktige og engasjerende diskurser knyttet til det medisinske fagfeltet psykiatri. En diskurs dreier seg nettopp om psykiatriens iboende repressive potensiale; den kommer jeg tilbake til seinere i oppgaven. En annen viktig diskurs dreier seg om den dominerende posisjonen biomedisinsk forståelse og medikamentell intervensjon har fått i psykiatrien - som følge av den farmakologiske industriens finansiering av slik forskning, og på bekostning av annen metodeutvikling. Den diskusjonen må jeg av plasshensyn la ligge. Jeg har siden studietiden på 1970-tallet latt meg inspirere av den norske psykiateren Svein Haugsgjerds reflekterte og bredt orienterte syn på forholdet mellom psykiatri og samfunn. Det seneste av hans bidrag som jeg har lest er artikkelen «Som natt og dag - om ordene som en spinkel bru fra ett sinn til et annet» (Haugsgjerd 2015, s. 157). Her ironiserer han over de kreftene som styrer psykiatrifaget nå for tiden (uthevingene er mine):

*Tidsånden tilsier at alt det særegne ved vårt yrke som gjør det attraktivt, spennende, utfordrende og utviklende, er noe sekundært, en privatsak så å si, nesten som tro eller seksuell preferanse. Det sentrale er bare at vi har den nødvendige **kunnskapen** til å utføre de **standardiserte metodene** for undersøkelse og behandling som er beskrevet i de **nasjonale retningslinjene** for den ene eller andre lidelsen, og deretter at vi kan*

*dokumentere at dette er gjennomført i overensstemmelse med de **kvalitetssikrete prosedyrene**, etterprøvbare for **Riksrevisjonen** og sikret mot kritikk fra forsikringsselskaper og media.*

Haugsgjerd relaterer dette til diskursen om den plassen New Public Managementideologien (NPM) har fått - i velferdsforvaltningen som ellers i samfunnet. Etter min vurdering karakteriserer han møtet mellom NPM-ideologien og psykiatrien på en svært treffende måte. Jeg skal seinere i teksten drøfte ulike forhold opp mot forvaltningsparadigmet New Public Management.

IV) NÆRMERE OM SPoR-PROSJEKTET

Pasient/brukerperspektivet

Jeg hadde altså erfart, som også Trond Hatling som er sitert ovenfor, at alt ikke var bare bra, selv etter ti år med massiv satsing på psykisk helse under OTP. Noen våkne og engasjerte ledere i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og i fem kommuner i Vestfold var av samme mening. Etter Opptappingsplanen bød det seg derfor raskt en ny mulighet for spennende jobb: I prosjektet som etterhvert fikk navnet «SPoR Vestfold – samhandling psykiatri og rus», og som jeg ble rekruttert til å lede i årene 2010-2013, var det altså ledere i kommunene og i spesialisthelsetjenesten i Vestfold som sammen hadde tatt initiativet og gitt oppdraget:

Prøv å finne ut hvorfor det er så vanskelig å få til gode resultater når det gjelder psykososial rehabilitering av pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse, og prøv å gjøre det bedre.

I løpet av de to årene vi jobbet aktivt sammen med dem i SPoR-prosjektet, klarte vi bare i beskjeden grad å bedre deltakernes subjektive opplevelse av nytte av de tilbudene de mottok. Svært mange av deltakerne ga på forskjellig måte uttrykk for at de ved å tilhøre gruppa som har rusmiddelavhengighet som et av flere problem, opplevet seg som stigmatisert, gruppemessig *fordømt* og ikke prioritert av det psykiske helsevernet.

Det følgende utsagnet er konstruert slik jeg i sluttrapporten tenkte meg at den typiske deltakeren i SPoR-prosjektet *kunne ha formulert seg* om sine erfaringer med prosjektet (Bjørn, 2013, s. 21):

Jeg har fått det litt bedre, og hjelperne gjør så godt de kan innen de rammene de har. Men tiltakene de rår over treffer ikke noe bedre det som er mine målsettinger, og er derfor ikke blitt mer nyttige for meg.

Derimot lærte vi ganske mye om hvorfor vi *ikke* får det til bedre. Før jeg sier mer om dette, vil jeg gi noen eksempler på læring fra saker der prosjektet allikevel bidro til gjøre en positiv forskjell. Dette er slik vi oppsummerte samarbeidet med de av deltakerne jeg velger å kalle **Anne, Petter, Lise, Trond og Turid:**

Anne var i førtiårene, og årelangt tungt misbruk hadde berøvet henne det meste av både fysisk og mental kapasitet. Hun var smerteplaget og gangfunksjonhemmet på grunn av en utslitt hofte, og kom seg sjelden ut av leiligheten som lå i annen etasje uten heis. I stedet var det jevn trafikk av drikkevenner på besøk til henne. Både smerteplagene og mulige utsikter til bedre sosial fungering tilsa at hoften burde opereres. Men hennes rusadferd måtte under kontroll dersom operasjon skulle kunne gjennomføres. På psykiatrisk akuttpost hadde Anne vært ofte, så der var hun kjent og trygg. Posten sa seg villig til å skjerme og avruse henne noen dager før operasjonen, og også til å huse og skjerme henne de første sårbare dagene etter operasjonen. Operasjonen ble vellykket gjennomført - både den kirurgiske og den sosialmedisinske. Det hører med til historien at Anne nokså raskt etterpå ble så mentalt svekket at hun måtte ivaretas i en heldøgns pleieinstitusjon. Men de involverte samarbeidspartnere registrerte historien som et vellykket eksempel på hva man kan få til sammen ved utradisjonell tenkning om ansvarsdeling.

Petter var litt av en utfordring både for kommunen og for spesialisthelsetjenesten. Han klarte aldri å overholde tidsavtaler med behandlerne. Han raserte alle husvære han fikk tildelt. Han gjorde gjentatte innbrudd i butikker og restauranter. Etter hvert så vi at det var et mønster i hans rotete livsførsel: Det meste dreide seg om at han var veldig glad i mat. Vi klarte å organisere samarbeidet slik at medisiner (som injeksjon og under tvungent vern) ble kombinert med middagsbesøk på den sykehusposten der han var best kjent. Og behandleren som fulgte ham opp fra poliklinikken traff alltid Petter hjemme til avtalt tid etter at hun begynte å gå innom sykehuskjøkkenet og få med seg en solid matpakke på vei til avtale med ham. Etter dette ble det mye mindre sosial støy i nærmiljøet. I det store kostnadsbildet betyr en matpakke fra eller til veldig lite !

I tillegg til at hun hadde en medikamentavhengighet som gjorde at hun var med i rus- og psykiatriprosjektet, hadde **Lise** også alvorlige somatiske helseplager. Hun var blitt vurdert som ikke syk nok til å få oppfølging av psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Hun hadde slitt ut et

stort antall kommunale medarbeidere med stadige krav om flere og annerledes tjenester – og andre tjenesteytere. Foreldrene var utslitt av å måtte stille opp for henne og av å slåss for henne mot byråkratiet. Da vi satte oss ned sammen med familien og prøvde å se på situasjonen med friske øyne, forsto vi at både Lise og foreldrene var blitt sittende fast i offerroller, og at de stadige kravene egentlig måtte forstås som appeller om å bli sett og akseptert. Psykiatrisk poliklinikk kom opp med et veiledningstilbud som ikke tok utgangspunkt i Lises egne problemer, men i det dysfunksjonelle samspeillet mellom henne, foreldrene og hjelpeapparatet. Kommunen sørget for å samle oppgavene overfor henne på bare en eller to medarbeidere. Samlet ressursbruk gikk ned. Både Lise og foreldrene ga snart uttrykk for at de var mye mer fornøyd med livet og med hjelpen de fikk.

Trond var en feiende flott utseende mann tidlig i tjuårene, med en alvorlig psykiatrisk sykehistorie. Vi hadde erfaring for at han kunne opptre veldig uforutsigbart og truende når han fikk psykotiske gjennombrudd – noe som hadde skjedd flere ganger i forbindelse med behandlingssvikt eller rusing. Rehabiliteringsprosessen hadde nå gått bra lenge, og det store siktemålet var ferdigstillingen av boligprosjektet der han var tildelt en av leilighetene. Så kom beskjeden om at boligtiltaket på grunn av budsjettsvikt allikevel ikke kunne bemannes og iverksettes. Trond ble veldig skuffet, og dette var sterkt medvirkende til at han ville vekk fra alt og reiste utenlands for å oppsøke noen han var i familie med. Alarmen gikk – også innen politiet. Her måtte vi forberede oss på å få hjem en ubehandlet og sterkt sykdomspreget ung mann, og risikoen for at han skulle rote seg bort i noe alvorlig ble vurdert som overhengende. Da han kom hjem etter noen uker, var han sterkt sykdomspreget, og ble direkte innlagt på akuttpost hvor behandlingen ble gjenopptatt. Takket være god innsats fra slektingene, hadde han ikke ruset seg, og ikke skapt problemer for andre. Det ble ett skritt fram og to tilbake i rehabiliteringsprosessen, men den kom i gang igjen. Det kunne fort blitt ett skritt fram og fem tilbake. Og vi lærte en viktig lekse om betydningen av forutsigbarhet.

Historien til **Turid** illustrerer et annet poeng. Også hun hadde satt grå hår i hodet på de fleste medarbeiderne som var involvert både i kommunen og i psykiatrien. Hun var intellektuelt og verbalt sterk, og det var en utbredt irritasjon over hvorfor hun ikke selv klarte å ta mer fatt i sine egne hverdagsproblemer. Vi hadde nok ikke skjønt hvor psykisk syk og sårbar hun egentlig var. Først da en fornyet utredning ble foretatt, skjønnte vi det. Da ble det også aksept for at behovet for mer omfattende kommunal oppfølging var reelt, og at det var nødvendig å håndtere saken på et nivå høyere i den kommunale organisasjonen for å sikre at de ulike tiltakene ble samordnet. Koordinatorfunksjonen ble styrket. Turid ble mer tilfreds, og samlet

ressursbruk ble redusert.

Samarbeidet med Anne, Petter og Lise lærte oss om betydningen av å være i stand til å kommunisere med brukerne om deres opplevelse av *nytt* av hjelpetjenestene, og å klare å tenke «utenom boksen» for å finne de beste løsningene. I historien til Trond ble vi minnet om at for mennesker i sårbare situasjoner er forutsigbarhet og påregnelighet spesielt viktig. Turids sak gjorde det tydelig hvor viktig det er å ha mest mulig presise og mest mulig like bilder av oppgavene hvis vi skal klare å løse dem sammen.

Alle sakene illustrerer at det lønner seg for alle involverte parter å være mer opptatt av *ansvarsdeling* enn bare av *ansvarsfordeling*, og at å satse på kvalitet i arbeidet er en investering som er lønnsom allerede etter ganske kort tid.

Hvorfor er det så mange eksempler på at vi ikke får til gode samlede løsninger når det er så store ressurser i sving? Jeg mener SPoR-prosjektet lærte oss at vi har tendens til å være for mye opptatt av hva pasientene har *rett til*, og for lite opptatt av hva de har *nytte av*. Vi er for mye opphengt i hva vi har *plikt* til å yte, og for lite i hva vi *er i stand* til å yte. Vi er ikke gode nok på å planlegge gode og nyttige *forløp* i rehabiliteringsarbeidet når flere enheter i hjelpeapparatet er involvert – vi kan godt si at vi ikke er gode nok på «forløpsledelse». Slik blir det når psykiatrifaget (som Haugsgjerd beskriver det) møter den delen av kommunalt sosialt arbeid som noen har valgt å kalle *psykisk helsearbeid* under et regime à la New Public Management.

I anbefalingene til oppdragsgiver prøvde SPoR-prosjektet å bidra til ny forståelse av hvordan tiltak rundt RoP-pasienter kan «rigges» for at mottakerne skal oppleve dem som mer nyttige og mer effektive. Vi pekte på betydningen av å ta inn over seg at avhengighet av rusmidler som oftest er en *komplikasjon* til alvorlig psykisk sårbarhet og at de to tilstandene må håndteres samlet og med tilstrekkelig tilgang på kompetanse og ressurser. Vi dokumenterte at intervensjon ved RoP-lidelser må skje tidligst mulig etter at risiko er erkjent for å forebygge «brenning av broer» og kronifisering. Vi erfarte at RoP-pasienter i like høy grad er *psykososialt funksjonshemmet* på grunn av tapt læring og modning som de er syke, og at tiltak derfor må handle mer om pedagogikk, støtte og motivering enn om behandling etter en medisinsk modell. Etter min mening er det også grunnlag for å stille spørsmål om det dreier seg om *rehabilitering* av personer som er *blitt* syke og funksjonshemmet, eller *habilitering* av personer som aldri tidligere har klart å etablere selvstendig livsmestring. Prosjektrapporten argumenterte for betydningen av å gi større rom for felles refleksjon mellom aktørene for å

skape like bilder av målsettinger og utfordringer på veien. Hjemmemiljø ble framhevet som den mest velegnede *innsatsarenaen* i de aller fleste typer tiltak. Vi fant grunnlag for å argumentere for sterkere vektlegging av funksjonen som *pasientkoordinator* når tjenesteinnsatsen er omfattende og sammensatt - en utfordring som særlig spesialisthelsetjenesten etter prosjektets erfaring har forsømt. Vi foreslo også utprøving av en mindre og for pasientens vedkommende mer involverende *samarbeidsmodell* enn de tradisjonelle store ansvarsgruppene.

Ottar Ness har skrevet et essay han kaller «De små ting – om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse og rusarbeid» (Ness 2016, s. 58 ff). Jeg syns begrepet *relasjonell etikk* rammer inn SPoR-prosjektets møte med brukerperspektivet på en treffende måte. Det må kunne ventes av oss som jobber i helevesenet at vi er i stand til å opptre på måter som ikke skader men fremmer *håp* og *selvrespekt* hos de menneskene vi foregir å skulle hjelpe.

Medarbeiderperspektivet

Når jeg i SPoR-sammenheng bruker begrepet *medarbeider*, tenker jeg først og fremst på psykiatriske sykepleiere og sosialfaglig utdannede høgskolekandidater, svært mange med tilleggsutdanning, som har den daglige pasientkontakten i kommunene og i de ulike enhetene i spesialisthelsetjenesten – både poliklinikker og sengeposter. Min forståelse av betydningen av å lytte mer til medarbeidernes synspunkter oppsto underveis i SPoR-prosjektet. Vårt hovedfokus i prosjektet var å utforske brukerperspektivet og utvikle bedre brukermedvirkning. Underveis ble jeg klar over at en tydeligere og mer systematisk tilnærming til medarbeidernes yrkeserfaringer ville gitt bedre bidrag til å forstå *misforholdet* mellom politisk vilje, ressursinnsats og oppnådde resultater på RoP-feltet. Medarbeiderne står midt mellom de overordnede «top-down» *intensjonene* og de brukeropplevde «bottom-up» *erfaringene*. Derfor leste jeg etter at prosjektet ble avsluttet SPoR-materialet på nytt med skjerpet blikk for *medarbeidererfaringene*. De følgende betraktningene representerer min forforståelse av noen viktige medarbeidererfaringer på RoP-feltet – i etterkant av SPoR-prosjektet og før jeg nærmet meg dem på nytt som student ved Senter for Praktisk Kunnskap.

Da kommunenes helse- og sosialtjeneste og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i SPoR-prosjektet sammen skulle plukke ut de pasientsakene der vi syntes samarbeidet fungerte dårligst, falt 21 av 22 saker i kategorien rus-og-psykiatri (RoP). Langvarige og sammensatte brukerbehov synes altså å være ensbetydende med samarbeidsproblemer. Det var tidligere ikke

gjort noen særlig innsats i Vestfold for å prioritere tid til samarbeid og for å utvikle samarbeidsmetodikken i disse særlig vanskelige sakene, noe som burde ha vært en logisk konsekvens dersom en slik erkjennelse var gjort tidligere. Prosjektet erfarte at kommunene hadde kommet mye lenger enn spesialisthelsetjenesten når det gjelder å utvikle funksjonen som pasientkoordinator i vanskelige enkeltsaker.

Særlig på kommunal side var fagfeltet RoP preget av høy turn-over i stillingene, og høy prosent sykemeldinger. Medarbeidere i spesialisthelsetjenesten uttrykte at trivselen i deres arbeidssituasjon var betydelig forverret de seneste årene. De knyttet det særlig til tre forhold, som alle påvirker deres forhold til pasientene: En klart større andel av arbeidstiden går med til å *dokumentere* utført arbeid. Det samme gjelder *rapportering* av virksomhet. Konsekvensen er mindre pasienttid. I tillegg forutsetter virksomhetsplanene i spesialisthelsetjenesten *raskere avslutning* av pasientkontakter.

Jeg mener det fra et *medarbeiderperspektiv* gikk an å se konturene av at en *ond sirkel* rammer oppgaveløsningen på RoP-området:

Utfordringene er store. Tiltaksapparatet er fragmentert. Målsettingen med innsatsen er ofte uklart formulert, med den følge at det er vanskelig å dokumentere og evaluere oppnådde resultater. Isteden blir det viktig å dokumentere virksomhet. Når en ikke kan måle resultatene av innsatsen, blir de uløste problemene dominerende. Opplevelse av svake resultater gir dårlig trivsel. Dårlig trivsel fører til mange sykemeldinger og høy turn-over. Høy turn-over gir dårlig kontinuitet i relasjoner. Dårlig kontinuitet gir dårligere resultat.

Hva er 'e vi driver med ?

Min siste arbeidsoppgave før jeg gikk over i pensjonistenes rekke var å arrangere avslutningskonferansen i SPoR-prosjektet og å overlevere prosjektgruppas rapport til oppdragsgiverne. Med en liten vri på Hans' pregnante utsagn som er gjengitt i innledningen til denne teksten, ga vi rapporten tittelen *Hva er 'e vi driver med ?* Vi hadde ikke klart å gjøre så stor forskjell som vi håpet for pasientene, men vi syntes vi hadde mye å si om årsakene til at helsevesenet ikke lykkes bedre på RoP-området. I tiden etter prosjektet ble jeg invitert til å forelese over stoffet ved flere høgskoler, og det var ikke minst i diskusjon med studentene i ulike mastergradsprogram, som de fleste var ganske erfarne yrkesutøvere på RoP-området, at det ble klart for meg at spørsmålet og undringen som ligger i rapportens tittel ikke ville slippe

taket hvis jeg ikke anstrengte meg mer for å besvare det.

Brukersynpunktene var jo kommet bra fram i SPoR-prosjektet. Hva årsakene er til at ledere og medarbeidere i hjelpeapparatet ikke har klart å møte behovene på en bedre måte syntes jeg det var vanskeligere å få grep om. Derfor var det særlig *medarbeiderperspektivet* som uroet meg, og som jeg syntes det var verd å jobbe videre med da jeg ble student igjen:

Hvilket kunnskapstilfang er det som ligger i fotfolkets ervervede yrkeskunnskap og handlingskompetanse på virksomhetsområdet psykososial rehabilitering av pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse ?

V) STUDENT IGJEN – PRAKTISK KUNNSKAP – 1. OG 2. ÅR

Teoretisk springbrett

Som nyblitt pensjonist ble jeg tatt opp som student på mastergradsprogrammet i Praktisk Kunnskap ved Senter for Praktisk Kunnskap høsten 2014. På samme måte som når jeg tidligere i livet har tatt videre- eller etterutdanning, opplevet jeg det straks som en sann svir å kunne sette meg ned sammen med mennesker med variert yrkesbakgrunn og drøfte egne erfaringer, og samtidig få teoretisk påfyll. Vi ble strengt instruert i å finne fram til, holde fast på og utvikle *førstepersonperspektivet*: Hent fram og skriv ut den fortellingen det *bare er du* som kan fortelle. Samtidig ble vi overrislet av et rikt tilfang av teori til hjelp for å sortere og kryste allment gyldig kunnskap ut av erfaringene våre. Jeg lærte raskt at poenget ikke var å bli skoleflink til å analysere egne erfaringer opp mot enhver tenkelig teoretisk innfallsvinkel, men at jeg på en mer eklektisk måte kunne tillate meg å si: Ja – *det* begrepsapparatet hjelper meg å rydde mine tanker; ja - *den* teoretiske modellen utdyper min forståelse. Seinere i min erkjennelsesprosess og seinere i denne teksten skal det bli mer teori. Her vil jeg si noe om hvem av teoretikerne jeg først «ble venn med», fordi de hjalp meg til å formulere de første nølende svarene på spørsmålet mitt: *Hva er 'e vi driver med* ?

En diskrepanserfaring

Med Anders Lindseths ord (Lindseth 2015 s. 49 ff) går det an å si at SPoR-prosjektet utdypet forståelsen av den betydelige *diskrepansen* mellom uttalt formål og oppnådde resultater i arbeidet med psykososial rehabilitering av RoP-pasienter, som også oppdragsgiverne hadde

registrert. Samtidig ga erkjennelsen, som Lindseth påpeker, bidrag til *kritisk tenkning* om hva som skal til for at hjelpeapparatet bedre skal kunne *svare opp* forventningene fra sine brukere og fra storsamfunnet («samfunnsoppdraget»).

Både på individnivå og på systemnivå er det er en selvfølgelig *etisk forpliktelse* å bidra til at ressursene i helsevesenet brukes på en mest mulig effektiv, rettferdig og målrettet måte.

Allerede i nokså nær framtid vil helsevesenet stå overfor store utfordringer ved ikke bare å skulle konkurrere med andre samfunnssektorer om *bevilgninger*, men også om tilgang på *arbeidskraft*. Også ledere som har ansvar for beslutninger på makronivå må være forpliktet til å reflektere etisk over alle relevante erfaringer som dokumenteres. Hvordan kan tilgjengelige ressurser anvendes på en mest mulig effektiv og rettferdig måte ? Ledere må være villige til *å sette på prøve* sin overordnede politiske, ideologiske og faglige forståelse, og hvordan de bruker sin posisjonsmakt. Pasienterfaringer og brukervedvirkning er udiskutabelt honnørord i helsevesenet, men vi har ikke vært like flinke til å stille spørsmål om og lytte til utsagn om *medarbeidernes erfarte livsverden* for å forstå diskrepanserfaringene.

De ulike stemmene

Det finnes ingen formel for å beregne seg fram til hva som er optimal behandling og omsorg når det gjelder psykososial rehabilitering av RoP-pasienter; heller ikke for noen annen pasientgruppe, for den saks skyld. Derfor finnes heller ikke noen fasit med to streker under svaret. Og derfor er det viktig å være lydhør for de ulike relevante stemmene som ytrer seg om saksforholdet – *polyfonien*. Noen stemmer er sterke, noen er svake. Noen ytringer er presise, noen er uklare. Det er en forutsetning for å kunne lytte innlevende og forstående til andres ytringer at jeg er bevisst mitt eget ståsted, min egen vinkling, mine bias og mine blinde flekker. Jeg må ha evnen til å sette meg i den annens sted og rette blikket mot det den annen ser for å forstå hvordan han tenker, sier Jacob Meløe (Meløe, 2014).

Hans Skjervheims begrep *objektivering* er også relevant i denne sammenhengen. Velutdannede fagfolk kan ha en tendens til å objektivere pasienter/brukere – og derved å *snakke til* en annen person i en *toleddet* relasjon istedenfor å *snakke med personen om et felles saksforhold* i en *treleddet relasjon*: Å snakke med pasienten om det felles saksforholdet, som er *hvilken hjelp brukeren trenger*, og som det er vårt profesjonelle ansvar å yte (Skjervheim 1976, s.52).

I essayet *Om fenomener og begreper*, som inngår i en antologi i anledning tiårsjubileet til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, argumenterer teologen Eskil Skjeldal (Skjeldal, udatert) for at erfaringene med å være psykisk syk og psykiatrisk pasient er så genuin og personlig at det ikke *kan* finnes generaliserte pasient/brukererfaringer på dette feltet. Det betyr at profesjonell dyktighet må vurderes opp mot hjelperens evne til å opptre lyttende og kommunikativt i kontakt med *hver enkelt* pasient.

Gadamer om forforståelse, forklaring og erkjennelse

Jeg oppfatter kjernen i Gadamer budskap om fortolkningslære (hermeneutikk) slik (Gadamer, 2010): I de humanistiske vitenskapene kan vi ikke ha ambisjoner om å *forklare* sammenhenger – vi må nøye oss med å *forstå* sammenhengene. Det finnes ikke én metode som bedre enn andre fører til *erkjennelse* av sanne sammenhenger. Det er ikke mulig *ikke* å ha en forforståelse av hvordan ting henger sammen – tvert imot er bevissthet om egen forforståelse en *forutsetning* for ny forståelse. Det beste vi kan gjøre er å være bevisst *hvilken* forforståelse vi har om sammenhengen mellom fenomener, for derved nettopp å være åpne for å se andre mulige sammenhenger. Gadamer snakker om at ny erkjennelse er mer avhengig av evnen til å stille de rette, åpne spørsmålene enn av evnen til å gi presise svar. Slik kan ny erkjennelse oppstå i et skapende *mellomrom mellom mennesker*. Jeg oppfatter at begrepene *forståelseshorisont* og *horisontsammensmelting* er myntet på slike prosesser. Gadamer påpeker at blind autoritetstro og forhastede slutninger er viktige faktorer som bidrar til falske fordommer og misforståelser, mens å lete etter sammenhenger mellom del og helhet er en viktig forutsetning for å fremme sann forståelse.

Polanyi og taus kunnskap

Begrepet *taus kunnskap* forbindes gjerne med Michael Polanyi. Det er egentlig mer dekkende å bruke begrepet *underforstått* eller *implisitt kunnskap*. Kunnskap er ikke en statisk og absolutt størrelse. Utvikling av gyldig kunnskap er relasjonell og dynamisk, og forutsetter tankemessig formbarhet og endringsvilje hos aktørene som er knyttet til virksomhetsområdet. Det universelle konstitueres av det individuelle og det partikulære, og det gjenkjennelige mønsteret gir opphav til det overordnede begrepet. Hverken erkjennelsen eller virkeligheten er endestasjoner – de er *emergente* størrelser (Polanyi, 2000).

Overført til mitt tema: I budskapet fra Gadamer og Polanyi ligger en kraftig oppfordring til å *hente fram, språksette og gyldiggjøre som relevant kunnskap* ikke bare vanskeligstilte enkeltpersoners erfaringer med det å være bruker av hjelpetjenestene, men også hjelperes erfaringer med det å ha som yrke å skulle yte hjelp. Det er en slags *dobbelt hermeneutisk spenning* i sving på mitt studiefelt – RoP-omsorgen: På den ene side foregår virksomheten i spenningsfeltet mellom en medisinsk/biologisk og en psykologisk/eksistensiell forståelsesmåte, og på den annen side i spenningsfeltet som følger av det asymmetriske maktforholdet mellom en hjelpetrengende person og en profesjonell hjelper. Kanhende ligger noe av forklaringen av de dårlige resultatene i RoP-omsorgen nettopp i at det på grunn av den skjeve maktfordelingen er utfordrende å skape en *sammensmelting av forståelseshorizontene* mellom aktørene om «hva er 'e vi driver med», når vi sier at vi driver med psykososial rehabilitering.

Jeg tok med meg videre at Polanyi og Gadamer oppfordrer til å bruke den forforståelsen som er resultatet av egen tilegnet yrkeserfaring og kunnskap på en samtidig offensiv, lyttende og reflekterende måte. Å drive forskning i et yrkesfelt man kjenner godt kan gi kraft til å trenge dypere inn i forståelsen av det, men kan også innebære fare for å ta ting for gitt, og å overse nyanser som et uhildet øye ville lagt merke til.

Disse begrepene var gode å ta med seg og tenke med seinere på min erkjennelsesreise.

Aristoteles' kunnskapsideal

Det ga umiddelbart mening da jeg ble introdusert til *det aristoteliske kunnskapsidealet*: Kyndigheten til medarbeiderne i en virksomhet består av flere elementer: At de har kunnskap om «tingenes vesen» og den videre sammenhengen virksomheten inngår i (*vite at – episteme - theoria*), at de er trygge på hvordan deres grunnleggende faglige ferdigheter skal komme til uttrykk i konkrete resultater (*vite hvordan – technè – poiesis*), og ikke minst at de har utviklet innsikt i hvordan tingene henger sammen og derfor er i stand til å utøve sitt fag på passende sted og til passende tid (*vite når – phronesis - praxis*) (Lindseth 2015, s. 49 ff).

For en leder å få fullt utbytte av medarbeidernes dyktighet dreier seg såvidt jeg kan forstå først og fremst om å legge til rette for at de uten for mange sidehensyn kan utnytte sin samlede faglige kunnskap i tråd med eget skjønn – på passende sted og til passende tid - i det genuine møtet med den individuelle pasient.

Medarbeiderperspektivet – det lille feltarbeidet og annetårsessayet

Det var kanskje risikabelt, men jeg bestemte meg altså tidlig for å vie hele mitt mastergradsløp til dette avgrensede temaet som kom til å oppta meg mer og mer de siste årene av mitt yrkesaktive liv: «Hva er 'e egentlig vi driver med ?» Går det an å nå fram til en forståelse av hvorfor det er såpass stor diskrepans mellom intensjon, ressursinnsats og resultatoppnåelse når det gjelder psykososial rehabilitering av personer med samtidig alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse, og går det an å oppnå bedre resultater ? Resultatene her står etter min vurdering i grell kontrast både til de uttrykte ambisjonene på feltet, og også i kontrast til resultatene på sammenlignbare og på sin måte sikkert like komplekse deler av sosial- og helsetjenestens virksomhetsområde.

Det går fram av teksten foran at jeg altså drar med meg en ganske omfattende bagasje av forforståelse av sammenhenger som er mer eller mindre solid forankret i mine egne yrkeserfaringer. De blinde flekkene jeg særlig må være på vakt overfor er antakelig særlig knyttet til det faktum at jeg ikke har vært i klinisk, pasientnært arbeid på «en generasjon», og derfor kan ha en i overkant *teoretisk* tilnærming til praksisfeltet. Men med akkurat *mitt særlige* perspektiv – en blanding av samfunnsfaglig og medisinsk perspektiv, ikke helt fra innsiden, men heller ikke helt fra utsiden – har jeg kanskje potensiale til å se noe som ikke så mange andre lett vil få øye på ?

Gjennom overordnede politiske og faglig normerende dokumenter er den *intensjonelle* stemmen gjort ganske tydelig: Helsevesenet ønsker å bli bedre på psykososial rehabilitering av RoP-pasienter, og å utvikle «brukernes helsetjeneste». I motsatt ende av spekteret er *brakerstemmen* like tydelig: De tiltakene som tilbys treffer ikke våre behov. Jeg ville i det lille feltarbeidet bidra til *polyfonien* ved også å prøve å løfte fram *medarbeidernes* stemme. Min intensjon med det lille feltarbeidet var altså å få kunnskap om den opplevde «livsverdenen» til fagfolk som jeg vet deler mitt engasjement for fagutvikling på RoP-feltet, men som i

motsetning til meg har daglig, konkret, allsidig og til dels langvarig erfaring med klinisk arbeid. Jeg ville observere *den kollegiale kommunikasjonen og refleksjonen* mellom medarbeidere som har fått anledning til å jobbe under andre organisatoriske forutsetninger enn de tradisjonelle. Jeg kjente til to slike miljøer – som jeg straks skal komme tilbake til. Jeg hadde med meg omtrent følgende spørsmål i bakhodet i møtet med mine informanter:

Hva gjør dere annerledes enn tidligere – hva er de avgjørende forskjellene ? Hvordan påvirker rammebetingelsene deres handlingsvalg? Hvordan opplever dere deres eget handlingsrom ? Hvilket refleksjonsrom har dere ? Hvilke ord og begreper bruker dere om det dere gjør ? Hvilken praktisk kunnskap/kyndighet er nedfelt i deres felles praksis ?

Sosiologen Katrine Fangen sier om utforming av forskningsspørsmål og analytiske rammer (Fangen 2004, s. 34): *«I kvalitativ forskning vil en ofte heller ha en eksplorerende (utforskende) tilnærming, og utformingen av forskningsspørsmålene vil kanskje ikke være helt avklart før mot slutten av prosjektet, etter at feltarbeidet er i havn»*. Jeg hadde en *eksplorerende* målsetting med det lille feltarbeidet i 2. studieår. Målsettingen med feltarbeidet mitt var å presisere tema og forskningsspørsmål for å gjøre dem mest mulig relevante og produktive med tanke på mastergradsoppgaven.

Valg av observasjonsfelt i det lille feltarbeidet

Jeg hadde i perioden jeg var leder for SPoR-prosjektet kontakt med to fagmiljøer som etter min vurdering hadde gjort kloke og innovative grep på RoP-området. Begge var på det tidspunktet jeg gjorde «det lille feltarbeidet» (februar 2016) foreløpig tidsavgrensede prosjekter, og begge er seinere besluttet videreført i ordinær drift. Begge hadde, i likhet med SPoR-prosjektet, fått som eksplisitt oppdrag fra sine oppdragsgivere å frambringe kunnskap og erfaringer om andre måter å organisere psykososial rehabilitering av RoP-pasienter på. Begge fagmiljøene har en bred tverrfaglig sammensetning. Begge miljøene var ferske og var på tidspunktet for mitt feltarbeid ennå ikke eksternt evaluert, men begge hadde raskt oppnådd positiv og tildels begeistret omtale fra sine samarbeidspartnere for måten de jobber på. Jeg kontaktet begge, og begge stilte seg svært positive til et forskningssamarbeid med meg. De følgende avsnittene er et konsentrat av hva jeg visste om de to miljøene da jeg gjennomførte feltarbeidet. Når det gjelder Samhandlingsteamet i Bærum kom jeg tilbake dit og gjorde intervjuer for mastergradsoppgaven. Det teamet er derfor grundigere omtalt seinere i teksten.

Samhandlingsteamet i Bærum:

I dette prosjektet tok ledere i ulike enheter (helse- og sosialtjenesten i Bærum kommune, NAV, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rustjeneste og psykiatrisk ungdomsteam) selv initiativ til å sette egne fagressurser *under felles kommando* (jeg mener det går an å bruke begrepet *matriseorganisering*) for å kunne jobbe bedre med å komme i kontakt med og å forankre arbeidet med de pasientene som har tendens til å falle mellom stolene i hjelpeapparatet. Teamet er organisert under en poliklinikk i spesialisthelsetjenesten. I teamet inngår 13 fagpersoner – alle med brøker av sine stillinger, til sammen 5,2 årsverk. De har tatt i bruk fyndordet «å jobbe skulder ved skulder». Prosjektet er ledsaget av kompetansehevingstiltak og følgeforskning.

RoP poliklinikk, Vestfold:

Poliklinikkteamet er en ambulant del av Psykiatrisk fylkesavdeling ved Sykehuset i Vestfold – klinikk for psykisk helse og rusbehandling. Spesialisthelsetjenesten har løpende samarbeid med 14 kommuner i Vestfold fylke. Teamet presenterer seg slik på sin hjemmeside:

«Utgangspunktet er at kontaktetablering og relasjonsbygging oppstår over tid. Det gjelder både i forhold til pasienter og samhandlende instanser på ulike nivåer i hjelpeapparatet. Organisering: Poliklinikk RoP er et treårig prosjekt som startet april 2013. Målsettingen er å bistå kommunene og spesialisthelsetjenesten forøvrig med ressurser rettet inn mot de pasientene som pr i dag har et tilbud som blir vurdert som utilstrekkelig. Målsettingen er å etablere pasienten i det allerede eksisterende hjelpeapparatet i Vestfold fylke (.....)».

Det er to store forskjeller på de to fagmiljøene: Samhandlingsteamet i Bærum involverer én stor kommune (ca. 120 000 innbyggere) og én av poliklinikkene ved et distriktpsikiatrisk senter, og har valgt en eksperimentell samarbeidsstruktur (matriseorganisering). RoP-teamet i Vestfold er tradisjonelt forankret i den fylkesdekkende spesialisthelsetjenesten, og samarbeider med alle de 14 kommunene i fylket, som er av svært ulik størrelse (ca. 2 500 – ca. 45 000 innbyggere).

Metodiske utfordringer i det lille feltarbeidet

Jeg valgte altså å gå inn og gjøre forberedende forskningsarbeid på et fagfelt som jeg kjenner godt fordi jeg har jobbet tett opp mot det gjennom mange år, men som jeg altså ikke kjenner som deltaker i direkte daglig pasientarbeid. I tillegg til å reflektere over min forforståelse, blir det viktig å være bevisst mitt forhold til dem jeg skal observere. Det ligger både store muligheter og store farer i dette når jeg som «forskningsinstrument» har et så tett forhold til forskningsfeltet og forskningstemaet.

Det første er at vi antakelig er veldig *like*: Både mine observander og jeg hadde søkt og fått ansettelse i prosjekter som har en kritisk tilnærming til gjeldende praksis på RoP-feltet, og har som eksplisitt oppdrag å prøve ut annen metodikk. Vi kan altså bli rammet av *gruppetenkning* ³⁾. Jeg ønsket veldig sterkt at de skulle lykkes, noe som kan ha svekket min kritiske sans

Det prosjektet jeg ledet, SPoR Vestfold 2010-2013, lå med hensyn til oppstarttidspunkt to til tre år forut for de to prosjektene jeg nå ville observere. De overlappet delvis i tid. Mitt prosjekt var bittelite i forhold til de andre to, og med betydelig lavere ambisjoner. Allikevel var alle tre prosjektene referanser for hverandre – i en slags familie som sa til hverandre «så fint at vi er flere som er opptatt av det samme – det er viktig at vi hjelper hverandre til å lykkes – la oss holde kontakten». Mitt prosjekt var først ute. Det ble presentert på en rekke landsomfattende fagkonferanser, og ofte referert til. Jeg kan derfor ikke utelukke at jeg hadde fått en aura av autoritet i de andre miljøene – noe som i så fall i sin tur *kunne* bidra til *performativ* adferd - at informantene bevisst eller ubevisst vil vise fram sin dyktighet.

Jeg la opp til å observere som «flue på veggen» under teamenes ukentlige rutinemøter for gjensidig oppdatering og faglig drøftelse. Jeg satt tilbaketrasket fra møtebordet, med mine sensitiviserende «lyttespørsmål» på en lapp ved siden av. Jeg hadde i hovedsak inntrykk av at min tilstedeværelse påvirket samhandlingen mellom informantene i liten grad. Men det var ett interessant unntak: Da legen i Bærumteamet brakte på banen muligheten av å anvende en tvangshjemmel i Pasientrettighetsloven for å kunne gjennomføre en undersøkelse som kunne være livsviktig for å avklare prognosen til en pasient, kikket han bort i mitt hjørne og sa i en bisetning: «... og når du er her er det jo flaut at jeg i farten ikke husker hvilken paragraf det er hjemlet i ...». Det gjorde forøvrig ikke jeg heller, men jeg slo det opp da jeg kom hjem !

Jeg noterte mine inntrykk fra samtalene med mine egne ord. Jeg prøvde underveis å være

bevisst faren for selektiv lytting, slik at utsagnene kunne bli *filtrert* for å passe med min forforståelse. Jeg hadde et par avklarende spørsmål etter avsluttet observasjon i hvert av de to teamene. Jeg opplevde veldig klart hvor vanskelig det er å unngå å skrive en tolkning inn i et referat, og fant det derfor helt nødvendig å sjekke ut med informantene om de kjente seg igjen i referatene mine. Bærumteamet hadde ingen kommentarer, og ga uttrykk for at de syntes det var spennende med et utvendig perspektiv på det de driver med. Vestfoldteamet ønsket å nyansere tre-fire utsagn som de var redd kunne oppfattes som kritiske mot kolleger eller egen ledelse. Det var den korrigerste versjonen jeg tok med meg videre i arbeidet.

Jeg synes jeg gjennom observasjonene lærte en viktig lekse om de metodiske utfordringene ved å skulle forske i eget praksisfelt. Jeg måtte «sette meg på meg selv» for ikke å engasjere meg i den faglige diskusjonen til mine informanter.

Jeg ville selvfølgelig fått mer ut av feltarbeidet dersom jeg hadde gjort opptak av samtalene, transskribert dem, og foretatt tekstanalyse og ny drøfting med informantene. Jeg tenker at jeg fikk det ut av det som jeg rakk å få ut av det innen den tidsrammen jeg hadde, og at dette måtte være «godt nok» for min *eksplorerende* målsetting med feltarbeidet; en slags justering av min forforståelse:

–*Opolitikerstemmen* («det er dette vi vil»)

–*Ibrukerstemmen* («det er dette vi opplever»)

–*2medarbeiderstemmen* («det er dette vi får til»)

Forberedelser til det lille feltarbeidet

Forberedelsene var enkle. Jeg hadde i god tid på forhånd (og før jeg hadde hatt anledning til å lese relevant pensumlitteratur) forespurt lederne i begge teamene om jeg kunne få være sammen med dem i inntil to arbeidsdager - «så finner vi ut av hvordan vi gjør det». Jeg fikk positivt svar fra begge. Da det var på tide å gjøre konkrete avtaler sendte jeg en mail der jeg redegjorde for mitt formål, og for hvilke hjelpespørsmål jeg ville ha på blokka for å være mest mulig sensitiv når jeg observerte og noterte. Jeg hadde lagt opp til å kunne bruke to hele arbeidsdager i hvert av de to arbeidsmiljøene. Den første erfaringen jeg gjorde var at jeg ble overveldet av mengden informasjon jeg fikk på kort tid. Jeg fant det nødvendig å redusere observasjonstiden for å kunne få tid til å bearbeide mengden informasjon innen den

tidsrammen jeg totalt hadde til rådighet. I Bærum brukte jeg bare en formiddag fra kl. 0830–1130, altså tre timer; i Vestfold brukte jeg to formiddager fra kl. 0830-1100, altså tilsammen fem timer, og i tillegg ble jeg i Vestfold invitert til å observere et ansvarsgruppemøte med pasient til stede.

Det kan selvfølgelig stilles metodisk spørsmål om utilfredsstillende *saturering* («metning») ⁴⁾ som resultat av denne beskjedne tidsbruken. I et forskningsdesign ville det vært naturlig å inkludere flere observasjonsmiljøer eller å besøke de observerte på nytt med oppfølgende spørsmål eller direkte fordypende intervjuer. For mitt eksplorerende formål var dette det jeg fikk tid til innen gitt tidsramme.

Funn i det lille feltarbeidet

Medarbeiderne i de to teamene jeg observerte ga uttrykk for såpass sammenfallende synspunkter at jeg velger å framstille «budskapet» deres i en samlet og høykonsentrert form. Når de skulle beskrive hvordan de jobbet når de fikk frie hender, og sammenligne det med tidligere praksis, la de vekt på følgende:

Vi tar imot henvendelser til drøfting av saker fra hvem som helst, og er i startfasen mer orientert mot pasientens fungeringsnivå og bistandsbehov enn mot diagnose. Vi er opptatt av hvordan vi kan klare å utfylle hverandre for å løse de ulike arbeidsoppgavene. Vi tar den tid vi trenger for å reflektere sammen, for å sikre at alle som er involverte i den enkelte sak har tilstrekkelig lik og helhetlig oppfatning av situasjonen og av oppgavenes art til at vi er i stand til å dra i samme retning. Vi kommuniserer tett med våre brukere om formulering av målsettingen med tiltakene og om vi til enhver tid er på rett vei med hensyn til om målsettingen nås. Vi «satser alt» på kontinuitet, tilgjengelighet og forutsigbarhet i relasjonen til den enkelte buker. Vi er på banen samtidig og som oftest sammen med henvisende instans for å avklare en sak eller styrke innsatsen, og vi tillater ikke henvisende instans å si fra seg ansvaret uten at vi eventuelt er blitt enige om det. Vi jobber så mye som mulig på den arenaen der pasienten føler størst trygghet (som regel hjemmearenaen), og søker å individualisere tiltakene så godt som mulig innen de ressursrammene vi sammen rår over og som er påregnelige i et forløpsperspektiv.

Forforståelse versus ny innsikt

Jeg gikk altså til det lille feltarbeidet med en ganske god forhåndskunnskap om observasjonsfeltet, en solid porsjon forforståelse, og med mine hjelpespørsmål på blokka.

Når jeg går inn i et komplisert virksomhetsfelt med et personlig engasjement for en særlig pasientgruppes behov for øye, er det selvfølgelig en fare for at jeg ser meg blind. Da gjelder det at jeg som forsker er meg bevisst at min særlige kulturkompetanse *kan* sammenfalle med mine blinde flekker. Vestfoldteamet påpekte at det hjelpeapparatet som fungerer godt for et flertall av pasientene ikke fungerer like godt for særlig marginale grupper, som mange av RoP-pasientene tilhører. Det kan være produktivt å fokusere sterkt på det *partikulære* for å få tak i hvilke endringer som må gjøres og som kan gjøres innen gitte *generelle rammer* for å nyansere og målrette tiltakene mot grupper med *særlige behov*. At noen pasienter ikke kan nyttiggjøre seg et tilbud tilsier ikke uten videre at hele tilbudet må endres, men tyder heller på at en praksis med større mulighet for nyansering, individualisering og fleksibilitet er å foretrekke.

Jeg synes altså jeg fikk en overveldende mengde informasjon på kort tid under feltarbeidet. Etter det lille feltarbeidet satt jeg igjen med mer eller mindre presist formulerte erfaringer fra *tre* prosjekter. Prosjektene er tematisk noenlunde sammenfallende (psykososial rehabilitering av RoP-pasienter) og de er likt historisk situert – nemlig i norsk helseforvaltning i Norge på tidlig 2010-tall: Mitt eget SPoR-prosjekt, Samhandlingsteamet i Bærum, og RoP-teamet i Vestfold. Alle virksomhetene sorterer dessuten under samme toppledelse i Helse Sør-Øst Regionale Helseforetak – på det sentrale Østlandsområdet, hvor avstander (i motsetning til det som ellers er typisk i Norge) ikke er noe eget moment i vurderingen av hvordan tiltak best organiseres.

Det som overrasker meg mest i forbindelse med feltarbeidet var at jeg ikke ble overrasket. Erfaringene fra de tre prosjektene er i høy grad sammenfallende.

Jeg hadde en slags «hypotese» om at de miljøene som henter erfaringene sine fra omfattende og langvarig pasientkontakt ville komme opp med andre påpekninger enn jeg med mitt utgangspunkt. Derfor synes jeg det er påfallende at erfaringene fra de tre prosjektene såpass entydig peker på de samme svakhetene når de beskriver dagens faglige praksis hva gjelder psykososial rehabilitering av RoP-pasienter, og har omtrent de samme forslag til endringer

som må til for at vi skal bli bedre. Jeg skal straks komme tilbake til det. Men følgende spørsmål trenger seg på:

Hvis utfordringene er så åpenbare – hvorfor har ingen klart å ta fatt i dem tidligere ?

Er det mulig allerede her å skimte konturen av evident kunnskap ? Er det mulig å kryste alment gyldig og nyttig praktisk kunnskap ut av disse medarbeidererfaringene ? Og ikke minst: Hva kan jeg ta med meg videre fra denne eksplorative studien og inn i det forskningsmessig mer ambisiøse mastergradsarbeidet ?

Om å tenke annerledes om det alle ser

Gadamer (2010, s. 323) gir et hyggelig puff på veien videre: «*Man forstår ikke lenger nødvendigvis forskningens videreutvikling i lys av skjemaet for utvidelse og inntrenging i nye områder eller temaer, men også som opparbeidelsen av en spørsmålsstilling på et høyere refleksjonsnivå*».

Er det mulig å utlede at et høyere refleksjonsnivå enn det som tidligere var gjeldende ligger implisitt i utsagnene som mine informanter fra RoP-feltet kommer med om sine erfaringer ? Det avhenger av om det er mulig å definere et refleksjonsnivå å sammenligne med. Jeg tar et steg tilbake og vil prøve å sette ord og begrep på hvordan jeg oppfatter at de mest markante funnene fra feltarbeidet *avviker* fra den tenkningen som tradisjonelt har ligget til grunn for arbeid på RoP-feltet.

Velferdsstaten har gjennom den siste generasjonen med sterk økning i omfang også i økende grad blitt *rettsliggjort*. Det legges større vekt på hva slags ytelse borgerne har *rett til* enn hva de har *nytte av*. Hver av delene av det stadig mer omfattende hjelpeapparatet styrer mer etter hva de har og ikke har *plikt til* å yte enn hva de er *i stand til* å yte. Økt samlet omfang har ført til spesialisering og *fragmentering* av tiltaksapparatet, og relasjonen mellom pasient og terapeut er blitt mer kortvarig, avgrenset og i en viss forstand mer profesjonell: Den enkelte yrkesutøver blir flinkere og flinkere på en mer og mer avgrenset del av helheten. Grunnlagskriteriene for tildeling av tjenester skal være mest mulig *objektive*, og ansvarsfordelingen mellom tjenesteyterne mest mulig *presist* formulert og *profesjonelt* gjennomført. Det er lagt større vekt på aktiviteter enn resultater (Boston 2013, s. 17 ff). Det medisinske «maskinfeil-paradigmet» har passet godt inn i denne typen rasjonalitet, og er blitt mer dominerende de siste årene: «*Hvis vårt ansvar: raskt inn – finn feilen – rett feilen – raskt ut*».

Et slikt hjelpeapparat kan levere gode og kostnadseffektive tjenester i mange og kanhende de fleste situasjoner. Overfor marginale grupper, som RoP-pasienter, *kan* et slikt hjelpeapparat fremstå som et rigid system av forhåndsdefinerte rettigheter, plikter, kompetanser og kapasiteter som ikke nødvendigvis samsvarer med målgruppas behov. Marginale gruppers behov vil vanligvis være sammensatte, spesielle, vekslende og sirkulært (ikke-lineært) forløpende. Standardisering og spissing er ikke noen god resept i situasjoner som roper på individualisering og bred faglig tilnærming – det er relevant på mange felt, både i og langt utenfor helsevesenet.

Mine informanter i Vestfold og i Bærum hadde forstått betydningen av å legge individuelle nyttehensyn til grunn, og de var i stand til å handle i tråd med slike erkjennelser når de fikk anledning til selv å velge praksisform.

Systemer og prosjekter

Mine informanter i det lille feltarbeidet brukte ofte begrepet *system*. Å inngå i en organisatorisk struktur er en nødvendig forutsetning for det arbeidet de gjør, samtidig som de ga uttrykk for at den samme strukturen var til hinder for å gjøre en bedre jobb. De snakket om *systemutfordringer* og beskrev seg selv som systemguider for andre ansatte i og brukere av hjelpeapparatet. De så på systemutfordringene som en del av sine faglige utfordringer, og søkte ved sin praksis å råde bot på systemhindringene for å kunne bruke hele sitt faglige handlingsrepertoar i utviklingen av best mulig praksis. Det lå i deres mandat å synliggjøre problemer og å utfordre de trekk ved systemene som er til hinder for hva som er beste praksis for en marginal pasientgruppe.

Alle som har vært involvert i prosjektarbeid vet at den mest avgjørende fasen i ethvert prosjekt er avslutningen og implementeringen av prosjekterfaringene i den eller de deltakende linjeorganisasjonene. Mange har sagt om endringsledelse i helsevesenet at det er som å endre kurs med en supertanker på havet: Det går lang tid fra du svinger på roret før skuta reagerer. Du må ha tro på det du gjør, og vente tålmodig på at kursendringen setter seg. Og bare det å skape et enhetlig bilde hos deltakerne i det store og fragmenterte apparatet som er i sving på RoP-området av hva som faktisk *er* riktig kurs - det er en utfordring i seg selv. Det er ingen selvfølge at et vellykket prosjekt får innflytelse på generell faglig praksis når prosjektet er avsluttet.

I mitt prosjekt, SPoR, hørte vi ofte brukersynspunktet «systemet er mer opptatt av seg selv enn av meg», og vi gjorde konkrete erfaringer med at endringer i budsjettforutsetninger og årlige virksomhetsplaner overstyrte individuelle planer og inngåtte avtaler, og fikk negative konsekvenser på individnivå. Det er neppe mulig helt å unngå slikt i en volumstor organisasjon som helsevesenet. Men styrken og meningen med avgrensede prosjekter er jo nettopp å sende ut små «ekspedisjoner» - «skuter under eget seil og på fri kurs» - for å finne ut om det finnes bedre «seilingsruter». Det er grunn til å merke seg at en av erfaringene fra prosjektene jeg observerte og det jeg selv ledet, er i hvor sterk grad de la vekt på å opptre som *lyttende og lærende organisasjoner* ved å sikre at tilbakemeldinger «bottom-up» om *brukernes opplevelse av nytte* av tiltakene de var mottakere av ble lagt til grunn for videre samarbeid.

Handlingsrommets evidens

I sin doktorgradsavhandling utvikler Inger Danielsen (Danielsen, 2013) begrepet «handlingsrommets evidens». Slik jeg oppfatter henne, understreker hun poenget om at «the proof of the pudding is the eating»: *Den udiskutabelt vellykkede faglige praksis kan det ikke settes spørsmålstegn ved – den representerer evident kunnskap*. Det dreier seg om et lykkelig sammenfall av - eller kanskje heller om en avveining mellom - vitenskapsbasert evidens, erfaringsbasert utøverkunnskap og (i helsevesenet) pasientens uttrykte ønsker og behov. Å evne i den konkrete situasjonen *å utvikle lik forståelse og samskape løsninger* er da viktigere enn å gi presise og allment gyldige svar. Hva som er den optimale blanding av kunnskap, erfaring og pasientønsker kan være overraskende – og nettopp evnen til å forholde seg fordomsfritt og fleksibelt i slike situasjoner og å kunne la seg overraske, er den viktigste forutsetningen for *å bringe fram ny praktisk kunnskap*. Fra Aristoteles til Inger Danielsen: Det hjelper ikke om jeg som fagperson aldri så mye *vet at* (episteme) og *vet hvordan* (technè) hvis jeg ikke også *vet når* (phronesis) (jf. også Lindseth 2013, s. 49 ff.).

Det at de viste at det er mulig å endre forutsetningene slik at medarbeiderne kunne *bruke sin faglige kunnskap til passelig tid og sted* står for meg som det viktigste bidraget fra RoP-teamet i Vestfold og Samhandlingsteamet i Bærum til utviklingen av god og allment gyldig praktisk kunnskap: *Vesentlig endring av faglig praksis innen institusjonelle rammer som i det*

vesentlige er uendret. Det trigger en nysgjerrighet som jeg straks skal komme tilbake til.

Samfunnsoppdraget

Et samfunn skal ikke lønne seg. Et samfunn består av en gruppe mennesker som har *funnet sammen* fordi de har erkjent at de løser nødvendige livsoppgaver bedre sammen enn hver for seg. Et moderne samfunn inndrar etter politiske beslutninger en del av individenes verdiskapning gjennom skatter og avgifter, og fordeler verdiene ut igjen i samfunnet for å fremme og som regel jevne ut individenes velferd – også det etter politiske beslutninger.

Det var utvilsomt godt ment fra samfunnets side da rusmiddelavhengige ved lovreformer i 2003 ble tilkjent pasientrettigheter – at de skulle få bedre hjelp. Men jeg tror det har vist seg å være et tveegget sverd. Med rettigheter følger plikter. I den medisinsk/byråkratiske rasjonaliteten («vårt ansvar - raskt inn – finn feilen – rett feilen – raskt ut») har en pasient i en viss forstand «plikt til å bli frisk» - eller i det minste til å samarbeide uforbeholdent for å nå mål om å bli frisk, selvhjulpen og produktiv.

«Nothing succeeds like success» heter det på engelsk: De oppgavene helsevesenet lykkes med, blir prioritert. De deler av virksomheten der oppgaven er uklart formulert, tjenestemottakeren er ambivalent, og måloppnåelsen er vanskelig å dokumentere, blir marginalisert når den medisinske logikk får råde.

De seneste årene har det engelske begrepet *recovery* (som vel best kan oversettes med *å komme seg*) (Borg, 2015) fått bred plass i diskursen om psykisk helsevern, og nærmest blitt opphav til en «bevegelse». Essensen er et slags oppgjør med en medisinsk forståelse om at psykiske lidelser, i likhet med somatiske lidelser, innebærer en underforstått målsetting om raskest mulig å bli frisk, symptomfri og velfungerende. Recovery-forståelsen legger til grunn at «det er mer ved et menneske enn dets sykdom», og at alle mennesker uansett sykdomsbelastning og prognose har krav på å bli møtt på en måte som bidrar til å optimalisere deres selvforståtte livskvalitet og deres leveutsikter.

På meg virker det som det er en kombinasjon («et kompleks») av medisinsk, byråkratisk og økonomisk logikk (jf. begrepet «det militær-industrielle komplekset» i internasjonal politikk) som overstyrer til og med eksplisitt politisk prioritering når det gjelder RoP-området. Dette er ikke en særnorsk erfaring. En britisk multisenterundersøkelse fra 2015 utført av Le Boutillier

og medarbeidere («Competing Priorities») dokumenterer hvordan medarbeidere opplever at en overordnet beslutning om at recovery-orientering skal legges til grunn for grasrotmedarbeidernes praksis i rehabiliteringsarbeidet gjennom daglige praksis i organisasjonen blir overstyrt av andre hensyn driftsorganisasjonen må forholde seg til: Da er det medisinsk faglige mål (som er min oversettelse av Health Process Priorities), altså mål knyttet opp mot symptomer, diagnose, behandlingseffekt og risiko, som vinner fram på bekostning av brukeropplevd kvalitet og nytte. Og det er produktivitets- og aktivitetsparametre som styrer budsjettene mer enn dokumentert måloppnåelse.

De refererte forskningserfaringene sammenfaller altså ganske godt med de forslagene til endret praksis som SPoR-prosjektet kom med, og som ble gjennomført av teamene jeg observerte under det lille feltarbeidet. Jeg valgte å bruke tittelen «Forsømt eller fordømt?» på annetårsessayet, som rapporterte om det lille feltarbeidet. Jeg synes det er grunn til å stille spørsmål ved om RoP-gruppa er *forsømt* i vårt velferdssamfunn, fordi hjelpeapparatet virkelig ikke *klarer* å gjøre jobben sin godt nok med tanke på gruppas særpreg og særlige behov. Eller om det er grunnlag for å si at gruppa er *fordømt*, og egentlig ikke blir regnet som *verdige tiltrengende* velferdssamfunnets tjenester: At de anses ansvarlige for sin egen ruslidelse, og ikke er villige til lojalt å følge opp en underforstått forpliktelse om å bli friske og produktive deltakere i samfunnet. I prosjektet jeg ledet kom det fram mange utsagn fra pasienter med alvorlig psykisk sykdom om at de opplevet seg som gruppemessig fordømt og marginalisert fordi de også var «selvforskyldt» rusmiddelavhengige.

Til sammenligning: Såvidt jeg har registrert blir hverken «selvforskyldte» storrøykere eller trafikkskadde promillekjørere marginalisert i norsk helsevesen – heller ikke personer som blir syke av dårlig kosthold eller stress.

Bortsett fra i kriminalomsorgen kan jeg ikke se at det finnes noe felt i det moderne norske samfunnet der det er så stor diskrepans mellom overordnet ideologi og oppnådde resultater (målt ut fra ressursbruk og brukeropplevd nytte) som på RoP-området. Jeg tror ikke en slik diskrepans ville blitt akseptert på noe annet område i norsk helsevesen. Gruppa utgjør ikke noen sterk og høylydt interessegruppe, men deres situasjon har altså allikevel oppnådd politisk oppmerksomhet.

Tjenstedesign

De siste årene har begrepet *tjenstedesign* stadig hyppigere dukket opp i diskursen om offentlige tjenester. Hovedpoenget er, slik jeg oppfatter det, at en rettighetsfestet offentlig tjeneste i et moderne samfunn *også er en vare eller et produkt*, som det er riktig og viktig å stille kvalitetskrav til. Et slags markedsperspektiv, altså: Jeg er ikke bare en avhengig *klient* som *trenger*, og en *borger* som har *rett til* å få tildelt en tjeneste; jeg er også en *kunde* som kan stille *krav* til kvalitet, og eventuelt bruke min markedsrett ved å gå til en konkurrent, dersom jeg ikke liker produktet eller måten produktet blir levert på. Det tjenesteytende apparatet må i en slik forståelsesramme være lydhør overfor kundestemmene – altså brukerstemmene. Men kritisk «kundeadfærd» er ikke RoP-gruppas sterkeste side.

Selvom det er en markant *supplerende* innsats av ideelle organisasjoner i RoP-omsorgen, er dette ikke av de virksomhetsområdene der andre markedsaktører er sterkest inne som *konkurrenter* til offentlige tjenester. Jeg er ganske overbevist om at dersom vi gjør det tankeeksperimentet at RoP-pasientene opptrådte som kundegruppe og brukte sin markedsrett overfor helsevesenet, og det hadde vært noe som het Norsk Helsevesen AS - divisjon Rus og Psykisk helse, da hadde vi opplevet kundesvikt og dundrende konkurrs. I praksis blir det offentlige tjenestetilbudet utformet i et spenningsfelt mellom ulike typer rasjonalitet: Den politiske, den markedsmessige, den byråkratiske og den profesjonelle rasjonaliteten. Det er grunnlag for å styrke både brukerstemmen og medarbeiderstemmen i dette spenningsfeltet. Organiseringen av hjelpeapparatet må skje ut fra dokumentert evne til oppgaveløsning. Medarbeidererfaringene fra RoP-teamet i Vestfold og Samhandlingsteamet i Bærum er kraftfulle uttrykk for at endring i tjenstedesignet er mulig.

Myndighet uten kyndighet – kyndighet uten myndighet

Hele mitt engasjement rundt hjelpeapparatets arbeid overfor RoP-pasienter spiller seg selvfølgelig ut mot bakteppet av diskursen om New Public Management (NPM) de seineste tretti årene. Det er en utfordring ikke å gå hodestups inn i diskursen om NPM og bli helt oppspist av den, men jeg kommer tilbake til temaet seinere i teksten. Mitt formål er å bidra til forståelsen av hvor galt det kan bli for en målgruppe som er *marginal* når *mainstream NPM prinsipper* legges til grunn. Jeg synes Svein Haugsgjerds utsagn som jeg siterte tidligere i denne teksten godt beskriver hvordan det møtet tar seg ut fra en behandlers ståsted. Det

som kanskje – og det vet jeg ikke nok om – er bra for store deler av pasientnorge, er etter min vurdering bestemt ikke bra for RoP-pasientene. Etter at jeg gjorde det lille feltarbeidet på RoP-feltet, er det noe i nærheten av *evident* for meg at pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse har falt utenfor og kommet dårlig ut av velmente reformer og generell styrking av velferdspolitikken de siste tjue årene – til tross for innsatsen under Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008.

Rundt 1990 tok jeg videreutdanning i helseadministrasjon, og skrev min masteroppgave - «Kyndighet og myndighet» (Bjørn, 1990) - om hvordan juridisk og medisinsk faglig tenkning i sykluser på tjue år hadde vekslet på å dominere tilsynsarbeidet i Fylkeslegeetatens historie opp gjennom det 20. århundre. Jeg er derfor generelt vår for hvordan juridisk og hierarkisk tenkning kan og må balanseres mot faglig innsikt. Jeg har tidligere i denne teksten vært kritisk til hvordan medisinsk faglig rasjonalitet overstyrer en mer sosial/pedagogisk tilnærming, og at dette er til ulempe for RoP-pasienter. Derfor er det viktig å presisere at jeg her ikke argumenterer for en profesjonsdominans i helsepolitikken av typen «doktor'n vet best». Jeg etterlyser mer lydhørhet for konsensusbasert klokskap (jf. phronesisbegrepet) fra fagfeltet som sådan, av typen «vi som har lang erfaring fra RoP-feltet mener det burde legges mer vekt på». *Min* yrkeserfaring er at endringsarbeid er mest vellykket når prosesser «top-down» (samordning og ledelse) og prosesser «bottom-up» (samarbeid og fag) finner hverandre og virker sammen. Jeg mener å ha erfart at kyndighet uten myndighet er like lite nyskapende som myndighet uten kyndighet.

Mellomlederperspektivet

Den jobben jeg hadde de siste årene av mitt yrkesaktive liv, som leder av SPoR-prosjektet, kom mye til å dreie seg om *brukermedvirkning* på feltet psykososial rehabilitering av RoP-pasienter. I ettertid forstod jeg at vi burde jobbet mer med å utforske *medarbeidererfaringene*. Som student ved SPK tok jeg fatt i dette teoretisk, og viet det lille feltarbeidet det temaet. Så opplever jeg altså å bli *overrasket* over hvor stort sammenfall det er mellom erfaringene til medarbeiderne i tre ulike prosjekter som har sett kritisk på tradisjonell praksis i psykososial rehabilitering av RoP-pasienter, og at «noen» - RoP-teamet i Vestfold og Samhandlingsteamet i Bærum – ganske nylig har klart å gjøre noe med det. Det uunngåelige spørsmålet blir derfor:

Hvis det er så opplagt for medarbeiderne hvor skoen trykker – hvorfor har ingen klart å ta fatt i det tidligere ?

Det var *da* jeg skjønnte at det var *mellomlederperspektivet* jeg måtte utforske videre: I Samhandlingsteamet i Bærum var det nettopp mellomlederne som erkjente og brukte sitt handlingsrom til å gjøre administrative grep som åpnet opp muligheten for en annen faglig praksis. Jeg gjengir her stikkordsmessig (jf. s.30 ovenfor) hva jeg oppfattet som det viktigste av det som går igjen når medarbeiderne i Samhandlingsteamet i Bærum (og i RoP-teamet i Vestfold) beskriver sin nye faglige praksis: Fokus på fungeringsnivå – ikke på diagnose. Kommunikasjon og refleksjon. Målformulering og måloppnåelse. Komplementaritet og ansvarsdeling. Kontinuerlig og oppsøkende. Langsiktighet og fokus på forløp.

Derfor ble spørsmålene jeg tok med meg videre til mitt arbeid med mastergraden disse:

Hva var betingelsene for at mellomlederne i Bærum klarte å ta initiativ til og å gjennomføre endringer som åpnet for en ny og bedre faglig praksis ? Hvilke organisatoriske grep var det som utgjorde de avgjørende forskjellene ? Hvilken handlingskompetanse var det de demonstrerte gjennom å ta de grepene de gjorde ?

Min ambisjon begrenser seg altså til å lære noe om *mellomlederes handlingskompetanse i endringsarbeid – hvordan myndighet top-down og kyndighet bottom-up* kan finne hverandre i et konstruktivt samspill. Evaluering av selve de faglige og metodiske endringene de har fått til ligger utenfor min kompetanse – og utenfor min ambisjon i denne sammenhengen.

VI) MASTERGRAD: MELLOMLEDERES HANDLINGSROM OG HANDLINGSKOMPETANSE I ENDRINGSARBEID

Til mastergradsarbeidet lyktes jeg å rekruttere som informanter tre mellomledere og to

fagmedarbeidere som alle sto sentralt i arbeidet med å opprette Samhandlingsteamet i Bærum. Dette er altså ett av de to miljøene der jeg foretok medarbeiderintervjuer i det som var det lille feltarbeidet året før.

Jeg valgte Bærummiljøet framfor Vestfoldmiljøet som forsknings- og fordypningsfelt av to grunner. De har der tatt radikale og utradisjonelle organisatoriske grep i sitt endringsarbeid ved å sette personaressurser under felles kommando på tvers av formell organisasjonsstruktur. Slik jeg forstår begrepene mener jeg dette må kunne betegnes som *matriseorganisering*. Overfor det andre miljøet, RoP-teamet i Vestfold, ville jeg kommet opp i en habilitetskonflikt, siden prosjektet et stykke på vei er basert på erfaringer som ble gjort i det prosjektet jeg ledet (SPoR-prosjektet) i 2010-2013; dette er omtalt tidligere i oppgaven. Vestfoldprosjektet er siden jeg skrev mitt annetårsessay blitt eksternt evaluert av Nasjonal kompetansetjeneste RoP (Landheim og Odden, 2016). Evalueringen er positiv i den forstand at den konkluderer med at teamet har oppfylt sitt mandat på en god måte, men stiller samtidig noen spørsmål ved mandatet. Det stilles spørsmål ved om fordelingen av ansvar og oppgaver mellom teamet og samarbeidspartnere ellers i spesialisthelsetjenesten og i kommunene er formalisert og tydelig nok. Det er verd å merke seg at Nasjonal kompetansetjeneste er mer opptatt av hvordan ansvar *fordeles* mellom aktørene enn av hvordan de håndterer den utfordrende oppgaven *å dele* ansvar for utfordrende oppgaver som krever samarbeid. Jeg mener evalueringsrapporten undervurderer nyskapingspotensialet som ligger i erfaringene til RoP Vestfold.

Parallelt med at jeg skriver denne oppgaven skriver min medstudent ved SPK Reidunn Evjen sin masteroppgave om samarbeidspartnernes erfaringer med RoP-teamet i Vestfold. De første intervjuene tyder på at samarbeidspartnerne gir en overveldende positiv bedømmelse av teamets arbeid (personlig meddelelse fra Reidunn Evjen).

Samhandlingsteamet i Bærum har tidligere vært studert gjennom Anne Eks mastergradsoppgave i verdibasert ledelse (Ek, 2014).

Hvordan beskriver og oppsummerer Samhandlingsteamet i Bærum sitt arbeid ?

Teamet ble startet som et prosjekt i januar 2012, og ble fra januar 2015 videreført som en del av den ordinære samhandlingen innen psykisk helse og rus mellom Bærum kommune og Bærum DPS. Det følgende avsnittet er basert på rapporten fra teamet (Andersen og Skjerve,

2018) som først forelå i april 2018, det vil si mot slutten av mitt arbeid med denne teksten. Det dreier seg altså om prosjektets egen rapportering – ikke om en uavhengig ekstern evaluering. Jeg velger å referere fra rapporten på en slik måte at det Samhandlingsteamet selv har å si om sine idéer, sin virksomhet og sine resultater fyller ut bildet som kommer fram gjennom samtalene med informantene mine som følger i de neste avsnittene:

- Initiativet til prosjektet kom fra Lederforum psykisk helse i Bærum, som er samarbeidsorganet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (helseforetaket).

Lederforumet fungerte også som styringsgruppe for prosjektet.

–3Målgruppa for innsatsen var særlig de som i det ordinære hjelpeapparatet hadde vist seg «å falle mellom flere stoler» og som i Helsedirektoratets rapport IS-1554 fra 2008 var beskrevet slik:

«... mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelbruk, kognitiv svikt, psykisk utviklingshemming og/eller betydelig funksjonsnedsettelse, som er i behov av særlig tilrettelagte og langvarige tilbud»

–4Prosjektet ønsket å drive egen metodeutvikling, ikke utprøving av noen andres modell. De kaller sin egen metode C-Flex – «flexible committed community collaboration». Metoden legger til grunn at en erfaring med den såkalte ACT-modellen («assertive community treatment»), som begrenser seg til pasienter med psykoseproblematikk, er at den aktuelle RoP-målgruppa ikke nås godt nok. En videreutvikling av ACT-modellen, F(fleksibel) ACT, er ennå ikke forskningsmessig godt nok dokumentert.

–5C-Flex-metoden legger vekt på å arbeide oppsøkende og ambulant uten å være invaderende, og å fremme kontinuitet og påregnelighet i kontakten med pasientene.

–6Metoden jobber med enkle og grunnleggende effektmål, slik som stabilisering av bosituasjon, bedring av levekår, etablering av nettverk og deltakelse i arbeid eller andre av dagliglivets aktiviteter.

–7Samhandlingsteamet utgjøres av i alt 13 fagpersoner i brøker av stillinger, tilsammen 5,2 årsverk. Medarbeidere med følgende fagkompetanse inngår: Psykiater (legespesialist), psykiatrisk sykepleier/vernepleier/helsearbeider, psykologspesialist, rus/avhengighet, bolig/sosial, NAV/rehabilitering, brukerkompetanse.

–8I løpet av prosjektperioden på tre år (før tiltaket ble omgjort til ordinær drift) var teamet

inne i 217 saker, som utgjør 1,8 promille av kommunens innbyggere. 2/3 var menn og 1/3 kvinner. Typisk alder var 30-45 år, med spredning fra 17-65 år. 91,6 % ble vurdert å være i den påtenkte målgruppa. 110 av henvendelsene kom fra «uvanlige» henvisere – allikevel ble 87 av disse vurdert å tilhøre målgruppa, noe som i rapporten vurderes dit hen at et ACT-team ikke ville fanget dem opp.

–918 % av de pasientene Samhandlingsteamet arbeidet med var uten fast bolig eller hadde svært problematiske boforhold ved kontaktetablering. I løpet av kontaktperioden var dette redusert til null.

–1034 % av deltakerne var i løpet av prosjektperioden vellykket etablert i det ordinære tjenesteapparatet.

–11Antall innleggelses i døgninstitusjon ble redusert med 18 % - antall oppholdsdøgn i institusjon gikk ned med 55 %.

–12Det ble konstatert en reduksjon i registrert kriminalitet på 16 % blant deltakerne i prosjektet.

–13Det ble registrert betydelig bedring av deltakernes boevne, inntektsforhold (via NAV), og deltakelse i arbeid og utdanning.

Samtaler med mellomlederne som sto bak opprettelsen av Samhandlingsteamet i Bærum

Min empiri i mastergradsarbeidet består av fulltekst transkripsjon av to samtaler hver på ca. 90 minutter. Den første samtalen var med de tre deltakerne jeg nå greide å få kontakt med som på det tidspunkt Samhandlingsteamet ble opprettet var deltakere i det samarbeidsorganet av mellomledere i Bærum kommune og Bærum Distriktpsikiatriske Senter, som vedtok opprettelsen av teamet. **Liv**¹⁾ var på tidspunktet Samhandlingsteamet ble opprettet enhetsleder i rustjenesten i Bærum kommune; hun er nå ansatt i en høyere stilling i kommunen. **Hege** er leder for Bærum Distriktpsikiatriske senter. **Jan** er kvalitetsrådgiver samme sted.

Jeg bør knytte noen særlige kommentarer til Jans rolle. Han er organisasjonspsykolog, har forskningskompetanse, og er en del av ledergruppa ved det distriktpsikiatriske senteret – uten linjelederansvar. Han sto sentralt i riggingen av prosjektet, han så til at prosjektet ble rigget slik at vitenskapelig evaluering var mulig, og han var faglig ansvarlig for evalueringen. Jeg har ikke systematisk undersøkt hvor vanlig det er «å holde seg» med slike faglige ressurser på så

pasientnært nivå i spesialisthelsetjenesten, men mitt inntrykk er at det er svært uvanlig. Jeg mener det er sannsynlig at hans bidrag til nytenkning og fagliggjøring av tradisjonell linjeledelse har bidratt avgjørende til endringsevnen som Samhandlingsteamet i Bærum har demonstrert.

Under samtalen med de tre som er nevnt over, ble det klart for meg at to faglige medarbeidere hadde spilt en mer sentral rolle ikke bare i driften, men også i tilblivelsen og utformingen av prosjektet enn jeg tidligere hadde forstått. Jeg tok derfor kontakt og fikk en samtale også med de to. **Bente** er psykiatrisk sykepleier og var tildelt rollen som faglig leder for Samhandlingsteamet. **Knut** er teamets psykiater – altså legespesialist. De to er også deltakere i det kollegiet som jeg observerte som en del av «det lille feltarbeidet», som er referert ovenfor.

Jeg har derfor fått belyst den samme historien fra litt forskjellige ståsteder.

Jeg hadde håpet å få til en oppfølgende samtale med informantene for å gi dem anledning til å reflektere over det som kom fram i de første samtale, men informantene kunne ikke, travle som de er, avsette tid til det. Jeg sendte dem et konsentrat av samtale for kommentar og eventuell korrigerings. På bakgrunn av dette fikk jeg tilbud om en oppfølgende samtale med en av informantene – nemlig kvalitetsrådgiveren Jan. Samtalen ga ikke ny informasjon, men nyttige innspill til min tolkning av forskningsdata.

Jeg har et klart inntrykk av at mine tilsammen fem informanter var de fem viktigste bidragsyterne til at Samhandlingsteamet kunne bli realisert. Jeg velger å kalle dem *gründerne*.

Mine informanter fortalte både om sine erfaringer i jobber før Samhandlingsteamet, om veien til jobbene i teamet, og erfaringer fra arbeidet i teamet.

Jeg har sammenstilt den transkriberte teksten fra de to samtale, og kondensert materialet under seks overskrifter:

- 14erkjennelse av endringsbehov
- 15hva hemmer ønskede endringsprosesser
- 16hva fremmer ønskede endringsprosesser
- 17hva er viktig i selve endringsprosessen
- 18språk og kultur

–19opplevde gevinster

Erkjennelse av endringsbehov

Gründerne i Bærum kommune og Bærum DPS føler seg forpliktet av og inspirert av overordnet statlig politikk som innebærer ambisjon om å styrke og forbedre innsatsen overfor RoP-gruppa. Folkehelseloven og Samhandlingsreformen er viktige referanser. De oppfatter seg selv som faglige medspillere for å sette villet statlig politikk ut i livet.

Formålsparagrafen i Folkehelseloven fra 2011 lyder slik:

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009)) er en retningsreform som skal gjennomføres gradvis fra og med 2012. På Regjeringens hjemmeside presenteres Samhandlingsreformen slik:

- viser vei framover – gir helsetjenesten ny retning
- forebygger framfor bare å reparere
- tidlig innsats framfor sen innsats
- får ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- flytte tjenester nærmere der folk bor
- flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem
- samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- bedre for pasientene – sterkere brukervedvirkning

Bente, faglederen i Samhandlingsteamet, sa:

.... altså myndighetene har vært veldig tydelige på hvordan denne dreiningen skal være - Opptrappingsplanen var veldig tydelig – det skulle skje en endring, og så kom jo ikke den endringen av seg sjæl, og det har jo vært folk da, der iblant oss to her i vårt område som på en måte har vært aktørene for å få dette gjennomført, og da må jo vi være tydelige og bestemte, men vennlige....

Knut, psykiateren, sa:

.... myndighetene har vært ganske langt framme, altsåvi har hatt politiske vedtak i ryggen, det betyr at vi har hatt dekning politisk, altså nedleggingen av storpsykiatrien i Norge, de har vært veldig langt fremme ... vi må kunne de politiske føringene, det er det ikke selvsagt at fagfolk kan

«Flere gode leveår – for alle» har vært en slags ideologisk overskrift over norsk helsepolitikk helt siden dette slagordet ble lansert i 1991 i en NOU om forebyggingsstrategier – altså over 20 år før Folkehelseloven. Det innebærer at aktørene i tiltaksapparatet må innta et folkehelseperspektiv og ta inn over seg seg et befolkningsansvar. Ansvarer begrenser seg ikke til å gi tilbud til de som møter opp og ber om det («ansvar for venteværelset»), men omfatter et våkent blikk for bistandsbehov også hos dem som ikke selv oppsøker hjelp eller som føler seg avvist av hjelpeapparatet («befolkningsansvar»). Samhandlingsteamet la en slik forståelse til grunn for valgt arbeidsmåte. Bente sa om sin erfaring fra da hun jobbet i kommunen tidligere:

.... det var egentlig lite forståelse i hjemmesykepleien for at det fantes psykiatriske pasienter rundt omkring i hjemmene. Så vi gikk gjennom cardexene og så på medisinerenga og kartla på den måten – altså folk sto jo på Trilafon i bøtter og lass, ikke sant – og Nozinan og Haldol og alle disse gamle medikamentene

Knut:

...vi så jo masse folk på gata som åpenbart var sjuke..... politiet kom jo med en haug med folk i starten, og alle de har vi mer eller mindre vært inne i, og flere av de har gjennomgått markante forandringer....

Bente:

... ikke sant – alle disse tingene her har jeg måttet argumentere veldig kraftig for, og være en stabeis og at sånn må det være – vi har igjen hatt stor nytte av en klar ideologisk tanke og ide, og vi hadde selvfølgelig ikke klart det hvis jeg ikke hadde hatt med meg sterke og gode medarbeidere

Intervjuer:

... og ikke minst en sjef som sier: Det er ikke sikkert vi teller de riktige tingene – vi må telle output

Knut:

... skal vi styre målgruppa etter styringssystemene våre så glipper en del av de som har størst behov og sterkest rett til helsehjelp

Det er slående at fire av de fem gründerne alle er «godt voksne» i arbeidslivet - to av dem på full fart mot pensjonsalder. Alle har lang, bred og sammensatt erfaring fra ulike deler av det operative tjenesteapparatet og fra forvaltningen. De er hver for seg trygge på at de kan «faget» og kjenner «systemet», og har velbegrunnede meninger om «hvor skoen trykker» når de opplever at ting ikke går så bra ut fra de overordnede målsettingene. De har truffet hverandre i ulike faglige sammenhenger over mange år, og har fått klart for seg at de ser i det vesentlige likt på tingenes tilstand.

De har alle erfaring – noen av dem også med hverandre fra tidligere – av ørkesløse diskusjoner om *ansvarsfordeling* i et forvaltningsmessig *0-sumparadigme*: «Alt jeg kan få deg til å ta ansvar for slipper jeg å ta ansvar for». Det har tidligere florert med klager på hverandre mellom kommunen og helseforetaket, og fra brukerne på både kommunen og foretaket. De har alle erfaring for at det er de svakest fungerende pasientene/klientene/brukerne som lider mest når de blir kasteballer i et system som kan oppfattes å premiere ansvarsfraskrivelse. De har også erfart at løsningen ofte blir dårlig for pasienten og svært kostbar for den parten som taper i kampen om å fraskrive seg ansvaret og derfor blir sittende igjen med regningen. Angsten for å bli sittende alene dreier seg både om økonomi og kompetanse. Hege, som er leder for det distriktpspsykiatriske senteret i spesialisthelsetjenesten, sa om erfaringene før

Samhandlingsteamet ble opprettet:

.... den målgruppen det her er snakk om de er dyre for samfunnet – de har en alvorlig lidelse, de krever veldig mye hjelp over veldig mange år, og enten det foregår i kommunen eller spesialisthelsetjenesten så er det pasienter som krever mye oppfølging som har økonomisk konsekvens for de som måtte ta på seg det ansvaret – og da opplevet jeg mye kiving med kommunen, selvfølgelig ...

Lederne jeg intervjuet har jobbet lenge nok sammen til at de har gjort erfaringer sammen og utviklet tillit til hverandre om at det er mulig å unngå dette dysfunksjonelle samspillet – at fornuftig *ansvarsdeling* er til gunst både for tjenestemottakeren og for de tjenesteytende enhetene – *altså å erstatte 0-sumspill med vinn-vinn-situasjoner*. Gründerne har også sammen tidligere gjennomført et prøveprosjekt med samme formål som Samhandlingsteamet, som ikke har svart til forventningene. De har altså erfaring med å prøve og feile sammen – uten å gi opp visjonen om at bedre samarbeid er mulig. Ønsket om å ta i et krafttak for RoP-gruppa er ikke gitt opp. DPS-lederen Hege sa:

....vi ønsket jo ikke å mislykkes en gang til - og jeg tenker at det å kunne mislykkes noen ganger det er viktig for å gjøre seg noen erfaringer og få lov å prøve seg en gang til, da – og da tenker jeg at det at vi fikk anledning til å prøve dette en gang til, og at jeg kjente systemet mye bedre enn den gangen

Gründerne var særlig fokuserte på å få bedre grep om tiltakene overfor åpenbart hjelpetrengende mennesker som ingen av aktørene i hjelpeapparatet hadde klart å etablere stabile relasjoner med. Brukere som «skle rundt i systemet» genererte store utgifter her og der etter tur, uten at det førte til bedre eller mer stabil livsførsel. En stor del av den aktuelle gruppa levde sine liv «helt på kanten», og fikk åpenbart ikke helsehjelp som sto i forhold til deres behov. Denne «hard-to-get»-gruppa var identifisert ved navns nevning – den var ikke veldig stor – men ble vesentlig større da helsevesenet og politiet begynte å snakke sammen på en systematisk måte om hva de slet mest med i Bærum. Kvalitetsrådgiveren Jan, sa til DPS-lederen Hege:

... så husker jeg en periode da du gikk rundt med en navneliste i veska di på navngitte svært utfordrende pasienter

Erkjennelsen av behovet for å endre faglig praksis i samhandlingen var altså solid forankret både i spesialisthelsetjensten og i kommunen. Og gründerne hadde et klart *systemperspektiv* på endringsbehovet:

Jan sa videre:

... det kunne ikke bare være et team som hadde ansvaret for samhandlingen – det måtte være alle ... det er et kultur- og endringsprosjekt ... det må være en større bølge både teamet og veiledningen og kompetansehevingsprogrammet ... og vi kan jo føle det hver dag at det er store endringer fra tidligere ...

Liv:

...det var selve nøkkelen til å få med folk inn ...

Jan:

.... de som gikk på etterutdanningen hadde ikke nødvendigvis noe med samhandlingsteamet å gjøre – det var folk både fra kommunen og spesialisttjenesten og brukere som gikk på den etterutdanningen ...

Hege:

Ja, det å gjøre flere ting samtidig dersom det skal skje endring, det er systemtilnærming ...

Liv:

... og når vi som ledere på disse samlingene skulle innlede så kunne vi jo stå fram og si at dette er ett av flere gode samhandlingsprosesser ...

Hege:

... og vi var jo mye sammen på slike åpninger ...

Liv:

... jo, men det var jo viktig, ikke sant, å snakke det opp ...

Hva hemmer ønskede endringsprosesser

Gründerne i Bærum forteller at de i sine tidligere jobber følte god støtte i den statlige politikken til fremme av RoP-området som ble ført i perioden for Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008), og de faglig normerende dokumentene som fulgte i samme periode i form av forskrifter og veiledere. Så beskriver de hvordan mye endret seg under innflytelse av New Public Management-tenkningen som vant fram rundt årtusenskiftet.

Fra kommunens side nevnes særlig to forhold: Overgangen til et system der bestillerfunksjonen og utførerfunksjonen ble skilt, og overgangen til en tonivåmodell, som innebærer at de tidligere *etatene* ble fjernet, slik at et stort antall virksomhetsenheter (*resultatenheter*) ble direkte underlagt rådmannsfunksjonen. En slik organisering fremmer ikke tverrfaglig samhandling – hverken internt i kommunen eller mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Fra spesialisthelsetjenesten legges særlig vekt på Helseforetaksreformen fra 2002, da spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunalt ansvar til regionale statlige helseforetak. Sjefer kom og gikk – særlig kom: Spesialisthelsetjenesten ble tydelig mer topptung og byråkratisert. Psykiateren Knut sa:

... så det å tviholde på at det er befolkningens behov som skal styre tiltakene, det er jeg veldig opptatt av – og det ble mer krevende og viktig å holde det fokuset etter foretaksreformen, for da ble vi toppstyrt.

Kostnadskontroll og målstyring av virksomheten ble vektlagt på bekostning av faglig og lokalt begrunnet praksis, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Spissing, ansvarsavgrensning og ansvarsfordeling ble prioritert framfor tverretatlighet, samarbeid og ansvarsdeling. DPS-lederen Hege sa det følgende om hvordan både spesialisthelsetjenesten og kommunen opplevde at dette virket inn på samarbeidet dem imellom:

... frykten var knyttet til to ting – det ene var økonomien, det andre var kompetanse....

Begreper fra økonomien ble innført i helsevesenet. Tiltak ble til produksjon - virksomhetsenhet ble resultatenhet. Produksjonsvolum ble gjort til forpliktende måltall og ble gjenstand for rapporteringskrav. Incentivsystemene la opp til krav om økt produktivitet i virksomhetene. Ledere fikk resultatbasert lønn. Gründerne opplevde at det ble vanskeligere å fokusere på *resultater* ut fra kriterier de ønsket å legge til grunn: Kvalitet, effektivitet og nytte sett fra brukernes ståsted. De nye rammebetingelsene oppfordrer til ensidig og gjensidig ansvarsfraskrivelse og henvisning bort: Bort fra «vårt ansvar» over til «ditt ansvar eller mitt ansvar». Slike såkalt «perverse incentiver» med hensyn til samarbeid vil etter sitt vesen føre til at alle aktørene blir engstelige for å ta på seg og å bli stående alene med de vanskeligste oppgavene - de som krever mest omfattende ressurser og best kompetanse. Det er de mest hjelpetrengende pasientene som blir taperne i dette spillet om ansvarsfraskrivelse. Teamlederen Bente sa:

... og jeg kjempet som en løvinne for å bevare noe av det jeg trodde på var veldig viktig for folk med alvorlige psykiske lidelser. Jeg følte nok at jeg ikke ble hørt

Knut sa:

... under Opptappingsplanen hadde vi jobbet nedefra-og-opp hele veien ... så kom reformen – ovenfra-og-ned ... da slutta jeg etter en stund jeg hadde ikke lenger ledelsesstøtte, og da sa jeg takk for megmen jeg tok selvfølgelig erfaringene med meg

Dette gjelder altså erfaringer fra jobber de hadde hatt tidligere og som de hadde søkt seg bort fra. Mine informanter holder de gode erfaringene med Samhandlingsteamet opp mot tidligere forsøk som ikke har lyktes, og trekker fram betydningen av at samarbeidspartnere tidligere ikke har hatt god nok kjennskap og tilstrekkelig realistiske forventninger til hverandre. Moderne helse- og velferdsforvaltning er et stort og komplekst system, og manglende kunnskap om «de andre» gjelder ikke bare mellom kommunen og helseforetaket – det gjelder også internt i kommunalforvaltningen og internt mellom enhetene i helseforetaket. Hege sa til Liv og Jan:

....vi visste ikke nok om alle tilbudene som fantes i kommunen, vi hadde ikke nok oversikt – husker dere den samlingen vi hadde – det var bare hææ, det var så mye tilbud bare at vi visste ikke om det

Det er også flere sider ved *medisinsk profesjondominans* som virker hemmende på tverrfaglig endrings- og utviklingsarbeid ute i praksisfeltet. Posisjonsmakten som definerer hva som er faglig bra og riktig ligger fortsatt i de tunge fagmiljøene ved universitetene og de tilknyttede universitetssykehusene, selv om en mye større andel av pasientene, også de dårligste pasientene, nå befinner seg ute i åpen omsorg. Unge leger under spesialisering i psykiatri formes av og må forvente å bli evaluert av disse «ortodokse» fagmiljøene. Det gjelder ikke minst i situasjoner som påkaller tilsynsmyndighetenes oppmerksomhet, som klager eller uventede dødsfall. Som behandlingsansvarlige vil de unge legene derfor tendere mot *risikoaversjon* og mot å ønske å ha kontroll og ha sitt på det tørre: Evidensbasert praksis på velprøvde og trygge arenaer.

–20

Men når «gammel medisin» viser seg ikke å virke godt nok, er det grunn til å prøve noe nytt. Utviklingsarbeid, og særlig tverrfaglig/tverretatlig ambulant utviklingsarbeid, forutsetter en viss risikovillighet. Mine informanter tillegger de tunge fagmiljøene en grad av faglig selvhøytydelighet og omnipotens som virker hemmende på utviklingsarbeid. Psykiateren Knut sa:

.... og så har motstanden vært i de store systemene – i tungpsykiatrien, altså fagfeltet har øvet ganske stor motstand – mulig jeg er litt kategorisk nå, men i store trekk har det nok vært mye sånn ...vi så jo også med de psykologene som gikk i utdanning hos oss, de hadde fått veiledning i voksenpsykiatrien, og det måtte de bare slutte med det er et totalt forskjellig syn på hva er mulig å gjøre, og hva som er god endring og de unge legene tenker at «ingen av mine pasienter skal dø med mine medisiner i blodet»

Særlig i startfasen registrerte Samhandlingsteamet at gammel vane og hensynet til egen komfort hos godt etablerte behandlere kunne være til hinder når arbeidsmetodikken skulle legges om fra tradisjonell kontorbasert poliklinisk virksomhet til i større grad å skulle jobbe ambulant og oppsøkende. Akkurat dette dreiet seg mer om medarbeidernes alder og gammel vane enn om profesjonstilhørighet.

Journalføring viste seg også å bli en utfordring i Samhandlingsteamet. På den ene siden var kommunalt ansatte på langt nær vant til spesialisthelsetjenestens strenge krav til journalføring. På den annen side møtte de enkelte formelle problemer knyttet til rett til tilgang til journalsystemet. Disse problemene har ennå ikke fullt ut funnet sin løsning i Samhandlingsteamet.

Hva fremmer ønskede endringsprosesser

Vellykket endringsarbeid vil som regel dreie seg om et heldig sammenfall av flere faktorer. Det kan være vanskelig å vite hvilken av faktorene som er den viktigste – som er endringens «sine qua non».

Mine informanter legger stor vekt på det personlige kjennskapet og den tilliten om har utviklet seg mellom dem gjennom samarbeid over lang tid. Det dreier seg om en erkjennelse av likeverdighet - at jeg er like avhengig av deg som du er av meg for at vi skal kunne utføre våre respektive oppgaver. Og om trygghet på at vi er påregnelige for hverandre – også når det røyner på.

Vel vitende om at de formelt tilhører hver sin organisasjon, klarte partene i Samhandlingsteamet i Bærum gjennom et matriseorganisert samarbeid å skape seg et *likt bilde* av at de utgjør *èn felles driftsorganisasjon* med hensyn til oppgaveløsning til beste for den utsatte RoP-gruppa, og de klarte å opptre som *èn lærende organisasjon* med hensyn til å evaluere sine felles arbeidsmåter og sine oppnådde resultater. De hadde prøvet og feilet sammen, uten å gi opp visjonen om at det går an å bli bedre sammen.

Det virker for meg som at nettopp prøve-og-feile-erfaringene gjorde samarbeidspartnerne i Bærum veldig bevisste på nødvendigheten av å skreddersy ny samarbeidsmodell og nye tiltak etter konkrete situerte erfaringer. Liv fra kommunen sa om dette at de tok i bruk

.... våre egne erfaringer med behovene til befolkningen her i Bærum.

Alternativet ville vært å importere en utprøvet modell med spesifikke *fidelitykrav* hva gjelder metodikk og resultatrapportering.

Samhandlingsteamet hadde derimot klart fokus på noe så basalt som økt stabilitet i livet for en sårbar gruppe mennesker som *sitt egendefinerte resultatmål*.

«Det ledere vil blir det noe av» sies det gjerne. Men så må også tiden være moden. Jeg har tidligere nevnt at det å ha en ressurs som Jan – kvalitetsrådgiver og organisasjonsutvikler – i DPS-miljøet, mest sannsynlig er en avgjørende suksessfaktor i endringsarbeidet de fikk til gjennom opprettelsen av Samhandlingsteamet i Bærum. De administrative lederne må ha hatt en fingerspissfølelse av at det akkurat *nå* var mulig å få oppslutning om en kursendring de ikke hadde fått til tidligere. I denne situasjonen rekrutterte DPS-lederen - strategisk og aktivt, til ledige ordinære stillinger - to fagpersoner, Bente og Knut - som hadde gjort seg synlige i det relativt oversiktlige faglig-administrative miljøet i Norge med klare synspunkter på endringsbehov i RoP-omsorgen. Disse ble sammen med Jan de fremste endringsagentene i Bærum – Bente fikk rollen som intern «prosjektleder», leder for Samhandlingsteamet. Jeg tror det går an å si at Bærum-miljøet nådde opp i det «kritiske minimum» av intensjon, engasjement og kompetanse som ga tilstrekkelig *momentum* for å få i gang en målrettet endringsprosess. DPS-lederen Hege sa:

... Så var det slik at vi hadde en ledig stilling på poliklinikken og så ringte Bente meg på den utlysningen ... og så tenkte jeg meg om for det var litt overraskende at hun ville inn her – og så sier jeg til henne at akkurat nå tror jeg vi kan få til noe, for nå begynner det å bli flere som vil det vi ønsker å få til jeg tror vi skal få til noe, og så kom Knut samtidig omtrent her – og han kjente jeg også, og han må vi få med på laget – så da samlet jeg enkeltpersoner som trodde på mye av det samme som jeg trodde på

Teamlederen Bente sa:

... og hun (Hege) lovte meg frihet og sa at vi trenger folk her som trur på det du trur på og nå er vi fler som trur på det samme, og det er et annet klima her nå. Så sånn havna jeg her da ...

Gründerne var i oppstarten veldig bevisste på særlig to kjente vanskeligheter knyttet til implementering av prosjekterfaringer i ordinær drift når et prosjekt avsluttes: Tidsavgrenset finansiering, og å beholde og anvende i organisasjonen den personbundne kompetansen som utvikles i et prosjekt. De la derfor vekt på at Samhandlingsteamet ikke skulle være et prosjekt i

ordinær forstand, men innebære en endring innen eksisterende *ytre* rammer økonomisk og administrativt. De gjorde endringer i arbeidsmetodikk og i måten sin å organisere samarbeidet på. 13 stillingsinnehavere i alle relevante enheter i kommunen og i seksjoner i DPS'et hadde alle sammen trygghet i faste stillinger. De gikk i brøker av sine stillinger, tilsammen 5,2 årsverk (årsverktallet inkluderer medarbeider med brukerkompetanse), inn under felles kommando av den nyrekrutterte fagpersonen Bente som var utpekt som leder for Samhandlingsteamet - for å jobbe sammen om felles oppgaver overfor felles brukere. De var således samtidig deltakere i både sin gamle og i en ny organisatorisk enhet. Det ble lagt avgjørende vekt på at arbeidsmåten i teamet skulle være praktisk mulig å videreføre innen ordinære rammer, ut over «prosjektperioden». *Ingen nye oppgaver, ingen nye ressurser, men en omlegging av organisering og arbeidsmåte.* Et kultur- og endringsprosjekt. Tanke- og arbeidsmåten spredte seg ved «kontaktsmitte», slik at også de medarbeiderne som ikke direkte var en del av Samhandlingsteamet ble «samhandlere» som tok større medansvar for den utfordrende RoP-gruppa enn de hadde gjort tidligere. På denne måten klarte de å forankre et medansvar for den økte innsatsen på alle nivå i alle de deltakende enhetene.

Det var gjort grundig arbeid med kartlegging av medarbeidernes kompetanse og interesse før deltakerne til Samhandlingsteamet ble rekruttert.

Det ble også gjort grundig forarbeid med presis formulering av målgruppe, målsetting, resultatmåling og evaluerbarhet. Gründerne hadde erfaring for at det kreves høy grad av årvåkenhet for å holde fast i intensjonen om å prioritere å jobbe med de med størst bistandsbehov, ikke med de der en mest sannsynlig ville lykkes.

Hva er viktig i selve endringsprosessen

Initiativet til å opprette Samhandlingsteamet kom fra fagmiljøet selv. Det var *ikke* et resultat av vedtak fattet et annet sted, *ikke* knyttet til noen større omorganisering eller til krav om innsparing, som tilfellet svært ofte har vært i endringsprosesser i offentlig virksomhet de seneste årene. Motivasjonen var: Brukerne våre vil få mer ut av tiltakene våre hvis vi klarer å jobbe på en annen måte. Stikkordet «*å snu på flisa*» kom til å stå sentralt. Teamlederen Bente sa:

*Vi har jo fantastisk kompetanse i alle deler av det felles tjenesteapparatet, både kommunalt og i spesialisttjenesten....vi har det vi trenger... **vi trenger bare snu på flisa.***

Liv fra kommunen sa:

...det er en veldig sterkt påvirkende kraft på at ikke økonomi er det argumentet som velter eller beholder prosjektet – det er veldig mye lettere for kommunen å være med på og å vurdere prosjektet faglig sett når ikke økonomi ligger der i bønn som den delen som er det viktigste, da.

Samhandlingsteamet er altså ikke et prosjekt i vanlig forstand, men et slags prosjekt innen ordinære rammer. De søkte og fikk noe prosjektmidler, men brukte ikke midlene til å øke kapasiteten ved å ansette flere. Isteden gjorde prosjektmidlene det mulig parallelt å gjennomføre et omfattende program innen ekstern kompetanseheving og veiledning rettet mot samarbeidspartnere, noe som sammen med Samhandlingsteamets innsats kom til å bidra til en «booster-effekt» i omstillingsarbeidet.

Lederen i Samhandlingsteamet fikk rollen med å lede og koordinere det faglige arbeidet, og var fritatt for ansvar for økonomi og personal, som f.eks. å administrere sykefravær og vakanser - slikt ansvar forble i linjeorganisasjonen. Dette ga rom for sterk *intensjonell* faglig ledelse. Gründerne opplevet dette som avgjørende, fordi forsøk på endring bort fra tilvante arbeidsmåter måtte slåss med en tendens til å sige tilbake i gamle spor, og at det derfor var nødvendig å holde mottrykket oppe. Legen i teamet (Knut) sammenligner med erfaringer fra tidligere jobber:

...vi skal ta inn de dårligste og vi skal skrive ut de og de – så kom jeg tilbake fra ferie etter tre uker og så var alt snudd på hodet – de hadde skrevet ut de dårligste fordi de ikke møtte, og så hadde de tatt inn de de synes det var morsomt å jobbe med, ikke sant – så du må hele tiden ha et trykk, og da må du ha et team, og da må du ha backing oppover...

Samhandlingsteamet var veldig bevisst på ikke å fremstå som «en ny tue» - ikke å bli et nytt tiltak som de andre enhetene i tiltaksapparatet kunne «eksportere» de sakene til som de ikke selv lyktes med, fordi de var for vanskelige. Fokus var «hard-to-get»-sakene: De som man visste om men ikke hadde klart å få tak i og forankre i det ordinære tiltaksapparatet. Det dreiet seg ikke bare om å «rydde opp i gammelt rot» - det vil stadig dukke opp nye slike saker.

Teamet skulle jobbe sammen med og styrke de eksisterende enhetene – ikke ta over ansvaret fra dem. De nyanserte derfor sitt tiltaksrepertoar til tre nivåer: Bare unntaksvis å ta *hovedansvaret* for brukere. I mye større utstrekning å drive *veiledning* ut fra teamets særlige kompetanse. Men med størst vekt på å *supplere* innsatsen – å jobbe «*skulder ved skulder*» med fagpersoner fra andre enheter i tiltaksapparatet. Dette siste (også omskrevet til verbet «å skuldre») ble raskt selve signaturen for Samhandlingsteamet.

Det mest nyskapende ved opprettelsen av Samhandlingsteamet var etter min vurdering at mellomledere i henholdsvis kommunen og helseforetaket tok inn over seg at det lå *innen rammen for deres institusjonelle mandat* å beslutte en organisasjonsmessig endring som innebar å kunne sette ansatte fra ulike enheter fra begge forvaltningsnivåene under «felles kommando». De kunne dermed se seg selv som en driftsorganisasjon – og således spare transaksjonskostnader, og skjære fri av perverse incentiver og ansvarsuklarheter.

Deltidsstillingene i Samhandlingsteamet - det at deltakerne tok del i det nye samtidig som de forble ansatt i sin moderorganisasjon – bidro effektivt til spredning av metoder, tenkning og holdninger, og til «framsnakking» av teamets arbeidsmåte. Dette bidro i sin tur til rask og bred spredning av opplevelsen av å lykkes med oppgaver alle tidligere hadde slitt med. Og det bidro til samhold når det buttet imot.

Språk, kultur og motstand

Kultur skaper språk og språk skaper kultur. Måter å være sammen på preger måter å snakke sammen på. Det er ikke lett og kanskje heller ikke interessant å si hva som kommer først og hva som følger. Man kommer sammen og snakker sammen med utgangspunkt i hvert sitt virkelighetsbilde. Gjennom dette skapes felles begreper, så forståelse av den annens virkelighetsbilde, så felles bilder av virkeligheten. Først når de ulike aktørene har noenlunde like bilder av nåsituasjonen og av ønsket endring, kan målrettet samarbeid om oppgaveløsning finne sted. Endret holdning til samarbeid/samhandling kommer som en følge av gode erfaringer med samarbeid/samhandling. Tid til å ta slike prosesser på alvor ble fra første stund tungt vektlagt i Samhandlingsteamets arbeidsmåte.

Endringsarbeidet var ikke uten motstand – og å komme i gang krevde *samtidig* solid lederforankring og ny energi i form av «nye koster» utenfra. Det virker på meg som om det var

avgjørende viktig for at prosessen kom i gang at spesialisthelsetjenesten – altså Bærum DPS – i større grad viste vilje og evne til å tenke befolkningsansvar enn de tidligere hadde gjort. Det krevde et reflektert forhold til spesialisthelsetjenestens «spissing» av innsatsen og overordnede krav til kvantitativ rapportering av virksomhet og resultatoppnåelse.

Kommunen er og blir «bunnplanken» i det offentlige tiltaksapparatet – den som aldri kan si seg fri for medansvar for velferden til innbyggere som sliter. Kommunen hadde fra tidligere erfaring med å bli stående alene med ansvar for tunge oppgaver, ved at spesialisthelsetjenesten etter ensidig beslutning trakk seg ut med henvisning til at pasienten ikke var «behandlingsmotivert» eller var «behandlingsresistent». I Samhandlingsteamet ble slike begreper bannlyst fra første øyeblikk.

Temaet i de faglige diskusjonene i Samhandlingsteamet dreiet seg ikke om hvorvidt «denne pasienten er ditt eller mitt ansvar», men i mye større grad om «hvordan kan du og jeg sammen bidra til at denne pasienten får et bedre liv». «Vi sammen» - ikke «dere der» og «vi her». Vi er likeverdige partnere. Vi er gode på forskjellige ting. Alle er like avhengige av hverandre for at sluttresultatet skal bli optimalt for pasienten. Vi spiller på samme lag, og er i stand til «å spille hverandre gode». Vi skal styrke og utfylle hverandre – ikke overta ansvar fra hverandre. Vi skal fokusere mer på effektiv ansvarsdeling enn på presis ansvarsfordeling oss i mellom.

Samhandlingsteamet tok inn over seg, og var omforent om, at det - i hvert fall i det korte tidsperspektivet - var nødvendig ikke å ha for høye ambisjoner for rehabiliteringen på den enkelte brukerens/pasientens vegne. Resultatmålet for arbeidet med teamets primære målgruppe (hard-to-get-gruppa) begrenset seg i første omgang til å skape større stabilitet i livet til pasientene, og stabil forankring mellom pasienten og det ordinære hjelpeapparatet. Å bli helt frisk og fullt produktiv arbeidstaker er et ganske fjernt mål for de fleste i RoP-gruppa. Tydelighet om, enighet om og forpliktelse på målgruppe og resultatmål er avgjørende viktig i tverretatlig endringsarbeid. Knut sa:

... en stor andel av RoP-gruppa lever helt marginale liv og alternativet til noen helsehjelp er ingen helsehjelp ...

Teamet kunne allikevel fortelle om saker der rehabiliteringsprosessen hadde nådd overraskende langt.

Opplevde gevinster

Ved å la tretten ansatte gå inn i et team under felles ledelse med brøker av sin arbeidskapasitet (tilsammen 5,2 stillinger), ble omfanget av byråkrati og «transaksjonskostnader» redusert: Mindre tid gikk med til å skrive, behandle og svare på henvisninger. Det gikk mindre tid til samarbeidsmøter mellom partene. Det ble færre klager å forholde seg til. All kapasitet kunne settes inn i faglig arbeid for økt behovsdekning for pasientene.

Teamet fikk raskt opplevelsen av å stå last og brast, også i motgang. Også eksterne samarbeidspartnere fikk gevinst av dette når de la fram saker de trengte hjelp til. Psykiateren Knut siterte en henvisende lege:

«Bordet fanger – det er bare oss; i dette møtet er alle relevante parter tilstede, og vi må finne ut av det sammen».

Det tok ikke lang tid før disse gevinstene førte til økt opplevelse av oppgavemestring og trivsel i arbeidsmiljøet. Det ble «stas» å jobbe med en målgruppe og oppgaver som tidligere hadde lav prestisje og var forbundet med oppgitthet og slitasje. Ansatte fikk i større grad anledning til å bruke sin kompetanse og se resultatet av sin innsats. De trivdes og ble i jobben. Det bidro i neste omgang til at kompetansen som ble utviklet underveis forble i organisasjonen.

Den valgte organisering av Samhandlingsteamet – en matrisemodell – ble funnet hensiktsmessig og spredte seg til andre samarbeidsflater mellom Bærum kommune og Bærum DPS. Det dreier seg om andre områder der sykdomsforløpet er kronisk og forløpsplanlegging er avgjørende for resultatet av innsatsen.

Når fagmiljøene klarer å gjennomføre endringer og dokumentere resultater innen ordinære ressursrammer, skaper det begeistring i det politiske miljøet i kommunen, og gir ytterligere momentum til endringsarbeidet. Liv fra kommunen sa:

Det var jo veldig salgbart, ikke sant, i det kommunale perspektivet – ordføreren var kjempebegeistret for dette, så politisk sett klang det veldig godt, da. Og det at vi var så

gira på det – var så opptatt av å lykkes, jeg tror det handlet mye om det - vi hadde lyst til å lage et godt eksempel på samhandling, da.

Innen ansvarsområdet til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste påpeker gründerne særlig to forhold de mener innebærer viktige endringer :

Det er oppnådd aksept i tjenesten for at når den moderne spesialisthelsetjenesten i høyere grad yter sine tjenester uten at pasientene innlegges i døgninstitusjon, så må også det faglige arbeidet som utføres ambulant i større grad legge premissene for arbeidet som skjer når innleggelse i en kort periode er nødvendig. Tidligere var det omvendt: At spesialistene i institusjonene «bestilte» art og omfang av ettervern etter innleggelsen. Psykiateren Knut sa:

... de fikk jo panikk da, når jeg kom for å besøke på akuttavdelingen de pasientene jeg hadde ansvaret for ute ... du får komme da, men du rører ikke medisineren etter hvert har det snudd til at når pasienter reiser hjem så spør de om jeg har noe å bidra med ... så nå er det jeg som styrer behandlinga inne og i Nederland er det kriseplanene og behandlingsplanene for folk ute i kommunene som danner grunnlaget for behandlingen i døgnavdelingene ...

Det andre de peker på er at det i RoP-komplekset – samtidig alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse – er ulike psykiske vansker pasientene sliter med; psykose, personlighetsforstyrrelse, traumatisering, angst, depresjon. I sengeavdelinger er det tradisjonelt ansett hensiktsmessig ikke å blande under samme tak diagnosegrupper som menes å kunne ha uheldig innflytelse på hverandre. Ved ambulant og oppsøkende virksomhet er det lettere for behandlere som har den særlige dobbeltkompetansen som RoP-behandling forutsetter, å jobbe individuelt med hver enkelt pasient uavhengig av hvilken diagnose som utgjør den «psykiske komponenten» i RoP-lidelsen – med større vekt på individuelt funksjonsnivå og bistandsbehov enn på diagnose.

VII)VITENSKAPSTEORI OG RELEVANTE YTRINGER I DEN FAGLIGE DISKURSEN

Jeg vil i neste kapittel (VIII) returnere til aktørperspektivet og prøve å forstå Bærumgründernes egenopplevde ståsted og handlingsrom da de bestemte seg for å ta de

ledergrepene som resulterte i opprettelsen av Samhandlingsteamet.

Men først vil jeg i dette kapittelet prøve min egen forforståelse og empirien fra samtale med medarbeiderne i Samhandlingsteamet i Bærum opp mot relevant teori. Jeg vil også trekke inn ytringer jeg har registrert i den løpende faglige diskursen; ytringer jeg mener er relevante for å forstå den opplevelsen av diskrepans både bærumgründerne, jeg selv og mange andre har, mellom intensjon, ressursinnsats og opplevd nytteverdi i arbeidet med psykososial rehabilitering av personer med samtidig alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse innen helsevesenets rammer.

Kritikk mot psykiatrien

Ulike sider ved psykiatrien (som medisinsk spesialitet) og psykisk helsevern (som altså er en moderne betegnelse på det bredere virksomhetsfeltet i spesialisthelsetjenesten som også omfatter andre faggrupper) er under stadig debatt i det offentlige rommet. I og med Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) kom også det noe upresise begrepet «psykisk helsearbeid» i bruk om kommunalt sosialt arbeid rettet mot mennesker med psykiske vansker. Noe av dette er omtalt tidligere i oppgaven.

I en viss forstand er synspunkter som kommer fra fagfeltet selv mest spennende – særlig når de er selvkritiske og gjelder grunnleggende spørsmål.

«Hva vet vi om årsakene til psykiske lidelser?»

Slik lyder overskriften på en kronikk i Aftenposten 30. desember 2017. Kronikken er skrevet av Jan Ivar Røssberg og Ole A. Andreassen, som er professorer og overleger i psykiatri ved Universitetet i Oslo.

Professorene påpeker i kronikken at de direkte og umiddelbare *årsakene* til at enkelte personer rammes av psykiske sykdommer, og andre ikke, lenge har vært blant vitenskapens store uløste problemer. Dette har gitt stort rom for skoledannelse med motstridende teorier og varierende behandlingsmetodikk. De siste tiårenes forskning har innen rammen av en bio-psyko-sosial forklaringsmodell gitt betydelig mer presis kunnskap om hvilke *sykdomsmekanismer* som er i sving: Hvordan arvelig bestemt (men ikke årsaksforklart) *sårbarhet og disposisjon* sammen

med *ytre påvirkning og stress* som den enkelte erfarer i sitt liv og i sine omgivelser virker inn på *biologiske* prosesser, som igjen gir opphav til *symptomer*. *Epigenetikken* har bidratt til dypere forståelse av samspillet mellom arv og miljø, ved å gi innsikt i hvordan ulike deler av arvematerialet kan «slås av og på» som følge av omgivelsenes påvirkning. I barne- og ungdomsperioden er hjernen fortsatt i utvikling og mer påvirkelig. Derfor er et gunstig psykososialt miljø i denne livsfasen særlig viktig for utsiktene til en robust psykisk helse seinere i livet.

Professorene gir i kronikken uttrykk for optimisme med hensyn til at økt forståelse av sykdomsmekanismene som er i sving vil føre til stadig bedre og mer spesifikk behandling av psykiske lidelser – både psykososial og medikamentell behandling. Det samme gjelder sykdomsforebyggende tiltak.

Det er altså slik at professorene ser det som godt mulig å gi biomedisinsk fundert symptomlindrende behandling uten at det foreligger noen biomedisinsk fundert årsaksforklaring. Synspunktene er særlig interessante fordi de kommer fra «de innesrste sirkler av det medisinske etablissementet». Sikkert virksom behandling for psykiske plager må kunne tilbys mennesker som mener å ha behov for det og ønsker det, selv om tilstanden ikke er årsaksforklart. De fleste av oss tyr til Paracet eller Dispril når vi er sterkt plaget av feber og hodepine uten å bry oss om at vi ikke vet om det dreier seg forkjølelse eller bihulebetennelse, eller om det er virus eller gule stafylokokker vi er smittet av. Som i andre terapeutiske sammenhenger må ønskede virkninger avveies mot eventuelle uønskede bivirkninger.

Akkurat dette er ukontroversielt i psykiatrien. De mer kontroversielle temaene med hensyn til psykiatri og medikamenter dreier seg om tema som hvorvidt noen skal kunne medisineres mot sin egen vilje (jf. tvangshjemplene i Psykisk helsevernloven), og om hvor restriktiv foreskrivningen av symptomlindrende medikamenter med fare for tilvenningsfare og misbruk bør være. (Jeg velger som tidligere nevnt å *ikke* gi meg inn i den store diskursen om hvordan den farmasøytiske industrien og økonomiske hensyn dominerer metodeutviklingen i psykiatrien.)

Men det er altså med utgangspunkt i dagens kunnskapstilfang ingen ting som tyder på at det vi med en samlebetegnelse kaller psykiske lidelser noen gang vil kunne årsaksforklares på samme måte som tilfellet er med stadig flere somatiske lidelser, eller at *kausal* behandlingsintervensjon skal bli mulig. Til det er etiologien for kompleks: Bio-psyko-sosio-kulturell.

Hva kjennetegner ruslidelser ?

De aller fleste mennesker har erfaring med rusmidler, og opplever selvvalgt beruselse som et gode. Det er vanlig å bruke begrepet *ruslidelse* når det er oppstått en avhengighet som er ute av kontroll, når bruken har klart negative konsekvenser, og når forsøk på å få kontroll over rusmiddelbruken er mislykket.

Rusmiddelavhengighet har sin egen farmakologiske dynamikk, når den først er oppstått: Tilvenning, toleranseutvikling og abstinens. Men det er vanlig å se i det minste starten på en avhengighet som forsøk på regulering av livssmerte eller håpløshet («selvmedisinering»). Slik rusmiddelbruk har som oftest sammenheng med psykisk sårbarhet eller psykiske vansker som traumer, omsorgssvikt, angst, depresjon, skam, personlighetsavvik, ADHD eller annet. Jeg mener selv å ha til gode å treffe et eneste menneske med etablert alvorlig rusmiddelavhengighet uten samtidig tilgrunnliggende psykisk sårbarhet eller traumehistorikk.

Frafall fra forsøk på behandling av ruslidelser er regelen mer enn unntaket, og *ambivalens* til ønske om rusfrihet anses av mange som et trekk ved selve lidelsen. Fra SPoR-prosjektet tar jeg med meg den erfaringen at deltakerne jevnt over knyttet sin *identitet* langt sterkere til det å være rusmiddelavhengig enn til det å være psykiatrisk pasient. De aller fleste rusmiddelbrukere har lang og omfattende erfaring med *brudd* både i private og terapeutiske relasjoner. Viktige forutsetninger for å lykkes i behandling og rehabilitering av rusmiddelavhengige er derfor langsiktighet, kontinuitet, håp, struktur og fremelsking av det som er pasientens «sterke og glade sider».

«En mindre medisinsk psykiatri»

Den i Norge som etter min vurdering best har levert kritiske og konsistente refleksjoner om norsk psykiatri i løpet av de seineste årene er Trond Aarre. Han er en erfaren psykiater (altså legespesialist) og avdelingsleder ved et distriktpsikiatrisk senter. Han utga i 2010 boka *Manifest for psykisk helsevern*. Jeg refererer her hans hovedpoenger med utgangspunkt i en kortere artikkel (Aarre, udatert): *Kva skal til for at framtidens psykiske helsevern skal bli godt nok ?*

Aarre oppsummerer sitt syn i fem punkter:

- 1) *Den medisinske modellen* er utilstrekkelig som forståelsesramme, fordi den legger til grunn at det er det enkelte mennesket det er noe i veien med. En mer kontekstuell forståelsesramme er påkrevd: «Spør meg ikke hva som er galt med meg. Spør meg hva som har hendt meg»
- 2) *Maktforholdene* er skjeve, noe som ikke minst gir utslag i omfattende bruk av tvang uten at dette er knyttet til manglende samtykkekompetanse. Psykiatriske pasienter får også etter Aarres mening dårligere tilbud for kompliserende somatiske og rusrelaterte plager enn andre.
- 3) *Involveringen av den enkelte* i behandlingen er ikke godt nok ivaretatt. Pasientenes oppfatning av hva som er problemet og hva som er viktig å få til må tillegges større vekt.
- 4) *Tilgjengelighet* til tjenestene er for dårlig, noe som i hovedsak er knyttet til åpningstider og lokalisering. Hjelpetiltak er tradisjonelt organisert på kontor, i kontortiden og etter avtale. Behov for hjelp oppstår gjerne akutt, hjemme, og «utenfor kontortid».
- 5) *Samordning* av de ulike tiltakene er for dårlig – både i tid og rom, og i den forstand at det neste tiltaket logisk må bygge på det forrige. «Pasienten er hel – det er hjelpeapparatet som er fragmentert».

Mens jeg var helt i sluttfasen av arbeidet med denne teksten forelå en ny debattbok fra Trond Aarres hånd: «En mindre medisinsk psykiatri» (Aarre, 2018). Boka går dypere inn i tematikken og trekker aspektet «rus-og-psykiatri» (RoP) inn på en mer eksplisitt måte, og er derfor svært relevant for min tematikk. Jeg refererer her det jeg oppfatter som hans faglige hovedbudskap i boka, og som jeg mener utdyper sammenhengen mellom punktene i avsnittet ovenfor:

Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter hviler på et skjørt kunnskapsgrunnlag og kan ikke vise til gode resultater. Den biomedisinske, profesjonsdominerte og diagnosefokuserete forståelsesmåten som har blitt hegemonisk, samsvarer ikke med problemenes egenart (jf. punktlisten ovenfor). Psykisk belastning er ikke å regne som en avgrenset sykdomsenhet, men som en egenskap som er normalfordelt i befolkningen. Grensen for å diagnostisere belastning som «sykdom» blir stadig lavere, behovet for «behandling» derfor stadig større.

Styringssignalene fra myndighetene er sprikende, tiltaksapparatet er komme «i spagat», og leverer tjenester som er ineffektive og dyre. Det er på tide å inrømme nederlaget og se etter andre veivalg. Når *det* ikke har skjedd for lenge siden, er det fordi maktforholdene er så asymmetriske og at så mange har så mye å tape på en omlegging.

Aarre argumenterer for en *kontekstuell* forståelsesramme: Det er ikke først og fremst individet det er noe i veien med, men *individet-i-sine-omgivelser*. Derfor går det ikke an å begrense en intervensjon til å behandle en lidelse eller et individ. Verdigrunnlaget må gås opp på nytt: Hva må til for å bli bedre på likeverd, respekt, medvirkning, tilgjengelighet og omsorg ?

Relasjonskompetanse bør bli en kardinaldyd som må utvikles bedre hos medarbeiderne.

Om paradigmer

Begrepet *vitenskaplig paradigme* refereres gjerne til Thomas Kuhn og hans bok *The structure of scientific revolutions* (Kuhn, 2012), og defineres av ham som en grunnleggende forståelsesramme for vitenskaplige undersøkelser med regler for hva som er akseptable måter for å stille og svare på spørsmål. Biomedisin er et slikt paradigme, som er blitt dominerende (hegemonisk) for virksomheten innen alle deler av helsevesenet.

Et paradigme oppstår når kritisk gransking av praktiske eksempler fører til *gjenkjenning av mønstre* innen en gitt virksomhet. Paradigmet utvikler sin gyldighet gjennom å demonstrere evne til å bidra til å løse slike *kunnskapsmessige puslepill* som virksomheten krever at blir løst.

Ett paradigme er i utgangspunktet ikke bedre eller sannere enn et annet, men ulike paradigmer «ser» forskjellige ting når de betrakter det samme. Når forståelsesrammen ikke bidrar til vellykket oppgaveløsning oppstår det en *krise*, og da er det *vitenskaplig påkrevet* å stille spørsmål om forståelsesrammen – paradigmet – er gyldig for virksomhetsområdet. Mens det biomedisinske paradigmet historisk kan vise til suksess på sentrale områder av helsevesenets virksomhet, viser det samme paradigmet seg utilstrekkelig på andre områder. Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter er et område der dårlig måloppnåelse kan knyttes til at det biomedisinske forståelsesparadigmet ikke strekker til.

Etter å ha blitt utsatt for kritikk etter sin opprinnelige konseptualisering, presiserte Kuhn i et etterskrift i seinere utgaver av boka begrepet ved tre karakteristika ved paradigmedannende vitenskaplig virksomhet:

–1) det eksemplariske – hva det er mulig å se og lære av en konkret måte å løse oppgavene på innen et gitt virksomhetsområde.

–2) den disiplinære matrisen – hva som forener de ulike aktørene på et virksomhetsområde med

hensyn til faglig forståelse og verdiforankring.

–23den sosiale organiseringen – hvordan virksomheten designes for å sikre utfyllende kompetanse i oppgaveløsingen best mulig.

Jeg har tidligere i teksten referert Gadammers synspunkt om at det i de humanistiske vitenskapene ikke går an å ha ambisjoner om logisk og kausalt å *forklare* alle sammenhenger, men at en kan ha som ambisjon å *forstå sammenhengene*. Derfor er bevissthet om ens egen *forforståelse* av sammenhenger avgjørende for å være åpen for ny forståelse. Ricoeur (Ricoeur 1991) utdyper eller presiserer synspunktene til Gadamer og de tidligere hermeneutikerne (Schleiermacher, Dilthey og Heidegger). Jeg oppfatter Ricoeurs hovedpoeng slik: Han hevder at forståelse og forklaring er innvevd i hverandre og ikke kan ses uavhengig av hverandre. Innlevende forståelse av sammenhenger må gå hånd i hånd med kausal årsaksforklaring i en slags *hermeneutisk spiral*. Det gjelder ikke bare i humaniora, men også i naturvitenskapene: Et fenomen må forstås ut fra sin sammenheng, ikke bare ut fra sin sammensetning. Det vil alltid være en distanse og en *spenning* mellom vår forforståelse av et visst forhold og en «ny» situert/objektiv/tekstlig framstilling av det samme forholdet. Denne spenningen gir opphav til en kontinuerlig *dialektikk* som bidrar til at taus forståelse, når den gjøres eksplisitt og reflektert, kan legge grunnlag for stadig nye *tentative* tolkninger og erkjennelser av «sanne» sammenhenger.

I medisinsk sammenheng betyr dette tre ting: 1) At vi må være åpne for å se hvordan sammenhengen er mellom en organisme som helhet og dens delsystemer - f.eks. hvordan psyke og soma gjensidig påvirker hverandre og egentlig bare er meningsfulle i relasjon til hverandre. 2) At vi må være åpne for å se etter hvordan kausale faktorer av ulik art – f.eks. biologisk disposisjon, ytre påvirkning og mentalitet – kan virke sammen, påvirke hverandre «begge veier» og slik avgjøre om sykdom og funksjonssvikt oppstår. 3) At årsaksfaktorene egentlig heller ikke er separerbare.

Det er ikke mulig ut fra min empiri å trekke sikre slutninger om i hvilken grad mine informanter hadde bevisste tanker om kausale og paradigmatisk sammenhenger. Men så prøver jeg å holde den erkjennelsen av endringsbehov og den handlingskompetansen som mellomlederne i Samhandlingsteamet i Bærum demonstrerte, opp mot vesentlige teoretiske

bidrag: Kuhns presiserte paradigmeforståelse, Gadammers hermeneutiske spiral og Ricoeurs hermeneutiske bue. Da mener jeg det er slående hvordan bærumgründernes kyndighet og myndighet finner hverandre på en slik måte at de ulike elementene – det erkjennelsesmessige, det eksemplariske, det disiplinære og det organisatoriske – bringes i et samspill som er paradigme-endrende, og fører til en mer produktiv faglig praksis. Det tror jeg Hans, som med spørsmålet «hva er 'e dere driver med» fikk ordet først i denne teksten, ville vært enig i.

New Public Management – et forvaltningsparadigme

Fenomenet NPM er det skrevet bindsterke verk om. I Norge er NPM først og fremst forankret i Hermansenutvalgets rapport «En bedre organisert stat» fra 1989. Diskursen om betydningen av NPM er viktig og omfattende, og det er fort gjort å gå seg bort i den. Jeg må prøve å holde fokus på det som er mest relevant som bakteppe for mitt tema, som er praktisk kunnskap innen psykisk helsevern. Det følgende korte avsnittet om NPM er basert på oppslag i Store Norske Leksikon:

New Public Management eller NPM er en fellesbetegnelse for en rekke prinsipper og metoder for organiseringen og styringen av offentlig virksomhet. Disse prinsipper og metoder har i utgangspunktet markedet som forbilder, men med visse tilpasninger der det er vanskelig å ta i bruk markedsløsninger. NPM bygger på en antakelse om at en offentlig virksomhet som likner mer på markedet vil kunne bidra til bedre kvalitet og større effektivitet i den offentlige tjenesteytingen. Tross denne forankringen i en markedstenkning, kan imidlertid NPM ikke oppfattes som en helhetlig teori om og for styringen av offentlig virksomhet. Blant annet vil flere av de anbefalte tiltakene kunne stå i et motsetningsfylt forhold til hverandre.....

.... En tyngre faglig begrunnelse for og anbefaling av NPMs styringsprinsipper kom fra OECDs Public Management Committee på første halvdel av 1990-tallet. Her la man særlig vekt på mål- og resultatstyring, økt konkurranse i produksjonen av offentlige tjenester og større valgfrihet for brukerne av ulike tjenester.

Det klareste uttrykket for NPM-tenkning i norsk helseforvaltning er foretaksreformen fra 2002 da ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra det folkevalgte fylkeskommunale forvaltningsnivået til fem (seinere redusert til fire) regionale statlige helseforetak.

Når det gjelder det fagfeltet denne oppgaven har som ambisjon å forstå bedre – psykisk helsevern og psykiatri - går på overordnet nivå kritikken mot NPM-paradigmet særlig ut på at det fremmer en stram top-down orientering med fokus på lett målbare *in-put* størrelser som volum av produserte tjenester, produktivitet i tjenesteproduksjonen, lengden på køer osv – og derfor ikke klarer å være orientert bottom-up mot *out-put* størrelser (som riktig nok er langt vanskeligere å måle), slik som kvalitet, effektivitet og brukeropplevd nytte i endeleddet, og rettferdig tilgang på helsetjenester ut fra objektive behov. RoP-pasienter opptrer i liten grad som kunder i et marked, som etterspør tjenester de mener å trenge og stiller krav og stiller seg i riktig kø for å få dem oppfylt.

I kritikken av NPM-paradigmet er det fristende å sitere Campbells lov, etter psykologen Donald T Campbell fra så tidlig som 1976 – her sitert etter Wikipedia, besøkt 5.4.2018:

«Jo mer en kvantitativ indikator brukes som grunnlag for beslutninger, jo mer vil den bli utsatt for forvrengning og jo mer vil den være egnet til å forstyrre de prosessene som den er ment å måle».

Eller sagt på en annen måte: Når en virksomhet drives som en bedrift med vekt på målstyring, kontroll og regnskapsplikt, er det vanskelig å tenke seg at kvalitative utfallsmål blir tillagt avgjørende vekt.

Evidence-based medicine – et biomedisinsk paradigme

En logisk konsekvens av New Public Management (NPM) er å søke å kvalitetssikre og redusere variasjonsbredden i medisinsk praksis, og i dette har begrepet *evidence-based medicine* (EBM) kommet til å stå sentralt.

I artikkelen «Evidence-based medicine or Person centered. An ontological debate» (Anjum 2016) leverer Rani Lill Anjum en svært tankevekkende kritikk av denne utviklingen. Jeg vil derfor referere hennes synspunkter relativt utførlig. Hun hevder at det er en nærmest gjensidig utelukkende og uforenlig *ontologisk motsetning* mellom på den ene side EBM, og på den annen side det hun benevner som Personal Centered Medicin (PCM) basert på «kausal disposisjonalisme».

Om *metoder* sier hun: EBM anvender *randomiserte kontrollerte undersøkelser* (RCT) som gullstandard i evidens-hierarkiet (og jeg husker godt hvor stor vekt som ble lagt på verdien av RCT med dobbeltblind-crossover-design i min egen studietid). RCT tar hensyn bare til statistisk testbare datasett. En faktor studeres om gangen, noe som gir skjeve, ikke-representative utvalg, lav ekstern validitet og tendens til økologiske feilslutninger (fra gruppenivå til individnivå). RCT påviser *bare* sterkere eller svakere statistisk sammenheng mellom bakgrunns- og utfallsfaktor, og krever ingen kausal forklaring. EBM-dominert medisin klarer derfor ikke å fange opp tilstander som beror på komplekse kausale sammenhenger.

Om EBM *modeller* sier hun: Tenkningen er rasjonalistisk/dualistisk (f.eks. syk/ikke syk). Den er basert på en fragmentert, diagnostisk «enkeltsykdom-forståelse» som ikke samsvarer med virkeligheten, som etiologisk er langt mer nyansert og sammensatt.

Om EBM *praksis* sier hun: Utviklingen går i retning av standardisert «best practice» med manualisert beslutningsstøtte, pakkeforløp og «avpersonifisering». Det er mer vekt på «cure» enn på «care».

Slik jeg forstår Anjum mener hun EBM bare er opptatt av å registrere *om* og *hvor ofte* en spesifikk årsaksfaktor eller behandlingsintervensjon virker og ikke virker, og ikke av å forklare *hvordan* den virker. Jo flere studier og jo sterkere korrelasjon som påvises mellom enkeltfaktorstudier og utfall, jo mer sannsynlig anses den kausale sammenhengen å være. Dette gir dårligere grep om helheten, og tilslører hvor komplekse årsakssammenhenger kan være. Det biomedisinske evidensbegrepet er i beste fall for snevert.

Opp mot denne ontologien og epistemeologien holder Anjum opp «Personal Centered Healthcare» (PCH – hun bruker også betegnelsen PCM - «Personal Centered Medicine»). PCH er basert på en ontologi hun benevner som *kausal disposisjonalisme*, og som hun mener er *uforenlig* med EBM. Begrepet kausal disposisjonalisme er helt nytt for meg. Jeg oppfatter at hun definerer det gjennom noen sentrale karakteristika: Det er ikke tilstrekkelig med effektdata – det må også foreligge kausale hypoteser for å snakke om evidens. Hun trekker her fram det klassiske eksempelet – at gifte menn lever lengre enn ugifte, mens det er uklarerhet om hva som er årsak og hva som er virkning: Er det større sannsynlighet for at sunne menn med utsikt til å leve lenge blir gift, eller profiterer menn hva angår leveutsikter på det å gifte seg ?

Individuelle personer opptrer i genuine situasjoner, og særlige situasjoner tenderer i retning særlige utfall. Endring i en påvirkningsfaktor kan gi ulikt utslag i ulike situasjoner. Hun mener slik jeg forstår henne at fram-og-tilbakepåvirkning mellom årsak, utløser, stimulus og bakgrunnsvariable er undervurdert. Et slikt synspunkt samsvarer godt med Sten Wackerhausens begrep: kausalt felt = årsaksfelt + påvirkningsfelt (Wackerhausen, 2004).

Hvilken relevans har dette for min tematikk ?

Medisinen er mangslungen, og historisk sett mindre teoretisk og mer empirisk begrunnet enn mange i dag vil være ved. Medisinen omfatter svært forskjellige disipliner. På den ene ytterkanten står *epidemiologien* som ser på «store» statistiske sammenhenger mellom ulike parametre (f.eks. antall soltimer og forekomsten av hudkreft i ulike geografisk område) og genererer ut fra dette *hypoteser* om mulige årsakssammenhenger. På den andre ytterkanten finner vi *biokjemien* som dokumenterer årsak/virkningsmekanismer ned på molekylært nivå og også forklarer hvordan *genetikken* (etterhvert også *epigenetikken*) kan gi forståelse av hvordan den menneskelige organismen er *kodet* for å utvikle seg og «te seg». Nyere epigenetisk forskning åpner forøvrig også for at ytre påvirkning på levende organismer kan nedfelle seg i arvematerialet og overføres mellom generasjonene.

Jeg oppfatter at Anjum ikke avviser det biomedisinske paradigmet, men EBM som ontologi. Jeg oppfatter mennesket som et *bio-psyko-sosio-kulturelt* sammensatt vesen. For meg er sykdom og kroppslig dysfunksjon ingen overraskelse – jeg er oppriktig forundret over at helse og funksjon i det hele tatt er mulig i så komplekse organismer som evolusjonen har frembrakt. Jeg tror jeg ville foretrukket å reservere *ontologibegrepet* for det biomedisinske forståelsesparadigmet. Om det *biomedisinske paradigmet* mener jeg at det er altfor snevert, og at det er uheldig at en «maskinfeil-metafor» er blitt hegemonisk i så godt som all praksis som finner sted innen rammen av helsevesenet: «Raskt inn – finn feilen – reparer feilen – raskt ut». Her er jeg altså helt på linje med Anjum. Særlig «i utkanten» av helsevesenet er et biomedisinsk paradigme for snevert og derfor kontraproduktivt. RoP er et område der det biomedisinske paradigmet i beste fall er utilstrekkelig – i verste fall villedende - fordi det ikke sterkt nok vektlegger det partikulære og de eksistensielle årsaksfaktorer og at hvert enkelte mennesket er et genuint, sammensatt og udelelig hele.

Jeg oppfatter at min argumentasjon her innebærer å bruke andre ord om et *holistisk* versus et

reduksjonistisk forståelsespardigme.

Heller enn å se på EBM som et ontologisk mistak, ville jeg betraktet EBM som en *for tiden* moderne og hegemonisk medisinsk *praksis* som på basis av for snevre årsaksmodeller kraftig smaler av variasjonsbredden for *beste praksis* – i hele det medisinsk dominerte helsevesenet. I psykiatrien ble den antipsykiatriske bevegelsen på 1970-tallet avløst av en kraftig «biologisk, medisinsk vending» de neste par tiårene. På noen felt av medisinen er en smal evidensbasert praksis etter min vurdering helt på sin plass. PCM er utviklet lengst på noen områder der de biologiske sammenhenger er mest entydige, f.eks. individualisert kreftbehandling basert på dokumentert genetisk variasjon. Det tror jeg at jeg ville vært takknemlig for dersom jeg fikk kreft. Her er det tilsynelatende ingen motsetning mellom PCM og EBM.

Men så framstår det for meg som paradoksalt at PCM *ikke* har fått større gjennomslag enn det har på områder av helsevesenets virksomhet der individualisering og skreddersøm *burde* komme sterkere til anvendelse – ved tilstander der forståelse av årsaker til lidelse og ivaretagelse av individuelle behov og preferanser er avgjørende for at en intervensjon skal føre til ønsket resultat. Psykisk helse, ruslidelser og kroniske lidelser generelt er typisk slike virksomhetsområder der pakkeforløp og manualstyring ikke er løsningen og der PCM, *phronesis* og skjønnsbasert praksis bør gis en viktigere plass i helsepersonells møte med en lidende.

Ikke minst med bakgrunn i erfaringene fra Samhandlingsteamet i Bærum er det grunn til å hevde at overdrevet evidens-fokus bidrar til en mer forsiktig og tilbakeskuende holdning og derfor er til hinder for en mer dristig, proaktiv og løsningsfokuset praksis, som er viktig i alt endringsarbeid. Dette momentet er av særlig betydning på RoP-området, som på grunn av notorisk dårlige resultater skriker etter fornyelse.

Jeg vil, tross mine innvendinger om begrepsbruken, konkludere med at Anjums kritikk av EBM og argumentasjon for PCH representerer en viktig og fruktbar angrepsvinkel når det gjelder å forstå helsevesenets fungeringsmåte generelt, men særlig for å forstå og forklare urimelig svake resultater på RoP-området, og når det gjelder ønsket om å bli bedre.

For meg som er «oppdratt» i denne kultuen der biomedisinsk tenkemåte er både hegemonisk og imperialistisk, og nå prøver meg som forsker på fagområdet *praktisk kunnskap*, kjennes det akseptabelt å lene seg på en forståelse av begrepet *paradigme* som innebærer elementer av

både ontologi, epistemologi, metode og organisering – jf. utleggingen av Kuhn og Ricoeur ovenfor. De delene av kritikken mot *det biomedisinske paradigmet* som etter min vurdering er særlig relevant sett fra det psykiske helsefeltets side, er at de evidenskriteriene som legges til grunn (evidenshierarkiet) er utilstrekkelige i den forstand at de ikke klarer å fange opp 1) når årsakssammenhengene og virkningsmekanismene bak sykdomsutvikling er komplekse, 2) når hjelpetiltak må være individualisert og «medskapt» av pasienten for å være virkningsfulle, og 3) når måten hjelpetiltakene er organisert på er avgjørende for om de fører til ønsket resultat.

Det biomedisinske og det subjektive

Diskursen om det biomedisinske paradigmet begrensninger er selvfølgelig, tross paradigmet hegemoni, ikke helt fraværende innen helsevesenet selv. I kronikken *Subjektivitet og sykdom* i Tidsskrift for Den norske legeforening redegjør den norske immunologen Elling Ulvestad for kunnskapsstatus for det han kaller *adaptiv funksjonalitet* (Ulvestad, 2018). Hans åpningspåstand er følgende:

Til tross for langvarig forskningsinnsats står mange sykdommer fortsatt uten adekvate patofysiologiske forklaringer og effektiv behandling. Avviket mellom innsats og resultat kan trolig tilskrives biomedisinens vegring mot å anerkjenne subjektiv erfaring som årsaksfaktor.

Han argumenterer for at den menneskelige organismen bør forstås som et integrert *adaptivt system* hvis funksjonalitet mer er å betrakte som lærbare relasjoner mellom organismen og dens omgivelser enn som iboende egenskaper ved organismen selv. Han beskriver *tre trekantrelasjoner* som igjen interagerer på kryss og tvers i et slags stjernemønter:

Organsystemer: Sentralnervesystemet – immunsystemet – hormonsystemet
Påvirkningsfaktorer: Infeksjon – stress – psykisk traume
Påvirkningens art: Biologisk – psykologisk – sosial

Den adaptive modellen legger til grunn at integreringen mellom organismen og omgivelsene er en kompleks prosess som er unik for det enkelte individ. Derfor, påpeker han, er det avgjørende viktig at forskere i feltet klarer å skille mellom *subjektiv beskrivelse* av erfaring (som man bør unngå) og *subjektiv erfaring* (som kan føre til dyp ny innsikt).

Det må være lov å håpe at framveksten av slike forståelsesparadigmer med tiden vil endre

medisinsk terapeutisk praksis i en mer *dialogisk og samskapende* retning.

EBM + NPM

NPM (New Public Management) er et «forvaltningsparadigme» - dominert av markedslogikk. Biomedisin er et «fagparadigme».

EBM (Evidence Based Medicine) beskriver slik jeg ser det først og fremst en *praksis* som har utviklet seg *innen* det biomedisinske paradigmet. En slik praksis er selvfølgelig i en viss utstrekning styrt av ontologiske og epistemeologiske overveielser, men også av andre krefter. Profesjonslogikk er nevnt. Lønnsomhetslogikk, styrings- og kontrolllogikk, og ansvars- og erstatningslogikk er også sterke drivere i utviklingen. For disse siste heter det overordnede paradigmet *nettopp New Public Management (NPM)* – bra i noen sammenhenger, svært uheldig i andre. EBM som praksis er altså, slik jeg ser det, i en viss forstand dobbelt rammet inn – både av det biomedisinske fagparadigmet og av det forvaltningsmessige NPM-paradigmet.

NPM og EBM finner hverandre best i den «industrielle», simplistiske enden av medisinsk virksomhet der eksakt kunnskap (*episteme*) og avansert teknisk og teknologisk kompetanse (*technè*) har bidratt til frapperende resultater. Men NPM og EBM er hver for seg, og særlig når de samvirker, ikke i stand til å fange opp behovet for, å stimulere til og å legge til rette for slik faglig virksomhet som er nødvendig i den motsatte enden av det brede spekteret av faglig virksomhet som helsevesenet omfatter: Der årsakene er komplekse, der målsetningene er uklare, der tjenestemottakeren er ambivalent, der tiltaksapparatet er fragmentert og der forløpet er langtrukket og sirkulært. I *den* enden av helsevesenet, og der befinner psykososial rehabilitering av RoP-pasienter seg, er det *phronesis-komponenten* i det aristoteliske kunnskapsidealet som må utvikles bedre: Den *praktiske handlingskompetansen* som evner å integrere grunnleggende sakkunnskap, ervervet utførerkunnskap og samskaping i respektfull samhandling med tjenestemottaker.

Da går det an å snakke om *legende kunst* - i den beste forstand av ordet. Jeg kommer tilbake til legekunsten om litt.

Begreper om sykdom og diagnose

Betydningen av ordet *pasient* er en *lidende* person.

Jeg har gjennom erfaringer fra ulike sider av helsevesenet gjennom årene (jeg har i en alder av 70 år også oppnådd omfattende pasienterfaring !) blitt opptatt av at det engelske språket har en mer nyansert beskrivelse av *sykdom* enn det norske. På engelsk betegner *disease* den objektive biomedisinske tilstanden (diagnose, sykdomsenhet). *Illness* beskriver den subjektive *følelsen* av å være syk; *I feel ill*. *Sickness* beskriver *sykerollen* – eller konsekvensene av å være syk.

Under arbeidet i det tidligere omtalte SPoR-prosjektet erfarte jeg en interessant diskrepans. Pasientene ga uttrykk for at behandlerne i psykiatrien, særlig legene (psykiaterne), var mest fokusert på symptomer og diagnose (*disease*), mindre opptatt av hvordan det oppleves å være syk (*illness*), og minst opptatt av konsekvensene av psykisk sykdom (*sickness*). Blant pasientene selv var det helt omvendt. De aller fleste var imot at de vanskelighetene de opplevde i det hele tatt skulle sykdomsforklares (*disease*). De var opptatt av å redusere det opplevde symptomtrykket når det var plagsomt, f.eks. angst, mens de fleste som opplevde fenomenet stemmehøring hadde stor toleranse for det – når stemmene ikke tok helt over og kommanderte destruktive handlinger (*illness*). Og pasientene var klart mest fokusert på å få hjelp til å redusere konsekvensene av sykdom: Svak økonomi, dårlig boevne, ensomhet, overholdelse av avtaler, planlegging o.l. (*sickness*). En stor andel av pasientene vi jobbet med mente sogar at kontakten med det psykiatriske hjelpeapparatet hadde vært mer til skade enn til nytte for dem.

Etiologi – symptomatologi – konsekvens: *Hva vil det si å være syk* ? Hvis det er riktig at behandlere og pasienter har så ulikt – nærmest diametralt motsatt - syn på hva det innebærer å være syk og hva som er helsevesenets viktigste oppgaver, da mener jeg vi er vitne til en paradigmatisk – kanhende også en ontologisk uoverensstemmelse i oppfatningen av «hva er 'e helsevesenet skal drive med». I så fall er det ikke til å undres over at RoP-pasienter ikke synes de får adekvat hjelp. Da er det grunnlag for å stille spørsmål ved det faktum at det er det medisinsk dominerte helsevesenet som på vegne av samfunnet er satt til å håndtere psykososial rehabilitering av pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse – og om en slik ansvarsplassering baserer seg på et paradigmatisk (ontologisk) mistak - som fører til objektivering og patologisering av fenomener som etter sitt vesen er særegne og eksistensielle.

Jeg mener psykisk sykdom må forstås og møtes innen en *bio-psyko-sosio-kulturell* ramme. Med henvisning til de språklige nyansene mellom norsk og engelsk kunne nok *språklig* ramme også tilføyes. Hvis vi bytter ut begrepet *behandling av person med psykisk sykdom* med begrepet *rehabilitering av person med psykososial funksjonshemning* mener jeg vi gir den objektiverende biomedisinske forklaringsmåten en ikke fraværende men mindre dominerende plass i «kunnskapsarkitekturen». En slik begrepsbruk vil med nødvendighet peke mot et tiltaksrepertoar med større vekt på *pedagogiske* og mindre vekt på *terapeutiske* virkemidler. Mer vekt på «det friske» enn på «det syke»: Det er mer ved et menneske enn dets sykdom. Alle mennesker har uansett diagnose, sykdomsbelastning og prognose rett til å bli møtt på en måte som optimaliserer deres selvforståtte livskvalitet og deres leveutsikter (jf. også *recovery*-begrepet som er omtalt tidligere i oppgaven).

Samtidig er det slik at *rettigheter i velferdsstaten* i dag i stor utstrekning er knyttet opp til *medisinsk diagnose*. Den som ønsker å beholde en ytelse må i en viss forstand «leve opp til diagnosen». Det er lett å tenke seg at særlig mennesker med langvarige og sammensatte vansker – av rent økonomiske grunner – kan havne i en runddans der behovet for på kort sikt å vise fram «det syke og hjelpetrengende» overstyrer evnen til over tid å hente fram «det friske og mestrende» de har i seg. En diagnostisk kultur kan sementeres og låse sårbare pasienter i en slags «Catch 22»-lignende situasjon⁵: Er du syk hjelper vi deg - er du frisk må du klare deg selv. Dette representerer et alvorlig etisk og velferdsteoretisk dilemma.

Hippokrates – og Aristoteles

Det faller utenfor denne oppgavens ambisjon å gjøre en grundig analyse av *medisinsk historie*. Men et og annet raskt blikk bakover er allikevel formålstjenlig når formålet er å forstå samtida.

Det greske ordet for *lege/helbreder* er *iatros*. Vi finner det igjen i ord som *ped-iatri* (barnesykdommer), *ger-iatri* (eldres sykdommer), *psyk-iatri* (psykisk sykdom) og *iatro-gen* (som er forårsaket av legen).

I et medisinsk-historisk tilbakeblikk kommer vi ikke utenom *Hippokrates*. Han levde og virket på øya Kos i Egerhavet rundt år 400 før vår tidsregning. Hippokrates er blitt kalt *legekunstens*

far. Han er tillagt følgende beskrivende sitat om *legekunstens vilkår*, som her gjengis på norsk og på latin:

<i>Livet er kort</i>	<i>Vita brevis</i>
<i>Kunsten er lang</i>	<i>Ars longus</i>
<i>Anledningen sjelden</i>	<i>Occasio præceps</i>
<i>Erfaringen svikefull</i>	<i>Experpentia fallax</i>
<i>Bedømmelsen vanskelig</i>	<i>Judicium difficile</i>

Den hippokratiske *lege-ed*, som fortsatt ligger til grunn for medisinsk-etiske overveielser, blir ofte framstilt i følgende konsentrerte form:

Aldri skade
Av og til helbrede
Ofte lindre
Alltid trøste

Først og fremst aldri skade – primum non nocere.

Det er all grunn til å merke seg forbeholdene og det relativt lave ambisjonsnivået når den første legen omtaler sin virksomhet, og at han omtalte virksomheten som *kunst*. Dette står i sterk kontrast til den omnipotens som mange hevder preger moderne medisin. Kritiske røster (her er antakelig Ivan Illich i boka *Medisinens Nemesis* fra 1975 den mest kjente) hevder at medisinen som virksomhet er preget av ekspansjonisme og hybris, og at det er et relativt nytt fenomen at det med sikkerhet kan sies at medisinen gjør mer nytte enn skade.

I antikken var det sammenlignet med dagens situasjon selvfølgelig betydelig mindre tilgang til alminnelig kunnskap om menneskekroppens oppbygging og funksjonsmåte, og om dens sykdommer (*episteme*). Virksomheten må ha vært mye mer preget av praktisk håndtverksmessig ferdighet (*techné*). Gitt det begrensede kunnskapstilfanget, var det rimeligvis avgjørende viktig for omdømmet til antikkens leger å opptre forsiktig med hensyn til å velge hensiktsmessig tid og sted for utøvelse av helbredende virksomhet (*phronesis*).

-Størstedelen av moderne medisin er preget av så stor forskjell i kompetanse mellom lege og pasient at virksomheten lett blir preget av at *ting blir gjort for* pasientene, og ikke *sammen med* dem. Jeg tenker at faget praktisk kunnskap innen helsevesenets rammer langt på vei dreier

seg om å styrke phronesis-komponenten i yrkesutøvelsen – evnen til samskaping i den faktiske situasjonen. Det er ikke like viktig på alle områder: Da jeg ble fløyet til sykehus med akutt hjerteinfarkt, var jeg takknemlig for alt som ble gjort *for* meg. Men samskaping er avgjørende viktig på andre områder: Samhandlingsteamet i Bærum har vist at innsats innen psykiatri og RoP-omsorg blir mer virkningsfull når samskaping blir lagt til grunn for virksomheten.

I vår tid - når helsevesenet rår over enorme ressurser, og kan vise til imponerende resultater på mange områder – ville det være uttrykk for etisk og vitenskapelig unnfalighet *ikke* å stille grunnleggende kritiske spørsmål om hvorfor det fortsatt er områder der helsevesenet ikke «leverer».

Da er både Hippokrates' kunstbegrep og Aristoteles' kunnskapsbegrep «gode å tenke med».

Det biomedisinske paradigmet versus sykdom som erfaring

Evnen til å observere, objektivere og generalisere er grunnleggende dyder for utviklingen av moderne biologisk medisin.

Thomas Kuhn (Kuhn, 2012) utfordrer det biomedisinske paradigmet ved å hevde at et hvert kunnskapsmessig forståelsesparadigme må bygges «bottom-up» for å være gyldig, og at «fortellingen om *meg* er det dypeste ontologiske elementet».

Sosialpsykologen Tor-Johan Eikeland (Eikeland, udatert) hevder at det biomedisinske idealet er en avpersonifisert og avkontekstualisert universell praksis basert på forestillingen om en subjektløs kropp. Eikeland peker særlig på at et partikulært og individuelt «innenfraperspektiv» må stå langt mer sentralt som forståelsesramme (paradigme) for psykiske lidelser enn for somatiske lidelser. Psykiske lidelser er knyttet sterkt opp mot tanker, følelser, erfaringer og adferd. Ved slike tilstander er det en *normal variabilitet* som først gir opphav til sykdomsdiagnose dersom individet ikke lenger greier å møte visse funksjonskrav. Derfor går det ikke an å behandle en psykisk *lidelse* i seg selv – det er nødvendig å forholde seg til et sosialt situert psykisk lidende subjekt – og å ivareta og hente fram førstepersonsperspektivet. Psykiateren Trond Aarre (Aarre, udatert), som jeg har referert mer omfattende tidligere i teksten, spissformulerer seg slik: «*Spør meg ikke hva som feiler meg – spør hva som har hendt meg*». Psykiatrisk diagnostisering og behandling må derfor arte seg som *kommunikative handlinger* – lyttende og søkende sammen med pasienten for å finne ut

hva hun selv opplever som problemet og hva som skal til for å hjelpe henne å løse det.

Ordet *samskaping* blir altså brukt om en slik kommunikativ prosess. Samskaping kan ikke foregå uten at hjelperen utvikler evnen til å opptre slik at det oppstår slik gjensidig trygghet og tillit mellom hjelperen og den hjelpsøkende, som igjen setter den hjelpsøkende istand til å ta medansvar. Skaping av tillit forutsetter kontinuitet i relasjonen mellom den som søker hjelp og den som yter hjelp. Hvis jeg setter meg fore å gi virksom hjelp til en person med en psykisk lidelse, må jeg som den profesjonelle part i relasjonen insistere på at samskaping *skal* finne sted og ta ansvar for at det *kan* finne sted. Læreren må *lære* å lære bort, og om nødvendig *avläre* uhensiktsmessig paternalistisk praksis. En selvfølgelighet for en pedagog, kanskje - ikke nødvendigvis det samme for alle terapeuter. Igjen er et engelsk ordpar - forskjellen mellom *to teach* og *to learn* - en god påminning.

Primum non nocere.

Sykdom som tildelt rolle

Allerede da jeg leste sosiologi tidlig på 1970-tallet støtte jeg på psykiateren Thomas Szasz og det som ble kalt «den antipsykiatriske bevegelsen». Hovedoverskriften for hans mange arbeider er *The Myth of Mental Illness* (Szasz, 1974). Det faktum at kunnskapen om sammenhengen mellom biologi og psykisk sykdom er en helt annen i dag enn for 40 år siden innebærer ikke at grensesnittet og samspillet mellom biologi og psyko-sosio-kulturelle faktorer er mindre interessant.

Szasz sitt utgangspunkt er at selv om hjernen som andre organer har sine medisinske/biologiske sykdommer (som han velger å kalle neurologiske), så bør det aller meste av symptomene på det som benevnes som psykiatrisk lidelse heller oppfattes som *avvik fra gjengse normer* for hva som er psykososialt hensiktsmessig og akseptabel adferd. Ved alvorlige psykiske lidelser med forstyrret virkelighetsoppfatning (psykoser) er det typisk ikke den lidende selv, men pårørende og andre i den lidendes omgivelser som på normativt grunnlag definerer adferdsmessig uakseptabelt avvik, og som på den lidendes vegne definerer behov for hjelp. Ved «lettere» psykiske lidelser som depresjon og angst er trolig det mest vanlige at den lidende på grunn av plagsomt symptomtrykk selv definerer behov for og selv oppsøker hjelp. Det subjektivt opplevde symptomtrykket er ofte høyere ved angstlidelser og depresjoner enn ved psykoselidelser. Ved å legitimere at avvik fra psykisk normalitet defineres

som sykdom (gjennom at sosiale og eksistensielle vansker objektiveres og diagnostiseres) risikerer psykiateren å handle i motstrid med den lidendes interesser. Psykiateren kan da bli en del av de omgivelsene som *tildeler* en person med psykisk lidelse *rollen* som psykiatrisk pasient. Over tid vil tildelingen av en slik rolle gjennom *stigma og sosial ekskludering* i mange tilfeller utgjøre en langt større *belastning* for den lidende enn den belastningen symptomtrykket fra den psykiske lidelsen i seg selv utgjør. Hjelpen som tilbys etter rolletildelingen samsvarer ofte ikke med den lidendes subjektivt opplevde behov for aksept og ivaretagelse. Definisjonsmakten, sammen med råderett over tvangshjemler, gir psykiatrien en betydelig posisjonsmakt, og derved et sterkt *repressivt* potensiale.

Psykiatriens samfunnsoppdrag blir utydelig eller direkte tvetydig når det kan reises tvil om psykiatrien setter hensynet til individets eller til samfunnets interesser først.

Primum non nocere.

Det har også slått meg at vi ikke bare i hjelpeapparatet men også gjennom storsamfunnets *språkspill* (for å bruke Wittgensteins begrep) bidrar til å marginalisere personer med ruslidelser og psykiske lidelser. Måten vi snakker på sier mye om måten vi tenker på: Vi snakker om *å ha* en hjertesykdom, et beinbrudd, en kreftsykdom, en lungebetennelse. Vi snakker om *å være* schizofren, rusmiddelavhengig, overvektig, utviklingshemmet. «Å være noe» signaliserer en antagelse om at tilstanden er mer varig, eller mer definerende, eller mer skjebnebestemmende - enn hva vi legger i det «å ha noe».

Ansikt-til-ansikt-relasjoner

Flere teoretikere (Levinas, Buber, Løgstrup) har vært opptatt av det særlig sterke etiske imperativ som oppstår i det direkte møtet mellom en hjelper og en hjelpetrengende. Den som skal yte hjelp må evne - og kan i en viss forstand ikke unngå - å tenke partikulært og handle individuelt. Dette gjelder i alt helsearbeid, og er i seg selv ikke særegent for psykososial rehabilitering av RoP-pasienter. Når jeg mener vinklingen allikevel er særlig relevant her, er det fordi jeg mener å se en sammenheng - en slags vond sirkel som slår sterkt ut på RoP-området; jf. også omtale tidligere i teksten:

RoP-pasienter har sammensatte vansker og objektivt sett store bistandsbehov, men har allikevel, etter sykdommens egenart, en tendens til å undra seg hjelp. Mange har dårlige

erfaringer med hjelpeapparatet – de føler seg *avvist*, og deres vegring mot å ta imot hjelp kan oppfattes som en *motavvisning*. Når dette er tilfellet, kreves det særlig utholdenhet og tett oppfølging for å komme i posisjon til å lindre åpenbar lidelse gjennom individualisert oppfølging. Det går kanskje an å bruke begrepet «*omvendt compliance*»: Altså ikke i hvilken grad pasienten følger opp behandlerens anvisninger, som er den vanlige bruken av *compliance*-begrepet, men i hvilken grad hjelperen er i stand til å følge pasientens anvisninger om hva som skal til for at hjelpen skal være virksom. Når hjelpeapparatet har sterkt fokus på *produktivitet* opplever mange medarbeidere det etter eget utsagn som belastende ikke å få anledning til å jobbe slik de gjerne hadde villet med RoP-pasienter. Når lojaliteten på denne måten settes på strekk mellom ideal og realitet oppstår en etisk konflikt som er *demotiverende*. Demotiverte medarbeidere blir utladet og syke – eller de blir sinte, går lei og finner seg noe annet å gjøre. En slags håpløshet har lenge fått hefte ved hele RoP-virksomhetsområdet – og har ført til høy turnover i stillingene. Høy turnover og dårlig kontinuitet er særlig dårlig forenlig med god omsorg for sårbare og relasjonssvake RoP-pasienter.

Påfallende mange av de pasientene jeg arbeidet med i SPoR-prosjektet ga uttrykk for at de følte seg dårlig forstått og ivaretatt av det psykiske helsevernet.

Primum non nocere

En vanlig forståelse av begrepet *helse er evne til å mestre dagliglivets utfordringer*. RoP-pasienter har komplekse utfordringer. *Psykisk sykdom* er en belastning i seg selv.

Medikamentell behandling av psykisk sykdom har vel kjente, til dels sterkt plagsomme og i noen tilfeller alvorlige (quo ad vitam) bivirkninger. *Rusmiddelavhengighet* som komplikasjon knyttet til psykisk sykdom er notorisk årsak til dårlig livsmestring. På toppen av dette er det god dokumentasjon av betydelig *økt somatisk sykkelighet* blant RoP-pasienter. «Det baller på seg»: RoP-pasienter har så betydelig svekkelse av både leveutsikter og av livskvalitet at jeg mener betegnelsen *vesentlig folkehelseproblem* er på sin plass.

Et hjelpeapparat som virkelig ønsker å bli bedre på å hjelpe denne «velferdsstatens forsømte gruppe» må være forpliktet til ta inn over seg de komplekse årsakssammenhengene som ligger bak sviktende livsmestring, og også reflektere over sin egen fungeringsmåte og rolle. Her er det snakk om å utvikle *praktisk handlingskompetanse* med det formål å stimulere og maksimere de *salutogene* elementene i hjelpeapparatets måte å fungere på: Håp, evner, motivasjon, deltakelse, forutsigbarhet. Og å minimere de *patogene* elementene: Skuffelse,

ambivalens, isolasjon, relasjonsbrudd.

Alltid å trøst, ofte å lindre, av og til å helbrede – ja, men først og fremst aldri å skade – *primum non nocere*.

Det positive ved en kompleks årsakskjede er at det også er mange angrepspunkter for forbedringstiltak. Det vil jeg vise når jeg i neste kapittel kommer tilbake til begrepet *handlingskompetanse*.

Reformer

En svært stor og antakelig økende del av det moderne helsevesenets virksomhet ligner på industriell produksjon, med høye og spesifikke krav – både faglig, teknisk og med hensyn til produktivitet. Det er disse virksomhetsområdene som er blitt hegemoniske og formende for «helsetjenestens logikk» - i spesialisthelsetjenesten selvfølgelig, men også i den allmenne, kommunale helsetjenesten. Men «i utkanten» av helsevesenet utføres det oppgaver som i tillegg til å kreve medisinsk faglig kompetanse også krever supplerende kompetanse – særlig sosialfaglig og pedagogisk - og som i tillegg med nødvendighet må utføres i samarbeid med organisatoriske enheter utenfor helsevesenet.

Det var i beste mening og i god humanistisk tradisjon at ressursene til den moderne psykiatrien i sin første fase på 1800-tallet ble konsentrert i store institusjoner og basert på *asyltanken*; den syke skulle skjermes og få beskyttelse, og faglig kompetanse skulle samles for å styrkes. Senere kom kritikken av at asylene hadde utviklet et *totalitært* preg med det resultat at pasientene ble institusjonstilpasset og institusjonsskadet, og ikke kunne annet enn å leve under slik skjerming resten av sitt liv. Da forståelsen for at en annerledes psykiatri er mulig vant fram på 1970- og 1980-tallet, skjedde *nedbyggingen* av asylene raskt - så raskt at alternative omsorgsformer i nærmiljøet ikke var utviklet og på plass. Det var en *villet* politikk at det moderne psykiske helsevernet skulle desentraliseres og at ansvaret skulle fordeles mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Kanskje hadde ingen tenkt nøye nok gjennom hva en slik endring ville føre med seg av *fragmentering, samhandlingsutfordringer og «transaksjonskostnader» i form av byråkrati, henvisninger, klager og møter*. Heller ikke *incentivene til ansvarsfraskrivelse* var tydelig nok tematisert. Når ansvaret for de ulike elementene i en tiltakskjede deles mellom flere blir det også uklart hvordan ansvaret for det

totale *forløpet* skal forankres. Forløpsplanlegging er helt essensielt for rehabilitering av pasienter med store, sammensatte og langvarige hjelpebehov, og disse rammes særlig hardt når forløpsperspektivet ikke er godt nok ivaretatt. I 1995 konkluderte Rådet for psykisk helse i en rapport at kronikerne i det psykiske helsevernet gjennom forvaltningsreformene på 1970- og 1980-tallet var blitt «velferdsstatens forømte gruppe».

Statsviteren Helge Ramsdal har fulgt moderniseringen av psykiatri og psykisk helsevern som fulgte av Opptrappingsplanen for psykisk helse i årene 1998-2008 (Ramsdal, 2011). Han påpeker at det er særlig tre slående trekk i endringsbildet: 1) Det har vært en betydelig øket ressurstilgang på feltet. 2) Det har foregått en markert dreining fra institusjonsbasert innsats og omsorg til åpen hjemmebasert omsorg. 3) Innsatsen har utviklet seg sterkt fra monoprosesjonell (helsefaglig) dominans til multiprosesjonell forståelse og innsats.

Endringsledelse «i stort format» - forvaltningsreformer - er ingen enkel sak. Vinden kan snu før tidligere endringer har «satt seg», og små reformbølger kan bli slukt opp av store bølger. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) var isolert sett en vesentlig «dugnad», men allikevel en *liten* bølge i den store sammenhengen. Den la opp til styrking og desentralisering av omsorgen for personer med sammensatte lidelser og langvarige bistandsbehov, og uttalt sektorpolitikk på RoP-området var å fremme tverrfaglighet. Men så kom den *store* bølgen: Helseforetaksreformen i 2002 med statliggjøring, målstyring og «spissing» av spesialisthelsetjenestens oppdrag. Denne politikken sto på mange måter i motstrid til tenkningen bak OTP. Sist ut av velmente styringsreformer er Samhandlingsreformen, som kan ses som et forsøk på å råde bot på noen uønskede (men ganske logiske) effekter av Foretaksreformen. Hovedintensjonene med Samhandlingsreformen er referert tidligere i oppgaven. Men også Samhandlingsreformen er, slik jeg har erfart det, mer fokusert på å fordele ansvar på en presis måte enn på å legge til rette for å dele ansvaret for pasientforløp på en måte som er effektiv sett med pasientens øyne.

Transaksjon – translasjon

Eirik Roos har i sin masteroppgave i Public Administration, «*Samhandling – et tilsiktet eller utilsiktet resultat*» (Roos, 2010) sett på «hva er årsaken til at utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskrivning, og hva kan gjøres?» Arbeidet er relevant for min problemstilling fordi det går dypt inn i kommunikasjon om løsning av felles oppgaver på tvers av formelle grenser mellom organisasjoner.

Utgangspunktet er et prosjekt Roos som ansatt i Trondheim kommune var med på å sette i gang, og som skulle se på følgende problemstilling: I samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten i Sør-Trøndelag fylke og Trondheim kommune om pasienter med alvorlige psykiske lidelser hadde det oppstått en lang kø av inneliggende pasienter i sykehusavdelinger – pasienter som var ansett som utskrivningsklare til kommunalt omsorgsnivå. Køen var blitt så lang at den ble kalkulert til å ha en årskostnad svarende til 15 heldøgns sykehusplasser. Køen ble vurdert til å ha sammenheng med at behandlerne i spesialisthelsetjenesten ved utskrivning «bestilte» kommunale tiltak i et omfang og på et nivå som tok utgangspunkt i vurderingen av pasientenes fungeringsnivå inne på døgnavdelingen. Disse behandlerne ville pasientens beste, men kjente bare deres fungeringsnivå innen institusjonsrammer. De hadde ikke kunnskap om ressursituasjonen på kommunal side, og hadde heller ikke noe motiv for å skjerme kommunens ressurser. Det var disse behandlerne som sto bak søknadene om kommunale tiltak etter utskrivning. Søknadene ble vurdert av og vedtak fattet av en *bestillerenhet* i kommunen. De som jobbet der hadde ikke faglig kompetanse til å overprøve bestillingene, og de kunne også sies å opptre konfliktvegrende overfor spesialisthelsetjenesten ved å godta bestillingen uten motargumenter («doktor'n vet best»). Kravene ble derfor i all hovedsak imøtekommet, og de aksepterte bestillingene av kommunale tjenester ble oversendt til de mange ulike *utførerene* i kommunen. Summen av kravene oversteg med god margin hva disse enhetene hadde kapasitet til å levere. Gjennomgående var bestillingene på et langt høyere omsorgsnivå enn pasientene hadde vært i behov av før siste innleggelse. Det var særlig de mange kravene om bolig med døgnbemanning som var opphav til kødannelsen.

Prosjektet Roos beskriver gikk ut på å sluse pasientene ut av sykehuset og hjem via et korttids boopphold på et kommunalt helsehus. I løpet av oppholdet der ble det – i mer hjemmelignende omgivelser og i samråd mellom pasienten og kommunale medarbeidere – vurdert hva som var nødvendig omsorgsnivå hjemme etter utskrivningen. Etter en slik vurdering endte de fleste pasientene med et omsorgsnivå omtrent svarende til det de hadde klart seg med før den aktuelle innleggelsen, uten at antall reinnleggelser i sykehusavdelingene gikk opp.

Roos har analysert situasjonen i et *maktperspektiv* (posisjonsmakt og definisjonsmakt), og – særlig interessant for min problemstilling – i et *kommunikasjons- og kontekstualiseringsperspektiv*.

Når en pasient med langvarige og sammensatte vansker knyttet til psykisk sykdom blir innlagt i sykehus, skjer det gjerne akutt. Årsaken er som oftest sammensatt. I den grad forverringen har sammenheng med dårlig oppfølging av pasienten kan det like gjerne dreie seg om kvalitativ svikt som kvantitativ svikt – f.eks. for dårlig kontinuitet og forutsigbarhet like gjerne som for lite omfang av oppfølging og kontakt. Kunnskapen om årsakene i den enkelte situasjonen vil som oftest *ikke bli språksatt* og diskutert, og representerer derfor *taus kunnskap*. Ved en innleggelse vil behandlerne på sykehuset ha en tendens til å *dekontekstualisere* hendelsen: Når pasienten igjen måtte innlegges antar de at det er fordi kommunen ikke skjønnte hvor dårlig pasienten var og hvor omfattende behovet for oppfølging var dersom hun skulle klare seg utenfor institusjon. Ved utskrivningen blir det da logisk og nødvendig å presisere overfor kommunen at pasienten denne gangen må få omsorg på det behandlerne mener er tilstrekkelig høyt (det vil si omfattende) nivå.

Forsøket med utslusing fra sykehuset via boform som ligger nærmere hjemmesituasjonen kan ses som en *rekontekstualisering*: Hvorfor oppsto behovet for nok en innleggele? Hva skal til for at denne pasienten nå skal klare å leve livet på en trygg og god måte utenfor institusjon? I en samarbeidsrelasjon vet i utgangspunktet den ene ikke bedre enn den andre hva som er riktig. Den felles læringen for spesialisthelsetjenesten og kommunen ligger i at de sammen – i det felles handlingsrom og i samspill med pasienten – klarer å skape *omforent* kunnskap om hva som er rett behandling på rett sted til rett tid i et kronisk/sirkulært sykdomsforløp. Gjennom en *triangulering* av perspektivet blir alle tre parter bevisst at de betrakter det samme fra ulikt ståsted – altså en *perspektivintegrering*.

For at en slik perspektivintegrering skal finne sted, må alle de involverte øve opp sin «oversetterkompetanse» for å skape *like og eksplisitte bilder* av målsetninger og muligheter, utfordringer og oppgaver, hevder Roos. Hans begrep *translasjon* er avklarende og treffer godt som beskrivelse av utfordringer jeg selv opp gjennom årene har møtt i tverrfaglig samhandling – seinest i det tidligere omtalte SPoR-prosjektet. Begrepet har inspirert meg til å formulere en femtrinns «læringstrapp for vellykket samhandling», der hvert av trinnene er en forutsetning for det neste, og der «*task is the master*»:

- å utveksle observasjoner og erfaringer fra ulike kontekster
- å utvikle felles språk og begreper om hva man ser
- å skape like bilder av den foreliggende situasjonen

- å komme fram til felles forståelse av målsetting og oppgaver som skal løses
- å koordinere sin opptreden i løsningen av oppgavene

Det går også an å se disse prosessene som «samstemming» av virksomheten i en kompleks organisasjon. En slik vinkling utdypes i neste avsnitt.

Kompleks organisasjon

Når vi bruker begreper som «psykiatrien», «det psykisk helsevernet» og «psykisk helsearbeid» dreier det seg i realiteten om en ganske fragmentert organisasjon – som på tvers av fagområder og formelle organisasjonsgrenser leverer ulike tjenester til de samme mottakerne – ofte samtidig. Det kan være produktivt å anlegge perspektivet *kompleks organisasjon*.

Lars Andersen har i boka *Organisering av komplekse prosesser – vitenskapsteoretiske og filosofiske forutsetninger* (Andersen, 2016) skrevet utførlig om komplekse organisasjoner. Han påpeker at oppgaver løses best når det er samsvar mellom type oppgaver og type organisasjon. En organisasjon preget av stabile omgivelser og enkle (industrielle) oppgaver fungerer effektivt med en monosentrisk, hierarkisk top-down ledelsestruktur. Derimot vil en organisasjon med komplekse og uforutsigbare oppgaver være utsatt for en seleksjonstvang når det gjelder oppgaveløsning, noe som tilsier en polysentrisk bottom-up beslutningsstruktur, større autonomi i de enkelte ledd i produksjonen, additiv og komplementær arbeidsdeling, og derfor behov for å utvikle tydelig felles styrende rasjonalitet.

Beskrivelse av en kompleks organisasjon passer godt på den samlede «RoP-omsorgen»: Den er organisatorisk fragmentert, kunnskapsintensiv og arbeidskraftintensiv, befinner seg «i utkanten» av helsevesenet, og må levere omfattende og individuelt tilrettelagte tjenester.

En organisasjon med komplekse oppgaver kan ikke bare jage resultater, men må ta interne prosesser på stort alvor. Begrepet *samstemming* står sentralt i Andersens forståelse.

Samstemming gjelder mange ulike forhold, slik som gjensidig anerkjennelse av kompetanse, erkjennelse av at komplementaritet er nødvendig i oppgaveløsningen, omforent målformulering og nitid utsjekking av om mål faktisk nås. Samstemming forutsetter at kommunikasjon foregår fram og tilbake og opp og ned i organisasjonen, slik at tidssammenhenger og årsakssammenhenger kan bli utydelige. De samhandlende aktørene er i RoP-sammenheng ikke

bare de ulike tjenesteyterne, men også tjenestemottakerne – fordi disse, gitt det offentlige helsevesenets tilnærmede monopolsituasjon hva angår tiltak for RoP-gruppa, ikke kan gå et annet sted og få dekket sine behov og således utgjøre et markedskorrektiv; de må derfor konsulteres individuelt og direkte – jf. begrepet samskaping. Andersen bruker begrepene *pushplanlegging* og *pullplanlegging*: I en tradisjonell produksjonsorientert organisasjon *dyttes* (*pushes*) oppgaver og ressurser ned og ut i organisasjonen (top-down). En kompleks organisasjon er i mye sterkere grad preget av at ytterste ledd – produksjonsleddet – *drar* (*pulls*) (dvs. bestiller og henter ut - bottom-up) de ressurser de mener å trenge for å løse pålagte oppgaver.

Jeg tenker at slike organisasjonsteoretiske betraktninger godt belyser hvordan *for* enkle og endimensjonale økonomiske resultatmål har vært medvirkende til at komplekse oppgaver som RoP-rehabilitering har kommet dårligere ut under siste generasjons NPM-regime enn oppgaver i den mer «industrielle» delen av helsevesenets brede oppgavespekter.

Ressursinnsats – *input* - er lett å måle: Kroner, årsverk, innleggelse, pasientkontakter, osv. Resultat av innsatsen – *outcome* – er mye vanskeligere å måle. Det kan skyldes både at *utfallsmålet* er utydelig definert (f.eks. subjektivt velbefinnende versus sosial orden, køtid versus kølengde), eller også at *måletidspunktet* er uklart (f.eks. kortsiktig eller langsiktig utfall).

Lærende organisasjon – generativ læring

Peter Senge utvikler i boka «Den femte disiplin. Kunsten å skape den lærende organisasjon» (Senge, 1999) teorier om hva som hemmer og hva som fremmer læring. En lærende organisasjon kjennetegnes i følge Senge av fem trekk:

1. Stimulerer til personlig mestring og vekst hos deltakerne
2. Utvikler bevissthet om hvilke mentale modeller som styrer individuelle handlinger
3. Utvikler felles visjoner og knytter disse opp mot personlige visjoner
4. Fremmer gruppelæring gjennom dialogiske prosesser
5. Evne til systemtenking er Senges *femte disiplin* - å utvikle evnen til å se sammenhenger: Mellom del og helhet, og dynamisk over tid. Forskjeller mellom symptom og årsak, mellom indre og ytre betingelser («fienden hos oss selv»), å skille vesentlig fra uvesentlig.

Senges fire første punkter finner slik jeg ser det i større eller mindre grad støtte også i andre teoretiske betraktninger jeg har referert. Et hovedpoeng hos Senge er at for sterkt fokus på *kontroll hemmer* generativ læring, mens å stimulere og belønne deltakernes *nysgjerrighet* fremmer organisasjonslæring. Relatert til tematikken jeg søker å utforske, syns jeg Sanges «femte disiplin» er særlig spennende: Påpekingen av hvor viktig det er at en lærende organisasjon er nysgjerrig på å identifisere «fienden hos oss selv» - å ha større fokus på det en selv *kan* gjøre noe med enn på det en *ikke* kan gjøre noe med.

Profesjon – ansvar – risiko

RoP-pasienter er en marginal gruppe – de lever risikofylte liv med statistisk sannsynlighet for vesentlige tap av livskvalitet og levetid. Med økt rettsliggjøring under NPM følger økt vekt på faglig normering i form av evidenskrav og faglig manualstyring: Når noen er gitt *rett* til å få riktig behandling, må også noen har *plikt* til å levere riktig behandling. Fagfolk vil i en slik situasjon være opptatt av å dokumentere at deres virksomhet «følger boka», for å unngå å bli stilt til ansvar av tilsynsmyndighet, media eller rettsapparat når noe går galt. Og det gjør det fra tid til annen på RoP-området. Det er legene som faglige ledere som i sterkeste grad føler på angsten for å gjøre feil. Det fører til *risikoaversjon* i hele organisasjonen, og risikoaversjon er dårlig grobunn for forsøk på fornyelse. Dette forholdet kan være med på å forklare at mange kanhende *ser* de åpenbare utfordringene på RoP-området uten at de tør eller klarer å *ta tak i* dem .

VIII) TILBAKE TIL AKTØRPERPEKTIVET – ANTINOMIBEGREPET

I de foregående kapitlene har jeg beskrevet utviklingen i min egen erkjennelse av hvorfor helsevesenet ikke har lyktes særlig godt på RoP-området. Jeg har hentet empiri fra Bærummiljøet som har vist at en annen og bedre praksis er mulig. Og jeg har prøvet den empirien opp mot slike diskursive, historiske, organisasjonsteoretiske og paradigmatisk ytringer som *jeg* mener er relevante for å forstå diskrepansen mellom intensjon, innsats og resultat på området.

Som student til *mastergrad* i faget praktisk kunnskap er det viktigste, tenker jeg, ikke å bidra til ny og presis vitenskapsteoretisk konseptualisering, men gjennom eksempler å synliggjøre hvordan teori og praksis henger sammen og påvirker hverandre; å vise fram og analysere

hvordan spesifikk og partikulær erfaring og ervervet praktisk *handlingskompetanse* kan forfines til alment gyldig kunnskap.

Immanuel Kant minner oss om at hvordan vi tenker om ting påvirker hvordan vi handler. Og Jacob Meløe påpeker at dersom vi vil forstå hvordan en annen person tenker, må vi sette oss i den annens sted og se i den retning han ser. I dette kapitlet er jeg derfor på leit etter en *hermeneutisk bue* som kan bygge bro mellom teoretiske begreper og praktisk erfaring, og som har kraft til bedre å forstå hvordan diskrepansen mellom måletting og oppnådd resultat tok seg ut sett fra ståstedet til mine informanter – gründerne bak Samhandlingsteamet i Bærum - da de gjorde sine grep for å få til endring.

Mellomlederne som opprettet Samhandlingsteamet i Bærum opplevde at vesentlige sider ved de forståelsesmåtene og rammebetingelene de jobbet innenfor, og som er hegemoniske i helsevesenet som helhet, var *kontraproduktive* for å oppnå de målene de mente var de viktigste på feltet psykososial rehabilitering av mennesker med samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse.

Sett fra mine informanters aktørståsted: Hva er diskrepansens årsaker ? Hvordan så terrenget ut, og hvordan orienterte de seg i terrenget ? Og hvordan skjønnte de hvordan de måtte handle dersom diskrepansen skulle kunne overvinnes ?

Jeg har kommet fram til at begrepet *antinomi* er «godt å tenke med» i en slik analyse. I filosofisk sammenheng oppfatter jeg at antinomi kan forstås som *to motsatte måter å betrakte ett og samme fenomen på som begge synes å ha logisk gyldighet, og som derfor står i et dialogisk/dialektisk forhold til hverandre*. Jeg velger å prøve ut - som en hermeneutisk hjelpeøvelse, så å si – noen forenklede *dikotomier* som mine informanter i større eller mindre grad, tilsynelatende bevisst, systematisk og på en dialektisk måte *kan* ha orientert sine handlingsstrategier etter når de søkte å meisle ut en mer produktiv faglig praksis.

Det går an å tolke et stort antall slike antinomier inn i deres utsagn. Jeg velger å trekke fram de antinomier som for meg synes å ha størst betydning for en opplevelse av diskrepans. De går på kryss og tvers av begrepskategorier som ontologier, paradigmer, rasjonaliteter, epistemeologi, metoder og modeller. Det er lett å se at antinomiene henger sammen på en systemtisk måte – at den venstre siden av dikotomiene knytter an til orienteringsmåten til det hegemoniske

helsevesenet – den høyre siden til hva jeg tror informantene mine anser som mer produktivt å legge til grunn i RoP-omsorgen.

Sett fra mine *informanters* ståsted - hvilke antinomier mener jeg er de viktigste ? Jeg er freidig nok til å legge dem et *førstepersonsperspektiv* i munnen:

Et biomedisinsk/reduksjonistisk versus et eksistensielt/kontekstuellet/adaptivt/holistisk paradigme:

Etter sin egenart forstår vi RoP-lidelser som noe annet og mer sammensatt enn en rent biologisk funksjonssvikt.

Det objektive versus det subjektive:

Vi oppfatter ikke en RoP-lidelse som en objektiviserbar og avgrensbar sykdomsenhet uavhengig av den lidendes subjektive opplevelse.

Det alminnelige versus det partikulære:

Vi mener at lidelsens uttrykk og konsekvenser formes av det enkelte menneskets særlige og samlede livserfaringer og tenkemåte.

Å levere/gjøre for versus å samskape/gjør sammen med:

Vi søker å utforme hjelpetiltakene i samforstand med den enkelte hjelptrengende slik at tiltakene skal bli mest mulig virkningsfulle og nyttige for mottakeren.

Terapeutisk versus pedagogisk tilnærming:

Vi legger mer vekt læring og utvikling av den enkeltes mestringsressurser enn på at vi som eksperter skal komme inn utenfra og diagnostisere og rette opp en «maskinfeil».

Rettsliggjøring (rett og plikt) versus behovsorientering (nytte):

Pasientens rett til helsehjelp skal ikke styres av forhåndsdefinerte og manualbaserte tiltak, men samskapes ut fra den kapasitet og de ressurser vi besitter, og rettes inn mot å løse det pasienten selv i nåsituasjonen opplever som problematisk.

Produktivitet versus effektivitet:

Produktivitet måler forholdet mellom ressursinnsats og produserte tiltak. Vi er mer

opptatt av effektivitet, som forsetter at også *kvalitet*, målt ved hvilken nytteverdi mottakeren opplever at tiltakene har, legges til grunn.

Foretningsoppdrag versus samfunnsoppdrag:

Diskrepans mellom en virksomhets foretningsoppdrag og dens samfunnsoppdrag, skyldes at det er *mye vanskeligere å måle nytte* i endeledet opp mot tiltakene enn det er å måle tiltakene opp mot innsatsfaktorene (kroner, årsverk, tiltak osv.). Vi tar jobben med å utforme bekjedne, omforente, målbare *utfallsmål* – i samråd med mottakerne av tjenestene.

Monosentrisk/hierarkisk versus polysentrisk/dialogisk beslutningsstruktur:

Vi erkjente som mellomledere at det lå innen vårt *belutningsmandat* lokalt å vedta slike endringer i organiseringsmåte og arbeidsmåte som, selv om de avviker fra det normerte, etter vår mening gjør oss bedre istand til å løse vårt samfunnsoppdrag. Vi har erkjent vår myndighet og bruker vår kyndighet.

Å administrere versus å lede:

Å administrere innebærer (reaktivt) å forvalte tildelte ressurser i henhold til tildelt oppdrag og å rapportere om aktivitet og måloppnåelse. Vi valgte å lede, som innebærer (proaktivt) at vi setter egne mål og tar ansvar for å holde stø kurs for å nå dem.

Manualstyring versus skjønnsutøvelse i praktisk faglig arbeid:

Overordnet fokus på produktivitet, standardisering og «best practice» stimulerer ikke til individualisering og samskaping av tiltak innen tildelt ressursramme. Middelet for å oppnå et mål blir lett et mål i seg selv (mål/middelforskyvning). Sammen med den enkelte tjenestemottaker sjekker vi løpende ut i hvor stor grad vi når de målene vi har formulert.

Risikoaversjon versus risikovilje:

Evnen til å opptre som *lærende organisasjon*, å se muligheten for andre og mer effektive måter å samhandle på i en kompleks organisasjon, forutsetter at vi tør å prøve og feile.

Oppgavefordeling versus oppgavedeling:

Istedenfor å bruke energi på tautrekking og ansvarsvegning setter vi alle tilgjengelige ressurser inn i direkte pasientrettet samhandlende og samskapende arbeid.

Antakelig ville de selv brukt andre – og færre – ord enn jeg gjør. Allikevel: Omtrent slik mener jeg det kan ha sett ut, det mentale kartet gründerne i Bærum orienterte seg etter da de bestemte seg for å prøve å finne en bedre vei gjennom det ulendte terrenget som RoP-omsorgen utgjør.

IX)HANDLINGSKOMPETANSE OG ENDRINGSDYNAMIKK

Endringsledelse må foregå situert med hensyn til tid og sted, og i krysningspunktet mellom gitte institusjonelle rammer og ledernes praktiske handlingskompetanse. Økonomen Erik Johnsen spissformulerte allerede på 1970-tallet en definisjon av ledelse som *målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker*. Jeg har lenge synes dette er en god definisjon. Men så mener jeg eksempelet fra Samhandlingsteamet i Bærum viser at Johnsens definisjon ikke uten videre bidrar til forståelse av *dynamikken* i endringsledelse som prosess – det at *det neste* ikke kan skje uten *det foregående*.

Er det mulig å få tak i *dynamikken i dette endringsarbeidet* - hvordan mellomlederne i Samhandlingsteamet demonstrerte personlig handlingskompetanse i *samspillet* med de ulike andre kreftene som er i sving omkring dem – sterke krefter av strukturell, økonomisk, juridisk og profesjonell art ?

Jeg har gjort meg følgende tanker om denne dynamikken:

Foretaksreformen som diskrepanserfaring og «trigger»

Bærumgründernes erfaringer sammenfaller med mine egne når det gjelder arbeidet under Opptrappingsplanen for psykisk helse (OTP) i perioden 1998-2008: I den perioden var det mulig å se resultater i form av styrking og modernisering av psykisk helsevern. Men den annerledes tenkningen som fulgte av Foretaksreformen i 2002 har mine informanter lite pent å si om. *Forretningsoppdraget* ble styrende for aktiviteten: En part har *plikt* til å sørge for å levere et forhåndsbestemt sett tjenester som en annen part har *rett* til; nå slo New Public Management paradigmet inn med full kraft.

Den som var villig til å ta med seg sin fagkompetanse ut og se seg om i lokalmiljøet, kunne ikke unngå å se at det var mange alvorlig psykisk syke rundt omkring som helsevesenet ikke klarte å nå fram til med tiltak som de åpenbart hadde behov for og rett til; personer som lever sine vanskelige liv ute i samfunnet, med svake relasjoner til det fragmenterte hjelpeapparatet. Relasjonsbrudd og nederlag har de hatt nok av. Stabilitet og forutsigbarhet i hverdagen er en forutsetning for et bedre liv, og derfor viktigste målsetting. Behov for innleggelse er unntaket.

Helsevesenets verdigrunnlag og samfunnsoppdrag forutsetter at medarbeiderne må ta et *befolkningsansvar*. Kontrasten mellom OTP-periodens orientering mot behov og hensiktsmessighet, og Foretaksreformens orientering mot rett og plikt, innebar en dreining til det verre for RoP-gruppa, og ble kanskje nettopp derfor en øyneåpner og en drivkraft for de som hadde sett behovet for endring: Når ting snur seg til det verre er det på tide å ta skjeen i egen hånd.

Jeg mener det er riktig å si at Samhandlingsteamet i Bærum ble opprettet *på tross av, ikke på grunn av* overordnede styringssignaler – som et reelt bottom-up initiativ fra det praksisnære nivået i en kompleks organisasjon.

Fagfolk på vandring

Misnøye med at det ikke er hensiktsmessig å jobbe slik Foretaksreformen la opp til når det gjelder RoP-gruppa medførte at meritterte fagpersoner, som kom til å stå sentralt i Samhandlingsteamet i Bærum, hadde lagt ut på vandring omtrent på samme tid rundt 2012. Det kan virke som om likesinnede fagfolk og ledere var på leit etter et annet sted å anvende sin kunnskap og sitt engesjement, og at de ut fra tidligere kjennskap på et vis «graviterte» mot hverandre. De viste i en viss forstand *risikovilje* ved at de forlot for dem trygge posisjoner for å prøve ut om det var mulig å drive nybrottsarbeid et annet sted.

Behovet for en god fortelling

Hverdagen for ansatte i velferdsforvaltningen preges av avveininger som til tider kan være tøffe - mellom begrenset ressurstilgang og tilsynelatende uendelige behov. Det er ikke store rommet for eksperimentering. De jeg kaller gründerne i Bærum kjente hverandre fra

samarbeid i ulike sammenhenger over mange år. Noen av dem hadde også vært gjennom perioder med store utfordringer sammen – og hadde også sammen prøvd ut endringsprosjekter som hadde mislykkes. Men de var blitt trygge på at de hadde noenlunde like virkelighetsbilder og at «alle ville hverandre vel», og at ingen hadde til hensikt å lure de andre langs noen samarbeidsflate. De var enige om at hovedutfordringen lå på det organisatoriske plan.

Mellomlederne hadde veldig lyst til «å skape en god fortelling» om å lykkes i samarbeidet. De valgte å ta fatt i den gruppa som både faglig og kostnadsmessig var mest krevende – en sårbar gruppe mennesker med store behov, som de tidligere ikke hadde nådd godt nok fram til: RoP-pasientene. Å lykkes der ville virkelig monne – både med hensyn til velferdsgevinst hos hjelpmottakerne, med hensyn til kostnadseffektivitet, og med hensyn til mestringsopplevelse i egen organisasjon.

Jeg tror de tenkte: «Vi har den formelle strukturen vi har – den kan være litt ugrei, men er ikke umulig å endre på. Vi har de ressursene vi har – det er egentlig ganske mange ressurser. *Hvis vi snur litt på flisa* – kan vi kanskje snu en dårlig fortelling til en god fortelling». De ønsket bevisst å identifisere «fienden hos seg selv» og opptrådte derved som en lærende organisasjon.

Å lede – å sette ny kurs og å holde stø kurs

På meg virker det som om endringen Bærumsmiljøet fikk til ikke hadde kunnet finne sted hvis ikke en leder i spesialisthelsetjenesten (DPS-lederen Hege) hadde vært en av de som klarest så behovet for endring, og som på vegne av helseforetaket tok rollen som drivende kraft i en bottom-up endringsprosess. Det er verd å merke seg at denne lederen hadde bred og lang erfaring. Jeg mener at også det faktum at DPS-lederen hadde tilsatt organisasjonspsykologen Jan i stillingen som kvalitetsrådgiver kort tid etter at hun selv tiltrådte lederstillingen litt mer enn ti år tidligere, bidro avgjørende – både ideologisk og instrumentelt - til at prosjektet ble iverksatt. Det var også uvanlig, men helt bevisst at den hun rekrutterte til å lede Samhandlingsteamets faglige arbeid var spesialsykepleieren Bente, som hadde solid bakgrunn fra de kommunale tjenestene – som hennes egen organisasjon skulle utvikle samarbeidet med.

Det er lett å tenke at endringsarbeid forutsetter at det kommer nye koster og ny energi inn i en organisasjon. Det gjelder for så vidt også i Bærum, men «de nye kostene» som kom inn var også eldre, rutinerne og bredt meritterte fagfolk. Det skal trygghet og pondus til for å lede en

bottom-up endringsprosess.

Endringsarbeid innebærer å *sette* ny kurs. Men i like stor utstrekning dreier det seg om å klare å *holde* den kursen som er staket ut, når bølgene bryter på en annen måte. Gründerne i Bærum valgte å la krevende lederoppgaver som personal- og økonomiforvaltning forbli «i linja», og å la lederen for Samhandlingsteamet konsentrere seg om å stå i spissen for det *faglige* nybrottsarbeidet. Slik kunne hun utøve sterk *intensjonell ledelse*, og holde mottrykket oppe når tilbøyeligheten til å velge minste motstands vei og falle tilbake til gammel praksis slo inn. Endringsledelse forutsetter en evne til nensomt å avpasse kursen og tempoet til hverandre.

Å skape momentum

Helsevesenet er en arbeidskraftintensiv og kunnskapsintensiv organisasjon preget av medarbeidere som er vant med å ha høy grad av profesjonell autonomi. Gründerne i Bærum hadde erfaring med tidligere forsøk på endringer som ikke hadde «satt seg» fordi de nye idèene ikke hadde oppnådd tilstrekkelig oppslutning i organisasjonen. DPS-lederen var i vår samtale klokkeklar på at hun drev bevisst strategisk rekruttering av de faglige medarbeiderne som ble sentrale i den endringsprosessen som Samhandlingsteamet representerte: Ja, hvis du velger å starte hos oss, så tror jeg vi blir mange nok som tror på det samme til at vi kan få til noe; og ja - jeg kan love deg frie hender til å jobbe med det.

De nådde det «kritiske minimum» av energi og engasjement som skulle til. De nye medarbeidernes lange rutine og betydelige faglig pondus bidro til å skape et *momentum* som ikke hadde vært der tidligere og som var nødvendig for å få endringsprosessen i gang.

Jeg tror også det var avgjørende for prosessen at de valgte å bruke prosjektmidler *ikke* til å øke personellinnsatsen i selve Samhandlingsteamet i en avgrenset periode, men til å skape en *boostereffekt* rundt oppstarten gjennom samtidig å tilby skolering av og veiledning til eksterne samarbeidspartnere. Ved det oppnådde de bred forankring i de samarbeidende og deltakende organisasjonene. Ikke bare «tenkemåten» men også «handlemåten» spredte seg. Alle ble samhandlere. Alle aktørene utviklet ganske like bilder av situasjonen og oppgaveporteføljen, og tok medansvar for å styrke innsatsen for den sårbare RoP-gruppa. Kulturen satte seg og ble videreført, fordi alle deltakerne i «prosjektet» var ansatt i faste ordinære stillinger.

Å lede med fag

Ikke minst tror jeg det må ha bidratt til å gi momentum til endringsprosessen at en merittert legespesialist – en psykiater – kom med på laget av endringsagenter. En representant for de fagmiljøene som tradisjonelt er tillagt både posisjonsmakt og definisjonsmakt er selvfølgelig en formidabel medspiller i en endringsprosess i helsevesenet. Det gir begrepet «å lede med fag» en rikere dimensjon når en representant for posisjonsmakta og definisjonsmakta går god for at *fag* må forstås som *komplementær og additiv kompetanse*. Med en slik forståelse blir det også lettere å få bred aksept i en profesjonsdominert organisasjonen for fyndordet at *linja bestemmer - men faget avgjør*.

Å skape handlingsrom

Hvordan *konstitueres* ledes handlingsrom? Jeg mener å se i det minste fire elementer i erfaringene fra Samhandlingsteamet i Bærum.

Først og fremst bestemmes handlingsrommet selvfølgelig av visse *gitte rammebetingelser* av konstitusjonell, juridisk og økonomisk art som alle ledere og alle medarbeidere i alle organisasjoner må forholde seg til. Så vil enhver leder ha *erfart* et handlingsrom: Å ha trådt over en uklar grense og blitt korrigert av overordnede. Eller motsatt: Å ha blitt kritisert av medarbeidere for ikke å være offensiv nok i å utfordre grenser. Derfor går det også an å snakke om å *velge* et handlingsrom – eller i det minste å velge å teste ut grensene for handlingsrommet: «Bare den som har våget å trå over grensen kan vite sikkert hvor grensen går». Og så er det slik, tenker jeg, at som et resultat av det tildelte, det erfarte og det valgte – så oppstår det i samhandlingen en slags *andre ordens fortelling* om handlingsrom – som er det rommet vi i samarbeidet tillater hverandre, og som vi har skapt sammen i tillit til hverandre, og som gjelder for akkurat denne genuine situasjonen. Et slikt handlingsrom kan bli stort, og robust.

Jeg tenkte på hvilket handlingsrom gründerne i Bærum hadde skapt sammen da de fortalte om hvilken autoritet og pondus Bente - lederen for Samhandlingsteamet - kunne opptre med når det kladdet og det var nødvendig å minne både høy og lav om hvorfor teamet var opprettet. Knut sa om hvordan det kunne gå for seg når Bente innkalte tjenestelederne til møte:

... så når Bente innkalte, så kom dem og satt som tente lys – og når Bente sa hopp så hoppa 'rem ...»

Det handlingsrommet man sammen skaper konstitueres av felles, tydelige og forpliktende målsettinger om hva man skal levere, rapportere på og måle suksess opp mot. I Samhandlingsteamet var *målbildet* gjort tydelig: Brukerbehov og brukeropplevd nytte – stabilitet og gode forløp.

Bente var fritatt fra linjelederansvar, og kunne utøve nærværende og sterk *faglig* og *intensjonell* ledelse – å holde fanen med disse målene høyt, hele tiden. For også et opparbeidet handlingsrom kan «gro igjen» hvis det ikke skjøttes godt.

Re-design

Gründerne i Samhandlingsteamet klarte å opptre som en lærende organisasjon ved å identifisere at «fienden hos dem selv» var av organisatorisk art. De la til grunn den forståelse at årsaken til utilfredsstillende oppgaveløsning ikke var ressursknapphet eller manglende kompetanse, men uhensiktsmessig samhandling, som igjen skyldtes uhensiktsmessig organisering. Så brukte de det opparbeidete handlingsrommet til å endre *det funksjonelle designet* rundt samarbeidet – fra en fragmentert til en enhetlig organisasjon under felles kommando. De trengte ikke spørre noen andre om lov – lederne erkjente sammen at det allerede lå under deres eget myndighetsområde å fatte de nødvendige beslutningene. Ny organisering sparte dem for betydelige transaksjonskostnader slik at de kunne bruke all energi på brukerrettet oppgaveløsning. Funksjonelt re-design førte altså til økt produktivitet. I denne sammenhengen betydde økt produktivitet også økt effektivitet, fordi økt brukeropplevd nytte var den uttalte og styrende målsettingen for virksomheten. Gründerne var opptatt av gjennomførbarhet, og konsentrerte seg om det de *kunne* gjøre noe med (indre betingelser) og ikke om det de *ikke* kunne gjøre noe med (ytre betingelser). Det er uhensiktsmessig å sløse energi på å prøve å flytte fjell (som allikevel ikke lar seg flytte) hvis det er små *snullesteiner* som er problemet.

Så hadde de som de rutinerne lederne de er også den erfaringen fra tidligere at å prosjektorganisere endringsarbeid kan være et tveegget sverd. Overgang fra prosjekt til

ordinær drift er etter regelen forutsigbar: Avrapportering, at medarbeidere slutter og går over i andre jobber, og at særskilt finansiering opphører. Designet av Samhandlingsteamet i Bærum *var* et prosjekt i betydningen endring av intern organisering og innføring av ny arbeidsmetodikk. Det *var ikke* et prosjekt i den betydning at det ble gjennomført innen ordinære resursrammer og med folk ansatt i ordinære, faste stillinger. Derfor var det ingen ting til hinder for å vedta videreføring i ordinær drift etter prosjektperioden, når erfaringene tilsa det.

På den måten unngikk de to av de vanligste vanskelighetene ved overgangen fra prosjekt til ordinær drift: Lekkasje av personkompetanse, og redusert kapasitet på grunn av bortfall av tidsavgrenset finansiering.

Å organisere seg etter oppgavene

Gründerne i Bærum ga nøkternt uttrykk for den oppfatning at for de sykeste, de dårligst fungerende pasientene, så var endringene som fulgte av helseforetaksreformen ikke av det gode. Det er en utfordring å holde to tanker i hodet samtidig: Lojaliteten «innad-og-oppad» i den nye organisasjonen (foretningsoppdraget) versus lojaliteten «nedad-og-utad» mot pasientene (samfunnsoppdraget). Som andre enheter i spesialisthelsetjenesten må Samhandlingsteamet svare opp til helseforetakets krav om produksjon og produktivitet (f.eks. antall konsultasjoner per behandler per dag). Samtidig klarer de å holde et skarpt fokus på den målgruppa som de ut fra en tenkning om helsevesenets *befolkningsansvar* har lyktes *dårligst* med, og å legge til grunn for sitt utviklingsarbeid at de med *størst behov har sterkest rett til helsehjelp*. Det innebærer å holde fokus på brukerbehov, brukernytte, stabilitet og gode forløp.

Det krever trygghet mellom ledere som tør å tro på at det er mulig å kombinere en klart «nedad-og-utad» orientering med å svare opp oppdragsgivers forventninger om å levere på produksjonsvolum. Men de har altså klart å levere godt nok på volum og bedre på kvalitet ved å *samstemme* sin virksomhet med hverandre og med pasientenes behov.

Å skape refleksjonsrom

Å utvikle handlingskompetanse – praktisk kunnskap – forutsetter evne til løpende å reflektere over og å lære av egne erfaringer. Da må det skapes arena og rutiner for refleksjon i det

daglige arbeidet. Samhandlingsteamet ble *i seg selv* en slik arena, og de så nytten av å reflektere sammen tilstrekkelig lenge før de sammen gikk ut i verden for å løse oppgavene «skulder ved skulder». Det er avgjørende at forståelsen av hva et refleksjonsrom er ble utvidet til også å omfatte dialogen mellom tjenesteyterne og tjenestemottakerne.

Jeg *hørte* ikke at de brukte slike ord, men jeg synes det er lett å knytte deres deres refleksjoner seg imellom over egen praksis og erfaringer opp mot teoretiske begreper:

–24funksjonelt er vi *èn* organisasjon med *komplekse* oppgaver

–25vi har skapt *like bilder* av hvilke oppgaver vi skal løse

–26vi *avstemmer* vår virksomhet med hverandre

Samskaping

RoP-pasienter er per definisjon alvorlig syke. De fleste i pasientgruppa har notorisk dårlige erfaringer med hjelpeapparatet og er ambivalente til å ta imot hjelp. Det som hjelper den enkelte pasienten til et selvopplevd bedre liv er *riktig* hjelp - evidensen om dette oppstår i handlingsrommet der tiltakene *samskapes*. Hjelperens evne til å lytte, justere seg og om nødvendig tone ned sin egen betydning settes på prøve. Samhandlingsteamet i Bærum kaller det å jobbe *skulder ved skulder* – med hverandre og med pasientene. Aristoteles kalte det *phronesis*.

Samhandling

To forhold er særlig viktige når hjelpeapparatet har ambisjon om å skape virksomme tiltak sammen med brukere med sammensatte vansker:

Det må målsøm til. Over disken i klesbutikken er målsøm gjerne betydelig mer kostbart enn konfeksjon. Slik behøver det ikke å være i helsevesenet. Jeg er ofte blitt overrasket over hvor *lite omfattende* hjelp brukere har hatt behov for – hvis *riktig* hjelp blir levert *når* behovet oppstår. Skreddersøm er i vår sammenheng mer effektiv, fordi det i det lange løp blir mindre sløsing med ressurser i form av virkningsløse tiltak. For å fullføre klesanalogien: Ingen trives i en dress med dårlig passform; den blir hengende ubrukt i skapet – til ingen nytte.

Så hender det selvfølgelig også at man i en uoversiktlig situasjon ikke treffer blink med tiltakene på første forsøk. Når justeringer må gjøres er det hensiktsmessig at feedback- og beslutningssløyfene er korte – at justeringer ikke forutsetter kompliserte prosedyrer med nye søknader og behovsvurderinger, nye køer og ventetider – i verste fall også avslag og nye klager. Samhandlingsteamet i Bærum oppfatter seg selv som *èn kompleks organisasjon*, og har rigget sin virksomhet på måter som samsvarer godt med Andersens beskrivelse av komplekse organisasjoner (jf. tidligere i teksten). De må løse komplekse, uforutsigbare og individuelt tilpassede oppgaver. Det forutsetter multisentrisk og praksisnær beslutningsfatning, med stor vekt på løpende å kunne *samstemme* virksomheten i de ulike leddene. DPS-lederen Hege sa:

... vi må tenke at vi er en enhet, og at vi trenger ikke å være organisert under samme system og ledelse, for vi skal jo ha ulik kompetanse og ulike oppgaver og ansvarsdeling, det er bare å vite det

X) DET VIKTIGSTE JEG HAR LÆRT

Jeg har som overordnet ambisjon med denne teksten å finne svar på et knippe spørsmål som henger nært sammen, og som kom til å oppta meg sterkt i overgangen mellom yrkesliv og pensjonisttilværelse :

Hva er 'e vi driver med i RoP-rehabilitering ? Hvordan skal vi forstå diskrepansen mellom målsetting, innsats og resultat? Hvordan kan vi bli bedre ?

I SPoR-prosjektet oppsummerte vi *brukererfaringene* slik etter to års ærlige forsøk på å bli flinkere:

Jeg har fått det litt bedre, og hjelperne gjør så godt de kan innen de rammene de har. Men tiltakene de rår over treffer ikke noe bedre det som er mine målsettinger, og er derfor ikke blitt mer nyttige for meg.

Jeg mente etter å ha gjennomgått materialet fra SPoR-prosjektet på nytt med et klarere fokus på *medarbeidernes erfaringer* at det går an å se konturene av at en *ond sirkel* har rammet

oppgaveløsningen på RoP-området:

Utfordringene er store, og tiltaksapparatet er fragmentert. Fordi målsettingen med innsatsen ofte er uklar, blir det vanskelig å dokumentere og evaluere oppnådde resultater. I mangel av resultater blir det viktig å dokumentere aktivitet. Når medarbeiderne ikke ser resultater, blir de uløste problemene dominerende. Opplevelse av svake resultater gir dårlig mestringsfølelse og dårlig trivsel. Dårlig trivsel fører til mange sykmeldinger og høy turn-over i stillingene. Høy turn-over gir dårlig kontinuitet i relasjoner. Dårlig kontinuitet gir dårligere brukeropplevd nytte av tiltakene.

Derfor ville jeg til feltarbeidet i annet år som student ved SPK intervju medarbeidere i Vestfold og i Bærum om deres erfaringer etter at de hadde fått langt friere rammer og hadde fått i oppdrag å finne bedre måter å samhandle på. Erfaringer fra de to miljøene var ganske sammenfallende:

Vi tar imot henvendelser til drøfting av saker fra hvem som helst, og er i startfasen mer orientert mot pasientens fungeringsnivå og bistandsbehov enn mot diagnose. Vi er opptatt av hvordan vi kan klare å utfylle hverandre for å løse de ulike arbeidsoppgavene. Vi tar den tid vi trenger for å reflektere sammen, for å sikre at alle som er involverte i den enkelte sak har tilstrekkelig lik og helhetlig oppfatning av situasjonen og av oppgavenes art til at vi er i stand til dra i samme retning. Vi kommuniserer tett med våre brukere om formulering av målsettingen med tiltakene og om vi til enhver tid er på rett vei med hensyn til om målsettingen nås. Vi «satser alt» på kontinuitet, tilgjengelighet og forutsigbarhet i relasjonen til den enkelte buker. Vi er på banen samtidig og som oftest sammen med henvisende instans for å avklare en sak eller styrke innsatsen, og vi tillater ikke henvisende instans å si fra seg ansvaret uten at vi eventuelt er blitt enige om det. Vi jobber så mye som mulig på den arenaen der pasienten føler størst trygghet (som regel hjemmearenaen), og søker å individualisere tiltakene så godt som mulig innen de ressursrammene vi sammen rår over og som er påregnelige i et forløpsperspektiv.

Brukererfaringene fra SPoR-prosjektet og de refererte resultatene fra medarbeiderintervjuene til annetårsessayet representerte min forforståelse da jeg startet på mastergradsarbeidet: Det er både nødvendig og mulig å endre faglig praksis, og det er påfallende at det ikke har skjedd på bred front. Det trigget min nysgjerrighet på å intervju mellomlederne i Bærum om hvorfor

nettopp *de* skjønnte hva som måtte gjøres for å oppnå bedre resultater på RoP-området, og hvordan de klarte å legge til rette for slike endringer som medarbeiderne hadde pekt på at var nødvendig.

Jeg har altså som ambisjon å forstå endringsprosessene ut fra *mellomlederes perspektiv*, og min empiri er samtaler med mellomledere. Prosjektets egen rapport er omtalt og kort referert tidligere i teksten. Jeg mener det er dekning for å si at virksomheten til Samhandlingsteamet i Bærum representerer en oppgaveløsning som fører til høyere grad av brukeropplevd nytte og av bedre kostnadseffektivitet. Selv om prosjektet ikke er eksternt evaluert, ble modellen vedtatt videreført i ordinær drift fra 1.1.2015. Det at samarbeidspartnere på et så vanskelig område er fornøyde med hverandre, og viderefører og utvider konseptet, er etter min erfaring i seg selv en god indikasjon på at de har funnet fram til mer hensiktsmessige samarbeidsrelasjoner.

I innledningen til teksten omtalte jeg fire erkjennelsesbuer over denne teksten: En som dreier seg om min personlige yrkeserfaring og refleksjon over den, en som dreier seg om fenomenenes situering, en som dreier seg om psykiatrien som fag, og en som dreier seg om vitenskapsteori. I tillegg innførte jeg begrepet *antinomi* som hermeneutisk hjelpeøvelse for å prøve å forstå mine informanternes mentale kart i deres forsøk på å stake ut en bedre vei i et krevende terreng.

Rammen er hele veien *praktisk kunnskap*. Er jeg blitt noe klokere ?

Utgangspunktet var en diskrepanserfaring. Erkjennelsen av *dårlig brukeropplevd nytte* av kostnadskrevende tiltak på RoP-området fikk meg til å stille spørsmålet «hva er 'e vi driver med ?» Jeg fant uttalt *mistrivsel blant medarbeidere*, noe som i stor grad skyldes at de opplevde ikke å ha rammer og anledning til å jobbe slik de mente var faglig riktig med pasientene. Jeg intervjuet medarbeidere som hadde fått som utfordring fra sine oppdragsgivere å finne fram til *andre måter å jobbe på*, og fant ut at forutsetningene for å lykkes i hovedsak dreide seg om to ting: 1) å organisere arbeidet på en måte som la bedre til rette for samhandlingen mellom de ulike aktørene i hjelpeapparatet og mellom hjelpeapparatet og pasientene, og 2) å kommunisere tettere og bedre med de enkelte pasientene om hva de trengte hjelp til. Jeg kom til å undre meg over at *noen* miljøer hadde klart å gjennomføre endringer som antakelig *de aller fleste* kunne se behov for. Jeg har knyttet forståelsen av slike forhold opp mot de ulike paradigmer og former for rasjonalitet som rammer inn helsevesenets

virksomhet. Behovet for å opptre kommunikativt og dialogisk – å gjøre ting *sammen med* og ikke *for* pasientene – står helt sentralt. Jeg ble opptatt av at de endringene som måttet til for å endre faglig praksis i hovedsak var av *organisatorisk* art, og at de skjedde *bottom-up* og *på tross av* mer enn på grunn av ytre rammebetingelser og styringssignal. Derfra var veien kort til å bli nysgjerrig på ***mellomlederes rolle og handlingskompetanse i dette endringsarbeidet.*** Jeg fant at de kommuniserte seg fram til *like bilder* av situasjonen og av oppgavene de var satt til å løse sammen. De erkjente sammen at de hadde et større *handlingsrom* enn de hver for seg hadde vært seg bevisst. De utnyttet dette handlingsrommet idet de fokuserte på det de *kunne* gjøre noe med og ikke på det de *ikke* kunne gjøre noe med, for å legge til rette for at medarbeiderne kunne utnytte sin faglige kompetanse optimalt.

De trengte ikke be om lov til å endre praksis. De sa: **Let's show them – not tell them.** De erkjente handlingsrom og demonstrerte handlingskompetanse. De klarte å snu på flisa. De gjorde det bottom-up.

Gründerne i Samhandlingsteamet i Bærum handlet, slik jeg ser det, i tråd med anvisningen i en spissformulering av den amerikanske arkitekten og systemteoretikeren Buckminster Fuller – her sitert etter en kronikk i Klassekampen 23.6.2017:

Vi kan ikke endre noe ved å bekjempe en eksisterende orden. For å endre noe må vi bygge en ny modell som gjør den eksisterende modellen overflødig.

Jeg synes den *dynamikken* i endringsprosessen som jeg mener det er mulig å få øye på, og som jeg har referert ovenfor, er særlig interessant; hvordan det foregående er en forutsetning for det neste i en endringsprosess. En slik dynamikk må med nødvendighet være genuin i enhver endringsprosess. Handlingskompetanse er i en viss forstand *situert*. Kompetansen har å gjøre med *evnen til å se muligheten* i situasjonen, og med *tilbøyeligheten til å handle* i situasjonen.

Kokt ned til et eneste avsnitt mener jeg Bærumgründernes demonstrerte handlingskompetanse – deres **praktiske kunnskap** - kan oppsummeres ved de endringene de fikk til:

De erkjente sammen et behov for å endre faglig praksis. De utviklet sammen et handlingsrom som gjorde det mulig å re-designe det fragmenterte tiltaksapparatet de hadde ansvar for og legge til rette for en samhandlingsmatrise som overskred formell institusjonell/organisatorisk struktur. Endringene ble bredt forankret. Medarbeiderne forble ansatt i sine moderorganisasjoner, men arbeidet under felles faglig ledelse. Det praktiske arbeidet ble

organisert etter oppgaveløsning overfor pasienter/brukere som hver av dem hadde delansvar for. De maktet å **individualisere** tiltakene som var utviklet i **samråd** med den enkelte pasient/bruker, innen **ordinære og påregnelige ressursrammer**. Den faglige ledelsen la stor vekt på at medarbeiderne kunne utvikle sin **relasjonskompetanse** og anvende sitt **faglige skjønn**, og at all virksomhet tok utgangspunkt i at det var skapt **like bilder** av målsettingen med tiltakene.

Når jeg holder denne beskrivelsen av bærumgründernes **praktiske kunnskap** opp mot Kuhns paradigmeforståelse som jeg har referert tidligere i teksten, mener jeg det er grunnlag for å hevde at deres demonstrerte handlingskompetanse er **paradigme-endrende** på RoP-området – erkjennelsesmessig, eksemplarisk, disiplinært og organisatorisk. Og at det er lite annet enn **praktisk handlingskompetanse** som har bidratt til endringen.

Jeg har lært noe om «hva er 'e vi burde drive med», og jeg har fått ny forståelse av hva det kan innebære «å lede med fag».

X)OVERFØRINGSVERDI OG PRAKTISKE KONSEKVENSER

Jeg har i denne oppgaven hevdet at psykososial rehabilitering av RoP-pasienter er et område der helsevesenet leverer dårligere resultater enn det som med rimelighet kan forventes. Men jeg har som leder i helsevesenet møtt helt tilsvarende problemer i andre samarbeidsrelasjoner – både mellom forvaltningsnivåene (kommunen og den nå statlige spesialisthelsetjenesten) og mellom de ulike fagsøylene i spesialisthelsetjenesten: Mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten, mellom kriminalomsorgen og psykiatrien, og mellom psykiatrien og habiliteringstjenesten (som har ansvar for tiltak for personer med utviklingshemning og utviklingsforstyrrelse). Til og med i ordinær kommunal eldreomsorg har jeg møtt tilsvarende samhandlingsproblemer ved rehabilitering etter bruddskader og hjerneslag.

Fordi jeg i mitt yrkesktive liv har interessert meg for helsevesenet «som system» er det lett å se at det er et enormt sprik mellom helsevesenet på sitt beste og på sitt verste hva angår oppgaveløsning. Noen karakteristika predikerer slik jeg ser det god oppgaveløsning – andre dårlig oppgaveløsning:

Det er stor sannsynlighet for at helsevesenet er på sitt beste når 1) tilstandens etiologi er av

entydig biologisk/somatisk art, 2) situasjonen er akutt, 3) det foreligger entydig evidens for beste praksis, 4) ansvaret er entydig definert til én enhet eller en tiltakskjede, 5) resultatmålet er klart definert og målbart.

Det er stor sannsynlighet for at helsevesenet er på sitt verste når 1) tilstandens etiologi er uklar eller sammensatt, 2) tiltaksansvaret er organisatorisk uklart, 3) tiltakene krever samtidig og sammensatt innsats, 4) tiltakene er langvarig og omfattende, 5) resultatmålet er uklart definert eller også vanskelig å måle presist.

Det er ikke grunnlag for å lese en overordnet «dom» over hele helsevesenet inn i de erfaringene jeg har gjort gjennom arbeidet med denne oppgaven som omhandler psykososial rehabilitering av pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse. Samfunnsøkonomen Jan-Erik Støstad formulerte i boka «En fjerde vei for velferden» (Støstad, 2015) sitt hovedbudskap på en litt mer avdempet måte:

Det som skiller velferdstjenester fra vanlige private produkter er at de er komplekse basistjenester for sårbare mennesker, og slike tjenester egner seg dårlig for markedets logikk.

Jeg velger å tangere Støstads konklusjon med min egen:

De deler av helsevesenets virksomhet som innebærer å yte komplekse basistjenester til sårbare mennesker bør baseres på en forståelse og tilnærming som er mindre biomedisinsk og diagnostisk, og mer kontekstuell og dialogisk orientert.

I en bredere sammenheng mener jeg å se at noen av de antinomiene jeg har bekrevet ovenfor er relevante også på andre samfunnsområder, for eksempel uklarhet om hva som er en virksomhets mål og hva som er midlene for å nå målet, og uklarhet om hva som er virksomhetens samfunnsoppdrag og hva som er dens foretningsoppdrag: Mens jeg er i ferd med å avslutte arbeidet med denne teksten, er mediene fulle av omtaler av konflikter rundt styring av universitetene, og rundt konkurranseutsetting av en sårbar samfunnsfunksjon som luftambulansetjenesten. Derfor er min empiri fra RoP-omsorgen i «utkantene» av helsevesenet bare ett av mange eksempler på løpende diskurser ethvert moderne samfunn må ha om viktige forhold: Mellom demokratisk makt og markedsrett – skal markedet være herre eller tjener ?

Mellom sentralisert og desentralisert beslutningsfatning. Og avveininger som enhver moderne organisasjon må gjøre om forholdet mellom styring top-down og bottom-up – hvordan kan tydelig overordnet intensjon og effektiv praktisk gjennomføring best forenes ?

På overordnet nivå er allikevel denne erkjennelsen viktigst: At det er mulig å hente ut alment gyldig ny kunnskap om dialektikk og endringsdynamikk gjennom å underkaste praktiske eksempler fra eget erfaringsområde en systematisk og kritisk prøvning opp mot etablert kunnskap.

XI) BEGRENSNINGER OG SVAKHETER I OPPGAVEN

Det faktum at jeg har valgt å forske på et fagområde der jeg selv gjennom mange år har jobbet, og der jeg sterkt ønsker å se gode resultater, må jeg anta i noen grad har preget framstillingen og kanhende påvirket vurderingene. Faren for bias står selvfølgelig i et direkte dialektisk spenningsforhold til potensialet som følger av min særlige kunnskap om forskningsområdet.

Samhandlingsteamet i Bærum er på det tidspunkt jeg avslutter arbeidet med denne oppgaven ennå ikke eksternt evaluert. Min empiri er begrenset til dette ene caset. Det kan derfor stilles spørsmål ved generaliserbarhet og ekstern validitet. Jeg legger allikevel vekt på tre forhold som indikerer at de grep Bærumsmiljøet har gjort innen psykososial rehabilitering av pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse (RoP-pasienter) må anses som vellykket: 1) At de to partene som tidligere har slitt med samarbeidet nå tydelig uttrykker at de er fornøyd med hverandre; jeg mener det er lite sannsynlig at det hadde kunnet skje hvis det ikke innebar at brukerne også var fornøyde. 2) At den samarbeidsmodellen som ble valgt – en matrisemodell – raskt spredte seg til andre samarbeidsflater mellom spesialisthelsetjenesten og Bærum kommune. 3) At de endringene prosjektet innebærer videreføres i ordinær drift etter avsluttet prosjektperiode.

Jeg lyktes ikke i å få mine informanter, travle som de er, til å lese gjennom utskriften av de første samtalene og til å stille opp på en samtale nummer to, for sammen å «reflektere over refleksjonene». Alle de fem informantene fikk tilsendt utskriften av samtalene, uten at jeg mottok kommentarer. De fikk også tilbud om å få tilsendt for gjennomsyn og kommentar en nesten ferdig versjon av oppgaven. To av dem ba om det. Bare én ga respons, som var positiv og oppmuntrende uten ytterligere kommentarer til innholdet eller de vurderinger som ligger i

teksten. Jeg vurderer dette dithen at også den interne validiteten kunne vært bedre ivaretatt.

EPILOG

I prologen siterer jeg Hans, som med indignasjon stilte spørsmålet «hva er 'e dere driver med», og påsto at vi ikke hørte på hva han hadde å si. Jeg har gjennom yrkeslivet mer og mer forstått at samarbeid og samhandling har nært slektskap med *musikalitet*. Jeg registrerte for noen år siden at jazztrommelageren Jon Christensen inviterte yngre kolleger til «treningsleir» under mottoet: «*Ja, spelle kan vi - men kan vi lytte ?*» I et inserat i Klassekampen 12.6.2018 tar bassisten og jazzpedagogen Bjørn Alterhaug en kamp for *improvisasjon* som metode. Han polemiserer mot riksrevisor Per-Kristian Foss som i kritikk av beredskapen etter terroranslaget 22. juli 2011 bruker begrepet negativt og setter likhetstegn mellom *improvisasjon* og *ikke godt forberedt*. Alterhaug påpeker at betydningen av ordet *improvisasjon* er *uforutsett*, og at det i musikkammenheng innebærer å være *meget godt forberedt* gjennom nøye og målrettet praktisk og teoretisk trening. Improvisasjon er skjerpene og bidrar til årvåkenhet. Sansene brukes optimalt, og det rasjonelle og emosjonelle bringes i fruktbar interaksjon, slik at en finner de beste løsningene på det uventede og og uforutsigbare. Alterhaug avslutter med å sitere filosofen Edgar Morin (1999):

Om vi endelig kunne fjerne illusjonen at vi kan forutsi menneskelige hendelser, ville det være en vesentlig intellektuell bragd. Fremtiden er åpen og uforutsigbar (...) Dette burde få oss til å mentalt vente det uventede og forberede oss på det. Alle som har ansvar og befatning med utdanning må være beredt til å gå i fronten for å håndtere usikkerhet i vår tid.

I denne oppgaven har jeg prøvd å synliggjøre hvilke krefter som er i sving på ulike nivå – makro, meso, mikro – i RoP-omsorgen. Jeg mener det kan være nyttig og viktig for helsefaglige medarbeidere å reflektere over hvilke utfordringer som hører hjemme i hvilken *sfære* – politisk, organisatorisk, faglig - og over forholdet mellom *planlegging* og *improvisasjon*. Det er selvfølgelig altfor enkelt å påstå at diskrepansopplevelsen i psykososial rehabilitering på RoP-området koker ned til et spørsmål om manglende *musikalitet*. Allikevel finner jeg grunn til å avslutte med dette spørsmålet:

Mon tro om vi hadde vært bedre fagfolk hvis vi hadde klart å utvikle og styrke

det musiske elementet

i vår helsefaglige utdanning og praksis ?

Det tror jeg **Hans** ville vært enig i.

....oooo0000OOOO0000oooo....

NOTER:

1) Alle fornavn i denne teksten er fingert, av hensyn til anonymitet. Det gjelder både pasienter og informanter

2) I målbeskrivelsen for den medisinske spesialiteten i samfunnsmedisin er faget beskrevet slik:

Grupperettet legearbeid for å

- 27 Kartlegge helse og sykdom i en befolkning, og de samfunnsfaktorer som påvirker helsetilstanden

- 28 Tilrå, iverksette og administrere helsetiltak og helsetjenester

- 29 Tilrå fordeling av helseressurser

- 30 Utøve medisinsk faglig tilsyn med helsetjenester

- 31

3) Gruppetenking er et begrep videreutviklet av psykologen Irving Janis i 1972 som betegner prosesser i sosiale grupper som kan få grupper til å treffe dårlige eller irrasjonelle beslutninger. Beslutningene blir ofte tatt for å opprettholde harmoni eller konformitet innad i gruppen.

(Wikipedia – besøkt 11.4.2016)

4)

4) Saturering (metning) – når ytterligere data ikke bidrar til økt forståelse.

5) Begrepet «Catch 22» refererer til en bok av forfatteren Joseph Heller fra 1961. En krigsflyger ber om å bli erklært sinnsyk for å slippe å fly risikable oppdrag, men nettopp det at han har vett til å be om dette, viser at han ikke kan være sinnsyk, og derfor ikke kan fritas.

....oooo0000OOOO0000oooo....

LITTERATURREFERANSER:

-Aarre, Trond F (udatert): Kva skal til for at framtidens psykiske helsevern skal bli godt nok ? I:

Levd Liv. Antologi i anledning 10-årsjubileet for Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

-Aarre, Trond F (2018): *En mindre medisinsk psykiatri*. Univeritetsforlaget, Oslo

-Andersen, Bror Just og Skjerve, Anne-Grethe (2018): *Samhandlingsteamet i Bærum. Modellutprøving av organisatorisk forpliktende samarbeid. C-FLEX-metoden*. Sluttrapport fra prosjektperioden 2.1.2012 – 31.12.2014.

-Andersen, Lars (2016): *Organisering av komplekse prosesser – vitenskapsteoretiske og filosofiske forutsetninger*. Fagbokforlaget, Oslo.

-Andreassen, Ole A. og Røsseberg, Ivar (2017): *Hva vet vi om årsakene til psykiske lidelser ?* Kronikk, Aftenposten 30.12.2017

-Anjum, Rani Lill (2016): *Evidence Based or Person Centered ? An Ontological Debate*. European Journal for Person Centered Healthcare, 2016, Vol 4, Issue 2, pp 421-429.

-Bjørn, Vidar (1990). *Kyndighet og myndighet – en studie av fylkeslegeetatens rolle i helsefovaltningen og helsepolitikken*. Hovedoppgave ved kandidatstudium i Helseadministrasjon, Universitetet i Oslo

-Bjørn, Vidar (2013): *Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: Hva er 'e vi driver med ?* - Prosjektrapport: SpoR Vestfold 2010-2013 – samhandling psykiatri og rus. Lettest tilgjengelig på NAPHA hjemmesider.

-Borg, Marit (2016). Recovery og medisiner: Hvem skal ha kontrollen ? I: Karlson, Bengt (red): *Det går for sakte ... i arbeidet med psykisk helse*. Gyldendal akademiske.

-Boston, Jonathan (2013). Basic NPM Ideas and their development. I: Christensen, Tom og - Læg Reid, Per (red): *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Burlington, Ashgate

-Eikeland, Tor-Johan (Udatert): Diagnoser som kunnskap. I: *Levd Liv*. Antologi i anledning 10-årsjubileet for Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

-Ek, Anne (2014): *Skulder ved skulder*. Samarbeid i psykisk helse- og rusfeltet i Bærum. Masteroppgave i verdibasert ledelse, Diakonhjemmet Høgskole

-Danielsen, I.J. (2013): *Handlingsrommets evidens – om praktisk kunnskap i nyfødteintensiv sykepleien*. Bodø: Universitetet i Nordland (Ph.D serie 8)

-Fangen, Katrine (2004): *Deltakende observasjon*. 2.utgave. Bergen, Fagbokforlaget

-Fauske, Halvor (2008): Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. Kap.1. I: Molander, - Anders og Terum, Lars Inge, red: *Profesjonsstudier*. Oslo, Universitetsforlaget

- Gadamer, Hans Georg (2010). *Sannhet og metode* (utdrag). Oslo, Pax Forlag. Annen del, s.302- 345, s. 403-420.
- Hatling, Trond (2016). Psykisk helsearbeid må videre – om teoretisering, standardisering, akademisering og ressurser. I: Karlson, Bengt (red.): *Det går for sakte ...i arbeidet med psykisk helse*. Gyldendal akademiske.
- Haugsgjerd, Svein (2015): Som natt og dag – om ordene som en spinkel bru fra et sinn til et annet. I: McGuirk, James og Methi, Jan Selmer (red): *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2008): *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. Rapport IS-1554.
- Kuhn, T.S (2012) *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago press
- Le Boutillier, Claire et al (2015). *Competing Priorities. Staff Perspectives om Supporting Recovery*. Adm policy Ment Health 42: 429-438
- Lindseth, Anders (2015): Svarevne og kritisk refleksjon – Hvordan utvikle praktisk kunnskap ? I: McGuirk, James og Methi, Jan Selmer (red): *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Fagbokforlaget.
- Landheim, A og Odden S (2016): *Evaluering av RoP Vestfold*. Rapport fra Norsk kompetansesenter RoP, Sykehuset Innlandet
- Meløe, Jacob (1979): *Notater i vitenskapsteori*. Kompendium, Universitetet i Nordland 2014
- Ness, Ottar (2016): De små ting. Om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid. I: Karlson, Bengt (red.): *Det går for sakte ...i arbeidet med psykisk helse*. Gyldendal akademiske.
- Polanyi, Michael (1966): *Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Spartacus Forlag, 2000.
- Ramsdal, Helge (2011): *Fra «kunst» til «Cochrane» - samhandling mellom politikk og fag*. Foredrag NAPHA 10.11.2011.
- Ricoeur, Paul (1991): *Explanation and understanding. From text to action*. Trans.Kathleen Blamey and John Thompson (Evanston, Ill. Northern University Press)
- Roos, Eirik (2010): *Samhandling – et tilsiktet eller utilsiktet resultat ?* Avhandling til graden Master of Public Administration, Handelshøyskolen i København.

- Rådet for psykisk helse (1995). *Velferdsstatens forsømte gruppe*. Rapport fra en arbeidsgruppe.
- Senge, Peter (1999): *Den femte disiplin. Kunsten å skape den lærende organisasjon*. Egemont Hjemmets Bokforlag
- Skjeldal, Eskild (udatert): Om fenomener og begreper. I: *Levd Liv*. Antologi i anledning 10-årsjubileet for Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
- Skjervheim, Hans (2002). Deltakar og tilskodar. I: *Menneske*. Oslo. Universitetsforlaget
- Sosial- og helsedepartementet (1996): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. St meld nr 25 (1996-97)
- Sosial- og helsedepartementet (2008): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld nr. 47 (2008-2009)
- Støstad, Jan-Erik (2015): *En fjerde vei for velferden. På sporet av framtidens helse, omsorg og skole*. Gyldendal Akademiske
- Szasz, Thomas (1974): *Ideology and Insanity*. Penguin Books, Harmondsworth, Middelsesex, England
- Ulvestad, Elling (2018): *Subjektivitet og sykdom*. Kronikk. Tidsskrift for Den norske legeforening 6/2018 s. 528-530.
- Wackerhausen, Sten (2004): *Kausale felter, metaantakelser og metodisk pluralisme*. I: Hansen, N.B. og Glerup, J, red.: *Vidensteori, Profesjonsutdannelse og Profesjonsforskning*. Odense, Syddanske Universitetsforlag.