



Malin Norup Skretteberg

Standarder innen psykisk helsevern

En tekstanalyse om pakkeforløp

Masteroppgave i - familiebehandling

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for samfunnsvitenskap

Forord

Å skrive denne oppgaven har vært en spennende og utfordrende prosess. Jeg har lært mye på veien, men sitter likevel med en følelse av å være langt fra ferdig utlært. Heller føler jeg at jeg har åpnet mange dører til å kunne lære mer.

Oppgaven har latt meg fordype meg i et tema på en måte jeg ikke har mulighet til i mitt daglige arbeid. Jeg setter enormt pris på tiden jeg har fått til å bruke på anvendte og nyttige teorier og perspektiver, og håper det bidrar til at jeg i fremtiden vil være i bedre stand til å sette meg inn i både teori, fag og folks historier.

Det er mange som fortjener en stor takk når denne oppgaven leveres. Først vil jeg takke kollokviegruppen min, JMG. Tidenes heiagjeng. Disse årene hadde ikke vært det samme uten dere. Takk for alle timene på grupperommene med eksamensøving og oppgaveskriving. Takk for all kaffe, fjas og deres rause deling av tips og kunnskap. Jeg er blitt smartere på grunn av dere. Takk til veilederen min Marit Haldar, for tålmodighet, entusiasme og tro på prosjektet. Takk for drøftinger og refleksjoner. Takk til Simon Innvær som etter å ha lest prosjektbeskrivelsen, ga meg nyttige tilbakemeldinger, og ikke minst, tipset meg om å undersøke implementering av retningslinjer.

Og sist, men ikke minst, takk til familien min og vennene mine. Som alltid heier på meg, uansett om jeg fortjener det eller ikke. Takk til mannen min, kjære Gunnar, som har stått fjellstøtt i denne prosessen, og tilpasset seg på alle måter jeg har hatt behov for. Du er min aller beste venn og diskusjonspartner.

Tusen takk!

Oslo, 09.05.20

Malin Norup Skretteberg

Sammendrag

Målet med denne masteroppgaven er å undersøke et av feltene hvor familieterapeuter utfører sitt arbeid, psykisk helsevern. Pakkeforløp er nylig innførte retningslinjer innen psykisk helsevern for barn og unge, og er med det en del av rammeverket som noen familieterapeuter arbeider under. Debatten om pakkeforløp har inntatt en tidvis antagonistisk form, grunnlaget for utformingen av retningslinjene og arbeidet som gjøres, ser ut til å hvile på forskjellige oppfatninger om hva som er god pasientbehandling innen psykisk helsevern. Oppgaven søker å belyse disse oppfatningene og perspektivene.

Som teoretisk rammeverk brukes Timmermans og Epsteins teori om standarder, samt diskursteorier. Ved hjelp av diskursanalytiske begreper stiller oppgaven spørsmål ved hva slags oppfatninger av god pasientbehandling som fremmes i debatten, hva som naturaliseres og hva som blir usynliggjort. Forståelsen av dette knyttes til Timmermans og Epsteins teori om standarder, og familieterapiens plass innen psykisk helsevern.

Analysen tar utgangspunkt i to tekster som i vid definisjon kan betegnes som «velferdstekster», da de inngår i en debatt om velferdsgoder og dermed kan sies å ha en virkning i feltet. Den første teksten er en nedskrevet høringstale av Bent Høie om innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern. Den andre teksten er skrevet av psykolog Sondre Risholm Liverød, som et motsvar til innføringen av pakkeforløpene, et halvt års tid etter at de første pakkeforløpene tredde i kraft. Disse er valgt for å se på to motsatte poler av oppfatning om god pasientbehandling, fra henholdsvis et politisk perspektiv og et perspektiv fra en ansatt i psykisk helsevern. Samt om pakkeforløp innfrir kravene om god pasientbehandling slik de to forskjellige tekstene forstår det.

Analysen viser hvordan de to tekstene med antagonistisk innhold har forskjellig definisjon på standarden for god pasientbehandling, men også har noen elementer som samsvarer. Debatten fremstår antagonistisk, men ved hjelp av standardteori kommer det fram at denne motsetningen også er et forsøk på tilpasning som kan gjøre pakkeforløp til funksjonell og god pasientbehandling.

Abstract

The goal with this master thesis is to explore and put in to focus one of the fields in which family therapists perform their work, mental health. A new form of standardization called “pakkeforløp” is recently implemented within mental health care for adolescents and children, thus it affects the family therapists work. The debate concerning “pakkeforløp” has been rather antagonistic: The cause of this seem to stem from different views on what is thought to be good patient care between politicians on one hand, and clinicians on the other. This thesis seeks to shine a light on these perceptions and perspectives.

Timmermans and Epsteins theory of standards form the theoretical framework in this thesis, as well as theory of discourse. With the use of discourse analytical terms, the thesis asks questions regarding what kind of perceptions of good patient care is promoted in the debate, and also what is naturalized to us, and what is hidden. The perception of this is linked to Timmermans and Epsteins theory of standards, and also linked to family therapy and its relevance within healthcare.

The analysis is based on two texts, that can be defined as “welfare texts”. The first text is a written speech of Bent Høie, the minister of healthcare services, about the introduction of “pakkeforløp” in mental healthcare. The text was published some six months before the first “pakkeforløp” was implemented. The second text is written by psychologist Sondre Risholm Liverød, as a counterpart to Høie’s statements. The text was published some six months after the first “pakkeforløp” was implemented. The choice of texts was made because I wanted to study the opposite perceptions about good patient care, both from a political point of view, and from the perspective of a professional with firsthand experience working with patients within mental health.

The analysis shows that the supposedly antagonistic texts both have different definitions of what is a standard for good patient care, but they also seem to base their view on elements that can be seen in accordance to each other. The debate seems antagonistic. However, standard theory shows that precisely that resistance, and the attempts to adapt the standards, makes the standard of good patient care functional.

Innhold

<i>Kapittel 1: Innledning</i>	7
Disposisjon	8
Presentasjon og avgrensning av oppgaven	9
<i>Kapittel 2: Kontekst</i>	10
Styring, politikk og helsevesenet	10
Psykisk helsevern barn og unge	12
Familieterapiens plass i psykisk helsevern for barn og unge	13
Pakkeforløp	14
Tidligere pakkeforløp og standardisering innen helsevern	15
<i>Kapittel 3: Teoretiske innfallsvinkler</i>	16
Standardteori	17
Historisk om standarder	17
Tilstedeværelsen av standarder	18
Implementering av standarder	20
Diskursteori	22
Diskursteori med fokus på tekst	22
<i>Kapittel 4: Analysestrategier (metode)</i>	24
Hvorfor studere tekst	24
Utvalget	25
Beskrivelse av Høies tekst	26
Beskrivelse av Liverøds tekst	26
Hvordan er materialet analysert	27
<i>Kapittel 5: Analyse</i>	29
Et overordnet blikk på Høies tekst	29
God pasientbehandling som standard	31

Trygghet og forutsigbarhet	31
Effektivitet	32
Brukermedvirkning.....	32
Somatisk helse	33
Pasienten som ekspert på eget liv.....	36
Hvordan gir teksten mening for leseren?	37
Et overordnet blikk på Liverøds tekst.....	37
God pasientbehandling som standard.....	39
Byråkrati	40
Autonome arbeidere.....	40
Indre motivasjon	42
Recovery-basert behandling.....	44
Pasienten.....	47
Hvordan gir teksten mening?.....	48
<i>Kapittel 5: Drøfting</i>	49
Oppsummering av tekstene.....	49
Høies tekst om god pasientbehandling.....	49
Liverøds tekst om god pasientbehandling	50
Hva er likt og hva er ulikt?	52
Perspektivenes betydning og familierapi	55
Hva er utelatt?.....	58
<i>Kapittel 5: Avslutning.....</i>	59
<i>Referanseliste:.....</i>	61
<i>Vedlegg 1.....</i>	64
<i>Vedlegg 2.....</i>	67

Kapittel 1: Innledning

Psykisk helse får oppmerksomhet som aldri før, og familierapi vektlegges i flere instanser som jobber med psykisk helse for barn og unge. Familierapiperspektivet er en naturlig del av familievernkantorene, og barnevernet ytrer et stadig større behov for familierapeutisk kompetanse (Torsteinsson, 2019, s. 35). Styringsdokumenter som setter rammebetingelsene for arbeid innen psykisk helsevern, fremmer familierapeutisk kunnskap som grunnleggende for arbeidet med barn og unge (Andersen & Lorås, 2019, s. 6). Til tross for dette er det mye som tyder på at familierapien fortsatt nedprioriteres innen psykisk helsevern til fordel for tiltak rettet mot enkeltindividet (Torsteinsson, 2019, s. 35).

Det foregår diskusjoner om rammebetingelsene for arbeidet med psykisk helsevern for barn og unge, blant annet om disse gir muligheter for å jobbe familierapeutisk. Resultatene av diskusjonene er ikke enstemmige, og Torsteinsson (2019) konkluderer slik: «Familierapiens fremtid i helsetjenestene kan i stor grad avhenge av at vi som fagfelt forholder oss aktivt til disse diskusjonene.» (Torsteinsson, 2019, s. 36).

Temaet psykisk helse blir stadig mer synlig i samfunnet vårt. De som strever, oppfordres til å søke hjelp. Samtidig pekes det på at hjelpen ikke er tilgjengelig på rett sted, til rett tid og i det omfanget pasientene har behov for. Regjeringen innførte i 2019 pakkeforløp innen psykisk helsevern for å bøte på noen av disse utfordringene. Innføringen av pakkeforløp kan ses i sammenheng med endringer i helsevesenet:

The health care field is engaged in a massive standardization movement called evidence-based medicine whereby professional organizations and regulatory entities make the scientifically best evidence available to clinicians in the form of the meta-reviews of the literature, practice guidelines, assessment tools, and standardized outcome measures. (Timmermans & Epstein, 2010, s. 80)

Standardiseringen som pakkeforløp er et uttrykk for, bygger på standarder om blant annet hva som er god pasientbehandling. Hva som er gjeldende standard, vil dermed få direkte

innvirkning på det kliniske arbeidet som utføres innen psykisk helsevern. Pakkeforløpene har kanskje ikke fått mye oppmerksomhet i den øvrige delen av befolkningen, men de fått mye oppmerksomhet innen psykisk helsevern. Folk i fagfeltet har formulert sine for- og motforestillinger. Diskusjonen har pågått blant de som jobber i feltet, i media gjennom avisinnlegg, i artikler i tidsskrift, podcaster m.m. Diskusjonen har inneholdt motstand, skepsis og entusiasme, og har tidvis fremstått antagonistisk. I mai 2019 skrev psykolog Sondre Risholm Liverød et debattinnlegg i Dagsavisen, et motsvar til innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern, under tittelen Pakkeforløp og bullshit. Teksten fremsto som et slags svar til helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Pakkeforløp vil i tiden fremover være en ramme for dem som skal utføre arbeid innenfor psykisk helsevern. Innføringen vil påvirke alle som arbeider innenfor, eller kommer i kontakt med psykisk helsevern: pasienter, pårørende, familieterapeuter og andre. Det er for tidlig å si noe om effekten pakkeforløp vil ha innen psykisk helsevern (Vedvik, 2020). I denne oppgaven ønsker jeg derfor å heve blikket fra hva pakkeforløpene konkret innebærer, til hvordan de som er for og de som er mot, snakker om fenomenet. Dette skal jeg gjøre gjennom å analysere tekster fra Høie og Liverød. Tekstene er valgt fordi de presenterer to blikk på standarder for god pasientbehandling, ett fra et politisk perspektiv og ett fra et faglig perspektiv.

Disposisjon

Først i oppgaven beskrives noen sider ved den politiske situasjonen som påvirker arbeidet innen psykisk helsevern. Så beskrives en del av systemet som jobber med barn og unges psykiske helse, og hva forskningen forteller om familieterapiens virkning på feltet.

Som en innledning av oppgaven trekker jeg fram noen sider ved familieterapiens plass i psykisk helsevern for barn og unge, men i selve analysen vil fokuset være på Høie og Liverøds tekster, sett i lys av standardteori og diskursteori. Mot slutten trekker jeg inn hvordan familieterapifeltet kan ses i lys av de perspektivene for god pasientbehandling som kommer frem i analysen.

Etter presentasjonen av pakkeforløpenes kontekst, blir pakkeforløpene slik de ser ut i dag, kort omtalt. Så belyses bevegelser i helsesektoren knyttet opp til standardisering av

standarder, og hva slags effekt disse har hatt. Deretter følger en beskrivelse av standardteori og diskursteori. Disse teoretiske retningene brukes for å se på Høie og Liverøds tekster i analysedelen av oppgaven. Jeg vil så presentere funnene jeg har gjort, før jeg går videre til drøftingen. Deretter oppsummeres oppgaven.

Oppgaven vil omtale de som arbeider innen feltet som helsearbeidere eller behandlere.

Direkte sitater fra de analyserte tekstene blir skrevet i kursiv.

Presentasjon og avgrensning av oppgaven

Oppgavens problemstilling lyder slik: Hvordan kommer standarder for god pasientbehandling i psykisk helsevern til uttrykk gjennom tekster om pakkeforløp?

Min interesse for rammene for arbeidet i psykisk helsevern stammer fra min arbeidserfaring på feltet, samt min fremtidige rolle som familieterapeut. Som fremtidig ansatt innen hjelpetjenestene våre, har jeg en interesse for hvordan hjelpetjenestene organiseres, og hvordan de legger til rette for utøvelse av god pasientbehandling, fra et utøvende, politisk og pasientperspektiv. Som ansatte i hjelpeapparatet kan vi utdanne oss og utvikle oss for å gjøre oss i best mulig stand til å bidra til bedring og utøve god hjelp overfor dem vi møter, men uansett våre gode intensjoner, er vi påvirket av rammeverket som omslutter arbeidet vårt.

Som familieterapeutstudent og i mitt daglige arbeid får jeg lov å møte folk med en åpen holdning, og får klinisk erfaring med møte med mennesker. Denne oppgaven har derimot gitt meg muligheten til å se på feltet fra en side jeg sjelden har hatt muligheten til å studere. Til tross for at denne synsretningen er mindre aktuell i vårt daglige arbeid, har jeg tro på at jeg gjennom å belyse rammene for arbeidet ved hjelp av standardteori, kan bli mer bevisst hvordan jeg kan utføre mitt arbeid bedre enn jeg ellers kunne.

Rammene for arbeidet i psykisk helsevern belyses i oppgaven gjennom studier av pakkeforløp, psykisk helsevern og perspektiver tilkjennegjort gjennom tekst. Jeg vil analysere dette med diskursteori og ha standardteori som teoretisk bakteppe. Dette er bare en av mange muligheter til å se på rammene for arbeidet innen velferdsstaten, men jeg håper denne tilnærmingen kan gi meg selv og andre en bredere forståelse av hvordan rammene for hjelpearbeidet fungerer, hvordan vi kan dra nytte av dem, og hvordan vi kan påvirke dem.

Kapittel 2: Kontekst

I dette kapittelet omtales noe av bakgrunnen for at pakkeforløp er innført innen psykisk helsevern for barn og unge. Først presenteres en del av den politiske situasjonen, så det psykiske helsevernet for barn og unge og familierapiens rolle innen dette behandlingssystemet. Deretter vil jeg beskrive pakkeforløpene på et generelt nivå, før jeg presenterer noe av det som er gjort av arbeid med standarder innen norsk helsevesen tidligere.

Styring, politikk og helsevesenet

Ord og uttrykk som er blitt brukt for å beskrive den politiske situasjonen i helsevesenet vårt i dag, er blant annet new public management, ansvarliggjøring, etterrettelighet og standardisering. Alle begrepene kan sies å bygge på et likhetsideal, som kan ha en rekke fordeler for politikerne våre når de skal ta beslutninger (Sundet, 2015). Mot slutten av 1990-tallet startet en omfattende reform innen psykisk helsevern i Norge. Det var starten på flere endringer og reformer på feltet de kommende årene (Karlsson, 2015, s.153-154).

Pasientsentrert behandling, krav om diagnose, endret finansiering, standardisering og ideologiske endringer har stått sentralt. Karlsson (2015) beskriver hvordan reformene «plasserer seg gjennom kontroll og styring, makt og kunnskap, disiplinering og selvdisiplinering» (s. 154). Til tross for at forskere, behandlere, myndighetene og helseorganisasjoner de siste 15 årene har argumentert for mer pasientsentrert tilnærming til behandling innen helsevesenet, er det ikke lett å gi en kort definisjon på hva pasientsentrert behandling er. Håland og Melby (2017) beskriver det som et helhetlig perspektiv på pasientens kontekst, som fordeler makt og ansvar mellom pasient og behandler (s. 387).

Pasientene blir altså sett som mer likeverdige med sine behandlere, og ikke så fristilt fra sin kontekst, som de ble tidligere.

For å ha rett på behandling innen psykisk helsevern stilles det krav om diagnostisering.

Kravet om diagnose er noe av det som bidrar til at individuelle tiltak i stor grad prioriteres fremfor tiltak som omfatter flere. Samtidig understrekes stadig familiens betydning når det gjelder behandling av barn og unge innen psykisk helsevern (Torsteinsson, 2019, s. 35).

«Den historiske utviklingen av familierapien som fagfelt», et vedlegg i en NOU fra Familievernutvalget i 2019, bekrefter dette. Selv om familierapi fremdeles anvendes i store

deler av psykisk helsevern for barn og unge, ytres en bekymring for nedprioritering av familierapi på feltet:

Dette kan skyldes krav til individuell kartlegging, utredning og påfølgende diagnostisering. På tross av at forskning og Helsedirektoratets veileder viser at familierapeutisk kunnskap er grunnleggende for arbeidet med barn og ungdom kan det se ut til at finansieringen av psykisk helsevern bidrar til at individuelle tiltak foretrekkes. (Andersen & Lorås, 2019, s. 6)

Finansiering er altså avgjørende når det tas beslutninger innen psykisk helsevern. Når likeverdige og rettferdige tjenester er målet, kan politikerne beslutte og pålegge standardiserte arbeidsmetoder basert på vitenskapligbasert kunnskap. Gjennom standardiserte arbeidsmetoder vil det være lettere å måle (noen) resultater og opparbeide en oversikt over ressursbruk både nå og for fremtiden (Sundet, 2015). Senere vil vi se at likhet og rettferdig ressursbruk er tydelig vektlagt i Høies høringstale om innføringen av pakkeforløp. Med et slikt perspektiv på omsorg, er det i stor grad det som kan telles og måles som vektlegges når en skal vedta endringer innen helsesektorene (Karlson, 2018, s. 171), slik som innføringen av pakkeforløp. Selv om retningslinjer og anbefalinger ikke er juridisk bindende eller styrer det konkrete kliniske arbeidet i psykisk helsevern, kan de bidra til en holdning blant behandlere om først og fremst å ha *ryggen fri* både når de dokumenterer og utfører arbeidet sitt. Det første en jurist vil være opptatt av i en eventuell klagesak, er om retningslinjene for tjenesten er fulgt. Risikoen er da at helsearbeidere blir mer opptatt av å ikke gjøre noe de kan tas for senere, enn å basere avgjørelsene sine på kunnskap og erfaring (Karlsson, 2015).

Det er altså uttrykt en del motstand mot standardisering blant ansatte innen psykisk helsevern. Motstanden kommer ofte til syne gjennom at helsearbeidere uttrykker en opplevelse av tap av autonomi og opplevd mistillit i utførelsen av sitt arbeid (Greenfield, Eljiz & Butler-Henderson, 2017). Tidsskriftet *International Journal of Health Policy and Management* publiserte i 2017 en artikkel som tok for seg det paradoksale i moderne helsevesen: Standardisering er det som skal sikre stabilitet, forutsigbarhet og likhet blant befolkningen, mens tilpasning er en form for samarbeid der pasienten og deres familie sammen med terapeuten finner ut hva som er den best mulige metoden for å skape bedring hos pasienten

(Greenfield, Eljiz & Butler-Henderson, 2017). Artikkelen argumenterer for at standardisering og tilpasning egentlig står i ledtog med hverandre i helsevesenet, ikke at de er paradokser og motsetninger, slik de gjerne blir fremstilt. Artikkelforfatterne argumenterer for at standardisering kan fremme likhet og forutsigbarhet i helsevesenet, men ikke sikkert kan ha den virkningen. Senere skal vi se hvordan dette perspektivet samsvarer med Timmermans og Epsteins (2010) standardteori.

Utfordringene som følger med implementering av nye retningslinjer, som pakkeforløpene, blir ofte beskrevet på det politiske planet å ligge i tvetydige vedtak og mangel på ressurser. På det utøvende planet handler det om at føringene kommer i konflikt med måten de som skal utføre arbeidet på, mener det er riktig å gjøre det. For eksempel kan det være at retningslinjene representerer en type arbeidsmåte som ikke er forenlig med helsearbeiderens faglige overbevisning om hva som er god pasientbehandling (Kjørstad, 2019, s. 59). Senere i denne oppgaven skal vi se denne konflikten i lys av standardteori, og hvordan politiske beslutningstakere og ansatte i psykisk helsevern på grunnlag av ulike oppfatninger vil representere forskjellige standarder for hva som beskrives som god pasientbehandling.

Helsevesenet er altså styrt av rammer, som vedtas av beslutningstakere over dem som arbeider i den utøvende delen av feltet. Nå som jeg har beskrevet i korte trekk noe av den politiske rammen for psykisk helsevern, vil jeg gå over til å beskrive en del av feltet hvor blant annet familierapeuter utøver sitt arbeid, før jeg kort presenterer pakkeforløpene.

Psykisk helsevern barn og unge

Psykisk helsevern for barn og unge i Norge er en del av spesialisthelsetjenesten. Denne delen av psykisk helsevern har ansvaret for barn 0-18 år som har behov for utredning, behandling og tilrettelegging tilknyttet utfordringer med psykisk helse, som ikke kan løses på kommunalt nivå. Psykisk helsevern for barn og unge er en tverrfaglig tjeneste hvor flere fagfelt utfører arbeidet, deriblant: psykologer, psykiatere, pedagoger, sosionomer, sykepleiere, familierapeuter og leger. Lege, legevakt, pedagogisk psykologisk tjeneste og psykologer er yrkesgrupper med mulighet til å henvise til psykisk helsevern for barn og unge (Lorås, 2016, s. 2).

Familieterapiens plass i psykisk helsevern for barn og unge

Familieterapien kan som nevnt innledningsvis, se ut til å tape terreng innen spesialisthelsetjenesten for barn og unge (Lorås, 2016). Samtidig tyder forskning på at familieterapi har god effekt på ulike utfordringer blant barn og unge som har behov for behandling innen psykisk helsevern (Carr, 2019, s.105). Det er behov for mer forskning (Carr, 2019, s. 113), men tilgjengelige studier peker i retning av at familieterapi har en fordelaktig effekt for de familiene hvor familieinvolvering har vært i fokus under behandling, sammenlignet med der foreldrene fikk lite eller ingen oppfølging (Regionsenter for barn og unges psykiske helse [RBUP], 2018).

I en elektronisk håndbok, beskriver Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP) en oversikt over de relevante retningene innen familieterapeutisk behandling for barn og unge (RBUP, 2018). Helsedirektoratet henviser innledningsvis til RBUP i kapittel 3 under Pakkeforløp for Psykiske lidelser- barn og unge. Kapittelet omhandler behandling og oppfølging, og slår blant annet fast at: «Behandler har ansvar for å tilby behandling innenfor dette rammeverket» (Helsedirektoratet, 2019b, kap. 3, avsn. 4). Det er altså et krav i spesialisthelsetjenesten å tilby tjenester i tråd med familieterapeutisk perspektiv.

Det er viktig å påpeke at familieterapi er noe mer enn individuell terapi med tilhørere (De Flon, 2019, s. 18). Familiemedlemmer skal inkluderes i behandlingen. Familieterapien hviler på en grunnforståelse om at mennesker ikke kan behandles eller forstås løsrevet fra sin sosiale kontekst. Konteksten, eller systemet, må inkluderes for at det skal skje en endring eller bedring hos den enkelte. Dette kan også gjelde andre viktige personer og institusjoner utenfor familien, som øvrig slekt, venner, skole osv. (De Flon, 2019, s.15).

Familieterapifeltet er også opptatt av at pasienters avvisning av et behandlingstilbud skaper muligheter for å utforske andre veier sammen med pasienten. Dette mulighetsrommet må dermed eksistere på arenaer hvor familieterapeutisk arbeid utøves. Det må være muligheter for at helsepersonellet kan endre sin taktikk når pasienten ikke ønsker å følge det som blir tilbudt. Endringen må først skje hos helsearbeideren, før det kan skje en endring hos pasienten (Sundet, 2015). Familieterapeuter er opptatt av det de kaller «feedback» fra familiene de jobber med (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 75). Dette lar seg vanskelig forene med

arbeidsarenaer der helsearbeideren er pålagt å følge en spesifikk metode eller behandling (Sundet, 2015).

Pakkeforløp

I 2016 fikk Helsedirektoratet i oppgave å utarbeide pakkeforløp innen psykisk helsevern fra Helse – og omsorgsdepartementet. I prosessen med å utarbeide pakkeforløpene var brukerorganisasjoner og ulike fagmiljøer involvert, og i desember 2018 startet innføringen av de første pakkeforløpene for barn og unge.

Helsedirektoratet beskriver pakkeforløpene slik:

Et pakkeforløp er et normerende pasientforløp som beskriver organisering av utredning, behandling og oppfølging, kommunikasjon med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Et pakkeforløp skal bygge på nasjonale faglige retningslinjer der det finnes, alternativt på best tilgjengelig kunnskap og faglig konsensus. (Helsedirektoratet, 2019a)

Hver pasient får en koordinator. Denne koordinatoren skal sørge for at pasienten har informasjon om hva som skal skje, og når det skal skje. Koordinatoren er også kontaktperson for pasienten og pasientens pårørende gjennom hele forløpet. Dette skal bidra til at pasienten unngår unødvendig venting, og opplever kontinuitet i behandlingen (Regjeringen, 2018).

I Høies høringstale som vi skal se nærmere på senere, oppsummeres pakkeforløpenes hensikt slik:

- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor.
- Unngå unødvendig ventetid for utredning, behandling og oppfølging.
- Økt brukermedvirkning og tilfredshet.

- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp.
- Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. (Regjeringen, 2018)

Tidligere pakkeforløp og standardisering innen helsevesenet

Det har vært stor diskusjon av målet om standardisering av helsetjenestene våre, og det er ingen etablert enighet om hva som er en standard for utførelsen av bra helsearbeid. For å kaste lys over bevegelse i feltet vil jeg nedenfor beskrive to tidligere implementeringer som er gjort innen helsevesenet. Først vil jeg beskrive et perspektiv på innføringen av pakkeforløp i kreftbehandling, deretter beskriver jeg et nyere behandlingsforløp for OCD (obsessive compulsive disorder, tvangslidelse). Beskrivelsen av OCD-behandlingen er basert på et intervju publisert på forskning.no, og må ikke leses som evidensbasert forskning. Intervjuet er inkludert for å vise til bevegelse på feltet.

I 2017 skrev Erna Håland og Line Melby en artikkel i Norsk sosiologisk tidsskrift med overskriften «Individualisert standardisering? Hvordan god pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft». Denne artikkelen handler om innføringen av pakkeforløp innen kreftbehandling to år tidligere. Teksten stiller seg kritisk til pakkeforløpenes virkning i helsetjenestene. Forfatterne analyserer to politiske taler som ble holdt av henholdsvis Erna Solberg og Bent Høie i sammenheng med innføringen av pakkeforløpene innen kreftbehandling. De viser til hvordan talene argumenterer for en overordnet politisk helsestrategi som fokuserer på ny organisering av tjenestene mer enn økonomi. De trekker frem at pakkeforløpene fra politisk hold blir beskrevet som løsningen på helsetjenestenes utfordringer, uten at det i skrivende stund er rukket å gjøre forskning nok til å konkludere. Artikkelen forteller at undersøkelser viser at skjemaer som brukes for registrering i behandling, ikke lenger står i rødt. Samtidig som pasient- og brukerorganisasjonen melder at utfordringene pasienter og pårørende opplever, i stor grad er de samme som før. Fremdeles opplever de slik uforutsigbarhet og usikkerhet som pakkeforløpene skulle bidra til å redusere (Håland & Melby, 2017).

Blant de behandlingene som tilsynelatende har hatt god effekt av standardisering, er behandlingsforløpet for OCD, The Bergen 4-day treatment. Psykologene og professorene Bjarne Hansen og Gerd Kvale har utviklet behandlingsmetoden. Behandlingen har en

standard på fire dager, uten opphold i forløpet, og blir beskrevet som mer intensiv enn tradisjonell behandling. Tradisjonelt har behandling foregått over tid, for eksempel med én sesjon per uke. Det er effekten av å gå bort fra dette Hansen og Kvale tilskriver behandlingens suksess. De forteller at av de over 2000 pasientene som har gjennomgått behandlingsforløpet, opplever 70 % å kunne leve et normalt liv fire år senere. De hevder at metoden også kan ha god effekt på andre typer angstlidelser (Kjørstad, 2020).

Asle Hoffart, en psykolog som uttaler seg i samme artikkel, drøfter om grunnlaget for behandling en gang i uken kan knyttes til pasientsentrert behandling. Pasienten må få tid til å prosessere mellom behandlingssesjonene, og endringer hos pasienter må skje når pasienten er klar for det (Kjørstad, 2020). At helsepersonell må tilpasse sin forventning til pasientens, er gjenkjennelig tankegang i familierapien. Det gjelder å være der pasienten er, ikke der fagpersonell mener pasienten bør være. Ved å tilpasse seg pasientens motivasjon og mål, kan behandlere lettere lykkes i å tilby en hjelp som pasienten ønsker og er motivert for, fremfor å tilby noe han eller hun ikke er interessert i (Frøiland, 2017, s. 81-82). Hoffart beskriver at de tradisjonelle «en gang i uken»-intervallene i behandling kan ha oppstått på grunn av logistikk. Det har vært mest praktisk for behandler og pasient. Han bekrefter at pasienten kan skli tilbake i gamle vaner ved lange pauser mellom behandlingssesjonene og at pausene dermed kan ha en forstyrrende effekt (Kjørstad, 2020).

Alt i alt beskriver artikkelen behandlingsmetoden som et positivt tilskudd til eksisterende behandlinger. Behandlingsforløpene for OCD har tradisjonelt vært av de mer intensive formene for behandling, men fire dager er bemerkelsesverdig mye kortere tid. Kvale, som står bak behandlingsmetoden, uttaler at hun ser en tendens innen psykisk helsevern, og hun mener det er mye som taler for at vi går i retning av kortere og mer intensive behandlingsopplegg. Hun poengterer allikevel at det også i fremtiden vil være lidelser som har behov for lengre behandling (Kjørstad, 2020).

Kapittel 3: Teoretiske innfallsvinkler

Under skal jeg redegjøre for standardteori og diskursteori, det teoretiske grunnlaget for analysen. Beskrivelsen av standardteori er basert på artikkelen av Timmermans og Epstein «A world of standards, but not a standard world: toward a sociology of standards and standardization». Anvendelse og forståelse av diskursbegrepet er inspirert av Håland og

Melbys benyttelse av diskursteori i sin artikkel om innføringen av pakkeforløp i kreftbehandling. De definerer diskurs: «som en struktur av mening i en bestemt kulturell kontekst» (Håland & Melby, 2017, s. 388). Jørgensen og Philips «Diskursanalyse som teori og metode» har vært en viktig kilde til forståelse av diskursteori i oppgaven. Johannessen, Rafoss og Rasmussens «Hvordan bruke teori?» har vært nyttig i anvendelsen av teoriene. Jeg vil nå først gjøre rede for Timmermans og Epsteins forståelse av standarder, historisk om standarder, hvor standarder oppstår og hvordan de fungerer i praksis, før jeg går videre til diskursteori.

Standardteori

Standarder og standardisering er to forskjellige fenomener, men er likevel nært forbundet med hverandre. I uttalelser og tekster om pakkeforløp er det mange referanser til standardisering av helsetjenestene. Selv om det teoretiske utgangspunktet for denne oppgaven og analysen er standardteori, vil vi dermed ikke komme utenom begrepet standardisering.

Timmermans og Epstein (2010) legger vekt på at målet for både standarder og standardisering er å gjøre verden oversiktlig på tvers av kulturer, tid og sted. De fokuserer på hvordan standarder er tilstede på alle områder av samfunnet, men at de ofte fremstår som så naturlige at de er vanskelige å få øye på ved første øyekast. Det har vært en vekst av standardiserte standarder innenfor flere samfunnsinstitusjoner, men det har vist seg å være en utfordring å få standardene til å fungere som intendert. Det er ofte vanskelig å predikere og kontrollere konsekvensene av dem. Dessuten oppstår det ofte motstand i implementeringen av standarder. Timmermans og Epstein ønsker derimot ikke å presentere standarder og standardiseringen av dem i et negativt perspektiv, men heller å kaste lys over de uante konsekvensene som standarder kan ha, når flere av dem opptrer innenfor et sosialt felt (s. 69). Dette kan være en fruktbar tilnærming til å forstå den antagonistiske diskusjonen om pakkeforløp.

Historisk om standarder

Standardisering slik begrepet blir brukt i dag oppsto ikke før på 1800-tallet, og handlet først og fremst om forskningsforsøk og produksjon. Begrepet standard i den form det blir brukt i moderne tid kan spores tilbake til 1400-tallet. Standard da forstått som autoritet og beskrivelse av ideelle mål (Timmermans & Epstein, 2010, s. 70-71). Det er derimot sannsynlig standarder i vid betydning kan spores tilbake hvor som helst i historien der en kan finne spor etter

menneskelig kommunikasjon. Behovet for standarder i moderne form og standardiseringen av dem ser derimot ut til å henge sammen med økende globalisering. Mens standardisering ofte kan oppleves som noe vi må forholde oss til, en kjedelig likhet, undertrykkelse av individet, blir standarder heller oppfattet som en ultimat måte å gjøre noe på (s. 75).

Når Timmermans og Epstein (2010) beskriver standarder, deles disse opp i fire undergrupper (oversatt fra originalteksten):

1. Designstandarder beskriver egenskaper ved verktøy og produkter. De er eksplisitte og detaljerte og sørger for at komponenter og tekniske systemer er såpass ensartet at de passer sammen.
2. Terminologiske standarder knyttes til terminologi og klassifisering. Hvordan vi klassifiserer en somatisk sykdom er et godt eksempel. Vannkopper vil defineres likt på et somatisk sykehus og på et psykiatrisk sykehus, om vi befinner oss i Norge eller i Russland.
3. «Performance standard» er begrepet Timmermans og Epstein bruker for å beskrive den tredje kategorien. Utførelsesstandard er en direkte oversettelse, et dårlig norsk ord, men poenget er at standarden omhandler risiko. For eksempel vil det ved et kirurgisk inngrep eksistere en standard for hva som er en akseptabel risiko relatert til pasientens eventuelle bedring eller forverring etter inngrepet.
4. Prosedyrestandard beskriver hvordan prosedyrer utføres. Særlig i den somatiske delen av helsetjenestene våre er dette en mye brukt standard. Disse beskriver hva en skal foreta seg relatert til behandling, når gitte kriterier er oppfylt (Timmermans & Epstein, 2010, s. 72). Den siste standarden kan også knyttes til utformingen av pakkeforløpene.

Tilstedeværelsen av standarder

Timmermans og Epstein (2010) taler for at standarder er et interessant sosialt fenomen, spesielt fordi standarder ofte kan fremstå som usynlige i samfunnslivet vårt. Vi omgir oss hele tiden med standarder, og de har konsekvenser for hvordan livene våre utfolder seg. En lege vil måtte ta avgjørelser basert på hvilke standarder som er bestemt på arbeidsplassen, en student blir bedømt ut fra eksamener som er utformet etter en standard, en skrue er utformet etter en standard som gjør at den passer til en spesiell type verktøy, til et gitt formål. Også når vi snakker om behandling innen helsevesenet eksisterer det standarder, enten disse er formulert eksplisitt, eller det ligger implisitt i forståelsene eller holdningene til dem som utfører

arbeidet. Innen somatikken er det kanskje lettere å se klare linjer til hvilke standarder som er gjeldende, som når en pasient har blitt diagnostisert etter gitte kriterier.

Men det finnes også standarder innen psykisk helsevern. Til tross for at det ikke finnes en offisielt vedtatt standard for hva som er god pasientbehandling, utformes retningslinjer på bakgrunn av en ide om hva god pasientbehandling er. Timmermans og Epstein forsøker ikke å definere standarder som et gode eller et onde, men understreker at det er interessant er å se på hva slags konsekvenser som er relatert til standarder, særlig når flere typer standarder er gjeldene innen et felt (2010, s. 70).

Standarder blir ofte omtalt i et positivt lys. I form av at de beskriver en ideell måte å utføre noe på. For eksempel hvordan vi oppdrar våre barn, eller hvordan helsepersonell yter god pasientbehandling. Standarden blir sett som noe vi bør leve opp til. Ironien i at standardisering ofte anses som negativ, er at standardisering er helt avhengig av standarder for å eksistere. Standardisering vil dessuten ofte eksistere på et lokalt felt, mens standarder ofte har sammenhenger utover det lokale feltet. Standarder kommer også ofte til syne i større samfunnsinstitusjoner, i form av lovverk, utforming av tjenester etc. Kanskje bidrar dette til at de oftere ubemerket etablerer seg i våre oppfatninger om hva som er naturlig, uten å skape mye oppmerksomhet. Standarder blir med andre ord ofte tatt for gitt, og det er denne tattforgrittheten som i noen tilfeller kan være med og bidra til at de er vanskelige å endre (s. 71).

Standarder er unike i form av at de kan være enten svært innovative, eller høyst konservative. I teorien kan én person utforme en standard, men hvis den skal fungere som en standard, ligger det til grunn at den må være en del av et sosialt system. En viss andel mennesker må kjøpe logikken og innholdet i standarden, for at den skal bli rådende nok til å ha innvirkning på handlingene våre. (Timmermans & Epstein, 2010, s. 75). Timmermans og Epstein oppsummerer det slik:

In sum, standard-setting is accomplished by multiple parties, and standards can be imposed top-down or emerge by consensus among stakeholders. The stakeholders can involve anyone effected by standards, but large proportion of standards have come from the area of industry and trade. Standards can be field-specific, national or international.

Standard-setting is motivated by issues of safety, efficiency, or redistribution of resources but may reflect a strategy to become a market leader or to institute a regime of self-regulation. (Timmermans & Epstein, 2010, s. 78-79)

Dette bringer oss videre til hvordan standarder får en funksjon, og hvordan de kan implementeres.

Implementering av standarder

Implementering av en standard fører ofte til motstand. Timmermans og Epstein (2010) beskriver motstandernes viktige rolle angående hva slags funksjon en standard til slutt får. Gjennom motstand og press for å ivareta sitt perspektiv og mål, påvirker motstanderne utformingen og det endelige resultatet (s. 77).

Utformingen av en standard vil unngåelig standardisere de som blir påvirket av den. Når vi generalisere menneskelig atferd, så er det gitt at det kan få konsekvenser for individet. Når vi lager en standard som ivaretar en gruppes interesser, vil det nødvendigvis få konsekvenser for andre grupper eller enkeltindivider. Innen biomedisinen gjøres ofte tester på middelaldrende, hvite menn. En kan dermed gå glipp av kunnskap om hvordan medisinsens effekt vil være for en kvinne, et barn, andre etnisiteter osv. Et eksempel Timmermans og Epstein viser til er sikkerhetsutstyr i bil. Ofte er sikkerhetstestene utført på dukker utformet etter en standard av en gjennomsnittlig mann. Dette får konsekvenser for alle som avviker fra standarden, for eksempel barn og kvinner, ved en eventuell kollisjon (s. 78).

Til tross for mulige kontroverser omkring standarder, som mellom fagfolk og politikere, så er standarder en uunnværlig del av moderne arbeidsformer (s. 78). Bevilgninger blir gitt på bakgrunn av standarder. Standardiseringen av dem gjør det mulig å undersøke effekter etc. Ofte vil en standard være mest effektiv om incentivet for å følge den på sett og vis er «bakt inn» i standarden selv, som gjør det for kostbart å ikke følge den. I teorien kan du bruke en bukse som jakke, men det vil sannsynlig være upraktisk, kaldt og andre vil neppe oppfatte deg seriøst. Timmermans og Epstein kaller det «the crowd effect». Alle standarder er basert på et script for de som påvirkes av standarden og de som bruker den. Det vil si at brukerne må inneha noen type ferdigheter, motivasjon, tilgang til visse verktøy og de må følge visse krav.

Hvis en eller flere av disse elementene uteblir eller ikke finnes, vil standarden ikke oppnå intendert effekt, da vil den mest sannsynlig opphøre eller endre seg. Dette viser at standarder til tross, har et element av frivillighet ved seg. Det vil være vanskelig å få mennesker til å passe inn i, eller følge en standard ufrivillig (s. 79).

Sitatet fra innledningen beskriver at helsevernet har gjennomgått en omfattende standardiseringsprosess, hvor retningslinjer og standardisering er blitt en større del av arbeidet som skal utføres. Likevel tyder forskning på at helsepersonell i stor grad bygger sine avgjørelser på egen erfaring og erfaring fra andre i feltet, samt at de benytter elementer fra flere fremgangsmåter samtidig for å imøtekomme behovet de opplever at pasienten har. Timmermans og Epstein (2010) spør om den konstante tilpasningen av retningslinjer er et bevis på at standardisering av menneskelig atferd er umulig. De svarer på sitt eget spørsmål at nettopp denne konstante reparasjonen, omgåelsen og tilpasningen gjør at standarder faktisk fungerer. Det er føyeligheten i standarder som lar dem fungere med mangfoldet. Det dominerende funnet er at standarder med store tilpasningsmuligheter fungerer bedre enn de rigide. Samtidig risikerer standarder å opphøre, om de blir for fleksible. Standardene fungerer best, om de balanserer mellom å være fleksible og konsekvente nok til å kunne løse oppgaven de er blitt utformet til (Timmermans & Epstein, 2010, s. 80-81).

At standarder ikke blir implementert eller ikke fungerer som intendert, er det mange grunner til. Det kan være alt fra manglende etterlevelse, endring av standarden til manglende kunnskap. Når det er sagt, få standarder fungerer som intendert. Siden fleksibilitet bidrar til virksomme standarder, vil det være snevert å si at alle standarder som får andre utslag enn tenkt, er mislykkede. En utfordring er å utforme standarder som tilfredsstillende de mangfoldige, autonome interessene i helsevesenet. Oppnår ikke standarden en bred anerkjennelse, vil den antagelig slutte å eksistere (s. 80-81).

En standards funksjon i psykisk helsevern krever tilpasning til det lokale feltet. Enhver standard som for øyeblikket er rådende i et felt, kan være en tilslørt de-evaluering av en annen. En standard som passer et individ eller en gruppe, er feil for noen andre. Gjennom å motsette seg en standard, fremmes en annen standard. Det blir dermed interessant å undersøke hva som ligger til grunn både for de som fremmer en standard, og de som motsetter seg den (s. 83-85).

I utviklingen av velferdstjenestene våre må hensynet til enkeltindividet veies opp mot hensynet til å effektivisere tjenestene og minske kostnadene. Dette bestemmes blant annet av hvilke verdier vi på et gitt tidspunkt utvikler tjenestene våre etter. Hvis en ser på pakkeforløp som en standardisering av standarder, og standardene er utformet etter gitte verdier, ser vi at det kan oppstå motstridende, antagonistiske stemmer som taler om hva som er god pasientbehandling. Politikerne og deres bestemmelser vil dermed ikke bare være styrende for hvordan arbeidet skal utføres av helsearbeiderne. Helsearbeiderne vil påvirke politikken gjennom hvordan de forstår standarden i konkrete situasjoner der standarden brukes (Aamodt, 2019, s.21).

Diskursteori

Diskursteori har vært et teoretisk bakteppe for analysen i denne oppgaven. Derfor er en beskrivelse av hvordan diskursteori har påvirket oppgaven, en relevant fortsettelse i dette kapitlet. Ingen diskursmetode er fulgt slavisk, men oppgaven er likevel påvirket av flere. I artikkelen om pakkeforløp i kreftbehandling står det blant annet: «Vi har analysert tekstene ut fra en forståelse av at språk, og den måte ting formuleres på, har stor betydning i det moderne samfunn, og at mening skapes gjennom språket, og verden tilskrives mening gjennom språk» (Håland & Melby, 2017, s. 388). Jeg ønsket å i lys av diskursteori se på hvordan tekster om pakkeforløp både produserer og reproduserer standarder for god pasientbehandling. Da jeg valgte nettopp disse tekstene, for at de skulle være relevante for analysen, var det viktig at de fremmet et bestemt tanke sett og handlemåter (Johannessen et al., 2018, s. 70).

Diskursteori med fokus på tekst

«En diskursanalyse er en kritisk analyse av etablerte tenke-, skrive-, og snakkemåter» (Johannessen et al., 2018, s. 51), og det finnes flere typer diskursanalyser. Selv om oppgaven henter inspirasjon fra teorien og ikke en konkret metode, er hovedpoenget med diskurs som teoretisk bakteppe å stille kritiske spørsmål til tekster, i dette tilfellet til Høie og Liverøds tekster. En må belyse hva som blir tatt for gitt, fremstilles som sant, selvfølgelig og gir som mening i konteksten tekstene ytres (Johannessen et al., 2018, s. 51-52). Noen former for diskursanalyse, som kritisk diskursanalyse, tar sikte på å stille seg på den undertrykte gruppens side i en analyse (Jørgensen & Philips, 1999, s. 76). Denne oppgaven beskriver

ingen åpenbar undertrykt gruppe, men den er skrevet med tanke på familierapiens plass i psykisk helsevern. I drøftingen vil det derfor være refleksjoner over hvordan familierapien kan være en del av perspektivene som kommer til syne.

Antagonisme er diskursteoriens begrep for konflikt (Jørgensen & Philips, 1999, s. 60). Tekstene til Liverød og Høie kan beskrives å være i et antagonistisk forhold til hverandre. Skulle et av perspektivene oppnå å være den rådende forståelsen, ville vi snakket om hegemonisme (s. 61). Det er derimot mulig for flere diskurser å eksistere side om side, men når de kjemper om definisjonsretten slik som her, oppstår det en diskursiv kamp (Johannessen et al., s. 71). Noen oppfatninger innen feltet får stå relativt uimotsagt, som for eksempel at det finnes mennesker som har behov for behandling innen psykisk helsevern. Det er både Liverød og Høie enige om. Mens det er uenighet om hva som ligger til grunn for forståelsen av god pasientbehandling (Jørgensen & Philips, 1999, s. 40).

Johannessen et al. (2018) beskriver at språket aldri kan representere virkeligheten fullt og helt, men kun beskrive et blick på virkeligheten. Det vil alltid være flere blick på denne virkeligheten, som beskriver den på forskjellige måter, og disse beskrivelsene vil få konsekvenser gjennom sin virkning (s. 52). Når jeg skal undersøke konsekvensene, er det ikke for at jeg skal vise hva god pasientbehandling faktisk er, men heller hvordan beskrivelsene av god pasientbehandling skrives frem i en diskurs. Johannessen et al. (2018) illustrerer med en kartmetafor. Innenfor analyse pleier vi å være opptatt av å skape oss et overblikk over terrenget gjennom å studere kartet. Når vi gjør en diskursanalyse, er vi nysgjerrige på hva slags forståelse den som lager kartet, har av terrenget. Altså hva slags oppfatning om god pasientbehandling, skriver Liverød og Høie fra (s. 57)? Når jeg har lest tekstene, har jeg vært opptatt av hva slags tenke, være- og handlemåter tekstene fremmer, fremfor innholdet i teksten. Tekstene ble ikke lest for å forstå pakkeforløp, men for å få en forståelse av hvilken mening som ligger til grunn for å beskrive pakkeforløp som god eller dårlig pasientbehandling (Johannessen et al., 2018, s. 68). Fremfor å se på Høie og Liverøds faktiske intensjoner med tekstene, har jeg gjennom diskursteori kunnet forsøke å se hva tekstene gjør eller ikke gjør (Johannessen et al. 2018, s. 69).

Diskurser påvirker hva vi foretar oss og ikke foretar oss. De blir dermed virkelige i sine konsekvenser. En diskurs trenger ikke være konstruert på grunnlag av sannheter. Pakkeforløpene er utarbeidet etter hva som er forstått som standarden for god

pasientbehandling, ikke nødvendigvis hva god pasientbehandling er. Flere standarder kan også oppstå i samme felt, som beskrevet av Timmermans og Epstein tidligere. Både Høie og Liverød sine tekster springer ut fra en idé om hva som er god pasientbehandling, og det er på grunnlag av denne ideen de kan uttale seg som de gjør. Diskurser både omformer og skaper sosiale fenomener, som utarbeidingen av pakkeforløp, men diskursene avspeiler også de sosiale prosessene som ligger til grunn (Jørgensen & Philips, 1999, s. 74).

Når Høie og Liverød uttaler seg på grunnlag av en oppfatning som er gjeldende for deres felt, er de begge med på å reprodusere den diskursen, men de kan også være med på å endre den, gjennom kreativ språkbruk. Et eksempel er helsevesenet som tidligere var preget av en sterk velferdsdiskurs, men nå er mer preget av en nyliberalistisk diskurs som før var utelukkende forbundet med markedslogikker (Jørgensen & Philips, 1999, s. 83). Det at noe er sosialt konstruert, betyr ikke at det er mindre virkelig. Det betyr bare at vi skaper virkeligheten sammen, og gjennom at vi forholder oss til konstruksjonen, blir den virkelig (Johannessen et al., 2018, s. 66). Nettopp fordi vi konkret forholder oss til sosiale konstruksjoner og påvirkes av dem hele tiden, er ikke bevisstheten om dem automatisk frigjørende (Hacking, 1999, s. 2). I analysen skal vi se at Høie og Liverød kan ha en bevissthet om sin egen og hverandres konstruksjon av god pasientbehandling, men de blir like fullt påvirket av definisjonen av god pasientbehandling som ikke nødvendigvis samsvarer med deres egen.

Kapittel 4: Analysestrategier (metode)

I dette kapittelet beskriver jeg hvordan jeg har arbeidet med analysen. Først redegjøres for hvorfor det er interessant å studere tekst, og hvordan begrepet velferdstekst kan forstås som å omhandle noe mer enn politiske og formelle dokumenter. Så beskrives hvordan utvalget er gjort, og på hvilket grunnlag, før jeg til slutt skal beskrive materialet og hvordan analysen er utført.

Hvorfor studere tekst

«Naturlig forekommende» data som Høie og Liverøds tekster, er eksempler på materiell som har den fordel at de er produsert uten innvirkning fra den som forsker på dem (Thagaard, 2013, s. 58). Haldar, Ilstad og Engebretsen (2019) argumenterer for hvorfor det er interessant å studere tekster som velferdstekster og for en bred forståelse av begrepet. Ofte har

velferdstekster bestått av mer høyverdige tekster produsert på et høyt nivå, med formelt språk, i form av politiske tekster som NOUer og styringsdokumenter, samt tekster i media i form av nyheter og dokumentarer. Haldar et al. (2019) taler derimot for at også tekster med mer hverdagslig preg kan være interessante for undersøkelser, da også de eksplisitt eller implisitt kan si noe om hva idealene for velferdsstaten er (2019). For eksempel vil tekstene til Liverød og Høie i analysen skrive noe frem som god pasientbehandling, grunnlaget for det, og hvordan en oppnår det.

Haldar et al. (2019) beskriver også hvordan velferdstekster er interessante fordi de ikke bare beskriver, men også er med på å konstituere velferdsstaten (s. 149). Gjennom at tekster skriver frem noe som det gode, vil de bidra til å skape idealer og standarder. Tekster innen samme felt vil bidra til å gjøre hverandre mer eller mindre sanne gjennom å støtte eller undergrave hverandre (s. 150), som i Høie og Liverøds tekster. Det er interessant å studere hvordan begge legitimerer og autoriserer tekstene sine, ved å tale for god pasientbehandling - men med ganske ulikt innhold. Når en tekst fremmer sitt innhold til å være i det godes tjeneste, som når Høie og Liverød beskriver god pasientbehandling, er det lettere at vi som lesere overser at standardene blir til gjennom makthandlinger, der noen definerer hva som er god og dårlig pasientbehandling. Målet med å studere hva tekstene fremmer som sine standarder for god pasientbehandling, er ikke å forkaste en av dem eller begge, men heller å forstå hvordan god pasientbehandling kan skje når to så forskjellige standarder preger feltet (s. 153).

Utvalget

Det ble gjort mange vurderinger ved begynnelsen av prosjektet, om hvem eller hva jeg ville undersøke for å se på hva slags innvirkning implementeringen av pakkeforløp kan ha innen psykisk helsevern. Valget ble gjort på bakgrunn av at jeg ønsket å undersøke hva som ligger til grunn for standarden god pasientbehandling (Magnusson & Marecek, 2015, s. 24- 25). Ganske tidlig fant jeg teksten til Bent Høie og ble nysgjerrig på hvilken oppfatning som lå til grunn for påstandene i teksten. Jeg ønsket å undersøke flere perspektiver, siden debatten fremsto polarisert. Jeg gjorde søk blant tekster som stilte seg kritiske til innføringen av pakkeforløp (Thagaard, 2013, s. 65). Valget av Liverøds tekst ble gjort da den fremsto som et motsvar til Høies uttalelser i debatten, samt at den åpenbart fremsto som et motstykke til dem som snakket for pakkeforløp. Jeg ønsket også at tekstene skulle fortelle noe om perspektivene

både fra et politisk og faglig ståsted. Tekstene ble også valgt på grunnlag av tekstforfatterens posisjon, og at de skrev om pakkeforløp. Bent Høie er Norges mest sentrale helsepolitiker, og Liverød er en fagperson med konkret erfaring fra arbeid med pasienter (Thagaard, 2013, s. 60).

Målet med analysen er ikke å fremstille det ene perspektivet som mer gyldig enn det andre, men heller å belyse virkeligheten ut fra de forskjellige perspektivene som tekstene er produsert ut fra. Analysen vil dermed ikke være en gjengivelse av verken Høies eller Liverøds personlige perspektiver, men en analytisk fortolkning av hvordan tekstene er skrevet i en kontekst, hvor tekstene både produserer og reproduserer en oppfatning av god pasientbehandling (Järvinen & Mik-Meyer, 2017, s. 9-10).

Beskrivelse av Høies tekst

«Nye pakkeforløp for psykisk helse og rus: Bedre behandling og mer forutsigbarhet» er en tekst publisert på regjeringens nettsider under Nyheter og pressemeldinger. Teksten er en skriftlig gjengitt tale av helse og- omsorgsminister Bent Høie i september i 2018, i underkant av fire måneder før de første pakkeforløpene innen psykisk helse ble innført (Regjeringen, 2018). Siden teksten er en skriftlig gjengitt tale, går denne analysen glipp av kroppsspråk og tonefall som kan ha vært relevant for tekstens argumentasjon (Johannessen et al., 2018, s. 186-87).

Teksten preges av et formelt språk. Setningene fremstår kortfattede og konkrete. Fokuset er på at pasienter med behov for hjelp innen psykisk helsevern skal få hurtigere og mer forutsigbar behandling. Pakkeforløpene beskrives å skulle bøte på mangler innen psykisk helsevern gjennom forløpstider og organisering av tjenesten. Teksten vil for de fleste lesere ha en viss autoritet over seg, siden Høie uttaler seg som minister for sittende regjering (Johannessen, 2018, s. 193). Teksten avsluttes med en oppsummering av pakkeforløpene overordnede mål.

Beskrivelse av Liverøds tekst

Teksten av psykolog Sondre Risholm Liverød er et debattinnlegg publisert i Dagsavisen i mai 2019, omtrent et halvt år etter at de første pakkeforløpene for psykisk helse trådte i kraft. Språkformen bærer preg av en uformell språkdrakt. Overskriften «Pakkeforløp og bullshit»

illustrerer tekstens språkform. Liverød bruker sarkasme og sterkt ladede uttrykk for å understreke at han synes pakkeforløp er en dårlig ide.

Dagsavisen er en middels stor avis med i overkant av 100 000 daglige lesere (Medienorge, 2020ab). Avisen startet opp for over 130 år siden som en avis tilhørende Arbeiderpartiet i Norge. Den er i dag uavhengig, men har beholdt sin sosialdemokratiske grunnholdning (Store norske leksikon, 2018). Det kan derfor tenkes at Liverøds tekst i størst grad henvender seg til den delen av befolkningen som identifiserer seg med venstresiden. Det er vanskelig å definere hvem massen av mennesker er, og dermed hvem Liverøds konkrete publikum er, men teksten er tilgjengelig for det allmenne publikum. Tekstens tone maner til kamp mot pakkeforløp. Den kan dermed gi inntrykk av å henvende seg til dem som har bestemmelsesrett når det gjelder innføringen av pakkeforløp, eller noen som, kanskje ved å være mange, kan påvirke hva som blir bestemt. Det er også logisk, at målet for en som skriver i en nasjonal avis er å nå ut til flest mulig i befolkningen.

Som vi ser, er de to tekstene skrevet i to forskjellige kontekster, og med forskjellig bruk av appell til leseren (Johannessen et al., 2018, s. 192-193). I neste avsnitt vil jeg redegjøre for hvordan jeg gikk frem for å kunne sammenligne de to tekstenes påstander om god pasientbehandling.

Hvordan er materialet analysert

Da jeg hadde lest tekster for og mot pakkeforløp, retningslinjer innen psykisk helsevernfeltet og annen litteratur for å orientere meg i feltet jeg ønsket å undersøke, så jeg at det var et gjennomgående trekk at selv om tekstene fremsto som forskjellige og var skrevet i forskjellige kontekster, beskrev de alle enten elementer ved god eller dårlig pasientbehandling. Tilnærmingen beskrives som induktiv forskning, hvor begreper og forståelser formes underveis som man undersøker materialet, fremfor å lete etter bekræftelse eller avkreftelse til en hypotese (Järvinen & Mik-Meyer, 2017, s. 11). Jeg ble inspirert av hvordan Timmermans og Epstein (2010) beskrev standarder, slik som «god pasientbehandling», ikke som et nøytralt produsert begrep, men som det de beskriver som «hard won victories» over hvem som har fått definere hva som er innholdet i standarden (Timmermans & Epstein, 2010, s. 74). Det ble viktig i analysen at jeg lette etter perspektiver på god pasientbehandling, ikke fasiten.

Johannessen et al. (2018) definerer kvalitativ analyse som «å lete i data etter svar på spørsmål» (s. 22). Jeg gikk frem ved å lese tekstene hver for seg og lette etter utsagn, påstander og formuleringer som fortalte om forståelsen om god pasientbehandling. Ved å lese tekstene med denne bestemte interessen, dukket det opp flere spørsmål, mange av dem inspirert av Johannessen et al. (2018) sitt kapittel om diskurs i «Hvordan bruke teori?». Spørsmålene bygget på standardteori og diskursteori. Både standardteori (Timmermans & Epstein, 2010) og diskursteori beskriver hvordan fenomener som oppleves som naturlige for oss, kan hindre dem i å være åpenbare (Jørgensen & Philips, 1999). Jeg stilte derfor spørsmål til tekstene om hvordan god pasientbehandling blir skrevet frem, og om hva som ikke belyses gjennom tekstenes forståelse av god pasientbehandling. For å forberede meg til å lese om god pasientbehandling som standard i tekstene, leste jeg om standardteori, diskursteori, samt artikler og tekster om psykisk helsevern, og styringsdokumenter (Jørgensen & Philips, 1999, s. 82). Jeg lette etter tekstenes påstander, og så dem opp mot standardteori. Jeg stilte også spørsmål om hvem som kunne ha utbytte av en slik fremstilling av standarden, og hvem eller hva som var utelatt (Johannessen et al., 2018, s.77-84).

Analysen fulgte ikke en bestemt mal (Bergström & Boréus, 2005, s. 329), men jeg forsøkte å organisere fremgangsmetoden ved å stille samme spørsmål til tekstene og gå gjennom dem på en systematisk måte. Fleksibiliteten i fremgangsmetoden gjorde det mulig å tilpasse analysestrategien underveis på grunnlag av informasjonen fra tekstmaterialet (Thagaard, 2013, s. 55). Intensjonen var å lese begge med samme fremgangsmetode, men forskjelligheten i tekstene gjorde at det opplevdes mer hensiktsmessig å lete etter påstander i Høies tekst kronologisk, mens Liverøds tekst uten den stramme oppbyggingen, gjorde det mer hensiktsmessig å se på deler i teksten, og gå frem og tilbake og knytte påstandene sammen. Begge fremgangsmetodene brukte det samme teoretiske bakteppet og påstandene om god pasientbehandling ble senere i analysen knyttet opp til familierapeutiske prinsipper, for å belyse hva slags plass familierapien kan ha innen psykisk helsevern.

Kapittel 5: Analyse

Et overordnet blikk på Høies tekst

Vi starter analysen med å se på Høies tekst med et generelt blikk for å skaffe oversikt. Teksten innledes med en vi-formulering, dette bidrar til at teksten ikke trenger å oppleves distansert mellom *de* som er syke, og *vi* som ikke er det. Setningen *Vi trenger trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer* kan bidra til at vi som lesere (eller tilhørere), ikke opplever teksten som distansert fra oss selv, men noe som også gjelder oss, uavhengig om vi har behov for psykisk helsehjelp eller ikke. Formuleringen maner til en fellesskapsfølelse (Johannessen, et al., 2018, s.197). Gjennom å bevege publikum følelsesmessig, autoriserer Høie teksten.

En fellesskapsfølelse er viktig for en politiker å kunne skape. Det er også viktig for Høie, som sitter i regjering når talen er formulert, at han fremstår som saklig og tydelig for befolkningen. Han kan ikke tillate seg samme spissformuleringer eller hverdagslig språk som vi skal se at Liverød har spillerom til. I motsetning til Liverød, som kan lene seg på å representere kun seg selv som fagperson, ikke et helt fagpolitisk felt, kan ikke Høie løsrive seg fra at hans uttalelser representerer et politisk parti, og rollen som helse- og omsorgsminister. Hadde for eksempel setningen *Vi trenger trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer* vært ytret av en annen person, i en annen setting, kunne den betydd noe annet (Johannessen et al. 2018, s.75).

Beskrivelsene som kommer videre i teksten, holder seg mest på et nivå der det beskrives hva pasientene skal få gjennom de nye pakkeforløpene. Hvordan, blir ikke konkretisert:

Pakkeforløp innebærer at pasienten skal få vite hva som skal skje- når det skal skje- og hvem som har ansvaret. Hver pasient skal få sin egen koordinator, som skal være pasienten og pårørendes kontaktperson. Koordinatoren skal sørge for at pasienten unngår unødvendig venting og at det blir kontinuitet i behandlingen.

Brukermedvirkning og involvering av pårørende trekkes frem, *Det er brukerne som er eksperter på sitt eget liv, og bedre involvering av pasienten og pårørende vil gi bedre behandling.* Teksten går også gjennom somatisk helse, og hvordan denne oftere er dårligere

hos personer som har behov for hjelp innen psykisk helsevern sammenlignet med den øvrige befolkningen. Dette er en del av det som pakkeforløpene skal bøte på:

Mennesker som strever med psykiske lidelser og rusavhengighet lever opptil 20 år kortere enn befolkningen for øvrig. Jeg mener dette er en av de største ulikhetene vi har i landet vårt. En viktig grunn til dette er at de ikke får god nok utredning og behandling av somatisk sykdom. Det skal pakkeforløpene bidra til å endre på,

Her bruker han blant annet språklige virkemidler som jeg-formulering. Dette kan tolkes som at informasjonen er mindre gyldig enn om teksten for eksempelvis hadde vært formulert mot hva forskningen sier om temaet. Men med en jeg-formulering kommer også Høie nærmere på publikummet. Teksten i seg selv har som sagt et mer formelt preg, disse personlige formuleringene kan bidra til at teksten ikke oppleves distansert. Som politiker retter han også fokuset mot forskjeller. Dette er en av helse- og omsorgsdepartementet sine fremste oppgaver, «Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige omsorgstjenester» (Regjeringen, u.å.). Her tar teksten med formuleringer brukt i beskrivelser av departementets overordnede oppgaver. Dette er med på å gi et solid inntrykk av at pakkeforløpene bidrar til at regjeringens oppgaver blir ivarettatt gjennom standardene som skal implementeres.

I siste del oppsummeres det hvem som har bidratt til utviklingen av pakkeforløpene. Oppgaven ble gitt Helsedirektoratet på oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet. «Pakkeforløpene er utviklet i nært samarbeid med brukerorganisasjoner og ulike fagmiljøer.» Teksten nevner her først brukerorganisasjoner, dette understreker fokuset på brukerne/pasientene, og de pårørende. Hvem som hører til de ulike fagmiljøene beskrives ikke, men som Timmermans og Epstein (2010) er inne på, er det ofte slik at en under utviklingen av standarder kan finne en opphopning av forskere og fagfolk som ikke jobber direkte på feltet det utvikles standarder for. De beskrev det som at denne opphopningen skjedde naturlig ut fra den faglige tyngden som kreves når standarder skal utarbeides (s. 75).

Som en oppsummering av Høies tekst kan vi si at det som utpeker seg, er fokus på likeverdige tjenester og helsetilbud til befolkningen, minimering av forskjeller blant de som har behov for hjelp innen psykisk helsevern og den øvrige befolkningen, mer effektive pasientforløp, og bedre kontinuitet og forutsigbarhet for de som får hjelp innen psykisk helsevern, samt deres pårørende.

God pasientbehandling som standard

Teksten i seg selv benytter ikke begrepet *god pasientbehandling*, men den presenterer en rekke elementer som kan tolkes som å være en del av standarden som definerer god pasientbehandling i dette perspektivet. Vi tar nå for oss disse begrepene for å undersøke hvilke påstander som fremmes om standarden for god pasientbehandling, hva slags virkemidler som blir brukt for å styrke dette synet og om påstanden gir mening, både i konteksten den er skrevet i, og for oss som leser.

Trygghet og forutsigbarhet

Trygghet og forutsigbarhet er begreper som går igjen i teksten. Blant annet gjennom formuleringer som dette avsnittet innledningsvis i teksten:

Vi trenger trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer. Å ikke vite hva som skjer gjør det tyngre å være syk. I 2015 innførte regjeringen pakkeforløp for kreft. Det har ført til at kreftpasientene har fått bedre behandling og føler seg tryggere. Nå skal pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer også få denne tryggheten og forutsigbarheten

Trygghet og forutsigbarhet kan dermed leses som noe som må være inkludert i en standard for god pasientbehandling. Påstanden underbygges av at det poengteres at *Å ikke vite hva som skjer gjør det tyngre å være syk*. Dette er en sterk påstand, som ikke gir rom for tvil (Johannessen et al., 2018, s. 78). Til forskjell fra om den var formulert slik: *Å ikke vite hva som skjer, kan gjøre det tyngre å være syk*. Formuleringen om at kreftpasienter har opplevd denne tryggheten gjennom pakkeforløpene, er også med på å understøtte påstanden, på tross av at det fremdeles er behov for mer forskning på kreftpasienters opplevelser av pakkeforløp (Håland & Melby, 2017).

Videre i teksten skrives det om hvordan denne tryggheten og forutsigbarheten skal ivaretas gjennom en koordinator, som er med på å vise at pasientenes trygghet og opplevelse av forutsigbarhet er noe som skal prioriteres. Formuleringene og begrepene bygger på en oppfatning av at utrygghet, mangel på informasjon fra hjelpeapparatet og uforutsigbarhet er elementer som påvirker pasienten negativt i større grad enn andre elementer. Andre elementer som kunne trekkes frem er: redsel for stigmatisering, ensomhet, personlig økonomi, redusert

nettverk, med flere. Poenget er at når teksten fokuserer på akkurat disse tiltakene som tiltak mot utrygghet og uforutsigbarhet, blir de andre forklaringene mindre synlige for oss. Elementene som trekkes frem, gir mening for oss som leser. En trenger ikke inngående kunnskap om psykiske lidelser for å kunne trekke konklusjonen at det er en ekstra belastning å leve i uforutsigbarhet når en er syk. Dette er en del av livet som de fleste kan kjenne seg igjen i, eller føle empati med, uavhengig av sykdom.

Effektivitet

Videre i teksten skrives det om *raskere utredning og behandling*. Fra tidligere har teksten trukket frem at pasientens koordinator skal legge til rette for at det ikke oppstår unødvendig venting: *Koordinatoren skal sørge for at pasienten unngår unødvendig venting og at det blir kontinuitet i behandlingen*, og det vises til erfaringen med pakkeforløp for kreft, for å fremme at andre har hatt god erfaring med denne formen for standard: *I 2015 innførte regjeringen pakkeforløp for kreft. Det har ført til at kreftpasientene har fått bedre behandling og føler seg tryggere*. Teksten fokuserer på forløpstidene for å vise hvordan god pasientbehandling skal gjennomføres i tråd med dette *Utredning skal skje innen seks uker*. Videre: *For lidelser som psykoser og alvorlige spiseforstyrrelser anbefales det at ventetiden er maksimalt sju dager fra henvisning er mottatt til første samtale i spesialisthelsetjenesten*.

I denne delen av teksten skrives det lite om hvorfor det er viktig med *raskere utredning og behandling*, fokuset er på hvordan pakkeforløpene skal bidra til det. Det kan fremstå som selvsagt at raskere utredning og behandling er bedre enn treg utredning og behandling, men det kunne også vært formulert på en annen måte. En treg behandling, kan også være en grundig behandling. At en behandling skal være raskere vil gi mening om en putter det opp mot en langdrygelig behandling som tok tid uten å gi ønsket effekt. Eller om samme effekt kan oppnås både gjennom rask og mindre rask behandling. Men det er ikke egentlig et likhetstegn mellom rask behandling og best behandling (Rønning, 2004, s. 175).

Brukermedvirkning

Det brukes flere utsagn for å understreke brukermedvirknings betydning for god pasientbehandling. Det legges vekt på mulighetene for å kunne *gi tilbakemelding underveis*, at behandlingen på bakgrunn av disse tilbakemeldingene kan *justeres om nødvendig*. Det

formuleres blant annet at *Pasienten skal involveres i å lage behandlingsplan* og *Pasienten skal ha medvirkning i alle avgjørelser om sin egen behandling og oppfølging*. Dette kan ses i tråd med Timmermans og Epsteins (2010) beskrivelser av at standarder må være fleksible, for å kunne være nyttig på individnivå. Gjennom å bruke ordet *skal* gis det lite rom for tolkning om dette er noe som skal gjennomføres eller ikke, imens begrepet *medvirkning* gir mer rom for tolkning. Når påstanden om brukermedvirkning ytres i denne teksten, tas det også for gitt at brukermedvirkning er positivt med tanke på *trygghet* og *forutsigbarhet*. En annen viktig setning i avsnittet er: *Det er brukerne som er eksperter på sitt eget liv, og bedre involvering av pasienten og pårørende vil gi bedre behandling*. Dette er en påstand som står veldig sterkt. Den etterlater lite rom for hverken tolkning eller tvil. *Er eksperter på sitt eget liv* gir ikke rom for å tenke at det er noen andre enn enkeltindividet som kan vite best hva som er best for han eller henne, heller ikke når en er syk.

En kan også knytte den senere poengteringen av at *Pakkeforløpene er utviklet i nært samarbeid med brukerorganisasjoner* til dette avsnittet. Dette er med på å understøtte påstanden om at brukerne og pasientene er eksperter på eget liv, gjennom å fortelle at de også er inkludert i utviklingen av pakkeforløpene. I samme setning fortelles det også at *ulike fagmiljøer* har vært med i dette samarbeidet. Selv om påstanden om pasienter som eksperter på eget liv er sterk, forteller ikke setningen om hvordan de er utviklet i nært samarbeid med brukerorganisasjoner og fagmiljøer oss mye. Definisjonen av nært samarbeid følger ingen standard. Og er det brukerorganisasjonene eller fagmiljøene som har hatt mest innflytelse? Eller er det Helsedirektoratet som fikk oppdraget om å utvikle pakkeforløpene, eller var det Helse- og omsorgsdepartementet som bestilte pakkeforløpene (Regjeringen, 2018)? Svarene gis ikke i denne teksten. Teksten bygger igjen opp under utsagnet og påstanden om at pasienter selv er eksperter i sitt eget liv. I et annet perspektiv kunne en påstå at en psykiater ville ha mer kompetanse angående livet til en pasient som var rammet av en psykisk lidelse. Eller i det minste, at det ville være svært hensiktsmessig for personen å komme i kontakt med en fagperson med erfaring fra andre pasienter med lignende symptomer, og hva som har vært til nytte for dem.

Somatisk helse

Mennesker som strever med psykiske lidelser og rusavhengighet lever opptil 20 år kortere enn befolkningen for øvrig. Jeg mener dette er en av de største ulikhetene vi har i landet vårt. En viktig grunn til dette er at de ikke får god nok utredning og behandling av somatisk sykdom. Det skal pakkeforløpene bidra til å endre på,

Den første setningen i sitatet er en sterk påstand. Etter et raskt søk på internett verifiseres påstanden gjennom en artikkel fra Tidsskrift for Den norske legeforening. Artikkelen bekrefter at pasienter som strever med psykiske lidelser, har kortere forventet levetid, henholdsvis 15 år for kvinner og 20 år for menn. Omkring 60 % av denne forskjellen tilskrives somatisk sykdom. Forfatterne av artikkelen anbefaler å styrke retningslinjene for oppfølging av somatisk sykdom, som et tiltak for å redusere denne forskjellen. Pasienter som strever med rusproblematikk, har kortest forventet levealder, mens de med affektive lidelser har lavest risiko for å dø av somatisk sykdom. Artikkelen viser til at pasienter med alvorlig depresjon som fikk bedre oppfølging av somatisk helse enn standarden, hadde en dødelighetsrisiko på linje med den øvrige befolkningen, sammenlignet med overdødeligheten på 24% som er den normale statistikken for denne pasientgruppen (Lien, Huus & Morken, 2015).

Tekstens påstander sammenfaller i stor grad med informasjonen som er skrevet i artikkelen i Tidsskrift for Den norske legeforening. Det gjelder blant annet den delen som fremmer at løsningen på redusert forventet levetid, er å inkludere oppfølging av somatisk sykdom på en bedre måte i standardene for god pasientbehandling. Det som kan være en interessant formulering å se på, er den mindre sterke påstanden i utsagnet: *Jeg mener dette er en av de største ulikhetene vi har i landet vårt*. Denne setningen er formulert som en subjektiv oppfatning, der Høie skrives frem som den som mener at denne forskjellen skyldes manglende somatisk oppfølging. Han kunne også formulert setningen slik: Dette er *en av de største ulikhetene vi har i landet vårt*. Hadde han formulert setningen slik ville det fremstått som en sterkere påstand. Vi kan fundere litt over bakgrunnen for en slik påstand. Det kan være så enkelt som at det ikke er funnet belegg for denne påstanden. Å ytre noe som en subjektiv mening gjør at det ikke kreves like stor grad av validering. Men nettopp det at det er en politisk tekst, gjør at den kan oppleves som mer valid i sine påstander. Høie uttaler seg ikke som hvem som helst. Hans stilling i samfunnet vil ha virkning på hvordan vi opplever hans uttalelser. Det er forskjell på om ytringen kommer fra en helse- og omsorgsminister, enn fra en vanlig mann i gata.

Resten av teksten fremstår som en slags oppsummering av hva pakkeforløp skal innebære. Etter overskriften *Fakta om pakkeforløp* oppsummeres det hvilke pakkeforløp som skal innføres først og når, før den siste overskriften: *Overordnede mål for pakkeforløpene*. Under

denne overskriften kommer påstandene om hva pakkeforløp skal gjøre. Disse påstandene kan ses nært sammen med resten av teksten. Det første punktet er: *Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor*. Dette gir uttrykk for at det er en geografisk ulikhet knyttet til helsetjenestene i landet vårt som skal fjernes eller bli mindre. Men teksten gir ikke her noe belegg for det, det tas for gitt at dette er kjent og anerkjent kunnskap. Teksten går heller ikke inn på hva som er årsaker til denne forskjellen. Det kan hende at denne påstanden hviler på statistikk om forventet levealder omkring i landet. Som tallene publisert av Folkehelseinstituttet i 2014, som beskriver at forventet levealder er høyest i Akershus og Vestlandet, mens den er lavest i Finnmark. Men i samme rapport beskrives det at opp mot 80 % av den geografiske variasjonen i dødelighet kan ses i sammenheng med sosioøkonomiske forskjeller (Folkehelseinstituttet [FHI], 2014).

Slik kan det gi mening å knytte et likeverdig tilbud opp mot geografisk plassering, men det kan hende det gir et uklart bilde på hvorfor denne ulikheten eksisterer. Det er for eksempel lettere å knytte det opp mot store avstander i mange fylker i Norge. At det er langt til nærmeste sykehus og at behandling kanskje ikke er tilgjengelig i kommunen din, men skal vi lene oss på rapporten til Folkehelseinstituttet kunne det gitt mer mening å formulere setningen i retning av: Likeverdige tilbud til pasienter og pårørende, uavhengig av hvilken sosioøkonomisk status de har. Vi kan muligens konkludere med at denne setningen ikke klinger bra. Den får frem tanker om at vi lever i et land, der hvordan du har utbytte av helsetjenestene og velferdsstaten, er knyttet opp til din sosiale bakgrunn og økonomi. Det er forståelig at en sittende regjering ikke vil formulere seg slik.

Videre i oversikten over mål nevnes det på nytt: *Unngå unødvendig venting, økt brukermedvirkning, koordinerte og sammenhengende pasientforløp, bedre ivaretagelse av helse og gode levevaner*. Timmermans og Epstein (2010) understreker at standarder ikke vil føre til en mer standardisert verden, men de vil uunngåelig føre til prioriteringer som går på bekostning av andre prioriteringer. De poengterte også at disse prioriteringene kan være skjulte devalueringer av andre mulige prioriteringer. Her kan det for eksempel tenkes, at språket, som her er hentet mer fra industrien enn fra den tradisjonelle helse og omsorgssektoren, tilslører noen av de verdiene som er knyttet til velferdsspråket som tidligere ble mer brukt i omtale av disse tjenestene. I moderne tid er vi blitt mer vant til å snakke om forløp, koordinering etc. De overordnede målene for pakkeforløp, leses kanskje ikke ved første øyekast så eksplisitt som en påstand, men de kan si mye om hvilke standarder og

verdier som ligger til grunn for avgjørelsen om å innføre dem (Jørgensen & Philips, 1999, s. 83).

Pasienten som ekspert på eget liv

I teksten kan det se ut til at det tas for gitt at pasientene får bedre behandling om de får større grad av brukermedvirkning. I et rundskriv om loven for psykisk helsevern fra Helsedirektoratet (2017, kap. 2) problematiseres dette: De fleste pasienter som er rammet av psykiske lidelser er samtykkekompetente. Samtykke er en del av behandling innen psykisk helsevern som vektlegges i loven. Når det skrives at de fleste pasienter innen psykisk helsevern er samtykkekompetente, knyttes det til at de fleste som ber om hjelp, har en forståelse av at noe ikke er som det skal.

Det uttrykkes eksplisitt at manglende sykdomsinnsikt, i seg selv ikke er grunnlag for å vurdere pasienten som ikke-samtykkekompetent. Ifølge lov om psykisk helsevern må ikke pasienten bare følge behandlingen som blir tilbudt for at det skal være snakk om faktisk samtykke, men pasienten må eksplisitt ytre at han eller hun ønsker å gjennomgå behandlingen. Pasienten må dermed inneha en reell mulighet til å avvise det behandlingstilbudet som blir tilbudt, og ha mulighet til å etterspørre andre fremgangsmåter. Eller bli tilbudt annen behandling enn helsepersonellet i første omgang tilbyr (Helsedirektoratet, 2017, kap.2).

I teksten skrives pasienter frem som enkeltindivider som er i stand til å gjøre gode vurderinger når det kommer til egen psykisk helse. Teksten kan forstås som at den fremmer et mer moderne blikk på pasienten, som mer autonome enn de kanskje er blitt oppfattet tidligere (Rønning, 2004, s. 160). Timmermans og Epstein (2010) vektla at enkeltindividene som blir påvirket av en standard, nødvendigvis standardiseres av den. Gjennom generalisering av menneskelig atferd, kan det skape konsekvenser for enkeltindividene. Høies standard for god pasientbehandling kan tenkes å passe godt for den autonome pasienten, mens pasienten med manglende sykdomsinnsikt og kanskje mer alvorlig eller fremskredent sykdomsforløp, kan være i risiko for å få mindre nytte av tilbudet. Fokuset ligger på hva pasienten gjør og innehar av ressurser, der en også kunne fokusert på at dette er mennesker som ofte, med sitt sykdomsbilde, har mindre muligheter og ressurser til å benytte seg av et tilbud enn den øvrige

delen av befolkningen. Å være i en posisjon hvor en ikke makter eller får til å benytte seg av det psykiske helseverntilbudet (Dahl & Friestad, 2013, s. 154), vektlegges ikke i teksten.

Hvordan gir teksten mening for leseren?

Johannessen et al. (2018, s. 77-78) nevner spørsmål om hva teksten krever av oss som leser, som et nyttig analytisk spørsmål. Det kan være interessant å se på hva slags kunnskap leseren eller tilhøreren av talen må ha for at den må gi mening, og i tillegg hvilke antagelser leseren må anta, for at tekstens innhold skal fremstå som meningsfull. Tilbake til blikket på pasienter. For det første må leseren, som Johannessen (2018) også poengterer, ha den oppfatning av det finnes pasienter. Altså mennesker som har behov for behandling innen psykisk helsevern. Da må leseren også anerkjenne at det finnes psykiske lidelser, og at det finnes behandling for dem. Det må også gi mening å beskrive pasientene som en gruppe, som kan ha utbytte av pakkeforløpene.

Leseren bør også ha kunnskap om eller erfaring med at en som er syk, har et behov for mer forutsigbarhet og kontinuitet enn ellers i livet. Utover dette må leseren ha kunnskap om velferdsstaten- kanskje ikke velferdsstaten eksplisitt, men at vi har et samfunnssystem som er organisert slik at sykdom kan behandles ved sykehus, finansiert av staten, og følger gitte retningslinjer, som kan bidra til å sikre at arbeidet som staten har «bestilt», utføres. Som Timmermans og Epstein (2010) er inne på, er standarder og standardisering, for eksempel gjennom pakkeforløp, en uunnværlig del av den moderne måten å organisere arbeid på.

Når det gjelder utsagnet til Høie: *Mennesker som strever med psykiske lidelser lever opptil 20 år kortere enn befolkningen for øvrig. Jeg mener at dette er en av de største ulikhetene vi har i landet vårt*, bør leseren ha en grunnforståelse at ulikhet i befolkningen er noe som er negativt, som vi ønsker å redusere.

Et overordnet blikk på Liverøds tekst

Helt fra begynnelsen av Liverøds tekst kan vi lese at den benytter en annen språkform enn hos Høie. Liverød skriver: «*Alt skal bli bedre så snart behandlere følger byråkratenes «new public management of the human soul»*». Dette er et eksempel på en formulering som ville tatt seg dårlig ut i Høies tekst. Liverød bruker kraftige uttrykk som at det er *idiotisk* å ansette

dyktige fagfolk for så å fortelle dem hvordan de skal gjøre jobben sin. Han henviser til Steve Jobs, som står bak en stor internasjonal og suksessfull bedrift: *Steve Jobs har sagt at det er helt idiotisk å ansette dyktige fagfolk og fortelle dem hva de skal gjøre. Man ansetter dyktige fagfolk for at de skal fortelle bedriften hvordan den kan fungere på best mulig måte.* Liverød skriver eksplisitt at han mener at sykehusene nå gjør det motsatte ved å innføre pakkeforløp.

Liverød beskriver hvordan pakkeforløpene skaper mer dokumentasjonsarbeid, og at det går på bekostning av andre viktige arbeidsoppgaver. I disse beskrivelsene bruker han kraftfulle språklige formuleringer: *«skal bruke uhorvelig mye tid på å dokumentere det de gjør»*, og *«Fagfolk med fem-seks års utdannelse blir i stadig større grad fortalt hva de skal gjøre»*. Han beskriver hvordan pakkeforløpene bidrar til at arbeidet oppleves meningsløst, og at fagpersoner i dette feltet er drevet av en indre motivasjon som tar skade av pakkeforløpenes inntog i psykisk helsevern. Han snakker om styringssystemer, telling og måling, at eksperter på arbeidsfeltet har uttalt seg om at det i våre dager eksisterer for mye av det de definerer som *«bullshit-jobber»*.

Videre benyttes formuleringer som: *«strammer det strupetakket skjemaveldet allerede har på oss behandlere»*. Dette påstår han fører til et mer instrumentelt forhold til arbeidet innen psykisk helse. Pakkeforløpenes oppgave beskrives som å strømlinjeforme psykisk helsevern, til forskjell fra helhetstenkning, bredde og dybde. Videre står det at byråkrater (de som beslutter innføringen av pakkeforløpene) forvirres av arbeid som ikke kan utføres på samleband. Ved å benytte patos-begreper som *forvirre* og *samlebånd*, appellerer Liverød til leserens følelser (Johannessen et al., 2018, s. 197). Leseren kan få en følelse av at byråkratene er usikre ansatte som leter etter system (samlebånd) i en kontekst hvor denne ordenen ikke eksisterer. Vi kan også trekke linjer til Timmermans og Epsteins (2010) beskrivelser av standarder som fleksible. Når byråkratene fremstilles som det motsatte av fleksible, fremstilles de også som det motsatte av det som får behandling i psykisk helsevern til å fungere.

Teksten avsluttes med at Liverød uttrykker takknemlighet for at hans arbeidsplass lar han intervensere bredt. Ytringen står som en motsetning til hans beskrivelse av pakkeforløp som: *«byråkratisk gymnastikk»*.

God pasientbehandling som standard

Teksten til Liverød kan i stor grad leses som et direkte svar til Høie sin tekst. Dermed inneholder teksten flere direkte utsagn som på forskjellige måter devaluerer Høies påstander om god pasientbehandling, men samtidig hva Liverød ser som god pasientbehandling ut fra perspektivet hans tekst er skrevet i. Som beskrevet, brukes mye sarkasme innledningsvis i Liverøds tekst, og teksten sier eksplisitt at han er usikker på om Høie har belegg for sine påstander:

I debattinnlegg i Fedrelandsvennen insinuerer Bent Høie at pakkeforløpene vil forlenge livet til mennesker med psykiske plager. Alt skal bli så mye bedre så snart behandlere følger byråkratenes «new management of the human soul.» Jeg er usikker på om de har noe belegg for slike påstander.

Den første delen av teksten beskriver hvordan ansatte innen psykisk helsevern jobber, og kommer i tillegg med noen formuleringer om hvordan andre mener det er lurt å organisere arbeidskraft, der han refererer til Steve Jobs, før noe av grunnlaget for innføringen av pakkeforløp anerkjennes: *Som psykolog og behandler i psykisk helsevern innser jeg at tilbudet ikke alltid fungerer optimalt.* Teksten fortsetter så i samme stil. Det er mer omtale av at pakkeforløp virker mot sin hensikt, enn det er fokus på hva Liverøds eget perspektiv kan bidra med. Jeg vil likevel forsøke å lese mellom linjene og se hva slags oppfatninger av god pasientbehandling som kan ligge til grunn for kritikken av pakkeforløp.

Innledningsvis i teksten skriver Liverød: *Pakkeforløpene har kommet til psykisk helsevern.* Slik teksten videre er utformet, kan vi lese utsagnet som at pakkeforløp ikke er noe som er etterspurt fra dem som jobber i psykisk helsevern. Flere steder i teksten beskrives det sider ved byråkratiet som ikke anerkjennes som god pasientbehandling. Ofte med en viss sarkastisk undertone. Argumentasjonen underbygges av flere negative beskrivelser av byråkrati:

At vi tvinges inn i et mer instrumentelt forhold til jobben vår i psykisk helse, er ikke nødvendigvis noe som gagnar verken oss eller pasientene, men det ser flott ut på papiret når Bent Høie skal forlenge livet til mennesker med byråkratiske øvelser i regi av «New Public Management»

Her kommer negative begreper på rad og rekke: *Instrumentelt forhold til jobben*, i arbeid med mennesker, er en klar kritikk av pakkeforløpenes konsekvenser. At noe ser flott ut på papiret, er en annen formulering som ikke er positiv. Formuleringen hentyder til at noe kan se bra ut slik det er beskrevet, men at det sjeldent er særlig nyttig i praksis. Da kan vi lese at standarden

for god pasientbehandling, må være motsetningen til et instrumentelt forhold til arbeidet. Som et relasjonelt forhold til arbeidet. Med et relasjonelt forhold til arbeidet kan det tenkes at det menes mer kontakt med personen, uten skjemaer, prosedyrer og det som gjerne oppfattes som mer instrumentelle elementer ved behandling.

Byråkrati

Når vi er inne på skjemaer og prosedyrer, teksten beskriver også dette som noe en nødig bør bruke mye tid på om en ønsker å yte god pasientbehandling: *i tillegg til at de skal bruke uhorvelig mye tid på å dokumentere det de gjør*. Igjen ser vi at teksten til Liverød kan tillate seg langt flere kraftuttrykk, enn det Høies tekst kan. Ut i fra formuleringen på setningen, med blant annet formuleringer som *uhorvelig mye tid*, taler teksten for at det å bruke tid på dokumentasjon skal være en så liten del av arbeidet til helsearbeidere som mulig. Det er flere steder i teksten hvor dette understrekes, blant annet med slike formuleringer: *journalføre og følge masse nye prosedyrer som ikke nødvendigvis gjør noe annet enn å forsinke den oppgaven de egentlig er satt til*. Her kommer det frem av teksten at det som ses på som god pasientbehandling, altså det som er *den egentlige oppgaven*, er ikke delen som omhandler dokumentasjon. Prosedyrer blir også nevnt som en del av det som ikke er *den egentlige oppgaven*. Da kan det bety at det som er det gode pasientarbeidet, er det som ikke følger en mal, eller prosedyre.

Autonome arbeidere

Et annet element som kommer til syne i teksten, som en del av standarden for god pasientbehandling, er helsearbeideres mulighet til å være autonome, selvstyrte behandlere. Tidlig i teksten kommer det formuleringer som fremmer denne påstanden, blant annet hevdes det at: *Man ansetter dyktige fagfolk for at de skal fortelle bedriften hvordan den skal fungere på best mulig måte*. Så skrives det eksplisitt at hans oppfatning er at sykehusene gjør det motsatte: *Fagfolk med fem-seks års utdanning blir i større grad fortalt hva de skal gjøre*. Påstanden beskriver at det er *dyktige* helsearbeidere det er snakk om, som et argument imot at de trenger å styres. Dette bygges oppunder når lengde på utdanning trekkes inn. Videre formulerer teksten også at ikke alt går på skinner innen psykisk helsevern: *Som psykolog og behandler i psykisk helsevern innser jeg at tilbudet ikke alltid fungerer optimalt*, dette får frem nyanser, der Liverøds tekst ellers er ganske bastant i den språklige utformingen. Dette

kan bidra til å styrke hans troverdighet. Han fremstår gjennom en slik formulering som i stand til å ta flere perspektiver. Samtidig avsluttes setningen med enda en argumentasjon imot pakkeforløp som god pasientbehandling: *men det er ikke fordi vi mangler prosedyrer, skjemaer, mål- og resultatstyringssystemer, snarere tvert imot*. Dette kan ses i sammenheng med utsagnet om at det er mye som ser bra ut på papiret. Og som han sier, dette gjør ikke pasientbehandlingen bedre, *snarere tvert imot*.

Teksten skriver frem hvordan pakkeforløpene nedvurderer helsearbeidernes autonomi, som muligheten til å gjøre minst mulig: *Når løsningen på et problem er å innføre flere krav og strengere kontrollregimer, er det nærliggende å tro at det bygger på en antakelse om at de som gjør jobben har som mål å gjøre minst mulig*. Dette kan ses i sammenheng med Greenfield et al. (2017), sitt utsagn tidligere i denne oppgaven, om at helsearbeidere gjerne uttrykker en opplevelse av mistillit når de mister autonomi i sitt arbeid. Liverød henviser til at systemet bruker andre enn helsearbeiderne selv, til å kontrollere for om de gjør jobben sin. Det han referer til som «bullshit-jobber». Disse beskrives som at de tar vekk muligheten for helsearbeiderne til å utføre jobben sin på en autonom måte. Han skriver hvordan hans nåværende arbeidsplass gjør det motsatte av det han argumenterer imot. Her får pasientene god behandling gjennom at helsepersonellet får intervensere bredt, og jobbe etter recovery-basert behandling, men denne standarden er truet:

etter at vi har tilfredsstilt alle pakkeforløp-krav, takstinger, beslutningspunkter og prosedyrer, er tiden ute. Det er som å si at vi som er spesialister på området står fritt til å gjøre det vi mener er best, men uten oksygen er det helt umulig.

Med denne formuleringen brukes det sterke språklige virkemidler for å belyse at denne formen for pasientbehandling ikke holder mål. At *tiden er ute* har en dramatisk effekt. Det er nesten så det indirekte sier til leseren at dette ikke er reparerbart om det gjennomføres. Å gjøre en jobb *uten oksygen* vil være umulig for hvem som helst, og er en dramatisk beskrivelse av situasjonen Liverød beskriver at helsepersonell står i. Som bidrar til at de ikke kan yte god pasientbehandling.

Indre motivasjon

Relatert til autonome helsearbeidere kan en se på en annen påstand i teksten, nemlig at fagfolks arbeid, i hvert fall når det er godt, er styrt av indre motivasjon. Hvordan indre motivasjon hos helsepersonell skrives frem som en del av god pasientbehandling kan ses flere steder. Første gang gjennom denne formuleringen: *Steve Jobs har sagt at det er helt idiotisk å ansette dyktige fagfolk og fortelle dem hva de skal gjøre.* Dette grepet er interessant nok det motsatte av det som gjøres i Høies tekst. Der Høie skriver med jeg-formuleringer for å fremstå som mer troverdig, lener Liverød utsagnet på det noen andre med troverdighet har sagt, for å gi mer tyngde til ytringen. Dette kan være et uttrykk for at politikere må snakke til folk på et personlig plan for at det som blir sagt skal fremstå troverdig. Imens Liverød og andre fagfolk må relatere utsagnene sine til noen med mer makt til å definere hva som er riktig for å fremstå som troverdige.

Liverød skriver videre om mistillit:

Som behandler opplever jeg at pakkene er fulle av mistillit. Faktum er at langt de fleste helsearbeidere ønsker å gjøre det som er mest mulig meningsfullt for de menneskene som trenger vår hjelp. Dette er jobben vår, og vi gjør den med en motivasjon som kommer innenfra.

Teksten beskriver hvordan denne motivasjonen kan bli ødelagt, gjennom overstyring av fagfolk. I setningen kan en nesten lese inn en slags trussel. Hvis dere forsøker å kontrollere oss- så vil vi ikke utføre arbeidet vårt lenger (Lipsky, 2010, s. 17). Timmermans og Epstein (2010) beskrev hvordan flere elementer spiller inn for om en standard vil fungere eller ikke. Både ferdigheter, tilgang til kunnskap, endelig utfall og motivasjon ble nevnt som elementer som måtte være tilstede for om standarden skal kunne opprettholdes eller ha den funksjonen som er intendert. Om en eller flere av disse elementene ikke opptrer slik som det var tenkt, vil enten standarden miste sin funksjon eller endre seg.

jeg opplever at mange av oss nå operer på en mer defensiv motivasjon, som i stadig større grad handler om å fylle ut de riktige skjemaene, kode diagnoser og generelt holde journalsystemet fritt for røde merknader. Dette er kongeveien til utbrenthet. Det oppleves ikke meningsfullt.

Her igjen kommer uttrykk som kan leses som at det er mye ved pakkeforløp som ser bra ut på papiret, som å *holde journalsystemet fritt for røde merknader*, men som i praksis ikke fører til god pasientbehandling. Teksten beskriver det også som *de riktige skjemaene*, som er noe

ganske annet enn å beskrive dem som de **viktige** skjemaene, som kunne vært en alternativ formulering om en er positiv til pakkeforløp. Teksten fortsetter å fokusere på hvor dumt det oppleves å utføre disse oppgavene, gjennom formuleringer som: *kongeveien til utbrenthet*. *Kongeveien* kan i andre settinger bli oppfattet som noe positivt, men i denne konteksten gir det assosiasjoner til symbolikk på noe raskt, overdådig og lite nyttig. Begreper som brukes for å understreke dette er blant annet: «*bullshit jobbing*».

«*Bullshit jobbing*» brukes for å beskrive og underbygge påstanden om at psykisk helsevern bruker *bortkastet* arbeidskraft for å sørge for at helsepersonellet gjør jobben sin. En gruppe som i følge teksten gjør jobben sin ut i fra indre motivasjon, og dermed ikke har behov for denne styringen. Det beskrives blant annet slik:

I vårt tilfelle gjelder det helsebyråkrater væpnet med reformer som de pålegger arbeidstakerne å følge. Styringssystemene gjør det mulig for byråkratene å telle og måle det som skjer, slik at de kan vise sine ledere at de har fått arbeidstakerne til å gjøre jobben sin.

Begrepet *væpnet* gir et inntrykk av at det er en krig. Dette er alvor. At det er helsebyråkratene imot arbeidstakerne. Det kan ses som et antagonistisk utsagn (Jørgensen & Philips, 1999), hvor verdier hos den byråkratiske delen av systemet, motarbeider verdiene hos den utøvende delen. Den utøvende delen, helsepersonell, står for den gode pasientbehandlingen, et arbeid basert på indre motivasjon. For å gi tyngde til påstanden, vises det til antropologen David Graeber. Samme grepet som ble brukt i henvisningen til Steve Jobs. Igjen ser vi at for å bygge oppunder tekstens validitet, henvises det til andre fagfolk. Det beskrives hvordan Graeber hevder at 37 prosent av alle jobber er meningsløse eller unødvendige, og stillingene som Liverød viser til er en del av denne statistikken.

Styringssystemene gjør det mulig for byråkratene å telle og måle det som skjer. Ved å inkludere telling og måling som en beskrivelse av jobben til byråkratene, gir teksten nok en gang uttrykk for at jobben deres er unødvendig. Telling og måling fremstår som motsetninger til omsorg og behandling. Liverøds beskrivelser av psykisk helsevern er i tråd med dominerende oppfatninger i feltet. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) oppsummerer den kompetente helsearbeideren slik: «Å arbeide med psykiske lidelser betyr først og fremst relasjonell kompetanse. I møtet med andre vil det alltid være mye som unndrar seg forståelse

og kategorisering» (Skårderud et al., 2010, s. 59). I dette perspektivet fremstår telling og måling som negativt ladede begreper.

Teksten avsluttes med en honnør til Liverøds arbeidsplass, som Liverød beskriver at bidrar til at hans arbeid oppleves *ekstremt meningsfull*. Samt: *Jeg er takknemlig for at DPS Solvang ved Sørlandet Sykehus tillater meg å intervenere bredt*. I denne beskrivelsen vises det at Liverød er styrt, også på sin nåværende arbeidsplass, men styringen ser ut til å være i tråd med hans egne overbevisninger. Dermed er det lite å protestere mot, når hans indre motivasjon samsvarer med motivasjonen til systemet han jobber under. *Jeg vil kjempe for at vi i psykisk helse kan bruke vår ekspertise på å drive recoverybasert-behandling*, skrives det, før det beskrives hva det skal kjempes imot (pakkeforløp-krav, prosedyrer etc.). Igjen brukes krigsmetaforer for å understreke poenget. Og recoverybasert behandling bringes nok en gang på banen. Kanskje som et svar på god pasientbehandling?

Recovery-basert behandling

Recovery er et begrep som går igjen flere ganger, særlig i siste halvdel av teksten. Liverød beskriver det som en behandlingsfilosofi basert på en antipsykiatrisk bevegelse som oppsto på 1960-tallet. I tillegg til den indre motivasjonen blant helsepersonell, blir denne behandlingsfilosofien skrevet frem som det som kan bidra til god pasientbehandling. Har dermed helsepersonell en indre motivasjon til å følge denne behandlingsfilosofien, eller er dette også bestemt av byråkrater? Svaret kommer ikke eksplisitt til syne i Liverøds tekst.

Filosofien bygger på at *veiene ut av psykisk lidelse som regel er sammensatt av veldig mange faktorer og tiltak og at man må gi rom for mangfold og kreativitet i behandlingsforløpene dersom man skal lykkes med tilfriskning*. Dette kan leses som at teksten beskriver noe pakkeforløpene ikke er, og at derfor vil ikke pakkeforløpene bidra til sjansen for tilfriskning hos pasientene. En alvorlig beskyldning når det kommer til behandling. *Mangfold og kreativitet* er også positive betegnelser som beskriver mulighetene innenfor recoverytenkningen. I en beskrivelse av variasjon som uønsket, ville en kanskje brukt beskrivelser som: stor variasjon. Stor variasjon er ikke negativt ladet i seg selv, men som beskrevet i Høies tekst, skal pakkeforløpene bøte på variasjonen og kvalitet i behandling, så befolkningen får et *likeverdige tilbud*. I Liverøds tekst ser vi at oppfatningen om variasjon skrives frem som nødvendig for å oppnå god pasientbehandling.

Et annet interessant grep som er gjort i teksten, er at Liverød skriver: *Min erfaring tilsier at en pasient kan være deprimert som følge av tusen faktorer, og at en annen person kan være like deprimert som følge av tusen andre faktorer.* Her ser vi Liverød en av sjeldne ganger skriver seg selv og sin egen oppfatning frem for å styrke hans påstander om hva som er god behandling. Naturlig nok vil hans perspektiver bringe en del tyngde til påstanden, han er tross alt psykolog og har førstehånderfaring med behandling av enkelte av pasientgruppene det er snakk om. Ved å kombinere personlig erfaring og vise til recovery, styrker han sin egen troverdighet. Samtidig som han appellerer til leserens fornuft (Johannessen et al., 2018, s. 193-202), og argumenterer dermed bredt for sitt syn.

Denne argumentasjonen for mangfold og rom for kreativitet i behandlingen fortsetter i samme avsnitt: *Diagnosen er den samme, men årsaksforholdene er helt forskjellige, og da er det ikke gitt at disse to personene vil profittere på samme behandling.* Det kan argumenteres for at Høie også skriver frem mangfold og kreativitet som en del av god pasientbehandling, gjennom beskrivelsene av brukermedvirkning. Det skal vi komme tilbake til i drøftingen. Det interessante er at argumentet blir formulert som et slags motsvar på metodene beskrevet av Høie. At innen pakkeforløpene er det ikke rom for samsvarende symptomer, med forskjellige årsaksforhold. Nå er det ikke gitt at Liverøds tekst utelukkende er et svar på Høie sin tekst, men det er uansett interessant hvordan det tidvis kan se ut til at tekstene beskriver like fenomener, men med forskjellige begreper.

Når det kommer til brukermedvirkning, fokuseres det i Høies tekst på at helsepersonell og hjelpeapparatet må lytte til pasientene, mens Liverød sin tekst blant annet beskriver dette:

Innen psykisk helse må vi tilby både terapi og medisiner, men i tillegg må vi ha intervensjoner knyttet til kosthold, trening, meditasjon, sosialt samvær, arbeidsliv, skolegang, seksualitet, livssyn og så videre. Dersom vi klarer å tilby et bredt spekter av terapeutiske tilbud, og skreddersyr ulike tiltak for den enkelte pasienten, betyr det at to mennesker med samme diagnose risikerer å få vidt forskjellige behandlingstilbud.

Dette blir altså presentert som et argument for hva pakkeforløp ikke kan tilby. Fra Liverøds perspektiv, ligger fokuset på hva helsepersonell kan tilby, ikke hva pasienten selv må komme med av ønsker for egen behandling. Standarden for god pasientbehandling skrives frem som at det ligger i hva helsepersonellet tilbyr pasienten. Fleksibilitet fra helsepersonells side skal

bidra til et skreddersydd behandlingsopplegg som passer pasienten. Grunnen til at dette ikke fungerer for byråkratene, som mener arbeidet bør organiseres gjennom pakkeforløp, er fordi: *Dette forvirrer byråkrater som liker den typen orden man finner ved et samleband.* Her formuleres det en påstand om byråkratenes manglende evne til å ta innover seg komplekse systemer. Påstanden kan også fremstå som et argument for hvorfor byråkratene ikke fremmer god pasientbehandling. Sarkasmen som ytres her og flere steder i teksten, understreker ideen om at pasienter er organiske, helsebyråkratene statiske, og at denne kombinasjonen er negativ for pasienten.

Et grep som er blitt brukt tidligere i teksten blir igjen brukt i siste avsnitt. *Somatiske problemer er ofte mer avgrenset og kan profitere på pakkeforløp, men psykisk helse er kvalitativt annerledes. Det er sikkert fornuftig å pakke inn en ondartet svulst, men ikke menneskets psyke.* Her presenteres det muligheter som pakkeforløp har. Et språklig virkemiddel som blir brukt er å knytte begrepet *pakke inn* til beskrivelsen av somatisk sykdom. Pakkeforløp kan være nyttig, men for andre typer utfordringer enn de psykiske lidelser kan medføre. Dette språklige virkemidlet fører til at leseren opplever teksten som mindre bastant, eventuelt at teksten fremstår som kapabel til å romme flere perspektiver.

Liverød bruker dette språklige virkemiddelet videre. Gjennom å formulere *det er sikkert*, formuleres påstanden om somatisk helse som noe som kan være sann, som teksten ikke har nok kunnskap om, til å konkludere. Mens når det snakkes om psykisk helse blir det beskrevet med endelige begreper. Som at *psykisk helse er kvalitativt annerledes*. Videre følger en oppsummering av hva Liverød setter pris på ved egen arbeidsplass, og fremgangsmåtene i tråd med recoverybaserttenkning:

Noen vil hevde at pakkeforløp og recovery kan gå hånd i hånd, men poenget er at pakkeforløpene kveler oss slik at helhetstenkning forsvinner i en tåke av skjemaer og tidsfrister.

Språklige virkemidler som blir brukt her er: *tåke, kveler, helhetstenkning forsvinner, hånd i hånd*. Teksten argumenterer frem at når pakkeforløp og recoverybasert behandling skal fungere sammen, så blir pakkeforløpene overveldende og tar over. Eller *kveler helhetstenkningen*. Å *kvele* er et sterkt billedlig virkemiddel, hvor teksten bruker patosbegreper. Ved å bruke sterke uttrykk som *kveler*, appellerer Liverød til leserens følelser

(Johannessen et al., 2018, s. (197). Effekten av pakkeforløpene fremstilles nedrivende og kaotisk, og kan ifølge teksten ikke *gå hånd i hånd* med recoverytenkning.

Pasienten

Pasientene i denne teksten får ved første øyekast ikke så mye plass. Når vi har sett nærmere på teksten kan det komme til syne et blick på pasientene som mottagere av behandling innen psykisk helsevern. Helsepersonell tillegges mesteparten av ansvaret for at behandlingen skal passe til pasienten. Pasienter i psykisk helsevern beskrives å ha større behov for skreddersydd behandling enn for eksempel pasienter innen somatikk. *Det er sikkert fornuftig å pakke inn en ondartet svulst, men ikke menneskets psyke.* Denne påstanden fremstiller pakkeforløp som noe som isolerer sykdom, og at dette ikke er gunstig med tanke på behandling av psykiske lidelser. Pasientenes psykiske helse blir skrevet frem som noe som ikke kan isoleres og behandles adskilt.

Teksten vektlegger muligheter for å være til nytte for pasienten, men pasienten blir i liten grad direkte omtalt. Den første gangen gjennom henvisning til Høie sin tekst, som en sarkastisk fremstilling av Høies påstander: *Brukeropplevelsen skal bli bedre.*

Etterfulgt av beskrivelsen: *de fleste helsearbeidere ønsker å gjøre det som er mest mulig meningsfullt for de menneskene som trenger vår hjelp.* Her er det også behandlersiden som trekkes frem som den aktive part. Pasientene blir nevnt for å kunne visualisere at helsearbeidere er drevet av en indre motivasjon.

Pasientene nevnes igjen i siste del: *At vi tvinges inn i et mer instrumentelt forhold til jobben vår i psykisk helse, er ikke nødvendigvis noe som gagnar verken oss eller pasientene.* Igjen nevnes pasientene mer som tillegg til behandlerne. Nok en sarkastisk formulert setning viser til at Høie skal forlenge liv gjennom *byråkratiske øvelser.* Pasientene nevnes som et argument imot pakkeforløp, uten at vi nødvendigvis får mer kunnskap om dem eller deres behov.

Den eneste gangen pasienter nevnes for å eksplisitt fremme en påstand om deres behov, er i et sitat nevnt tidligere. Der beskriver Liverød sin erfaring om at pasienter kan profittere på ulik behandling, på tross av lignende symptomer.

Min erfaring tilsier at en pasient kan være deprimert som følge av tusen faktorer, og at en annen person kan være like deprimert som følge av tusen andre faktorer. Diagnosen er den samme, men årsaksforholdene er helt forskjellige, og da er det ikke gitt at disse to personene vil profitere på samme behandling

Utsagnet blir brukt for å argumentere imot å *strømlinjeforme psykisk helsevern*. Pasientene skrives frem som en gruppe med store individuelle behov. Individuelle behov som pakkeforløp ikke kan romme.

Hvordan gir teksten mening?

For at Liverøds tekst skal gi mening, kreves det først og fremst at leseren forstår språket. Utover grunnleggende leseferdigheter trenger leseren kunnskap om formatet, debattinnlegg i en avis, og at man kan uttrykke seg fritt i Norge. Det at Liverød er psykolog bør forstås som at han har kompetanse til å uttale seg om hva som er god pasientbehandling. Dette kan også være en grunn til at Liverød sine påstander ikke blir stilt spørsmål ved. En kan ta for gitt at han som psykolog vet fasiten når han uttaler seg innen psykisk helsevern.

For at perspektivet Liverød har beskrevet ut i fra skal gi mening må leseren også, i likhet med teksten til Høie, akseptere at det finnes pasienter, en gruppe mennesker som opplever psykisk uhelse og har behov for behandling eller hjelp fra psykisk helsevern. Det kan også hjelpe på forståelsen av teksten at en er av den oppfatning at pasienter med samme symptomer, og samme diagnose, kan ha forskjellig behov når det kommer til behandling. Pasienter må også ses på som en gruppe som har rettigheter gjennom velferdsstaten Norge, som gir dem mulighet til å motta behandling innen psykisk helsevern.

Oppsummert kan vi si at teksten snakker frem en standard for god pasientbehandling: mangfold og kreativitet i behandlingsforløpene, at det brukes lite tid på dokumentasjon og prosedyrer. At fagfolkene som er ansatt i psykisk helsevern er autonome, drevet av en indre motivasjon, og helt til slutt at behandlingen er basert på recoverytankegang.

Kapittel 5: Drøfting

Oppsummering av tekstene

Før vi skal gå videre til drøftingen, skal vi se på hva som har utmerket seg som god pasientbehandling i Høies tekst, før vi tar for oss Liverød sin tekst. Dette brukes som en kort oppsummering og konkretisering, før vi går videre til neste del og ser på hva som skiller de to perspektivene.

Ingen av tekstene benytter seg av begrepet «god pasientbehandling», men grunnlaget for å si noe om hva som uttrykkes som god pasientbehandling i tekstene knyttes til det som er blitt vektlagt av den enkelte forfatter.

Høies tekst om god pasientbehandling

Helt fra begynnelsen vektlegger Høies tekst trygghet og forutsigbarhet. Mangel på trygghet og forutsigbarhet vil gjøre det tyngre å oppleve psykisk sykdom. Organisering av tjenesten gjennom ansvars plassering og koordinering skal sikre trygghet og forutsigbarhet. Pasienten blir nevnt flere ganger i teksten, og brukermedvirkning blir stadig vektlagt som et viktig element ved god pasientbehandling.

Dette tar oss videre til ytringer som bygger opp under påstanden om at pasienten er ekspert på eget liv. Dette kan ses i sammenheng med brukermedvirkning, samtidig som det beskriver noe om pasientsynet i teksten. Pasienten får oppmerksomhet for å være en trengende, men samtidig aktiv part. Effektivitet blir vektlagt, det skal ikke være *unødvendig opphold* før eller under utredning og behandling. Et helhetlig tilbud vektlegges gjennom oppfølging av somatisk helse og gode levevaner. Fokuset på somatisk helse knyttes blant annet til behovet for et likeverdig tilbud, siden pasienter i psykisk helsevern statistisk har større risiko for å oppleve problemer relatert til somatisk sykdom. Når det er snakk om likeverdig tilbud, er geografi vektlagt. Pakkeforløpene skal sørge for et likeverdig tilbud uansett hvor i landet pasienten er bosatt.

Basert på Høies tekst kan en standard for god pasientbehandling oppsummeres med disse punktene:

- Trygghet og forutsigbarhet

- Organisering/koordinering
- Effektivitet
- Brukermedvirkning, stor grad av innflytelse fra pasienten
- Pasienten har rollen som ekspert på eget liv
- Helhetlig tenkning gjennom fokus på somatisk helse og levevaner.
- Alle i landet skal ha et likeverdig helsetilbud innen psykisk helsevern

Liverøds tekst om god pasientbehandling

Liverøds tekst er, som vi har sett, noe antagonistisk. Hovedargumentet er at god pasientbehandling er det motsatte av hva pakkeforløpene representerer. Under følger en oppsummering av hva teksten fremmer og fokuserer på ved god pasientbehandling.

Liverød trekker frem at pakkeforløpene bidrar til en instrumentell holdning til arbeidet i psykisk helsevern. Når instrumentell behandling defineres negativt, fremstår behandling med fokus på det relasjonelle som iboende en standard om god pasientbehandling. For å få rom til det relasjonelle i behandling, fremmer teksten at det må prioriteres lite tid på journalføring og etterfølgelse av prosedyrer.

Liverøds tekst beskriver flere ganger viktigheten av autonome helsearbeidere, som ikke er styrt av ytre føringer som prosedyrer. Et viktig trekk ved helsearbeiderne som yter god pasientbehandling, er at de er styrt av en indre motivasjon for å hjelpe. Dette gjør helsearbeiderne i stand til å intervensere bredt. Intervensjonen omhandler flere elementer ved pasientens liv som ikke trenger å være direkte relatert til psykisk lidelse. Det nevnes både kosthold, trening, meditasjon, sosialt samvær, arbeidsliv, skolegang, seksualitet, livssyn, osv. Det er en form for helhetstenkning som trenger fleksible behandlere med mulighet og evne til å skreddersy et individuelt behandlingsopplegg. Dette henger tett sammen med tekstens påstand om at det ikke er nyttig å *pakke inn* menneskets psyke og skille det ut ved behandling.

«Recovery»-begrepet har stort fokus i teksten. Hertz (2011) beskriver «recovery» flere ganger i «Barne- og ungdomspsykiatri- Nye perspektiver og uante muligheter» (norsk versjon). Hertz definerer begrepet kort som: «det å bli frisk fra psykisk lidelse eller sykdom» (Hertz, 2011, s. 72). Det handler blant annet om det å forholde seg konstruktivt til det vi ikke kan vite. Håp og forventning tillegges viktighet når det kommer til å bli frisk. Innen en del

forestillinger om psykiske lidelser har det vært mer fokus på de dårlige prognosene til å bli frisk (Hertz, 2011, s. 72). Hertz (2011) beskriver hvordan holdningen har preget møter mellom hjelpeapparatet og pasienter, hvor helsepersonellet glemmer å være nysgjerrig ovenfor pasienten, utover diagnoser som er satt (s. 84). Han får støtte av internasjonal forskning, som viser at gjennom å gi pasienten en mer aktiv og samarbeidende rolle, styrkes pasientens mulighet for bedring. Han beskriver det blant annet slikt: «Vår oppgave er ikke å skape illusjoner, men det er ikke mulig å vite hva som lar seg gjøre, før vi har begynt å gjøre det.» (Hertz, 2011, s. 190). Recoverybegrepet som Liverød bringer på banen er dermed ikke ensidig. Det brer seg utover det psykiske helsevernfeltet, også som en holdning som kan være en del av en standard for god pasientbehandling.

En oppsummering av Liverøds tekst kan se slik ut:

- Behandling med fokus på det relasjonelle
- Lite journalføring
- Lite prosedyrer
- Autonome helsearbeidere
- Helsearbeidere med indre motivasjon
- Mulighet til å intervenere bredt- finne løsninger på flere arenaer
- Recoverytenkning

Hvis vi låner begreper fra retorikken, kan vi se at både Høie og Liverød fremstår som troverdige gjennom sine posisjoner i samfunnet (etos), men at Høie i større grad henvender seg til leserens fornuft (logos), mens Liverød i størst grad appellerer til leserens følelser (patos) (Bergström & Boréus, 2005, s. 89-90). Det kan være nyttig å stille spørsmål ved om Liverød, gjennom sine bastante formuleringer, skjuler noe om saksforholdet ved god pasientbehandling. Mens Høies tekst skjuler noe av kompleksiteten ved pasientbehandling med en ryddig og strukturert tekst, som det er lett å akseptere som sannhet. Timmermans og Epstein (2010) beskriver at en fremstilling av egen forståelse av en standard, også kan romme en tilsørt devaluering av noen andres forståelse. For å få en bedre forståelse av dette, skal vi i neste avsnitt se nærmere på hva som er likt og ulikt i perspektivene på standard for god pasientbehandling.

Hva er likt og hva er ulikt?

Liverøds antagonistisk fremstående tekst fremmer på mange måter at god pasientbehandling, må være behandling der prosedyrer og journalskriving får lite plass. I motsatt ende er teksten til Høie og pakkeforløpene, med sitt fokus på organisering og koordinering. Liverød poengterer underveis i sin tekst at psykisk helsevern ikke alltid fungerer optimalt: *Som psykolog og behandler i psykisk helsevern innser jeg at tilbudet ikke alltid fungerer optimalt, men det er ikke fordi vi mangler prosedyrer, mål- og resultatstyringssystemer, snarere tvert imot.* Men i samme setning nevnes det at løsningen ikke ligger i pakkeforløpenes retningslinjer.

Selv om det tekstene fremmer som god pasientbehandling kan se forskjellig ut, kan en undre seg om det stemmer. På den ene siden beskriver Liverøds tekst at mer organisering innen psykisk helsevern ikke er løsningen på utfordringene feltet står ovenfor. På den andre siden er det vanskelig å se for seg at Liverød vil argumentere imot et effektivt tilbud for pasientene. Som bringer oss videre til et annet punkt ved Høies tekst; effektivitet.

Effektivitet beskrives i Høies tekst som å *unngå unødvendig ventetid* for pasientene. Vi kan neppe se for oss at dette er noe Liverøds ville argumentert imot. Det teksten til Liverød argumenterer imot er at ny organisering av tjenestene er det som skal løse denne utfordringen. Avslutningsvis beskrives også løsningen som bevilgning av mer midler, fremfor *byråkratisk gymnastikk*. Derfor kan det argumenteres for at Liverød og Høies tekster egentlig fremmer samme form for standard: unødvendig venting bør unngås, men hvordan dette skal oppnås, er man uenig om.

Liverøds tekst legger vekt på autonome behandlere. For at god pasientbehandling skal skje må helsearbeiderne kunne tilby den formen for behandling de mener er best for den enkelte pasient, ut ifra deres faglige kunnskap og erfaring. Samtidig ser vi at Høies tekst har fokus på pasientene. Pasienten skal ha stor grad av innflytelse på eget behandlingsforløp. Ved første øyekast kan tekstene ses som motsetninger. Likevel kan en tenke at perspektivene ikke er så langt fra hverandre. Selv om Liverød vektlegger helsearbeiderne som den utøvende parten, mens Høie vektlegger pasientenes bidrag til behandlingen. Liverød beskriver brukermedvirkning som den muligheten pasienten har, til å forkaste behandlingsformer hun eller han ikke opplever hensiktsmessig. Dermed blir helsearbeiderne nødt til å inneha et stort repertoar av fremgangsmetoder, for å imøtekomme ønskene og behovene til pasienten. Høies

tekst fokuserer i større grad på muligheten for pasientene til å ta initiativ for å påvirke og endre behandlingen når det trengs.

I sammenheng med pasienter som aktivt bidrar til egen behandling, kan vi se på pasienten i ekspertrollen. I Høies tekst trekkes pasienten frem som ekspert på eget liv, og må dermed bli hørt i alle avgjørelser som gjelder hans eller hennes behandling. Det er kanskje ikke lett å lese ut av Liverøds tekst, hva som er den grunnleggende tanken om pasienter som eksperter på eget liv. Likevel kan det trekkes linjer til recoverytenkningen som Liverøds tekst flere ganger henviser til. Innen recoverytenkningen skriver Hertz (2011) om å være et vikarierende håp for pasienter som kan ha mistet troen på bedring. Samtidig er han opptatt av at helsepersonell ikke kan sitte med en fasit på hva som er mulig for pasienten. Både relatert til hva helsepersonell mistenker er mulig i lys av diagnose, og i lys av hva pasienten selv har av håp og drømmer. Han mener vi simpelthen ikke kan vite om noe er mulig, før vi har forsøkt. Mulighetene for å jobbe i tråd med denne tenkningen og intervenere bredt, påvirkes av rammene helsepersonell jobber innenfor.

Liverød argumenterer for at psykisk helsevern må ha muligheten til å intervenere bredt, utover terapien og medisinene. Gjennom å intervenere i flere sider ved pasientens liv vil en styrke muligheten for bedring. Liverøds tekst fremmer flere steder at dette er noe som ikke kan ivaretas innenfor rammene av pakkeforløp: *poenget er at pakkeforløpene kveler oss slik at helhetstenkning forsvinner i en tåke av skjemaer og tidsfrister*. Liverøds tekst viser til skjemaene og prosedyrene tilknyttet pakkeforløpene, som han mener umuliggjør helhetstenkningen. På den andre siden beskriver Høies tekst viktigheten av å styrke oppfølgingen av pasientenes somatiske helse, og levevaner. Det er ikke gitt at vi kan sette likhetstegn mellom fokus på gode levevaner, somatisk helse, og intervensjoner knyttet til kosthold, trening, arbeidsliv, livssyn også videre. Likevel kan vi tolke uttalelsene som likhetstrekk i Høie og Liverøds argumentasjon.

Høies tekst om pakkeforløp beskriver innledningsvis at det er viktig med trygghet og forutsigbarhet. I utsagnet om at det blir tyngre å være syk når en opplever utrygghet og uforutsigbarhet, kan det implisitt ligge en påstand om at utrygghet og forutsigbarhet svekker muligheten for bedring. Hvis instrumentell behandling er negativt, kan teksten til Liverød beskrive god pasientbehandling som behandling med fokus på det relasjonelle. Disse beskrivelsene av god pasientbehandling er ikke identiske i meningsinnhold, men kan

definitivt ses i sammenheng. Forskjellen ligger kanskje i at Høie skriver frem organisering og prosedyrer som mulighet til å sørge for forutsigbarhet og trygghet. Mens Liverød fokuserer på at prosedyrer og organisering ikke kan forsikre det. Tekstene skriver frem metodene for å nå målet, trygghet og forutsigbarhet, forskjellig. Samtidig taler de ikke mot hverandre om selve målet.

I Høies tekst er likeverdige tjenester i fokus. Det presenteres i sammenheng med de geografiske utfordringene vi har i landet vårt. Ikke alle steder har like god tilgang til behandling innen psykisk helsevern. Pakkeforløpene skal bidra til å systematisere tilbudet, så det blir tilgjengelig uansett hvor i landet en bor. Et tilgjengelig tilbud for alle i befolkningen som har behov for det, er et mål vi kan enes om. Liverøds tekst beskriver ikke tilgjengeligheten på tilbudet gjennom å fokusere på geografisk ulikhet. Derimot beskriver teksten flere ganger hvordan tilbudet må gjøres tilgjengelig for pasientene. Teksten argumenterer for at prosedyrer og utfylling av skjemaer vil gjøre helsearbeiderne utilgjengelige for pasientene. Det blir rett og slett ikke bli tid nok til å drive med den *oppgaven de egentlig er satt til*. Arbeidet beskrives som styrt av en indre motivasjon. Det er denne motivasjonen som bør styre hvilke beslutninger som tas, ikke skjemaer og prosedyrer, når helsepersonell skal gjøre det som er til det beste for pasientene. Å gjøre det som er til det beste for pasientene er et mål de også ser ut til å ha til felles.

Jeg har nå vist at når det gjelder hvilke standarder for god pasientbehandling som kommer til syne i tekstene til Liverød og Høie, er det ikke de store, markante forskjellene en først kan få inntrykk av:

Ulikt:

- Fokus på pasienten vs. fokus på helsearbeideren, som den utøvende part i et behandlingsforløp.
- Fokus på det relasjonelle vs. fokus på overordnede prosedyrer

Likt:

- Helhetstenkning. Fokus på å styrke pasienten på flere områder enn psykisk helse (bred intervensjon og styrking av oppfølging av somatisk helse)
- Fleksibilitet-- tilpasse behandlingen til den enkelte pasient (brukermedvirkning og recoverytenkning)

Når det fremgår at det kanskje ikke er oppfatningen av hva som er god pasientbehandling som er forskjellig, er det nærliggende å tenke at målene er like, men uenigheten ligger i fremgangsmetoden og rammene. Det er kanskje ikke så overaskende. Likevel kan det være underlig at de fremstår som så uenige som de gjør. Videre skal vi se på hva slags konsekvenser disse perspektivene på god pasientbehandling kan få.

Perspektivenes betydning og familierapi

Jeg vil i denne delen av oppgaven analysere tekstene i lys av teorigjennomgangen tidligere i oppgaven, med vekt på familierapi, endringer i synet på pasient og behandling, og organisering av helsevesenet.

Som vi så innledningsvis, har familierapi god effekt på barn og familier som har behov for behandling innen psykisk helsevern (Carr, 2019). Til tross for at familierapien ser ut til å være en nedprioritert metode innen psykisk helsevern (Lorås, 2016), er familierapi nevnt som en foretrukket metode i veilederen for pakkeforløp for psykiske lidelser hos barn og unge. Det er konkretisert at helsepersonell er pliktet til å tilby behandling i tråd med familierapi (Helsedirektoratet, 2019b). Både Liverøds tekst og Høies tekst beskriver deler ved behandling som samsvarer med familierapi. Familierapien har et systemisk perspektiv på behandling, og pasienter kan ikke behandles løsrevet fra sin kontekst (De Flon, 2019). Liverød beskriver hvordan menneskers psyke ikke kan pakkes inn. Teksten beskriver også hvordan flere elementer ved pasientens liv må inkluderes i behandlingen.

Liverød beskriver en standard for god pasientbehandling som lar han intervensere bredt, og inkludere flere arenaer som er viktige i pasientens liv. Selv om det ikke beskriver familierapi som en valgt metode, er dette elementer som sammenfaller med familierapeutisk tenkning. Høie sin tekst setter fokus på *økt brukermedvirkning og brukertilfredshet*. Pasientene beskrives som eksperter på sitt eget liv. Fra dette kan vi trekke linjer til familierapeutisk tenkning der en er opptatt av feedback fra pasienten, når en bestemmer og justerer retning for behandling (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

Liverøds tekst beskriver ikke pasientene som eksperter i sitt eget liv, men trekker frem at pasienter med lignende symptomer ikke nødvendigvis har utbytte av samme type behandling. Dette samsvarer med hvordan perspektivet på pasienten har endret seg, siden slutten av 1990-

tallet. Pasienten blir i større grad sett som en del av sin kontekst. Høie, Liverød og familierapien vektlegger dette. Det er også skjedd en endring når en ser på maktforholdet mellom helsepersonell og pasienter. Det er lagt større vekt på maktutjevning (Øye & Norvoll, 2013, s. 91), og dette er brukermedvirkning et uttrykk for.

Men det er mer som bestemmer rammene for behandling. Som beskrevet er retten til behandling knyttet til diagnose. Til tross for at både Høie og Liverøds tekster beskriver at systemperspektivet må inkluderes i behandling, så er diagnoser rettet mot individet. Andersen og Lorås (2019) knytter behovet for diagnoser til finansieringen av helsetjenestene. Diagnoser vil nødvendigvis representere en standard som påvirker enkeltindividene. Sundet (2015) poengterer at når politikerne våre promoterer likeverdige og rettferdige tjenester, så må standardisering av standardene til. Slik kan resultatene måles, og fremtidig ressursbruk kan utformes ut ifra standardene som ligger til grunn for god pasientbehandling. Timmermans og Epstein (2010) vektlegger flere ganger at standarder har behov for å balansere mellom å være uniform og fleksibel. God pasientbehandling må være så definert at vi vet hva vi jobber ut ifra. Samtidig må definisjonen være så fleksibel at den kan tilpasse seg feltet den skal operere i. I lys av dette, kan det være interessant å spørre om pakkeforløp innen psykisk helsevern har fremstått som så definert, at muligheten for tilpasning blir lite tydelig.

I tråd med Timmermans og Epstein (2010) sine betraktninger på standarder som ligger til grunn for standardisering, så vi tidligere at Greenfield et al. (2019) hevder at selv om standarder kan bidra til å promotere likhet, forutsigbarhet og tilpasning for pasientene, så er ikke standarder i stand til å forsikre det. Høie sin tekst beskriver hvordan pakkeforløpene, som en standardisering basert på god pasientbehandling, skal forsikre eller bidra til likhet, forutsigbarhet og tilpasning. Liverød skriver frem i sin tekst hvordan pakkeforløpene kommer til kort. Liverød hevder at pakkeforløpene rett og slett motarbeider god pasientbehandling.

Kanskje har de rett og feil begge to. Høie på sin side kan ikke garantere likhet, forutsigbarhet og tilpasning gjennom pakkeforløpene, men pakkeforløpene kan fungere som en ramme som fremmer dette. Om så skulle være, at Liverød har rett hva gjelder pakkeforløpenes dysfunksjon, kan det ses i sammenheng med Timmermans og Epsteins (2010) beskrivelser av hvordan standarder ofte ikke fungerer som intendert. Standarden for god pasientbehandling promotert gjennom pakkeforløp vil ikke kunne opprettholde sin tenkte funksjon, om den ikke

er i tråd med det lokale feltet den opprettes i, og om de som er tiltenkt å jobbe etter den er umotivert.

Å styre arbeidsformene våre innen psykisk helsevern gjennom standarder er uunnværlig i moderne arbeidsliv, men en standard kan ikke tres nedover hodet på helsearbeiderne. Alle standarder har et preg av frivillighet over seg. Om standarden ikke tilfredsstillende de mangfoldige interessene om god pasientbehandling, vil ikke standarden fungere som intendert. Når Liverød beskriver ressurser innen psykisk helsevern som utslagsgivende for arbeidet med god pasientbehandling, er det i tråd med Timmermans og Epsteins (2010) beskrivelser om hvordan standarder påvirkes av rammene som standarden skal operere i. *Gi oss flere ressurser på behandlersiden, ikke mer byråkratisk gymnastikk- Det kan forlenge liv!* Timmermans og Epstein (2010) vektla at tilgang på midler vil bidra til å forme standarden. Eventuelt føre til at den opphører. Liverød og andre motstandere bidrar til å forme standarden gjennom sin motstand, slik at den bedre kan fungere som god pasientbehandling innen psykisk helsevern. Slik vil standarden fungere inntil feltet endrer seg på nytt, og standarden må gjennom en ny tilpasning for å fortsette å være funksjonell.

Kjørstad (2019) beskrev hvordan utfordringen på det politiske planet ofte knyttes til tvetydige vedtak og manglende ressurser. På det utøvende planet oppstår utfordringer når rammene helsearbeidere handler innenfor ikke tillater dem å utføre arbeidet i tråd med sine faglige ønsker. Dette er i tråd med hva Liverøds tekst beskriver at pakkeforløpene representerer - en type standard som ikke er forenlig med hans faglige overbevisning om hva som er god pasientbehandling. Karlsson (2015), beskriver at endringer i helsesektoren, som pakkeforløp, innføres på grunnlag av det som kan telles og måles. Selv om pakkeforløpene ikke er juridisk bindende, representerer de sterke anbefalinger, som helsepersonell må forholde seg til i større eller mindre grad. I ytterste konsekvens risikerer helsearbeidere straff i en eventuell klagesak. Og da vil, som både Karlsson (2015) og Liverød skriver, dette komme i konflikt med utøvelsen av god pasientbehandling, siden helsearbeiderne først og fremst vil utføre arbeidet etter vurdering om å ha ryggen fri.

Liverød og Høies omtaler av god pasientbehandling bygger på flere like grunnforståelser, så tekstene fremmer ikke så ulike perspektiver som de først gir inntrykk av. Dette kan ses i sammenheng med Timmermans og Epstein (2010) beskrivelser av naturligheten ved standarder, som kan hindre dem i å være tydelige for oss.

Hva er utelatt?

Verken Liverød eller Høies tekster kan gi oss et fullstendig bilde av hva slags standard som ligger til grunn for god pasientbehandling, men de kan hjelpe oss å gjøre noen refleksjoner. Johannessen et al. (2018) belyser et viktig spørsmål i sitt diskurskapittel: Hva er utelatt fra tekstene som kunne hatt betydning? Vi har sett at FHI (2014) knytter geografiske forskjeller i forventet levertid til sosioøkonomiske forskjeller. Verken Liverød eller Høie kommer inn på dette temaet.

Siden diskursanalyse ofte gjøres i et maktkritisk perspektiv (Jørgensen & Philips, 1999), hvilke maktposisjoner produseres eller reproduseres gjennom at både Høie og Liverød utelater dette elementet i tekstene? Om standarden for en pasient i Norge skrives frem som at alle nordmenn har samme formelle rettigheter og lik tilgang til helsetjenester, hva slags konsekvenser kan dette ha for pasientgruppen, når sosioøkonomiske forskjeller ikke inkluderes (Johannessen et al., 2018 s. 82-83)? Høies tekst unnlater å nevne de politiske føringene som ligger til grunn for å innføre pakkeforløp. Målet er god pasientbehandling, likevel er det klart at pakkeforløp harmonerer med new public management-tankegangen der behandlingen skal defineres og måles. Rosenvinge, Larsen, Skårderud og Thune-Larsen (2004) definerer «det relasjonelle» i behandling, som ferdigheter i å skape allianse med pasienten, og vedlikeholde denne alliansen over tid. I behandling med fokus på det relasjonelle, er det ikke alltid lett å måle effekten av intervensjoner som blir gjort. For at politikere skal ha mulighet til å prioritere deler av velferdsstaten vår, er det behov for beviser på at metodene som jobbes med er evidensbaserte og har effekt. Dermed blir det selve målbarheten som setter standard for helsehjelpen.

En fare er at pasienten gjennom Høies tekst fremstilles i for stor grad som en som kan benytte seg av systemet, og som har tilgang til det. Martinsen (2018) beskriver hvordan pasienter kan risikere å oppleve en skyldfølelse i systemet som fremmer «den aktive, selvutviklende og samarbeidsvillige» (Martinsen, 2018, s. 32) pasienten. En skyldfølelse basert på å ikke strekke til i rollen som pasient. Hvor er de sykeste pasientene, de som kanskje ikke har muligheter eller evner til å være en aktør? Et annet relevant element er hvem som oppsøker behandlingsapparatet. Relatert til informasjonen vi så tidligere, om sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og forventet levealder, så skriver Dahl og Friestad (2013) om sosial ulikhet og psykisk helse. Ifølge dem tilhører den største andelen av dem som opplever psykiske helseplager, gruppen med lavere sosioøkonomisk status. De undrer seg over

statistikken om hvem som søker behandling i hjelpeapparatet. Statistikken viser at så lite som halvparten av dem som opplever psykiske helseplager, søker hjelp. Blant dem, er de med lav utdanning, dårlig økonomi og lavere sosial støtte, lavest representert (s.154).

På en side er det en fare for at Liverøds tekst fremmer et perspektiv som fokuserer på behandlerens side av systemet, og pasienten kommer i skyggen. På en annen side er det en fare at Høies tekst fokuserer på pasienten som aktør, og dermed overser en pasientgruppe som ikke får til å benytte seg av systemet. Deler av pasientgruppen kan i begge tilfeller risikere å ikke komme til syne med sine behov. Til syvende og sist viser disse to tekstene en maktkamp mellom to personer i samfunnet som allerede sitter med mye makt til å definere hva som er god pasientbehandling. Høie taler som representant for dem som organiserer samfunnet vårt og bevilger midler. Liverød uttaler seg som fagperson med erfaring og kunnskap om behandling. Til og med familieterapien, på tross av dens nedprioritering som metode, fremstår i en maktposisjon, som et fagfelt som har grunnlag for å ytre seg om god pasientbehandling. Men hva med pasienten? Nå som noen pakkeforløp er utformet i sin helhet, kunne det være interessant å få vite mer om hvordan pakkeforløp erfarer av pasienter, om de tilfredsstillere deres behov.

Kapittel 5: Avslutning

Oppgaven innleder med å presentere debatten om tilgjengelige helsetjenester og belyser familieterapiens plass innen psykisk helsevern. Jeg presenterer så den tilsynelatende antagonistiske debatten som har oppstått om innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern. Et fellestrekk i debatten, er at perspektivene på god pasientbehandling ofte fremstår som motsetninger. Med en antagelse om at dette er en utfordring, ønsket jeg å belyse disse perspektivene, og hva slags konsekvenser de får for standarden for behandling innen psykisk helsevern.

For å undersøke dette nærmere, analyserer jeg tekstene til Høie og Liverød om pakkeforløp. Analysen er inspirert av diskursteori og teori om velferdstekst, og har et teoretisk grunnlag i standardteori. Følgende områder er vektlagt og analysert i oppgaven: standarders naturlighet, standarder som fleksible og tilpasningsdyktige, standarder som er preget av lokale felt, hvem som blir påvirket av standardene, motstand mot standarder og hvordan pasienten fremstilles i lys av beskrivelsen om god pasientbehandling.

Jeg ser på grunnleggende elementer ved familierapi, opp mot elementene som kom til syne om god pasientbehandling. Til tross for familierapiens tilsynelatende prioritet i styringsdokumenter, dens evidensbaserte funksjon og sammenføyenhet med rådende diskurser om god pasientbehandling, ser det ut til at familierapi fremdeles nedprioriteres som behandlingsform innen psykisk helsevern. Funnene i denne analysen kan dermed tyde på at det trengs mer forskning på feltet, for å belyse hvorfor dette faget ikke er mer synlig og dominerende.

Videre har standardteori kastet lys over at det kanskje er nettopp den motstanden mot standardisering vi ser i feltet, som er nødvendig for at standardene skal få sin funksjon. Gjennom tilpasning og fleksibilitet oppstår nye standarder.

Referanseliste:

- Andersen, S. R. & Lorås, L. (2019). *Den historiske utviklingen av familierapien som fagfelt*. Vedlegg til NOU fra Familievernutvalget.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/60b7d738df7d4d54a0e8c535cdca2ab3/no/sved/01.pdf> Lastet: 04.04.20
- Bergström, G. & Boréus, K. (Red.). (2005). *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig text- og diskursanalys*, (s. 305-362). Danmark: Studentlitteratur.
- Carr, A. (2019). Forskning på familierapi. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i familierapi* (s. 105-118). Bergen: Fagbokforlaget
- Dahl, E. & Friestad, C. (2013). Sosial ulikhet og psykisk helse. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (149-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De Flon, H. (2019). Hva er familierapi? I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i familierapi* (s. 15-23). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten. Sosiale helseforskjeller i Norg*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/#forskjeller-mellom-kommuner-og-fylker-speiler-sosiooekonomiske-forskjeller> Lastet: 15.04.20
- Frøiland, L. (2017). *Systemisk samtale. Psykososialt arbeid med barn, ungdom og foreldre*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Greenfield, D., Eljiz, K. & Butler-Henderson, K. (2017). It takes two to tango: Customization and standardization as colluding logics in healthcare. *International journal of health policy and management*, 7 (2), 183-185 <http://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.77>
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Massachusetts/ London: Harvard University Press.
- Haldar, M., Ilstad, J. T., Engebretsen, E. (2019). Hva er velferdstekster, og hvordan studere dem? I H. Aamodt, E. Dahl, E. Gubrium, M. Haldar & Å. Hermansen (Red.), *Sosialt arbeid og sosialpolitikk i samhandling. Et svar på velferdsetatens utfordringer?* (s.144-158). Bergen: Fagbokforlaget
- Helsedirektoratet (2017). *Psykisk helsevernloven med kommentarer. Kapittel 2 Særlige samtykkebestemmelser*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/saerlige-samtykkebestemmelser> Lastet: 15.04.20

- Helsedirektoratet (2019a, 6.februar). Om Helsedirektoratets normerende produkter. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#pakkeforlop> Lastet: 08.04.20
- Helsedirektoratet (2019b, 5.februar). Kapittel 3. Behandling og oppfølging- psykiske lidelser, pakkeforløp barn og unge. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/behandling-og-oppfolging-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge#planlegging-av-behandling>
- Hertz, S. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Håland, E. & Melby, L. (2017). Individualisert standardisering? Hvordan god pasientbehandling blir til politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 05, 380-398.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Jørgensen, M. W. & Philips, L. (1999). *Diskursanalyse som analyse og metode*. Fredriksberg: Roskilde universitetforlag/ Samfundslitteratur
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2017). Kvalitative analysetraditioner i samfundsvidenskabelig forskning. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitativ analyse. Syv traditioner* (s. 9-26). Latvia: Hans Reitzels Forlag.
- Karlsson, B. (2015). Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet- om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Norsk tidsskrift for Helseforsikring*, 11 (2), 153-162.
- Kjørstad, E. (2020). Slik behandler du tvangslidelser på 4 dager. *Forskning.no* Hentet fra: <https://forskning.no/angst-hjernen-psykiske-lidelser/slik-behandler-de-tvangslidelser-pa-4-dager/1627255> Lastet: 03.02.20
- Kjørstad, M. (2019). Sosialt arbeid møter sosialpolitikk. utfordringer og dilemmaer. I H. Aamodt, E. Dahl, E. Gubrium, M. Haldar & Å. Hermansen (Red.), *Sosialt arbeid og sosialpolitikk i samhandling. Et svar på velferdsetatens utfordringer?* (s. 56-75). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lien, L., Huus, G., Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 135 (3), 246-248. <https://tidsskriftet.no/2015/02/kronikk/psykisk-syke-lever-kortere> Lastet: 15.04.20

- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. 30th anniversary expanded edition*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lorås, L. (2016). Systemisk familierapi og Helsedirektoratets krav innen barne- og ungdomspsykiatrien. *Fokus på familien*, 44 (2), 93-112.
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2015). *Doing interview-based qualitative research. A learner's Guide*. United Kingdom: Cambridge university press.
- Martinsen, K. (2018). Den økonomiske tidsforståelsen, og tiden i helsevesenets rom. I C. Øye, N. Ø. Sørensen & K. Martinsen (Red.), *Å tenke med Foucault. En bok for masterstudiene i helse- og sosialfag*, (s. 21-40). Bergen: Fagbokforlaget.
- Medienorge. Fakta om norske medier (2020a). Lesertall for norske nettaviser. Hentet fra: <http://www.medienorge.uib.no/statistikk/medium/avis/253> Lastet: 21.03.20
- Medienorge. Fakta om norske medier (2020b). Lesertall for norske papiraviser. Hentet fra: <http://www.medienorge.uib.no/statistikk/medium/avis/273> Lastet: 21.03.20
- Regjeringen (u.å.). Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/> Lastet: 03.04.20
- Regjeringen. (2018, 12.september). Nye pakkeforløp for psykisk helse og rus: Bedre behandling og mer forutsigbarhet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-pakkeforloepene-for-psykisk-helse-og-rus-bedre-behandling-og-mer-forutsigbarhet/id2610736/> Lastet: 08.04.20
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør. (2020). Tiltak: familierapi og familieveiledning. Omtale av forskningen på familierapi og familieveiledning. Hentet fra <https://buphandboka.r-bup.no/no/tilstander/tiltak-familierapi-og-foreldreveiledning/omtale-av-forskningen-paa-familierapi-og-foreldreveiledning> Lastet: 20.03.20
- Rosenvinge, J. H., Larsen, E., Skårderud, F. & Thune-Larsen, K. B. (2004). Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41 (9), 706-712. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/09/klinisk-kompetanse-i-psykisk-helsevern-hva-er-det-og-hvordan-kan-det-laeres>
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Sundet, R. (2015). Kunnskap i evidensens tid- mot en kunnskapsforståelse for praktiserende familieterapeuter. *Fokus på familien*, 43 (01), 6-23.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlagt.
- Timmermans, S. & Epstein, S. (2010). A world of standars but not a standard world: Toward a sociology of standards and standardization. *The annual review of sociology: Vol. 36*. 69-89. Hentet fra:
<https://pdfs.semanticscholar.org/5add/365dad6f895089008014eeab338cf298b204.pdf>
- Torsteinsson, V. W. (2019). Familieterapiens historie. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i familieterapi* (s. 25- 40). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vedvik, S. (2020). *Pakkeforløp er ingen enkel løsning*.
<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/pakkeforloep-er-ingen-enkel-loesning> Lastet: 04.04.20
- Øye, C & Norvoll, R. (2013). Psykisk helse i et makt- og kontrollperspektiv. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aamodt, H. A. (2019). Sosialt arbeid og sosialpolitikk- å ro etter vinden? I H. Aamodt, E. Dahl, E. Gubrium, M. Haldar, Å. Hermansen (Red.), *Sosialt arbeid og sosialpolitikk i samhandling. Et svar på velferdsetatens utfordringer?* (s.18-25). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1

Nye pakkeforløp for psykisk helse og rus: Bedre behandling og mer forutsigbarhet

Nyhet | Dato: 12.09.2018

Nå innføres pakkeforløp for psykisk helse og rus i helsetjenesten. Fra 1. januar 2019 kan pasienter henvises til de tre første pakkeforløpene.

- Vi trenger trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer. Å ikke vite hva som skjer gjør det tyngre å være syk. I 2015 innførte regjeringen pakkeforløp for kreft. Det har ført til at kreftpasientene har fått bedre behandling og føler seg tryggere. Nå skal pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer få den samme tryggheten og forutsigbarheten, sier helseminister Bent Høie.



Foto: HOD

Pakkeforløp innebærer at pasienten skal få vite hva som skal skje – når det skal skje – og hvem som har ansvaret. Hver pasient får sin egen koordinator, som skal være pasienten og pårørendes kontaktperson. Koordinatoren skal sørge for at pasienten unngår unødvendig venting og at det blir kontinuitet i behandlingen.

Raskere utredning og behandling

Pasientene skal få raskere utredning og behandling. På samme måte som i pakkeforløpene for kreft innføres noen forløpstider. Utredning skal gjennomføres innen seks uker. For personer som henvises til pakkeforløp innen rusbehandling, skal det ikke være opphold mellom avrusning og behandling. For lidelser som psykoser og alvorlige spiseforstyrrelser anbefales det at ventetiden er maksimalt sju dager fra henvisningen er mottatt til første samtale i spesialisthelsetjenesten.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er helt sentralt i pakkeforløpene. Pasienten skal involveres i å lage behandlingsplan og skal kunne gi tilbakemelding underveis, slik at behandlingen kan justeres om nødvendig.

- Pasienten skal ha medvirkning i alle avgjørelser om sin egen behandling og oppfølging. Hans eller hennes pårørende skal også involveres der det er hensiktsmessig. Det er brukerne som er eksperter på eget liv, og bedre involvering av pasienten og pårørende vil gi bedre behandling, sier Høie.

Somatisk helse

Pakkeforløpene skal sikre at den somatiske helsen til pasienten utredes og at de får behandling om nødvendig. Ansvaret for hvem som skal følge opp den somatiske helsen er tydeliggjort i pakkeforløpene.

- Mennesker som strever med psykiske lidelser og rusavhengighet lever opptil 20 år kortere enn befolkningen for øvrig. Jeg mener at dette er en av de største ulikhetene vi har i landet vårt. En viktig grunn til dette er at de ikke får god nok utredning og behandling av somatisk sykdom. Det skal pakkeforløpene bidra til å endre på, sier Høie.

Fakta om pakkeforløpene

Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide pakkeforløp for psykisk helse og rus. Pakkeforløpene er utviklet i nært samarbeid med brukerorganisasjoner og ulike fagmiljøer.

Det er utviklet seks pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus som skal implementeres i helsetjenesten høsten 2018 og starten av 2019. De tre første pakkeforløpene presenteres av Helsedirektoratet på en nasjonal konferanse 12. september.

Generelle pakkeforløp (publiseres av Helsedirektoratet 12. september)

- [Utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne](#)
- [Utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge](#)
- [Tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#)

Første pasient kan henvises til disse pakkeforløpene fra 1. januar 2019.

Tilstandsspesifikke pakkeforløp (publiseres av Helsedirektoratet 15. desember)

- Mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne
- Utredning og behandling av tvangslidelse (OCD) hos barn, unge og voksne
- Spiseforstyrrelser hos barn og unge

Første pasient kan henvises til disse pakkeforløpene fra 15. februar 2019.

Overordnede mål for pakkeforløpene

- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor.
- Unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging.
- Økt brukarmedvirkning og brukertilfredshet.
- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp.
- Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

Pakkeforløp og bullshit

Pakkeforløpene har kommet til psykisk helsevern. Dette er kongeveien til utbrenthet.

DEBATT

Publisert: 27. mai 2019 Sist oppdatert: 09:10, 28. mai 2019

*Av: **Sondre Risholm Liverød**, DPS Solvag, Sørlandet Sykehus HF*

Pakkeforløpene har kommet til psykisk helsevern. Brukeropplevelsen skal bli bedre - Mer forutsigbarhet og mindre ventetid. I et debattinnlegg i Fedrelandsvennen insinuerer Bent Høie at pakkeforløpene vil forlenge livet til mennesker med psykiske plager. Alt skal bli bedre så snart behandlerne følger byråkratenes «new management of the human soul». Jeg er usikker på om de har belegg for slike påstander.

Steve Jobs har sagt at det er helt idiotisk å ansette dyktige fagfolk og fortelle dem hva de skal gjøre. Man ansetter dyktige fagfolk for at de skal fortelle bedriften hvordan den kan fungere på best mulig måte. Jeg opplever at sykehuset gjør det motsatte. Fagfolk med fem-seks års utdanning blir i stadig større grad fortalt hva de skal gjøre, i tillegg til at de skal bruke uhorvelig mye tid på å dokumentere det de gjør, ofte på bekostning av å gjøre det de kan.

Som psykolog og behandler i psykisk helsevern innser jeg at tilbudet ikke alltid fungerer optimalt, men det er ikke fordi vi mangler prosedyrer, skjemaer, mål- og resultatstyringssystemer, snarere tvert imot. Når løsningen på et problem er å innføre flere krav og strengere kontrollregimer, er det nærliggende å tro at det bygger på en antakelse om at de som gjør jobben har som mål å gjøre minst mulig. Som behandler opplever jeg at pakkene er fulle av mistillit. Faktum er at langt de fleste helsearbeidere ønsker å gjøre det som er mest mulig meningsfullt for de menneskene som trenger vår hjelp. Dette er jobben vår, og vi gjør det med en motivasjon som kommer innenfra. Denne motivasjonen kan ødelegges ved å overstyre fagfolk, og jeg opplever at mange av oss nå opererer på en mer defensiv motivasjon, som i stadig større grad handler om å fylle ut de riktige skjemaene, kode diagnoser og generelt sett holde journalsystemet fritt for røde merknader. Dette er kongeveien til utbrenthet.

Det oppleves ikke meningsfullt. Her vil jeg låne et uttrykk fra antropologen David Graeber, og påstå at stadig mer av det vi gjør er «bullshit jobbing».

Graeber hevder at 37 prosent av oss har jobber som er unødvendige og meningsløse. Han nevner mange eksempler på bortkastet arbeidskraft, men mellomledere (han kaller det for «task masters»), og folk som skal sørge for at andre gjør jobben sin, tilhører definitivt denne gruppen. I vårt tilfelle gjelder det helsebyråkrater væpnet med reformer som de pålegger arbeidstakerne å følge. Styringssystemene gjør det mulig for byråkratene å telle og måle det som skjer, slik at de kan vise sine ledere at de har fått arbeidstakerne til å gjøre jobben sin. Resultatet er at de som egentlig skal gjøre en viktig jobb, må dokumentere, journalføre og følge masse nye prosedyrer som ikke nødvendigvis gjør noe annet enn å forsinke den oppgaven de egentlig er satt til. I følge Graeber betyr det at byråkratiske bullshit-jobber sprer om seg med meningsløse arbeidsoppgaver til alle som befinner seg i samme orbit. Graeber hevder at det foregår en «bullshitifisering» av arbeidsmarkedet, og jeg er enig. Jeg er ikke alene om å oppleve at pakkeforløpene først og fremst strammer det strupetaket skjemaveldet allerede har på oss behandlere. At vi tvinges inn i et mer instrumentelt forhold til jobben vår i psykisk helse, er ikke nødvendigvis noe som gagnar verken oss eller pasientene, men det ser flott ut på papiret når Bent Høie skal forlenge livet til mennesker med byråkratiske øvelser i regi av «New Public Management».

Det er imidlertid et annet begrep som lurder i skyggen av pakkeforløpene, og det er recovery. Det er en behandlingsfilosofi med røtter i antipsykiatribevegelsen fra 60-tallet, og den hevder at veiene ut av psykisk lidelse som regel er sammensatt av veldig mange faktorer og tiltak, og at man må gi rom for mangfold og kreativitet i behandlingsforløpene dersom man skal lykkes med tilfriskning. Min erfaring tilsier at en pasient kan være deprimert som følge av tusen faktorer, og at en annen person kan være like deprimert som følge av tusen andre faktorer. Diagnosen er den samme, men årsaksforholdene er helt forskjellige, og da er det ikke gitt at disse to personene vil profittere på samme behandling. Pakkeforløpene går i retning av å strømlinjeforme psykisk helsevern, og vi risikerer å gå glipp av både bredden og dybden i pasientens problemer. Recovery jobber i motsatt retning og vil favne bredt for å fange kompleksiteten i det enkelte mennesket. Noen vil hevde at pakkeforløp og recovery kan gå hånd i hånd, men poenget er at pakkeforløpene kveler oss slik at helhetstenkning forsvinner i en tåke av skjemaer og tidsfrister.

Innen psykisk helse må vi tilby både terapi og medisiner, men i tillegg må vi ha intervensjoner knyttet til kosthold, trening, meditasjon, sosialt samvær, arbeidsliv, skolegang, seksualitet, livssyn og så videre. Dersom vi klarer å tilby et bredt spekter

av terapeutiske tilbud, og skreddersyr ulike tiltak for den enkelte pasienten, betyr det at to mennesker med samme diagnose risikerer å få vidt forskjellige behandlingstilbud. Dette forvirrer byråkrater som liker den typen orden man finner ved et samleband. Somatiske problemer er ofte mer avgrenset og kan profittere på pakkeforløp, men psykisk helse er kvalitativt annerledes. Det er sikkert fornuftig å pakke inn en ondartet svulst, men ikke menneskets psyke.

Jeg er takknemlig for at DPS Solvang ved Sørlandet Sykehus tillater meg å intervensere bredt. Jeg opplever at min jobb er ekstremt meningsfull. Jeg vil kjempe for at vi i psykisk helse kan bruke vår ekspertise på å drive recoverybasert behandling, men etter at vi har tilfredsstilt alle pakkeforløp-krav, takstinger, beslutningspunkter og prosedyrer, er tiden ute. Det er som å si at vi som er spesialister på området står fritt til å gjøre det vi mener er best, men uten oksygen er det helt umulig. Gi oss flere ressurser på behandlerensiden, ikke mer byråkratisk gymnastikk – Det kan forlenge liv!