

**Du må vite hvordan kassaapparatet virker: En kvalitativ studie om
endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne**

Øystein Dimmen og Atle Ødegård

Du må vite hvordan kassaapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne

Bestemmer terapeutene selv over den terapeutiske prosessen, eller blir de i økende grad styrt av ytre forhold som for eksempel produksjonskrav?

Takk til informantene som satte av tid til å dele sine erfaringer med oss. Vi har også satt stor pris på at professor Tor Johan Ekeland kommenterte en tidligere versjon av denne artikkelen. Prosjektet ble støttet økonomisk av (tidligere) Helse Nordmøre og Romsdal HF.

I vår kliniske praksis har vi i økende grad erfart at diskusjonen innenfor psykisk helsevern dreier seg om økonomi, budsjettbalanse og antall konsultasjoner. Det kan synes som at faglige spørsmål har kommet i bakgrunnen (Foss & Wifstad, 2011). Ett eksempel er bruken av såkalte *måltall* som uttrykk for den enkeltes arbeidsinnsats, dvs. et gjennomsnitt av antall konsultasjoner per dag i løpet av et gitt tidsrom.

I likhet med andre deler av helsevesenet har psykisk helsevern for voksne vært preget av flere store omstillingsprosesser, på nasjonalt så vel som på lokalt plan. Det er holdepunkter for at disse prosessene (reformene) i noen grad har ulikt fokus, som på hver sin måte også får konsekvenser for tjenestekvaliteten. Iversen og Gammelsæter (2011) hevder f.eks. at Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp nr. 63, 1997–1998) var en *faglig* reform, mens Sykehusreformen (Ot.prp nr. 66, 2000–2001) var en *organisasjons- og ledelsesreform*, og at man i liten grad har studert sammenhengen mellom dem. Sykehusreformen karakteriseres av rasjonalistiske og formative prosesser som f.eks. en tydelig (hierarkisk) ledelsesstruktur, «avstandsledelse» og evidensbasert praksis; på den annen side karakteriseres Opptrappingsplanen i større grad av relasjonelle og transformativ prosesser som f.eks. en åpnere organisering, «nærhetsledelse» og anerkjennende samarbeid (Iversen & Gammelsæter, 2011).

Informantene i denne studien melder om økt overordnet styring, økt krav om dokumentasjon, økt krav til standardisering og økt henvisningsmengde

De ideologiske forskjellene som synes å ligge til grunn for disse reformene, tyder på at vi innenfor helsevesenet forholder oss ikke bare til én, men til mange og ulike «logikker» innenfor ulike gjenstandsområder (jf. Ekeland, 2004; Stefansen & Steinsø, 2006). Innenfor det økonomisk-administrative området etterlyses det en økonomisk og juridisk forsvarlighet, innenfor det terapeutiske området etterlyses terapeutisk nytte og terapeutisk forsvarlig behandling. Disse ulike gjenstandsområdene må nødvendigvis kommunisere med hverandre, og de ulike logikkene trenger

ikke være uforenlige dersom de «respekterer» sine ulike gyldighetsområder. Under visse forhold kan det likevel bli slik at en logikk som er legitim i én sammenheng (f. eks. økonomi), «trenger inn i» en annen sammenheng (f.eks. klinisk behandling) der den ikke er legitim. I en modell viser Ekeland (2004) en oversikt over ulike logikker, og relasjonene mellom dem: klinikk, tilsyn, styring, forskning og marked. Ekeland (2004) argumenterer for at det innenfor hvert av de disse delsystemene vil finnes en egen logikk:

Dei har alle sine institusjonelle forankringar, organisatoriske og kulturelle særtrekk utifrå tradisjon og ulikskap i oppgåver og funksjonar (Ekeland, 2004, s. 9).

Dette vil kunne medføre vanskeligheter når det gjelder utøvelse av klinisk praksis dersom

... logikkar frå eit system trenger seg inn og et opp logikkar i eit anna, eller kontrollerer premissane for desse slik at det ikkje lèt seg praktisere. Då forsvinn grensene mellom systema, makta kjem i ubalanse, og samanblanding av mål og middel gjer seg gjeldande (Ekeland, 2004, s. 10).

Begrepet «klinisk autonomi» (Ekeland, 2004) omhandler selve kjerneområdet i den kliniske logikken: relasjonen mellom terapeuten og pasienten og hvilket handlingsrom terapeuten har til å legge opp behandlingen ut fra faglige premisser og pasientens forutsetninger og preferanser (jf. brukermedvirkning). Men hva skjer når den kliniske logikken kolliderer med andre logikker – innenfor den samme konteksten? Hva skjer når relasjonen mellom pasienten og terapeuten utfordres av et av de andre delsystemene?

Et kjent eksempel på dette er når styringsformer basert på «New Public Management» (NPM) innføres i en organisasjon. I denne modellen fremheves økonomisk effektivitet, resultatdokumentasjon og markeds konkurranse (Ekeland, 2004; Iversen & Ødegård, 2010). Hensikten med NPM er først og fremst å få kontroll med den sterke kostnadsveksten i offentlig sektor. Da sykehusene ble omdefinert til «helseforetak», ble det lagt til rette for dette også i helsevesenet, ettersom aksjelovens prinsipper med bl.a. økonomiske resultatkrav skulle tas i bruk som sentrale virkemidler (Berg, 1987; Iversen & Gammelsæter, 2011).

I mange år har vi også hatt en stor og vanskelig diskusjon om såkalt evidensbasert praksis (Ekeland, 1999; Gullestad, 2001; Rønnestad, 2008). I hvilken grad har så «kravet om å drive evidensbasert» påvirket de valg terapeuten (i samarbeid med pasienten¹) gjør eller kan gjøre i terapisisituasjonen? Hvilken kunnskap skal ligge til grunn for terapeutens praksisutøvelse? I modellen som er fremsatt av Ekeland (2004), er det altså mulig at ulike logikker i større eller mindre grad vil kunne komme til å konkurrere om plassen, også i terapirommet. I denne artikkelen har vi derfor tatt utgangspunkt i den relativt vide problemstillingen: *I hvilken grad opplever erfarne terapeuter innen psykisk helsevern for voksne at deres kliniske autonomi er blitt påvirket av ytre forhold som sentrale styringsmekanismer, produksjonskrav, antall henvisninger (marked) og tilsyn?*

Vi håper og antar at den tematikken vi tar opp, kan være aktuell for et relativt bredt spekter av psykologer og andre faggrupper. Problemstillingen er valgt for å forsøke å rette søkelys på betingelsene for å gjøre godt psykoterapeutisk arbeid og som en følge av dette nyansere og utvide kvalitetsbegrepet innenfor psykisk helsevern for voksne. Det finnes selvfølgelig ikke noe enkelt svar på hva som er god kvalitet i psykisk helsevern. Det har vært gjort mange forsøk fra både myndighetenes side, det kliniske fagmiljøet og i forskning (se f.eks. Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010; Roth & Fonagy, 2005; Rønnestad, 2008), og det ligger utenfor denne artikkelens rekkevidde å gå inn på kvalitetsbegrepet i vid forstand. Den kliniske logikken, slik den er beskrevet av Ekeland (2004), bygger på kunnskap om hva som fremmer vekst og utvikling hos pasienter med behov for hjelp. Dette kan kanskje beskrives som et slags «kunnskapskonglomerat» som den enkelte terapeut har bygget opp over tid. Det er ikke uten videre enkelt for en terapeut å redegjøre for hvilke valg som blir tatt i samarbeid med pasienten i en terapiprosess, eller hvorfor én terapeutisk relasjon utvikler seg positivt, mens en annen ikke gjør det.

Metode

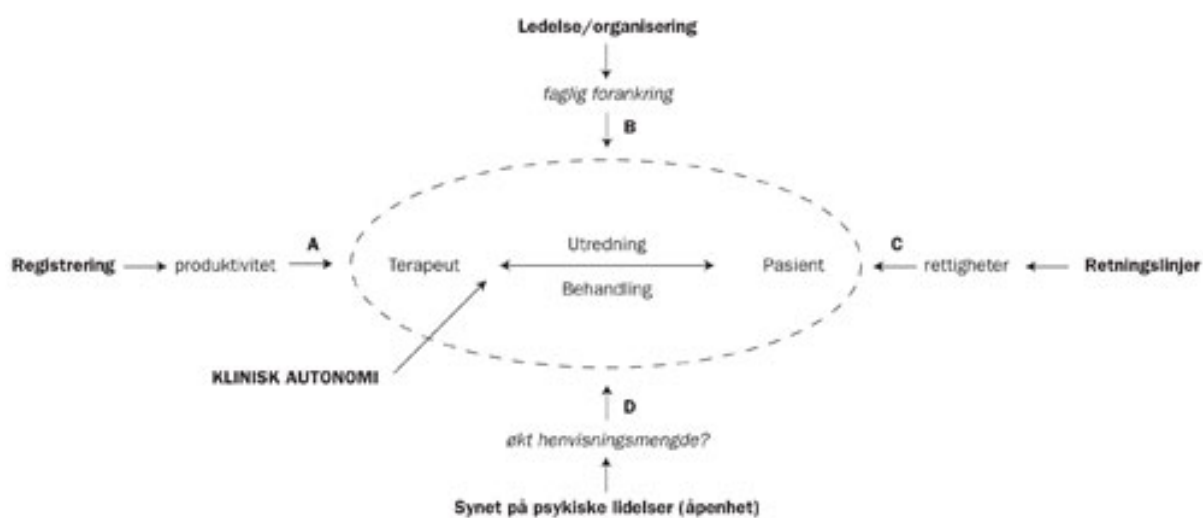
Informanter og kontekst. I denne studien deltok tolv informanter, som arbeidet ved én av to voksenpsykiatriske poliklinikker. Poliklinikkene tilhører samme helseforetak, har felles overordnet ledelse og dekker et befolkningsgrunnlag på vel 70 000 personer. Utvalget kan sies å være basert

¹I denne artikkelen anvender vi begrepet pasient, ettersom vårt utgangspunkt for undersøkelsen er spesialisthelsetjenesten (jf. lov om helsepersonell).

på bekvemmelighet, dvs. at vi valgte en gruppe informanter som var tilgjengelige (Langdridge, 2006). Samtidig er utvalget strategisk ettersom vi ønsket at informantene 1) skulle ha selvstendige terapeutiske oppgaver (behandlingsansvar) og 2) skulle ha lang erfaring fra arbeid innenfor psykisk helsevern for voksne. Det betyr at utvalget kun bestod av psykiatere og psykologspesialister. Av hensyn til konfidensialitet vil vi unnlate å presentere informantene ut over dette.

Intervjustrategi og begrensninger. Det ble utviklet en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009) som bestod av en generell, åpen del der informantene ble bedt om å bidra med sine opplevelser/tan-ker knyttet til psykisk helsevern de siste 15 årene, og en spesifikk del inspirert av Ekeland (2004). Kategoriene som ble benyttet som bakgrunn for intervjuguiden (og analysen), samsvarer ikke helt med modellen som er utviklet av Ekeland (2004). Vi valgte å benytte vår egen fortolkning av hovedkategoriene ved å konkretisere (operasjonalisere) disse. Med *styring* tok vi utgangspunkt i Sykehusreformen (Ot.prp. nr. 66, 2000–2001), der sykehusene ble organisert som foretak og problematiserte innføringen av denne. *Marknad* ble knyttet til antakelsen om at mange har fått et «annet og nytt syn på psykiske lidelser». Med *tilsyn* valgte vi å legge vekt på organisasjonenes ønsker/krav om «registrering» og «måltall». Når det gjaldt *forskning/produsenter*, la vi vekt på «retningslinjer/lover og forskrifter» – som bl.a. bruken av behandlingsveiledere og standardiserte sjekklister i utredningen av psykiske vansker. De enkelte temaene i intervjuguiden ble fulgt opp med utdypende spørsmål, avhengig av informantenes svar. Forfatterne utviklet intervjuguiden sammen. Førsteforfatteren gjennomførte intervjuene, som varte i gjennomsnitt en time.

Figur 1. Klinisk autonomi og fire påvirkningskilder (A–D) basert på Ekelands modell og våre funn.



Analyse. Intervjuene ble transkribert og bestod av vel 48 000 ord til sammen, med et gjennomsnitt på vel 4000 ord (min = 2964, maks = 6004) per enkeltintervju. Analysen kan best beskrives som en tematisk analyse basert på Ekeland (2004) (Braun & Clarke, 2006). Analysen kan også sies å være en adhocanalyse, som ifølge Kvale (1996) kjennetegnes av et åpent samspill mellom ulike analyseteknikker, som kategorisering, meningskondensering og visualisering (f.eks. illustrasjoner). Ofte vil en slik adhocanalysestrategi bevege seg fra det beskrivende og konkrete til det mer konseptuelle og abstrakte.

I grove trekk ble analysen gjennomført slik: Trinn 1) Intervjuene ble lest og diskutert forfatterne imellom. Trinn 2) Utsagn ble identifisert inn under de fire hovedområdene: *styring, marked, tilsyn og forskning/ produsenter*. I denne betydningen er analysen deduktiv, ettersom vi så etter holdepunkter i datamaterialet som kunne bekrefte/korrespondere med de ulike logikkene til Ekeland (2004). Trinn 3) Analysen hadde også induktive elementer, ved at vi (under hver hovedkategori) kodet utsagn og identifiserte flere temaer knyttet til informantenes opplevelser av sin terapeutiske praksis (jf. klinisk autonomi). I denne prosessen benyttet vi dataprogrammet NVivo8. Trinn 4) På bakgrunn av analyseprosessen utviklet vi en modell/illustrasjon. Hensikten med denne er at den visualiserer våre hovedfunn, samtidig som den bidrar til å eksemplifisere modellen til Ekeland (2004) basert på empirien i vår studie. I ettertid ser vi at en analyse som hadde vært noe mer løsrevet fra Ekelands modell (dvs. de kategorier vi anvendte i intervjuguiden), kunne gitt en annen fremstilling av våre funn. Vi kunne for eksempel ha undersøkt nærmere i hvilke kategorier informantene delte seg i sin forståelse, og forsøkt å beskrive hva som forårsaket denne delingen,

Forståelse. I den kvalitative forskningstradisjonen, og kanskje spesielt i den litteraturen som omhandler intervjuer, legger man gjerne vekt på hvordan forskerens subjektive posisjon påvirker de samtalene og det datamaterialet som fremkommer. Forskning på egen praksis gir rike muligheter til å forstå ulike fenomener (som klinisk autonomi). Lykkeslet & Gjengedal (2007) fremhever imidlertid at den samme nærheten kan påvirke funnernes gyldighet og forskerens etiske vurderinger. Som psykologspesialister har vi opplevd at pasientpopulasjonen har endret seg i betydelig grad de siste årene (Dimmen, 2009). Klinisk erfaring tilsier at henvisningsmengden i økende grad omfatter lettere og forbigående tilstander. Spesielt førsteforfatteren, som har arbeidet som terapeut i over 35 år, har en utdannelse og faglig orientering knyttet til terapiretninger med vekt på mer langsomme psykoterapeutiske endringsprosesser. Vi må anta at denne erfaringen i noen grad har påvirket funnene

slik de fremkommer i denne undersøkelsen (Malterud, 2011; Malterud, 2001; Lykkeslet & Gjengedal, 2007).

Forskningsetiske betraktninger. Etter at nødvendige tillatelser var innhentet (NSD), ble informantene kontaktet telefonisk med forespørsel om de ville delta i studien; ingen takket nei. Det ble deretter sendt et brev til informantene der det ble redegjort for hensikten med studien og at de når som helst kunne trekke seg. Informantene ble orientert om at deres opplevelser ville bli anonymisert og at ingen enkeltpersoner på noe tidspunkt ville kunne bli identifisert.

Funn

Figur 1 viser fire påvirkningskilder (A–D) som på forskjellige måter kan ha innvirkning på relasjonen mellom terapeuten og pasienten; registrering (A), ledelse/organisering (B), retningslinjer (C) og synet på psykiske lidelser (D). Begrepene som er satt i kursiv (*produktivitet, faglig forankring, rettigheter og økt henvisningsmengde*), refererer til de mest fremtredende temaene for informantene, ifølge NV ivo8-analysen. Vi skal se nærmere på selve *gjenstandsområdet* der dette kan komme til uttrykk – nemlig hvordan informantene opplever at ytre faktorer (A–D) kan påvirke terapeutenes kliniske autonomi.

Terapeutene utfordres relativt sterkt av produksjonslogikken. Enkelte informanter er opptatt av at ledelsen har utarbeidet såkalte «måltall» for den enkelte ansatte, noe som er helt i tråd med en produksjonsteknologi

Registrering og produktivitet (A). Informantene gir klart uttrykk for at kravet om registrering har innvirkning på møtet mellom terapeuten (T) og pasienten (P).

Vi har fått en foretaksmodell hvor man skal stå til rette for røde tall. Det har blitt en måte å tenke på som i stor grad har forgiftet fagfolk, og man må på et vis vite hvordan kassaapparatet virker.

En ser jo bare på antall konsultasjoner, den faglige biten er helt glemt.

Det at «den faglige biten» er glemt, kan ifølge enkelte informanter medføre at pasientene ikke får det tilbudet de burde hatt. Hvilke konsekvenser vil dette kunne få for pasientene på sikt?

Ofte blir det kun symptombehandling, og så må vi avslutte.

Når trykket er stort (mht. henvisninger), blir det litt til at jeg forenkler utredningene.

Sitatene ovenfor kan tyde på at terapeutene utfordres relativt sterkt av produksjonslogikken. Enkelte informanter er opptatt av at ledelsen har utarbeidet såkalte «måltall» for den enkelte ansatte, noe som er helt i tråd med en produksjonsteknologi. De ansatte vil da kunne få en kontinuerlig tilbakemelding om det gjennomsnittlige antallet konsultasjoner han/hun har hatt i en bestemt tidsperiode. Hva skjer dersom gjennomsnittet ligger under det forventede, hvordan vil ledelsen og arbeidstakeren (terapeuten) forholde seg til dette?

Ledelse/organisering og faglig forankring (B). Funnene viser at informantene i relativt stor grad er opptatt av hvordan ledelsen forholder seg til den faglige utviklingen i behandlingstilbudet. I hvilken grad formidler den faglige ledelsen (teamleder/ overordnet ledelse) at faglig kvalitet er viktig? Hvilke signaler gis dersom ledelsen prioriterer de som «produserer mest» fremfor de medarbeiderne som stiller kritiske spørsmål ved det faglige arbeidet som gjøres? Følgende sitater illustrerer dette:

Det har dessverre blitt slik at psykologer og andre som får høye måltall, belønnes, mens den som driver grundig og god psykoterapi, fort får dårlige måltall.

Det har stort sett vært fokus på omorganisering og på mange sånne ytre rammer. Det har vært lite fokus på fag og kompetanse og kvalitet.

Sitatene ovenfor gir et klart inntrykk av at informantene opplever at ledelsen er mest opptatt av administrative funksjoner. Hvilke arenaer har man egentlig for å diskutere faglige spørsmål, f.eks. om hva som er god tjenestekvalitet? I hvilken grad anser ledelsen det som sin oppgave å stimulere den faglige diskusjonen? Flere informanter ytrer dessuten ønske om et større fokus på faglige spørsmål – også fra ledelsens side, noe følgende sitater viser:

Den faglige biten er glemt, i alle fall er det slik at når vi kommer med forslag om forbedringer og endringer, blir de ikke hørt.

Avdelingsledelsen står i fare for å miste nærheten til og oversikten over hva som er virksomhetens kjernevirksomhet.

Er det slik at tjenestekvalitet i for stor grad har blitt løsrevet fra ledelsens hovedoppgaver, med den konsekvens at ledelsen ikke lenger er opptatt av *kjerneaktiviteten*? I hvilken grad dette handler om teamledelse, avdelingsledelse eller den overordnede ledelsen i foretaket, sier datamaterialet lite om.

Retningslinjer og rettigheter (C). Flere av informantene er opptatt av at pasientene har fått økte rettigheter bl.a. gjennom endringer i lovverket, noe følgende sitater vitner om:

Vi har jo fått et lovverk som har blitt mer riktig i forhold til personvernet... som ivaretar pasientens rettigheter til få behandling ... ivaretar menneskeverdet på en bedre måte.

Det har kommet flere prosedyrer for hvordan vi behandler søknader og hvordan tilbakemelding skal gis ... og ventelistegarantier og frister og slikt.

Dette er utvilsomt positive endringer, noe som også vektlegges når det gjelder betydningen av nasjonale veiledere:

En annen ting som er positivt, er jo utviklingen av nasjonale behandlingsveiledere som fokuserer på grundig utredning og diagnostisering.

Vi har fått flere behandlingsinstrumenter, slik at behandlingen har vel blitt mer differensiert.

Disse positive endringene har imidlertid også en bakside. Bedre rettigheter for pasientene og bedre retningslinjer for behandling synes å ha innvirkning på hvordan terapeutene velger å dokumentere sin faglige aktivitet. Dette skjer f.eks. gjennom journalarbeid og annen registrering (jf. pkt A). Enkelte sitater gir holdepunkter for at dokumentasjonskravet har blitt så stort at det går på bekostning av den tiden som kan anvendes på direkte kontakt med pasientene. Flere av informantene var inne på dette:

Det har blitt et sterkt økende krav til dokumentasjon. Det blir et sterkt fokus på at en skal ha ryggen fri.

Ledelsens og myndighetenes måte å kontrollere virksomheten på kan ende opp i rent anstaltmakeri.

Synet på psykiske lidelser (åpenhet) og økt henvisningsmengde (D). Informantenes uttalelser gir god grunn til å tro at synet på psykiske lidelser har endret seg, noe følgende sitater illustrerer:

Terskelen for at folk skal gå til fastlegen for å bli henvist, er redusert.

Folk står frem med sine beretninger; dette er ofte ressurspersoner.

Informantene antyder altså at det har skjedd en positiv utvikling i retning av mer åpenhet omkring psykiske vansker. Utviklingen har imidlertid også innvirkning på informantenes praktiske arbeidsdag, ettersom henvisningsmengden oppleves som sterkt økende. Mange av informantene rapporterer også om at de må «ta unna i henvisningsbunken» så ventelistene ikke blir for lange, og sørge for ikke å bryte den såkalte «ventelistegarantien» eller undersøkelsesfristen (30 dager).

Vi har fått lange ventelister og en innskjerping på å avslutte (behandlingen).

Er det presset fra ventelisten eller faglige vurderinger som skal være behandlingsmålet?

Dette synes også å utvane begrepet «spesialisthelsetjeneste », ettersom enkelte sitater antyder at tjenestetilbudet har endret seg:

Vi ser jo også en utvikling i retning av at alt skal behandles, «har du vondt en plass, skal det fjernes».

Mange henvisninger er ikke psykiatri; vi må bruke mer tid på å sortere.

Spørsmålet blir altså om det er rom for variasjon i behandlingstilbudet (f.eks. langvarige terapeutiske prosesser) i et system som både vektlegger høy produksjonshastighet og har mange «kunder» (høyt antall henvisninger).

Diskusjon

Informantene i denne studien synes å oppleve at deres kliniske autonomi påvirkes av økt overordnet styring, økt krav om dokumentasjon, økt krav til standardisering og økt henvisningsmengde. Samlet sannsynliggjør dette at informantene opplever at deres kliniske autonomi er redusert og endret. Dette samsvarer i så fall med en studie gjort innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) (Ekeland et al., 2011).

God tjenestekvalitet er ifølge Donabedian (1966) og Ahgren (2007) et resultat av mange faktorer i samspill. Et eksempel på dette er at informantene i stor grad opplever at ledelsen er for lite opptatt av faglige spørsmål, samtidig som terapeutenes kjernevirksomhet nettopp handler om kontinuerlige faglige valg knyttet til utredning og behandling. I hvilken grad diskuterer ledelsen og terapeutene faglige spørsmål, slik at de ulike dilemmaene terapeutene opplever, blir synliggjort? I hvor stor grad må/bør terapeuten tenke på «inntjening» i forhold til å yte faglig adekvat hjelp? Hvordan stiller den overordnede ledelsen seg til dette dilemmaet? Hvis ledelsen, mer eller mindre bevisst, formidler at det økonomiske regnskapet må/bør se bra ut, kan ikke da dette føre til at terapeuten blir stående i et krysspress, noe som i sin ytterste konsekvens også påvirker den terapeutiske relasjonen? Som det fremkommer av funnene, viser flere av sitatene også at terapeutene opplever at det er viktig å registrere stort nok antall konsultasjoner – jf. «du må vite hvordan kassaapparatet virker».

I lys av Ekeland (2004) er det nærliggende å forstå dette slik at delsystemene A og B i figur 1 særlig preges av en produksjonsideologi – der antall produserte enheter (konsultasjoner) og kostnadseffektivitet står som fremtredende eksempler. Dette samsvarer også med Iversen & Gammelsæter (2011), som også drøfter mulige konsekvenser av rasjonalistiske og formative prosesser, for eksempel «avstandsledelse». Informantene i denne studien synes å etterlyse en større nærhet til ledelsen, spesielt i faglige spørsmål. En uheldig utvikling vil være, som Ekeland (2004) hevder, at «logikkar frå eitt system trenger seg inn og et opp logikkar i eit anna» (s. 9).

Et annet delsystem som kan påvirke terapeutens kliniske autonomi, kan knyttes til utviklingen av såkalte behandlingsveiledere (jf. evidensbasert praksis). Hensikten med behandlingsveiledere er god på den måten at det vil kunne sikre adekvat behandling (jf. Roth & Fonagy, 2005), noe som også bekreftes av informantene i denne studien. Men behandlingsveiledere og andre standardiserte utredningsverktøy kan også oppfattes som en inngripen i behandlerens selvstendige (autonome) vurdering, kanskje spesielt gjennom økte krav om dokumentasjon av den terapeutiske virksomheten. Hva skal dokumenteres, og i hvilken hensikt? Vil vi kunne komme i en situasjon der terapeutisk virksomhet preges av det en kan kalle «skjemautredning » og «skjemabehandling»?

Funnene gir også klare holdepunkter for at det har blitt langt større åpenhet omkring psykiske vansker enn tidligere, noe som gjenspeiles i henvisningsmengden. Denne utviklingen avstedkommer en rekke spørsmål. Hvilke deler av behandlingsskjeden skal gi tilbud om hvilken type behandling? Hvor spesialisert skal spesialisthelsetjenesten være? Hvor mange terapeuter bør arbeide innenfor psykisk helsevern jamført med førstelinjetjenesten? Dette er spørsmål det bør tas stilling til, bl.a. for å unngå det terapeutene i denne studien opplever, nemlig at arbeidsdagen ofte blir brukt til administrasjon og korte terapeutiske intervensjoner. Kan det tenkes at psykisk helsevern (i alle fall poliklinisk sett) i større grad enn tidligere gir konsultasjon og rådgivning snarere enn et adekvat terapeutisk tilbud?

På bakgrunn av denne kvalitative studien kan vi ikke trekke slutninger om i hvor sterk grad ulike ytre påvirkninger preger terapeutens kliniske autonomi. Studien tyder imidlertid på at ytre forhold (jf. punktene A–D i figur 1) samlet sett er med på å skape en situasjon der den kliniske logikken (herunder behandlingskvaliteten) er «truet» av andre logikker. Som det fremkommer av funnene og påfølgende diskusjon, er det god grunn til å problematisere kvaliteten og reflektere grundig over utviklingstrekk knyttet til behandlingstilbudet innenfor psykisk helsevern for voksne. Hvilke konsekvenser vil det kunne få på sikt dersom det ikke lenger er terapeutene som har styringen over de faglige prioriteringene? I lys av sentral terapiforskning (Duncan et al., 2010) kan ikke god tjenestekvalitet ses isolert fra generelle og virksomme terapeutiske faktorer, som respekt, empati og terapeutens oppmerksomhet. Vil terapeutene kunne opprettholde disse kvalitetene dersom den kliniske autonomien innskrenkes for mye?

Funnene våre tyder på at terapeutens kliniske autonomi er satt under betydelig press.

Hvordan vil terapeutrollen utformes i fremtiden, og hvem bestemmer?

Metodiske betraktninger og fremtidig forskning. Utvalget i denne kvalitative studien gir ikke grunnlag for å generalisere funnene til andre terapeuter eller andre voksenpsykiatriske poliklinikker. Vi har kun intervjuet en mindre gruppe spesialister (psykiatere og psykologspesialister) og vet ikke hvordan andre profesjonsgrupper opplever den utviklingen vi har forsøkt å analysere. Videre kan det ikke utelukkes at forskernes forforståelse kan ha farget funnene i noen grad, noe som alltid er en fare ved kvalitative studier. Samtidig er det vår klare oppfatning at denne studien gir et innblikk i en gruppe terapeuters hverdag som tidligere i liten grad har vært gjenstand for oppmerksomhet. I ettertid ser vi også at analysen og diskusjonen kunne lagt større vekt på grenseoverskridelser/logikksammenblanding. Dette ville bidratt til å klargjøre hva som for eksempel er misnøye med ledelse, stress/slitasje som følge av høyt arbeidspress og lignende, og hva som er reelle logikksammenblandinger.

Det kunne vært interessant å undersøke et større utvalg av klinikere mht. hvordan og i hvilken grad de opplever at deres kliniske autonomi har blitt endret som følge av ytre forhold. Kvantitative studier, der spørreskjema utvikles bl.a. på bakgrunn av Ekelands modell, kunne også vært interessant.

Konklusjon

Rammebetingelsene for sykehusdrift i Norge har endret seg betydelig i de siste årene. Samtidig som store økonomiske midler har blitt tilført, har også kravene til budsjettbalanse og effektivitet blitt skjerpet. Innenfor psykisk helsevern for voksne kan dette ha ført til konfliktfylte avveininger for den enkelte terapeuten. I denne kvalitative studien av klinisk autonomi i spesialisttjenesten innenfor psykisk helsevern for voksne har tolv erfarne spesialister blitt intervjuet. Svarene deres er tolket i lys av Ekelands modell. Funnene våre tyder på at terapeutens kliniske autonomi er satt under betydelig press fra andre delsystemer (logikker). Det åpner for to store spørsmål: Hvordan vil terapeutrollen utformes i fremtiden, og hvem bestemmer?

Referanser

- Ahgren, B. (2007). *Creating Integrated Health Care*. Doktoravhandling. Nordic School of Public Health. Göteborg.
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Dimmen, Ø. (2009). Kvalitetsforringelse i psykisk helsevern for voksne? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 293–295.
- Donabedian A. (1996) Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166–203.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. & Hubble, M. A., (red.) (2010). *The Heart & Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*. American Psychological Association: Washington, DC.
- Ekeland, T.-J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1036 - 1047.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Notat. Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo.
- Ekeland, T.-J., Stefansen, J. & Steinsø, N-O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 14, 2–14.
- Foss, T. & Wifstad, Å. (2011). Humanismens vilkår i prosedyrenes tid. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 545–549.
- Gullestad, S. E. (2001). Hva er evidensbasert psykoterapi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 38, 942–950.
- Iversen, H. P. & Ødegård, A. (2010). Samarbeid og ledelse i en akutenhet. *Tidsskrift for Psykisk Helsevern*, 7, 130–141.
- Iversen, H. P. & Gammelsæter, H. (2011). Reformen i utakt. Selvorganisering eller avstandsledelse i psykisk helsevern, *Nordiske Organisasjonsstudier*, 14, 28–50.
- Kvale, S. & S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. (1996). *An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Lykkeslet, E. & Gjengedal, E. (2007). Methodological Problems Associated With Practice-Close Research. *Qualitative Health Research*, 17, 699–704.

- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483–488.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ot.prp nr. 66 (2000–2001). *Om lov om helseforetak*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom? A critical review of psychotherapy research*. Second edition. New York: The Guilford Press.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 444–454.
- Stefansen, J. & Steinsø, N.-O. (2006). *Den kliniske autonomiens vilkår*. Hovedoppgave, Det Psykologiske Fakultet, Universitetet i Bergen.
- St.prp nr. 63 (1997–98). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.