

Vidar Bjørn:

Hva er 'e vi driver med ?

- om RoP-lidelser, samfunnet og hjelpeapparatet

Om mitt særlige ståsted:

Om forfatteren av denne teksten kan kort sies: Mann født 1948, utdannet lege 1979. Nyblitt pensjonist våren 2014. Samfunnsmedisinsk (og altså ikke -klinisk) arbeid siden 1982. Gammelt mellomfag i sosiolog, og noe seinere mastergrad helseadministrasjon/ledelse (MHA). Åtte år som kommuneoverlege og kommunal helsesjef. To lange perioder hos Fylkeslegen/Fylkesmannen i Vestfold – sist (1998-2010) som ansvarlig for etatens oppgaver under Opptrappingsplanen for psykisk helse. Siste arbeidsforhold før pensjonering som leder for prosjektet "SPoR Vestfold – samhandling psykiatri og rus (2010-2013)". Fra høsten 2014 mastergradsstudent i "Praktisk kunnskap" ved Universitetet i Nordland, Bodø.

Jeg takker SEPREP, NAPHA og Høgskolen i Buskerud og Vestfold som har bidratt til å finansiere at jeg i 20 % stilling i åtte måneder mot slutten av 2014 har kunnet jobbe med å utvikle denne teksten og et tilsvarende undervisningsopplegg.

Kort om hvorfor jeg skriver denne teksten

I denne teksten vil jeg prøve å oppsummere noen erfaringer og tanker jeg har gjort gjennom de seneste årene om tverrfaglig utviklingsarbeid på feltet rus og psykiatri (RoP). Det er et område som er preget av stor diskrepans mellom overordnet målsetting og dokumentert oppnådd effekt. Feltet har fått stor oppmerksomhet både politisk og gjennom normerende dokumenter i form av nasjonale retningslinjer og faglige veiledere.^{1) og 2)} Men så skal de gode intensjonene settes ut i live. Det er

oppgaver for hverdagen og det praktiske livet i hver avkrok helsevesenet. Ludvig Holberg sa det slik i "Den politiske kandestøper":

"Et er et sjøkart at forstå – et annet et fartøy at føre"

De seineste årene har en del av jobben min vært undervisning og veiledning. Jeg har erfart at høyskolestudenter og nyutdannede medarbeidere innen helse- og sosialfag i høy grad blir formet av en "vertikal" forståelse av hva som er "godt fag" og "viktige oppgaver": Hvor de er utdannet og hvor de jobber smaler av og preger deres tenkning. I det daglige møtet med pasienter/klienter/brukere er de dårlig forberedt på i hvor sterk grad arbeidsoppgaver og problemløsning i praksis foregår "horisontalt" - på tvers av formelle fag- og forvaltningsstrukturer, og ofte i en gi-og-ta prosess mellom det ideelle og det praktisk mulige. Det vi har jobbet med i undervisningen og veiledningen er sammen å lete fram og sammenstille begreper fra ulike fagområder som har vist seg å være gode "å tenke med" når fagfolk sammen ønsker å reflektere over egne arbeids- og samarbeidserfaringer, lære av dem, og delta "bottom-up" i utviklingsarbeid. Slike utviklingsinitiativ er sterkt ønsket både helsepolitisk, faglig og sett med brukerøyne, og innebærer også en oppgradering av praktisk yrkeserfaring og kyndighet som kilde til kunnskap.

Studenter jeg har undervist og medarbeidere jeg har veiledet har oppfordret meg til "å skrive ut stoffet" vi har jobbet med. Nå har jeg fått tid og anledning til å gjøre det.

Dette er ikke en vitenskapelig tekst – den er ment å være personlig og reflekterende. Teksten ligger nok nærmere essaytradisjonen enn en tradisjonell fagartikkel. Eller kanskje er det egentlig fire kronikker sammenstilt. Jeg vil bruke minst mulig tid og plass på ting andre har skrevet mye bedre om enn jeg er i stand til, og vil isteden legge vekt på hvordan verden tar seg ut fra mitt særlige ståsted.

Jeg vil forsøksvis strukturere stoffet under fire overskrifter:

1. Om RoP-pasienter og RoP-lidelser
2. Om RoP-pasienter og hjelpeapparatet
3. Om å jobbe med RoP-pasienter
4. Om ledelse, iverksetting og endring

Etter hvert som jeg jobber med stoffet blir jeg mer og mer opptatt av å utforske det *tredje* av disse punktene: Hvilken kilde til forståelse, utvikling og fornyelse av arbeidet på RoP-feltet kan vi få tak i hvis vi gransker *medarbeidernes kyndighet* slik den utvikler seg i spenningsfeltet mellom på den ene siden overordnede politiske og faglige intensjoner – og på den andre siden den nytten pasienter/brukere har av tiltakene?

Kort om SPoR-prosjektet

Denne teksten refererer mange ganger til prosjektet "SPoR Vestfold 2010-2013 – samhandling psykiatri og rus". SPoR-prosjektet ble iverksatt fordi ledere i spesialisthelsetjenesten og fem samarbeidende kommuner var enig om at det var store behov for og muligheter for forbedring i arbeidet med psykososial rehabilitering av Rop-pasienter. Styringsgruppa vedtok følgende *overordnede formål*:

”... å sikre helhetlig, sammenhengende og kostnadseffektive pasientforløp og bedre brukeropplevd nytte av samlede behandlings- og rehabiliteringstiltak når tjenesteytende enheter på begge nivå er involvert ...”

og følgende målgruppe

”... personer som pga alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusproblem i kombinasjon med andre vansker har behov for langvarig, sammensatt og omfattende hjelp fra både spesialisthelsetjenesten psykisk helse og rus, og fra kommunen – med særlig vekt på de som har vansker med å nyttiggjøre seg gitte tilbud ...”

Prosjektet formulerte en *hverdagsfilosofi*:

- *Våre brukere/pasienter er hele og individuelle*
 - *enten vi jobber i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten*
 - *enten han/hun for tiden er innlagt eller ikke*
 - *enten rus eller psykiatri er mest dominerende akkurat nå*
- *Vi leter sammen etter årsaker når ting ikke går bra*
- *Vi søker sammen etter hva hver og en kan bidra med for å finne bedre løsninger*
- *Vi skal først i og fremst ikke skape problemer for hverandre*

SPoR var et lite utviklingsprosjekt, og hadde ikke vitenskaplige ambisjoner. Det ville rette et kritisk blikk på egen praksis, og styrke brukerperspektivet og medarbeiderperspektivet. Dette reflekteres i at rapporten fra prosjektet fikk tittelen: *”Hva er ’e vi driver med ?”* ³⁾

1) Om RoP-pasienter og RoP-lidelser

Folkehelsutfordringen

I nær fortid har vi med oss erfaringen om at langtidspatientene innen feltet psykisk helsevern tidlig på 1990-tallet fremsto som "velferdsstatens forsømte gruppe" – noe som ga opphav til tidenes "sosialmedisinske dugnad" i Norge: Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008. Allikevel kan det se ut som om RoP-feltet ble "det forsømteste" av alt etter rusreformene i 2003-reformene. Da rusfeltet ble en del av spesialisthelsetjenestens ansvar, var det på bakgrunn av uttalte intensjoner om styrking og integrering av sosialfaglig og helsefaglig tilnærming. Når helsemyndighetene ca. ti år etter reformene fant grunn til å utvikle kraftige faglig normerende innspill ^{1) og 2)} må det kunne ses som uttrykk for at reformene ikke ga det ønskede løftet i tiltak for personer med RoP-lidelser.

Denne teksten har som formål å reflektere omkring hvordan det kan oppstå så stor diskrepans mellom politiske og faglige ønsker og prioriteringer på den ene siden – og de resultater hjelpeapparatet klarer å levere på den andre siden.

Psykisk helse og rus er en av våre store folkehelseutfordringer, og ser ut til å ville bli det i økende grad. Jeg er ikke særlig god med tall, og må ha grove huskereglar. Når det gjelder psykiske lidelser husker jeg brøken 1/3:

- Ca. 1/3 av befolkningen blir psykiatrisk behandlingstrengende i løpet av livet
- Ca. 1/3 av konsultasjonene hos allmennlegene gjelder psykiske lidelser
- Ca. 1/3 av uføretrygdede har psykiatrisk diagnose

Det er stor overlapping mellom psykisk helse og rus. Tallene kan nyanseres med hensyn til ulike diagnose, men for mitt formål her er det godt nok å tenke at det er ca. 50 prosent gjensidig overlapping mellom alvorlige psykiske lidelser og alvorlige ruslidelser. Fra ulike kilder har jeg dannet meg dette enkle tilstandsbildet av RoP-lidelsene:

- Ca 50 % debuterer før 15 års alder
- Ca. 75 % debuterer før 25 års alder
- 2 av 3 har ingen erfaring fra arbeidslivet
- De aller fleste sliter med sine plager resten av livet
- Som gruppe lever RoP-pasienter 15-25 år kortere enn gjennomsnittet
- Dersom man betrakter RoP-pasienter som èn sykdomsgruppe, så har gruppen flere tapte leveår enn noen andre sykdomsgrupper – men her dreier det seg selvfølgelig om mange ulike dødsårsaker (forgiftninger, ulykker, et flertall somatiske tilstander)

Og da har vi ikke begynt å snakke om *livskvalitet*. Mange av RoP-pasientene lever veldig vanskelig liv.

Jeg sitter igjen med bildet av at et av våre aller største folkehelseproblemer så langt ikke har funnet sitt tiltenkte og rettmessige rom i "det medisinske hus". Det er i strid med alle helse- og velferdspolitiske intensjoner. Hvordan kan det forklares ?

Tause hierarkier ?

Det er et uttrykk: "Jeg får høre hva jeg sier, så skjønner jeg hva jeg tenker". Er det tilfeldig at vi spontant sier: Han *er* schizofren, og han *har* astma ? Av og til omskriver vi og sier: Han *lider* av schizofreni, og han *lider* av astma. Men spontant sier vi: Han *er* gal, rusmiddelavhengig, funksjonshemmet, dement, fet. Mens vi sier: Han *har* hjerteinfarkt, kreft, beinbrudd, lungebetennelse. Umiddelbart kan det virke som om noen diagnoser mer enn andre innebærer en mer total og endelig beskrivelse av den som har diagnosen. Kan det være slik art denne ulike ordbruken også innebærer en tenkning om prognose – og en grad av grad av *avskrivelse* ?

Det foreligger forskning⁴⁾ som viser at det blant norske leger eksisterer et taust hierarki som gir ulik status til ulike sykdomstilstander og ulike faglige spesialiteter. Legeprofesjonen dominerer helsevesenet, slik at legers tenkemåte lett blir hele helsevesenets logikk. Da rusfeltet ble en del av spesialisthelsetjenesten ble det også underlagt en medisinsk "sykdomslogikk". Jeg tror ikke det bare var av det gode.

Hva innebærer det å være syk ?

Det engelske språket har mer nyanserte begrep om sykdom enn det norske. På engelsk skiller det mellom tre aspekt ved sykdom, som jeg tenker kan hjelpe oss å forstå noen sammenhenger:

- Disease den objektive faglige observasjonen av symptomer og tegn på sykdom
- Illness den subjektive opplevelsen av ubehag som følger sykdom
- Sickness de sosiale konsekvenser av sykdom – sykerollen

Av disease-dimensjonen kan avledes hvordan ulike tilstander er medisinsk faglig forstått, og om det foreligger mulighet for vellykket og effektiv faglig intervensjon. Gjør det det, følger optimisme, hederlig omtale og høy status. De mer personlige dimensjonene illness/ubehag og sickness/konsekvens tillegges mindre vekt i den profesjonelle selvforståelsen. Ubehag kan lindres, og konsekvenser kan kompenseres. Allikevel er det de tilstandene som i størst grad trigger helsevesenets iboende behandlingsoptimisme som oppnår mest hederlig omtale og høyest status.

Jeg er ikke i tvil om at det fortsatt hefter en moralsk dimensjon ved RoP-lidelser, med forestillingen om selvforskyldt rusmiddelbruk. At mange RoP-pasienter er ambivalente til å komme fri av lidelsen, gjør ikke moraldiskusjonen lettere: "*Ikke bare er det selvforskyldt, men han gidder ikke en gang å prøve å hjelpe seg selv*".

Jeg har ofte tenkt at det er en likhet mellom rusmiddelavhengighet og infeksjonssykdommer: Ja, jeg har kunnskap om hva jeg kan gjøre for å unngå å bli syk. Men hvis jeg allikevel er uheldig eller opptrer uhensiktsmessig og pådrar meg sykdom, så vil tilstanden ha tendens til å følge sitt eget forløp, som det kan være vanskelig å komme fri av.

I SPOR-prosjektet jobbet psykisk helsevern og fem kommuner i Vestfold i to år med å bedre samhandlingen seg i mellom og med 22 pasienter/brukere som var rekruttert blant dem vi selv syns vi hadde lyktes særlig dårlig med. 95 % av prosjektdeltakerne var RoP-pasienter. Vi erfarte altså at

RoP-problematikk er omtrent ensbetydende med at samarbeidsproblemer vil oppstå – både mellom brukeren og hjelpeapparatet, og mellom ulike enheter i hjelpeapparatet.

De aller fleste sykehistoriene var varianter av dette:

- Sårbarhet fra barndommen med bakgrunn i egen lidelse, sviktende omsorg eller traumatiske hendelser
- Adferdsvansker i barnehage og skole
- Rusing i teenårene
- Drop-out fra skolen
- Manglende læring og modning i viktige år
- Identitet som rusmiddelbruker
- Svak mestring av voksenlivet
- Gjentatte relasjonsbrudd både privat og med personer i hjelpeapparatet
- Psykiatrisk diagnose seint i tjueårsalder

RoP-lidelser illustrerer en forståelse av sykdomsutvikling som ubalanse mellom sårbarhetsfaktorer og mestringsressurser. I SPoR-materialet var det regelen mer enn unntaket at de som endte opp som RoP-pasienter hadde vært kjent av flere instanser i hjelpapparatet fra barndom eller tidlig ungdom. Ingen del av hjelpeapparatet hadde tilstrekkelig mandat, metodikk eller ressurser til alene å ta tak i situasjonen på en effektiv måte, og rutineene for samhandling enhetene imellom var ikke godt nok utviklet til at de klarte det sammen. Pasientene/brukerne hadde tendens til å "skli i systemet" i årevis. Deres livsproblemer førte i større grad til etterspørsel etter velferdsytelser enn etter behandlingstilbud, og det var svært vanlig med aktivt unnvikende adferd overfor psykiatrien. Flere fortalte at de følte seg oversett og sviktet av et helsevesen som ikke respekterte deres egne livsvalg, og at de reagerte med "motavvisning" av helsevesenet.

Vi ble oppmerksom på at mange av prosjektdeltakerne opplevde sider ved hjelpeapparatets praksis som et nærmest kontinuerlig angrep på deres *selvaktelse*. For eksempel beskrev mange av deltakerne erfaringene med store ansvarsgrupper med ord som må kunne beskrives med ord som *fremmedgjøring og avmakt*. En av deltakerne sa omtrent dette – utsagnet er redigert og konsentrert:

Dere er mer opptatt av dere selv enn av meg. Dere hører ikke på hva jeg sier. Dere skjønner ikke hva som er viktig for meg. Jeg vet jeg er syk og trenger å ta medisiner, men legen tar ikke hensyn til hva jeg sier om at bivirkningene plager meg. Jeg har to store problem i livet. Det ene er at seksuallivet mitt er helt ødelagt av overmedisinering. Det andre er at jeg har så dårlig økonomi at jeg ikke har sjanse til å leve det livet jeg ønsker. Det dere holder på med henger ikke sammen. Skjerp dere ! Det er forresten fint at dere omsider har blitt mer opptatt av samhandling !

Mange av deltakerne benektet at de var psykisk syke (disease), og hadde helt andre forklaringer på sine livsproblemer. Mange var ikke særlig sterkt plaget av sykdomssymptomer (illness), men var svært opptatt av de negative sosiale konsekvensene av sykdommen (sickness).

Helsevesenet kan altså ta seg helt forskjellig ut avhengig av om vi betrakter det ovenfra og ned (top-down) eller nedefra og opp (bottom-up). For meg fremstår det som et hierarki som er snudd opp ned:

Fra et profesjonelt ståsted er prioriteringene: *sykdom > plage > konsekvens*

Fra pasientståsted er prioriteringene: *konsekvens > plage > sykdom*

Hvis det er riktig at verden ser så forskjellig ut, er det naturlig å stille spørsmålet: "Hva er 'e vi driver med?" Uten noenlunde like bilder av prioritering og hva som er målsettingen med omfattende og kostnadskrevede tiltak, er det helt logisk at brukernes/pasientenes nytteopplevelse ikke står i noe rimelig forhold til ressursinnsatsen.

Det er grunn til å være forsiktig med å bruke begrepet "kroniker" i helsevesenet. Begrepet har med *tid* å gjøre, og brukes ofte synonymt med *varig*. Sett baklengs er det ofte riktig å si at "tilstanden fikk et kronisk forløp". Men ut fra et humanistisk og optimistisk livssyn er det riktigere å si at "tilstanden har så langt vært preget av langvarige og sammensatte vansker – allikevel må vi prøve å unngå at tilstanden blir varig." RoP-lidelser har notorisk et *sirkulært*, ikke et *lineært* forløp, og over tid foregår intervensjonene på kryss og tvers i hjelpeapparatet. Det "kroniske" forløpet presenterer seg som en lang rekke av akutte episoder. Dramatikken i de akutte hendelsene har tendens til å skygge for forløpsperspektivet.

Kanskje er det slik at det er i møtet med selve *kronikerbegrepet* at den profesjonelle, medisinsk dominerte rasjonaliteten har sin begrensning når det gjelder RoP-pasientene. Medisinens utvikling går i retning av det dype, det smale, det intervenserende, det forandrende. "*Finn feilen og korrigeren*". Der *aktiv og forandrende* innsats ikke oppleves å ha noen suksess, trekker medisinene seg tilbake, og overlater arenaen til faggrupper som jobber ut fra en mer *omsorgsorientert rasjonalitet*. Da rusmiddelavhengige fikk pasientstatus, fikk de i en viss forstand også "plikt til" å nyttiggjøre seg tiltakene – eller å bli marginalisert i det medisinske hus: Avskrevet som ikke i stand til å nyttiggjøre seg medisinsk intervensjon.

Det er i spenningen mellom på den ene siden behandlingsrasjonaliteten og på den annen side omsorgsrasjonaliteten at RoP-pasientenes særpreg kommer fram. Satt på spissen: *RoP-pasientene er i like høy grad psykososialt funksjonshemmet som de er syke. Effektive tiltak må ha mer preg av psykososial rehabilitering enn av behandling, og mer preg av motivering enn av omsorg*. Kanskje er det riktigere å snakke om *habilitering* enn om rehabilitering, fordi mange *aldri* har mestret livet.

(Re)habilitering dreier seg i stor utstrekning om å endre fokus fra svikt til ressurs. Det er et tveegget sverd for en stor og vanskeligstilt gruppe mennesker – RoP-pasientene - å få nye rettigheter som pasienter, i et system som i liten grad innehar og vektlegger det de trenger kanskje aller mest: Pedagogisk kompetanse. RoP-pasienter er som regel preget av ensomhet, ambivalens, og tendens til tilbaketrekning. De trenger hjelp til å få hverdagen til å henge sammen, og de trenger respekt for hva som er deres egen målsetting med livet. Mange av deltakerne i SPoR-prosjektet uttrykte frustrasjon over hvor vanskelig det var å komme i gang med aktiviteter som støtter opp om egne talenter, kulturelle interesser, daglig sysselsetting og sosial deltakelse – kort sagt: Hjelp til å ta i bruk sine egne mestringsressurser. Deltakerne var mer opptatt av *kvalitet* enn av omfang av hjelpetiltakene, og prosjektet oppsummerte hva de mente med kvalitet i disse punktene:

- Individuelt tilpasset
- Påregnelig og tilgjengelig når behov oppstår
- Koordinert og sammenhengende

- Samtidighet
- Oppsøkende og arenuavhengig ved behov
- Levert med respekt

Det var to ord som sto særlig tydelig frem i brukerkontaktene i SPoR-prosjektet:

- At hjelperne må bidra til å holde liv i *håpet* om et varig og vesentlig bedre liv
- At hjelperne må bygge opp under deres *selvaktelse* – og i hvert fall ikke opptre slik at den undergraves ytterligere

Når brukerne/pasientene ikke klager på det vi gjør, men på måten vi gjør det på – da bør vi være lydhøre. Vi vet mye om hva som virker positivt og hva som virker negativt i en psykososial rehabiliteringsprosess. I figur 1 nedenfor er dette fremstilt i en modell med utgangspunkt i en narrativ og salutogenetisk/patogenetisk teori: ⁵⁾



Figur 1.

2) Om RoP-pasienter og hjelpeapparatet

22. juli-kommisjonen

Jeg leste rapporten fra 22. juli-kommisjonen⁶⁾ med stor interesse. Kommisjonens oppdrag var å gjennomgå de tragiske terroranslagene mot Regjeringskvartalet og AUF-leiren på Utøya 22. juli 2011 og svare på spørsmålene: Hva skjedde? Hvordan skjedde det? Hvordan kunne vårt samfunn la det skje?

Helsevesenet kom godt ut av evalueringen. Det skulle kanskje bare mangle, fordi det helsevesenet ble prøvet på den dagen var det vi har trent mest på – katastrofehåndtering. Omstendighetene var spesielle og omfanget stort. Men oppgavens art var godt kjent, og helsevesenet bestod prøven.

Men jeg som stort sett har jobbet i "den andre enden" av norsk helsevesen – med det langsomme, det kroniske, det sammensatte, det sosialmedisinske – jeg fikk gjenkjenning av beskrivelsen av vår offentlige forvaltning som langt fra så moderne, strømlinjeformet og velsmurt som vi ønsker å se oss selv. Her er en stikkordmessig oppsummering av de karakteristikene kommisjonen ga som ga meg størst gjenkjenning:

- Betydelige ressurser tilgjengelig, men de fant hverandre ikke da det trengtes som mest
- En tilstivnet vertikal struktur hemmer hensiktsmessig horisontal samordning
- En kultur for "å gjøre ting riktig" heller enn "å gjøre de riktige tingene"
- Tendens til overstyring og underledelse
- Manglende kultur for "resultatorientert lederskap" – det vil si gjennomføringsevne innen eget ansvarsområde
- En tendens til å telle det som er lett å telle (innsats) istedenfor det som er viktig å telle (resultat)

Den som jobber i helsevesenet og har en opplevelse av at alt ikke er så bra som det burde hos oss, kan altså trøste seg med at det er problemer på andre samfunnssektorer også. Jeg tar med meg perspektivet fra kommisjonen videre i denne teksten. Jeg er overbevist om at den som forstår mer av det kompliserte samspillet mellom fag, økonomi, jus og politikk som styrer offentlig forvaltning, både vil trives bedre i jobben, være mer utholdende, og bidra mer effektivt til den samlede oppgaveløsningen i samfunnet.

Resultat- og målstyring

Uavhengig av en tradisjonell høyre-venstreakse ("mer eller mindre stat") har det i Norge siden 1980-tallet vært stort politisk fokus på effektivisering og rasjonalisering. Markedsetterlignende modeller har kommet til å prege også offentlig forvaltning. Begrep som *målstyring* og *new public management*

(NPM) har stått sentralt i diskursen. Dokumentasjon, rapportering og kontroll har kommet til å prege hverdagen til ansatte på alle nivåer i helsetjenesten – helt ut i ytterste tjenesteytende ledd. I kommunesektoren har målstyringsparadigmet slik jeg forstår det gitt seg særlig to utslag i et flertall av kommunene:

- Innføring av *tonivåmodellen* – som innebærer at de tidligere etatene (helse/sosial, teknisk, skole/oppvekst osv.) er borte fra organisasjonskartet, slik at lederne for et høyt antall virksomheter eller resultatenheter har rådmannen som nærmeste overordnede
- En bestillerenhet som fatter vedtak om rett til kommunale tjenester er skilt ut fra utførernivået (virksomhetene).

Det er vanskelig å være uenig i at også offentlig forvaltning, på samme måte som næringslivet, må se kritisk på forholdet mellom ressursinnsats og resultatoppnåelse. Helsepersonell er etisk forpliktet til engasjert deltakelse i slike prosesser. Men selve begrepet *resultatoppnåelse* er mer komplisert i offentlig virksomhet enn i næringslivet. Selv om også næringslivet er gjenstand for betydelige offentlige reguleringer (for eksempel arbeidsmiljøloven, konsesjonsvilkår, åpningstidsbestemmelser), er hovedlogikken hva gjelder resultatoppnåelse enkel: *Produktet skal omsettes i et markeds- virksomheten må gå med overskudd*. Hvis ikke blir ledere sparket eller virksomheten nedlagt.

Jeg har ikke kompetanse til å gi noen dyptpløyende samfunnsøkonomisk analyse av resultatoppnåelse i helsevesenet, men det finnes det bindsterke verk om. Jeg kan reflektere omkring hvordan jeg har møtte problematikken gjennom mine yrkeserfaringer. Helsevesenet driver med en rekke ulike aktiviteter. Noen ligger ganske nær industriell produksjonslogikk – noen lang unna. Det feltet jeg er særlig opptatt av, psykososial rehabilitering av RoP-pasienter, ligger langt unna. Det er dette fagfeltet jeg vil ha i tankene i de følgende refleksjonene.

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Fagfeltet psykisk helsevern har endret seg kraftig de siste tjue årene. Ifølge professor Helge Ramsdal ved Høgskolen i Østfold er tre trekk særlig fremtredende:

- Økt samlet volum
- Forskyvning fra monoprosesjon til multiprosesjon
- Forskyvning fra institusjonsbasert til åpen omsorg

Samfunnsmedisineren Anders Grimsmo ved NTNU har beskrevet vesentlige forskjeller mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i følgende tabell: ⁷⁾

Anders Grimsmo – Vesentlige forskjeller

	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet	Kortsiktig – tom. utskriving
Helseproblemer	Gjerne flere parallelt og hele spektret av diagnoser	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.
Behandling	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv. Langsom endring	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid
Forholdet pasient-helsepersonell	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle	Sjelden og oftest bare i korte perioder. Mange involverte. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas i møter med flere og med adheランス først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid	Med mange, også utenfor helse-tjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende

53

Jeg mener Grimsmos påpeking av slike forskjeller kan hjelpe oss til å forstå hvordan ulike rammebetingelser styrer tenke- og handlemåten til de ansatte. En forutsetning for respektfullt samarbeid er gjensidig å kunne ”innta den annens perspektiv”.

Kommuneskvis

I om lag 10 år fra 1998-2008 ble feltet psykisk helsevern kraftig styrket med øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse. For meg ser det ut som at det var mange gode og kostnadseffektive tiltak i kommunene (særlig lavterskeltilbud) som led en ”easy-come–easy-go” skjebne da kommuneøkonomien igjen kom under press og øremerkingen opphørte. Tiltak som ikke var ikke lovpålagt og ikke solid forankret i tradisjon ble rammet av sparekniven.

Som selve ”bunnplanken” i vårt velferdssystem kommer kommunene ressursmessig i en situasjon av ”trippel skvis” som de ikke kan undra seg. Kommunenes oppgaver vokser fordi

- befolkningen blir eldre og får økt behov for ulike grunnleggende hjelpetiltak
- spesialisthelsetjenesten spisser sin innsats mot egne kjerneoppgaver og avgrenser seg tydeligere mot kommunehelsetjenesten
- kapasiteten i privat familiebasert omsorg svekkes som følge av økt yrkesdeltakelse og nye flyttemønstre

Tredje parts betaling

Selv om det er på mange tjenester er egenbetalinger er velferdsstaten i all hovedsak basert på tredje parts betaling: Du og jeg etterspør en ytelse, en behandler rekvirerer den eller en saksbehandler godkjenner den, og regningen går til en eller annen offentlig etat. Det er altså ikke noe umiddelbart

markedskorrektiv, ved at du og jeg vurderer om ytelsen står i forhold til prisen vi må betale. Tannhelsetjenesten er eksempel på det motsatte – der er det et markedskorrektiv: Egenbetalingen er dominerende, og dersom du og jeg synes behandlingen er for dyr eller for dårlig, oppsøker vi en annen tannlege.

Tredje parts betaling virker selvfølgelig drivende på etterspørselen etter tjenester. Derfor er det avgjørende at folk flest opplever at velferdsordninger er rettferdige og nødvendige. Gjør de ikke det, vil de bidra til å svekke befolkningens vilje til å bidra til spleiselaget som finansierer ordningen e.

Multiple mål

Offentlig virksomhet har nesten alltid flere samtidige mål, og disse målene kan stå i direkte *konflikt* med hverandre. Transport skal være effektiv *og* miljøvennlig. Landbruket skal produsere sunn mat *og* billig mat *og* sikre bosetting i distriktene. Turnusen i hjemmesykepleien skal bidra sikre kontinuitet og kvalitet for brukerne (det tilsier færre ansatte i større stillingsbrøker), men turnusen skal *også* gå opp på kveld og helg (noe som tilsier flere ansatte i mindre stillingsbrøker).

RoP er eksempel på et område der vi vet det er særlig viktig med få og robuste relasjoner mellom bruker og hjelperne, og hvor dette hensynet kan komme i konflikt med turnusplanlegging.

Målformulering

I somatisk rehabilitering er målformulering sjelden problematisk. Etter et hjerneslag eller en hofteoperasjon er som regel alle involverte enig om at målsettingen er raskest mulig hjem og tilbake i ordinær virksomhet. Jeg har i avsnittet om RoP-pasienter og RoP-lidelser sagt at situasjonen ofte er mer tvetydig for denne pasientgruppen. Det kan være en langvarig, og noen ganger kontinuerlig prosess å skape og opprettholde like bilder blant de involverte om hva som til enhver tid er målsettingen med tiltakene - særlig hvis brukeren er ambivalent og har kort tidshorisont, og rehabiliteringsforløpet erfaringsmessig er sirkulært. Det stiller krav til god løpende samhandling både mellom brukeren og hjelpeapparatet, og mellom de ulike enhetene i hjelpeapparatet. Hvis man tar enighet for gitt, mens de ulike aktørene egentlig har ulike tanker om hva som er målsettingen, greier man ikke å dra i samme retning på samme tid. Uten omforente og realistiske målsettinger kan selv omfattende leveranse av rettighetsfestede tiltak få preg av et pliktlop uten påviselig resultat.

Måling og måloppnåelse

I det politiske ordskiftet oppstår gjerne situasjoner der noen påpeker at noe ikke er så bra. Det politiske svaret har ofte form av "ja, det er denne regjeringen enig i, og derfor har vi på neste års budsjett styrket bevilgningen med ..." Fokus er altså på *innsatsmål*. Innsats er lett å telle: Millioner kroner på et budsjett, sengetall, årsverk, gjennomførte konsultasjoner. Men hva kommer ut av innsatsen? Jo mer upresist målsettingen er formulert, jo vanskeligere er det å dokumentere *om målsettingen er nådd*. Det bør bli viktigere å dokumentere *hva man har fått til* enn å rapportere *hva man har gjort*. Jeg tenker at det er slike sider ved norsk forvaltning 22. juli kommisjonen har pekt på – at det på veien oppstår en forskyvning i perspektivet mellom hva som er målsettingene og hva som er midlet for å nå målsetningene – at middelet (altså innsatsen) blir et mål i seg selv.

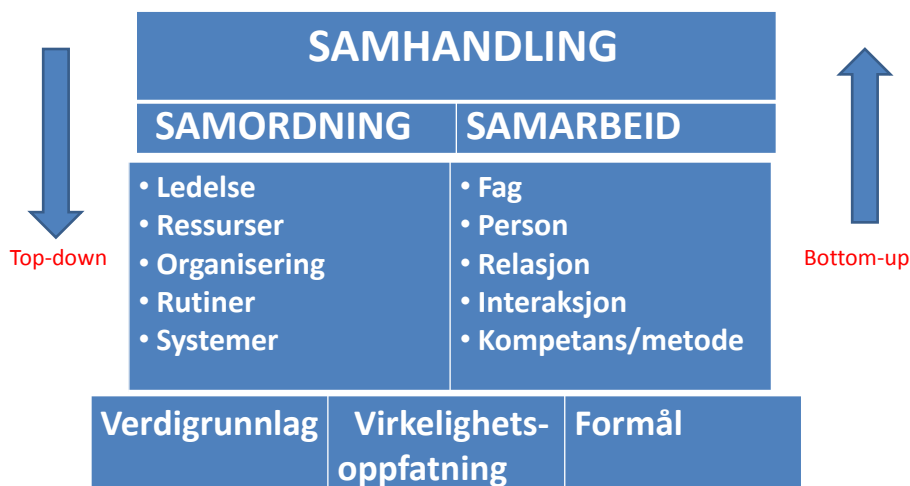
Tidligere helseminister Tore Tønne (som hadde bakgrunn fra næringslivet) var inne på noe av det samme da han sluttet som minister og ble spurt hva han helst ville bli husket for. Han svarte: "At jeg var mer opptatt av å gjennomføre vedtatte planer enn å vedta nye planer".

Ingen er vel interessert i å motta en ytelse de har rett til dersom de ikke har en opplevelse av at ytelsen er nyttig for å nå et ønsket mål. I en kronikk i Klassekampen 17.9.2012, "Målstyringens alternativer", konkluderte Åge Johnsen, professor i offentlig politikk ved Høgskolen i Oslo og Akershus slik:

"Det staten nå trenger er ikke mindre målstyring, men kanskje mer. Det er på høy tid at staten – og mange andre – begynner å ta inn over seg hva målstyring og resultatledelse egentlig er. Først da kan det bli mindre antall og mer gjennomtenkte mål, færre mål om aktiviteter og flere indikatorer om resultater og virkninger, og mindre kontroll ovenfra og mer medvirkning og selvledelse nedenfra".

Samhandling

Jeg oppfatter at både Tønne og Johnsen minner om at målstyring er noe mer enn å kommandere nedad og å rapportere oppad. Iverksetting tar tid. Prosesser må få tid til å sette seg før resultater skal avrapporteres. For å kunne rapportere på oppnådd resultat trengs mye lenger tid enn for å rapportere på gjennomført aktivitet. Prosesser "top-down" og "bottom-up" må få tid til å finne hverandre dersom vi skal skape en kvalitetsmessig god og kostnadseffektiv helseforvaltning. Jeg opplever at det er en slike intensjoner som ligger til grunn for det som har fått betegnelsen Samhandlingsreformen.⁸⁾ Figuren under (figur 2) illustrerer hvordan jeg tenker meg at noen sentrale begrep i samhandlingsdebatten henger sammen.

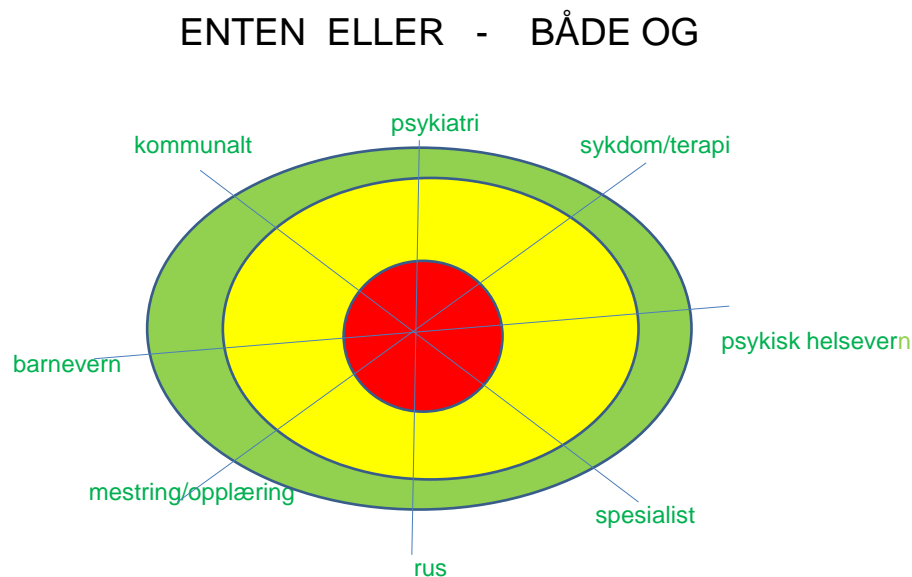


68

Figur 2.

Gråsoner eller samsone ?

I mitt hode ser verden ut som illustrert i figur 3 nedenfor. Vi har hatt tendens til å tenke i enten-eller begreper i helsevesenet: Er denne tilstanden en ruslidelse eller en psykisk lidelse ? Er det spesialisthelsetjenesten ansvar eller kommunens ansvar ? Er det barnevernet eller psykisk helsevern som har ansvar for dette barnet ? Når det er rimelig klart hvem som har ansvaret oppstår det skjelden samhandlingsproblemer. Ressursknapphet, ja visst – men når ansvaret er klart, unngår vi gråsoneproblematikk. Vi er i ”grønn sone” i figuren. Men ofte er det ut fra faglig forståelse ikke entydig eller klart hvor tiltaksansvaret ligger – og ofte gjelder uklarheten flere av aksene. Jo mer vi nærmer oss midten av figuren, jo mer sammensatt situasjonen er, jo mer nærmer vi oss etter min erfaring ikke bare en gråsoner, men en alarmerende *rød sone*: I de situasjonene der tilstandsbildet er sammensatt og vi burde samarbeide best, samarbeider vi ofte dårligst. I et system med rammefinansiering kan de økonomiske insentivene til å si ”ikke mitt bord” være sterke i komplekse, ressurskrevende enkeltsituasjoner.



22

Figur 3.

Noen sier: ”Gi oss klinkende klare definisjoner av oppgavene våre, så skal vi løse dem”. Andre sier: ”Leve gråsonene – det er der utviklingspotensialet i tverrfaglig arbeid ligger !”

På de områdene i helsevesenet som jobber med mennesker med sammensatte, langvarige og omfattende problemer er det helt nødvendig med *samtidighet* i innsatsen fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Vi kommer ikke utenom at noen oppgaver krever felles, samtidig og overlappende ansvar. Da er det ikke hensiktsmessig å snakke om *gråsoner*. Når det bare er *sammen* vi kan bli flinkere, bør vi isteden snakke om *samsone*.

Jeg slutter ikke å undre meg over at det er så vanskelig å utvikle en politikk som fremmer evnen *ansvarsdeling*, ikke bare *ansvarsfordeling*. Det må lønne seg å samarbeide.

Ditt bord – mitt bord ?

Jeg vet ikke om noen bedre illustrasjon av dette poenget enn et "ikke-mitt-bord" stunt som to kolleger – én fra en kommune og én fra psykiatrien – har gjort ⁹⁾:

De allierer seg med en "bruker" fra salen, som setter på et bord med ryggen mot forsamlingen. Inn kommer "kommunen" og spør vennlig hva han kan hjelpe til med. Brukeren sier høyt (for å bli hørt i salen) at det er så ubehagelig å sitte med ryggen til – går det an å få hjelp til å snu seg ? Kommunen prøver på forskjellige måter å løfte og snu bordet mens brukeren sitter oppå – det lar seg ikke gjøre. Kommunen gir opp, og sier at "heldigvis har vi spesialisttjenesten som vi kan henvise vanskelige saker til".

Ut med kommunen – inn kommer "spesialisten". Han spør og graver om hva som er brukerens problem, og hva som er forsøkt gjort for å løse det. Så prøver han, fra motsatt side av bordet, å snu det – men også spesialisten må gi opp. Han beklager, trøster med at det går an å venne seg til å sitte med ryggen til, og dessuten kan brukeren søke kommunen om hjelpemidler som kan kompensere ubehaget det fører med seg å sitte slik.

Spesialisten sier farvel og lykke til, og skal til å gå. Da skriker brukeren opp – sier det får da være måte på – og ber spesialisten få fatt i kommunen. Kommunen inn – brukeren sier: Nå står du der, og du der. Ta tak i bordkanten begge to. Når jeg sier løft så løfter dere samtidig, og flytter beina i små steg mot høyre !

Og sannelig – etter noen sekunder er bordet løftet og snudd, og brukeren sitter fornøyd med ansiktet mot salen. Problemet ble løst fordi kommunen og spesialisten klarte å se situasjonen som "vårt bord".

Og det måtte en bruker til for å få dem til å skjønne at de måtte være på banen samtidig !

Prioriteringsdebatten

Jeg har hatt anledning til å følge debatten om prioriteringer i helsevesenet helt siden temaet for alvor ble satt på dagsorden ved Lønning-utvalgets første rapport midt på 1980-tallet ¹⁰⁾. Jeg mener rapportene har bidratt til at prioriteringsdebatten er blitt ærligere og mer spennende med årene. Lønning II utvalget ¹¹⁾ innførte tre prioriteringskriterier:

1. Tilstandens alvorlighet
2. Nyttens av tiltaket
3. Kravet om kostnadseffektivitet

Kravene til dokumentasjon av nytte og av kvalitet ble understreket.

Idet arbeidet med denne teksten er i ferd med å avsluttes sen høst 2014, har det nye prioriteringsutvalget under ledelse av professor Ole Frithjof Nordheim levert sin innstilling. ¹²⁾ I følge utvalgets bør det overordnede målet for all prioritering være "flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt". De legger vekt på at prioritering også bør omfatte tiltak utenfor helsetjenesten som virker avgjørende inn på befolkningens helsetilstand, og foreslår at de tidligere prioriteringskriteriene bør omformes slik:

1. Helsegevinstkriteriet:
 - Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket).
2. Ressurskriteriet:

- Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
3. Helsetapskriteriet:
- Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst.

Utvalgets innstilling skal nå ut på en omfattende høringsrunde.

Det er blitt aksept for å si ressursene uansett omfang *er* begrenset,, og at enhver ressurs har en alternativ anvendelse (*alternativkostnad*). Prioriteringer skjer uansett i daglig virksomhet, og at det er bedre at det skjer gjennomtenkt, eksplisitt og åpent enn ubevisst, implisitt og i det skjulte. Og ikke minst: Vi er blitt modigere til å etterspørre hva som kommer ut av ressursinnsatsen. Virker tiltakene? Kan vi dokumentere bedre prognose med hensyn til livslengde eller livskvalitet? Begrepet *kvalitetsjusterte leveår (QUALY)* er blitt stuerent: Hvis vi må velge mellom å bruke den siste millionen av budsjettet på livsforlengende behandling for gruppe A eller gruppe B så skal ikke bare antallet leveår vunnet, men også hvor gode de vunnete årene er tillegges vekt. Som eksempel: Et vunnet leveår i koma i respirator uten utsikt til bedring ligger nær null som kvalitetsjustert leveår.

Den viktigste endringen i prioriteringskriteriene som foreslås er at *alvorlighetskriteriet* bør bli erstattet av et *helsetapskriterium*: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet som kan forebygges ved det aktuelle tiltaket.

Ut fra det vi vet om gruppen RoP-pasienter, bør skjerpet innsats til beste for denne gruppen stå seg godt målt opp mot de nye prioriteringskriteriene, slik jeg forstår dem:

1. Helsegevinst skal måles med både levetid og livskvalitet – og RoP-pasienter dør tidlig etter vanskelige liv.
2. Det er potensial for langt bedre samlet ressursutnyttelse ved bedre samordning av tiltak mellom ulike virksomheter på RoP-området.
3. Helse- og velferdstapet som følger av RoP-lidelser er stort fordi det starter tidlig og løper over så mange år.

Mange vil mene at fagområdet RoP, tross uttalt politisk vilje til det motsatte, til nå har kommet dårlig ut prioriteringskampen. Det er grunn til å stille seg selv spørsmål om det er mulig for fagfeltet selv å komme på offensiven ved å bli bedre på å formulere realistiske målsettinger i den enkelte sak, og på å dokumentere at målsettingene nås. Å dokumentere forskjell i prognose behandlet versus ubehandlet vil bli enda viktigere i kampen om ressursene hvis de nye prioriteringskriteriene får gjennomslag.

På RoP-området forutsetter en slik offensiv en betydelig bedre samordning mellom kommunene og helseforetakene – både hva gjelder planlegging av effektiv virksomhet og dokumentasjon av resultater oppnådd i fellesskap. Den utfordringen må vi ta, for det *er* politisk vilje til å prioritere RoP-feltet.

Rett til – nytte av

Det er en sentral del av ideologien om det moderne velferdssamfunnet at ulike ytelser skal være *universelle – ikke behovsprøvd*. Det innebærer at rettigheter i stor grad lovfestes, og at et juridisk *subsumpsjonsprinsipp* gjelder: Fyller du de definerte kriteriene for å ha rett til en ytelse, kan du kreve den. Det er ikke urimelig å anta at befolkningen har ulike evne til "å stå på krava", slik at

rettighetsfesting *kan* ha den utilsiktede virkning at knappe velferdsgoder ikke fordeles bare etter nøkterne behov. Det er vanskelig å ha oversikt over slike virkninger. Jeg har i avsnittet "Om RoP-pasienter og RoP-lidelser" omtalt hvordan mange RoP-pasienter ikke går med på å sykdomsforklare sine vansker. De passer derfor dårlig inn i helsevesenets behandlingsrasjonalitet, og underforbruker antakelig den psykiatriske behandlingsskapasiteten.

Samtidig er pasientene/brukerne med RoP-diagnose slik de står fram gjennom SPoR-prosjektet tydelige på at de opplever stor knapphet på tiltak de ville synes var nyttig for å kunne leve et bedre liv: Tilrettelagt bolig, sysselsetting, bedre personlig økonomi, å få utvikle evner og interesser. Sagt på en annen måte: Normalitet. Tilhørighet. Struktur. Dette er størrelser det er vanskelig å passe inn i den rådende subsumpsjonslogikken når hver av instansene i hjelpeapparatet forvalter sin del av regel- og virkemiddelapparatet hver for seg. Det er antakelig ikke grunn til å hevde at noen av instansene som har oppgaver på RoP-området ikke fyller sitt samfunnsoppdrag. Men den overordnede top-down velferdspolitikken trenger å suppleres med et samtidig bottom-up perspektiv som kan utfordre oss på hvordan vi med bedre samordning av ressursinnsatsen kan bidra til et bedre liv også for RoP-pasienter, som befinner seg litt i utkanten av helsevesenets kjerneområde.

Effektivitet = produktivitet x kvalitet

Vi må selvfølgelig alltid være villig til å stille spørsmål om hvor smart vi jobber – om vi sløser med tid, om vi leverer overlappende tjenester osv. Men personalintensive hjelpetjenester kan aldri bli produktive i "industriell" forstand – det er grenser for hvor fort en hjemmehjelper kan løpe, og for hvor mange elever en lærer kan undervise ad gangen. Ensidig fokus på produktivitet kan gå direkte ut over kvaliteten. Det er ikke der vi har mest å vinne. Dersom vi skal levere hjelp som er mer effektiv ("virkningsfull") må vi legge mer vekt på økt brukeropplevd nytte. Jeg har tidligere i teksten hevdet at RoP-pasientene er mer opptatt av kvalitet enn av omfang av hjelpetjenestene, og listet opp hva de gjennom intervjuene i SPoR-prosjektet la i begrepet kvalitet. Jeg kommer tilbake til brukerdialoget om kvalitet og nytte under avsnittet "Om å jobbe med RoP-pasienter" seinere i teksten.

Verdikjeder

Baker Hansen baker byens mest velsmakende, sunneste og billigste brød, og har mange kunder. Men hvis han slurver med vedlikeholdet på varebilen - slik at den ikke vil starte og brødet ikke er i butikkene når kundene kommer – da kjøper kundene konkurrentens brød. Baker Hansen vet hvilken verdikjede han inngår i, og passer nok på å vedlikeholde bilen. Ellers går han konkurs.

I en kronikk i Klassekampen 18.9.2014 tar infeksjonsmedisineren, professor Bjørg Marit Andersen utgangspunkt i registerdata fra Statistisk Sentralbyrå, og kommer med mange kritiske bemerkninger til endringer i samlet ressursbruk som følge av sammenslåingen til det som ble hetende Oslo universitetssykehus. Én av hennes påpekninger er en tredobling av ressursene som går med til laboratorie- og røntgenundersøkelser etter sammenslåingen. Også transportkostnadene er kraftig økt. Hun mener dette kan forklares med at pasientene sendes mer "rundt i systemet" og at hver av mellomstasjonene samler inn egne data om pasientene for å kunne dokumentere "at pasienten er kommet i gang", og derfor har fått oppfylt sin rett i henhold til ventelistegarantien.

Jeg har ingen mulighet for å etterprøve de konklusjonene professor Andersen trekker. Men som eksempel illustrerer det et viktig poeng: I et stor organisasjon uten reell konkurranse eller markedskorrektiv er det økonomisk nødvendig (og etisk påkrevet) å heve blikket høyt nok til å forstå at egen virksomhet inngår i et større verdiskapende system hvor delene ikke kan tillates å operere med egen nyttemaksimering for øye. Det er egentlig rart hvis ledere på de høyeste nivåene i forvaltningshierarkiene ikke tydelig ser hvilke konsekvenser deres styringssystemer og styringssignaler får på det utøvende nivået. Kanskje det skyldes at de ikke makter det samtidige perspektiv – oppover og nedover – men har blikket for stivt festet innad og oppad i organisasjonen. Jeg tenker at aksjoner blant engasjert helsepersonell av typen ”vi vil ta faget tilbake” i sterkere grad har sammenheng med slike opplevelse av at verdikjeder og tiltakskjeder er ineffektive enn av frustrasjon over for lav total ressurstilgang.

Forløp

”Helsevesenets logikk” er på et vis ”raskt inn – finn feilen – korriger feilen – raskt ut”. Selv om det er utfordrende lykkes helsevesenet ganske godt med å planlegge og å gjennomføre effektive rehabiliteringsforløp for tilstander som hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt. Ved slike tilstander er det som oftest full enighet om formålet, og forløpet er mer eller mindre lineært – mer som et stafettløp. Det kan bli kluss i vekslingene – men med trening får vi det som regel ganske bra til.

Ved RoP-lidelser er situasjonen som oftest mer komplisert:

- Gjerne omfattende psykososial funksjonssvikt
- Pasienten selv er ofte ambivalent til rehabiliteringen
- Mange hjelpeinstanser er inne i bildet samtidig
- Formål og ambisjonsnivå kan være uavklart
- Tidsperspektivet er langt
- Forløpet veldig ofte sirkulært – ikke lineært

Å legge til rette for et realistisk og effektivt psykososialt rehabiliteringsforløp for RoP-pasienter er derfor noe annet enn å levere rettighetsfestete enkelttiltak i tråd med tidsavgrensede behovsvurderinger. Tiltakene må henge sammen - både i tid, og med tanke på mottakerens mulighet til å nyttiggjøre seg dem, ved at et tiltak bygger opp til det neste. Det er vanligvis ikke det enkelte tiltaket det er noe i veien med når vi ikke lykkes – det er måten tiltakene henger eller ikke henger sammen på. Når det gjelder RoP-pasienter er metaforen ”å være på banen samtidig og spille hverandre gode” mer beskrivende enn stafettmetaforen.

Det er etter min mening i nettopp *forløpsplanlegging* de største utfordringene i samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ligger.

CRM - lærdom fra luftfartsbransjen ?

For mange år siden ble jeg oppmerksom på begrepet *Crew Resource Management* (CRM). Det har sitt opphav i luftfart, men er også anvendt med suksess i akuttmedisin.

Kort fortalt går konseptet ut på å kvalitetssikre kommunikasjon i en komplisert organisasjon i perspektivet ”*mennesket-i-systemet*”. Det oppsto i 1977 etter at misforståelser i cockpit om avgangsklarering førte til en kollisjon mellom to fly av typen Jumbojet på flyplassen i Tenerife, og 583 mennesker omkom.

Metodikken innebærer å samordne alle tilgjengelige tekniske og menneskelige ressurser som er involvert i ”produksjonsprosessen” for å redusere frekvensen og konsekvensen av de feil som blir gjort. *Feil blir sett på læringsressurs*. Det er sentralt å identifisere og gripe fatt i ”*de vitale få*” punktene som fører til at alvorlige feil oppstår. Og så trene og drille og ”overlære” trygge og gode rutiner på de punktene.

En stor og åpenbar forskjell mellom flybransjen (og akuttmedisinen) og sosialmedisinsk virksomhet er *tempoet*. Men det er mange likheter:

- Mange aktører
- Ulik organisasjonsmessig tilknytning
- Ulik profesjon
- Samme kunde
- Felles oppdrag – å levere et produkt som er
 - Nyttig
 - Trygt
 - Kostnadseffektivt

Det er heldigvis ikke store og katastrofale hendelser i sosialmedisinsk arbeid. Men det er liten tvil om at det skjer mange og små feilhendelser som til sammen innebærer dårlig ressursutnyttelse, og som kan ha avgjørende uheldige konsekvenser for hjelpetrengende enkeltmennesker.

Det er umulig å unngå å gjøre feil. Men vi bør bli flinkere til å erkjenne og lære av våre feil, og sikre at konsekvensene blir minst mulig alvorlige. Da må vi skape en *læringskultur* som ikke domineres av angst for å bli stilt til ansvar og ikke stimulerer til ansvarsfraskrivelse.

Om vi skulle starte CRM-inspirerte treningsprogrammer innen det sosialmedisinske feltet, tenker jeg at vi bør se på om vi ter oss godt nok for å sikre:

- At brukernes formål blir avklart, forstått og tatt på alvor
- At vår felles oppgave blir formulert, og akseptert av alle deltakerne
- At hver av hjelperne innen sine rammer bidrar til en optimal løsning
- At de ulike bidragene blir samordnet slik at de framstår som helhetlige og nyttige for brukeren

Det er selvfølgelig også begrensninger i parallellen mellom den høyteknologiske og heftige luftfarten, og den arbeidskraftintensive og langsomme sosialmedisinen. Der ”det heftige” krever en tydelig og effektiv prosedyre åpner ”det langsomme” for improviserte og skreddersydde løsninger. Men betydningen av kvalitetssikring av samlet virksomhet i perspektivet ”*mennesket-i-systemet*” er felles. Kanskje er *sjekklister* som i kulepunktene ovenfor en nyttig inspirasjon sosialmedisinen kan hente fra luftfarten?

3) Om å jobbe med RoP-pasienter

Jeg er ikke i tvil om vi som samfunn virkelig ønsker å yte effektiv hjelp til RoP-pasienter – som notorisk lever vanskelige og korte liv. Og jeg er ikke i tvil om at vi som samfunn ønsker å ta på alvor at det enkelte menneske har rett til å leve sitt eget liv og til å øve innflytelse på den hjelpen de mottar. Men så får vi det altså ikke til så godt. Virkeligheten tar seg *for* forskjellig ut avhengig av om vi anlegger perspektiv ”top-down” eller ”bottom-up”. Tidligere i teksten har jeg sagt at jeg mener det moderne helsevesenet domineres av en slags ”medisinsk logikk” som passer inn i et ”produksjonsparadigme”, og at det som er ”sammensatt, langsomt og sirkulært” ikke passer inn i dette paradigmet.

I SPoR-prosjektet var formålet å hente frem og tydeliggjøre RoP-pasientenes brukererfaringer med tanke på å samhandle bedre rundt oppgaveløsingen. Jeg har etter hvert kommet til at vi burde jobbet mer med perspektivet til *våre medarbeidere* – de som midt i hverdagen *er nødt til* å ha et *samtidig perspektiv top-down og bottom-up* på det de driver med. Jeg har prøvd å analysere materialet fra SPoR-prosjektet med medarbeiderperspektivet for øye. Men dette er et område det hadde vært nyttig å dykke mye dypere ned i.

Vi gjorde ganske raskt to viktige erfaringer i SPoR-prosjektet.

Den første: Deltakerne ble rekruttert blant de pasientene/brukerne som kommunene og psykiatrien syns de sleit mest med å samarbeide med og rundt – uavhengig av diagnose, og altså ikke nødvendigvis de alvorligst syke. Det viste seg at 21 av 22 prosjektdeltakere (”samhandlingsnøttene”) hadde RoP-diagnose. Sammensatt problematikk er altså omtrent ensbetydende med samarbeidsutfordringer.

Den andre: Det var mange sykmeldinger og høy turnover i stillingene blant de som jobbet med RoP-pasienter, særlig i kommune. Vi tolket sammenhengene slik:

Kompleks oppgave -> utilfredsstillende samarbeid -> svake resultater -> dårlig trivsel

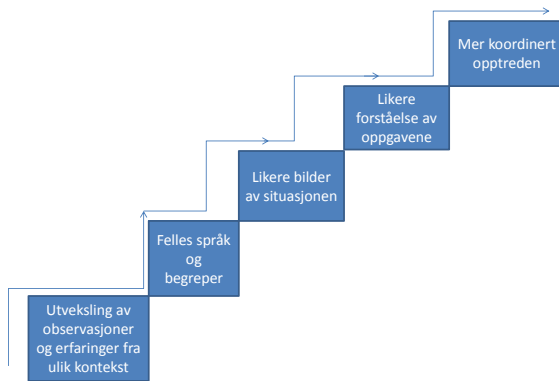
God personalpolitikk innebærer 1) å rekruttere flinke og engasjerte folk, 2) å legge til rette for at de utvikler kompetanse og erfaring, og 3) å klare å holde på dem. Vi har ikke råd til å miste en eneste RoP-medarbeider.

Å skape like bilder

Kommuner og helseforetak skal samarbeide med hverandre og med brukerne/pasientene for å levere gode og nyttige tjenester. Hvis alle skal *dra i samme retning samtidig*, er det helt nødvendig å ta seg tid til å skape like bilder av som *er* riktig retning – hva som er *formålet*.

Den felles forståelsen av oppgaven må være styrende for samarbeidet. ”Task is the master”. Vi må være bevisste på hvordan vi kommuniserer om disse tingene, og ikke ta for gitt at alle ser verden på samme måte. Vi gjør våre observasjoner i ulike situasjoner, og tolker (”konstruerer”) verden ut fra egne observasjoner.

Et eksempel kan være at en miljøarbeider i en langtidsavdeling og en medarbeider på et kommunalt dagsenter antakelig vil vurdere samme pasients/brukers selvhjelpsevne svært forskjellig, og derfor vil vurdere behovet for støttetiltak ulikt. Sammenhengen kan framstilles som i figur 4 nedenfor:¹³⁾



Figur 4:

Koordinatorfunksjonen i kommunene

Vi blir ikke slitne av det vi gjør, men av det vi ikke får gjort. Selv den dyktigste og mest engasjerte medarbeider – ja kanskje særlig hun - kan bli utladet, hvis hun ikke klarer å sette grenser for sitt eget engasjement. En stor del av oppgavene på RoP-feltet er så komplekse at de prinsipielt bare kan løses sammen med andre instanser. Hvis vi ikke lykkes i å få ”de andre” på banen, er det noen oppgaver som er umulige. Det er de som sliter oss ut. ”De andre” må her forstås som både andre enheter i egen kommune, og samarbeidende enheter i spesialisthelsetjenesten.

Innen prosjektperioden var omme hadde alle de deltakende kommunene i SPoR-prosjektet organisert sitt arbeid med RoP-gruppa ved å integrere rus-team og psykisk helse-team. De hadde også i større eller mindre grad klart å prioritere ved å sette tak på hvor mange krevende RoP-brukere hver ansatt kunne ha ansvar for.

Det er viktig for trivselen å oppleve å lykkes. Men for å lykkes må vi formulere realistiske målsettinger som vi kan måle oss opp mot – de samarbeidende aktørene må ha like bilder av hva det er vi driver med. Flinke er noe vi er sammen. Det bygger både den enkeltes selvfølelse og lagånden hvis vi sammen kan feire noen seire innimellom.

Uavhengig av hverandre trakk flere kommunale medarbeidere i SPoR-prosjektet frem *lagtempometaforen* (fra sykkelsporten – i det siste også fra skøytesporten): Den som til enhver tid har mest krefter legger seg foran og drar feltet, mens de andre får en litt roligere reise baki vindskyggen. Deltakerne skiftes om å dra. Alle har ulik kapasitet, men sluttresultatet blir best når alle at alle bidrar med det de kan.

Selv om rollen som koordinator i kommunene altså innebærer tøffe utfordringer, vurderte brukerne/pasientene som var deltakere i SPoR-prosjektet rollen som godt ivaretatt og i mange tilfeller avgjørende viktig for et godt resultat. Synspunktene på hva som kjennetegner ”den gode koordinator” kan stikkordmessig oppsummeres slik:

- Tilstrekkelig kapasitet
- Tydelig
- Tilgjengelig
- Sikrer nødvendig informasjonsflyt
- Kan jobbe ”på tvers”
- Kan jobbe oppsøkende
- Har god kjemi med bruker

Koordinatorfunksjonen i spesialisthelsetjenesten

Materialet i SPoR-prosjektet ble samlet i årene 2011 og 2012. Rutinerte medarbeidere i spesialisthelsetjenesten ga da nokså enstemmig uttrykk for at deres arbeidssituasjon hadde endret seg på vesentlige punkter over de siste årene – i en retning de ikke likte. Det var særlig to forhold som ble påpekt:

- En betydelig større andel av samlet arbeidstid går med til å rapportere aktivitet og til å dokumentere utført arbeid. En tilsvarende mindre del av tiden er disponibel for direkte pasientarbeid.
- Det er en målsetting i seg selv å forkorte og avslutte behandlingskontakter.

Medarbeiderne påpekte at disse endringene i deres arbeidsbetingelser slo særlig uheldig ut i arbeidet med de tyngste og mest kronifiserte pasientene. De uttrykte avmakt, og at dere lojalitet ble satt på strekk – mellom en orientering ”innad/oppad” mot organisasjonens overordnede driftsmål, og en orientering ”utad/nedad” mot pasientenes individuelle behov

Spesialisthelsetjenesteloven opererte tidligere med begrepet *pasientansvarlig lege*. Det fikk aldri noe reelt innhold. Nå er loven endret ved at dens § 2 – 5 a hjemler en forskrift om habilitering/rehabilitering med mer. Av denne forskriftens § 22 går det fram at det for pasienter med sammensatte og langvarige behov skal oppnevnes en koordinator som

”... skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere ...”

Medarbeidernes utsagn ovenfor styrker inntrykket av at utvikling av koordinatorrollen i spesialisthelsetjenesten ikke er tatt på alvor.

Jeg opplever at spesialisthelsetjenesten har fire utfordringer knyttet til å utvikle en velfungerende koordinatorrolle:

- En kulturutfordring – å skape *aksept* innen egen organisasjon for en rolle som må ha autoritet på tvers av fag og enheter

- En ressursutfordring – å skape *rom* for medarbeidere til å utøve en slik funksjon i noen av de sakene de har ansvar for
- En prioriteringsutfordring – å avgjøre *hvilke saker* som (for tiden) er så kompliserte at koordinator bør utpekes
- En dialogutfordring – å opptre som *likeverdig* partner overfor samarbeidspartnere

Det er etter erfaringene i SPoR-prosjektet i det minste fem utfordringer med hensyn til hvordan spesialisthelsetjenesten møter pasienter med langvarige og sammensatte lidelser som kan forstå i lys av dårlig fungerende koordinering internt i tjenesten:

- Å forstå og håndtere en akutt hendelse som en del av et kronisk forløp, og sammen med øvrige enheter takle hendelsen i et forløpsperspektiv – særlig når pasienter selv er uttalt ambivalent
- Å skape rammer for å foreta en etterspurt utredning
- Å håndtere at rusadferd ofte skygger for behandlingstrengende psykiatrisk problematikk
- Å yte samtidig integrert terapi for psykisk lidelse og ruslidelse
- Å møte pasienten der pasienten faktisk befinner seg

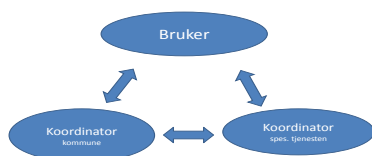
I en kronikk i Dagens Medisin 8. mai 2014 skrev samhandlingsdirektør i det regionale helseforetaket (RHF) Helse Midt-Norge, Daniel Haga, om foretakets egen virksomhet:

”Antallet sengeplasser og avdelinger beskriver ikke lenger det moderne sykehuset, men snarere hvilke tjenester de kan tilby både i og utenfor sykehusbygget”.

Det er vel mer snakk om en visjon enn om en virkelighetsbeskrivelse – men peker riktig vei.

Daglig arbeid i ansvarsgrupper

Et svært tydelig funn i SPoR-prosjektet var at pasientene/brukerne jevnt over uttrykte misnøye med store ansvarsgrupper. Særlig i dårlige perioder følte de seg fremmedgjort og lite delaktige i arbeidet. Prosjektet erfarte at det daglige samarbeidet fungerte bedre i små tette ansvarsgrupper, både fordi det gav rom for mye mer aktiv involvering og ansvarliggjøring av den enkelte bruker, og fordi kommunikasjon om daglige beslutninger – ofte hastebeslutninger – gikk lettere. Poenget er ikke i og for seg om det er en trekant (jf. figur 5 nedenfor) eller en firkant eller noe annet. Poenget er en modell som på en effektiv måte kan sikre deltakelse, ansvarlighet og brukerinvolvering



Figur 5.

”Den myndiggjorte medarbeider”

I et omfattende men fragmentert hjelpeapparat er det ikke bare pasientene/brukerne som må myndiggjøres, men også medarbeiderne. Jeg har reflektert en del over begrepet ”den myndiggjorte medarbeider”, og har kommet frem til noen kjennetegn jeg mener vi bør tilstrebe. Den myndiggjorte medarbeider er

- effektiv – erkjenner sitt handlingsrom og tar det i bruk
- engasjert – er stolt av og fornøyd med sin egen innsats
- fleksibel – har fokus på utfallet/resultatet av innsatsen
- trygg nok – til å anerkjenne andres kompetanse

En medarbeider sa:

Jeg jobber nesten bare oppsøkende og hjemme hos pasientene. Det tar tid, og jeg har alltid færre avtaler på blokka enn kollegene ved ukas begynnelse. Men ved ukas slutt har jeg gjennomført minst like mange avtaler – for jeg treffer alle.

Den myndiggjorte medarbeideren er litt som den gode fotballspilleren: Hun står ikke stille og venter å få ballen i beina. Hun tar ansvar for et rom, beveger seg dit og gjør seg spillbar.

Musikalitet

Jeg festet meg for mange år siden ved at den kjente norske jazztrommeslageren Jon Christensen arrangerte en work-shop for yngre kolleger under mottoet: ”Ja, spille kan vi – men kan vi lytte?”

Tverrfaglig samarbeid kan også sammenlignes med musikk. Det lyder vakrest hvis vi klarer å avstemme oss mot hverandre. I en passasje er jeg fremme og bærer melodilinjen – i neste passasje ligger jeg bak og bidrar mer beskjedent i det samlede klangbildet.

Godt samspill krever egen dyktighet, lytteevne – og nitidig trening.

Recovery - Alain Topor

I arbeidet med RoP-pasienter kan vi ikke overse at de fleste menneskene vi møter har mange tapsopplevelser, og er ensomme og ambivalente. Enhver som innehar en hjelperrolle må ta inn over seg at en også er en del av brukerens nærmeste sosiale nettverk.

Det er kanskje urettferdig å trekke frem én av mange forskere som har bidratt til at recoverybegrepet er blitt så sentralt inne psykisk helsevern. For meg er det allikevel slik at den fransksvenske psykologen Alain Topor lyser litte ekstra, og jeg tror det har med hans milde og ydmyke måte å formane oss om å tenke gjennom måten vi jobber på. Fra ulike bøker, artikler og foredrag har jeg festet meg særlig ved hva jeg oppfatter som ”Toporske dyder” med relevans for medarbeidere på RoP-feltet:

- vi skaper flere problemer enn vi løser hvis vi tar med autoritære og paternalistiske trekk fra institusjon ut i åpen omsorg
- uansett funksjonsnivå har alle har potensial til komme seg

- vi må bygge oppunder og motivere den enkeltes mestringsressurser – og fokusere minst mulig på sykdom og svikt
- vi må styrke aktørrollen og gjensidigheten og unngå at brukeren blir sittende fast i rollen som mottaker og offer
- vi må søke å bygge allianse fremfor å vente compliance (pasientens/brukerens oppfølging av våre forskrivninger)
- vi må være utholdende i relasjonen
- improvisasjon er viktigere enn manualstyring
- behov og individuell nytte er viktigere enn formell rettighet

I en kronikk i Klassekampen 8. juli 2014 reflekterer LO-økonomen Jan-Erik Støstad over hva vi bør være spesielt oppmerksom på i diskusjonen om privatisering av produksjon av velferdstjenester:

”... vil det framover være særlig nyttig å huske på hvorfor velferdstjenester er annerledes enn vanlige private produkter. De er, i en setning, kompleks basistjenester for sårbare brukere. Det er derfor de egner seg dårlig for markedet og kommersielle aktører”.

4) Om ledelse, iverksetting og endring

Denne teksten om RoP-lidelser, samfunnet og hjelpeapparatet har fått tittelen "Hva er 'e vi driver med". Tittelen signaliserer en kritisk tilnærming til et område der vår helse- og velferdspolitiske praksis har støtt på særlige utfordringer. Nylig utgitte normerende dokumenter - en særlige nasjonal retningslinje og en faglig veileder^{1) og 2)} - er uttrykk for at sentrale helsemyndigheter ser behov for bedre resultater på det fagområdet som jeg har valgt å kalle psykososial rehabilitering av RoP-pasienter.

Jeg har tidligere i teksten hevdet at psykososial rehabilitering ikke passer inn i en "medisinsk logikk". Medisinen (og derved helsevesenet) utvikler seg mer og mer i retning det "smale og dype" – forklaring finnes og intervensjon skjer i økende grad på genetisk nivå og på cellenivå. Et fyndord sier: "Nothing succeeds like success". Den avanserte høyteknologiske medisinen vinner frem.

RoP-området passer dårlig inn i et slikt paradigme. Fra tidligere i teksten trekker jeg frem følgende særpreg:

- Tidlig debut
- Langvarig forløp
- Sammensatt vansker
- Ressursmessig krevende
- Ambivalent pasient/bruker
- Uklar målsetting

RoP-problematikk må forstås og håndteres i en bred "somato-psyko-sosio-kulturell" kontekst. Og hjelpeapparatet må ha rammebetingelser, struktur og bemannes med fagkompetanse som best mulig setter oss i stand til å jobbe i et slikt faglig paradigme.

Under Opptappingsplanen for psykisk helse 1998-2008 var det mye fokus på at nedbyggingen av langtidspsykiatrien forutsatte at man klarte å "kommunalisere" de stabile "feilplasserte" langtidspatientene. Det lyktes ganske bra, da friske penger smurte samarbeidsklimaet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Men RoP-pasientene utgjør en annen gruppe. De nyrekrutteres hele tiden. Etter at det ble slutt på øremerkingen av de midlene som fremmet særlig innsats på psykisk helsefeltet, kom basisytelser til brukere med omfattende og sammensatte hjelpebehov i et direkte ressursmessig konkurranseforhold med andre kommunale oppgaver. Derfor er overgangen fra Opptappingsplanen er blitt utfordrende. Vellykket RoP-rehabilitering forutsetter samtidig og koordinert innsats fra spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjenester – som regel med omfattende ressursinnsats over lang tid fra begge parter.

Tross klart uttalte politiske intensjoner hører RoP-området definitivt heller ikke til spesialisthelsetjenestens suksesser etter at rusmiddelavhengige fikk pasientrettigheter ved reformene i 2003. De psykiatriske langtidspatientene ble i oppspillet til Opptappingsplanen beskrevet som "velferdsstatens forsømte gruppe". RoP-gruppa står nå for meg som den kanskje "forsømteste" av alle.

Overordnet nasjonal politikk som helseforetaksreformen i spesialisthelsetjenesten og tonivåmodellen i kommunene har på et vis ikke klart å "spille på parti med" RoP-gruppa. Mange har i denne situasjonen tatt til orde for en ny omgang med øremerkede midler som virkemiddel for å iverksette en økt satsing på rusomsorg og psykisk helsevern som er politisk varslet. Kanskje er det nødvendig – kanskje er det hensiktsmessig. Med utgangspunkt i 22. julikommisjonens mer generelle kritikk av norsk offentlig forvaltning mener jeg allikevel at erfaringene fra RoP-området bør åpne for en mer grunnleggende endring av politikken i retning av sterkere stimulerer til *forpliktende samhandling og ansvarsdeling mellom kommuner og helseforetak – ikke bare ansvarsfordeling*. Staten har ansvar for å vurdere hvor godt statens politikk fungerer. Hvis statens politikk overfor kommunene og helseforetakene ikke fungerer etter hensikten, er det statens ansvar å endre politikken.

Hvis det skal brukes øremerkede midler i en økt satsing på RoP-området, må de etter min vurdering innrettes slik at de fremmer *forløpstenkning, brukeropplevd nytte og samlet kostnadseffektivitet*. Det må lønne seg å samarbeide.

Hvis det viser seg umulig å få til en politikk som fremmer bedre samhandling med eksisterende juridiske, økonomiske og hierarkiske virkemidler, mener jeg det er grunnlag for en omfattende re-design av tiltaksapparatet på RoP-området. Jeg peker på to gode eksempler helt til slutt i denne teksten.

Det er påfallende at innslaget av frivillig og særlig religiøse organisasjoner er så stort på RoP-feltet. Det kan forstås på flere måter. Ofte dreier det seg om tiltak som supplerer betydelig offentlige ressursinnsats. Det kan tolkes som for knapp ressurstilgang. Antakelig er det viktigere at personer i slike organisasjoner klarer å yte mer *betingsløs omsorg* enn det et offentlig hjelpeapparat klarer til en gruppe hjelpsøkende som er ambivalente, og som kan opptre brysomt. De som jobber i slike organisasjoner har færre formelle regler og strukturer å forholde seg til, og derfor kan se og hjelpe det enkelte mennesket mer *individuell* innen de ressursrammene de disponerer. De jobber mer ut fra *behov og hensiktsmessighet* enn ut fra *rettighet og plikt*. I mitt hode jobber de mer i tråd med det jeg tidligere i teksten har beskrevet som "Topperske dyder". Oppvurdering av sosialfaglig og pedagogisk metodikk trengs dersom helsevesenet skal lykkes bedre på RoP-feltet. Eller snakker vi om en tilbakevending til ?

Jeg siterte tidligere Tore Tønne som mente helseforvaltningen er mer opptatt av å vedta nye planer enn å sikre gjennomføringen av tidligere planer. Stadig nye initiativ og fokusområder kommer "top-down" med tilsvarende krav til virksomhetsrapportering "bottom-up". Utålmodig kommer det neste initiativet før det forrige har fått satt seg. Jeg oppfatter at Tønnes utsagn motsvares av en uttalt endringstretthet på grunnplanen i helsevesenet.

På psykisk helsefeltet har Opptappingsplanen for psykisk helse vært evaluert og er beskrevet som vellykket hva gjelder kvantitativ måloppnåelse. En side ved planen som etter det jeg har registrert aldri har vært evaluert er det "pedagogiske" grepet som lå i at

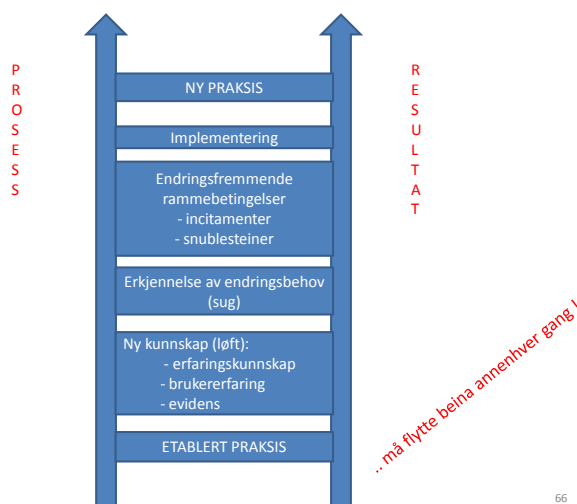
- kommunene ble gitt en overordnet oppgavebeskrivelse

- hver kommunene skulle vurdere sin egen situasjon og legge egne planer,
- kommunene fikk faglig veiledning i planarbeidet
- utbetaling av øremerkede midler ble gjort avhengig av rapportering på at kommunens egne planer ble fulgt opp

Derved ble det innført en slags "bottom-up" endringsprosess. Jeg mener dette var et viktig suksesskriterium for Opptappingsplanen.

Jeg er en ihuga tilhenger av "bottom-up" prosesser. Jeg har tidligere i teksten (figur 2) beskrevet hvordan jeg mener effektiv samhandling forutsetter at prosesser "top-down" og "bottom-up" finner hverandre. Økt fokus på samhandling har sitt utspring i en erkjennelse av at bedre oppgaveløsning forutsetter at vi blir flinkere sammen. Forbedringspotensialet ligger ikke først og fremst i mengden av eller den faglige kvaliteten i enkeltinnsatsene, men i kvaliteten i samhandlingsprosessen.

Å bli flinkere sammen kan sammenlignes med å gå oppover en stige (figur 6). Hvis vi har skjønnet at det vi gjør (etablert praksis) ikke er beste praksis, er det umulig å fortsette å gjøre ting på samme måte. Et kunnskapsløft fører til erkjennelse av endringsbehov, og et endringsug oppstår.



66

Figur 6.

Det er bare en måte å gå oppover en stige på – og det er å flytte beina annenhver gang, ellers forskreper man seg. De to løpene på endringsstigen er *prosess og resultat* – annenhver gang. God endringsledelse innebærer å identifisere og jobbe med de viktigste faktorene som fremmer og som hemmer ønsket endring. Hvis vi bare er opptatt av å jage resultater, klarer vi ikke å engasjere og utnytte kyndigheten til de involverte. Hvis vi bare er opptatt av prosessen og ikke klarer å dokumentere resultater, vil endringsprosessen stoppe opp av mangel på inspirasjon.

God ledelse i et samhandlings- og endringsperspektiv innebærer altså etter min vurdering evnen til å ha samtidig grep om

- prosessperspektivet
- resultatperspektivet

- "top-down"-perspektivet
- "bottom-up"-perspektivet

Slik endringsledelse er ingen liten oppgave innen en hvilken som helst organisasjon. Når det, som tilfellet er på RoP-området, må utøves på tvers av formelle organisasjoner, er utfordringen desto større. Men ikke umulig:

To eksempler på endringsarbeid på RoP-feltet

Det er mange og spennende initiativ innen fagutvikling og endring på RoP-området for tiden. HelseDirektoratet finansierer en rekke prosjekter. SPoR-prosjektet, som denne teksten har som utgangspunkt, var et av dem. NAPHA bygger nettverk mellom og formidler erfaringene fra prosjektene. Jeg vil avslutte denne teksten med en kort omtale av to modellprosjekt jeg kjenner godt, og som jeg syns er særlig lovende sett opp mot de utfordringene og endringsbehovene jeg mener RoP-feltet står overfor.

- Samhandlingsteamet i Bærum ¹⁴⁾

I dette prosjektet tok ledere i ulike enheter (kommune, NAV, psykiatri, tverrfaglig spesialisert rustjeneste og psykiatrisk ungdomsteam) selv initiativ til å sette egne fagressurser *sammen under felles kommando* for å kunne jobbe bedre med å komme i kontakt med og å forankre arbeidet med de pasientene som har tendens til å falle mellom stolene i hjelpeapparatet. I teamet inngår 13 fagpersoner - alle med deler av sine stillinger, til sammen 4,8 årsverk. De har tatt i bruk det flotte fyndordet "å jobbe skulder ved skulder".

Prosjektet er ledsaget av kompetansehevingstiltak og følgeforskning, og vi kommer med sikkerhet til å høre mer fra dem om ikke lenge.

- RoP poliklinikk, Vestfold ¹⁵⁾

Poliklinikkteamet er en del av psykiatrisk fylkesavdeling. Teamet presenterer seg slik på sin hjemmeside:

Utgangspunktet er at kontaktetablering og relasjonsbygging oppstår over tid. Dette gjelder både i forhold til pasienter og samhandlende instanser på ulike nivåer i hjelpeapparatet.

Organisering:

Poliklinikk ROP er et treårig prosjekt som startet april 2013.

Målsetningen er å bistå kommunehelsetjenesten og spesialisttjeneste for øvrig med ressurser rettet inn mot de pasientene som pr i dag har et tilbud som blir vurdert som utilstrekkelig. Målsetningen er å etablere pasienten i det allerede eksisterende hjelpeapparatet i Vestfold fylke.

Teamet har målsetning om å være så utadrettet som mulig. I praksis vil dette si å jobbe 70-80 % i pasientens eget miljø og i et tett samarbeid med relevante tjenesteytere.

Det er en stor variasjon i de enkelte kommunene i Vestfold i forhold til hvor godt tilbudet til ROP-pasienter er etablert. Teamets innsats vil variere i forhold til hvilke behov som foreligger, både hos pasient og den enkelte kommune.

Teamets arbeidsmåte er blitt veldig godt mottatt i kommunene. I Vestfold finnes et faglig samarbeidsforum mellom kommunene og helseforetaket – Forum for rus og psykisk helse – som årlig deler ut en inspirasjonspris til enkeltpersoner eller miljøer som kam vise til god praksis og rutiner innen integrert behandling. Allerede etter halvannet års drift ble ROP Vestfold tildelt prisen for 2014.

Noter og referanser:

1. IS-1498 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Helsedirektoratet 2011
2. IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2014
3. http://www.napha.no/multimedia/4667/rapport_Spor_Vestfold_290114.pdf
4. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. Soc Sci Med 2007. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.07.003.
5. Figuren er utviklet i samarbeid med Even B Bjørn under hans arbeid med mastergradsoppgave i kroppsøving ved Høgskolen i Nord-Trøndelag i 2012.
6. NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen
7. <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Rehabilitering/Dokumenter/Rehabkonferansen%202012/Anders%20Grimsmo.%20Pasientforl%C3%B8p%20for%20rehabiliteringspasienten.pdf>
8. Stortingsmelding 16 (2010-2011)
9. Takk til Lars Ødegård og Tore Haukvik
10. NOU 1987:23
11. NOU 1997:18
12. NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten
13. Figuren er inspirert av Erik Roos' MPA-avhandling 2010 fra Handelshøjskolen i København – "Samhandling - et tilsiktet eller utilsiktet resultat" – tema kontekstualisering og translasjon - <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/147343/Roos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. <http://seprep.no/wp-content/uploads/2013/02/SKJERVE-Samhandlingsteam-mellom-DPS-og-kommunen.pdf>
15. http://www.siv.no/omoss_/avdelinger_/poliklinikk-samtidig-rus--og-psykisk-lidelse_