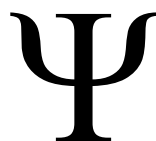




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Pakkeforløp i psykisk helsevern: Et kritisk blikk

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Navn

Daniel Hansen
Jonas Tidemand Onarheim

Høst 2020

Veiledet
Anne Marita Milde

Abstract

Clinical pathways have been introduced in Norway to give patients or relatives a more comprehensive and predictable course of treatment, without unnecessary waiting time. But do they meet the objectives outlined? The study aim was to summarize literature providing comprehensive knowledge of the empirical basis for the implementation; of the management ideology; and responses from the therapists. A systematic literature search resulted in 889 publications, 13 were included based on pre-defined inclusion and exclusion criteria establishing a knowledge summary for the period 2005-2020. There is a limited research basis for the clinical pathways in mental health care; these are based on an organizational model and treatment framework, inspired by clinical pathways from the somatic health care, as well as from Danish mental health care. Piloting is absent, so is an effect evaluation plan. Critical questions on the transferability from treatment of somatic diseases, to treatment of mental disorders are reported. New Public Management (NPM) and the Lean method are recognised as management theories. Professionals strive to understand the rationale for implementation; experiencing increased pressure to report; they fear weakened clinical decisions; questioning if it's in fact a quality reform according to the Norwegian Directorate of Health (NDH). Leaders express uncertainty in handling the role of the clinical pathway coordinator, emphasised by the NDH to be a critical success factor. Clinical pathways may have implications for professional practice, autonomy, and ethical principles for Nordic psychologists, where cost-effectiveness is prioritized over quality in treatment. There is a need for systematic evaluation and evidence-based knowledge of the package process meets the intention of adapted treatment and follow-up regardless of place of residence.

Keywords: literature review, clinical pathways, mental health care, implementation, professional practice, quality reform

Sammendrag

Pakkeforløp er blitt innført i Norge for å gi pasienter eller pårørende et mer omfattende og forutsigbart behandlingsforløp, uten unødvendig ventetid. Men oppfyller de målene som er skissert? Hensikten med studiet var å oppsummere litteratur som ga omfattende kunnskap om det empiriske grunnlaget for implementeringen; av ledelsesideologien; og svar fra terapeutene. Et systematisk litteratursøk resulterte i 889 publikasjoner, 13 ble inkludert basert på forhåndsdefinerte inkluderings- og eksklusjonskriterier som etablerte denne kunnskapsoppsummeringen for perioden 2005-2020. Det er et begrenset forskningsgrunnlag for pakkeforløp i psykisk helsevern. Grunnlaget er basert på en organisasjonsmodell og behandlingsramme, inspirert av pakkeforløp fra det somatiske helsevesenet, som igjen er overført til Norge, via dansk psykisk helsevern. Pilotering er fraværende, det er også en effektevalueringsplan. Det rapporteres kritiske spørsmål om overførbarhet fra behandling av somatiske sykdommer til behandling av psykiske lidelser. New Public Management (NPM) og Lean metode er kjente ledelsesteorier. Fagpersoner prøver å forstå begrunnelsen for implementering; opplever økt rapporteringspress; de frykter svekkede kliniske beslutninger; og setter spørsmålstegn ved om det faktisk er en kvalitetsreform slik Helsedirektoratet hevder. Lederne uttrykker usikkerhet rundt håndteringen av forløpskoordinatorrollen i pakkeforløp, som blir understreket av Helsedirektoratet som en kritisk suksessfaktor. Pakkeforløp kan ha implikasjoner for profesjonsutøvelse, autonomi, og etiske prinsipper for nordiske psykologer, der kostnadseffektivitet prioriteres fremfor kvalitet i behandling. Det er behov for systematisk evaluering og evidensbasert kunnskap om pakkeprosessen oppfyller intensjonen om tilpasset behandling og oppfølging uavhengig bosted.

Nøkkelord: Kunnskapsoppsummering, pakkeforløp, psykisk helsevern, implementering, profesjonsutøvelse, kvalitetsreform

Forord

Når vi for første gang satt oss ned på kontoret til veilederen vår Anne Marita Milde, var pakkeforløp det siste temaet vi hadde på blokken, men hadde mest lyst til å skrive om. Dette ønsket ble innfridd og møtt med entusiasme, og vi har siden ikke sett oss tilbake. For oss begge, har pakkeforløp vært og er en stor del av hverdagen vår siden vi startet ekstern praksis ved hvert vårt DPS.

Pakkeforløp har lenge vært i vinden. Vi ønsket å skrive en hovedoppgave som fanget hva pakkeforløp faktisk er, hvor det kommer fra og den underliggende debatten innad i profesjonen vår. Uten å anta for mye om oss selv, ønsket vi å produsere noe som kan sette ord på opplevelsene til klinikere som er påvirket av pakkeforløp og gi dem som arbeider i en hektisk hverdag muligheten til å sette seg inn i endringene av systemet de jobber i.

Takk til familiene, partnere, venner og ikke minst hverandre som har holdt ut med oss i denne perioden. Ikke alle kan si de har skrevet hovedoppgave under en pandemi.

En stor takk til veilederen vår for gode refleksjoner, ytre struktur, tillit og konstruktive tilbakemeldinger.

Innholdsfortegnelse

1.INNLEDNING.....	1
1.1 Historikk.....	1
1.2 Bakgrunn for pakkeforløp.....	2
1.3 Pakkeforløp i psykisk helsevern og rus i Norge.....	9
1.4 Problemstilling.....	14
1.5 Avgrensing og oppbygning.....	15
2.METODE.....	15
2.1 Inklusjonskriterier.....	16
2.2 Eksklusjonskriterier.....	16
2.3 Prosedyre.....	16
3.RESULTATER.....	18
3.1 Seleksjon av studier og rapporter.....	18
3.2 Karakteristikk ved de inkluderte studier og rapporter.....	18
3.3 Syntese av funn.....	19
4.DISKUSJON.....	30
4.1 Implementering og samhandling.....	30
4.2 Underliggende styringsideologi og empirisk grunnlag.....	37
4.3 Kvalitetsreform og rammer for behandling.....	47
5.AVSLUTNING.....	59
6.LITTERATURLISTE.....	61
7.Appendiks.....	1
Appendiks A.....	1
Appendiks B.....	2
Appendiks C.....	3

1 Innledning

Norsk helsevesen har gjennomgått store endringer de siste tiårene både i somatisk helsehjelp, og i psykisk helsevern. Mange av disse endringene har handlet om å effektivisere et helsevesen som stadig møter nye utfordringer i behandlingen av pasienter. Helsevesenet er blitt endret organisatorisk, og i måten det styres og finansieres på. Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i psykisk helsevern i 2017, hvor regionale helseforetak får halvparten av støtten fra staten basert på aktivitet (Helsedirektoratet, 2019d, s. 3). Helseforetakene og spesialisthelsetjenesten er blitt overført til statlig sektor fra et eierskap hvor det tidligere var de lokale folkevalgte som styrte (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s. 3). Pasienter står nå fritt til å velge behandlingssteder i hele landet, for å optimalisere ressursutnyttelse og brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2020b). Én måte å håndtere utfordringene i helsevesenet er standardisering og individualisering av pasientbehandling (Håland & Melby, 2017, s. 381). Standardisering og individualisering av pasientbehandling er blitt innført i somatisk sykehus og psykisk helsevern gjennom innføringen av pakkeforløp for kreft og psykiske lidelser. Bak pakkeforløp og utviklingen av norsk helsevesen, ligger styringsideologien New Public Management (NPM). NPM består av teori, prinsipper og metoder, for organisering og styring av offentlig virksomhet, og vil bli redegjort for senere (se punkt 3.2) (Hansen, 2018). Innblikk i hva pakkeforløp er, og hvordan det påvirker rammene for behandling i psykisk helsevern, vil være essensielt for å undersøke hvorvidt pakkeforløp kan heve kvaliteten i psykisk helsevern.

1.1 Historikk

I august 2015 ble det fremlagt en orientering fra Statsminister Erna Solberg om innføring av pakkeforløp innen psykisk helsevern i Norge som skulle bygge videre på den norske “suksessen” til pakkeforløp for kreft, og den danske pakkeforløp-modell for kreft,

hjerte- og karsykdommer og psykiske lidelser (Krekling, 2015). Helse- og omsorgsminister Bent Høie kom med ytterligere orientering om at pakkeforløp innen psykisk helsevern skulle sikre en raskere og bedre behandling. Formålet med pakkeforløpet var dermed at pasienter skulle utredes raskere, og få mer “likeartet behandling” av visse psykiske lidelser (Høie, 2015). November 2015 oppfordret Høie det psykologiske fagmiljøet til å “pakke opp” hvor trygghet, forutsigbarhet, mindre forskjellsbehandling og samtidig rom til å behandle pasienter forskjellig ble fremhevet som viktige faktorer som kunne påvirkes positivt. Deretter strakk Høie ut en hånd til fagmiljøet for å invitere til samarbeid, diskusjon og mulighet til å påvirke innholdet i pakkene som pasientene skulle “åpne” opp i fremtiden (Høie, 2015, s. 1002).

1.2 Bakgrunn for pakkeforløp

Pakkeforløpet kom i kjølvannet av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008), samt som en forlengelse av Høie og regjeringens satsingsprosjekt og overordnede politiske mål om å skape “Pasientens helsetjeneste” (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014). Bakgrunnen for innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern ligger i utfordringer som fremkom i statistikk og rapporter fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Helsedirektoratet (2019b, s. 3) pekte blant annet på store geografiske forskjeller i behandlingstilbudet til pasienter i psykisk helsevern sammenlignet med pasienter i somatisk sykehus. Utfordringene var uønsket variasjon i ventetid, behandling, utredning og oppfølging av pasienter innen psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2018c, s. 3). En rapport fra Folkehelseinstituttet (2014, s. 3) om pasienterfaringer innen døgnopphold i psykisk helsevern pekte på forbedringspotensial på områder som brukermedvirkning, informasjon om behandlingsmuligheter, diagnostisering, samarbeid med pårørende og andre kommunale helsetjenester. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk (ROP-lidelser) har i tillegg 15-20 år kortere forventet levealder sammenlignet med befolkningen

ellers (Helsedirektoratet, 2018b). Et hovedformål for pakkeforløpene var dermed å forbedre kartlegging av den somatiske helsen og levevanene til pasientene i spesialisthelsetjenesten, for å komme med tiltak som økte forventet levealder (Helsedirektoratet, 2018c, s. 3).

En annen bakgrunn for pakkeforløpet var krav om økt samhandling mellom aktørene i Helsevesenet. Samhandlingsreformen trådte i kraft i starten av 2012 og la grunnlaget for en reform av helse- og sosialtjenestene i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 21). Reformens mål var å løse utfordringer ved mangel på koordinering av tjenester, mangelfullt søkelys på forebygging av sykdom og langsiktig endring av sykdomsbildet i befolkningen. Kommunene fikk ansvaret for borgernes behov for helsetjenester, uavhengig av hvem selve tjenesten skulle leveres av. Samhandlingsreformen skulle oppfordre kommunene til å satse mer på forebygging av sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 22). Pakkeforløp skulle dermed tilrettelegge for mer transparente behandlingsforløp, og bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018d).

Pakkeforløp er innført i somatiske helsetjenester i Norge som ramme for kreftbehandling etter den danske modellen og i tråd med Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 med totalt 28 pakkeforløp for ulike krefttyper (Iversen & Bjertnæs, 2016, s. 13). Disse har som mål å sikre standardiserte pasientforløp med tett oppfølging fra henvisning til spesialisthelsetjenesten, og videre til etterbehandling og oppfølgingskontroller. Gangen i behandlingen styres av en forløpskoordinator som sikrer sammenhengende aktiviteter i behandlingsforløpet og er informasjonskanalen til pasient og pårørende. Fastlegene fikk diagnoseveiledere for utredning og henvisning (Helsedirektoratet, 2015). Formålet var å heve kvaliteten i somatisk sykehus ved bedre samhandling, redusere risikofaktorer, øke brukermedvirkning og unngå unødvendig ventetid (Helsedirektoratet, 2015, s. 2). Helsedirektoratet understreket at pakkeforløpene handlet om organisering av rammer for

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

behandling, og at de ikke skulle gripe inn i selve behandlingen av kreft. Behandlingen skulle fortsatt bygge på nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for kreftbehandling (Helsedirektoratet, 2015, s. 6; Helsedirektoratet, 2019c).

I Danmark ble pakkeforløp for kreft implementert i 2007, og i psykisk helsevern i de 5 danske regioner: Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark, Hovedstaden og Sjælland, i perioden 2010 til 2013. Psykisk helsevern i Danmark er organisert i døgnavdelinger (sengeposter), distriktpsikiatriske sykehus (DPS) og ambulere- og private tjenester (Danske Regioner, 2011). Rapportene "*Benchmarking af psykiatrien*" fra 2009-2011 avdekket store forskjeller i organisering, aktivitet og økonomi mellom regionene (Danske Regioner, 2010, s. 7). Rasjonale for utarbeidelsen av rapportene var å etablere "best praksis" og forklare eksisterende forskjeller mellom regionene. Regionene varierte i antall henvisninger, antall døgnplasser, tradisjoner for diagnostisering, behandling, ventetid, utredning, antall henvisninger samt driftsutgifter og tilgang til psykiater/psykolog per 1000 innbygger (Danske regioner, 2010, s. 5). Rapporten fra 2009 viste at ved utredning av schizofreni-pasienter brukte Region Midtjylland diagnostiske verktøy i 80% av tilfellene sammenlignet med 43 og 50% av tilfellene i Region Nordjylland og Sjælland. I rapporten spesifiseres det ikke hvilke diagnostiske verktøy som brukes i utredningen av schizofreni-pasienter (Danske Regioner, 2010, s. 54). Regionene hadde også betydningsfulle forskjeller i prevalens av diagnoser som schizofreni, affektive-, stressrelaterte- og organiske lidelser for pasientpopulasjonen hvor geografiske forskjeller alene ikke kunne forklare variansen. Andre faktorer som ulike fagmiljøer, diagnostiske tradisjoner, forskjeller i tilgjengelighet av behandler per innbygger, og få nasjonale retningslinjer for drift av offentlige klinikker ble viktige forklaringsvariabler (Danske regioner, 2009; Danske Regioner, 2010; Danske Regioner, 2011). Dette la grunnlaget for å iverksette systematiske tiltak for å redusere forskjellene mellom regionene, og gi pasientene et mer ensartet behandlingstilbud.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

For å adressere de regionale forskjellene, utarbeidet Danske Regioner (DK) et kvalitetsforbedringsprosjekt som ble oppsummert i rapporten «Kvalitet i Psykiatrien» (Danske Regioner, 2011). DK er interesse- og arbeidsgiverorganisasjonen til de 5 danske regioner som ivaretar felles interesser og sikrer økonomiske rammer, slik at regionene selv kan løse oppgaver effektivt og faglig forsvarlig (Danske Regioner, 2020). Rapporten inneholdt tiltak og anbefalinger for 5 overordnede mål; bedre og mer treffsikker diagnostikk; effektivisere behandling og utredning; standardisere og kvalitetssikre behandling; ta i bruk kvalitetsindikatorer; øke forventet levealder til individer med psykiske lidelser (Danske Regioner, 2011, s. 8). Den fremhevet i tillegg konkrete anbefalinger om å styrke kompetansen og etterutdanningen til helsepersonell, ta i bruk elektroniske verktøy for utredning, ha felles henvisningskriterier, ha fokus på bivirkninger av medikamenter, og øke samarbeidet mellom somatiske sykehus og avtalespesialister for å sikre oppfølginger av pasienter med kroniske lidelser (Danske regioner, 2011, s. 5). I tillegg ble utredningspakker, som skulle inneholde standarder for diagnostisk praksis, tidsfrister, kvalitetsindikatorer og behandlingspakker for hver diagnosegruppe anbefalt. Utredningspakkene ble brukt synonymt med pakkeforløp, og definert som et «styringsredskap» som strategisk skulle utnytte tilgjengelige ressurser i behandling, løse utfordringene med regionale forskjeller, og gi «mest mulig sundhed for pengene» i psykiatrien (Danske Regioner, 2011, s. 7). Forløpene skulle bygges på eksisterende behandlingsmodeller utviklet av private aktører i samarbeid med psykisk helsevern, og ble derfor sett på som en videreutvikling av eksisterende behandlingspakker med Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblem (ICD-10) som diagnosemanual (Verdens helseorganisasjon [WHO], 1992). Målet var å tilby pasienter behandling og utredning av høy kvalitet, operasjonalisere kliniske retningslinjer og sikre lik behandling uavhengig regiontilhørighet (Danske Regioner, 2011, s. 14). Deretter ble det trukket paralleller til suksessen med innføring av pakkeforløp

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

for kreft i 2007, og understreket at disse skulle tilpasses den heterogene psykiatriske pasientpopulasjonen. Begreper som mer 'effektiv behandling', 'økt pasientfokus', 'likhet', 'rettigheter' og 'kostnadseffektivitet' ble trukket frem. Der hvor det ikke var entydig praksis skulle DK, på mandat fra Sundhedsstyrelsen, etablere tverregionale arbeidsgrupper for utarbeidelse og implementering av pakkeforløpene innen 2012 (Danske Regioner, 2011, s. 17). Sundhedsstyrelsen kan sidestilles med det norske Helsedirektoratet, hvor de begge har ansvar for helsevesenets struktur, og fungerer som det øverste organet i helsevesenet (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Pakkeforløp ble innført i de danske regionene i 2013, og gjennomgikk en større revisjon i 2017 av DK, hvor noen forløp utgikk og andre ble implementert (Sunhed DK, 2018). I dag eksisterer det 13 pakkeforløp for voksne som tar for seg diagnosene hyperaktivitet og oppmerksomhetsforstyrrelse (ADHD), angst, anorexi, bulimi, depressiv enkelt-episode, periodisk depresjon, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelser, obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD), posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og traumatiserte flyktninger (Region Sjælland, 2019). De baserer seg på nasjonale kliniske retningslinjer, spesialveilederen for psykiatri og de danske regioners målgruppebeskrivelser. Det ble utarbeidet 3 forskjellige utredningspakker; avklarende samtale (1 time), standard utredningspakke (2-3 timer), og utvidet utredningspakke (4-8 timer) for å avdekke symptomer, alvorlighetsgrad, årsak, kartlegging av behandlingsbehov, muligheter, samt avklare behov for annen sykehusbehandling. Etter utredning utgjør antall timer i «pakken» rammene for behandling, men klinikeren kan selv velge å bytte ut elementer, eller tilby pasienter flere/færre timer basert på egen vurdering. Pakkeforløp inndeles i undersøkelser, ikke-farmakologisk behandling, farmakologisk behandling og sammenheng, hvor man skal sikre kontinuitet i behandlingen av pasient. De ulike pakkene settes sammen basert på retningslinjer som tar for seg hvilke intervensjoner som har best behandlingseffekt rettet mot

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

ulike diagnoser. Pakkeforløp skal være transparent, som betyr at pasient, pårørende og samarbeidende instanser skal være informert om hva som skjer under, og etter endt forløp.

Sammenheng og kontinuitet i behandling, handler om at det skal være søkelys på samarbeidsmøter med forløpskoordinator, fokus på tilbakefallsforebygging, evaluering og oppfølging etter overføring til førstelinjetjenester som kommune eller fastlege.

Pasientopplevelsene kartlegges av “Nationale kvalitetsmål fra Sundheds og Ældreministerier (2016),” og “Den landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)” (Danske Regioner, 2017). Pakkeforløp har inspirasjon fra *Lean* metode som ble brukt i utarbeidelsen og implementeringen av pakkeforløp for kreft og hjerte- og karsykdommer i 2007-2009 (Danske Regioner, 2011, s. 16). *Lean* metode er opprinnelig en produksjonsmodell fra bilindustrien som gjennom flere tiår har blitt modernisert og tilpasset helsevesenet for å øke verdiskapning, redusere effektivitetstap og effektivisere produksjon av helsetjenester, gjennom å plassere den ansatte i sentrum (Lean Forum Norge, 2020). *Lean metode* vil redegjøres for i diskusjonen, under styringsideologi og metode som ligger bak pakkeforløp (se punkt 3.2, avsn. 4).

Opprinnelig skulle pakkeforløp revideres hvert andre år, men første evaluering ble utsatt og erstattet med en erfaringskonferanse i juni 2016. De 160 deltakerne på konferansen var representanter fra helsepersonell som arbeidet med pakkeforløp, administratorer, allmennpraksiser, pasientforeninger og direktører fra de 5 regionene som utgjorde styringsgruppen bak pakkeforløp (Danske Regioner, 2016, s. 1). Under konferansen ble det fremlagt informasjon som tilsa at ordningen hadde ført til en tydeligere avslutning av pasientforløp; til en bedre “flow” eller gjennomstrømming av pasienter; økt gjennomsiktigheten i behandling; mer kvalitetssikring på tvers av regionene, og en raskere utredning og behandling (Danske Regioner, 2016, s. 3). Flertallet på konferansen var for avskaffelse av utredningspakkene, de støttet utredning under behandling samt fremhevet at

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

innholdet i pakkeforløp i større grad burde styres av nasjonale retningslinjer (Danske Regioner, 2016, s. 4). Det ble rettet ytterligere kritikk mot for få behandlingstimer til personlighetsforstyrrelser, overgrep (spesielt i barndom), behandling av komorbide tilstander samt manglende mulighet til tilpasning etter pasientens individuelle behov (Danske Regioner, 2016, s. 6). Deltakerne opplevde mangel på faglighet når det gjaldt utvikling av pakkeforløp, bruk av evidens under revidering, og at det ble avsatt for få ressurser til å videreutdanne helsepersonell. Betragtningene var dermed at pakkeforløp hadde ført til mindre pasientfokus, på bekostning av økonomi. Innføring av pakkeforløp opplevdes dermed som et paradigmeskifte, hvor faglighet var erstattet med økonomisk styring av helsetjenester (Danske Regioner, 2016, s. 7). I dokumentet er det ikke oppgitt hvor mange av deltakerne som stod inne for de forskjellige betragtningene, eller hvem som deltok fra Norge. Rapporten understreker imidlertid at pakkeforløp skulle innføres i Norge etter dansk modell (Danske Regioner, 2016, s. 1), og noe av inspirasjonen er dermed hentet fra Danmark i utvikling av norsk pakkeforløp i psykisk helsevern.

1.3 Pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge

Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å iverksette utarbeiding og implementering av pakkeforløp, og organiserte et samarbeid med fag- og brukerorganisasjoner, helseforetakene og kommunesektorens organisasjon (KS) (Helsedirektoratet, 2018c, s. 3). Helsedirektoratet opprettet egne referansegrupper, bestående av representanter fra kompetansesentre, fag- og brukerorganisasjoner og de regionale helseforetakene (RHF), for å bistå direktoratet med innspill og råd i arbeidet med pakkeforløpene. I tillegg ble det opprettet en nasjonal ressursgruppe for å bistå de regionale og lokale helseforetakene med implementeringsprosessen. Arbeidsgrupper med eksterne fagpersoner ble etablert, og tre overordnede pakkeforløp ble utformet (Solberg & Strand, 2016):

- Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for, voksne (PHV).
- Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge (PHBU)
- Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Underlagt de 3 overordnede pakkeforløp utarbeidet arbeidsgruppene 9 tilstandsspesifikke pakkeforløp fordelt mellom PHV, PHBU og TSB. I perioden 2017-2018 ble forslagene sendt ut på høringer til tjenestene, brukerorganisasjoner, Norsk Psykologforening (NPF) og Norsk forening for allmenntmedisin (NFA), før forslagene ble bearbeidet og vedtatt innført 1. januar 2019. Rasjonale var å styrke kvaliteten i tjenestene, øke samhandling mellom ulike aktører, og tilrettelegge for trygge og forutsigbare forløp som igjen bygget på internasjonale faglige retningslinjer og veiledere for utredning og behandling (Norsk psykologforening, 2017; Norsk psykologforening, 2018; Norsk forening for allmenntmedisin, 2018; Helsedirektoratet,

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

2018d). Ifølge Helsedirektoratet kan pakkeforløpet dermed betegnes som en reform med formål om å redusere ventetid, kvalitetssikre lik behandling på tvers av kommuner, distriktpspsykiatriske sykehus (DPS), behandlere, og forbedre samarbeid og kommunikasjon mellom helsetjenester, med økt oppmerksomhet mot somatisk helse og levevaner til pasienter i spesialisthelsetjenesten. Dette tydeliggjøres gjennom Helsedirektoratets (2018c, s. 3) fem mål for pakkeforløp for psykisk helse og rus:

1. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet.
2. Sammenhengende og koordinerte pasientforløp.
3. Unngå unødig ventetid før utredning, behandling og oppfølging.
4. Likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor.
5. Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

Pakkeforløp er retningslinjer for pasientbehandling fra kontakt med førstelinjetjenesten til spesialisthelsetjenesten, samt samarbeid og oppfølging i kommunen etter endt behandling. Overordnet inndeles forløpene i henvisning, vurdering av retten til helsehjelp, kartlegging/utredning, behandling og evaluering. Under hele pakkeforløpet skal forløpstider følges, hvor det stilles krav til behandler for å dokumentere kliniske beslutninger knyttet til utredning og valg av behandlingsmetode. Med forløpstider menes det at behandleren skal gjennomføre utredning og evaluere behandlingen underveis, etter pakkeforløpets forhåndsbestemte tidsintervaller. Alle de ulike delene av pakkeforløpet skal inneholde brukermedvirkning og samhandling mellom relevante instanser som første- og andrelinjetjenesten (Helsedirektoratet, 2019a).

Det første pasienten møter er at henvisningen og retten til helsehjelp vurderes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-2). Innvilges retten til helsehjelp blir pasientens pakkeforløp iverksatt. Behandles pasienten i spesialisthelsetjenesten skal vedkommende bli

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

møtt av en forløpskoordinator, som har en sentral rolle i pakkeforløp. Forløpskoordinator skal sikre et sammenhengende pasientforløp, og fungerer som informasjonskanalen til pasient, pårørende, og andre samarbeidende instanser. Forløpskoordinatoren skal etableres i spesialisthelsetjenesten og har et overordnet ansvar for å følge forløpstider, kode målepunkter og koordinere behandlingsforløpet i henhold til pakkeforløpets retningslinjer. Pasienten skal derfor settes i kontakt med forløpskoordinator ved henvisning, som sikrer informasjonsflyt og samarbeid dersom pasient har behov for tjenester fra flere aktører (Helsedirektoratet, 2018c, s. 11). Eksempler på samarbeid er kommunikasjon mellom forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten og kommunen, eller samarbeidsmøte med NAV.

Andre steg er kartlegging og utredning av pasientens behov, mål, ønsker for behandling og oppfølging, henvisning, rammene for behandlingen, pårørendes forståelse av situasjonen, om pasienten har forsørgeransvar for mindreårige barn, behov for umiddelbare tiltak, og vurdering av selvmords- og voldsrisiko. Basisutredning inneholder anamnese og diagnostisk vurdering basert på strukturerte utredningsverktøy i henhold til ICD-10 (WHO, 1992). Med bakgrunn i basisutredning, skal behandleren ta en klinisk beslutning om behov for behandling og om det må iverksettes videre tiltak, koordinerte tjenester, samarbeid eller forebyggende tiltak for pasienten. Dersom pasienten har behov for *utvidet* utredning, skal dette gjennomføres i løpet av 6 uker hvor behandler innhenter komparentopplysninger, og gjennomfører mer omfattende utredning. Utvidet utredning skal klinisk begrunnes av behandler (Helsedirektoratet, 2019a).

Tredje steg er behandling og oppfølging hvor behandler og pasient utarbeider en behandlingsplan, tilrettelegger for oppfølging av somatisk helse, drøfter legemiddelbehandling, og initierer til samarbeidsmøter ut fra pasientens behov.

Retningslinjene understreker at forløpet skal være preget av samhandling og kartlegging av

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

behov for langvarige tjenester i kommunen, og samarbeidsmøter hvor dette er relevant. I poliklinikk skal behandling og oppfølging evalueres hver 12 uke, for å forsikre at behandlingen er effektiv og individuelt skreddersydd. Det oppfordres til bruk av standardiserte verktøy som gir effektive mål på symptom- og funksjonsnivå, samt livskvalitet til pasienten. Eksempler er spørreskjema som Symptom Checklist 90 Revidert (Derogatis, 1994), og Traume- og PTSD-screening (Goodman et al., 1998; Weathers et al., 2013). Fastlegen og/eller annen henviser skal gis tilbakemelding om konklusjonen av utredningen og behandlingsplanen til pasienten (Helsedirektoratet, 2019a).

Fjerde steg er avslutning av pakkeforløp. Før utskrivning fra spesialisthelsetjenesten skal det foreligge en individuell plan (IP) for oppfølging i kommunen eller annen instans om pasienten har behov for dette. I tillegg skal behandlingen evalueres, og tidligere avklarte evalueringspunkter gjennomgås av pasient og behandler. En avsluttende samtale skal ha fokus på tilbakemelding fra pasient og andre involverte parter i behandlingen. Etter endt behandling skal epikrise sendes til fastlege og/eller annen henviser med aktuelle selvmordsrisiko- og voldsvurderinger samt andre relevante tiltak. Når pakkeforløpet avsluttes er det som regel fastlegen som overtar behandleransvaret (Helsedirektoratet, 2019a). Figur 1 (se Appendiks A), illustrerer ved hjelp av et flytdiagram, pakkeforløpet for en generisk pasient med psykisk lidelse og/eller rus-avhengighetsproblemer (Helsedirektoratet 2018d, s. 45).

-----SETT INN FIGUR 1 HER-----

Hele pakkeforløpet skal kodes av behandler ved hjelp av *pakkeforløpskoder*. Her skal pakkeforløpets start, type, fremmøte, bruk av standardiserte verktøy til måling av symptomer og funksjon, kliniske beslutninger, informasjon om ulike behandlingsformer, pasientens involvering i utarbeidelse av behandlingsplan, tilbakemelding til fastlege og/eller annen

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

henviser, samarbeidsmøter med andre instanser, evalueringspunkter og bruk av feedbackverktøy kodes. Gjennomført aktivitet i timen som bruk av psykoedukasjon, selvmordsrisikovurdering eller strukturerte kartleggingsinstrumenter, skal kodes etter hver time. Målet med pakkeforløpskodene er å gi behandlere og institusjoner mulighet til å følge med på egen og andres resultatoppnåelse, ved å bruke pakkeforløpskodene som kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2019a).

I tillegg til retningslinjer for hva pakkeforløpet skal inneholde, har Helsedirektoratet (2018c, s. 4-18) utarbeidet en nasjonal plan for implementering for relevante helseinstanser som skal bidra til at målsetningene til pakkeforløpet blir oppnådd. Ifølge planen har pakkeforløp blitt implementert i to faser. Fase én bestod av implementering av de tre overordnede forløp, mens fase to rettet seg mot tilstandsspesifikke forløp. Helsedirektoratet har ansvar for sentrale implementerings- og kommunikasjonstiltak, mens regionale og lokale helseforetak har ansvar for regionale tiltak. Helsedirektoratet skal dermed bidra med informasjon om pakkeforløp til helsepersonell, kommuner, fastlege, fylkesmenn, rådgivere, pasienter, pårørende og andre relevante aktører, gjennom konferanser og informasjonsskriv. Det fremheves en tydelig rolle- og ansvarsfordeling mellom ulike aktører, og at mulige utfordringer og flaskehalsen bør kartlegges. Det anbefales at arbeidet skjer via implementeringsgrupper, og at det forankres i brukerutvalg med representanter for psykisk helse og rus. På et regionalt nivå skal det utvikles tverrfaglige implementeringsplaner, hvor bruker- og pårørendeorganisasjoner, ledere fra kommunen og andre aktører er representert. Målet er at gjeldende praksis i spesialisthelsetjenesten endres i tråd med anbefalingene i pakkeforløpet, og at tjenestene organiseres slik at forløpstidene som er satt for utredning, oppretting av behandlingsplan og evalueringspunkter overholdes. Relevante instanser som arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger, helsestasjoner, barneverntjenesten og Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), skal gjøre seg

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

kjent med innholdet i pakkeforløpet. De konkrete implementeringsplanene omhandler styrking av henvisningsrutiner i samarbeid med henvisende instans, samt at det etableres forløpskoordinatorer som skal ha ansvar og myndighet til å sørge for at behandlingsforløp og oppfølging i spesialisthelsetjenesten er sammenhengende, og med faglig begrunnet ventetid. Det er lederne i de forskjellige ovennevnte virksomhetene som har ansvar for å forankre og tildele rollen som forløpskoordinator i virksomheten. Helsedirektoratet (2018c, s. 11) anser forløpskoordinatorer som en kritisk suksessfaktor, særlig når det gjelder tilrettelegging av sammenhengende og koordinerte pakkeforløp. Innledningen vår tyder på at det er gjort mye politisk og faglig arbeid med utarbeidelsen av pakkeforløp, og implementeringen av dette inn i det psykiske helsevesen. Når vi nå har sett på hvordan arbeidet var i forkant av implementeringen, vil det være hensiktsmessig å undersøke hva man faktisk vet om pakkeforløp. Med dette i bakhånd, retter vi søkelyset mot tre problemstillinger.

1.4 Problemstillinger

Vi tar utgangspunkt i tre overordnede problemstillinger som vil videre drøftes:

- 1) Har implementeringen av pakkeforløp vært tilfredsstillende, og er samhandlingsreformen ivaretatt?
- 2) Hva er det empiriske grunnlaget for pakkeforløpet, og hvilken underliggende styringsideologi og metode bygger det på?
- 3) Påvirker pakkeforløp aktørene i psykisk helsevern, og kan det karakteriseres som en kvalitetsreform?

1.5 Avgrensning og oppbygning

Vi har et fravalg av det empiriske grunnlaget for de spesifikke forløpene da disse bygger på nasjonale retningslinjer for behandling av psykiske lidelser, som er veldokumentert. Et initielt ikke-systematisk litteratursøk som utforskende metode indikerte at det er var lite forskning på pakkeforløp i Norge, og at det ikke har vært gjennomført pilotprosjekter før implementering i psykisk helsevern. Oppgaven består av 5 kapitler. Kapittel 2 vil presentere metode hvor vi redegjør for inklusjon- og eksklusjonskriterier, prosedyre, resultater, karakteristikk ved de inkluderte studier og rapporter, samt syntese av funn. I Kapittel 3 vil vi legge frem funn. Deretter vil vi drøfte dette opp mot annen relevant litteratur i diskusjonsdelen i kapittel 4. Kapittel 5 er avslutning.

2 Metode

For å kunne diskutere problemstillingene har vi valgt å bruke kunnskapsoppsummering som vårt vitenskapelige artikkelformat. Med dette forsøker vi å beskrive “hele bildet” gjennom å presentere en oversikt over den best tilgjengelige litteraturen, på en systematisk og transparent måte ved bruk av systematisk litteratursøk (Grant & Booth, 2009, s. 97). Dette vil da øke sannsynligheten for å inkludere prosess rundt utarbeidelse av pakkeforløp, implementering, samt det empiriske belegget som kan forsvare hvorfor pakkeforløp ble innført. I tillegg ønsker vi å belyse hvordan dette har påvirket rammene for behandling i psykisk helsevern i Norge. Undersøkelse er gjennom litteratur fra ulike tidsskrifter, intervjuer, rapporter, offentlige dokumenter, stortingsmeldinger, høringer og tidligere master- og hovedoppgaver. I oppsummeringen har vi kun med materiale som er relevant for prosessen rundt bakgrunn, utarbeidelse, implementering og forskning på pakkeforløpet.

2.1 Inklusjonskriterier

Periode: Grunnet pakkeforløpets relativt nye inntog i skandinavisk helsevesen, vil informasjon direkte knyttet til pakkeforløpet i psykisk helse og somatisk helsehjelp være publisert i tidsrommet 2005 – 2020.

Søkeord: Pakkeforløp, Norge, Danmark, Sverige, Skandinavia, erfaringer, opplevelser, forløpskoordinator, pakkeforløp PHV, PHBU, pakkeforløp TSB, pakkeforløp og etter implementering.

Type publikasjoner: Artikler og dokumenter som sier noe om bakgrunn, utarbeidelse, implementering, praksis, kvalitative og kvantitative studier gjort på pakkeforløp i psykisk helsevern. Rapporter, rundskriv, tidsskrifter, stortingsmeldinger, nasjonale planer, kvalitative studier, vitenskapelige artikler, oversiktsartikler, og master- og hovedoppgaver.

2.2 Eksklusjonskriterier

Språk: Andre språk enn norsk, dansk og svensk er ekskludert fra litteratursøket.

Meningsutvekslinger, debattinnlegg og kronikker: Disse skildrer ofte enkeltpersoners opplevelser og meninger, og er definert til ikke å være relevante kilder i forhold til problemstillingene.

2.3 Prosedyre

I forkant ble det gjennomført utforskende ikke-systematiske søk for å få oversikt over begrepsbruk, feltet, og en generell forståelse av hvordan pakkeforløp blir fremstilt i litteraturen. «Pakkeforløp» og «Pakkeforløb» ble anvendt som søkeord i fire ulike databaser: APA Psycinfo (Ovid), Web of Science, MedLine (Ovid) og Cochrane Library on Wiley Online Library. Søkene ga ingen treff. Beslektede begrep til pakkeforløp som «Care

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

pathways» og «Integrated pathways» ble forsøkt, men etter gjennomgang av søkeresultatet ble det vurdert at majoriteten omhandlet «pakkeforløp» i somatisk helsevesen istedenfor psykisk helsevern. Den videre søkestrategien ble derfor å bruke ordet «pakkeforløp» som kjernebegrep og eneste ord, som søkestrategi i nasjonale databaser.

Det systematiske søket ble utført i perioden 29.09.2020-01.11.2020 i 10 ulike databaser: ORIA, Helsebiblioteket og Idunn. I tillegg til databaser for master- og hovedoppgaver som: Bergen Open Research Archive ved Universitet i Bergen (BORA), DUO Research Archive ved Universitetet i Oslo, AURA – Universitetet i Agder, UNIT – Universitetet i Stavanger, Munin – Norges Arktiske Universitet, Nord Open Research Archive – Nord Universitet og Vitenskapelig høyskole (VID) Open. I første fase ble studier som ikke møtte inklusjonskriterier i tittel, sammendrag eller nøkkelord ekskludert. I neste fase ble artikler som ikke umiddelbart oppfylte inklusjonskriterier håndtert og ekskludert etter fulltekstgjennomgang.

3 Resultater

3.1 Seleksjon av studier og rapporter

Til sammen ble det identifisert 889 publikasjoner, hvor 867 publikasjoner ble ekskludert. Det ble innhentet fulltekst for de 22 resterende studiene/rapportene hvor 9 ble ekskludert etter fulltekstgjennomgang på grunn av manglende relevans og duplikater (for oversikt over søkeprosess se Figur 2, appendix B).

-----SETT INN FIGUR 2 HER-----

3.2 Karakteristika ved de inkluderte studiene og rapportene

Av de 13 inkluderte publikasjonene er 12 fra Norge og 1 fra Danmark. 7 av studiene er publiserte master- og hovedoppgaver, 3 er rapporter, 1 er styringsdokument (nasjonal implementering av pakkeforløp), 1 fagfellevurdert artikkel, og 1 doktorgradsavhandling. Studiepopulasjonen varierer fra 3 til 41 000 deltakere. Flest deltakere (n=41 000) er i Folkehelseinstituttet sin spørreundersøkelse om psykisk helsevern og SINTEF's (n=3431) rapport om fagfolks erfaringer første året med pakkeforløp. I studier som har benyttet seg av kvalitativ metode består utvalget av norsk og dansk helsepersonell, forløpskoordinatorer, tidligere pasienter, brukerrepresentanter, ledere og medlemmer fra helsedirektoratet som har jobbet med utarbeidelsen av pakkeforløp. Se Tabell 1 for tittel, type artikkel, database og hvilke problemstillinger de ulike publikasjonene er knyttet til (Appendiks C).

-----SETT INN TABELL 1 HER-----

3.3 Syntese av funn

Havn (2018, s. 6) gjorde en semi-systematisk litteraturgjennomgang, og undersøkte muligheter og begrensinger med pakkeforløp samtidig med utforskning av hvor pakkeforløp står i forhold til profesjonsutøvelse, brukermedvirkning og diagnostisk tankegang. Litteraturstudien ble publisert før de tilstandsspesifikke pakkeforløpene ble utformet, men etter avgjørelsen om innføring. Videre blir det fremhevet at pakkeforløp er en standardisering som kan føre til bedre behandling, samhandling, økt forutsigbarhet og mer brukermedvirkning. Den generelle bekymringen blant behandlerne forstås som at pakkeforløp kan forsterke den diagnostiske kulturen, føre til mer byråkratisk kontroll og forsterke empirisk medisin som forståelsesgrunnlag av psykiske lidelser (Havn, 2018, s. 50).

Kvamsdahl (2016, s. 28) undersøkte bruk av *Lean* metode i pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark, ved å intervju et utvalg (n=11) bestående av klinikere (n=6), informanter fra helsemyndigheter/interesseorganisasjoner i Danmark (n=3) og interesseorganisasjoner i Norge (n=2). Studien bruker semi-strukturerte intervju og systematisk tekstkondensering i analyse av materiale (Kvamsdahl, 2016, s. 30). Forfatteren bruker ikke eksakt antall informanter når hun gjengir svarene deres, men ord som “flere”, “noen” og “alle”. Når det gjaldt rammene for behandling fant Kvamsdahl (2016, s. 41) at noen klinikere opplevde pakkeforløpene som retningsgivende, målrettet, standardiserte, ensartet, reduserte ventelister og at det var lettere å kommunisere rammene for behandling til pasient. Andre pekte på for liten tid i pakkene, at den pålagte ventetidsgarantien gjør at de må tilby færre timer, og at det er mindre behandlingsfrihet som resultat av en mer låst og innskrenket modell. Videre ga flere klinikere uttrykk for at pakkeforløp mangler fleksibilitet for behandling av komplekse og komorbide tilstander, som ikke lar seg behandle av standardiserte metoder som kognitiv terapi. I tillegg påpekte flere klinikere en følelse av at de

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

avviser pasienten før behandling har startet, og at pasientene i enkelte pakkeforløp blir «kastet rundt», hvor de må gjenfortelle historien sin og forholde seg til flere behandlere, selv ved korte forløp. Flere klinikere bekymrer seg over at stadig flere blir henvist til spesialisthelsetjenesten etter pakkeforløp ble innført, og at andre diagnoser blir nedprioritert i forhold til «pakkeforløpslidelsene» (Kvamsdahl, 2016, s. 43). Når det gjelder utvikling og kvalitetsforbedring, trekker flere klinikere frem pakkeforløp som et verktøy for å sammenligne, identifisere effekt, evaluere, og at psykoterapi har fått en større rolle i behandling av psykiske lidelser sammenlignet med tidligere. Andre klinikere trekker frem at ulike regioner tolker innholdet i pakkene og behandler lidelser som PTSD forskjellig. Det trekkes videre frem at psykisk helsevern har blitt bedre der hvor det har vært dårlig, mens regioner som har hatt et godt tilbud fra før, har blitt dårligere. En kliniker trekker frem at alt er blitt «like dårlig», og at pakkene er blitt revidert så mange ganger underveis at de ikke samsvarer med evidens- og kunnskapsbasert praksis. Flere klinikere opplever at ventetidsgarantien har ødelagt innholdet i pakkene, grunnet tidspress, og pakkene er igjen blir modifisert og ødelagt for å møte ventetidsgarantien (Kvamsdahl, 2016, s. 45). Kvamsdahl (2016, s. 46-49) fant at i forhold til «flow», styringssystem og ledelse, trakk flere klinikere frem at pakkeforløp ga bedre rammer, bedre grunnlag for å måle aktivitet, forutsigbarhet i hverdagen og er mer effektive. Andre klinikere opplever pakkeforløpene som styringsverktøy for ledere, at de ikke passer pasientpopulasjonen som skal behandles, og at prinsipp kostnadseffektivitet har erstattet prinsippet om god behandling. Flere informanter gir uttrykk for at pakkeforløp oppleves som en «top-down» prosess, uten at de har hatt innvirkning på utarbeidelse eller implementering.

Ellingsen og Danielsen (2020, s. 43-63) undersøkte hvordan et utvalg (n=15) bestående av behandlere (n=11) og ledere (n=4), opplever innføringen av pakkeforløp ved tre forskjellige DPS ved ulike helseforetak. Semi-strukturerte intervju ble brukt som metode og

det som ser ut som tematisk tekstanalyse (kommer ikke tydelig frem), til analysering av data. Sentrale funn var at alle behandlerne opplever at pakkeforløpet reduserer faglig autonomi grunnet økt krav til dokumentering, og at utredningsfristene kan føre til forhastede kliniske beslutninger fattet på svakt grunnlag. Alle behandlerne oppga at pakkeforløp har ført til økt standardisering av behandling, dokumentering og derfor økt arbeidsbelastning. Likevel var det enighet blant behandlerne om at faglige standarder som hadde blitt innført sammen med pakkeforløp, kan være med å heve behandlingskvaliteten, og oppfattes som god faglig tenkning. Blant behandlerne var det samlet enighet om utfordringer med å tilpasse pakkeforløpene komplekse pasienter, og frykt for at pasienter som ikke passer inn i forløpene vil bli nedprioritert i fremtiden. Generelt sett var lederne (nevnes ikke antall) positive til pakkeforløp, fulgte opp målkravene, og oppgir at det har blitt et økt fokus på behandlingseffekt og pasientgjennomstrømning, til tross for mistanke om at disse faktorene langsiktig kan redusere behandlingskvaliteten.

Woll (2019, s. 22-27) undersøkte et utvalg (n=55) bestående av ledere (n=5), kontorfaglige (n=9) og behandlere (n=41) sin opplevelse av innføring av pakkeforløpene ved BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) Follo. Studien brukte kvantitativ metode i form av spørreundersøkelser med repeterte målinger innen-gruppe design. En pre-måling fra 2018 (før pakkeforløp ble innført), og en post-måling (2019, 6 måneder etter innføringen) ble gjennomført. Studien tar dermed for seg ansatte sin opplevelse både før og etter pakkeforløp ble innført. Sentrale funn er at behandlere ikke rapporterer om statistisk endring i opplevelse av tid til oppgaver som pasientbehandling ($p=0.21$), samarbeidsmøter ($p=0.67$) og intern drøfting ($p=0.94$). Likevel rapporterer behandlerne om en statistisk signifikant (p-verdi=p) opplevelse av utilstrekkelig tid til registrering, journalføring og koding ($p=0.01$) etter innføring av pakkeforløp. Innstillingen til pakkeforløp blant behandlerne har blitt mer negativ blant behandlerne, mens positiv blant kontorfaglige og ledere fra 2018-2019, uten at det er en

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

klar statistisk signifikant forskjell mellom de 2 målingspunktene for noen av de 3 ovennevnte gruppene ($p=0.55$). Det var heller ingen signifikant endring i opplevelse av mening, trivsel og arbeidsbelastning, som ble målt før/etter implementeringen av pakkeforløp, ved opplevelsen av samarbeidsmøter ($p=0.06$), interne drøftinger ($p=0.77$), og registrering, journalføring og koding ($p=0.16$).

Aasen og kolleger (2019, s. 26-61) undersøkte hvordan et utvalg ($n=18$) forstod implementeringen av pakkeforløp og forløpskoordinatorrollen. Inkludert var to informanter fra Helsedirektoratet ($n=2$), og ti nøkkelpersoner ved implementeringsarbeid ($n=10$), samt enhetsledere og behandlere ($n=6$) på Oslo Universitetssykehus (OUS). Det er ikke laget en oversikt over hvor mange informanter som mente det ene eller andre. Ved hjelp av kvalitative dybdeintervju fant de at det er forvirring blant lederne og behandlerne på OUS rundt løsningen av forløpskoordinatorrollen. Særlig er det usikkerhet knyttet til om det er behandlere, merkantil eller ledere, som skal ha rollen. Helsedirektoratet ønsker at rollen skal forankres lokalt, og at det er opptil helseforetakene å definere rollen. Aktører fra helseforetakene er usikre på hvordan de skal forstå forløpskoordinatorrollen ut fra Helsedirektoratet sine styringsdokumenter. Andre funn er tekniske utfordringer, hvor det er uklarhet i å forstå årsaken til feilkoding, og at det er for kort tidsfrist til at pasienten kan evaluere behandlingen. Det rapporteres også om manglende kommunikasjonsverktøy med primærhelsetjenesten, og at det er vanskelig å kommunisere innad de regionale helseforetakene grunnet bruk av forskjellige journalsystemer. Behandlerne rapporterer om utfordringer med å finne balansen mellom hvor mye ansvar pasienten skal ha i egen behandling, pårørendeinvolvering, spesielt når pårørende og pasient har ulike ønsker, og opprettholdelse av utredningsfrister. Enkelte behandlere oppgir at de ikke forstår hensikten og formålet med pakkeforløpene, og det rapporteres om ressursmangler som fører til kreative løsninger av forløpskoordinatorrollen.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Eskeland og Dahle (2017, s. 26) gjorde en kvalitativ studie hvor de dybdeintervjuet et utvalg (n=8) bestående av ledere (n=2), terapeuter (n=5) og en brukerrepresentant (n=1). Intervjuene ble gjennomført før pakkeforløpene ble innført, og det ble intervjuet om implementering, faglig autonomi, brukermedvirkning, brukertilfredshet og utfordringer. Studien bruker semi-strukturert intervju og tematisk bearbeiding av svarene til informantene. En terapeut oppga at faglig autonomi ikke må vike for pakkeforløp, mens en annen trekker frem at bruk av klinisk skjønn må opprettholdes. En terapeut trekker frem frykten for at pakkeforløp tilrettelegger for bruk av strukturerte behandlingsmetoder, som ikke er mer evidensbaserte enn andre metoder. To av terapeuter opplever at innføringen av pakkeforløp kan føre til at psykisk helsevern dreies mot mer tradisjonell medisinsk behandling. Tre av terapeutene nevner god allianse, informasjonsflyt mellom terapeut og pasient, brukermedvirkning, kunnskapsbaserte behandlingsmetoder og tilpasning av pasientens behov til pakken, som viktig for god implementering. Begge lederne trakk frem kultur- og holdningsendring blant de ansatte, som kritiske suksessfaktorer for implementering. Faktorer som god allianse, informasjonsflyt mellom terapeut og pasient, brukermedvirkning, kunnskapsbaserte behandlingsmetoder og tilpasningen av pasientens behov til pakken, ble trukket frem av flere av terapeutene som essensielt for god implementering. Lederne trekker frem kultur- og holdningsendring blant de ansatte, som kritiske suksessfaktorer for implementering. Brukerrepresentanten trekker frem at den terapeutiske relasjonen er overordnet og av essensiell betydning, for å kunne sikre brukermedvirkning og en gjensidig samarbeidsrelasjon.

Schultze (2019, s. 7) gjennomførte en kvalitativ studie hvor hun intervjuet et utvalg (n=3) som jobber i akutt-ambulerende tjenester om muligheter og utfordringer profesjonsutøvere opplever knyttet til pakkeforløp for personer med ROP-lidelser. Studien bruker semi-strukturert intervju og tematisk bearbeiding av svarene til informantene

(Schultze, 2019, s. 7). Sentrale funn er at alle informantene opplever at pakkeforløp kan føre til økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, samtidig som informantene er usikre på hvor «reell» denne brukermedvirkningen er, da det er vanskelig å gi pasientene tilstrekkelig informasjon om behandlingsmetoder. En av informantene trekker frem at det er utfordringer med å balansere brukermedvirkning og bruk av tvang. Videre blir økt samhandling, struktur, klarere ansvarsfordeling, bedre henvisninger, samarbeidsmøter, kontakt med pårørende og tverrfaglig samarbeid, trukket frem av alle informantene, som faktorer pakkeforløp kan tilrettelegge for. Alle informantene trekker frem ressursmangler i tjenestene, og har manglende tillit til at intensjonene til pakkeforløpet skal kunne realiseres. Videre er det manglende tillit hos alle informantene til at de dårligste ROP-pasientene passer inn i pakkeforløpene, og at det allerede er mangel på tid og rammer til å opprette en god terapeutisk relasjon. En av informantene stilte spørsmålsteget med overføringen av pakkeforløp fra somatikken til psykiatri. To av informantene opplever pakkeforløp som en reform som innskrenker den faglig autonomi, er preget av mistillit mellom Helsedirektoratet og behandlere, og at pakkeforløpskodene ikke sier noe konkret om innholdet i behandlingen som pasienten mottar (Schultze, 2019, s. 19-26).

Pettersen og Lofthus (2018, s. 115) sin litteraturgjennomgang om brukererfaringer i psykisk helsetjenesten består av åtte oversiktsartikler publisert i perioden 2000-2016 fra land som Norge, Storbritannia, USA, Sverige, Australia og Nederland. Studien baserer seg på seleksjon, gjennomgang og oppsummering av forskningslitteratur. Hovedfunn fra Norge er at brukertilfredshet øker med samvalg, og at valgmuligheter og partnerskap med behandler er viktig for pasient. De trekker videre frem et behov for at psykisk helsevern i større grad bør dra nytte av brukerne sine egne erfaringer og sykdomsinnsikt, og derfor ansette erfaringskonsulenter. Tilrettelegging for brukerstyrte innleggelse, samvalg (brukermedvirkning), kontinuitet og sammenheng mellom tjenestenivåene trekkes frem som

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

forbedringsområder. Resultatene fra artikkelen er fra før pakkeforløpet ble innført, men sier noe om at hvilke tiltak psykisk helsevern har behov for med utgangspunkt i brukererfaringer.

Sæter (2020, s. 14) undersøkte et utvalg (n=28) av helsepersonell og tidligere pasienter sine perspektiver på erfarte pasientforløp mellom DPS og overgangen til kommunen, ved hjelp av fokusgruppeintervjuer og tematisk tekstanalyse.

Doktoravhandlingen er delt i tre studier. Den første og andre studien er gjennomført i 2013-2014, mens den tredje i 2017. Studiene er gjennomført før pakkeforløp for psykiske lidelser ble implementert i psykisk helsevern. Likevel inkluderes studien fordi den kan si noe om opplevelsen til helsepersonell og pasienter, og hva pakkeforløp bør inneholde, når det gjelder overføring fra andre- til førstelinjetjenester. Den første og andre studien tar for seg et utvalg (n=18) bestående av helsepersonell sine erfaringer med pasientforløp mellom andre- og førstelinjetjenesten (Sæter, 2020, s. 65). Den tredje studien tar for seg et utvalg (n=10) bestående av tidligere psykiatriske pasienter, sine erfaringer med pasientforløp og samvalg i overgangen mellom andre- og førstelinjetjenesten (Sæter, 2020, s. 69). Sentrale funn fra alle de 3 studiene er at koordinerte pasientforløp med flere samarbeidende aktører er nyttig for å etablere gode overganger mellom sykehus og kommunens psykiske helsetjeneste. For alle tidligere pasienter ble tverrfaglig ambulant team, involvering av pårørende, og at pasientene tok kontakt med brukerstyrte pasientorganisasjoner, holdt frem som grunnleggende og sentralt, for å støtte pasienten i overgangen fra andre- til førstelinjetjenesten. Fra analysene fremkom det at delt beslutningstaking og informasjon mellom alle partene i forløpet, er nøkkelen til brukermedvirkning. Samtidig ble det fra pasientene sin side etterlyst mer fokus på samarbeid med andre aktører etter overgangen som kan bistå med bolig, arbeidssøking og/eller tjenester fra NAV. Det ble konkludert med at det er viktig at prosedyrene for pakkeforløp beskriver helt konkret hva som skal gjøres i overgangsfasen fra andre- til førstelinjetjenesten, slik at pasientene ikke opplever å bli glemt.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Helsedirektoratet (2018c, s. 1-18) publiserte nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020. I styringsdokumentet presenterer de bakgrunn og rasjonale, hvilke aktører som har vært med å utarbeide pakkeforløp, implementerings- og kommunikasjonsiltak, nasjonale føringer, regionale implementeringsplaner og formålet med løpende målinger av kodingsaktivitet. Innholdet i rapporten er oppsummert i innledningen.

Helsedirektoratet har publisert en rapport fra 1. tertial 2020 som tar for seg kodingsdata om aktivitet, brukervedvirkning og forløpstider fra alle helseforetakene etter pakkeforløp ble innført. Sentrale funn relatert aktivitet og brukervedvirkning, er at 20% av pasientene som henvises til pakkeforløp i psykisk helsevern blir vurdert til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, 33% mottar informasjon om alternative behandlingsformer, 31% av pasientene utarbeider behandlingsplan sammen med behandler, og at 8% av pasientene som har gjennomført pakkeforløp har blitt brukt feedbackverktøy på. Sentrale funn relatert til forløpstider, er at 70% av pasientene blir utredet innen anbefalt forløpstid og 33-47% hadde første evaluering innen anbefalt forløpstid (Helsedirektoratet, 2020a, s. 5-6).

På oppdrag fra Helsedirektoratet laget SINTEF (2020) en rapport hvor de spurte et utvalg (n=3431) av spesialisthelsetjenesten, hvor ledere, behandlere og forløpskoordinatorer var representert. Målet var å forske på fagfolks erfaringer med pakkeforløpet det første året knyttet de fem overordnede målene. Det ble også brukt kvalitative intervju (n=18) i fokusgrupper, i tillegg til individuelle intervju. De fem målene relevant for fagfolks erfaringer er brukervedvirkning og brukertilfredshet (1), sammenhengende og koordinerte pasientforløp (2), og somatisk helse og levevaner (5). I tillegg har SINTEF innhentet data om variasjoner i ansattes vurderinger av pakkeforløp, innføringens påvirkning på

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

arbeidsbelastning, implementeringsprosessen, registreringsarbeidet, holdninger, og erfaringer i kommunene.

Om medvirkning og tilfredshet fra et brukerperspektiv finner man at 24% mener at pakkeforløp bidrar til dette, mens 74% sier det i liten grad eller ikke bidrar. 86% rapporterer at de allerede er gode på å involvere pasientene i behandlingen uavhengig av målet om medvirkning og tilfredshet. 40% rapporterer bruk av feedbackverktøy i stor grad, og 33% i liten grad. Når det kommer til sammenhengende og koordinerte pasientforløp svarer 68% at pakkeforløpet ikke bidrar til dette, samt at pasientene allerede får det. I de kvalitative undersøkelsene finner man uttrykk for en skuffelse ovenfor primærhelsetjenestens arbeid med implementeringen, noe som også kommer frem i undersøkelsene om erfaringene kommunene har gjort seg. I spørsmål rettet mot somatisk helse og levevaner rapporterer 20% at pakkeforløpet ikke har bidratt til økt søkelys på dette i behandlingen. Mellom 80 og 90% av respondentene svarer at de allerede aktualiserer somatisk helse, og i de kvalitative intervjuene forteller mange at de ikke har endret praksis etter implementeringen.

Datainnsamlingen belyser at det finnes variasjoner i ansattes vurdering av pakkeforløpet. Generelt sett finner man at behandlere på DPS er mest negative til pakkeforløp, mens ledere og behandlere i TSB er litt mer positive. Det rapporteres at pakkeforløpet påvirker klinikerens arbeidsbelastning. 60% svarer at tid brukt på utredning og behandling er uendret, 27% bruker mer tid på utredning, og 38% bruker mindre tid på behandling. 50% bruker generelt mindre tid på pasienter, og over 80% sier de bruker mer tid på administrativt arbeid etter innføringen. 90% sier de har fått større arbeidsbelastning, og 88% sier de opplever mer negativt tidspress. Mellom 65 og 79% svarer at særlig tidsfristene ved pakkeforløpet er vanskelig å overholde. I intervjuene fremkommer det alvorlige bekymringer relatert til det som fremstilles som et hardt skille mellom utredning og

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

behandling hvor behandlere frykter å bli utredningsmaskiner som må fokusere mindre på behandling og relasjon, og at det dermed resulterer i et dårligere tilbud for pasienten. Når det kommer til opplevd nytte av forløpskoordinatorrollen rapporterer 52% av behandlere at rollen er nyttig for ledere, 42% at den er nyttig for behandlere, og 30% at den er nyttig for pasientene. 75% av ledere rapporterer at rollen er nyttig for dem selv og behandlere, og 55% mener den er nyttig for pasientene. Mellom 10 og 30% av ledere og behandlere finner ikke rollen nyttig for noen. I det kvalitative materialet nevnes det at det er knyttet stor usikkerhet til om rollen kan løse de problemer den er ment til å løse. Samtidig har man enkelte tilfeller hvor forløpskoordinatorer har en tydelig rolle som hjelper ved administrative rutiner som koding og registrering, i tillegg til databehandling og veiledning. 25% av forløpskoordinatorer rapporterer at stillingene deres er omdefinert, og 13% rapporterer at det er opprettet nye stillinger som forløpskoordinator. Når det gjelder ansatte som har fått rollen som forløpskoordinator, rapporterer de aller fleste at de er behandlere. Flest er psykologer, deretter leger, sykepleier og sosionomer, uten at dette spesifiseres ytterligere.

Om tekniske forhold berettes det om lite fungerende og forsinkede datasystem som har ført til mye negativitet vedrørende implementeringen av pakkeforløpet. Nær 94% rapporterer om mer tid brukt på registrering, og i intervjuene etterspør behandlere færre koder, mer fleksibilitet til tidsfrister, samt innlagte påminnelser om frister i programvaren. Behandlers holdninger til pakkeforløpet er mer negative fra januar 2019, enn før det ble implementert. Noen klinikere påpeker i intervjuer at de unnlater å bruke ordet pakkeforløp i terapi, da de er usikre på om det kan gi samlebåndassosiasjoner overfor pasientene. 3% svarer at de allerede ser gode effekter av tiltak fra pakkeforløpet, mens 21% sier de tror det kan bidra til bedre helsetjenester på sikt. Rundt 33% er usikker eller negativ til dette, og 10% er avvisende. Når det kommer til kommunens erfaringer rapporterer 70% av kommunene at de

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

ikke kjente til deres rolle i pakkeforløpet, har påbegynt det anbefalte arbeidet for samhandling, eller lagt ut relevant informasjon på sine hjemmesider.

Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomførte en kvantitativ befolkningsundersøkelse (2018, s. 5) før implementeringen av pakkeforløpene. Målet var å kartlegge utvalgets vurderinger av forskjellige forhold og utfordringer av helsetjenestetilbudet til pasienter med psykiske lidelser/plager og rusproblemer, ved hjelp av spørreskjema bestående av 30 spørsmål som metode. Utvalget (n=41 000) består av et panel som er satt sammen for å være representativt for Norges "internettbefolkning". Sentrale hovedfunn er at 76% har inntrykk av at helsetjenestetilbudet er "veldig dårlig", "ganske dårlig" eller "både og". 78% svarte at de "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" føler seg trygg på at de ville fått den beste behandlingen som er tilgjengelig. 85% var "helt uenig", "ganske uenig" eller "både og" i påstanden om at helsetjenestene er tilgjengelig når pasientene har behov for det. 76% var "helt uenig", "ganske uenig" eller "både og" i påstanden om at helsetjenestene tilrettelegger for god livskvalitet for pasient og pårørende og 77% svarte "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" på spørsmålet om helsetjenestetilbudet nærstående fikk var tilfredsstillende. Når det gjelder helsetjenestetilbudet til pasienter med rusproblemer svarer 81% at de "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" føler seg trygg på at de ville fått den beste behandling som er tilgjengelig. 82% svarte "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" på spørsmålet om tilfredsstillende egne erfaringer med helsetilbudet. Rasjonalet med befolkningsundersøkelsen var å etablere en nullpunktmåling, fra før pakkeforløp i psykisk helsevern ble innført. Metodiske svakheter ved studien er at utvalget ikke er tilfeldig trukket, og at det er Gallup-panelet som har gjort seleksjonen av utvalget uten at FHI har hatt innsikt i svarprosent for rekruttering (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 19). Studien er derfor gjort etter HOD, Helsedirektoratet og regjeringen bestemte seg for å innføre pakkeforløp.

4 Diskusjon

I hovedtrekk belyser 10 av studiene en bekymring fra behandlere i avveiningen mellom ressursmangel, økte arbeidskrav i form av registreringsarbeid, med påfølgende reduksjon i kvalitet på behandling, og mindre tid brukt med pasienten. I to studier uttrykkes bekymring for at pakkeforløp fører til mindre faglig autonomi, og at økt fokus på diagnoser, kan føre til negative konsekvenser. To studier belyser svakheter ved implementeringen. To studier fremmer kritikk relatert til forløpskoordinatorrollen, om den er nyttig, og om den løser de problemer den er tenkt til å løse. Tre studier understreker viktigheten av samhandling, og ønsker seg bedre plattformer til å utøve dette. Flere studier har funn som overlapper med hverandre.

4.1 Implementering og samhandling

‘Implementere’, ‘realisere’ eller ‘iverksette’ ses i mange sammenhenger på som synonyme begrep (Persvold, 2020). I grove hovedtrekk handler implementering om å omdanne teori til praksis. Ved pakkeforløpet startet implementeringen når arbeidsgruppene var ferdig med sine innstillinger, og disse ble godkjent av departementet. Gjennom kvalitative intervju med informanter ansatte i helsedirektoratet, ledere i helseforetak og klinikere, undersøkte en prosjektgruppe tilhørende Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo (UiO) hvordan de generelle pakkeforløpene og rollen som forløpskoordinator har blitt forstått, og i hvilken grad forståelsen samsvarer (Aasen et al., 2019, s. 23). Ved bruk av tematisk analyse kategoriserer rapporten informantenes utfordringer i forhold til implementeringen, forståelse, og hva utformingen av de generelle pakkeforløpene har å si for oppnåelsen av de overordnede målsettingene. Utfordringene kategoriseres i fem kategorier som oppsummeres i tekniske, kommunikative,

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

brukermedvirkning og kvalitet i behandling, kultur- og holdningsendring, samt ressursutfordringer (Aasen et al., 2019, s. 43).

På det tekniske plan peker informantene på manglende av tilbakemeldingsverktøy for koding. Dette fører til en usikkerhet om det man koder er korrekt. Videre rapporteres det at man ikke har muligheter til å begrunne eventuelle feilkoder, samt eventuelle forsinkelser i kodingen. Av kommunikasjonsutfordringer fremkommer det mangler på tvers av avdelingene, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, samt lav involvering av primærhelsetjenesten. Et annet aspekt er de ulike nivåenes forståelse av rollen som forløpskoordinator. Mangel på dialog, teoretisering og ansvarliggjøring rundt denne uttalte viktige rollen skaper usikkerhet og forvirring. I nasjonal implementeringsplan (Helsedirektoratet, 2018c, s 4-18) heter det at rollen som forløpskoordinator skal løses lokalt, og helsedirektoratet viser til at implementeringen av pakkeforløpet er et utviklingsprosjekt. Helsedirektoratets omtalelse av pakkeforløp som et utviklingsprosjekt ser ikke ut til å ha nådd nedover i lagene. Lokale variasjoner og bestemmelser ved rollen som forløpskoordinator, vil kunne føre til lokale variasjoner i tilbudet - hvor det for eksempel noen steder er behandlere som utøver koordinatorrollen, mens andre har ansatt spesifikke forløpskoordinatorer. Når dette er tilfellet, kan man argumentere for at utydelighet rundt implementeringen av forløpskoordinatorer i pakkeforløp, paradoksalt nok, motarbeider det pakkeforløpet ønsker å forbedre - forutsigbare, standardiserte behandlingsforløp.

Rapporten argumenterer for at en vellykket implementering av pakkeforløp krever kulturendring blant behandlere. Økte krav til brukermedvirkning, og logistisk, kodespesifikt ekstraarbeid som kan ses på som endringer i rollen som behandler, men vil også påvirke rollene mellom pasient og behandler. For å fremme kulturendring, belyser rapporten ledernes oppgaver i implementeringsfasen. Gjennom at ledelsen legger til rette for og anerkjenner at

gevinsten, de logistiske aspektene, samt tilleggsarbeid ved pakkeforløp må gi mening hos aktørene på bakkenivå, ser man for seg at holdnings- og kulturendringer i større grad vil kunne formes. SINTEF-rapporten (Åndanes et al., 2020, s. 70) viser til tall hvor behandleres generelle holdning til pakkeforløpet etter implementeringen har blitt mer negativ. Et tydelig lederskap er viktig gjennom hele implementeringsprosessen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 36-67). I lys av resultatene ovenfor kan man diskutere om tilretteleggingen, problematiseringen og meningsdannelsen fra ledersiden har vært tilstrekkelig i den første implementeringsfasen.

Den siste forbedringskategorien omhandler ressurser, og er noe helsevesenet alltid vil ha merbehov for. Det argumenteres for at fristbrudd med koding, og tid brukt på dette henger sammen med mangel på ressurser (Aasen et al., 2019, s. 8-11). Manglende midler, begrenser ansettelse av relevant arbeidskraft. Rapporten argumenterer også for at manglende tildeling av ressurser paradoksalt nok vedlikeholder, eller forsterker lokale forskjeller i behandlingstilbud. Mangel på ressurser medfører at helseforetakene blir bedt om å løse rollen som forløpskoordinator lokalt. Dette finner man empirisk støtte fra i SINTEF-rapporten (Åndanes et al., 2020, s. 65). Her skilles det mellom stilling og rolle som forløpskoordinator. 25% av forløpskoordinatorer rapporterer at stillingene deres er omdefinert, og 13% sier at det er opprettet nye stillinger som forløpskoordinator. Når det gjelder rollen som forløpskoordinator, rapporterer de aller fleste at de er behandlere hvor av flest er psykologer, deretter leger, sykepleier og sosionomer, uten at dette presiseres videre. SINTEF-rapporten konkluderer med at resultatene viser stor variasjon i organiseringen, utdanningsbakgrunn og oppgaver som kan relateres til forløpskoordinatoren. Resultatene viser til at mange ledere og behandlere ikke finner rollen som forløpskoordinator nyttig, og stiller seg spørrende til hvordan rollen kan løse de problemer den er ment til å løse. Samtidig har man enkelte tilfeller hvor forløpskoordinatorer har en tydelig rolle som hjelper ved administrative rutiner. I

tilfeller som dette kan forløpskoordinatorene bli uunnværlige hjelpere for behandlere og ledere gjennom veiledning og opplæring av koding og registrering, så vel som databehandling. Både SINTEF-rapporten og prosjektgruppen ved Oslo Universitetssykehus (OUS) peker på flere av de samme problemene ved omstillingsprosessen i psykisk helsevern, og dersom man knytter dette opp mot en vurdering av kvaliteten på implementeringen, kan en se en konvergerende validitet som belyser en mangelfull, forvirrende, og ufullstendig implementeringsplan som ikke innfrir de målsettinger som var satt.

En alternativ modell for implementering av tiltak og retningslinjer i spesialisthelsetjenesten kan illustreres gjennom Bedre Psykosebehandling. Bedre Psykosebehandling er et interregionalt implementerings- og forskningsprosjekt finansiert av regionale helseforetak samt lokale helseforetak med oppstart høsten 2016 (Bedre Psykosebehandling, 2016, s. 2-11). Bakgrunnen for prosjektet er at tjenestene er pålagt å følge nasjonale retningslinjer ved psykosebehandling, samtidig som det ikke registreres om disse følges. Derfor har Bedre Psykosebehandling sett et behov for å undersøke dette. Samtidig vil prosjektet forske på hvordan kunnskapsbasert praksis innen psykisk kan implementeres på en best mulig måte, og om gode implementeringsprosedyrer påvirker behandlingsutfall og pasienttilfredshet.

For å undersøke dette har prosjektgruppen valgt seg ut fire kunnskapsbaserte praksiser for dokumentert psykosebehandling. Hver av de 39 deltakende behandlingsinstitusjonene skal velge seg ut to praksiser som de skal følge, deretter blir de randomisert inn i to grupper hvor den ene får oppfølging og implementeringsstøtte (gruppe A), mens den andre (gruppe B) implementerer på egenhånd. Gruppe A får en verktøykasse og opplæring for hver praksis for å kunne implementere dette bedre. De blir også tilbudt implementeringsveiledning hver uke i et halvt år, for deretter hver måned i et år. Det gis tilbakemelding på

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

implementeringsprosessen fra institusjonene. Studien deles inn i 5 målinger. Først en måling for å se om praksis for psykosebehandling er implementert, deretter målinger etter 6, 12, og 18 måneder for å vurdere effekt av implementeringsstøtte. Det er også planlagt en delstudie som skal undersøke om bedre implementering påvirker pasientforløp og brukertilfredshet. Implementeringsarbeidet rundt bedre psykosebehandling er et eksempel på grundig arbeid som følger vitenskapelige modeller med før-, underveis- og etter målinger, samtidig som hele prosjektet er et pilotprosjekt for å undersøke hvilke effekter det vil føre til -også for pasientene. Dette var ikke inkludert ved innføringen av pakkeforløp. I lys av den manglende kunnskapen som ligger til grunn for pakkeforløp i psykisk helsevern, kan man spørre seg om hvorfor en nasjonal reform ble implementert, før det i hele tatt var undersøkt om reformen ga ønsket effekt målt i en mindre målestokk som ved pilotering. På den annen side kan regjeringen, HOD og Helsedirektoratet forsvare det med at pakkeforløp i Danmark anses som piloteringen. Grunnet konstant revidering har det derimot ikke lyktes i å forske på effektene ved pakkeforløp i Danmark (Danske Regioner, 2016, s. 7). Pakkeforløp i Norge ser ikke ut til å følge en vitenskapelig pre-post modell for implementering og man kan da stille spørsmålsteget ved validiteten og reliabiliteten til de funn som foreligger per i dag.

Et av hovedmålene med pakkeforløpet er å øke samhandlingen mellom primær -og sekundærhelsetjenesten. Norske studier (Ose & Slettbakk, 2013, s. 56; Ose & Pettersen, 2014, s. 15-21) finner at mange kommuner har mangler i tjenestetilbudet for alvorlige psykiske lidelser. Slike tilfeller har problemer med å benytte seg av tilbud i kommunene etter utskrivelse fra DPS, og medikamentell oppfølging viser seg å være vanskelig. Skjærpe, Kristoffersen & Storm (2020, s. 2) har intervjuet 12 ansatte i DPS, og fire samarbeidende kommuner for å beskrive ivaretagelsen av brukermedvirkning i sin samhandling rundt personer med alvorlige psykiske lidelser, og hvilke utfordringer som kan forekomme. Felles for intervjudeltakerne er at de var involvert i samhandlingen rundt pasienter med alvorlige

psykiske lidelser. De fant at helsepersonell utfører samhandlende arbeid, og søker etter å ivareta brukervedvirkning for disse pasientene ved samarbeidsmøter under og etter innleggelse. Videre så man at medvirkningen blir utfordrende når aktører fra primærhelsetjenesten, samt brukeren ikke blir involvert i det faglige grunnlaget for behandlingsbehov og innleggelse. Det oppstår også utfordringer når brukere ikke deltar på samarbeidsmøter, eller motsetter seg behandling, samt når det blir uenighet mellom helsepersonell rundt tiltak og ansvarsfordeling.

Åtte år etter samhandlingsreformen har man sett at det administrative ikke fungerer etter planen, og at samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten er mangelfull (Gautun & Kvæl, 2020, s. 1-6). Som et tilsvarende på dette, har regjeringen lagt frem en Nasjonal Helse- og Sykehusplan (2020-2023), som blant annet inneholder etablering av 19 såkalte helsefellesskap (Helsedirektoratet, 2020d, s. 31). Helsefellesskapenes hensikt er å etablere en plattform hvor kommuner og helseforetak utvikler, planlegger og samhandler tjenestene som likeverdige partnere. Planen er omfattende, men relatert til psykisk helse handler det om brukervedvirkning, samarbeid, høyere prioritering av alvorlige og komplekse psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten, tydelig rollefordeling, og registrering - elementer man kan kjenne igjen fra pakkeforløpet (Helsedirektoratet, 2020d, s. 31). Pakkeforløp for psykisk helse og rus blir plassert som et eget tiltak i nasjonal helse- og sykehusplan. Det er lite forskning på helsefellesskapenes effekt på samhandling, men i artikkelen "Etablering av 19 nye helsefellesskap – bedre samhandling eller økt byråkratisering?", uttrykkes bekymring for økt byråkratisering (Gautun & Kvæl, 2020, s. 1-6). De referer til to studier som påpeker utilstrekkeligheter ved deling av informasjon om pasienter på tvers av behandlere (Gautun & Syse, 2017, s. 1-17), samt manglende handlingsrom i rigide system som fører til mindre telefon- og ansikt til ansikt-kommunikasjon med relevante samhandlingsaktører (Kvæl, Debesay, Bye & Bergland 2019, s 1-13). Gautun og Kvæl (2020, s. 1-6) påpeker viktigheten

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

av at etableringen av helsefelleskap må skje samtidig med en opprustning av kommunal sektor, og behandlere som faktisk møter pasientene må inkorporeres i samhandlingsarbeidet.

Årsrapporten for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020 ble nylig publisert av SINTEF 05.11.2020 på oppdrag fra helsedirektoratet (Ose & Kaspersen, S/Helsedirektoratet, 2020d, s. 147-161). Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt datert fra 2007 med hensikt å samle inn årsverkstall for psykisk helsearbeid i kommunesektoren, og er nylig publisert. I rapporten er det tatt i bruk kvantitative og kvalitative metoder.

Rapporten for 2020 inneholder oppdaterte tall om kommunens arbeid med pakkeforløpet, og konkluderer med en betydelig bedring i kommunesektorens arbeid med implementeringen. Blant annet har 70% fått på plass en forløpskoordinator, noe som er en markant økning fra 2019 da 55% hadde dette på plass. 69% sier koordinatoren er organisert i koordinerende enhet/tildelingskontor, og 46% i enhet for psykisk helse og rus, og fire kommuner har organisert stillingen gjennom NAV. Dette betyr fremdeles at 30% ikke har etablert en forløpskoordinator som skal ha systemiske oppgaver knyttet til samarbeid og samhandling med spesialisthelsetjenesten, og at det er variasjon i måten kommunene løser oppgavene på. Kun 33-44% av kommunene og bydelene har gjennomgått og oppdatert avtalene om innføring av pakkeforløp for de ulike målgruppene. Når man spør kommunene/bydelene om opplevd forbedring i det kommunale tilbudet, opplevd forbedring i tilbud til pasienter, økt samarbeid med fastlegen, økt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og tydeligere ansvarsfordeling mellom primær og sekundærhelsetjenesten svarer kun 4-10% at de i stor grad opplever forbedringer. Tross en økning i opprettelse av forløpskoordinatorer, ser man altså at de tiltenkte positive effektene av denne uttalte viktige rollen ikke oppleves.

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) er fagmedisinsk forening for alle spesialister i allmennmedisin og fastleger. NFA har tett samarbeid med

Allmennlegeforeningen (AF) som jobber for gode rammer som behandlere og spesialister kan yte sin tjeneste innenfor (Norsk Forening for allmennmedisin, 2020). NFA Fremstår som positivt innstilt til økt samhandling og samarbeid med andre aktører gjennom pakkeforløp. De understreker at økt samhandling og samarbeid er avhengig av felles plattformer for kommunikasjon og at DPS' må være fleksible på hvor og hvordan (Norsk forening for allmennmedisin, 2018). Dermed kan man se en motivasjon fra fastlegenes side om økt samhandling, men de er samtidig usikre på hvordan dette skal foregå i praksis.

Samlet sett kan man argumentere for at svaret på om kommunen og spesialisthelsetjenesten er utrustet til å kommunisere med hverandre og om ansvarsfordelingen er tydelig, ligger frem i tid. Det finnes planer og lovnader om bedre samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten, men lite konkret forskning og metodikk som belyser i hvilken grad dette gjøres i dag, og hva som kan fungere for det norske helsevesenet. Konkrete tiltak for samhandling etterlyses også av NFA. Forløpskoordinatorer kan ha en viktig samhandlingsfunksjon, men som flere studier påpeker (Åndanes et al., 2020, s. 60; Aasen et al., 2019, s. 8-11), er det variasjoner i hvilken kompetanse som besitter denne rollen, og hvordan den løses på tvers av kommunegrenser, samt i primær- og sekundærhelsetjenesten.

4.2 Underliggende styringsideologi og empirisk grunnlag

Pakkeforløp i psykisk- og somatisk helsevern, både i Norge og Danmark, er påvirket av styringsideologi som *New Public Management* (NPM) og *Lean* metode (Hansen, 2018; Danske Regioner, 2011, s. 2). NPM handler om hvordan man kan organisere og styre en offentlig virksomhet, mens *Lean* metode er en produksjonsmodell med opphav i bilindustrien. *Lean* metode har vært særlig relevant for innføring av pakkeforløp for kreft og psykiske lidelser i Danmark, og kommer tydelig frem som bakenforliggende metode i

sentrale styringsdokumenter (Danske Regioner, 2011, s. 2). I nasjonal implementering av pakkeforløp for kreft, nevnes *Lean* metode som en overordnet kritisk suksessfaktor for danskenes implementering av pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2015, s. 8-9). Når det gjelder pakkeforløp for psykiske lidelser i Norge har ikke bruk av *Lean* metoden vært eksplisitt. Likevel kan utarbeidelsen og innholdet i pakkeforløp sees i lys av Norge valgte å se til somatisk helse, når de utarbeidet pakkeforløp for psykiske lidelser.

NPM kan forklares som en styringsideologi bestående av teori, prinsipper og metoder for hvordan man kan organisere og styre en offentlig virksomhet. Sentralt for NPM er at det vektlegges mål- og resultatstyring, økt konkurranse i produksjonen av offentlige tjenester og at brukerne skal ha større valgfrihet knyttet til tjenester de benytter seg av. NPM har ingen klar ideologisk forankring, men er ofte blitt assosiert med nyliberalisme (Hansen, 2018). Nyliberalisme er et begrep med mange fasetter, men kan sees på som en økonomisk politikk hvor privatisering, markedsliberalisering, deregulering, privatisering, strukturreformer og fri flyt av varer og tjenester i et fritt marked, vektlegges (Nordbakken, 2020). For å få dette til i praksis vil prestasjonsmål, kvalitetskontroll og standardisering av de offentlige tjenestene, være sentralt for at staten skal kunne følge med på aktørene som skal tilby selve tjenesten (Dean, 2014, s. 160). Innføringen av NPM i helsevesenet har ikke vært uten diskusjoner. Tilhengerne av NPM vil argumentere for at kvalitetskontroll, behandlingslinjer, standardisering og ansvarliggjøring av tjenestene nedover i hierarkiet, vil føre til sterkere markedsorientering og kostnadseffektivitet (Thylefors, 2013, s. 131). Motstandere av NPM vil argumentere for at NPM fører til dårlige kliniske tjenester, økonomisk ineffektivitet, demokratisk underskudd, kompetanseflukt og moralsk forfall. Dette gjennom at økt rapportering går på bekostning av behandling, som gjør at tilliten mellom pasienter og systemet brytes ned. Økende byråkratisk kontroll, som fører til økonomisk ineffektivitet, og kompetanseflukt grunnet behandlere havner i en "lojalitetstvist", hvor de på den ene siden må

følge standardiserte behandlingslinjer versus profesjonsutøvelse og å lytte til pasient. Dette kan igjen føre til moralsk forfall, der behandlere blir presset til å gi slipp på egne idealer til fordel for behandlingslinjene til systemet de er pålagt å følge (Wyller et al., 2013). Andre kritikere av NPM trekker frem et «produksjonsparadoks». De mener at overføring av styringsideologien NPM fra privat sektor, der det er lett å observere og måle prosesser, ikke lar seg overføre til offentlig sektor og velferdsproduksjon. Dette grunnet at prosesser innen velferd er vanskelig å observere og måle, og trangen til å gjøre dette heller kan skape desinformasjon enn informasjon (Thylefors, 2015, s. 131). Eksempelvis kan aktivitetsdata over hvor mange pasienter som har mottatt behandling i psykisk helsevern fra et år være misvisende, da noen pasienter kan ha mottatt flere behandlingsserier eller fått tilbakefall året etter, grunnet for tidlig avsluttet behandling.

Velferdens fremvekst i etterkrigstiden førte til flere velferdsorganisasjoner som helse- og omsorgstjenester, som hadde som formål å ta hånd om borgerne sine, og utradere sosiale- og helseutfordringer. I etterkrigstiden var trenden å støtte offentlig sektor og helsevesenet ved ressurstildeling, slik at de kunne løse utfordringene de stod ovenfor (Thylefors, 2015, s. 130). I løpet av 1980-90 tallet var offentlig sektor i Norge preget av budsjettunderskudd og underfinansiering, og manglende evne til å tilfredsstille behovet for helsetjenester i befolkningen (Pettersen, 2000). I deler av samme tidsrom foregikk «jappetiden» hvor markedsliberalismen regjerte (Stoltz, Meinich & Gram, 2019). I næringslivet var det derfor søkelys på maksimal ressursutnyttelse og avkastning. Det ble dermed tenkt at offentlig sektor og helsevesenet sine ovennevnte utfordringer kunne løses med å overføre styringsideologien NPM fra privat sektor og næringslivet, til offentlig sektor og helsevesenet (Thylefors, 2015, s. 131). I Helsevesenet i Norge vil innsatsstyrt finansiering (ISF), sykehusreformen i 2002, samhandlingsreformen, overføringen av helseforetakene og spesialisthelsetjenesten til statlig sektor og lovfestet brukermedvirkning, være eksempler på hvordan NPM har påvirket

utviklingen i det norske helsevesenet (Helsedirektoratet, 2019d; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 21; Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), s. 3; Høstmølingen, 2014).

Lean metode som en produksjonsmodell fra første halvdel av 1900-tallet har sin opprinnelse fra Frederick W. Taylor (1856-1915) og senere «taylorismen», som omhandler studier av arbeidsplasser med formål om å øke effektivisering. Sentralt i taylorisme er at lønn motiverer til arbeid, og arbeidernes innsats skulle lønnes etter produktivitet. Taylor utarbeidet fire grunnleggende prinsipper for å optimalisere arbeidsprosessen: forskning skulle bestemme den mest effektive arbeidsmetoden, arbeiderne skulle jobbe med det de var effektive i, veiledning og instruksjon skulle sørge for effektivitet, og det skulle være avstand mellom lederne og de ansatte. Slik at lederne kunne observere, måle og justere arbeidsprosessen, for å øke effektivitet. (Taylor, 1911, kap 2, avsn. 8). Selve *Lean*-begrepet ble først postulert i artikkelen «*Triumph of the Lean Production System*» i 1988. Senere fikk begrepet gjennombrudd på 1990-tallet gjennom undersøkelser av hvorfor japanske bilprodusenter var blitt mer effektive enn de amerikanske. Eiji Toyoda (1913-2013) (tidligere sjef i bilselskapet i Toyota), grunnla i etterkrigstiden et produksjonssystem kalt *Toyoda Production System* (TPS), for å ta igjen forspranget til amerikanerne og Ford innen bilproduksjon. TPS hadde som mål å effektivisere produksjonen gjennom å plassere den ansatte i sentrum, slik at den ansatte skulle stille spørsmål med eget arbeid og finne den mest effektive måten å gjøre jobben sin på. Økt verdiskapning skulle dermed inntreffe gjennom arbeidernes aktive kritiske deltakelse for å redusere effektivitetstap, kontinuerlig forbedre produksjonskjeden, skape flyt i produksjonsprosessen, og øke verdiskapningen. I TPS ble verdi definert som evnen til å produsere og levere det eksakte produktet som kunden ønsket på kortest mulig tid. Etter flere ti år med prøving og feiling, ble TPS som produksjonsmetode formet til en helhetlig filosofi. TPS ble dermed ikke kjent i industrielle land i Europa før på 1990-tallet hvor produksjonsmetoden fikk sitt gjennombrudd med Womack og kolleger (1990) sin utgivelse

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

«*The machine that changed the world*», og dermed ble definert som forenlig med *Lean* metoden (Lean Forum Norge, 2020). *Lean* metoden kan dermed sees på en hybrid mellom taylorisme og produksjonssystemet TPS.

I Danmark kommer bruk av *Lean* metoden frem i rapporten «Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostikk og behandling», hvor pakkeforløp presenteres som løsning på psykiatriens utfordringer. Her understrekes det at erfaringer med innføring av pakkeforløp for kreft, tilsier at *Lean* metoden skal brukes som et redskap når det gjelder arbeidstilretteleggelse og organisering av pasientforløp i psykisk helsevern, hvor fokuset er minst mulig bortkastet tid (Danske Regioner, 2011, s. 16). I Kvamsdahl's (2016) kvalitative studie tar hun for seg hvordan *Lean* metoden har vært sentral i organiseringen av pakkeforløp i psykisk helsevern i Danmark. Det trekkes frem hvordan Region Hovedstaden Psykiatri bruker *Lean*-begreper som «verdi», «flow» og «forbedringskultur» i implementeringen av pakkeforløp. Med «verdi» menes det at pakkeforløpene skal skape likeverdige og sammenhengende behandlingstilbud til pasient og at pasientens ønsker og behov skal være i sentrum. Med «flow» menes det at pasientforløpene skal koordineres i pakker, slik at man får minimal tidssløsing og reduserer ventetid. Med «forbedringskultur» menes det at man gjennom samarbeid og tillit mellom ledere og medarbeidere skal kunne skape utvikling, engasjement og opplevelse av ansvar som skaper forbedringer i tjenesten (Kvamsdahl, 2016, s. 19). Videre problematiserer Kvamsdahl at elementene i *Lean* metoden er uklart operasjonalisert, og at sammenhengen mellom metoden og konteksten den brukes i er svak. Det fremstår dermed som at *Lean* metoden er innført i helsevesenet, på et annet område enn det den opprinnelig var designet for (Kvamsdahl, 2016, s. 22). Dette blir også bekreftet gjennom Kvamsdahls intervjuer med klinikerne i Region Hovedstad Psykiatri. Her trekkes det frem at pakkeforløpene ikke er tilpasset klinikerne sin hverdag, og at *Lean* begrepene ikke kommer tydelig frem i pasientbehandlingen. Det som trer frem i mange av intervjuene, er at

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

klinikerne mistenker at pakkeforløpene er organisert ut ifra økonomiske insentiver og kostnadseffektivitet, på bekostning av god pasientbehandling. Det fremstår dermed som at det er manglende samsvar mellom intensjonene til implementeringen av pakkeforløpene og klinikerne sin opplevelse av å jobbe og behandle pasienter innenfor rammene av pakkeforløp. Begrepene «flow», «verdi» og «forbedringskultur» blir dermed omtalt som «*magic concepts*», begreper som ser fine ut i dokumenter men som ikke oppleves praksisnære av behandlerne (Kvamsdahl, 2016, s. 60).

«Verdi» kan sees i sammenheng med at pakkeforløp for psykiske lidelser har som mål å være sammenhengende og koordinerte, hvor økt brukermedvirkning og brukertilfredshet er i sentrum (Helsedirektoratet, 2018c, s. 3). «Flow» kan sees i sammenheng med at forløpskoordinatorer og pakkeforløp for ulike diagnoser skal redusere ventetid og minimere tidssløsing som i «strømlinjeformede pasientforløp». Mens «forbedringskultur» kan sees i Helsedirektoratet sin invitasjon til behandlerne og fagmiljøet, om å være med å utarbeide rammene for pakkeforløp og tjenesten som de skal tilby (Helsedirektoratet, 2018c, s. 4). I tråd med NPM hviler det en antakelse om at ansatte nederst i linjen skal rapportere om egen arbeidsprosess, og at disse «kvalitetsindikatorene» skal brukes til å forbedre tjenesten og sikre måloppnåelse. Det kan dermed fremstå som at *Lean* begreper kan føre til økt byråkrati, ved at tjenestene må omforme seg, og bruker mer tid på administrativt arbeid som rapportering. Samtidig kan bruk av *Lean* begreper i SPH føre til at behandlere implisitt forplikter seg til å følge pakkeforløp, da de har blitt invitert til å “forbedre” tjenestene ved å kunne påvirke innholdet i pakkeforløpet.

I nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020 (Helsedirektoratet, s. 3) fremkommer det at *innholdet* i pakkeforløpene bygger på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer og veiledere for utredning og behandling der disse

finnes. Helsedirektoratet understreker også at pakkeforløpet er utviklet med en kunnskapsbasert tilnærming (Helsedirektoratet, 2020d). Med en kunnskapsbasert tilnærming menes det at relevant forskning, klinisk- og brukererfaring, systematisk innhenting av kunnskap, nasjonale retningslinjer og publikasjoner er blitt brukt i utarbeidelsen av pakkeforløp. De mest sentrale publikasjonene som pakkeforløpene er bygget på er «veiledere» og «nasjonale faglige retningslinjer». En veileder er mer overordnet enn en nasjonal retningslinje og inneholder råd for hvordan man kan håndtere sykdommer eller for eksempel lovverket innen en fagdisiplin (Røsvik & Eggen, 2015). På et generelt grunnlag kan man si at en nasjonal faglig retningslinje er en systematisk utarbeidet anbefaling som hviler på tre kunnskapsbaserte tilnærminger. Den ene er forskningsbasert kunnskap, den andre bruker- og klinisk kunnskap, og den tredje er med grunnlag i klinisk kunnskap og brukererfaring (Helsedirektoratet, 2017a). En veileder vil derfor være mer generell enn en retningslinje som igjen vil inneholde behandlingsanbefalinger som igjen bygger på metodiske tilnærming og prosedyrer for hvordan man utfører selve behandlingen (Røsvik & Eggen, 2015). I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 12-5) er det kun Helsedirektoratet som har mandat til å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Dermed er det grunnlag for å si at *innholdet* i pakkeforløpene, bygger på et empirisk grunnlag bestående av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som allerede brukes i behandlingen av psykiske lidelser i Norge (Helsedirektoratet, 2020d).

Pakkeforløp er fortsatt en idé som opprinnelig er hentet fra somatisk helsevern, spesifikt behandling av kreft og hjerte-kar lidelser. Dermed vil det være en kvalitativ forskjell på kunnskapsgrunnlaget til *innholdet* i pakkeforløpet i psykisk helsevern, og kunnskapsgrunnlaget til pakkeforløp som en måte å organisere psykisk helsevern og behandling på. For å finne frem til kunnskapsgrunnlaget til pakkeforløp, kan man se til beslektede begreper og studier av måter å organisere helsevesenet og pasientforløp i andre

land. Standardiserte pasientforløp for å utrede og behandle ulike typer sykdom, er stadig blitt vanligere både nasjonalt og internasjonalt (Campbell et al., 1998, s. 134). På et generelt grunnlag kan man si at motivasjonen for dette er å øke behandlingskvaliteten som pasientene mottar og optimalisere ressursbruk i helsetjenesten for å effektivisere kostnader. Beslektede begrep og behandlingslinjer som omhandler standardiserte pasientforløp omtales ofte under samlebetegnelsen «*Clinical pathways (CPWs)*». CPW kan dermed sidestilles med det norske begrepet «pakkeforløp». CPW defineres som strukturerte tverrfaglige behandlingsforløp som detaljert tar for seg stegene i behandlingsforløpet til en pasient med et spesifikt klinisk problem. CPW setter dermed rammene for behandling, og styrer lokale protokoller samt klinisk praksis (Campbell et al., 1998, s. 133). En systematisk oversikt gjennomført av *National Institute for Health Research (NHS, 2011, s. 1)*, undersøkte om CPW hadde dokumenterte effekter for mental helse i Storbritannia. NHS fant ingen systematiske oversikter som kunne dokumenterte effekten av CPW i behandling av psykiske lidelser. Det var vanskelig å konkludere da mange av studiene de tok for seg var gjennomført i somatisk sykehus, og ikke opprettholdt gode metodologiske standarder for sammenligning. Likevel fant de at CPW kan bidra til å redusere sykehuskostnader, men trekker frem utfordringer med å overføre dette til mental helse da mange av studiene var gjort utenfor Storbritannia og i sykehus (NHS, 2011, s. 3). Rotter og kolleger (2010, s. 2) gjennomførte en systematisk oversikt over CPW, og effektene av CPW på sykehuskostnader. De fant en signifikant reduksjon i kostnader hvor CPW hadde blitt utført sammenliknet med vanlig pleie. Alle studiene som ble inkludert var fra helsesystemet i USA og Japan, og fra somatisk sykehus. Den eneste studien fra psykisk helsevern, var fra USA med målgruppe bipolare pasienter behandlet med CPW. Konklusjonen var at CPW var kostnadsnøytral og forbedret noen utfallsmål i forhold til behandling sammenliknet med vanlig pleie (Rotter et al., 2010, s. 38). Om man effektivt vil se på kunnskapsgrunnlaget til pakkeforløp som en måte å organisere

psykisk helsevern på, er å se til Danmark hvor man kontinuerlig har revidert innholdet i pakkeforløpene siden de ble innført i psykisk helsevern. Dette vanskeliggjør imidlertid forskning på effekt (Kvamsdahl, 2016, s. 45).

Siden pakkeforløp er hentet fra somatisk sykehus og behandling av kreft, vil noe av diskusjonen om det empiriske grunnlaget være med utgangspunkt i hvordan sykdomsforståelsen og behandling av kreft og psykiske lidelser synes forskjellig. Behandlingen av kreft bygger på tilnærmingen «kunnskapsbasert medisin» (KBM). KBM kan defineres som kunnskapshierarkier hvor man anvender den behandlingen som kan bevises som best, basert på tilgjengelig kunnskap (Engebretsen & Bondevik, 2020). I behandling av kreft kombineres KBM ofte med personalisert medisin for å skreddersy behandling (Helsedirektoratet, 2016, s. 14). Personalisert medisin er en form for individualisert behandling og defineres som å bruke informasjon om et individ sine gener eller proteiner for å diagnostisere eller behandle lidelser, eksempelvis kreft (National Cancer Institute, 2020). På et generelt grunnlag kan man dermed si at behandling av kreft ligger tett opp mot en biomedisinsk forståelse av sykdom hvor kroppen vektlegges på bekostning av psykologiske-, sosiale- og samfunnsmessige forhold (Hem, 2020). Forenklet fremstilt, handler dermed behandling av kreft om å diagnostisere ved hjelp av naturvitenskapelige metoder for å kunne behandle en sykdom som forstås som en objektiv realitet. Slik vil diagnose være en god prediktor for behandling av en kreftsykdom, mens betydning av det relasjonelle aspekt er mer underordnet, og av mindre betydning for prognose. En relasjon mellom pasient og behandler vil være viktig i personalisering av medisin hvor objektive tester ikke gir tilstrekkelig informasjon om hvordan pasienten responderer på behandling.

Tradisjonelt sett, har det vært ulik sykdomsforståelse og behandling av psykiske lidelser, sammenlignet med kreft. Epistemologisk har psykiske lidelser gjennom historien

vært forstått av ulike retninger som psykoanalyse, biomedisin og den biopsykososial modellen. På 1970-tallet ble psykiatrien dreid mot en mer biomedisinsk forståelse for å gjenvinne kredibilitet, etter at arven fra psykoanalysen hadde splittet fagfeltet i en rekke retninger (Slagstad, 2019). Mot slutten av 1970-tallet ble den biopsykososiale forståelse av psykiske lidelser mer rådende som en motkraft til den biomedisinske som ble kritisert for å være for reduksjonistisk (Engel, 1977, s. 130). Den biopsykososiale modellen forstår dermed psykiske lidelser som interaksjonen mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold (Malt, 2019). I dag har den biopsykososiale modellen blitt kritisert for at den skaper kunstige skiller mellom kropp og psyke, forsterker dikotomien mellom naturvitenskap og psykososial vitenskap, og for at den neglisjerer subjektivitet og andre tilnærminger som kan føre til bedre forståelse av psykiske lidelser (Slagstad, 2019). Det kan likevel sies at sykdomsforståelsen av psykiske lidelser ligger tettere opp mot den biopsykososiale forståelsen sammenlignet med sykdomsforståelse av kreft.

Sett bort i fra farmakologisk behandling av psykiske lidelser, er det psykoterapi (samtaletterapi) som i hovedsak anvendes i dagens psykiske helsevern. Forholdet mellom terapeut og pasient er av overordnet betydning, og viktig for prognose (Wampold, 2014). Forholdet mellom terapeut og pasient kalles *den terapeutiske alliansen* og defineres av Bordin (1979, s. 254) som «en gjensidig enighet og forståelse av mål og metode, og det emosjonelle båndet som oppstår mellom terapeut og pasient». Innen effektforskning er det empirisk belegg for å si at de vanligste psykoterapeutiske behandlingsmetodene hovedsakelig gir lik effekt (Wampold et al, 1997, s. 210), og at den terapeutiske alliansen henger tett sammen med behandlingseffekt (Horvath & Symonds, 1991, s. 139). I behandling av psykiske lidelser er det dermed psykolog eller psykiater som er formidler av behandlingen, i motsetning til kreftbehandling gjennom mer naturvitenskapelige metoder. Implementering av pakkeforløp som krever at behandler må kode aktivitet og forløpstider, kan føre til at tid som

kunne blitt brukt på å kultivere den terapeutiske alliansen, og dermed øke sannsynligheten for gode behandlingseffekter, reduseres. I debatten om pakkeforløp, har tid vært tematisert.

Liaaen (2018, s. 743-748) argumenterer for at innen behandling, er tid humanisme. Fra et psykoanalytisk behandler- ståsted trekker han frem at ved å ta kontroll på tiden, vil man risikere å begrense mulighetsrommet i å bevege seg inn på det sårbare og personlige i terapi.

Tid blir dermed rammen for å utvikle den terapeutiske relasjonen. Det problematiseres at ferdigdefinerte pakkeforløp kan føre til neglisjering av viktige virkemidler i terapi som stillhet, pauser, huller i fremstillingen til pasient, overføring, motoverføring til fordel for effektiviserte evidensbaserte metoder som lover rask og effektiv symptomlindring.

Argumentasjonen har støtte i litteraturen hvor danske og norske informanter trekker frem at pakkeforløp kan gå på bekostning av den terapeutiske relasjonen (Kvamsdahl, 2016, s. 43; Schultze, 2019, s. 28).

Det er dermed grunnlag for å si at *innholdet* i pakkeforløpene bygger på et empirisk grunnlag, siden utgangspunktet er nasjonale og internasjonale retningslinjer og veileder, mens det empiriske grunnlaget for pakkeforløp som organisatorisk modell synes mangelfull. Det fremstår dermed som at et sentralt premiss for overføringen av pakkeforløp for somatiske lidelser til psykiske lidelser må hvile på at sykdomsforståelsen er den samme.

4.3 Kvalitetsreform, og rammer for behandling

En kvalitetsreform kan defineres som en reform som har til formål å heve kvaliteten ved en institusjon eller organisasjon (Det norske akademis ordbok, 2020). Da Helseminister Bent Høie la frem sin andre helse- og sykehusplan i 2019, påpekte han at den nåværende kvalitetsreformen i psykisk helsevern er pakkeforløp. Høie trakk videre frem at kvalitetsreformen har vært med på å synliggjøre vanskene i psykisk helsevern knyttet til ressursmangler. Ved hjelp av pakkeforløp kan HOD nå måle regionale og helseforetak, for å

finne ut om det trengs økte ressurser, eller om det organisatorisk må jobbes annerledes (Helmikstøl, 2019). Videre at pakkeforløp fungerer som et virkemiddel for å nå “den gyldne regel” som ble gjeninnført av Høie og regjeringen i 2014, hvor psykisk helse og rus skal øke mer i kostnads- og behandlingsvekst enn somatikken i hver helseregion (Halvorsen, 2014). Norsk psykologforening mener at pakkeforløpet i seg selv ikke er en kvalitetsreform. Blant annet fremhever Siri Næs i sentralstyret frem at det ikke har vært nok ressurser til implementeringen, og at behandlere bruker mer tid på koding, vurderinger og inntaksarbeid som går på bekostning av selve pasientbehandlingen (Helmikstøl, 2020). Dermed er det uenigheter om pakkeforløp faktisk er en kvalitetsreform eller ikke. Her kan man presentere kvalitetsindikatorne, og se på behandlernes egen opplevelse.

En sentral kvalitetsindikator er brukermedvirkning, hvor behandlere ved hjelp av pakkeforløpskodene, skal registrere at pasienten mottar informasjon om ulike behandlingsoalternativer, medvirker i utarbeidelsen av behandlingsplan, og om det blir brukt tilbakemeldingsverktøy i løpet av behandlingen (Helsedirektoratet, 2020a, s. 5). Helsedirektoratet definerer brukerbegrepet som når et individ benytter seg av tjenester innenfor psykisk helse- og rusfeltet (Helsedirektoratet, 2017b). Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet er ett av de fem uttalte målsetningene med pakkeforløp for psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2018c, s. 3). Begrepene er lovfestet og regulert gjennom lover som pasient- og brukerrettighetsloven, psykisk helsevernloven og sosialtjenesteloven. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) står det bl.a. at pasient eller bruker har rett til å medvirke mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer, og undersøkelses- og behandlingsmetoder, hvor medvirkningens form individuelt skal tilpasses etter pasientens evne til å gi og motta informasjon. Pasienten og brukeren skal også ha informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). I psykisk helsevernloven (1999, § 1-5)

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

fremkommer det at der psykisk helsevern etableres og gjennomføres gjelder pasient- og brukerrettighetsloven. Videre nevnes det i sosialtjenesteloven at den som har behov for langvarige og koordinerte tjeneste har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Den individuelle planen skal utformes i samarbeid med tjenestemottakeren hvor kommunen er pliktig til å samarbeide med andre tjenesteytere om å bidra til et helhetlig tilbud (Sosialtjenesteloven, 2009, § 28). Brukermedvirkning er dermed noe helsetjenestene er lovpålagt å innrette seg etter, og ikke kan velge bort. På overflaten ser det ut som brukermedvirkningen i pakkeforløpet har vært todelt. På den ene siden har brukerrepresentanter og brukerorganisasjoner vært delaktig å utforme pakkeforløp, samtidig som brukerne aktivt har rett på individuelt tilpasset behandling i henhold til pakkeforløpets retningslinjer når de benytter seg av tjenesten. Likevel kan brukermedvirkning gi flere utfordringer. Det at pasient har rett til å få informasjon og medvirke mellom tilgjengelige behandlingsmetoder krever at behandler behersker flere metoder, og har muligheten til å innfri pasientens ønske. Det hviler er ansvar på pasienten som bør ta et velinformert valg basert på den informasjonen behandleren gir om ulike metoder. Behandler og pasient, kan også være uenig om hvilken metode som passer best. I tillegg kan pårørende, som skal involveres mer i behandlingen, ha andre ønsker enn pasienten. Det er dermed flere utfordringer knyttet til det å finne en balanse mellom hvor mye ansvar pasienten skal ha i egen behandling, spesielt når pårørende, pasient og behandler kan ha ulike synspunkter på hva som er best (Aasen et al., 2019, s. 51). Det er behandlere som registrerer brukermedvirkning i pakkeforløpet. Selv om brukermedvirkning registreres, sier det lite om hvilken informasjon pasienten faktisk får, eller hvor reell brukermedvirkningen har vært. Brukermedvirkningen kan økes på «papiret», uten at pasienten og/eller pårørende faktisk er mer delaktig i å utforme behandlingen.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

En annen kvalitetsindikator er brukertilfredshet. For å kvalitetssikre individuell behandling og ønsket utbytte, bør det brukes validerte tilbakemeldingsverktøy i behandling. Dette er for å gi pasienten en stemme, forbedre den terapeutiske alliansen, og bruke tilbakemelding for å justere behandlingen (Helsedirektoratet, 2019). Likevel viser foreløpige tall fra Helsedirektoratet at kun 8% av behandlerne brukte tilbakemeldingsverktøy i behandling (Helsedirektoratet, 2020a, s. 28). En mulig forklaring er mangel på klare implementeringsveiledere for hvordan dette kan gjennomføres.

En tredje kvalitetsindikator er aktivitet. Aktivitet handler om at helseforetakene skal registrere og rapportere hvor mange pasienter de behandler, og hvor mange som får innvilget retten til helsehjelp. Økt aktivitet kan si noe om effektivitet i psykisk helsevern. Aktivitetsnivå fra 2019 viser at 154 000 pasienter fikk behandling innen psykisk helsevern for voksne, hvor antall pasienter, utskrivninger, oppholdsdøgn og poliklinisk behandling økes, og dagbehandling reduseres (Helsedirektoratet, 2020, s. 8). Men selv om aktivitet sier noe om hva som blir utført, sier det lite om kvaliteten på behandlingen. Økt aktivitet kan gå på bekostning av at pasientene raskere avsluttes, og flere pasienter kan få inntak. Pasienten kommer raskere tilbake til behandling, som igjen kan ha sammenheng med et for tidlig avsluttet forløp. Dette bekreftes fra Danmark, hvor flere behandlere oppgir at ventetidsgarantien ødelegger innholdet i pakkene, slik at behandlere blir presset til å avslutte pasienter raskere, for å kunne ta inn nye (Kvamsdahl, 2016, s. 45). Andre studier oppgir også at innføringen av pakkeforløp og påfølgende dokumentering har ført til økt arbeidsbelastning (Ellingsen & Danielsen, 2020, s. 55; Woll, 2019, s. 22-27).

En fjerde kvalitetsindikator er forløpstidene. I poliklinikk skal basisutredning være fullført etter 42 kalenderdager, og utvidet utredning de neste påfølgende 42 kalenderdagene (Helsedirektoratet, 2019a). Behandler skal dermed ha unnagjort anamnese, utredet pasient, og

satt diagnose(r). Det fremstår som om forløpstider skal føre til rask utredning, diagnostisering og skreddersydd behandling, og at dette er ekvivalent med god behandling. Likevel understreker Helsedirektoratet at pakkeforløpet ikke gir pasient nye rettigheter, men at forløpstidene er anbefalinger. Brudd på forløpstider skal derfor ikke meldes til HELFO, som har ansvar for å ivareta rettigheter til helseaktører og privatpersoner (Helsedirektoratet, 2019a). En utfordring med forløpstider er at det kan føre til økt diagnostisering, som har vært debattert i psykologiske forum i en årrekke og som nå er synlig ved blant andre Mjaaland (2017a) som har stilt spørsmål med hvorfor diagnoser skal være en sentral del av pakkeforløp. For Mjaaland utløser diagnoser en rekke problemstillinger. Hun hevder at diagnoser støtter en naturvitenskapelig, reduksjonistisk og medisinsk forståelse av psykiske lidelser, som det er manglende evidens for. Hun trekker frem at diagnoser kan være med å legitimere sykdomsidentiteten til pasientene, og frykter at det kan føre til passivitet i behandling da pasienter har en tanke om at de skal behandles «utenfra og inn», parallelt med kreft som behandles med cellegift. Videre trekker Mjaaland frem at psykiske lidelser i dag forstås av en rekke ubekreftede hypoteser, og har manglende biologiske korrelater. Mjaaland (2017a) kritiserer dermed kredibiliteten til diagnosesystemet, og peker på store utfordringer med komorbiditet, og at like symptomer kan føre til ulik behandling og diagnosesetting. Spørsmål reises som at om ikke diagnoser kan skille mellom friskt og sykt, hvordan kan man vite hvor mye behandling som skal tilbys i behandlingsforløpene? Karterud (2017) deler Mjaaland sin bekymring om at pakkeforløp kan føre til økt diagnostisering som igjen skaper økt medikalisering. Likevel er han motvillig til å avskaffe «diagnosevesenet», og understreker at diagnoser også kan hjelpe helsepersonell til å orientere seg i møte med pasienter. Karterud trekker frem at en sentral del av debatten er forvirring rundt sykdomsbegrepet, og at deler av fagfeltet forstår psykiske lidelser som somatiske lidelser. For Karterud er diagnostiske kategorier viktig for å kommunisere alvorlighetsgrad, behandling og

at de utløser pasientrettigheter. Videre trekker Karterud frem prototyper i forståelse av personlighetsforstyrrelser, som kan si noe om den mentale helsen til pasienten. Prototyper forstås her som en diagnostisk terskel, hvor en pasient kvalifiserer til en personlighetsforstyrrelse så lenge pasienten oppfyller nok antall samlede kriterier (Karterud et al., 2018, s. 190). Jo flere kriterier som ligger bak prototypen, dess mer konsensus oppnås i forhold til om pasienten passer prototypen. Det fremkommer spørsmål om pakkeforløp vil forsterke medikaliseringstrenden i samfunnet, og at det er noen fordeler som at de sikrer likebehandling- og utredning uavhengig av region. Fallgruver er økt byråkratisering, og prosedyrer som tar tid fra selve behandlingen. Mjaaland (2017b) sier videre at selv prototypmodellen relatert til personlighetsforstyrrelser ikke møter utfordringene psykiatriens diagnoser står ovenfor, og risikerer å bevege psykiatrien i feil retning. Hun trekker frem at “noe av poenget med diagnoser er jo nettopp å skille sykt fra friskt” (Mjaaland, 2017b, avsn. 17). Flere pasienter med likt symptom-bilde ender dermed opp med ulik behandling og forskjellige diagnoser, og hun stiller spørsmål ved hvilke personlighetstrekk som skal veie tyngst. Mjaaland mener dermed at diagnoser objektivt sett ikke har noen verdi, og at grunnlaget til pakkeforløpet derfor er tynt. Økt diagnostisering grunnet pakkeforløp kan dermed føre til at vi fortsetter å drive behandling av psykiske lidelser på et sviktende kunnskapsgrunnlag. Det fremstår som at det er de tilstandsspesifikke pakkeforløpene som ligger nærmest tankegangen om at diagnoser er et godt utgangspunkt for behandling. Pakkeforløp kan dermed føre til økt diagnostisering som skyver forståelsen av psykiske lidelser i en mer medisinsk retning (Eskeland & Dahle, 2017, s. 26; Havn, 2018, s. 50).

En risiko ved pakkeforløp ifølge Vogt og Pahle (2015), er at standardisering av pasientbehandling fører til at «bunnlinjen» i psykisk helsevern blir hevet, mens erfarne og engasjerte terapeuter blir svekket på grunn av rapporteringskrac, og standardisering av behandling. Dette bekreftes også av studien til Kvamsdahl (2016, s. 45) hvor danskene

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

informanter opplevde at tilbudet i psykisk helsevern hadde blitt bedre der hvor det var dårlig, og dårligere der hvor det var bra, mens andre opplevde hele kvaliteten i hele psykisk helsevern som forverret etter implementering.

Ulike profesjoner utfordres som en konsekvens av innføring av pakkeforløp. Molander & Smeby (2013, s. 11-12) hevder at profesjonsutøvelse handler om å bruke ervervet kunnskap i en tillitsbasert interaksjon med en motpart, som trenger denne kunnskapen for å løse sine egne problemer. Profesjonsutøvelse utspiller seg dermed innenfor en samfunnskontrakt bestående av staten, behandler (her psykolog), og pasientene, hvor pasientene er avhengig av tjenesten profesjonen tilbyr. Psykologene får dermed mandat og monopol fra staten til å utføre sin yrkesrolle samtidig som de skal iverksette offentlig politikk og følge reformer til staten. Profesjonsutøvelsen er en samfunnskontrakt mellom psykolog og pasient, hvor psykologen er pliktet etter yrkesetiske og faglige normer til å gi pasientene best mulig behandling. Det er i denne samfunnskontrakten faktorer som klinisk skjønn, taus kunnskap, autonomi, etikk, ledelse og lojalitet blir gjeldende.

I behandlingen av pasienter utøver behandlere klinisk skjønn, taus kunnskap og er på mange måter autonome, da terapirommet er lukket grunnet taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Å bruke klinisk skjønn, er å gjøre en vurdering basert på informasjon fra kunnskap og erfaring alene, uten bruk av hjelpemidler som dataprogrammer (Kirkebøen, 2013, s. 27). Smeby (2013, s. 19) hevder at profesjonsutøvere har taus kunnskap, som er kunnskap som ikke kan redegjøres for formelt (vi vet mer enn vi klarer å forklare), men som likevel påvirker beslutninger man foretar seg. I tillegg har profesjonsutøverne historisk innen velferdsorganisasjonene som helsevesenet utført sitt yrke basert på fagkunnskap og etikk, uten å være styrt av politikk og administrasjon. Innføring av pakkeforløp kan føre til at profesjonsutøvernes autonomi blir svekket til fordel for

administrativt arbeid. Dette er også forenelig med NPM hvor prosedyrer veier mer enn individuelle beslutninger (Thylefors, 2015, s. 135). Dette bekreftes av SINTEF (2020, s. 50 og 66), hvor 78% av behandlerne oppgir at de bruker mer tid på administrasjon etter innføringen av pakkeforløp, 94% bruker mer tid på registreringsarbeid, og nesten halvparten bruker 1-2 timer mer per uke på registreringsarbeid. Dermed kan pakkeforløp, etter styringsideologi NPM og *Lean* metoden, gi innskrenket profesjonsutøvelse, autonomi, og bruk av klinisk skjønn.

Det er Helsedirektoratet gjennom lederne i de regionale helseforetakene som skal få psykologene involvert i innføring av pakkeforløp gjennom transaksjons- og transformasjonsledelse, helst uten lojalitetskonflikter og sabotering. Transaksjonsledelse kan defineres som når ledere ønsker å forandre «følgere», slik at de yter en ekstra innsats for å gjennomføre en endring med påfølgende betinget belønning. Transformasjonsledelse kan defineres som når en leder bruker karisma, inspirasjon, personlig omsorg og intellektuell stimulering til å lede ansatte gjennom endringer, slik at de transformerer deres eksisterende verdensbilde, og oppfatter arbeidet deres på en ny måte (Einarsen & Skogstad, 2016, s. 27-29). Innføringen av pakkeforløpet har inneholdt både transaksjons- og transformasjonsledelse. Helsedirektoratet som har hatt ansvar for innføringen av pakkeforløp har utvist transaksjonsledelse gjennom å gi eksterne arbeidsgrupper (følgere), muligheten til å påvirke utformingen av pakkeforløpet samtidig som den betingede belønningen har vært lovnader om et bedre psykisk helsevern og tildeling av økonomiske midler der hvor det mangler ressurser (Helmikstøl, 2019). Lederne ved de regionale helseforetakene har utvist transformasjonsledelse med tydelige signaler om at pakkeforløp er riktig retning. Dette kan ses i litteraturen, hvor ledere trekker frem kultur- og holdningsendring blant de ansatte, som viktige faktorer for suksessfull implementering (Eskeland & Dahle, 2017, s. 26).

Thylefors (2015, s. 137) definerer lojalitetskonflikter som når medarbeidere eller ledere blir eksponert for motstridende styringsimpulser, og er nødt til å gjøre en avveining mellom ulike interesser. På den ene siden kan dermed ledere oppleve en lojalitetskonflikt i at de har som oppgave å innføre pakkeforløp på vegne av politikerne, Helsedirektoratet og helseforetakene, samtidig som de opplever at medarbeidere og behandlerne i helsetjenestene ikke støtter endringen. Behandlerne på sin side kan igjen oppleve en lojalitetskonflikt i at de ønsker å støtte lederne sine, samtidig som de kan føle lojalitet mot profesjonen, ønsket om å gi pasienten best mulig behandling og at pakkeforløpet ikke tilrettelegger for profesjonsutøvelse. I verste fall kan slike lojalitetskonflikter utvikle seg til sabotasje, eller at behandlerne sikter mot å ha «ryggen fri» og gjør minstekravet som skal til for å følge pakkeforløpets retningslinjer. Dette kan føre til feilrapportering fra behandlerne i de ulike helsetjenestene, som igjen fører til at kvalitetsindikatorerne til pakkeforløpet som skal forbedre tjenestene langsiktig, ikke gjenspeiler hva som faktisk blir gjort i behandling. På denne måten kan pakkeforløp ende opp som en reform med mange gode intensjoner, men hvor målsetningene ikke blir nådd. Dette gjenspeiles også i litteraturen, hvor flere informanter opplever pakkeforløp som en «top-down» prosess, ikke forstår hensikten og formålet med pakkeforløpet, og at innføringen av pakkeforløp oppleves som mistillit mellom Helsedirektoratet og behandlerne (Kvamsdahl, 2016, s. 48; Aasen et al., 2019, s. 35; Schultze, 2019, s. 25). Behandlerne og helsearbeiderne står i et dobbelt-agentforhold (Angell, 1993, s. 280). På den ene siden har man et ansvar overfor arbeidsgiver til å drive kostnadseffektiv behandling og følge retningslinjene til pakkeforløp, regulert gjennom arbeidskontrakt og medvirkningsplikt jf. § 2-3 Arbeidsmiljøloven (2005), samtidig som man gjennom profesjonstilhørighet har et ønske om profesjonsutøvelse og å hjelpe pasient best mulig. Pakkeforløp kan dermed ytterligere komplisere forholdet mellom behandlerne, arbeidsgiver/staten og pasientene.

Profesjonsutøvelse henger tett sammen med fagetiske prinsipper, og i 1998 ble etiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP) utformet (Øvreeide, 2016, s. 101). De fagetiske prinsippene er organisert i fire hovedprinsipper: *Respekt for pasientens rettigheter og verdighet, kompetanse, ansvar og integritet* (Øvreeide, 2016, s. 103). Utformingen og hensikten med prinsippene er blant annet at de skal støtte psykologer i møte med etiske spørsmål, pasienter og være et fundament hvor tilliten til yrkesutøvelsen til psykologer opprettholdes (Øvreeide, 2016, s. 105). Høy grad av etisk bevissthet blant psykologer er dermed tenkt til å skape et godt omdømme og høy tillit hos pasientene man leverer tjenesten til (Øvreeide, 2016, s. 22). Prinsippet *respekt for pasientens rettigheter og verdigheter*, handler om at psykologen skal respektere klientens rett til autonomi, selvbestemmelse, konfidensialitet og privatliv i tråd med profesjonsutøvelsen forpliktelser og loven (Øvreeide, 2016, s. 124). Prinsippet *kompetanse* handler om at psykologen skal utvikle samt opprettholde høy faglig kompetanse og ha etisk bevissthet om hvilke oppgaver man er kompetent til å påta seg (Øvreeide, 2016, s. 155). Prinsippet *ansvar* omhandler at psykologen er bevisst på det profesjonelle og vitenskapelige ansvaret man har overfor pasienten i det samfunnet man lever og arbeider i. Psykologen skal dermed unngå å gjøre skade samtidig som man er ansvarlig for sine handlinger (Øvreeide, 2016, s. 170). Det siste prinsippet er *integritet* og handler om at psykologen skal søke etter å fremme integritet innen forskning, klinikk og undervisning, og opptre ærlig, upartisk og respektfullt overfor pasienten. Under dette prinsippet skal psykologen etterstrebe og synliggjøre egne roller i de sammenhengene man jobber i (Øvreeide, 2016, s. 194). Av etiske dilemma er når psykologen skal utvikle og opprettholde høy faglig kompetanse, samtidig som man med innføring av pakkeforløp implisitt takker ja til å bruke tid på pakkeforløpskodning, som stjeler tid fra selve behandlingen og mulighet til kompetanseutvikling. Psykologen har også et ansvar for å tilby pasienter et pakkeforløp som de er sikre på har et empirisk grunnlag, samt et ansvar for sine egne

handlinger, som at man ikke skal la seg «presse» av forløpstider, og ta faglig svake kliniske beslutninger som i verste fall kan medføre skade for pasienten.

Kliniske vurderinger, og selvstendighet i å løse problemer basert på klinisk skjønn og taus kunnskap innenfor et etisk rammeverk inngå i kompetanse og erfaring. Ofte er problemene man løser, komplekse, og i stadig forandring, og Rittel og Webber (1973, s. 157) har beskrevet dem som «*wicked problems*». Problemene kjennetegnes av at det ikke finnes noen endelig løsning, de varierer ut ifra person og kontekst, og det er ikke er en entydig problemforståelse. Pakkeforløp kan utløse nye og uforutsette problemer som at behandleren får innskrenket profesjonsutøvelse og møter etiske dilemma.

Om man skal definere pakkeforløp som er paradigmeskifte i psykisk helsevern, må man se på den opprinnelige betydningen fra Thomas S. Kuhn i utgivelsen «*The Structure of Scientific Revolutions*» fra 1962 (Store Norske Leksikon, 2020). Her ble et paradigme forstått som en generell teori som gir forskere forutsetninger, sentrale begreper og metodikk, som blir veiledende for å besvare vitenskapelige spørsmål. Et paradigmeskifte oppstår gjennom en vitenskapelig revolusjon, ved kriser og uenigheter innad i en disiplin (Svendsen, 2019). Hem (2018) vil argumentere for at det har gått inflasjon i bruken av begrepene «paradigme» og «paradigmeskifte», hvor de er utvidet og utvannet, til å forstås som endringer av oppfatninger eller praksis. Vilkårene for et paradigmeskifte må gjenspeiles i målsetningene for pakkeforløp, om disse var omfattende nok til å rettferdiggjøre innføringen (Helsedirektoratet, 2018c, s. 3). En av utfordringene var lav brukertilfredshet og brukermedvirkning, som bekreftes av FHI's (2018, s. 5) rapport hvor psykisk helsevern oppleves som lite tilfredsstillende, lite tilgjengelig, med dårlig behandling, ikke tilrettelagt for å gi god livskvalitet til pasient og/eller pårørende, og hvor informantene selv forteller om dårlige erfaringer. Andre utfordringer er mangelfull samhandling og koordinering, hvor

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

tidligere pasienter som ble overført fra andre- til førstelinjetjenesten, rapporterte om økt behov for oppfølging, involvering av pårørende, kontakt med brukerstyrte pasientorganisasjoner, og informasjon som byggesteinen i delt beslutningstaking og brukermedvirkning (Sæter, 2020, s. 69). Andre utfordringer som nevnes gjelder samhandlingsreformen, som krever bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, fritt sykehusvalg og lovfestet brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 21; Helsedirektoratet, 2020b). Pakkeforløp skal gi pasienter og pårørende et likeverdig tilbud uavhengig hvor i landet de bor, og møter Norges geografiske utfordringer med en lang kystlinje. Det kan stilles spørsmål ved om 75 DPS'er kan sikre likeverdig behandling (Malt, 2018; Helsedirektoratet, 2018c, s. 3). Om vilkårene for et paradigmeskifte kan ha vært til stede er ikke det ensbetydende med at det var grunnlag for å innføre pakkeforløp. De er innført uten pilotering, empirisk belegg, ressurstildeling, konkrete implementeringsveiledere, og uten diskusjon om hvilke retninger et eventuelt paradigmeskifte fører hen. Implementering av pakkeforløp kommer i kjølvannet av reduksjon i døgnplasser fra 1990-tallet, og siden 1998 har konsultasjonsraten ved poliklinikkene blitt tredoblet (Helsedirektoratet, 2018a, s. 22; Statistisk Sentralbyrå, 2019). Psykiske plager blant unge jenter fra 16-24 år øker, og i 2017 utgjorde jenter i aldersgruppen 15-19 år 11% av pasientpopulasjonen i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2018a, s. 2; Reneflot et al., 2018, s. 170). Man kan dermed si at utfordringsbildet som pakkeforløpet initielt skulle løse, er mer et produkt av tidligere strukturelle endringer i psykisk helsevern og generell samfunnsutvikling, som har ført til et økt press i spesialisthelsetjenesten.

5 Avslutning

Resultatene viser at pakkeforløp har møtt massiv motstand i spesialisthelsetjenesten, og etter implementering har behandlernes holdninger blitt mer negative (SINTEF, 2020, s. 69; Kvamsdahl, 2016, s. 45; Woll, 2019, s. 26; Schultze, 2019, s. 25). Om man teoretiserer hvorfor kritikk mot implementering ikke har blitt møtt kan vi vise til Kahneman og Tversky's (1979, s. 263) prospektteori som belyser beslutningstaking under usikkerhet. Mennesker vurderer utfall av en beslutning opp mot et referansepunkt, og i større grad vektlegger tap heller enn gevinster ut fra referansepunktet. Ved beslutningstidspunktet var det lite eller ingen dokumentert forskning på pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge, og man kan påstå at beslutningen ble foretatt med en relativ usikkerhetsmargin. Forskning på kognitive feilslutninger som kan forringe prosessen med beslutningstaking er beskrevet av Arkes og Blumer (1985, s. 124), og omtales som sunket kostnad-felle. Den påpeker en irrasjonell tendens til å fortsette en aktivitet, til tross for at denne aktiviteten ikke har vist seg å være lønnsom. Dette som en konsekvens av at man har investert tid, penger, krefter og prestisje. Aktivitet som på ett tidspunkt var rasjonelt, vil ikke nødvendigvis være det over tid. Det blir dermed en feilslutning å ytterligere etterstrebe noe som har fallende verdi. Om fremtidsutsiktene er svake for et prosjekt, viser teorien til at man da skal avslutte prosjektet heller enn å fortsette investeringene. I stedet for å omjustere og redusere pakkeforløpets inntog i spesialisthelsetjenesten valgte man å øke beslutningstakernes engasjement, dokumentert gjennom Helsedirektoratets økonomiske tilskudd til pakkeforløp som reform.

Resultatene fra studien viser at det er uklart hva pakkeforløp faktisk er noe som gjenspeiles i ulike begrepsbruk som logistikkreform, organisatorisk reform, kvalitetsreform og utviklingsprosjekt. Vi har ikke identifisert forskning som gir et empirisk grunnlag for pakkeforløp, og de er innført uten pilotering. Det er stor variasjon i hvordan lokale

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

helseforetak har forankret og løst forløpskoordinatorrollen, som Helsedirektoratet understreker er en kritisk suksessfaktor. Resultatene tyder også på at primær- og sekundærhelsetjenesten ikke er utrustet optimalt til å kunne kommunisere med hverandre. Dette undergraver pakkeforløpets målsetning om bedre samhandling. Styringsideologier som NPM og *Lean* metode kan gi økt byråkrati, og forsterke den diagnostiske kulturen som har blitt kritisert i psykisk helsevern. Det fremstår som at suksessen til pakkeforløp vil være avhengig av at behandlerne innretter seg, og faktisk rapporterer på kvalitetsindikatorerne som er ment å gi forbedring i tjenestene. Men kvalitetsindikatorerne sier ikke noe om kvalitet på behandling, og kan gi feilaktig informasjon. Registreringsarbeid fører til mer administrasjon, som går på bekostning av tid til kjerneoppgaver som behandling. I tillegg utløser pakkeforløp flere diskusjoner i forhold til profesjonsutøvelse, ledelse, lojalitet, autonomi, kliniske beslutninger og etikk. Det er også viktig å understreke at implementering av pakkeforløp kan påvirkes av eksterne faktorer som vi har sett i 2020 som følge av COVID-19. Her vil det behov for forskning om hvorvidt dette har hatt betydning. Vi etterlyser en faglig debatt som setter søkelys på bedre psykisk helsevern for behandlere, brukere, og pårørende; en debatt som bør inneholde spørsmål og diskusjon om grunnlaget for innføring av større reformer, hvor evalueringsforskning og følgeforskning er et premiss.

Litteraturliste

- Aasen, R., Basma, F., Elgaaen, S., Hermstad, I., Hidle, A., Johannesen, B., Markhus, C. (2019). *Status pakkeforløp: En rapport om implementering av pakkeforløp i psykisk helse og rus på Oslo Universitetssykehus med fokus på forløpskoordinatorrollen* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.
<https://www.sv.uio.no/iss/om/samarbeid/prosjektforum/Tidligere%20prosjekter/2019/ous-endelig-rapport-.pdf>
- Angell, M. (1993). The Doctor as Double Agent. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 3(3), 279–86. <https://doi.org/10.1353/ken.0.0253>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_2#%C2%A72-3
- Arkes, H. R. & Blumer, C. (1985). The psychology of sunk cost. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 35(1), 124–140. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(85\)90049-4](https://doi.org/10.1016/0749-5978(85)90049-4)
- Bedre Psykosebehandling. (2016). *Implementering av kunnskapsbaserte praksiser ved psykoselidelser* [Brosjyre]. Torleif Ruud.
<https://www.bedrepsykosebehandling.no/wp-content/uploads/Bedre-PsykoseBehandling-Intro-Oppl%C3%A6ring-2016.pdf>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *Journal of integrated Care Pathways*, 316, 133-137.

Danske Regioner. (2010). *Benchmarking af psykiatrien - herunder nøgletal for aktiviteten i 2009* (10/424). Hentet fra <https://www.regioner.dk/media/1466/benchmarking-2009.pdf>

Danske Regioner. (2011). *Benchmarking af psykiatrien* (10/424). Hentet fra <https://www.regioner.dk/media/1467/benchmarking-2010.pdf>

Danske Regioner. (2011). *Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling*. Hentet fra <https://www.regioner.dk/media/1235/kvalitet-i-psykiatrien.pdf>

Danske Regioner. (2012). *Benchmarking af psykiatrien* (10/424). Hentet fra <https://www.regioner.dk/media/1468/benchmarking-2011.pdf>

Danske Regioner. (2016, 15. juni). Kvalitet i psykiatrien og pakkeforløp. Best Western Nyborg Strand. <https://www.regioner.dk/media/3502/opsamling-fra-konferencen-om-pakkeforloeb-i-psykiatrien-docx-3-3-2-2.pdf>

Danske Regioner. (2017, 1. september) Voksenpsykiatri - Pakkeforløb til utredning. Hentet fra <https://www.regioner.dk/media/5558/pakkeforloeb-for-voksenpsykiatri-pakkeforloeb-til-udredning.pdf>

Danske Regioner. (2017, 1. september). Pakkeforløb for ADHD. Hentet fra <https://www.regioner.dk/media/5547/pakkeforloeb-for-adhd-voksne.pdf>

Danske Regioner. (2020, 30. september). Om Danske Regioner. Hentet fra <https://www.regioner.dk/services/om-danske-regioner>

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Dean, M. (2014). Rethinking neoliberalism. *Journal of Sociology*, 50(2), 150-163.

Det norske akademi for språk og litteratur. (2020, 19. september). Det norske akademis ordbok. Hentet fra <https://naob.no/ordbok/kvalitetsreform>

Det Norske Akademis Ordbok. (2020, 30. september). Profesjon. Hentet fra <https://naob.no/ordbok/profesjon>

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: NCS Pearson.

Einarsen, S. & Skogstad, A. (2015). *Ledelse på godt og vondt – Effektivitet og trivsel*. (2. utg.) Fagbokforlaget.

Ellingsen, T. & Danielsen, P. (2020). *Mellom kart og terreng: En kvalitativ studie av pakkeforløp i psykisk helsevern* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/79380/Masteroppgave-Tom-Ellingsen-og-Petter-Danielsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Engebretsen, E. & Bondevik, H. (2020, 19. mai). Kunnskapsbasert medisin. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra https://sml.snl.no/kunnskapsbasert_medisin

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/SCIENCE.847460>

Eskeland, A. & Dahle, K. U. (2017). *Implementering av pakkeforløp i psykisk helse- og rus* [Masteroppgave, Norges Arktiske Universitet]. UiT Munin. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/11186/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Folkehelseinstituttet. (2014, 1. Desember). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern: resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014 (nr.9-2014).

https://www.fhi.no/contentassets/64bfe803e9d84246b64acd60c53e401d/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern_2014

Folkehelseinstituttet. (2018). Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse i befolkningen (NR2018:115).

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/resultatrapport_pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus_111218.pdf

Gautun, H. & Kvæl H, L, A. (2020). Etablering av 19 nye helsefelleskap – bedre samhandling eller økt byråkratisering? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 03/2020(Volum 6.), 1-6. Hentet fra

https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/03/etablering_av_19_nye_helsefelleskap_bedre_samhandling_el

Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8, 1–17.

<https://doi.org/10.7577/njsr.2204>

Goodman, L., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 521-542.

Grant, Maria J, & Booth, Andrew. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Gravdal, G. L. (2019, 28.juni). Pakkeforløpene undergraver fagligheten i psykiatri. *Dagens Perspektiv*. Hentet fra <https://velferd.no/helse/2019/pakkeforlopet-undergraver-fagligheten-i-psykiatrien>

Halvorsen, P. (2014). Psykisk helse skal øke mest. Psykologforeningen.no. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/Psykisk-helse-skal-oeke-mest>

Hansen, T. (2018, 17. September). New Public Management. I *Store norske leksikon*. Hentet 16. Oktober 2020 fra https://snl.no/New_Public_Management

Havn, M. M. (2018). *Psykologen og pakken: Profesjonsutøvelse i pakkeforløpenes tid* [Hovedoppgave, Universitet i Oslo]. DUO Vitenarkiv. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/66265/HovedoppgaveMarieHavn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helmikstøl, Ø. (2019, 29. november). Mener pakkeforløp er kvalitets-reformen. *Psykologisk tidsskriftet.no* Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2019/11/mener-pakkeforlop-er-kvalitetsreformen>

Helmikstøl, Ø. (2020, 21. februar). Uenige om pakkeforløp i psykisk helsevern. *Psykologtidsskriftet.no* Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/02/uenige-om-pakkeforlop-i-psykisk-helsevern>

Helsedirektoratet. (2017a, 24. januar). Metodisk tilnærming: Kunnskapsbasert tilnærming. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/metode-og-prosess/metodisk-tilnaerming>

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Helsedirektoratet. (2017b, 10. oktober). *Brukermedvirkning*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2018a). *Hovedresultater Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013-2017*.

(10/2018) Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hovedresultater-samdata-spesialisthelsetjenesten-2013-2017/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf/_attachment/inline/8975bab9-506e-4b79-8346-e03aa14de447:ecab416df070be8b4870be085bbcaf3dddc315f3/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202013-2017.pdf

Helsedirektoratet. (2018b, 19. september). Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner – pakkeforløp for psykisk helse og rus.

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretagelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

Helsedirektoratet. (2018c). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020* (IS-2734). Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20an%20for%20implementering%202018-2020.pdf/_attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdb744a2/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Helsedirektoratet. (2018d). Psykiske lidelser - voksne: Pakkeforløp. Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Psykiske%20lidelser,%20voksne%20-%20gjeldende%20til%20311220.pdf/_attachment/inline/cc5eb247-a891-43e8-b7a2-fc13234111f1:66c62bd2c69eb48227b6be246ec9864adf4e6b96/Psykiske%20lidelser,%20voksne%20-%20gjeldende%20til%20311220.pdf

Helsedirektoratet. (2019a, 02. februar). Forløpstider – psykiske lidelser, pakkeforløp voksne.

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne/forlopstider-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne>

Helsedirektoratet. (2019b, 31. januar). Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske

helsevern. (IS-2807). Hentet fra

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/geografiske-forskjeller-i-tjenestetilbudet-i-det-psykiske-helsevernet/IS-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/geografiske-forskjeller-i-tjenestetilbudet-i-det-psykiske-helsevernet/IS-2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf/_attachment/inline/4ec6b9c0-3cfb-4d53-9b31-1da9d1c4366c:72725169d5e7ca4af7880cfe51601c88176c964e/IS-2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf)

[2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf/_attachment/inline/4ec6b9c0-3cfb-4d53-9b31-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/geografiske-forskjeller-i-tjenestetilbudet-i-det-psykiske-helsevernet/IS-2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf/_attachment/inline/4ec6b9c0-3cfb-4d53-9b31-1da9d1c4366c:72725169d5e7ca4af7880cfe51601c88176c964e/IS-2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf)

[1da9d1c4366c:72725169d5e7ca4af7880cfe51601c88176c964e/IS-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/geografiske-forskjeller-i-tjenestetilbudet-i-det-psykiske-helsevernet/IS-2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf)

[2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/geografiske-forskjeller-i-tjenestetilbudet-i-det-psykiske-helsevernet/IS-2807%20Geografiske%20forskjeller%20i%20tjenestetilbudet%20i%20det%20psykiske%20helsevernet.pdf)

Helsedirektoratet. (2019c, 1. oktober). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i

kreftomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje (IS-2800). Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

[ce73-4f2f-a61d-](#)

[ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kr
eftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retni
ngslinjer.pdf](#)

Helsedirektoratet. (2019d, 1. desember). Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2020 (ISF-regelverket). (IS-2869). Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverket%202020.pdf/_/attachment/inline/0a14f8c6-2443-4c22-97ce-df83d54ff27e:97c7d54f408ce454ebd38caa957d3e4e8c40a7b0/ISF-regelverket%202020.pdf

Helsedirektoratet. (2015, 1. november). *Implementering av pakkeforløp for kreft: Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015*. (IS-2426). Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/generell-informasjon-om-pakkeforlop-for-kreft/IS-2426%20Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforlop%20for%20kreft.pdf/_/attachment/inline/b5d76043-ff42-4f5c-9ab3-cfbb395a08bc:4e8125f96798fd2daf2a4564c003113a17fd423e/IS-2426%20Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforlop%20for%20kreft.pdf

Helsedirektoratet. (2016, juni). Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017-2021 (IS-2446). Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/strategi-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/strategi-for-persontilpasset-medisin-i-helsetjenesten/Nasjonalt%20strategi%20for%20persontilpasset%20medisin%20i%20h)

[for-persontilpasset-medisin-i-helsetjenesten/Nasjonalt%20strategi%20for%20persontilpasset%20medisin%20i%20h](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/strategi-for-persontilpasset-medisin-i-helsetjenesten/Nasjonalt%20strategi%20for%20persontilpasset%20medisin%20i%20h)

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

[elsetjenesten.pdf/ /attachment/inline/b1d01025-21b2-4efc-a38a-d310781b5e10:81b9e4f8918378a1380704f2d18219960c688859/Nasjonal%20strategi%20for%20persontilpasset%20medisin%20i%20helsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/attachment/inline/b1d01025-21b2-4efc-a38a-d310781b5e10:81b9e4f8918378a1380704f2d18219960c688859/Nasjonal%20strategi%20for%20persontilpasset%20medisin%20i%20helsetjenesten.pdf)

Helsedirektoratet. (2020a, 1. juni). Pakkeforløp psykisk helse og rus, 1. tertial 2020 (IS-2917). Helsedirektoratet. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus-1.tertial-2020/Pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus%201.%20tertial%202020.pdf/ /attachment/inline/76117cd4-599b-486e-afa2-1f0fb44903cd:dc205b4ca1d68784f27918215da5b206758d42a2/Pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus%201.%20tertial%202020.pdf>

Helsedirektoratet. (2020b, 29. mai). § 2-4 Rett til fritt behandlingsvalg.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport/rett-til-fritt-behandlingsvalg>

Helsedirektoratet. (2020c, 29. september). *Psykiske lidelser - voksne*. Helsedirektoratet.

Hentet 30. september 2020 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>

Helsedirektoratet (2020d, 5. november). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-for-2020/Helsedirektoratets%20rapportering%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-og-sykehusplan%20for%202020.pdf/ /attachment/inline/ec6dffeb-f7dd-473f->

[a6e6-](#)

[1795ee5dea4b:c8e07c689718df20e365dddbe8f61e62cd5699af/Helsedirektoratets%20rapportering%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20for%202020.pdf](#)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 7. Januar). Pasientenes Helsetjeneste. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725

Hem, E. (2020, 16. mars). Biomedisin. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

<https://sml.snl.no/biomedisin>

Hem, E. (2018). Inflasjon i paradigmer. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. doi:

10.4045/tidsskr.18.0782

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Høie, B. (2018, 18. September). Ikke likt, men like godt. *Morgenbladet*. Hentet fra

<https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/ikke-lik-men-god>

Høie, B. (2015). Pakk opp da, vel! *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(11), 1002-1003.

Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2015/11/pakk-opp-da-ve>

Høstmælingen, A. (2014). Klinisk ekspertise og New Public Management. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(6), 453-460.

Håland, E. & Melby, L. (2017). Individualisert standardisering? Hvordan god

pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 1(5), 380-398. doi: 10.18261/issn.2535-2512-2017-05-03

Iversen, H. H & Bjertnæs, A. Ø. (2016) *Pakkeforløp for kreft - Resultater fra*

spørreskjemaundersøkelser i befolkningen og blant pasienter. (Folkehelseinstituttet

RAPPORT 284/2016). Hentet fra <https://fhi.brage.unit.no/fhi->

[xmlui/bitstream/handle/11250/2486269/K_PasOpp_2016_Pakkeforl%25C3%25B8p%2Bfor%2Bkreft.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2486269/K_PasOpp_2016_Pakkeforl%25C3%25B8p%2Bfor%2Bkreft.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Jacobsen, D. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen:

Fagbokforlaget.

Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decisions under risk.

Econometrica, 47(2), 313–327.

Karterud, S. (2017, 22. september). Diagnoser og mentale lidelser. *Morgenbladet*.

<https://morgenbladet.no/ideer/2017/09/diagnoser-og-mentale-lidelser>

Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2018). *Personlighetspsykiatri* (2. utgave). Gyldendal norsk forlag.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Kirkebøen, G. (2013). Kan vi stole på fagfolks skjønn? I Molander, A. & Smeby, J. (Red.),
Profesjonsstudier II. Oslo: Universitetsforlaget.

Krekling, V, D. (2015, 10. August). Nå blir det pakkeforløp innen psykisk helse. Norsk
Rikskringkasting. Hentet fra <https://www.nrk.no/norge/na-blir-det-pakkeforlop-innen-psykisk-helse-1.12493072>

Kvamsdahl, M. S. (2016). *Bruk av Lean metode i pakkeforløp – en studie fra psykisk helsevern i Danmark*. [Masteroppgave, Universitet i Oslo]. DUO vitenarkiv.
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/54007>

Kvæl, L., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2019a). Choice, Voice and Co-Production in Intermediate Care: Exploring Geriatric Patients' and their Relatives' Perspectives on Patient Participation. *Sage Open*, 1–13.
<https://doi.org/10.1177%2F2158244019876318>

Laland, C. (2017, 04. mai). Gode resultater med pakkeforløp for kreft. Hentet fra
<https://hoyre.no/aktuelt/nyheter/2017/gode-resultater-med-pakkeforlop-for-kreft/>

Lean forum Norge. (2020, 18. Oktober). LEANHISTORIEN. Leanforumnorge.no Hentet fra
<https://www.leanforumnorge.no/forskning/lean-operations/leanhistorien>

Liaaen, T. (2018). Tid er humanisme. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 56 (9), 742-749. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2018/09/tid-er-humanisme>

Lothe, W. R. (2019). *Pakkeforløp i psykisk helsevern - ansattes opplevelse* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/73850/Pakkeforl-p-psykisk-helsevern-barn-og-unge.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Malt, U. (2019, 26. august). Biopsykososial modell. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra

https://sml.snl.no/biopsykososial_modell

Mjaaland, M. (2017a, 29. august). Psykiatriens diagnoser i fritt fall. *Morgenbladet*.

<https://morgenbladet.no/ideer/2017/08/psykiatriens-diagnoser-i-fritt-fall>

Mjaaland, M. (2017b, 29. september). Psykiatriske «pakkeforløp» i tåken. *Morgenbladet*.

<https://morgenbladet.no/ideer/2017/09/psykiatriske-pakkeforlop-i-taken>

Molander, A. & Smeby, J. (2013). *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget.

Myhre, J, E. (2014) Profesjon og organisasjon. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 56 (4), 493-

502. Hentet fra <https://www-idunn->

[no.pva.uib.no/file/pdf/66811374/profesjon_og_organisasjon.pdf](https://www-idunn-no.pva.uib.no/file/pdf/66811374/profesjon_og_organisasjon.pdf)

National cancer institute. (2020). Personalized medicine. Hentet fra

<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/personalized-medicine>

National Institute for Health Research (NHS). (2011). Evidence Briefing on integrated care pathways in mental health settings. *Centre for reviews and Dissemination*, 1-7.

Norsk Psykologforening (2020, 03. september). Om psykologforeningen.

<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/om-psykologforeningen>

Norsk psykologforening. (2017). Høringssvar – pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser, voksne [Høringssvar]. Hentet fra

<https://www.psykologforeningen.no/politikk/forloepsgaranti-ikke-pakker>

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Norsk psykologforening (2018). Psykologforeningens hørings svar til pakkeforløpene for behandling av barn/unge & voksne i psykisk helsevern [Hørings svar]. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/politikk/forloepsgaranti-ikke-pakker>

Norsk Psykologforening. (1998). Ethiske prinsipper for nordiske psykologer. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>

Norsk forening for allmenntmedisin (2020, 03. september). Om NFA. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenntmedisin/Styrets-arbeid/>

Norsk forening for allmenntmedisin. (2018). Høring - Pakkeforløp psykisk helse og rus. [Hørings svar]. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenntmedisin/Styrets-arbeid/politikk/hoeringsuttalelser/hoering-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/>

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2020, 04. september). *Brukerorganisasjoner.* <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukermedvirkning/brukerorganisasjoner/>

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2020, 04. september). *Rekruttering av brukerrepresentanter.* <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukermedvirkning/rekruttering/>

Nordbakken, L, P. (2020, 7. Januar) Nyliberalisme. I Civita. Hentet 16. Oktober 2020 fra <https://www.civita.no/politisk-ordbok/hva-er-nyliberalisme>

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Sosial- og helsedepartementet.

Ose, S.O & Kaspersen, S.L/Helsedirektoratet. (05.11.2020) *Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2020:Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202020.pdf> /attachment/inline/c40e5784-a262-48ef-ba65-afe1bb3a35bf:5a3a258326564ea73310d8c4a23acb18ab4c5db7/Kommunalt%20psyki sk%20helse-%20og%20rusarbeid%202020.pdf

Ose, S.O, Pettersen, I. Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV). Sintef og NTNU: Trondheim; 2014. Hentet fra: https://www.sintef.no/contentassets/f98d2810156e4dd6b8b7aa1da8174334/endeligrapport_sintef-a26086_2.pdf

Ose S.O & Slettebak R. Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasienten. Sintef: Trondheim; 2013. Hentet fra: <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport-sintef-a25247.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Persvold, Z. A. (2020, 18. juli). Implementere. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/implementere>

Pettersen, H. & Lofthus, M. A. (2018). Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(2), 112-123.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

https://www-idunn-no.pva.uib.no/file/pdf/67076877/brukererfaringer_med_psykiske_helsetjenester_hva_viser_op.pdf

Pettersen, I. J. (2000, 16. oktober). Umulighetenes økonomi. MAGMA. Hentet fra

<https://www.magma.no/umulighetens-oekonomi>

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

(LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Region Sjælland. (2019, 19. November). Pakkeforløb for voksne. Hentet fra

https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/patient_i_psykiatrien/Pakkeforloeb/Sider/pakkeforloeb-for-voksne.aspx

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S.

(2018). Psykisk Helse i Norge. Folkehelseinstituttet.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_e2018.pdf

Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169. Hentet 28.10.2020 fra

<https://link.springer.com/article/10.1007/BF01405730>

Rotter, T., Kinsman, L., James, E. L., Manchotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P. &

Kugler, J. (2010). Clinical pathways: Effects on professional practice, patient

outcomes, length of stay and hospital costs (Review). *Cochrane Database of*

Systematic Reviews, 2010(3), 1-138. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Røsvik, A. H. & Eggen, R. (2015, februar. 15). *Veileder, retningslinje, behandlingslinje, pasientforløp – hva er forskjellen?* <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/veileder-retningslinje-behandlingslinje-pasientforlop-hva-er-forskjellen>

Schultze, M. Y. (2019). *Hvilke muligheter og utfordringer ser profesjoner i ambulant team tilknyttet pakkeforløp for personer med ROP-lidelser?* [Fordypningsoppgave, VID vitenskapelige høyskole]. VID:Open. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/2608011/Schulze%2c%20Yvonne%20Melby.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Skjærpe, J. N., Kristoffersen, M. & Storm, M. (2020). Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid. *Sykepleien Forskning*, 2020(15), 1-2. [10.4220/Sykepleienf.2020.80125](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80125)

Slagstad, K. (2019). Hjernen er ikke alene – nettverksmodellen og psykiatrisk epistemologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(11), 822-832. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2019/11/hjernen-er-ikke-alene>

Smeby, J. (2013). Profesjon og ekspertise. I Molander, A. & Smeby, J. (Red.),

Profesjonsstudier II (s. 17-26). Oslo: Universitetsforlaget.

Solberg, P. O & Strand, N. (2016). Mens vi venter på pakkeforløpet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 53(3), 183-191. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2016/02/mens-vi-venter-pa-pakkeforlopet>

Sosialtjenesteloven. (2009). Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (LOV-2009-12-18-131). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Statistisk Sentralbyrå. (2019, 17. september). Psykisk helsevern for voksne, etter statistikkvariabel og år. Hentet fra

<https://www.ssb.no/statbank/table/04511/chartViewLine/>

Statistisk sentralbyrå. (2020, 03. september). Fagforeningsmedlemmer og streikar.

<https://www.ssb.no/statbank/table/03546/tableViewLayout1/>

Stoltz, G., Meinich, P. & Gram, T. (2019, 28. November). Norges Bank. I Store norske leksikon. Hentet 16. Oktober 2020 fra https://snl.no/Norges_Bank

Store Norske Leksikon. (2020, 16. juli). I Store Norske Leksikon. Hentet 20. oktober 2020 fra

<https://snl.no/paradigme>

Sundhed DK (2018, 22. januar). Pakkeforløb Psykiatrien. Hentet fra

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almenn-praksis/patientforloeb/psykiatrien/pakkeforloeb-psykiatrien/>

Sundhedsstyrelsen. (2020. 19. November). Historie. Sundhedsstyrelsen.

<https://www.sst.dk/da/Om-os/Strategi-og-grundlag/Historie>

Svendsen, L, F, H. (2019, 30. september). I Store Norske Leksikon. Hentet 20. oktober 2020

fra https://snl.no/Thomas_S._Kuhn

Sæther, W. E. (2020). *Challenges and Barriers in Clinical Care Pathways: Patient and healthcare professionals experiences in the transitional process between primary to secondary mental health services* [Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU Open. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2657603/S%c3%a6therEvaWalderhaug_PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Taylor, F. W. (1911). The principles of scientific management. The project Gutenberg.

<http://www.gutenberg.org/cache/epub/6435/pg6435-images.html>

Thylefors, I. (2015). Lederskap i velferdsorganisasjoner. I Einarsen, S. & Skogstad, A.

(Red.). *Ledelse på godt og vondt – Effektivitet og trivsel*. (s. 130-152). Fagbokforlaget.

Verdens helseorganisasjon. (1992). International statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon (ICD-10). Genève: WHO.

Vogt, H. & Pahle, A. S. (2015). Likeverd på samleband, Morgenbladet. Hentet fra

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

Wampold, B. E. (2014). The contribution of the therapist to psychotherapy. I A. von der

Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten*. Oslo: Gyldendal

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A

meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «all must have prizes». *Psychological Bulletin*, 122, 203–215.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P.

(2013). The PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5).

Womack, P. J., Jones, T. D. & Roos, D. (1990). *The Machine That Changed The World*. Free Press.

Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K.,

MellinOlsen, J., Størmer, J., Thomsen, I. & Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake!

Tidsskrift for Den norske legeforening 2013(133), 655-659.. doi:

10.4045/tidsskr.13.0238

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Øvreeide, H. (2016). *Fagetikk i psykologisk arbeid* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Ådnanes, M. Kaspersen, L. S. Melby, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse*

og rus - fagfolks erfaringer første året (SINTEF 2020:00064). Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og->

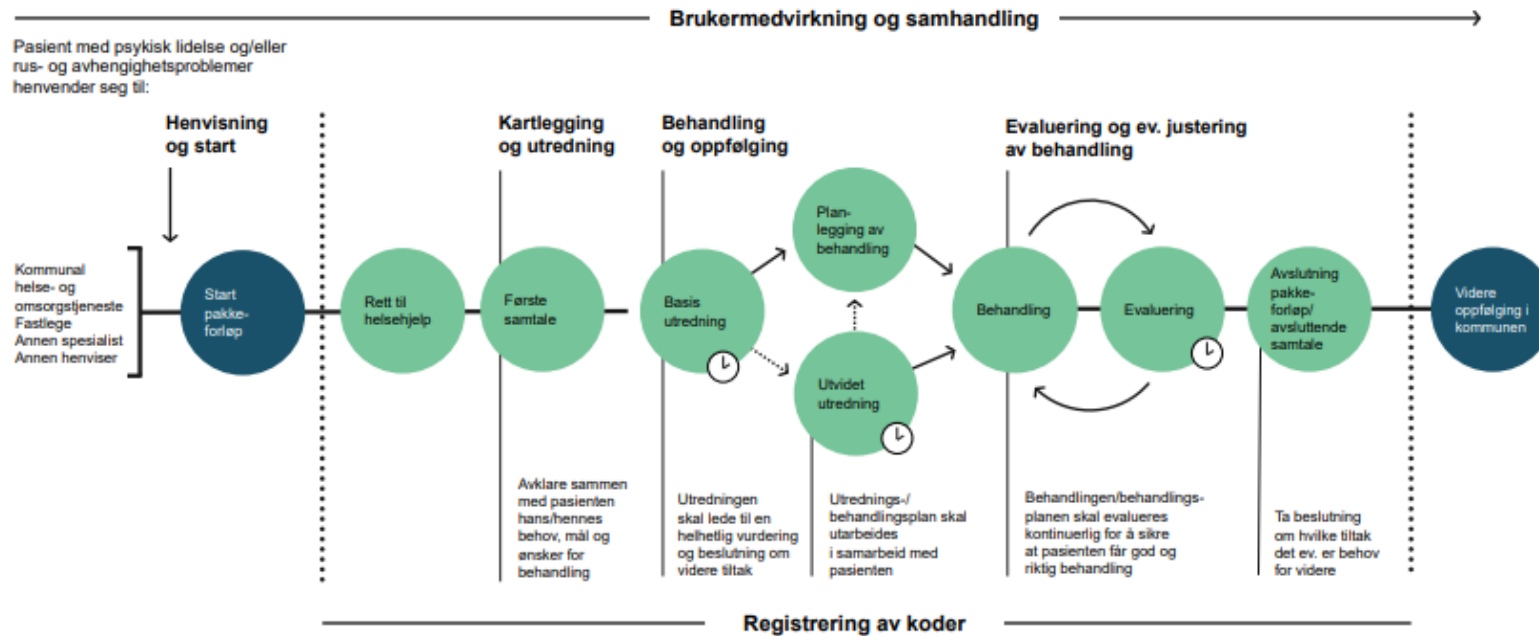
[rus/Evaluering%20av%20pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf/_attac](https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/Evaluering%20av%20pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf/_attachment/inline/b80a0d03-4ea5-4577-8737-)

[hment/inline/b80a0d03-4ea5-4577-8737-1af9c0acca54:13edcea72885cf788b20fa1e70a9b9c94054d53f/Evaluering%20av%20pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/Evaluering%20av%20pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf)

Appendiks A

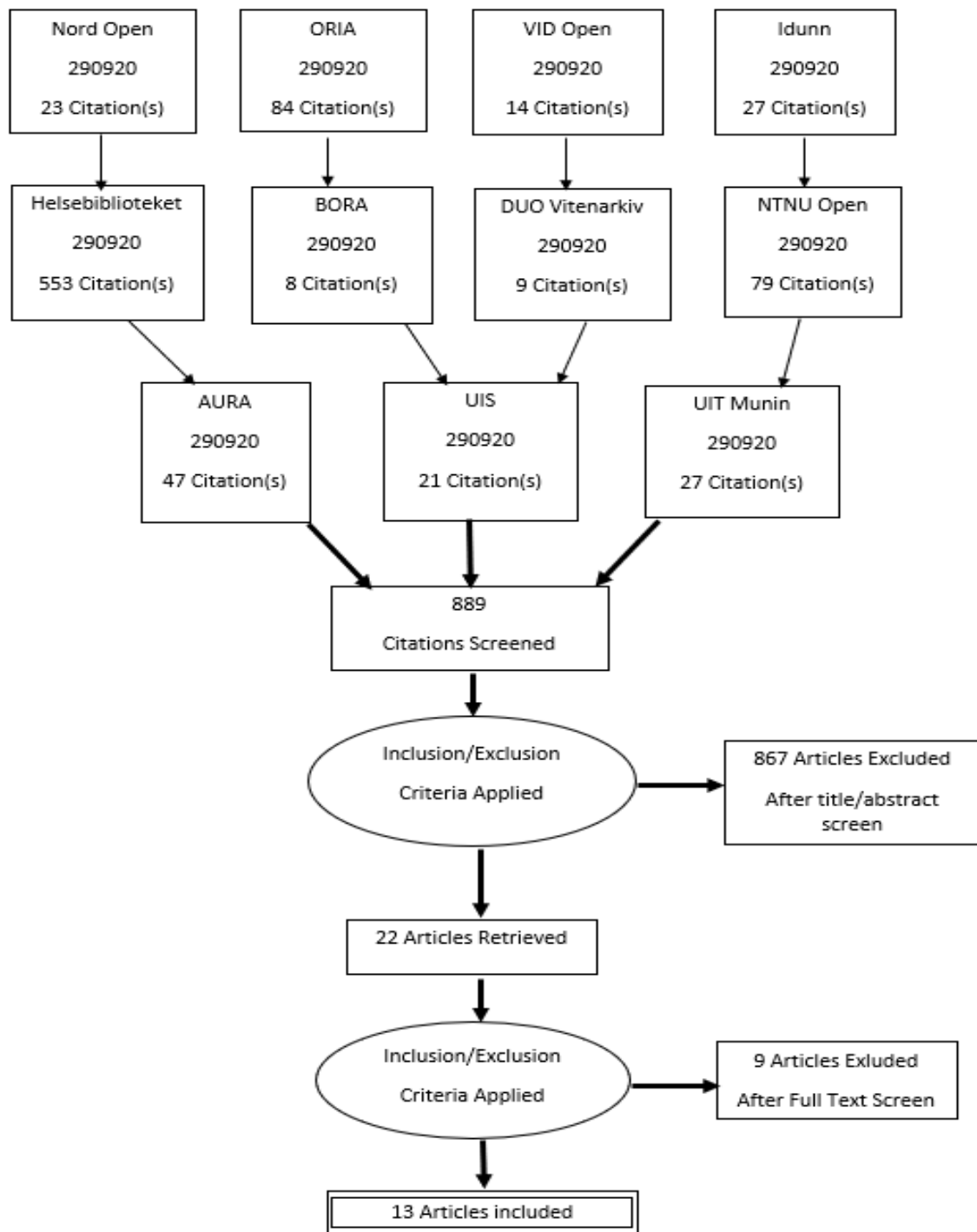
Pakkeforløp for psykisk helse og rus

🕒 = Forløpstid



Figur 1. Figuren illustrerer innholdet i pakkeforløp for en generisk pasient med psykisk lidelse og/eller rus- og avhengighetsproblemer. Fra henvisning og start, til kartlegging og utredning, behandling og oppfølging, evaluering av behandling og til videre oppfølging i kommunen (Helsedirektoratet, 2018d, s. 45).

Appendiks B



Figur 2. Figuren illustrerer et flytdiagram over søkeprosessen.

Appendiks C

Forfatter(e)	Årstall	Tittel	Type artikkel Design	Database	Knyttet til problemstilling:
Havn, Marie Melangen.	2018	Psykologen og pakken: Profesjonsutøvelse i pakkeforløpenes tid	Semi-systematisk litteraturgjennomgang	DUO Vitenarkiv	2 og 3.
Kvamsdahl, Marianne Sofie.	2016	Bruk av Lean Metode i pakkeforløp – En studie fra psykisk helsevern i Danmark.	Kvalitativ studie Semi-strukturerte Intervju og systematisk tekstkonservering	DUO Vitenarkiv	1.
Ellingsen, Tom. Danielsen, Petter.	2020	Mellom kart og terreng – en kvalitativ studie av pakkeforløp i psykisk helsevern	Kvalitativ studie Semi-strukturerte intervju Tematisk tekstanalyse	DUO Vitenarkiv	1 og 3.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Lothe, Rannveig Woll.	2019	Pakkeforløp i psykisk helsevern barn og unge – ansattes opplevelse	Kvantitativ studie Spørreundersøkelse, repeterte målinger og innen-gruppe design.	DUO Vitenarkiv	1 og 3.
Aasen, Renate. Basma, Frida. Elgaaen, Siril. Hermstad, Ingrid. Hidle, Andreas. Johannessen. Beatrice, & Markhus, Cecilie.	2019	Status pakkeforløp – en rapport om implementering av pakkeforløp i psykisk helse og rus på Oslo Universitetssykehus med fokus på forløpskoordinatorrollen	Kvalitativ studie Semi-strukturerte intervju	DUO vitenarkiv	1 og 3.
Eskeland, Audun.	2017	Implementering av pakkeforløp i psykisk helse- og rus.	Kvalitativ studie Semi-strukturerte	UiT Munin	1 og 3.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Dahle, Unn Karin.			intervju		
Schultze, Yvonne Melby.	2019	Hvilke muligheter og utfordringer ser profesjoner i ambulant team tilknyttet pakkeforløp for personer med ROP-lidelser?	Kvalitativ studie Semi-strukturerte intervju Tematisk tekstanalyse	VID	1 og 3.
Pettersen, Henning. Lofthus, Ann-Mari.	2018	Brukerfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning?	Litteraturgjennomgang	Idunn	2.
Sæther, Eva Walderhaug	2020	Challenges and Barriers in Clinical Care Pathways: Patient and healthcare professionals experiences in the transitional process between primary to secondary mental health services.	Kvalitativ studie Fokusgrupper Tematisk tekstanalyse	NTNU Open	1, 2 og 3.

Pakkeforløp for psykisk helsevern i Norge

Helsedirektoratet	2018	Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020 (IS-2734)	Styringsdokument	Helsebiblioteket	1.
Helsedirektoratet	2020	Pakkeforløp psykisk helse og rus. 1 tertial 2020 (IS-2917)	Rapport	Helsebiblioteket	3.
SINTEF	2020	Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året.	Rapport Kvantitativ og kvalitativ studie	Helsebiblioteket	1, 2 og 3.
Folkehelseinstituttet	2018	Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse i befolkningen	Rapport Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Helsebiblioteket	2.