

Frihetens dilemmaer

*En studie av handlingsrom hos
profesjonsutøvere i rushelsetjenesten*

Irene Tveit Kjellerød



Universitetet i Bergen
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

UNIVERSITETET I BERGEN

Juni 2018

Forord

Masteroppgaven er et resultat av min deltakelse ved studiet Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi. Det har vært en krevende prosess, som til tider har skapt fortvilelse, men også glede og entusiasme. Studietiden har gitt meg kunnskap og inspirasjon som jeg tar med meg videre i arbeidslivet.

Det er blitt sommer igjen og jeg har blitt ferdig. Mange fortjener en stor takk for akkurat det. Først og fremst vil jeg takke alle mine respondenter som sa seg villig til å delta og som stilte sin kompetanse og verdifulle til tid rådighet. Dere gjør en enestående jobb og jeg setter stor pris på at dere har delt deres praksiserfaringer med meg. Dere er hele fundamentet i undersøkelsen og uten deres deltakelse ville ikke oppgaven latt seg gjennomføre.

En varm takk rettes til samtidig til arbeidsgiver som har lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre denne undersøkelsen. En takk går også til kolleger som har vist interesse for prosjektet.

Dernest vil jeg rette en stor takk min veileder Inger Lise Teig, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Den støtten og tålmodigheten du har vist, i tillegg til all den kunnskapen du har delt gjennom inspirerende veiledningstimer, vil være noe jeg kommer til å huske tilbake på med glede. Takk Inger Lise!

Takk til familie som alltid stiller opp. Takk til mamma og pappa for all støtte og for at dere hele tiden hjalp meg med å holde motet oppe. Til Håvard for korrekturlesning.

Sist og mest vil jeg takke mine fine små gutter Ulrik og Ole, for at dere fikk tankene mine bort fra faglitteratur og inn i deres store lekende univers. Til min mann Petter, som for øyeblikket styrer skuten på jakt etter havets sølv; jeg hadde ikke klart dette uten deg og du har hjulpet meg mer enn du selv tror!

Bergen, juni 2018

Irene Tveit Kjellerød

«Makt er plikt- frihet er ansvar»
Marie Von ebner-eschenbach

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1.0 INNLEDNING	4
1.1. Utgangspunkt for studiet	4
1.2. Presentasjon av problemstillingen	6
1.2.1. Formål	8
1.2.2. Avgrensning	8
1.3. Annen forskning på området	9
1.4. Oppgavens videre oppbygning	11
KAPITTEL 2.0 TEORI	12
2.1. Organisasjonen	12
2.1.1. Behandlingsinstitusjonen som ekspertorganisasjon	13
2.1.2. Ledelse i ekspertorganisasjoner	15
2.2. Profesjon	18
2.2.1. Utdanning, kunnskap og profesjonell utvikling	18
2.2.2. Ansvar og skjønn	20
2.2.3. Autonomi, makt og tillit	21
2.3. Kontroll- og styringsmekanismer	24
2.3.1. Samspillet mellom ulike delsystemer	24
2.3.2. Ytre styrings- og kontrollmekanismer	24
2.3.3. Indre styrings- og kontrollmekanismer	27
KAPITTEL 3.0 METODE	30
3.1. Valg av metode	30
3.1.1. Forskningsdesign	31
3.2. Undersøkellesprosessen	32
3.2.1. Individuelle intervjuer	32
3.2.2. Intervjuguiden	32
3.2.3. Utvalgskriterier	33
3.2.4. Rekruttering og utvalg	34
3.2.5. Gjennomføring av intervjuene	34
3.2.6. Transkribering	35
3.2.7. Dataanalyse	35
3.3. Metodekritikk	37
3.3.1. Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet	37
3.3.2. Fordeler og utfordringer med å forske i egen organisasjon	38
3.3.3. Etsiske betraktninger	39
KAPITTEL 4.0 FUNN OG ANALYSE	40
4.1. «Det å føle at jeg har hodet over vann, det har jeg stort sett aldri, men. Det kan være en god følelse i blant, å føle at du har hodet over vann»	40
4.1.1. Autonome beslutninger synliggjøres gjennom styrings- og kontrollmekanismer	40
4.2. «Jo friere det blir, jo lettere er det for at man går litt i alle retninger»	47
4.2.1. Autonome beslutninger synliggjøres i oppgaveprioritering	47
4.3. «Men jeg ser og løper fra den ene til den andre for brannslukking»	55
4.3.1. Tverrfaglige beslutninger synliggjøres gjennom kyndighet	55
4.4. «Det er ikke gitt at det er en maktbalanse eller gjensidighet mellom alle profesjonene»	62
4.4.1. Makt og tillit synliggjøres tverrfaglige beslutninger	62
4.5. «En leder som ser meg og ser de andre. Og ikke bare ser men utfordrer og henter frem det beste i folk.»	68
4.5.1. Behov for støtte blir synlig gjennom krav og forventninger	68
KAPITTEL 5.0 DISKUSJON OG OPPSUMMERING	72

5.1.1.	Opplevelse av eget handlingsrom i praksis	72
5.1.2.	Tillit og gjensidighet som grunnlag for tverrfaglig samarbeid	77
5.1.3.	Kunnskapsutvikling	80
5.2.	<i>Konklusjon</i>	83

Litteraturliste

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 3: Intervjuguide

KAPITTEL 1.0 INNLEDNING

Rushelsetjenesten må forholde seg stadig til store og betydningsfulle endringer og kliniske profesjoner har i løpet av de siste tiårene fått overført et større individuelt ansvar og flere oppgaver enn tidligere. Styringsinstrumenter, kontrollmekanismer og organisatoriske forventninger kan skape dilemmaer for skjønnsutøvelsen og profesjonsutøveres autonome beslutningstaking.

Frihetens dilemma i rushelsetjenesten kjennetegnes av at ulike hensyn står opp mot hverandre, og skal i denne undersøkelsen forstås som en situasjon der en er nødt til å velge mellom flere muligheter eller veivalg. Dilemma er også ofte en situasjon der det er ikke er gitt at det finnes ett riktig svar, og hvor ulike hensyn må veies opp mot hverandre.

Rushelsetjenesten består ofte av arbeidsoppgaver der det er vanskelig å finne sammenheng mellom årsak og virkning og oppgavene kan være gjenstand for konflikter, eller de kan føles som uløselige.

Studien tar for seg hvordan klinisk personell og mellomledere innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling opplever sitt autonome handlingsrom. Jeg undersøker hvordan ansvaret profesjonsutøvere opplever å ha, utfordres av formelle og uformelle mekanismer. Hvilken støtte profesjonsutøverne er i behov av og hvilke forventninger de har til sine ledere er spørsmål som også undersøkes. Erfaringene respondentene gir har forskjellige innfallsvinkler og på denne måten belyses profesjon og ledelse fra ulike sider, samtidig som bidragene avdekker gjennomgående problemstillinger.

1.1. Utgangspunkt for studiet

Behandlingsinstitusjonen i denne studien er en ideell organisasjon innen rus- og avhengighetsbehandling, med ca. 300 ansatte, og er et av landets største ikke-offentlige aktører på fagfeltet. Organisasjonen er oppdelt i klinisk virksomhet, forskning, samt kurs- og kompetanseutvikling for ulike oppdragsgivere. Organisasjonen tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til et av de fire regionale helseforetakene. Behandlingsinstitusjonen ytes fra tre lokalisasjoner og omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester, og har hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven.

Utgangspunktet for denne studien kom som et resultat av min erfaring gjennom flere år som sykepleier i behandlingsinstitusjonen. Jeg har bakgrunn med arbeid innen klinisk virksomhet, ledelse og nå med administrativt kvalitetssikringsarbeid. Gjennom egne erfaringer og tilbakemeldinger fra kolleger har jeg fått inntrykk av at økte krav til dokumentasjon som pålegges innen klinisk virksomhet påvirker arbeidsutførelsen. Resultater fra en lokal spørreskjemaundersøkelse i 2016 viste at organisatoriske forhold ble opplevd som mest problematisk. Variablene tidspress, informasjon om forhold som angikk arbeidet, kontakt og samhandling med de andre enheter fikk lavest score. Variablene ansvar og myndighet knyttet til egne oppgaver og frihet til å bestemme arbeidsutførelse ble vurdert som mest positivt. Egne erfaringer og funn fra undersøkelsen inspirerte meg til å undersøke resultatene nærmere og utgjør mitt personlige engasjement for valg av tema.

Et kjennetegn ved mange av de siste tiårenes reformer i offentlig sektor har vært innføringen av New Public Management (NPM). NPM er ikke et enhetlig reformprosjekt, men presenteres som en fellesbetegnelse for en rekke løsninger på styringsproblemer. Sykehusreformen er blitt sett på som en NPM-inspirert reform. Den innebar opprettelsen av 1) autonome og fristilte helseforetak etter inspirasjon fra næringslivet, 2) markedslignende løsninger som kvalitetsindikatorer, økt vekt på undersøkelser og evalueringer, innsatsstyrt finansiering (ISF), fritt sykehusvalg, og 3) innføring av enhetlig ledelse, der ledere blant annet blir ansvarliggjort gjennom resultatkontrakter (Byrkjeflot og Guldbrandsøy, 2013). Et sentralt poeng i NPM er at økonomisk effektivisering gjennom resultatstyring og resultatfinansiering kobles opp mot markedsmekanismer. Effektiviseringen øker dermed presset på produksjonsteknologien, som i dette tilfellet er profesjonsutøverne og deres metoder. Behovet for å dokumentere resultat må samtidig kunne relateres til behandlingseffektive og kostnadseffektive metoder.

Rusreformen i 2004 ga TSB formell status som spesialisthelsetjeneste (Ot.prp. nr. 3, 2002-2003). Med rusreformen ble rustiltakene inkludert i helseforetaksstrukturen, og rusbehandling kan dermed ses på som en del av et reformert helsevesen med tydelige NPM kjennetegn (Mjåland, 2008). Det statlige ansvaret ligger i dag hos spesialisthelsetjenesten som yter tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer. Dette tilbudet omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester.

Rushelsetjenesten har gjennomgått en faglig og politisk demokratiseringsprosess, hvor det i dag primært er rusavhengiges rettigheter og velferd som står i sentrum. Med opptrappingsplanen på rusfeltet 2007-2012 (Ot.prp. nr. 1, 2007-2008), Stortingsmeldingen om en helhetlig ruspolitikk (St. meld. nr. 30, 2011-2012) og Samhandlingsreformen i 2012 (St.meld. nr. 47, 2008-2009) har kompetanse og kvalitet økt fokus innenfor TSB, og skal sikre et godt helsefaglig tilbud til rusmiddelavhengige. Pasientene som henvises til TSB skal i dag også vurderes med tanke på behov for andre nødvendige tjenester, både innenfor somatikk og psykisk helsevern.

Denne studien har også relevans for pågående endringer i feltet, ettersom opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 (Ot.prp. nr. 15 S, 2015-2016) har som mål å bedre pasientens helsetjeneste. Sentrale mål er å redusere unødvendig og ikke- medisinsk begrunnet ventetid for pasienter, øke tilgjengelighet og kapasitet, styrke kvaliteten i helse- og omsorgssektoren, og prioritere psykisk helse- og rusfeltet, med satsing på tidlig innsats, bedre behandling og forebygging. I starten av 2018 avsluttet Bent Høie sin årlige tale til sykehusene med en oppfordring til helseregionene om å etablere nasjonale indikatorer som beskriver hvor mange som ikke møter til avtalt time, andelen konsultasjoner som må planlegges på nytt og hvor langt frem i tid de planlegger. Fra 1. januar ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført innen poliklinisk behandling i psykisk helse og rusarbeid. Pakkeforløp for rus kommer i 2018 (helsedirektoratet.no). Eskeland og Dahle (2017) har i en studie sett på utfordringer ledere og behandlingsterapeuter kan møte ved implementering av pakkeforløp for rus. Funn i studien viser at flere behandlere er bekymret for om pakkeforløpene vil frata handlingsrommet til terapeutene.

1.2. Presentasjon av problemstillingen

Debatten rundt rusreformen er stor. I kronikken «Byråkrati og definisjonsmakt» sier Kari Lossius i et intervju (i Renland, 2011) at hun bekymrer seg for at fremtidens rusfelt vil drives etter modell for psykisk helsevern, med strømlinjeformet tiltakstjeneste og hierarkisk oppbygd struktur, der fokuset vil være på bunntinjen. Edle Ravndal (2014) skriver i kronikken «Disiplinering og makt» at utredninger, stortingsmeldinger og reformer inneholder faglig velfunderte synspunkter og ideelle løsninger, men at det er sjelden at grunnlaget legges til rette slik at de lar seg realisere i praksis. Faren med retningslinjer og veiledere er i følge Ravndal (2014) at behandlingsfeltet kan bli for nærsynt og underlegges en nyliberalistisk tankegang, som på sikt kan innsnevre kreativitet og helhetstenkning. Anbudsrunder og økt

medikalisering er i følge Ravndal et resultat av samme tenkning og som den private rushelsetjenesten blir utsatt for. Hun bekymrer seg for at effektivisering, nyttetenkning og reduserte kostnader legger føringer på rusbehandlingen som kanskje verken samfunnet, behandleren eller den rusmiddelavhengige selv er tjent med. I kronikken «Rusreformen- ti år etter» skriver Sverre Nesvåg (2014) at både pasienter, klinikere og ledere har pekt på flere negative konsekvenser som endrete organisasjonsmodeller, styringssystemer og prosedyrer har for ressursbruk og dreining av oppmerksomhet bort fra pasientbehandling og over på økonomiske og administrative oppgaver.

Selv om profesjoner kjennetegnes som å være en autonom yrkesgruppe, er det samtidig et system rundt profesjonelle som eksempelvis økonomiske rammebetingelser og styringssystemer som de nødvendigvis ikke bestemmer over selv. Profesjonelle kan dermed ha høy grad av autonomi i forhold til egen praksis, men ikke tilsvarende kontroll over økonomiske rammer og prioriteringer. Det er altså ikke entydig i hvilken grad profesjonsutøvere opplever stor grad av autonomi i arbeidet. Tradisjonelt innebærer også lederjobber høy autonomi. Overgangen fra å være fagperson til leder innebærer blant annet å ta ansvar for helheten og å styre ut i fra retningslinjer til hele organisasjonen. Ledelse innebærer dessuten å oppnå resultater gjennom medarbeidere og andre aktører i organisasjonen, og ledere er dermed avhengig av andres atferd for å lykkes i sitt arbeid. Dette kan føre til mindre autonomi i arbeidet til tross for den beslutningsautoriteten som følger med en lederstilling. I følge Aasen mfl. (2018) vet vi lite om samspeillet mellom ulike typer styrings- og påvirkningsmekanismer og hvilken betydning dette har på beslutninger som tas i praksis. Det er imidlertid grunn til å tro at virkemidlene vil få større gjennomslag dersom de gjensidig støtter opp om hverandre og ikke motvirker hverandre (Aasen mfl., 2018; Ekeland, 2004). Også uformelle drivkrefter og mindre synlige strukturer og mekanismer kan ha stor betydning for beslutningene som treffes. Med utgangspunkt i dette vil jeg gjennom min studie belyse hvordan kliniske profesjonsutøvere innen TSB opplever sitt autonome handlingsrom. Jeg har valgt følgende problemstilling:

Hvordan påvirker formelle og uformelle styrings- og kontrollmekanismer profesjonsutøvernes autonome handlingsrom i rushelsetjenesten?

For å belyse problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan påvirker eksplisitte og implisitte mekanismer profesjonsutøvernes skjønnsutøvelse og autonome beslutninger?
2. Hvordan ivaretar profesjonsutøverne sitt tillitsbaserte ansvar i det tverrfaglige samarbeidet?
3. Hvilken form for støtte opplever profesjonsutøverne som betydningsfull for å ivareta sin profesjonelle rolle?

1.2.1. Formål

Jeg ønsker å synliggjøre profesjonsutøveres handlingsrom, fordi autonomi er en forutsetning for relasjonen mellom profesjonsutøver og pasienten og hvilket handlingsrom profesjonsutøver har til å legge opp behandlingen ut i fra faglige premisser, pasientens forutsetninger og preferanser. Denne studien handler om hvordan eksplisitte og implisitte styrings- og kontrollmekanismer påvirker profesjonell skjønnsutøvelse og autonome beslutninger i rushelsetjenesten. Studiens formål er å synliggjøre noe av mangfoldet av mekanismer og samspillet mellom dem, samt peke på utfordringer som gjør seg gjeldende i klinisk praksis. Jeg håper at funnene kan gi innspill til refleksjoner rundt profesjonalitet og pågående endringer på feltet.

1.2.2. Avgrensning

Fordi temaet er stort og komplekst er det nødvendig å gjøre visse avgrensinger med tanke på studiens omfang og dybde. Jeg ønsker å sette meg nærmere inn i ansattes opplevelse av skjønnsutøvelse og de autonome beslutninger som treffes i rushelsetjenesten og hvilken støtte de er i behov av. Studien er avgrenset ved å fokusere på klinisk virksomhet ved dag- og døgnenheter i en behandlingstjenestestruktur. Respondentene består mellomledere og behandlere med ulik arbeidserfaring, bakgrunn og utdanning. Felles for alle respondentene er at de innehar kliniske arbeidsoppgaver i en organisasjon, og mange oppgaver er like på tvers av enhetene. Enhetene de arbeider er i imidlertid ulike både med tanke på størrelse og funksjon. Andre subjektive kjennetegn hos de ansatte som sivilstatus, familieforhold og personlighet vil også kunne påvirke hvordan de opplever og mestrer arbeidet (Einarsen og Skogstad, 2011). Dette er elementer som vil påvirke ansattes opplevelse og tolkning av arbeidskrav, kontroll og støtte de har i sin arbeidshverdag. Jeg velger å ikke drøfte disse parameterne eller å trekke sammenligninger da dette ville blitt for omfattende. Jeg har også valgt å utelate forhold rettet mot eksternt tverrfaglig samarbeid, selv om dette inngår i profesjonsutøvernes arbeidshverdag. For å begrense oppgaven gis ikke skillet mellom offentlig og ikke offentlig

virksomheter særlig stor vekt i studien. I analysen har jeg tatt utgangspunkt i det respondentene sier om styring- og kontrollmekanismer, ansvar og behov for støtte. Jeg har ikke tatt stilling til hvorvidt profesjonsutøvernes handlingsrom er optimalt eller ikke.

1.3. Annen forskning på området

For å finne noe av det som er gjort av studier på profesjoners handlingsrom i rushelsetjenesten tidligere, utførte jeg søk i biblioteksystemet Bibsys Oria. Det foreligger lite forskning om organisering av og styrings- og kontrollmekanismens påvirkning på «makronivå». Likevel er det en del nærliggende forskning som kan bidra til å belyse problemstillingen jeg er interessert i.

Støtte fra kolleger, forutsigbarhet, anerkjennelse, tilbakemelding fra ledelse og deltakelse i beslutningsprosesser er viktige faktorer som fremmer motivasjon blant behandlere innen rusbehandling (Jevne, 2009). Melby mfl. fra SINTEF (2017) utarbeidet en studie på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund, som studerte sykepleie i psykisk helsevern og TSB. Resultater viser at en del sykepleiere synes det er vanskelig å definere hva som er deres spesifikke kompetanse på feltet, og dermed hva som skiller dem fra andre profesjonsgrupper. Sykepleierne opplever ikke alltid at deres bidrag i det tverrfaglige samarbeidet ble anerkjent. Samtidig viser studien at de fleste opplever det tverrfaglige samarbeidet som godt. Hinder for å imøtekomme pasienters behov omfatter økonomiske forhold som krav om effektivitet og behandling av flest mulig pasienter, som fører til tidsmangel, stor arbeidsmengde og høyt arbeidspress.

I en evaluering av rusreformen, konkluderte Lie og Nesvåg (2006) med at implementeringen av rusreformen førte til et mer fragmentert og rigid tilbud, med mange brudd i behandlingsforløpene og mindre individuelt tilpasset behandling som resultat. Den største utfordringen for TSB for rusmiddelavhengige ble dermed å utvikle samhandlingsmodeller og praksisformer som oppfyller faglige krav til sammenhengende og tilpasset behandling. Mjåland (2008) har i masteroppgave sett på rusreformens påvirkning på rusfeltet. Gjennom kvalitative intervjuer med ledere og rådgivere innen behandling, administrasjon og omsorg, beskriver Mjåland en institusjonell endring der den medisinske logikken er blitt mer fremtredende og at industrielle verdsettinger er blitt mer legitime. Funn viser også at rusfeltet beveger seg i retning av øvrige spesialisert helsetjeneste, både når det gjelder faglige og organisatoriske kjennetegn. Moen (2008) peker på at rusreformen sier lite om hva innholdet i

behandlingen bør være, eller hvordan den bør organiseres. Med utgangspunkt i legers erfaringer, viser studien at på tross av strengere krav til kvalitetssikring har rusreformen i liten grad påført til enighet om behandlingen av rusavhengighet.

Nyere forskning av klinisk rusbehandling tyder på at behandling som ivaretar spesifikke behov som pasienter med antisosiale trekk og kognitive vansker, og som tilbyr flere runder med døgnbasert behandling og tilbud om behandlingsforebyggende tiltak bidrar til å redusere risiko for tidlig drop-out (Nesvåg mfl., 2017). Årstad mfl. (2015) viser at det er stor enighet blant klinikere og brukere om at kartleggingsverktøy har nytteverdi i en innledende fase av poliklinisk rusbehandling, samtidig synes klinikere og brukere å foretrekke samtalen fremfor standardiserte verktøy. Bjorvatn og Nilsen (2018) konkluderer med at legene i spesialisthelsetjenesten ikke oppfatter de rettslige styringsmidlene som en hindring for den medisinskfaglige skjønnsutøvelsen når det gjelder prioriteringer av helsetjenester i praksis. At mange velferdsrettigheter er relativt vagt formulerte i lovgivningen mener de har bidratt til å nedtone potensielle konflikter mellom rettslig styring og medisinskfaglig skjønnsutøvelse sett fra legenes side.

Forskning på ideelle virksomheter viser at sivile behandlingstiltak opplever et visst press mot standardisering (Bergsgard mfl., 2010). Det blir oppfattet som at det er en motsetning mellom å beholde rusfeltets egenart og dagens krav om profesjonalisering. Evalueringen viser imidlertid også at profesjonalisering ikke bare er et krav fra myndighetene, men er en sterk ambisjon blant de involverte. Evalueringen gir et klart inntrykk av at profesjonaliseringsprosessene skjer gjennom en balansering mellom ideologi eller interesser og faglige avveininger, slik at tilbudene fortsatt står fram som alternativer til det offentlige. Profesjonalisering knyttes til ledelse og faglig grunnlag for tilbudene, mens viktige kjerneverdier skjermes. Beddari (2013) har studert hvordan konkurranseeksponering påvirker idealer og målsetninger innenfor rusomsorgen i Oslo kommune. Et funn er at anskaffelser gjennom konkurranse fører til mer styring og kontroll. Trætteberg og Sivesind (2015) understreker at anbudskonkurranser kan bidra til å undergrave særtrekkene hos en ideell leverandør.

Innen psykiatri er det gjort mer organisatorisk forskning enn på rusfeltet. I 2005 ble aktivitetsavhengige takster innført i psykisk helsevern. Ekeland mfl. (2011) har gjort en studie som ser på relasjonen mellom styringspolitiske utfordringer og kliniske psykologer i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Studien viser at psykologers kliniske autonomi

har blitt innskrenket. Disse endringene synes ikke bare å være forankret i den kliniske logikken selv, men påført utenfra gjennom nye former for styring og tilsyn i samspill med et ønske om evidensbasert praksis. En studie av Dimmen og Ødegård (2012) finner tilsvarende funn i en studie av voksenpsykiatriske poliklinikker, der terapeutens kliniske autonomi er under betydelig press fra andre logikker. Sælør og Biong (2011) har i en studie sett på sykepleiere innen psykiatriske avdelinger. Funn viser at rusreformen har bidratt til økt fokus på rus, samtidig opplever sykepleierne at egen kunnskap til ROS- lidelser (samtidig ruslidelse og psykiske lidelser) er mangelfull. Mangel på tid og personell er faktorer som bidrar til en opplevelse å ikke kunne gi et tilfredsstillende tilbud.

1.4. Oppgavens videre oppbygning

I kapittel 2 presenteres teori som belyser mine forskningsspørsmål, og som er oppgavens referanseramme. Hvilken type organisasjon profesjonsutøverne arbeider i og hva som er spesielt ved ekspertorganisasjoner er relevant når profesjonsutøvelse diskuteres. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i teorier om ekspertorganisasjoner, ledelse innenfor slik organisering samt benytte sentrale teorier om profesjon og kontroll- styringsmekanismer.

Kapittel 3 beskriver metoden som er benyttet for innsamlingen av mine empiriske data. Jeg redegjør for valg av forskningsdesign, utvalg, datainnsamling og dataanalyse. Oppgavens validitet og relabilitet er også beskrevet her.

Kapittel 4 presenterer analyse av data som fremkom i de kvalitative intervjuene, som diskuteres opp mot den teoretiske referanserammen.

I kapittel 5 trekker jeg sammen materialet og løfter opp funn i et diskusjonskapittel.

Oppgaven avsluttes med en konklusjon og noen betraktninger knyttet til områder som kan være aktuell for videre forskning.

KAPITTEL 2.0 TEORI

For å forstå profesjoners handlingsrom må den sees i sammenheng med den organisatoriske konteksten den utøves i. Det er også gjennom konteksten, inkludert relasjonen til pasienter, at yrkesutøvelsen kontrolleres og ansvarliggjøres.

2.1. Organisasjonen

Organisasjonsbegrepet brukes på mange ulike måter, avhengig av sektor. Ideelle virksomheter er en del av privat frivillig sektor og har som hovedregel ikke profitt som formål, i motsetning til kommersielle organisasjoner. Ideelle private organisasjoner og stiftelser har et særpreg som skiller dem fra kommersielle private aktører. De ideelle organisasjonene har et tydelig verdigrunnlag, et samfunnsnyttig formål og har tillit i befolkningen (regjeringen.no). Private organisasjoner har historisk fungert som autonome (Lie og Nesvåg, 2006). Gjennom reformene som offentlig sektor har gjennomgått de siste 20 årene, er imidlertid offentlige og private organisasjoner i stadig større grad blitt likere. Etterhvert har ideelle virksomheter inngått i tettere relasjoner med statlige, regionale og lokale myndigheter og er avhengig av avtaler med det offentlige gjennom anbudskonkurranser, rammeavtaler eller tilskudd (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Felles for alle organisasjoner er at ansatte har felles oppgaver og mål som knytter dem sammen. Det må eksistere prosedyrer, rutiner og retningslinjer som samordner arbeidet for å realisere felles mål. Jakobsen og Thorsvik gir følgende definisjon av en organisasjon:

«En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og løse bestemte mål» (Jakobsen og Thorsvik, 2013:19)

Sentrale elementer i definisjonen viser at organisasjoner består av mennesker som samhandler med hverandre. Organisasjoner er relasjoner som er etablert mellom deltakerne, ved at de har inngått kontrakter som gjør at de samlet utgjør et sosialt system der man samarbeider for å realisere bestemte mål. Organisasjoner er også avhengig av at det finnes noen i omgivelsene som har nytte av det organisasjonen produserer, for slik å kunne opprettholde virksomheten. Kjernen i en enhver organisasjon er oppgaveløsning, med et ønske om at oppgavene løses på

best måte med minst mulig ressursbruk. Organisasjoner setter langsiktige mål for fremtiden, samtidig som de arbeider for å realisere mer kortsiktige mål (Jakobsen og Thorsvik, 2013).

Den viktigste grunnen til å være medlem i en organisasjon er å få del i de ressursene som organisasjonen har. Dette kan være materielle ressurser som for eksempel bygninger og ulike former for utstyr. Det kan også være symbolske ressurser som organisasjonens navn, rykte og status, eller andre medlemmers handlinger og kompetanse. Samarbeid skaper kollektive ressurser som gir muligheter til å oppnå mer enn enkeltindivider kan oppnå hver for seg. Tilgangen til organisasjonsressurser avspeiles av forskjeller i makt og autoritet. Den fremste profesjonelle ressursen er kollegialitet, det vil si likeverdige medlemmer som utøver samspill og kontroll over hverandre, basert på spesielle kunnskaper og en etikk som forvaltes av organisasjonen. Medlemskap i en organisasjon innebærer videre at en overlater en del av kontrollen av egne handlinger til virksomheten, som berører profesjonelles autonomi. Organisasjoner krever en viss grad av samtykke eller legitimitet for at samarbeid skal kunne forekomme. Denne autoriteten er fundamentet for alle organisasjoner og er basert på den felles interessen i at organisasjonen skal fungere best mulig (Svensson, 2008).

2.1.1. Behandlingsinstitusjonen som ekspertorganisasjon

Behandlingsinstitusjonen kommer inn under det Mintzberg (1983, i Høst, 2014) omtaler som fagbyråkratiet. Karakteristiske trekk ved fagbyråkratiet er at det har en desentralisert og flat struktur. Fagpersonene som utfører tjenester direkte rettet mot rusmiddelavhengige er den operative kjernen i strukturen. Toppledelsen er direktøren og hans ledergruppe, og mellomledelsen vil blant annet være avdelingsledere som avdelingsoverleger og avdelingssykepleiere. Fagbyråkratiets teknostruktur er behandlingsinstitusjonens personal- og organisasjonsavdeling, kvalitets- og forsknings- og økonomiavdeling. De inngår ikke direkte i selve produksjonen, men påvirker den gjennom utforming av planer, opplæring og rutiner. Eksempler på støttestruktur vil blant annet være kantinepersonell, renholdspersonell og merkantilt personell. De er ikke involvert i produksjonen men utfører oppgaver som støtter og letter de øvriges arbeid. Nøkkelpåkomponenten i fagbyråkratiet er den operative kjernen. Koordinering hviler på standardisering av kompetanse, som først og fremst er ervervet gjennom formell utdanning innenfor universitetet og høyskoler. Profesjonsforbund med kunnskapsoppdatering og yrkesetiske retningslinjer kommer i tillegg. De ansatte er spesialister, noe som gir dem betraktelig egenkontroll over arbeidet de utfører og stor handlefrihet i det daglige arbeidet. For å forstå selve arbeidsprosessen til operatørene i

fagbyråkratiet, kan den beskrives som bestående av to grunnleggende oppgaver. Først å kategorisere eller diagnostisere pasientens behov i forhold til den situasjonen pasienten er i og deretter anvende den behandlingen som passer til den aktuelle situasjonen (Høst, 2014).

Strand (2007) bruker betegnelsen ekspertorganisasjon om fagbyråkrati, som er et annet ord for det samme. I fortsettelsen vil jeg benytte meg av Strand sin betegnelse og omtale behandlingsinstitusjonen som en ekspertorganisasjon. Ekspertorganisasjoner karakteriseres ved å ha lavt hierarki der profesjonelle står ovenfor komplekse problemstillinger. De ansatte er spesielt opptatt av å levere løsninger som omgivelsene krever eller ønsker, og gir spesialkompetanse på flere områder. Ansatte har ofte høy utdanning, status og kyndighet. Yrker med stor prestisje på feltet, som leger og psykologer, kan monopolisere visse oppgaver og kan utelukke andre som ikke kan det. Det meste av nødvendig koordinering mellom profesjonelle aktører skjer gjennom standardisering av ferdigheter og kunnskap. Profesjonelle er i stor grad selvgående og trenger lite instruksjoner med hensyn til mål og oppgaver fra andre. De får rask respons på arbeidet sitt gjennom pasienter og kolleger eller ved egen bedømmelse av resultat.

I følge Mintzberg (1983, i Pettersen mfl., 2008) kjennetegnes ekspertorganisasjoner av både sterk profesjonsidentitet og stor grad av desentralisert ansvar. Profesjonsutøvere har stor beslutningsmyndighet innenfor sitt fagfelt, og i kraft av sin utdanning og fagkunnskap blir beslutningene desentralisert. Organisasjonsformen kjennetegnes ved sterke og parallelle autoritetshierarkier hvor spesialistkompetansen befinner seg i det han betegner som den operative kjerne, altså nært pasientene. Slik går beslutninger fra dem som står nært pasientene og oppover i hierarkiet. Fordeler ved en slik organisering er at delegert beslutningsmyndighet sikrer faglig gode vurderinger, i tillegg går saksbehandling og problemløsning raskere. Hva som er problemet og hvilke virkemidler som fører til målet blir imidlertid ofte vurdert av tilfeldige og uforutsigbare beslutningsprosesser, som Cohen mfl. (1986) omtaler som «garbage can» modellen (i Høst, 2014 og Strand, 2007), som er typisk for organisasjoner som opplever situasjoner preget av stor usikkerhet. I følge Mintzberg (i Høst, 2014) har ekspertorganisasjoner slike kjennetegn. Profesjonene har sine fagnormer og sitt behov for frihet til å ta egne beslutninger. I beslutningsprosesser kan helhetssynet mangle, og prioriteringer av eget fagfelt blir det viktigste. Det kan oppstå samarbeidsproblemer uavhengig av organisering, hvor gode rutineer er, eller hvor klart arbeidsfordelingen og ansvaret er definert. Behandling av pasienter krever innsats fra flere ulike avdelinger, og på

grunn av arbeidsdeling og oppgaveavhengighet kan koordineringsbehovet være stort (Pettersen mfl., 2008). For å få til god samhandling er kommunikasjon sentralt, både mellom profesjonsgrupper og mellom ledere vertikalt og horisontalt. Nordby (2009) bruker begrepet forståelseshorisont når han beskriver kommunikasjonsutfordringer ledere og andre kan kjenne seg igjen i. Han definerer forståelseshorisont slik:

«Personens totale sett av subjektive tilstander som oppfatninger, tanker, ønsker, preferanser og verdier» (Nordby, 2009:16)

Forståelseshorisont er med andre ord alt vi har med oss i «vår mentale ryggsekk», som er det vi kommuniserer og handler ut fra, og det som vi forstår andre ut fra.

2.1.2. Ledelse i ekspertorganisasjoner

Lederes handlingsrom kan sees som det rom ledere har til å ta beslutninger som ikke er forhånds- eller rutinebestemte. Lederrollen i ekspertorganisasjoner er nært knyttet til rollen som fagkyndig og til arbeidsprosessene og vurderes etter de faglige resultater som oppnås. Ettersom ledere ønsker å påvirke prestasjoner og måloppnåelse i organisasjonen, er de bærere av standard for gode løsninger og god atferd. Lederne har betydelig rom for innflytelse innenfor de grenser som ressurser og normer setter. Normer, situasjoner og pasienter gir viktige premisser. Ledelse i ekspertorganisasjoner handler derfor mye om å tilrettelegge for at medarbeidere får gjøre det de er gode til. Den viktigste drivkraften er de utfordringene profesjonene selv opplever ligger i arbeidet. Ledere skal også håndtere ulike former for forstyrrelser eller konflikter i organisasjonen, eksempelvis konflikter som handler om de ulike faggruppens jurisdiksjon og ansvarsfordeling. Ledere må derfor forhandle mellom de ulike profesjonene som kan være en kilde til makt. Ledere har også nøkkeloppgaver som grensepersoner i organisasjonen, og har kontakt med myndigheter, andre organisasjoner og enheter som de samarbeider med. Mintzberg fremhever at høyt utdannede profesjonelle ikke kan kommanderes, men må overtales med argumenter (Høst, 2014).

Strand (2007) påpeker i likhet med Mintzberg (1983, i Høst, 2014) at ledelse i ekspertorganisasjoner kan være problematisk. Kunnskap om hva som er riktig, befinner seg hos de profesjonelle som utfører de faglige tjenestene. Kunnskapen er til en viss grad tilgjengelig for kolleger, men hierarkisk overordnende har ikke lett for å få forstå eller få tilgang til informasjon om aktiviteten. Beslutninger kan ikke etterprøves av andre som ikke er eksperter. Mange profesjonelle behandler derfor pasienter ut fra sin spesialkompetanse, uten

nødvendigvis å søke råd hos andre kolleger eller egen leder. Mange ledelsesoppgaver blir derfor nøytralisert av en sterk autonom gruppe i denne type organisasjoner. Strand (2007) beskriver tre ulike dilemmaer for ledere i ekspertorganisasjoner. Et av dilemmaene er forholdet mellom kollegial popularitet og organisatorisk oppgaveløsning. En leder kan få stor kollegial popularitet dersom styring ikke blir utøvet. På den andre siden kan organisasjonen lide dersom den ikke oppnår de ressursene som en leder kunne ha skaffet. I tillegg kan indre usikkerhet og konflikter ta uproduktive forløp. Et annet dilemma er forholdet mellom kyndighet og myndighet. De ansatte er spesialister innenfor sitt fagfelt og kan mer enn sine ledere om sin del av arbeidet. Det kan være utfordrende for ansatte å ta i mot instruksjoner om arbeidet dersom leder ikke forstår seg på faget som utøves. Et tredje dilemma er om ledende fagpersoner skal velge fortsatt fagkarriere eller lederkarriere. I følge Strand må ledere i slike tilfeller akseptere et mer distansert forhold til faget og få andre krav og arbeidsbetingelser enn som fagperson.

I følge Yukl (2013, i Døving mfl., 2016) innebærer det å være leder å oppnå mål gjennom andre. Det sentrale for ledere å utøve innflytelse på medarbeidere og den behandlingseenheten de er ledere for, selv om ledere også har andre oppgaver. Innflytelse kan forekomme indirekte gjennom systemer og strukturer, eller gjennom direkte kraft av lederens egen person og påvirkningsevne. Særlig den personlige siden ved ledere har likhetstrekk med profesjonsutøvelse, fordi arbeidet er preget av et vesentlig innslag av skjønn. Mens profesjonsutøveren både er autonom og dermed personlig ansvarlig for profesjonsutøvelsen, innebærer ledelse et personlig ansvar for organisasjonen som helhet. Styringssystemer kan eksempelvis være mål- og resultatstyring, regler, rutiner og belønningssystemer. Selv om slike systemer implementeres av staber eller toppledelse, er ledere på alle nivåer involvert i bruk eller oppfølging (Døving mfl., 2016). I helsesektoren finnes en ambisjon om å knytte ledere nærmere organisasjoner og til arbeidsgiverrollen som et ledd i å skape tydeligere organisasjonsaktører. Som et resultat av avreguleringer har ledere fått et tydeligere mandat som arbeidsgivere med et større økonomi- og personalansvar. Ledere er blitt sjefer snarere enn den fremste blant kollegaer, og for lederens del kan dette gå på bekostning av det kliniske arbeidet. Profesjonell kontroll, både kollegialt og individuelt, er en viktig del av det nye lederskapet (Svensson og Karlsson, 2008).

Nordby (2017) legger vekt på at lederes relasjonelle kompetanse er helt avgjørende for at virksomheter skal nå de målene de skal. Ledere må derfor legge til rette for samarbeid og

god samhandling. Når det oppstår samarbeidsproblemer og uenighet om mål, virkemidler og løsninger, er det avgjørende at ledere står frem og sørger for at dårlig samhandling blir gjenopprettet til god samhandling. Å lede handler i følge Nordby (2017) om å stake ut kurs, utvikle ideer og være villig til å utfordre seg selv og andre. Gode ledere arbeider i team, de oppsøker og går i dialog med medarbeiderne og unnviker ikke konflikter. Dyktige ledere inspirerer, engasjerer og legger til rette for at medarbeidere trives og gjør en god jobb. Målet med ledelse er i følge Nordby (2017) å oppnå noe gjennom dedikerte medarbeidere. Han gir følgende definisjon av ledelse:

Å være leder er å gjøre medarbeiderne bevisste på hvilke resultatmål virksomheten jobber mot, få dem til å anerkjenne målene som er viktige, og skape interesse og engasjement for at virksomheten når dem. Når medarbeiderne har relevant kompetanse, og når det er praktisk mulig å inkludere dem i beslutninger, bør de også være med å utforme virksomhetens mål.

(Nordby, 2014, i 2017: 34).

Definisjonen fremhever at påvirkning er viktig når det er praktisk mulig og når medarbeiderne har relevant kompetanse. I følge Nordby kan gjøre vondt verre hvis ledere lar medarbeiderne tro de er med å utforme mål og virkemidler, uten at det er det. Ledere må derfor være ærlige og forklare hva som er praktisk mulig (2014, i Nordby 2017). Selv om medarbeidere ikke kan inkluderes fullt ut i beslutningsprosesser betyr ikke det at de skal ekskluderes fullstendig. Nordby (Nordby, 2012) påpeker at medarbeidere ofte har ideer om hvordan mindre grep kan gjøre arbeidsdagen deres bedre. Frustrasjon over distanserte ledere skyldes ofte at medarbeiderne opplever at de har verdifulle innspill de aldri får kommunisert fordi lederne oppleves som utilgjengelige.

I følge Tian Sørhaug (2006) er ledelse er først og fremst en relasjon, der ledelsesfunksjonen befinner seg i krysningspunktet mellom makt og tillit. Ledere må kunne håndtere dette samspillet. Det er imidlertid komplisert, da samspillet har en tendens til å endre seg i ulike kontekster. Maktbruk kan ødelegge tilliten og kan tvinge fram uønskede handlinger. Likedan vil tillit lett kunne innby til maktbruk. Enhver ledelse baseres på en blanding av autoritet, makt og tillit, og varierer med grunnleggende normer i organisasjonen (Sørhaug, 2006).

2.2. Profesjon

Hva som skal forstås som profesjoner, har gjennom tidene vært omstridt. I følge Molander og Terum (2008) kan yrker i større eller mindre grad regnes som profesjoner. Denne tilnærmingen skiller dermed ikke kategorisk mellom yrker som er profesjoner og yrker som ikke er det. I stedet befinner yrkene seg på en skala hvor de kan betegnes som mer mindre profesjonelle, alt etter i hvilken grad de viser ulike kjennetegn. Molander og Terum skiller således mellom organisatoriske og performative aspekter. Det organisatoriske aspektet viser ulike kjennetegn ved profesjoner som en yrkesgruppe som har kontroll over arbeidsoppgavene sine. Denne kontrollen er dels en ekstern kontroll over adgangen av arbeidsoppgaver, dels en intern kontroll over oppgaveutførelsen. Det performative aspektet omhandler hvordan profesjoner utfører oppgaver i praksis, der profesjonene representerer en form for yrkesmessig spesialisering. Oppgavene er av en slik art at formalisert kunnskap må kombineres med skjønn for å utøve praksis på en god måte. Det betyr også at yrker over tid kan bevege seg på skalaen og bli mer eller mindre profesjonaliserte. I helsesektoren får legeyrket høyest uttelling på skalaen, mens lenger nede på listen kommer sykepleiere. Dette kan være et resultat av at det er gjennom legeyrkets utforming i samfunnet at ideen om profesjon har blitt skapt. Historisk har profesjoner beveget seg fra tilnærmet ubegrenset profesjonskontroll til mer og mer innflytelse fra andre (Abbott, 1988; Freidson, 2001, i Fauske 2008).

2.2.1. Utdanning, kunnskap og profesjonell utvikling

Et kjennetegn ved profesjoner, er at yrkesutøverne er sertifisert til å forvalte bestemte typer kunnskap gjennom spesialisert utdanning. Kunnskapen er i hovedsak teoretisk og vitenskapsbasert, med elementer fra praksis (Grimen, 2008a). Abbott (1988) hevder at det er stor forskjell på akademisk kunnskap og praktisk kunnskap. Den formelle kompetansen bygges på refleksjon gjennom tilnærming til oppgaven der en innhenter instruksjoner utfra sitt kunnskapssystem, mens akademisk kunnskap er logisk ensartet og fornuftsmessig oppbygd. Sistnevnte er idealisert og abstrakt og lar seg ikke direkte overføre i praktisk bruk, og blir mer symbolsk enn praktisk (Abbott, 1988). Således trekker Abbott utdanningens verdi for yrkesutøvelsen i tvil og hevder den har mer symbolsk funksjon.

Grimen (2008a) beskriver to modeller for å forstå forholdet mellom praktisk og teoretisk kunnskap. Den eldste og mest dominerende modellen betrakter praktisk kunnskap som

anvendelse av teori og teoretisk kunnskap blir da primær. Praksis blir da omsatt teori. Et problem er at ikke all praktisk kunnskap kan begrunnes og forklares teoretisk. Praksis kan heller ikke utelukkende forstås som direkte omsatt teori. Teoretisk kunnskap blir i anvendelsesprosessen fortolket på bestemte måter, og den profesjonelle må velge hvilke elementer som er egnet for situasjonen. Den andre modellen Grimen beskriver betrakter teoretisk kunnskap som flytende på et underlag av praksis. Praktisk kunnskap blir da primær der teori springer ut fra praktisk kunnskap uten å kunne løsrives fra denne. Teoretisk kunnskap blir da forstått som en artikulering av praksis. Et problem med denne modellen er ofte en idyllisering av praktisk kunnskap. Et annet problem er at mye teoretisk kunnskap i dag er så teknisk avansert at det neppe gir mening å betrakte den som artikulering av praktisk erfaring. Moderne genetikk er et eksempel på det. Grimen mener praktisk og teoretisk kunnskap ikke må sees på som enten primær eller sekundær, men som et sammensatt fenomen der teoretisk innsikt og praktisk kunnskap skaper samspill og spenninger til profesjoners kunnskapsgrunnlag.

Evidensbasering handler å sammenstille forskning innenfor et område som grunnlag for tiltak og profesjonell intervensjon. Formålet med evidensbasert medisin er å minske avstanden mellom forskning og praksis gjennom en mer omfattende dokumentasjon av behandlingseffekter som kan brukes direkte i valg av behandling (Ekeland, 2004). Standardiserte behandlingsprosesser vil i følge Ekeland (2004) hovedsakelig handle om objektet. Hofteinngrep brukes som eksempel der subjektet, altså den syke pasientens følelser, tanker, verdier, og preferanser er mindre viktig for resultatet. Innen psykisk helsevern og rusbehandling møter profesjonelle imidlertid selve subjektet, noe som gjør at behandlingen må skreddersys den enkelte. Hva som er «best treatment» mener Ekeland (2004) er vanskeligere å forutse, og evidensbasering passer dermed dårligere i slike behandlingsformer.

Grimen (2008a) beskriver helseprofesjoners kunnskapsbase som mangfoldige, det vil si at kunnskap ofte er bygget opp av mange og ofte ulike elementer. Fagenes verdier kan komme i konflikt med hverandre. Praksis dreier seg ikke bare om anvendelse av kunnskap, men også om moralsk, politisk og juridisk skjønn. I kommunikasjon med pasienter må profesjonelle forstå pasienters livssituasjon og sortere ut faktorer som kan ha innvirkning på deres helse, sykdom og helbredelse. Mange slike faktorer er av sosial og kulturell art. Profesjonelle må derfor hele tiden foreta verdivalg uten klare regler for prioritering. Slik tydeliggjøres

kompleksiteten i forholdet mellom teori og praksis, og viser betydningen av hvorfor faglig refleksjon er viktig.

Rønnestad (2008) viser til en studie som omhandler profesjonell kompetanse. Resultater fra denne studien viser at opplevelse av profesjonell utvikling består av en følelse av positiv endring og forbedring, samt en dypere forståelse av forandringsprosesser, styrking av ferdigheter, entusiasme rundt praksis og en opplevelse av å overkomme tidligere begrensninger som profesjonell. Dette kan beskrives som en stadig fornyelse av profesjonell entusiasme for arbeidet, som bidrar til en vedvarende konstruktiv prosess i møte med pasienter, til tross for vansker og belastninger. Opplevelse av tilbakegang resulterer til følelsen av at ferdigheter forringes, tap av evne til empati, rutinepreget praksis og en voksende tvil rundt effektiviteten av det profesjonelle arbeidet. Dette forstås som en demoraliserende prosess ut fra stresspreget involvering i arbeidssituasjonen, noe som kan undergrave den profesjonelles evne til positiv samhandling med pasienten. Opplevelse av karriereutvikling har sammenheng med oppfattelse av utvikling, endrede kliniske ferdigheter og nivå av mestring.

2.2.2. Ansvar og skjønn

Profesjonsutøvernes handlingsrom påvirkes og formes av ansvaret en har. Jo større handlingsrom en har, desto større ansvar følger med. Ansvar forutsetter selvstendighet og rom til å bruke skjønn i yrkesutøvelsen. Begrepet ansvar er knyttet til individers handlinger. Gjennom mulighet til å velge mellom ulike alternativer, innebærer en frihet til å handle. Profesjonelle har et ansvar for handlingene og deres konsekvenser for andre og dem selv. Profesjonsutøvere med ulik profesjonsbakgrunn kan ha ulik opplevelse av ansvaret for handlingene og konsekvensene av disse. Det er ikke opp til profesjonene selv å definere rammen for oppgaven. Myndighetene setter rammer via ulike lover for hvordan virksomheter skal foregå, og på hvilke premisser en organisasjon og den enkelte profesjonsutøver får utøve sin oppgave og sitt ansvar. Profesjonene får sådan et delegert ansvar. Ansvar innebærer å bli holdt ansvarlige for sine handlinger, med en forventning om å også kunne begrunne sine handlinger. En må kunne svare for sine handlinger og påvise at de står i samsvar med sosialt aksepterte normer. Samtidig må profesjonelle kunne utøve skjønn og foreta egne bedømmelser av sin handlingssituasjon og av hvilken plikter og normer som gjelder for denne. For å forstå hva som ligger i ansvarsbegrepet kan det være avklarende å bruke de overlappende begrepene «responsible» og «accountable». Responsible betyr å være ansvarlig,

og handler om allmenne plikter. Det mer sammensatte begrepet accountable innebærer at i tillegg til å være ansvarlig, må man også være redegjørende og tilregnelig. Sistnevnte handler ofte om juridisk, økonomisk og organisasjonsrelaterte handlinger. Moderne organisasjonsendringer tenderer til å gjøre profesjonelle mer spesifikt redegjørende, fra å tidligere ha vært mer allment ansvarlige (Svensson og Karlsson, 2008).

En profesjonsutøvers handlingsrom kan også ses som det mandat profesjonsutøvere har til å utøve skjønn. Delegert skjønnsmyndighet kommer med forventingen om at de profesjonelle opptrer i samsvar med profesjonelle standarder (Freidson, 1988, i Aasen mfl., 2018). Grimen og Molander (2008) beskriver skjønn som en form for praktisk resonnering, hvor formålet er konklusjoner om hva som bør gjøres i konkrete enkelttilfeller, men hvor holdepunktene er svake. For å kunne fatte slike beslutninger må man derfor bruke dømmekraft. I enhver handlingssituasjon i praksis må profesjonelle foreta en rekke skjønnsbaserte beslutninger, som står i et mer eller mindre vilkårlig forhold til den teoretiske kunnskapsbasen man handler ut fra (Ekeland, 2004). Den profesjonelle praksisen må med andre ord være verken vilkårlig eller rigid. Skjønn spiller en viktig rolle når profesjonelle skal treffe beslutninger om helsehjelp og prioriteringer i praksis. I tillegg er det slik at tolkning og implementering av ethvert regelverk, rettslig eller ikke, krever utøvelse av skjønn når det skal anvendes i praksis (Aasen mfl., 2018). Skjønnelementet i profesjonsutøvelsen er imidlertid både et rettslig og demokratisk problem og et effektivitetsproblem. I det første tilfellet er det en demokratisk utfordring fordi det er vanskelig å kontrollere virksomheten og stille dem til ansvar. Nivået der tjenester utføres omtales derfor som «demokratiets sorte hull». I det andre tilfellet er det en organisatorisk utfordring og omtales som organisasjonens blinde flekk (Svensson og Karlsson, 2008). De ulike dilemmaene fører til et krav om kontroll av profesjonelt arbeid.

2.2.3. Autonomi, makt og tillit

Begrepet autonomi betyr selvstyre eller selvbestemmelse. Ekeland (2004) skiller mellom profesjonsautonomi og klinisk autonomi. Profesjonsautonomi gjelder en ekstern relasjon til samfunnet som setter grenser for ikke-innblanding. Utøvernivået, hvordan den enkelte profesjonsutøver forvalter autonomien, er en del av dette og skjer innenfor profesjonsautonomien. I en klinisk kontekst er autonomi relatert til den profesjonelles ekspertise. Kjerneområdet i den kliniske logikken er relasjonen mellom profesjonsutøver og pasient og hvilket handlingsrom den profesjonelle har til å velge utredningsmetodikk og

behandlingsform ut i fra faglige premisser og pasientens forutsetninger og preferanser og behandlingsform (Ekeland, 2004). Den kliniske autonomien berører også andre sentrale deler av profesjonelles praksis. Et eksempel er mulighet til å skape og legge forhold til rette for en god terapeutisk relasjon. Med andre ord kan den eksterne autonomien formelt sett være høy, samtidig som det blir satt grenser på den kliniske autonomien på utøvernivå.

Tillit åpner opp handlingsrom for tillitsgiveren som ellers ikke ville ha eksistert. Forholdet mellom profesjon og samfunnet er et kontraktsforhold, som kan være strengt eller løst regulert, men som fundamentalt sett er bygget på tillit. I denne tilliten ligger det at profesjonene innenfor visse rammer tradisjonelt har stor autonomi til hvordan de løser oppgaver og gjennom egen profesjonsmoral er best egnet til å utøve kontroll på egen virksomhet (Ekeland, 2004).

Noe av det viktigste og vanskeligste med tillit til profesjonelle er at tillit kan gjengjeldes med makt, fordi tillit etablerer en relasjon som gir noen anledning til å sette sin vilje gjennom. En persons tillit kan bli en annens maktbase og tillitsrelasjoner endres til maktrelasjoner (Grimen, 2008b). Foucault (i Vågan og Grimen, 2008) forankrer sin maktanalyse i hvordan makt utspiller seg i samspillet mellom mennesker, i dette tilfelle profesjonsutøver og pasient, hvor begge parter påvirker hverandre. Forholdet mellom dem er likevel skjevt; profesjonsutøver har mer makt enn pasient fordi profesjonsutøvere innehar kunnskaper som pasienter ikke har. Dette er, blant annet, kunnskap om mennesker, og i samspillet med pasienter vil profesjonsutøvere lære, i form av å tilegne seg mer kunnskap og erfaringer om mennesker.

Å stole på andres kompetanse er essensielt for relasjonen mellom profesjonell og pasient. Pasienter trenger tillit for å oppsøke profesjonelle, for å gi dem nødvendig informasjon de trenger for å utøve sin virksomhet og for å følge råd (Grimen, 2008b). Relasjonene må være innrammet i en autonomi som gjør profesjonsutøveren til en ansvarlig og myndig aktør, og pasienten til et deltakende og fritt subjekt. Grimen (2001) mener at dersom profesjonsutøvere er fanget i et nettverk av kryssende krav, som både er av medisinsk, økonomisk og administrativ art, vil profesjonsutøvere fremstå som aktører med uryddige interesser og blandede motiv. For pasienter kan det være vanskelig å se hvilke interesser og motiv som er utslagsgivende når diagnose og behandling blir foreslått. Det kan bryte ned tillit, fordi det kan oppstå tvil om profesjonsutøverne er upartisk. Poenget med å styrke profesjonsutøveres

autonomi, er i følge Grimen (2001) å gjøre profesjoner mindre avhengige av kryssende interesser.

Eriksen (2001, i Ekeland, 2004) karakteriserer en tillitsbrist i relasjonen mellom profesjon og samfunn. Den tradisjonelle tilliten og tiltroen til profesjonens kunnskapsgrunnlag og praksisutøvelse endres, og som følge blir profesjonsautonomien utfordret. I følge Luhmann (i Grimen, 2008b) innføres ikke kontrollmekanismer nødvendigvis på grunn av personlig mistillit til den enkelte profesjonsutøver. Luhmann skiller dermed mellom tillit til personer og tillit til systemer, og omtaler det som «institusjonalisert upersonlig mistillit». Slik kan prosedyrer være direkte handlingsrettledende for profesjonelle, mens det fra pasientens eller oppdragsgivernes perspektiv blir et sett av mekanismer for profesjonell selvjustis, som en eller flere garantier for at de får det de har rett og krav på. Den økte innflytelsen fra andre enn profesjonene selv har endret både tjenestene og maktrelasjonene.

I følge Grimen (2001) innskrenkes grunnlaget for legal-rasjonell autoritet av pasient- og brukerrettigheter, som setter juridiske grenser for hva profesjoner kan gjøre. Karismatisk autoritet har også magrere forutsetninger i moderne tider enn tidligere. Dette kan omforme vilkårene for tillit, fordi det endrer maktgrunnlaget for tillit.

Profesjonelles etikk og moral er innrettet mot å støtte, gi omsorg og behandling til pasienter i vanskelige livssituasjoner. Den profesjonelle praksisen kan imidlertid ha utilsiktede konsekvenser. Praksisen har ikke alltid den forventede virkningen, og resultatet kan bli noe helt annet enn den profesjonelle så for seg. Feilaktige eller dårlige beslutninger kan ha store konsekvenser for pasienter, ikke bare når resultatene av behandling er dårlig, men også når beslutningene blir opplevd som urimelige og vilkårlige i forhold til demokratiske og legale rettigheter, som likebehandling og rettferdighet. Helsetjenesten kjennetegnes av stadig økte behov, mens budsjettet ikke øker i samme grad. Sett i et samfunnsperspektiv genererer beslutningene forbruk av samfunnsmessige ressurser og det oppstår et gap mellom hva som skal gjøres og hva man har ressurser til (Døving mfl., 2016). Med begrensede ressurser er det desto viktigere at ressurser som realiserer målsetningen om mest mulig helseforbedring, blir rettferdig fordelt. Profesjonelles skjønn spiller også inn her, siden det er klinikerne som gjerne har førstehånds innsikt i hvordan ressursene best kan brukes. Dermed bør de ha stor innflytelse på spørsmålet om hvordan begrensede ressurser skal fordeles (Aasen mfl., 2018).

I dagens samfunn er det derfor forståelig at det ikke bare er profesjoner alene som skal bestemme innholdet i tjenestene. Det er ansett som legitimt og nyttig at både pasienter og helsemyndighetene kan påvirke innholdet gjennom styringssystemer, samarbeid, godkjenning, innsyn og kontroll (Bringedal og Carlsen, 2018).

2.3. Kontroll- og styringsmekanismer

Profesjoners makt og kravet om rettferdiggjøring henger sammen, ettersom legitimering må også kobles til garantier for at makten ikke misbrukes. Dette krever ulike former for både interne og eksterne kontroll- og styringsmekanismer (Molander og Terum, 2008). Svensson og Karlsson (2008) definerer kontroll som bestemmelse eller påvirkning av yrkesutøvernes handlinger og handlingsrom. Kontroll anses som et mer allment begrep en styring, som knyttes til intensjonal påvirkning, som kan være formelt besluttet eller uformelt institusjonalisert. Styring av helsetjenesten foregår ved hjelp av en rekke ulike virkemidler, som innebærer at det stilles krav og settes rammer for de beslutninger som treffes og som profesjoner må ta hensyn til.

2.3.1. Samspillet mellom ulike delsystemer

Ekeland (2004) peker på ulike delsystemer og relasjonene mellom dem: klinikk, tilsyn, styring, forskning og marked. Ekeland argumenterer for at det innenfor hvert av de disse delsystemene vil finnes ulike logikker som har ulike særtrekk knyttet til oppgaver, fag, tradisjoner. Innenfor den økonomisk-administrative logikken etterlyses det en økonomisk og juridisk forsvarlighet, innenfor det kliniske logikken etterlyses klinisk nytte og klinisk forsvarlig behandling. De ulike delsystemene kommuniserer med hverandre, og de ulike logikkene trenger ikke være uforenlige dersom de respekterer sine ulike gyldighetsområder. Under visse forhold kan det likevel være slik at en logikk som er legitim i én sammenheng, for eksempel økonomi, «trenger inn i» en annen sammenheng, for eksempel klinisk behandling der den ikke er legitim.

2.3.2. Ytre styrings- og kontrollmekanismer

Helsemyndighetenes bruk av styringsverktøy har til hensikt å påvirke profesjoners skjønnsvurderinger i bestemte retninger, eller begrense handlingsrommet for skjønnsutøvelse. For å bidra til å realisere målsettingene om god kvalitet og likebehandling bruker helsemyndighetene derfor rettslige, økonomiske, administrative og organisatoriske styringsverktøy eller virkemidler for å kunne påvirke profesjonsutøveres beslutninger

(Bringedal og Carlsen, 2018). Virkemidlene har som mål å begrense ressursbruken og sikre at pasienter behandles likt uavhengig av hvor de bor i landet og hvor de behandles (Svensson og Karlsson, 2008).

Juridiske virkemidler består av lover og forskrifter som angir målsettingene med helsetjenestene og som gir spesifikke regler om rettigheter og krav til innholdet i og utførelsen av dem (Bringedal og Carlsen, 2018). Den rettslige reguleringen utgjør forvaltningsstyring av arbeidsorganisasjoner og de profesjonelles arbeid.

Økonomiske virkemidler består av gitte økonomiske rammer som helsetjenesten skal holde seg innenfor, men også finansieringsordninger som mer direkte tar sikte på å styre aktiviteten i bestemte retninger (Bringedal og Carlsen, 2018). Erfaringer viser at helsetjenestens beslutninger påvirkes av flere faktorer enn kun hensynet til effektiv ressursforvaltning (Aasen mfl., 2018). Helsemyndighetene forsøker derfor å styre aktiviteten mer direkte ved å belønne bestemte aktiviteter. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en slik ordning. Disse styringsverktøyene er utformet for å virke som insentiver, enten det er helseforetak, enkeltavdelinger eller individuelle profesjonsutøvere.

Strukturelle ordninger som sammenslåing, funksjonsdeling, eller endret organisering av spesifikke behandlinger, er eksempler på organisatoriske virkemidler (Bringedal og Carlsen, 2018). Reformene i helsetjenesten, som samhandlingsreformen og rusreformen, er andre eksempler på organisatoriske virkemidler for styring.

Myndighetene utvikler i tillegg faglige retningslinjer og anbefalinger som et virkemiddel for beslutningsstøtte i arbeidet og å styre klinisk praksis (Bringedal og Carlsen, 2018).

Helsedirektoratet utgir nasjonale faglige retningslinjer og veiledere på en rekke områder, som eksempel nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet og retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser (Helsedirektoratet). Prioriteringsveiledere befinner seg i en mellomstilling mellom rettslig og administrativ styring, og har som formål å bidra til etterlevelse av regelverket og sikre forsvarlighet og likebehandling i helsetjenesten (Aasen mfl., 2018). Å prioritere betyr å sette foran noe annet. I en helsetjenestekontekst betyr det å treffe beslutninger om hva som skal gjøres og i hvilken rekkefølge, hvilke pasienter som skal komme først og sist til behandling, og hvordan ressursene skal fordeles mellom tiltak og pasienter. Prioriteringer gjøres med andre ord hele tiden.

Helsetjenesten har også ulike kontrollordninger. Kontroll skjer i mindre form av aktiv ordregiving og overvåking. Isteden består den mer av kontroll på forhånd, i form av regler og rutiner, kunnskaper og ferdigheter, samt sosialisering gjennom yrkespraksis. Kontroll på forhånd betyr at en bestemt utdanning og forberedende praksis antas å sikre arbeidets kvalitet. Eksamensinnhold og praksiskrav fastsettes av statlige myndigheter og krav til kvalifikasjoner, eksaminering og godkjenning formuleres i forskrift. Å siden bli tildelt autorisasjon innebærer å bli gitt et samfunnsansvar som gjør at yrkesutøveren fortjener allmennhetens og myndighetenes tillit.

Kontroll på forhånd kan også omhandle pasienters mulighet til å velge hvem man vil henvende seg til for en bestemt tjeneste. Gjennom NPM er borgerne gitt anledning til å kunne informere seg om hvilke helsetilbud som finnes, hvilken kvalitet tjenestene har, og til hvilken pris. Slik informasjonen som gis, stiller nye krav til evalueringer og utredninger av kvalitet og resultat (Svensson og Karlsson, 2008).

Kontroll kan også forekomme under pasientbehandling. I direkte møter mellom profesjonelle og pasienter, er pasienten den profesjonelles mest effektive kontrollør. I en- til- en- møter mellom profesjonell og pasient eller i gruppemøter, gis pasienter anledning til mer effektiv kontroll. Gjennom lovgivning er pasienter gitt større innflytelse og makt til egen medvirkning i planlegging av egen behandling. I tillegg gis muligheten til å klage. Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer pasienters medvirkning og tilsvarende krav finnes i etiske retningslinjer for behandlingsinstitusjonen. I følge Mastekaasa (2008) stiller mer kompetente og kunnskapsrike pasienter profesjonsutøverne ovenfor større utfordringer, og det kan antas at dette reduserer profesjonsutøvernes autonomi.

Til slutt forekommer kontroll i etterkant som evalueringer av arbeidet i kombinasjon med ulike former for ansvarliggjøring (Svensson og Karlsson, 2008). Gjennom Lov om helsepersonell kan betaler likeens kreve innsyn og dokumentasjon, for å etterprøve om det en betaler for er gjort, og om det er gjort godt nok. Tilsyn har derfor en faglig og en økonomisk årsak. Helsetilsynet kan se etter om kvaliteten er bra, og kunne vurdere grunnlaget for klager på behandling og behandlinger.

2.3.3. Indre styrings- og kontrollmekanismer

Den kollegiale arbeidsformen er det profesjonelle arbeidets fundament, og skiller seg fra byråkratiets regler og tilpasning til markedets etterspørsel (Freidson 2001, i Svensson og Karlsson, 2008). Organisasjonsformen kjennetegnes som å være egalitær, som betyr samarbeid mellom tilnærmet likeverdige kollegaer, til forskjell fra byråkrati som er hierarkiske. Selv om kollegaer kan ha ulik formell kompetanse og erfaring, omfatter kollegiet en gjensidighet og solidaritet. Arbeidsformen består av et argumentasjonsfellesskap der kollegaer kan legitimere for ulik behandling basert på kunnskap og erfaring. Kollektive beslutningsmetoder bygger på demokratiske vedtak der beslutninger fattes i fellesskap. I et slikt perspektiv skiller kollegial organisering seg fra styringssystem med prinsipper om enerådighet, der lederne alene fatter beslutningene (Grimen, 2008). I følge Grimen trenger kollegiale grupper institusjonalisert indre selvjustis av to årsaker. For det første er kollegiale organisasjoner vanskelig å styre utenfra, det forutsetter dermed at slike organisasjoner kan styre seg selv om de får ansvar og selvstendighet til å forvalte kunnskap til det beste for andre. For det andre har profesjoner en sterk autonomi, siden de gjennom kollegial organisering forvalter en kompetanse som de er alene om å ha, og som dermed vanskeliggjør kontroll utenfra. I følge Svensson og Karlsson (2008) blir intern profesjonell kontroll mer effektiv når arbeidet organiseres i arbeidslag, selv om mye av det daglige samarbeidet kollegaer imellom ikke innehar karakter av kontroll, men er heller hjelp og støtte som kan være helt nødvendig i arbeidet.

Grimen (2008c) definerer profesjonsmoral som de normer og verdier som definerer vilkår for samarbeid mellom profesjoner, som samarbeider gjennom en kollegial arbeidsform, og som setter opp standard for atferd. Profesjonelle yrkesutøveres praksis er derfor normativt regulert (Svensson og Karlsson, 2008). Det betyr ikke at verdiene er universelle, men at de i stor grad regnes som normer innenfor et samfunn. Med andre ord er mange av reglene som styrer profesjonsutøvernes hverdag laget for at hver enkelt skal bidra til å realisere noe som regnes som verdifullt, nemlig å nå virksomhetens mål. Verdier er ikke sanne eller usanne, men er knyttet til vår identitet og hvordan vi mener det er riktig og galt og handle. Vi ønsker å realisere det som er verdifullt, og det er tilsvarende galt å handle mot mål vi ikke mener har verdi (Nordby, 2017). Der mennesker over tid samhandler vil det alltid utvikle seg sosiale normer som over tid gir samhandlingen et visst stabilt preg. Sosiale normer kan endres med formaliserte regler og retningslinjer, men sosiale normer kan imidlertid ha størst betydning.

Slike implisitte regler for samarbeid er ofte vanskelig å se når man selv er innenfor miljøene det gjelder (Ekeland, 2005).

I tillegg til myndighetenes retningslinjer utarbeider også profesjonene kvalitetsstandarder i form av prosedyrer og kliniske retningslinjer for å styrke det fagspesifikke. Slike standarder muliggjør samtidig at medlemmene kan holdes ansvarlige for sin praksis. Skjerperte tilsyn og overvåking utenfra bidrar til å øke aktiviteten innenfra, både ved å bedre kvalitet, dokumentere dette og gjøre tilsyn utenfra mulig. Innføring av internkontroll er et aktivt element for å påvirke aktørene og systemene for å forebygge feil og dårlig kvalitet (Ekeland, 2004). Kvalitetskontroll kan også være hjelpemiddel for å redefinere og fastsette virksomhetens mål, å skape legitimitet i organisasjonen og å utvikle metoder for å måle, evaluere og forandre virksomheten. Kvalitetskontroll kan også sees på som en ideologi, der man vektlegger lederskap, felles språk og verdier, stadig fornyelse og forbedring i lærende organisasjoner, samt kundefokusering og valgfrihet.

En siste strategi er knyttet til den kontrollfunksjonen som profesjonen kan utøve overfor sine medlemmer for å sikre at samfunnsoppdraget blir ivaretatt på en god måte. En måte dette gjøres på er å organisere i henhold til et beslutningshierarki (Aasen, mfl., 2018). Innenfor behandlingsinstitusjonen finner man mange ulike yrkesgrupper og profesjoner, som med hvert sitt kunnskapsområde påvirker organisasjonens virksomhet. I følge Andrew Abbott (1988) står profesjonene i avhengighet til hverandre, men også i en sosial kontekst av konkurranse. Profesjonene er relatert til hverandre og knytter seg til et dynamisk system som er i stadig endring. Oppgaver gir eksklusivitet og dominans over bestemte områder, og blir det Abbott kaller «jurisdiksjon». I følge Abbott ønsker dominante profesjoner å beskytte tradisjonelle profesjongrenser, ved å hindre nytten av praktiske tilpasninger og fordeling av oppgaver til andre på arbeidsplassen. Dette kan gjøres ved å sette fokus på akademisk eller teoretisk kunnskap for å tilstrebe og opprettholde eksisterende profesjongrenser.

Teknologisk utvikling, omorganisering eller andre endringsprosesser kan også true oppgavene og gjøre profesjonene sårbare. Endringer i organisasjonsstruktur skaper og endrer jurisdiksjonsfeltet. Abbott fremstiller at jurisdiksjon mellom profesjoner tenderer til å viskes ut på arbeidsplasser som for eksempel har stort arbeidspress. Dette medfører en utydelig oversikt over arbeidsfordeling, og en får det Abbott kaller assimilasjon, ved at kompetansen overføres mellom profesjoner. Profesjoner vil alltid være utsatt for konkurranse fra

tilgrensende yrker, og i følge Abbot (1988) er det naturlig at det er slik. Like naturlig er det at profesjoner vil arbeide for å opprettholde egen eksklusivitet. På grunn av praktiske årsaker vil det imidlertid tvinge seg frem gjensidige avtaler mellom profesjonene. Den dominante profesjonen har derfor nytte av en subdominant profesjon for å kunne delegerer rutinepregede arbeidsoppgaver. Abbott beskriver overenskomster, eller "settlements", som avtaler eller ordninger mellom profesjonene. Slike ordninger avgrensner profesjonenes ansvar og arbeidsoppgaver, og blir oppfattet som arbeidsdeling mellom ulike yrkesgrupper. En vanlig form for "settlements" er en underordning, der den dominante profesjonen beholder retten til en oppgave, men lar den underordnede benytte deler av denne kompetansen ved at de utfører arbeid på deres vegne. I følge Abbott kan også økt standardisering true profesjoners anledning til å holde full jurisdiksjon. Når standarden eller retningslinjen er tydelig og god nok, vil oppgavene kunne utføres mer eller mindre mekanisk, og det vil det være det samme hvem som utfører oppgaven. Standardiserte prosedyrer og økt aktivitet medfører på denne måten at enkelte profesjoners autonomi svekkes. Dette kan påvirke arbeidssituasjonen og fordeling av arbeidsoppgaver.

KAPITTEL 3.0 METODE

Metode er i følge Malterud (2017) en strategi for å komme frem til kunnskapsutvikling. Kvalitativ metode innebærer en fortolkende tilnærming til fagfeltet og bygger i følge Kvale og Brinkmann (2017) på en hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring som opprinnelig var knyttet til læring av fortolkning av tekster. Formålet med en hermeneutisk tilnærming er å oppnå en forståelse av hva meninger og uttrykk betyr i en gitt kontekst og for å nå frem til en gyldig og allmenn forståelse av tekstens betydning.

Videre i dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvorfor og hvordan jeg har brukt kvalitativt forskningsdesign som metode i denne oppgaven. Deretter vil jeg forklare hvordan datamaterialet ble analysert. Til slutt vil jeg redegjøre for forskningsetiske problemstillinger og vurdere forskningens pålitelighet og gyldighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

3.1. Valg av metode

“Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?”
(Kvale og Brinkmann, 2017:18).

Å samtale er en grunnleggende form for menneskelig samspill, sier Kvale og Brinkmann (2017). Som mennesker snakker vi med hverandre. Vi interagerer, stiller spørsmål og svarer på spørsmål. Gjennom interaksjon lærer vi om hverandres opplevelser, følelser, holdninger, og om den verden vi lever i. Jeg som forsker søker å forstå problemstillingen fra profesjonsutøvernes side og har benyttet kvalitativ metode fordi jeg er interessert i å utforske deres egne erfaringer og forståelse av sitt autonome handlingsrom. Intervjuet sikter mot nyanserte beskrivelser av den intervjuers livsverden gjennom ord og ikke gjennom tall, som ved kvantitativ metode. Formålet med studien er å få frem betydningen av erfaringer, og tilegne meg forståelse av deres opplevelser av arbeidssituasjonen, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale og Brinkmann, 2017; Malterud, 2017). Forforståelse et viktig metodisk prinsipp både i denne sammenheng og i forskningssammenheng generelt. Begrepet forforståelse beskrives av Malterud (2017) som den personlige ryggsekken man bringer med seg inn i et forskningsprosjekt. Bakgrunnen for hele den kvalitative forskningsprosessen avhenger av de erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og den teoretiske referanserammen forsker har med, før prosjektet starter. Forforståelsen var en viktig side av motivasjonen for mitt valg av tema som jeg har tatt med meg inn analysearbeidet. Fortolkningen vil være preget

av min bakgrunn, holdninger og erfaringer som ansatt i TSB, som kan ha både fordeler og ulemper. Dette vil jeg komme nærmere inn på under avsnittet om metodekritikk. Ettersom min forforståelse påvirker oppgaven, er det viktig å beskrive den, og ikke minst være i stand til å endre den underveis i oppgaven. Dette anses som grunnlagsbetingelse innen vitenskapelig kunnskap og omtales av Malterud (2017) som *refleksivitet*, der det gis rom for plass for tvil, ettertanker og uventede konklusjoner.

3.1.1. Forskningsdesign

Jeg utførte en kvalitativ studie der utgangspunktet er at individene utvikler sine kunnskaper i tett interaksjon med omgivelsene. Jeg har forsøkt å beskrive virkeligheten slik respondentene oppfattet den, med et fortolkende blikk. Data er innhentet ved hjelp av kvalitative intervjuer hvor respondentene delte sine egne erfaringer med ulike sider av profesjonsrollen i arbeidshverdagen. Jeg har gjennomført en casestudie av én organisasjon. Casestudie ble ansett som best egnet da formålet med studien var å få mest mulig informasjon om én eller noen få enheter for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene (Bukve, 2016). Selv om respondentene utgjør et utvalg av klinikere så er det organisasjonen som utgjør casen i studien, da studien omhandler et tema som berører hele organisasjonen. Jeg har valgt et intensivt design, som innebærer at jeg har samlet data fra få kilder. Dette har gitt meg mulighet til å gå mer i dybden i undersøkelsen, enn om jeg hadde benyttet et ekstensivt design. Et ekstensivt design ville innebære å samle data fra mange kilder, for eksempel gjennom et kvantitativt spørreskjema. Denne metoden er innrettet på å nå mange enheter, og kan dermed ikke være for kompleks. Det er dessuten lite rom for utdypende opplysninger utover de spørsmålene som er stilt (Bukve, 2016). Da faktorer i arbeidsforholdet kan påvirke profesjonsutøveres handlingsrom har det vært sentralt å høre deres stemme for å lettere kunne forstå deres situasjon. Studien er en kvalitativ tverrsnittstudie, noe som betyr at jeg har samlet inn data fra flere respondenter på samme tid (Bukve, 2016). På grunn av rammene jeg hadde i denne masteravhandlingen, både tidsmessig og av hensyn til oppgavens omfang, ble respondentene intervjuet en gang. Dersom jeg hadde intervjuet respondentene flere ganger, som ved langsgående design, ville det gitt meg mulighet til å studere problemstillingens variasjon og samvariasjon på individ- og gruppenivå over tid (Bukve, 2016). Datagrunnlaget kunne blitt mer detaljert ved at respondentene hadde mer tid til å tenke på hvordan de vurderer sitt arbeidsforhold. For å kompensere for dette utarbeidet jeg en tematisk intervjuguide med konkrete underspørsmål som ble sendt ut til respondentene noen dager før

intervju. Slik tilrettela jeg for at respondentene kunne gjøre seg refleksjoner i forkant av intervjuene.

3.2. Undersøkellesprosessen

Når man velger intervju som metode, må man ta stilling til hvor mange informanter det er nødvendig å intervjuer, og hvordan intervjuene skal gjennomføres. Begrunnelser for mine valg beskrives nedenfor.

3.2.1. Individuelle intervjuer

I kvalitative forskningsintervjuer kan det benyttes fokusgruppeintervjuer eller intervjuer av enkeltpersoner. Jeg har valgt å gjøre individuelle intervjuer for å få informasjon om opplevelser og erfaringer fra deres ståsted. I individuelle intervjuer kan det være lettere å styre samtalen og skape tillit med den som intervjues. Gjennom en én til én relasjon kan respondentene oppleve en tryggere og mer skjermet situasjon for utveksling av sensitivt stoff og kan stå friere til å komme med sine meninger og oppfatninger fordi de ikke trenger å ta hensyn til andre (Tjora, 2017).

3.2.2. Intervjuguiden

Et kvalitativt intervju kan utformes på mange måter. Den ene ytterligheten preges av en åpen tilnærming med lite struktur, der intervjuguiden inneholder noen hovedtema som skal dekkes. Den andre ytterligheten har et strukturert opplegg, med en detaljert rekkefølge av formulerte spørsmål. En mellomvariant mellom disse ytterlighetene karaktereres ved å være delvis strukturert, eller semistrukturert (Kvale og Brinkmann, 2017). Jeg har valgt et semistrukturert forskningsintervju, som styres av de temaene jeg har ønsket å få informasjon og har fokusert på respondentenes opplevelse av et emne. Fordelen med en slik tilnærming er at svarene er sammenlignbare fordi alle respondentene har svart på de samme temaene. Samtidig er det fleksibelt nok til at respondentene får anledning til å komme med tema som var viktige for dem. Kvale og Brinkmann (2017) understreker viktigheten av å bruke en intervjuguide som fokuserer på tema som undersøkelsen ønsker å få belyst. Spørsmålene i intervjuguiden er utarbeidet med bakgrunn i studiens teoretiske ramme, der forhold knyttet til autonomi, kontroll- og styringsmekanismer og organisatoriske forventninger er sentrale.

Intervjuguiden består av både faktaspørsmål og meningsspørsmål. Siden spørsmålene i denne sammenheng handler om til dels personlige aspekter som krever fortrolighet for at respondentene skal åpne seg, ble det viktig for meg å finne en best mulig rekkefølge på spørsmålene. Jeg så det derfor som en fordel å innlede med nøytrale og generelle faktaspørsmål som det er lett å svare på. Deretter ble det stilt meningsspørsmål med tema om opplevelsen av egen arbeidshverdag. Meningsspørsmålene er mer emosjonelt ladede emner og respondentene fikk her anledning til å fortelle mest mulig fritt. Jeg avsluttet med nøytrale spørsmål. Derved får intervjuet et preg av en stigning mot et høyere emosjonelt nivå, som nedtones mot slutten.

Før gjennomføringen av det første intervjuet gjennomførte jeg et pilotintervju med en kollega jeg kjente fra før, som ble holdt utenfor analysen. Hun ble i etterkant spurt om spørsmålene opplevdes relevante i forhold til temaet oppgaven skulle belyse. Tilbakemeldingene ble et viktig bidrag til å belyse om spørsmålene jeg hadde formulert bidro til å løse problemstillingen. I pilotintervjuet fikk jeg også testet om tidsintervallet jeg hadde satt overholdt med tiden respondenten trengte for å besvare spørsmålene. På bakgrunn av dette ble intervjuguiden evaluert og justert. Pilotintervjuet gav meg også verdifulle tilbakemeldinger og god trening i det å innta rollen som forsker.

3.2.3. Utvalgsriterier

Ut i fra studiens problemstilling og foreliggende teori har jeg valgt å bruke strategisk utvalg som metodeverktøy. I litteraturen omtales dette som purposive sample, det vil si at utvalget er sammensatt ut i fra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Ettersom jeg ønsket kunnskap om profesjonsutøveres handlingsrom i TSB innhentet jeg det empiriske materialet hos dem som kunne fortelle meg noe om dette. Aktuelle respondenter befant seg derfor innenfor en valgt organisasjon med arbeid innen klinisk virksomhet. Ingen andre kriterier ble gitt, dette for å vektlegge mangfoldet i organisasjonen (Malterud, 2017). Mangfoldet kan representere bedre informasjonsstyrke og utfordre konklusjoner som først synes opplagte. Variasjonsbredde kan også gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme tema, enn ved et homogent utvalg. Ulike profesjoner og kjønn ble inkludert da jeg ønsker å studere opplevelsen av arbeidsforholdet generelt blant den kliniske personalgruppen. Videre har jeg inkludert flere yrkesgrupper for å belyse

hvordan ulike profesjoner opplever samme situasjon. Forhåpentligvis vil dette også kunne bidra til å fange opp flere nyanser og belyse mangfoldet rundt temaet.

3.2.4. Rekruttering og utvalg

Jeg sendte først en skriftlig henvendelse til ledelsen ved behandlingstjenesten der jeg presenterte oppgavens tema, dens formål og med spørsmål om jeg kunne intervju ansatte i organisasjonen. Dette var ledelsen positiv til. Jeg utformet så et informasjonsskriv med utfyllende informasjon og forespørsel om deltakelse. Etter anbefaling fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ble forespørsel om deltakelse sendt ut av ledelsen på vegne av meg. Slik ble hensyn til frivillighet og konfidensialitet ivarett og rekruttering og utvalg foregikk ved at de som ønsket å delta tok direkte kontakt med meg. På grunn av ferieavvikling ble en del av intervjuene flyttet til over sommeren. Etter å ha gjennomført seks intervjuer, spurte jeg en respondent om vedkommende kunne undersøke med sine kolleger om noen av dem kunne tenke seg å delta i studien. På denne måten ble siste respondent inkludert i studien ved hjelp av "snøballteknikken" (Malterud, 2017). Siste intervjuet ble holdt i begynnelsen av oktober 2017.

Utvalget representerer ulike sider av den kliniske virksomheten i behandlingstjenesten i form av stilling, kjønn, arbeidserfaring og lederansvar. Til sammen er det intervjuet syv ansatte med ulike arbeidsoppgaver, herunder to mellomledere og fem ansatte fordelt på tre klinikker. Tre av respondentene har behandlingsansvar.

3.2.5. Gjennomføring av intervjuene

Før selve intervjuet og lydopptaket startet oppsummerte jeg den skriftlige informasjonen respondentene hadde mottatt om prosjektet og respondentene signerte på samtykkeerklæring. Jeg presiserte at deltakelse i studien var frivillig, og at respondentene, dersom de ønsket det, når som helst kunne trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Jeg valgte å bruke lydopptaker fordi det gav meg frihet til å konsentrere meg om å skape god dialog med respondentene, uten å måtte forstyrres av skrivearbeid. Samtlige respondenter gav meg tillatelse til å benytte diktafon under intervjuet, selv om jeg understreket at dette var frivillig. Etter anbefaling fra NSD instruerte jeg respondentene om å ikke navngi eller på annen måte gi tredjepartsopplysninger, som identifikasjon av ledere og kolleger. Jeg informerte den enkelte respondent eksplisitt om at alle svar som ble gitt under intervjuet ville bli anonymisert

og at alt datamateriale ville bli oppbevart trygt. Det ble også gitt informasjon om at de transkriberte intervjuene og lydopptakene ville bli slettet ved prosjektslutt.

For å ikke ta for mye av respondentens arbeidstid ble alle intervjuene gjennomført i arbeidstiden på respondentenes arbeidsplass, og på egnede møterom. Intervjuene hadde en varighet fra 40 til 55 minutter. Jeg fulgte i stor grad intervjuguiden. I blant så jeg imidlertid behov for ekstra spørsmålsformuleringer som gav mer spesifikke beskrivelser av situasjoner og handlinger. Dette bidro til at respondentene kom med konkrete eksempler og ikke bare generelle meninger (Kvale og Brinkmann, 2017). Faren for at overflatisk informasjon som kan bli unyttig for prosjektet uteblir derfor i større grad og kan bidra til å bedre utvalgets informasjonsstyrke (Malterud, 2017). Jeg stilte oppfølgingsspørsmål som «er det sånn å forstå ...» og «tenker du at ...» der jeg ønsket utdypende informasjon.

3.2.6. Transkribering

Jeg bestemte meg for å transkribere alt selv. Siden jeg selv var deltaker i intervjuet, husket jeg momenter som kan oppklare uklarheter, eller som er av betydning for meningen i teksten. Selv om dette er tidkrevende kan dette styrke validiteten i datamaterialet (Malterud, 2017). Ved å transkribere selv lærer jeg også mye om min egen intervjustil (Kvale og Brinkmann, 2017). Når jeg lyttet gjennom lydfilene i ettertid kunne jeg tydelig høre at jeg burde stilt oppfølgingsspørsmål eller utfordret respondenten til å utdype mer ved flere anledninger enn jeg faktisk gjorde. Disse erfaringene tok jeg med meg inn i neste intervju. Intervjuene ble transkribert raskt etter gjennomføringen. Jeg brukte en funksjon på diktafonen som satt ned tempoet på lydopptakene, slik at jeg ikke skulle miste informasjon på veien. Dette fungerte godt. Ved alle intervjuene ble det valgt å transkribere ordrett og alle pauser, intonasjonsmessige understrekninger og følelsesuttrykk som latter og sukk ble tatt med. Dette ga transkriberingen et muntlig preg og informantenes uttalelser kom så nært opp til virkeligheten som mulig.

3.2.7. Dataanalyse

Selv om analyse av kvalitative data pågår gjennom hele datainnsamlingsprosessen, blir analysen først systematisert etter at dataene er samlet inn (Tjora, 2017). Dataanalyse er en prosess som bidrar til å få frem mening og sammenheng av de empiriske dataene som hentes inn. Metoden jeg har benyttet i min analyse omtales som stegvis- deduktiv induktiv metode (SDI). Metoden er induktiv, det vil si at man først samler inn empiri og deretter lager en

årsakssammenheng om hva empirien forteller. Prosessen går fra empiri til teori. Neste steg innebærer en deduktiv trinnvis tilbakekobling, Formålet her er å bekrefte eller avkrefte teorien. Selv om prosessen først går fra empiriske data til teori, vil analysen jeg gjør av materialet preges av både mine perspektiver og av de tendenser og sammenhenger som jeg vurderer under analysen av dataene. Jeg valgte SDI fordi det hjalp meg å være oppmerksom på egne perspektiver og holdninger, og for å unngå raske konklusjoner. Jeg ønsket ikke å få bekreftet det jeg selv erfarte eller mente om problemstillingen, men var interessert i å høre hva respondentene sa om temaene jeg ønsket å undersøke.

Gjennom analysedatadokumentene opprettet jeg koder, det vil si ord, begreper og utsagn som beskrev utsnitt av datamaterialet. Kodene ble dermed utviklet fra respondentenes egne ord, og ikke fra teori, hypoteser og forskningsspørsmål. Kodene fortalte med andre ord hva respondentene sa, og ikke hva de sa noe om. Denne prosessen gav en liste med kodesett, som alle var generert med utgangspunkt i analysedata. Fordelen med koding var både at det gav en oversikt over data, i tillegg til at volumet i materialet ble redusert samtidig som innholdet ble bevart. Tjora (2017) kaller denne prosessen induktiv empirinær koding, hvor målet er å redusere påvirkningen av ulike forventninger og teorier som en enhver forsker mer eller mindre eksplisitt vil trekke med seg inn i analysen.

Gjennom kodegruppering videreføres det samme prinsippet om empirinær koding (Tjora, 2017). Etter jeg fikk skrevet ut kodene fikk jeg en bedre oversikt over hvor stort materialet var og innholdet i dem. Jeg gjorde en innholdsanalyse der jeg organiserte intervjumaterialet i overordnede temaer som pekte seg ut som de mest sentrale, det vil si de tematikkene respondentene reflekterte rundt og fremhevet som viktige for dem. Disse kodene gjorde at jeg husket hvert enkelt intervju og situasjonen godt. Det bidro til at kodene ble brukt som veiledninger også etter de var systematisert, for å starte på analysen. Kodegruppene dannet utgangspunkt for hovedtemaer i analysen. Enkelte temaer og beskrivelser som ikke direkte var knyttet til den opprinnelige problemstillingen, men som engasjerte respondentene og som ble gjentatt i intervjumaterialet, ble viktige elementer som utvidet min forståelse av hvordan eksplisitte og implisitte styringsmekanismer påvirker skjønnsutøvelse og autonome beslutninger på et klinisk nivå. Dernest utviklet jeg tematikker og teoretiske drøftinger på bakgrunn av empirien, men gjorde stadige tilbakeskritt til koblinger mellom teori, andre studier og problemstillingen jeg startet opp med, samt det empiriske materialet jeg hadde innhentet. Som eksempel var ikke begrepet handlingsrom med i utgangspunktet for studiet

men er kommet til underveis i prosessen, Likeens har tematikken rundt stress og trivsel har fått mindre vekt i teori, analyse og drøfting enn først tenkt. Det gjør ikke temaene mindre viktige av den grunn, men fordi problemstillingen er endret underveis vies de mindre plass.

3.3. Metodekritikk

Metodevalget påvirker undersøkelsens kvalitet. Dette gjelder uansett hvilken metode jeg hadde valgt og det er derfor viktig å vurdere undersøkelsens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet nærmere. Å forske i egen organisasjon er også noe som vil påvirke gjennomføringen av oppgaven.

3.3.1. Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet

Undersøkelsens reliabilitet omtales også som pålitelighet og hvor sikker resultatene er (Kvale og Brinkmann, 2017). Reliabilitet avhenger av måten jeg har innhentet data på og hvordan data er bearbeidet. Det er imidlertid vanskelig å knytte krav om reliabilitet innenfor kvalitativ forskning. For å teste reliabiliteten kunne den samme undersøkelsen vært gjennomført på samme gruppe etter en viss tid. Funnene vil alltid være knyttet til konteksten undersøkelsen fant sted. Når vi forsker på mennesker, vil menneskene og omgivelsene rundt endre seg. Gjennomføringen av intervjuene og tolkningen av datamaterialet er også påvirket av mine erfaringer og arbeidsbakgrunn. Andre personer vil derfor kunne gjøre andre analyser og tolkninger av materialet. Gjennom hele studien har jeg søkt å få frem kunnskap og respondentenes erfaringer på en så objektiv måte som mulig. Gyldighet handler om hvorvidt en undersøker det en skal undersøke med den metoden en har valgt (Kvale og Brinkmann, 2017). Validitet kan forstås som sannhet eller gyldighet, og er knyttet til tolkningen av data og spørsmål om undersøkelsens gyldighet. Hvordan jeg har gått frem og de funn jeg har gjort, skal reflektere både hensikten med undersøkelsen og representere en virkelighet. Jeg har derfor i stor grad benyttet meg av ordrette sitater i tolkningen av datamaterialet. Kvale og Brinkmann (2017) sier at et viktig spørsmål er om kunnskapen studiet presenterer kan overføres til andre relevante situasjoner. Ettersom dataene gjenspeiler respondentenes subjektive opplevelse knyttet til egen arbeidshverdag, men jeg mener at resultatene fra studien kan gjenkjennes av lesere med erfaring innen TSB, og spesielt av profesjonsutøvere innen klinisk virksomhet. Imidlertid må det kunne antas at det er flere forhold som kunne påvirket respondentenes erfaringer i arbeidshverdagen enn de som er fanget opp i denne studien. Det som fremkommer i materialet er min fortolkning, min teoretiske forståelse, min bakgrunn og erfaring. Det er ikke sikkert respondentene vil fortolke seg selv på samme måte. Jeg kan ikke

tilby sanne eller nøytrale funn, men jeg håper at resultatet av undersøkelsen kan bidra til en refleksjon av profesjonalitet og hvordan det profesjonelle rommet begrenses av eksplisitte styringsmekanismer og implisitte mekanismer.

3.3.2. Fordeler og utfordringer med å forske i egen organisasjon

Forskning i egen organisasjon kan ha flere fordeler, fordi det gir umiddelbar forståelse av mange fenomener som en utenforstående ikke klarer å oppfatte (Malterud, 2017). Jeg har kunnskap og erfaring med arbeid innen TSB, kulturen og kodene innad i organisasjonen, som kan være vanskelig å forstå for utenforstående. Interessen jeg har for egen virksomhet har også gitt større motivasjon og utholdenhet underveis. Å forske i egen organisasjon krever likevel en viss rollebevissthet, fordi det å forske i eget miljø eller i egen yrkesgruppe gir noen utfordringer i forhold til objektivitet. Faren for forutinntatthet er stor som forsker og medarbeider, fordi vanen med å se ting i den daglige rutine er stor. Dette beskrives som feltblindhet, der forsker leter etter observasjoner som bekrefter sin forforståelse og egne erfaringer. Nærhet til stoffet kan derfor vanskeliggjøre refleksivitet. I denne studien må jeg derfor håndtere rollen som medarbeider og forsker samtidig (Malterud, 2017). Jeg var derfor nøye med å stille oppfølgingsspørsmål, også der jeg hadde grunnlag for å kjenne til årsaksforhold. Gjennom jobben har jeg kjennskap til de tre klinikkene respondentene representerer og har dermed relasjon til noen av respondentene fra før. Ettersom det kan være en mulighet for at mine respondenter har vansker med å skille mellom min rolle som forsker og som kollega, er det en fare for at respondentene avgir svar som de tenker at jeg helst vil høre. Jeg var derfor bevisst på å unngå å presentere hva jeg selv mente. For at de ikke skulle koble meg for tett til mitt ansettelsesforhold i organisasjonen, gjorde jeg også deltakerne oppmerksomme på at dette studiet er en del av min personlige masterstudie og ikke er initiert av TSB som del av mitt arbeid hos dem. Motsatt kan deres forhåndskjennskap til meg heller ha vært med på å skape en tillitsfull og gjensidig forståelse i intervjusituasjonen, noe som kan bidra til at de på en friere måte har fortalt om sine egne erfaringer (Malterud, 2017). Dette kan øke intervjuets kvalitet og redusere faren for feilkilder. Ved å forsikre respondentene om anonymisering av datamaterialet jeg samlet inn gjennom intervjuene, og ved å opptre respektfullt ovenfor den som stilte til intervju, opplevde jeg en stor åpenhet hos deltakerne.

3.3.3. Etske betraktninger

Prosjektet er godkjent av NSD (Vedlegg 1). Jeg har fulgt etiske prinsipper og retningslinjer under gjennomføring av studiet. Det har vært viktig for meg å behandle respondentene respektfullt, både i intervjusituasjonen, men også i analysen og presentasjonen av datamaterialet. Noen av spørsmålene kan oppleves som sensitive. Jeg har derfor forsøkt å la respondentene snakke fritt og reservere seg fra spørsmål de ikke ønsket å svare på. Jeg har også lagt vekt på å være åpne overfor respondentene om mitt ståsted og hensikten med undersøkelsen. Lydopptakene ble slettet etter å ha gjennomgått lydopptakene to ganger og når transkripsjonen var ferdigskrevet. Respondentene ble anonymisert i datamaterialet, og jeg har ikke lagret lister med navn eller andre opplysninger på datamaskinen som kan gjøre det mulig å identifisere respondentene.

På grunn av relativt lite utvalg har det vært en etisk utfordring knyttet til presentasjonen av data. Flere av respondentene representerer små profesjonsgrupper og av hensyn til konfidensialiteten har det vært nødvendig å anonymisere yrkesrollene til respondentene. Der jeg har sett det hensiktsmessig for presentasjon av data har jeg imidlertid valgt å benevne dem som mellomleder og behandlingsansvarlig. For å forenkle fremstillingen av respondentenes svar og for å bevare deres anonymitet har jeg valgt å omtale alle respondentene med «hun», selv om begge kjønn er inkludert i studien. I tillegg har jeg forkortet noen utsagn og utelatt enkelte ord som kan være med på å vise til profesjon eller avdelingsenhet. For å gjøre teksten mer leservennlig og skape bedre flyt, bruker jeg begrepene profesjonsutøver, profesjonell og respondent om hverandre.

KAPITTEL 4.0 FUNN OG ANALYSE

Denne studien handler om hvordan profesjonsutøvere innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling opplever sitt autonome handlingsrom. Gjennom analysen av de syv intervjuene som ble gjennomført fant jeg ulike reguleringer nedfelt i styringsinstrumenter, kontrollmekanismer og organisatoriske forventninger som respondentene må forholde seg til og som noen ganger skaper dilemmaer for profesjonsutøvelsen.

Funn og analyse presenteres under fem delkapitler. I første delkapittel vil jeg presentere hvorfor respondentene fremholder sitt autonome beslutningsgrunnlag som viktig, men som noen ganger kan komme i konflikt med reguleringer, forventninger og krav. Deretter vil jeg vise hvordan krav og forventninger får konsekvenser for oppgaveprioritering og jeg synliggjør hvordan respondentene håndterer sine valg. I neste delkapittel synliggjør jeg hvordan handlingsrommet profesjonsutøvere opplever å ha, utfordrer måten de ivaretar det individuelle ansvaret de har. Dernest ser jeg på hva respondentene sier om makt og tillit i tverrfaglige samarbeid generelt og i beslutningssituasjoner spesielt. Avslutningsvis ser jeg på respondentenes erfaringer og meninger om hvilken leder- og kollegastøtte de er i behov av.

Analysen viser ulike erfaringer, meninger, holdninger og refleksjoner. I denne sammenheng er det synspunktene og argumentene som er av interesse, ikke hvor mange som har dem.

4.1. «Det å føle at jeg har hodet over vann, det har jeg stort sett aldri, men. Det kan være en god følelse i blant, å føle at du har hodet over vann»

En mellomleder deler utsagnet ovenfor når hun beskriver en god dag. Utsagnet viser at selv om det å ha «hodet over vann» er en god følelse, er det sjelden hun opplever å ha det slik. I dette delkapittelet vil jeg vise hva respondentene legger i begrepet kontroll over eget arbeid og hvorfor autonomi er en viktig del av profesjonsutøvelsen. Deretter vil jeg vise hvordan respondentene forholder seg til ulike former for kontroll- og styringsmekanismer, som det noen ganger foreligger dilemmaer ved. Hvordan respondentene omtaler disse dilemmaene kan synliggjøre profesjonsutøvernes handlingsrom.

4.1.1. Autonome beslutninger synliggjøres gjennom styrings- og kontrollmekanismer
Å oppleve egenkontroll er viktig for respondentene i denne studien. På spørsmål om hva respondentene legger i begrepet «kontroll over eget arbeid» beskrives dette på flere måter,

eksempelvis som måten respondentene opplever kontroll selv og som en måte de tenker om seg selv: «*At jeg føler at jeg får til det jeg skal gjøre, eller at det akkurat er bitte litt vanskelig, slik at når jeg får det til så føler jeg liksom at jeg har gjort noe ekstra.*» sier én respondent. «*For tingen er at du sitter med den følelsen mens du gjør det, at dette skal jeg føle bra med etter at jeg har gått hjem.*» sier en annen. Beskrivelsene respondentene gir av egenkontroll i situatene ovenfor kan sees i sammenheng med følelsen av mestring. Begrepet «kontroll over eget arbeid» omtales også som måten en blir opplevd av andre på. En mellomleder forteller at hun av og til arbeider ettermiddager og helger for å bli a jour. Men det er greit, synes hun. For å ha en slik lederstilling påtar hun seg frivillig mer arbeid enn hun er pålagt, fordi hun i lederrollen som hun besitter ønsker å ha kort responstid. Det kan bety at hun ønsker å skape tillit og trygghet hos medarbeidere ved å vise at hun er tilgjengelig. Egenkontroll beskrives imidlertid helst som en atferd profesjonsutøverne må vise for å leve opp til krav og forventninger rollen stiller. Respondentene bruker ord som planlegge, vurdere, beslutte, signere, sette punktum og bestemme, slik en respondent sier det:

«At det er meg som bestemmer. Og i den jobben jeg har er det meg som bestemmer. Så den graden av kontroll jeg har, på det jeg gjør, er rimelig grei. Jeg har ikke kontroll på hva jeg skal gjøre. Det hender jeg kunne gjort sånn eller sånn, men man jobber tross alt innenfor noen rammer som er satt av ledelsen, de får man holde seg til eller slutte. Så er det mengden. Kontroll på mengden har jeg ikke så god kontroll på»

Det er en selvmotsigelse i det denne respondenten sier om at det er hun som bestemmer, selv om hun bekrefter at det ikke alltid er slik. I respondentens beskrivelser viser hun at hun har begrensede muligheter til å ta autonome beslutninger knyttet til arbeidsoppgaver og arbeidsmengde på grunn av organisatoriske rammer bestemt av ledelsen. Det kan være at respondenten betrakter sin grad av egenkontroll i virke av sin profesjon, og at hun dermed opplever stor beslutningsmyndighet knyttet til kliniske vurderinger. Opplevelsen av egenkontroll kan derfor sees i kontekst med klinisk autonomi. Beslutninger som tas etter profesjonelt skjønn er i stor grad overlatt til profesjoner, som kan medvirke til at respondenten i sitatet ovenfor godtar at egne beslutninger over andre deler av arbeidsinnholdet vedtas utenfor hennes kontroll. Respondenten har således et stort klinisk handlingsrom, mens andre sider ved arbeidsforholdet begrenses av organisatorisk styring. Profesjoners medlemskap i en organisasjon innebærer at de overgir en del av kontrollen over egne handlinger til organisasjonen (Svensson, 2008). Når kontrollen over egne handlinger overføres, berøres

også profesjonsutøveres autonomi. Hvilke pasienter som prioriteres, handler i følge en respondent om pålagte krav fra ledelsen:

«Man må alltid foreta prioriteringer om hvem man skal behandle, hvem man ikke skal behandle og hvordan man skal behandle. (..) Og har ledelsen bestemt, har ledelsen bestemt. Det er en del ting som kunne blitt bedre om vi kunne prioritert de. Men det krever en del ressurser, og siden ressursene ikke er der, så har ledelsen bestemt at sånn skal det være (..). Og de må få respekt for det. Selv om en kan være uenig.»

I følge denne respondenten handler prioritering om økonomiske forhold. Det fremkommer i utsagnet ovenfor at krav fra ledelsen regulerer respondentens autonome handlingsvalg. Hvilken pasientgruppe som skal prioriteres og hvilken behandling pasienter skal tilbys, avgrenses derfor av institusjonelle direktiver fra ledelsen som følge av ressursbegrensninger. Hun har forståelse for at knappe ressurser er årsak til ledelsens krav, samtidig viser hun at hun er uenig med prioriteringene og sikter til at andre prioriteringer kunne gitt bedre løsninger. Respondenten har såles andre oppfatninger om hvordan begrensede ressurser bør benyttes. Skjønn kommer også inn her, siden profesjonelle har førstehåndskunnskap i hvordan ressursene best kan fordeles (Aasen mfl., 2018). En annen respondent sier hun har stor valgfrihet til hvordan hun legger opp arbeidsdagen og god fleksibilitet til timeavtaler og samtaler med pasienter. Hun opplever imidlertid at skjønnsutøvelsen begrenses av ytre styringsmekanismer, og sier det slik:

«Med rollen så blir det veldig rigid for hva du kan gjøre, men det er også det du velger å gjøre selv.»

Respondenten legger til at mange av arbeidsprosessene hun utfører er underlagt nasjonale retningslinjer. Sitatet peker på en spenning mellom muligheten til å foreta egne skjønnsvurderinger og forhold som innskrenker handlingsrommet. Beslutningen om det vil være riktig å følge eller ikke følge nasjonale faglige retningslinjer, er en vurdering den enkelte profesjonsutøver tar basert på pasientens tilstand. Samtidig gir respondenten beskrivelser av en rigiditet, som kan tenkes at i noen tilfeller er styrende for hennes handlingsvalg. Et eksempel respondenten gir er hvilke valgmuligheter hun har av legemidler hun kan foreskrive. Dersom hun har hun ti legemidler å velge mellom, kan hun ikke foreskrive andre legemidler utover dette. Slik legger retningslinjene føringer på hvilke autonome beslutninger

respondenten kan ta. Hun sier videre: «*Så det er jo ikke kjempefleksibelt, jeg må jo liksom gjøre ting etter prosedyre her og der*». Sitatet viser at styringsmekanismer, i dette tilfellet retningslinjer og prosedyrer, kan legge føringer for anvendelsen av klinisk skjønnsutøvelse. I de tilfeller respondenten avviker fra retningslinjer, kan det tenkes at respondenten må dokumentere og begrunne hvorfor hun gjør det. I praksis kan altså en særskilt begrunnelse virke disiplinerende ved at det er vanskeligere å ta beslutninger som ikke er i tråd med retningslinjer, slik Utvåg mfl. (2014) viser i en vitenskapelig artikkel. Det kan føre til en opplevd redusert klinisk autonomi, slik utsagnet ovenfor peker på. Profesjoners tillitsbaserte ansvar innebærer at de kan bli avkrevd å gjøre rede for sine vurderinger og beslutninger, slik denne respondenten beskriver kravene hun får fra ledelsen: «*Kravene er kanskje det, visst vi skal kode prosedyrer*.» Når respondenten utfører en handling etter prosedyre, foreligger det samtidig et dokumentasjonskrav. Slike krav om prosedyrekoding som fremkommer ovenfor, kan vise en økende grad av at profesjonelt arbeid ansvarliggjøres gjennom kontroll (Svensson og Karlsson, 2008). Skjønnsvurderinger ansvarliggjøres dermed gjennom mekanismer som gjør profesjonsutøvene mer «accountable» ovenfor arbeidsgiver og helsemyndigheter.

Der noen respondenter beskriver utfordringer med prosedyrer og retningslinjer, gir andre uttrykk for at behandlingsinstitusjonen kan bli enda bedre på slike systemer. Positive argumenter som oppgis er bedre struktur og arbeidsfordeling og en klarere arbeidsbeskrivelse, noe som de mener bidrar til styrke den faglige kvaliteten og forhindrer usikkerhet. Det kan derfor tenkes at de ser på prosedyrene og retningslinjene som beslutningsstøtte i arbeidet. Selv om profesjonsinterne tiltak ikke har samme forpliktende status som rettslige reguleringer, kan det bidra til å kultivere profesjonenes skjønnsutøvelse (Aasen mfl., 2018). Interne standarder muliggjør også at profesjonene kan holdes ansvarlige for sin praksis internt. En respondent gir et slikt eksempel, når hun forteller om en prosedyre som ble innført på døgnetenene noen år tidligere. Prosedyren innebærer at en sykepleier eller vernepleier får tildelt et overordnet ansvar for alle døgnetenene på kvelds- og nattevakter, og på helg- og helligdager. Prosedyren innebærer blant annet et overordnet ansvar for å koordinere oppgaver, delta i tverrfaglige drøftinger på tvers av enheter, godkjenne og koordinere alle henvendelser til vakthavende lege, og ved behov, ha et overordnet ansvar med utenforstående instanser ved kritiske hendelser. I tillegg innebærer prosedyren en skriftlig rapport tilbake til ledelsen med en beskrivelse av de beslutninger som tas. Fra ledelsens hold er målsetningen med prosedyren å sikre ansvars plassering, koordinere drift og sikre totaloversikt på døgnetenene slik at personalressurser og oppgaver blir hensiktsmessig fordelt. Selv om lederes intensjoner ved

innføring av nye prosedyrer er gode, kan imidlertid nye rutiner få utilsiktede konsekvenser og oppfattes på andre måter av medarbeiderne:

«Det var plutselig en veldig alvorlig ting for veldig mange. At de omtrent skulle bære hele huset alene. (...) før det kom, hadde vi ikke tenkt så mye på det, for vi hadde jo alle et ansvar og prøvde å samkjøre oss. Men plutselig så ble det så veldig alvorlig. For det er nok som det er, at ikke enkelte skal føle et så voldsomt press på det og.»

I utsagnet tar respondenten et tilbakeblikk på hvordan innføringen av prosedyren påvirket profesjonsutøverne. Fra å arbeide tverrfaglig i team fikk en profesjonsutøver et delegert overordnet ansvar for alle døgnenhetene. I utsagnet *«for det er nok som det er, at ikke enkelte skal føle et så voldsomt press på det og»* viser respondenten at profesjonsutøverne allerede opplevde et stort arbeidspress. Under er kritisk hendelse må profesjonelle være handlingsdyktige: Hva skal vi gjøre? Beslutninger må tas, og vanskelige utfordringer må få en praktisk løsning. Det kan tenkes at ikke alle var komfortabel med å få delegert et slikt ansvar. Redsel for det ukjente kan gjøre at profesjonsutøvere ønsker å beholde det som er kjent og trygt (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Ved innføring av nye arbeidsfunksjoner er det avgjørende at profesjonsutøverne er trygge på at nødvendig opplæring og kompetanse vil bli gitt, samt at de er gitt en forståelse for at endringen har en funksjon som er av virksomhetens beste interesser (Nordby, 2017). I rapporten redegjøres det for de autonome beslutninger profesjonsutøverne gjør, som kan sees i sammenheng med at de er gitt et tillitsbasert ansvar. Når det finnes retningslinjer å vise til, må profesjonsutøverne argumentere hvorfor de eventuelt avviker fra disse. Selv om kontrollmekanismer nødvendigvis ikke innføres på grunn av personlig mistillit til den enkelte profesjonsutøver, slik Luhmann hevder (i Vågan og Grimen, 2008), kan imidlertid innføring av nye tiltak oppleves som mistillit. Tillit til ledelsen og informasjon om hvorfor endringer skjer og hvordan det påvirker den enkelte, er avgjørende for den enkelte medarbeiders reaksjon.

Ved døgnenhetene er pasienter inndelt i egne enheter for avrusning, stabilisering og langtidsbehandling, i tillegg til en fordeling etter kjønn og alder. En slik organisasjonsstruktur ligner på den Høst (2014) beskriver som kjennetegn ved brukere som organiserende prinsipp. Profesjonsutøverne arbeider i ulike enheter, både hva gjelder type spesialfunksjon, antall ansatte, og antall pasienter. Flere peker på at sykefraværet er høyt og en av respondentene forteller at ansatte opplever forventninger om at de skal bidra med ressurser til andre

døgnenheter når det trengs personell. De vanligste årsaker til dette er fravær av personale grunnet sykdom, ferier, kurs og permisjoner. En respondent mener spesielt ansatte med lavere stillingsbrøk opplever forventninger om å skulle bidra ved andre enheter. Selv om hun oppgir at dette i liten grad rammer henne, har hun inntrykk av at det oppleves utfordrende for andre profesjonsutøvere som ofte må bidra:

«En kan jo kanskje i reduserte stillinger bli sendt litt rundt om i øst og vest (...). At det kan oppfattes slitende. For det er jo noe med at når en er i en avdeling og en er innstilt på at det er der en skal være og så blir sendt andre veier sant, og så er det nye pasienter. Og så har du dine du skulle fulgt opp i avdelingen.»

Det kan tenkes at det foreligger en norm, eller en forventning om at dersom profesjonsutøverne ikke bidrar med ressurser til andre enheter vil det få konsekvenser for pasientbehandlingen. Respondenten i sitatet ovenfor legger til at dette er noe en kanskje bare må innstille seg på. Det kan derfor tenkes at forventningene er relativt tydelig kommunisert. Profesjonelt arbeid anses av Svensson (2008) å være sterkere koblet til normer enn mye annet arbeid, siden tjenestene som ytes er forent med et samfunnsoppdrag og ofte har konsekvenser av moralsk karakter for pasienter. Utsagnet ovenfor viser at konsekvensene derimot oppleves som at planlagte arbeidsoppgaver går på bekostning av andre oppgaver. Profesjonsutøverne kan ha forståelse for at enkelte kliniske oppgaver må utsettes grunnet høyt arbeidspress eller uforutsette situasjoner innen egen enhet, men det kan imidlertid være mer utfordrende å akseptere dersom årsaken til at oppgaver må utsettes er at de må bidra ved andre enheter. Dersom de stadig opplever forventninger om å skulle bidra ved andre enheter, kan det tenkes at det innskrenker profesjonsutøvernes autonome handlingsrom. Det fremkommer også av utsagnet at arbeidet oppleves uforutsigbart, da profesjonsutøverne er innstilt på å være i sin enhet. Profesjonelle kan ha ønsker om å utføre godt faglig arbeid i den enheten de har sitt ansvarsområde og i det arbeidsmiljøet de har sterkest tilhørighet til, siden en av fordelene ved en slik organisasjonsstruktur er at de utvikler bred fagkompetanse innenfor sin enhet (Høst, 2014). Som konsekvens kan slik organisering føre til at de kun får erfaring med én gruppe pasienter. Dersom profesjonsutøverne ikke har tilstrekkelig kompetanse innenfor andre fagområder kan det tenkes å redusere deres opplevelse av egenkontroll.

En annen respondent opplever at det har skjedd en holdningsendring de siste årene på sanksjonering av rusmiddelpåvirket atferd i behandling. Fra at observasjoner av

rusmiddelpåvirket tilstand tidligere ble knyttet til at pasienter ikke var motivert og behandlingen ble avsluttet, sees rusmiddelpåvirket atferd i behandling i dag på som symptomer på rusmiddelavhengighet. I samarbeid med pasienten forsøkes det å tilrettelegge for at pasienten kan fortsette behandlingen. Respondenten antyder altså at det er skjedd en positiv utvikling i retning av større brukermedvirkning og sterkere pasientrettigheter. Imidlertid gir respondenten situasjonsbeskrivelser der arbeidsutførelsen noen ganger er vanskelig å håndtere. Det oppleves problematisk at det ikke finnes egnete lokaler og nok personell til å ivareta pasienter med rusmiddelpåvirket atferd, samtidig med ivaretagelsen av andre pasienter. Respondenten peker således på strukturelle og økonomiske ressursbegrensninger. Enkelte hendelser oppleves utrygge og til tider kaotiske. I en-til-en møter, eller i døgneheter med flere pasienter må profesjonsutøverne arbeide hardt for å kontrollere hendelsesforløp og møte pasienter som individer og som kollektiv (Svensson og Karlsson, 2008). Like erfaringer deler andre respondenter når de beskriver episoder med truende atferd eller fysisk og psykisk utagering. Enkelte situasjoner gir en opplevelse av at pasienter overtar kontrollen i døgneheter:

«De tar på en måte litt, hva skal jeg si. De tar makt.. eller kontrollen i avdelingen. Og vi klarer ikke forandre på det. Det kan være slitsomt, at du tenker 'klarte vi ikke å se det komme denne gangen heller'.»

Spesielt når hun ikke klarer nå inn til pasienter, eller ikke klarer å forstå de, sier respondenten at hun kjenner på en utrygghet. I utsagnet ovenfor fremkommer det at pasienter gjennom sin atferd gir respondenten en følelse av avmakt. Pasienter kan utfordre profesjonsutøvere i forhold til regler, grenser, normer og rammer. Gjennom en mer uformell kontroll kan pasienter dermed kontrollere arbeidet. I det direkte møtet mellom pasient og profesjonsutøver, er profesjonsutøvers mest effektive kontrollør pasienter selv (Svensson og Karlsson, 2008). Under og etter slike hendelser forteller mellomlederne i studien at de gir av seg selv. Det at profesjonsutøverne henvender seg til mellomlederne, viser at profesjonsutøverne har tillit til mellomledernes støtte i slike situasjoner. Det kan også ligge en forventning om at mellomlederne skal være med å ordne opp. I følge Sørhaug (1996) må ledere alltid administrere en god del, de må både følge og følge opp regler. Men i det øyeblikket noe uforutsett og uregulert oppstår, så oppstår behovet for en ledelse som setter retning og om nødvendig skaper regler. Mellomlederne i studien beskriver arbeidet med å håndtere slike situasjoner som utfordrende. Slike forventninger innebærer et stort ansvar. Som ledere må de

opparbeide autoritet både i pasientgruppen og blant medarbeidere. I slike situasjoner oppstår det et gap mellom autoritet og ansvar (Sørhaug, 2006). Fordi ansvaret er større enn autoriteten, må ledere minske dette gapet. For ledere kan det innebære et ansvar for å identifisere og markere hvordan behandlingsinstitusjonen skal være og hva som er dens verdi i seg selv.

I materialet kommer det frem at selv om profesjonsutøverne er autonome, er de gitt et tillitsbasert ansvar som de må forvalte, og som det foreligger dilemmaer ved. Formelle styrings- og kontrollmekanismer som nasjonale retningslinjer og veiledere og interne prosedyretiltak beskrives av flere respondenter å være styrende for handlingsvalg og arbeidsutførelse. Andre mekanismer som organisatorisk inndeling, økonomiske og strukturelle forhold, normer og forventninger fra ledere, samt pasientkontroll synes å være mer implisitte, uformelle og uforutsigbare, men ikke mindre styrende for praksis av den grunn. Som resultat legger styrings- og kontrollmekanismene begrensninger på praksis, som fører til en opplevd reduksjon av autonome handlingsvalg og skjønnsutøvelse.

4.2. «Jo friere det blir, jo lettere er det for at man går litt i alle retninger»

En av respondentene deler utsagnet ovenfor når hun reflekterer over hvordan fravær av tydelige krav og forventninger fra overordnet leder påvirker profesjonenes arbeidsutførelse. Å ha frihet til å ta autonome handlingsvalg i arbeidsutførelsen, er viktige prinsipper for respondentene i denne studien. Imidlertid kan uklare mål føre til at profesjonsutøverne kjenner på usikkerhet knyttet til hvilke oppgaver som skal prioriteres. Selv om respondentene er autonome, bekreftes samtidig at økt standardisering gjør seg gjeldende i klinisk praksis, og det oppstår et spenningsforhold til deres autonome beslutninger. I dette delkapittelet vil jeg synliggjøre hvordan spenninger mellom prioritering av oppgaver skaper ulike dilemmaer i profesjonsutførelsen. Hvordan respondentene treffer beslutninger, kan synliggjøre deres handlingsrom.

4.2.1. Autonome beslutninger synliggjøres i oppgaveprioritering

Profesjonsutøverne er relativt selvstyrte i selve arbeidsutførelsen og ser på det som positivt for egen trivsel og engasjement. De positive argumentene i forhold til arbeidsutførelsen begrunnes ofte med at respondentene har stor valgfrihet til å definere arbeidsoppgaver, velge rekkefølgen på dem, men også at de har rom til å skape og legge til rette for varierte

behandlingsmetoder i møtet med enkeltpasienter. Til tross for at respondentene opplever frihet innenfor rammene, kan det se ut til at de samme rammene også legger visse føringer på arbeidsutøvelsen. En respondent beskriver det slik:

«Sånn som jeg har det nå, så har jeg ganske stor frihet til å definere jobben min selv (...) Samtidig har vi en del føringer som kommer oppå der da, så gjør at vi har kanskje ikke har så stor frihet som vi på en måte i teorien har. Og det kan jo av og til føre til at det blir litt at man blir dradd litt begge veier, at man føler egentlig at man har ikke så stor frihet, men så får en beskjed om at man har det likevel.»

Respondenten i utsagnet ovenfor beskriver å være i et dilemma der hun både til dels oppfatter, og får høre av andre, at hun har stor grad av frihet i yrkesutøvelsen. Avslutningsvis i sitatet er det mulig å se antydninger til at respondentens autonome skjønnsutøvelse ikke er helt komplett. Det er et paradoks i at respondenten på den ene siden opplever stor frihet til å definere arbeidet sitt selv, og samtidig har liten kontroll over arbeidsoppgavene. Slik sett kan det tolkes at hun føler seg autonom og ikke-autonom, avhengig av hvilken kontekst hun anlegger. Respondenten oppgir at det er frustrerende å ha det slik. I følge Nordby (2017) kan ledere gjøre vondt verre hvis de lar medarbeiderne tro de er med å utforme mål og virkemidler, uten at de er det. Respondenten understreker at de direktivene og rammene som påføres i stor grad omhandler administrative aspekter ved rollen. For å håndtere arbeidsmengden velger hun bort oppgaver hun kan regulere for å kunne gjennomføre arbeid som hun ikke kan påvirke. I dette tilfellet regulerer hun hvor mange individuell- og gruppetimer hun setter opp, og slik påvirker hun hvor travelt det blir. Administrativt påført arbeid tar ikke bare tiden bort fra klinisk arbeid, men det medfører også at tiden til faglige oppgaver blir en salderingspost. Hun forteller videre:

«De tingene som en ikke er fri på, det er jo de mer administrative tingene (...) som vi må gjøre. Og så blir faget mitt, det blir litt sånn.. det jeg får tid til, på en måte, som jeg kanskje synes er litt dumt. Skulle ønske faget og var prioritert, hva det skulle inneholde og hvorfor vi skal gjøre det.»

Utsagnet viser at hun treffer beslutninger om hva som skal gjøres og i hvilken rekkefølge, uten at hun nødvendigvis tar det hun opplever som de ideelle avgjørelsene. Det faglige arbeidet blir dermed nedprioritert, uten at respondenten nødvendigvis har noe valg. Utsagnet

«skulle ønske faget og var prioritert.. hva den skulle inneholde og hvorfor vi skal gjøre det» viser at respondenten er i behov av både en større innsikt i hva det faglige skal inneholde og hva som er formålet med oppgavene. Respondenten sier hun har diskutert slike spørsmål med ledelsen uten at hun opplever å få tydelige svar. Det kan dermed tenkes at respondenten ikke opplever å få gjennomslag for det som betyr mest for henne i arbeidet. Hun er opptatt av hva det faglige skal inneholde, men opplever å motta uklare eller motstridende, oppfatninger fra ledelsen. Når oppfatninger om hvordan det er riktig å handle er motstridende, kan det i følge Nordby (2017) føre til en verdikonflikt. Andre respondenter deler lignende erfaringer, men peker samtidig på andre utfordringer. En respondent sammenligner behandlingsinstitusjonen med et tidligere arbeidsforhold der det var strengere krav og retningslinjer i arbeidet. Hun sitter igjen med et positivt inntrykk av behandlingsinstitusjonen fordi hun opplever stor grad av frihet i yrkesutøvelsen. Imidlertid ser hun ufordelaktige sider med friheten hun har fått tildelt. Avslutningsvis reflekterer hun slik: «Men det er nesten som at det blir så bra at det blir for bra, på en måte.» Selv om det kommer frem av respondentens uttalelse at friheten hun har i arbeidsutførelsen er positivt, opplever hun også at det kan bli for bra. Respondenten legger til at hun får mer «ja» enn «nei» og opplever således et stort autonomt handlingsrom i profesjonsutøvelsen. Frihet er viktig for henne, likevel savner hun i blant et «nei» for å kunne regulere retningen. I følge Sørhaug (2004) krever enkelte situasjoner at diskusjoner stoppes, valg må tas og tiltak gjennomføres. I slike situasjoner gir lederes makt seg selv rett til å være referanse, fordi alternative referanser er usikre. For å håndtere uklare målsetninger forsøker respondentene å navigere seg frem på egenhånd for å utforske hvordan oppgavene kan løses på best mulig måte. Også andre respondenter er opptatt av hvordan ledelsen forholder seg til den faglige utviklingen i behandlingstilbudet, men opplever noen ganger en delvis fraværende ledelse rundt slike temaer. Som resultat forårsaker det usikkerhet i arbeidet og kan i følge noen respondenter gjøre at profesjonelle arbeider i ulike retninger. Respondentene påpeker derfor den vekten de legger i god samhandling og dialog på tvers, slik en beskriver:

«Selv om jeg er glad for den friheten, så er det noe med at det er fint å kunne ha på en måte en agenda, eller noe å jobbe frem mot som er en plan der fremme. Som ledelsen og alle er med på.»

Selv om respondenten viser at hun ønsker å beholde sitt autonome handlingsrom, verdsettes også et bedre samarbeid med ledere og andre kolleger for å skape klarere arbeidsprosesser. Utsagnet viser at samhandling som stimulerer til dialog og drøftinger i fellesskap, bidrar til å

utvikle felles mål og en tydeligere agenda. Selv om styring er lite etterspurt i ekspertorganisasjoner kan det føre til at organisasjonen ikke oppnår de ressursene som en aktiv leder kunne ha skaffet, og indre usikkerhet og konflikter kan ta uproduktive forløp (Strand, 2007), slik respondentene ovenfor bekrefter.

Andre institusjonelle forhold, som mangel på tid og uforutsette hendelser, er andre sider ved arbeidet som respondentenes beskriver dilemmaer ved. Et problem er gapet mellom oppgaver som skal løses og den tiden de har til rådighet. Store arbeidsmengder medfører at respondentene ikke har tid til å gjøre det de har planlagt, noe som påfører respondentene stress. En respondent sier hun daglig opplever å ha det slik. Noen ganger bruker hun for lang tid i pasientsamtaler, som medfører at pasient med neste timeavtale må vente. Hun tilskriver således dette ansvaret på seg selv. Hennes største utfordring er imidlertid at arbeidet oppleves uforutsigbart. Ofte dukker opp uforutsette oppgaver som må løses, spesielt pasientsamtaler hun ikke er forberedt på. Å håndtere uforutsigbarhet blir derfor til tider utfordrende, som beskrevet av en annen respondent under:

«Hvis jeg har kommet ut av en litt rolig periode og er optimistisk og tar på meg masse nytt, for jeg har god tid (..) Og så kommer alt veltende inn på en gang, fra sidelinjen, kanskje det ikke kommer med en gang, men litt etter du hadde sagt ja til en annen ting. Det kan være litt uforutsigbart og det kan bli litt stress i perioder.»

I utsagnet fremkommer det at uforutsette arbeidsoppgaver noen ganger påfører respondenten stress. Respondenten forklarer ovenfor at hun frivillig påtar seg mer arbeid fordi hun er entusiastisk og har ledig tid, men erfarer imidlertid at uforutsette pålagte oppgaver bidrar til en større arbeidsmengde enn hun hadde forutsett. For å håndtere arbeidsbelastningen må hun derfor prioritere mellom arbeidsoppgaver. Av faglig art er bekymringene til respondentene at administrativt pålagt arbeid går på bekostning av den pasientnære kontakten. Ved økende press om dokumentering ovenfra kan ressursbruk til administrativt arbeid gå på bekostning av pasientbehandlingen (Ekeland, 2004). En annen respondent sier at når hun får tildelt flere administrative oppgaver, forskyves kliniske oppgaver videre til andre medarbeidere i døgnetene:

«Da blir det mye å gjøre. Det blir nesten sånn umenneskelig. Så da dytter vi videre, det blir mer data- og papirarbeid og da blir det mer på personalet, at de kan ta pasientene og si fra hvis det er noe. For vi liksom må bare gjøre det sånn, skyve fra oss.»

Administrativt pålagt arbeid, som respondenten fremhever i sitatet ovenfor, gjør at hun av og til må avvike fra det hun opplever som de ideelle beslutningene. Det kan synes som om respondenten erfarer at arbeidet inneholder for mange krav og forventninger som ikke oppleves sammenfallende, og som i litteraturen omtales som rolleoverbelastning (Skogstad, 2011). For å håndtere kravene kan oppgaveforskyvning sees på som en metode respondenten bruker for å håndtere tidspresset. Omfordeling av arbeidsoppgaver blir dermed et resultat av overbelastning. Abbott (1988) beskriver at når presset øker, utviskes profesjongrensene. Det kan også tenkes at respondenten prioriterer administrativt arbeid, fordi det får umiddelbare praktiske konsekvenser for andre dersom det ikke blir gjort. Resultatmålene av administrativt arbeid er i tillegg konkrete, kortsiktige og dermed relativt enkle å følge opp (Høst, 2014). Arbeidsprosessen i klinisk arbeid er derimot preget av komplekse og uklare mål. Det er den sosiale relasjonen som er viktig i det kliniske arbeidet, møtet mellom profesjonsutøver og pasient har mye å si for opplevelsen av hvor god hjelpen har vært. Imidlertid lar dette seg vanskelig måles og registreres. Når arbeidet er så komplekst og sammensatt, kan det være at respondens indre belønning av utførelsen av administrative oppgaver fører til lavere innsats i forhold til andre oppgaver. Dersom respondenten måles av sine ledere på resultater knyttet til administrativt arbeid, kan det være en forklaring på valgene hun tar.

Den tilsynelatende motsetningen mellom kliniske og administrative oppgaver ser ut til å være felles for mange av profesjonsutøverne. Under intervjuene blir det kun stilt ett spørsmål om respondentene opplever arbeidspress eller stress som påvirker deres trivsel og helse, og om dette kan relateres til i klinisk- eller administrativt arbeid. Likevel foretar respondentene selv dette skillet ved flere anledninger i intervjuene. Spenningene kommer blant annet til uttrykk gjennom at de skiller mellom hva som er «klinisk» og hva som er «administrativt» arbeid. Det fremkommer ikke alltid hvilken type administrative oppgaver de er pålagt å håndtere, men flere respondenter gir beskrivelser av å være fanget i rutinepregede administrative oppgaver som går på bekostning av kliniske oppgaver. Oppgavene blir dermed flyttet lengre bort fra den kliniske virkeligheten og inn på kontoret. Dette arbeidet blir på den ene siden beskrevet som helt nødvendig og noe som ikke kan prioriteres bort, fordi det er en viktig del av

samfunnsoppdraget profesjonsutøverne er satt til å gjøre. På den andre siden blir det beskrevet av en respondent som «noen andre» sitt behov:

«Dokumenteringen er administrasjonens behov, og det er ikke minst den offentlige administrasjonen sitt behov, slik jeg ser det.»

Her kan det i første omgang se ut som om respondenten mener at dokumenteringen ikke er hennes ansvar, siden arbeidet ikke samsvarer med hennes behov. Dersom hun ikke utfører oppgaver som hun mener ikke samsvarer med hennes behov, tar hun heller ikke ansvar for behandlingsinstitusjonen som helhet. Den kritiske innvendingen i utsagnet ovenfor gjelder nødvendigvis ikke dokumenteringen i seg selv, men styringen utenfra. Utsagnet kan sådan være et uttrykk for frustrasjon for den vanskelige situasjonen profesjonsutøveren opplever å stå i når hun føler press på administrativt arbeid, og som går på akkord med hennes faglige verdier. For å håndtere tidsknipen skriver hun korte journalnotater, også på ting hun mener *burde* vært dokumentert. I andre beslutningssituasjoner ser det derfor ut som om prioritering av klinisk arbeid aktiveres i større grad enn utførelsen av administrativt arbeid. En respondent fra døgnetenheten sier at i valg av prioriteringer, kommer pasienters behov først. Hun sier: *«er det mailer du skal skrive eller mailer du skal svare på, blir den type ting som må vente.»* Slike valg av prioriteringer som synliggjøres i utsagnet kommer spesielt til uttrykk hos profesjonsutøverne som arbeider nært pasienter i døgnetenhetene og som ofte opplever uforutsette hendelser. Det kan ha sammenheng med at det ved uforutsette situasjoner i døgnetenhetene ikke nødvendigvis er noen å delegerer administrative arbeidsoppgaver til. Det kan også tenkes at profesjonsutøverne i døgnetenhetene heller ikke har samme mulighet til å trekke seg ut av situasjonen og inn på kontoret.

Selv om noen av respondentene prioriterer klinisk arbeid, er det ikke gitt at de alltid foretar det de opplever som de ideelle avgjørelsene. Spesielt utfordringer på helg blir fremhevet. Tiden strekker ikke til, sier en respondent. Som medisinansvarlig går mye av hennes tid til legemiddelhåndtering og utdeling. I tillegg er hennes erfaring at pasienter henvender seg til ansatte de kjenner og har tillit til for støtte og veiledning. Noen ganger er pasienter abstinente og er i behov av medisinfaglig vurdering og oppfølging, andre ganger er pasienter agitert og situasjonen krever konfliktløsning. Mye tid går bort til dialog med enkeltpasienter. For å håndtere arbeidspresset, prioriterer respondenten «må -oppgaver», i dette tilfellet ansvar for det medisinskfaglige, støttesamtaler til abstinente pasienter og konflikthåndtering. Andre

oppgaver som journalføring og oppfølging av andre enkeltpasienter velges bort. Respondenten sier at det ikke er vanskelig å velge bort, fordi det er så krevende innimellom, at hun bare *må* gjøre det. I respondentens beskrivelser viser hun hvordan hun gjør vurderinger over hva som er nødvendig å gjøre og hva som må velges bort. Hun gjør kompromisser i hvordan hun håndterer den enkelte pasients behov opp mot andre oppgaver. Det kan tenkes at det er når helsefaglige verdier ikke innfris som ligger til grunn for respondentenes oppfatninger om at personalressursene gjør det umulig å gi enkeltpasienter likebehandling og omsorg. Arbeidet oppleves uforutsigbart og det påvirker hennes motivasjon. Det kan derfor tenkes at hun er i en motivasjonskonflikt, med lojalitet ovenfor arbeidsgiver om å utføre godt arbeid innenfor rammeverket på den ene siden og lojalitet ovenfor pasienter på den andre siden. Også mellomlederne i studien beskriver arbeidet i døgnetenhetene som uforutsigbart, der det ofte oppstår uforutsette hendelser, som sinne og utagering. At døgnetenhetene er marginalt bemannet til tider oppgis som en stressfaktor som mellomlederne mener kan virke negativt inn på profesjonsutøvernes helse. En mellomleder sier hun er opptatt av å fordele personellressurser med de rammene hun har. Imidlertid opplever hun at bemanningssituasjonen beveger seg i en «smertegrense», der spesielt grunnbemanning av medisinfaglig kompetanse er for lav. Avslutningsvis legger hun til:

«...så ja, kanskje jeg må være den membranen som skal signalisere opp i systemet at vi burde ha en styrket turnus.»

Det at mellomleder i sitatet ovenfor reflekterer over at hun kanskje må være den som ber om ytterligere ressurser, kan ha sammenheng med det Nordby (2012, 2017) omtaler om mellomledere i et krysspress. Fra sentralt hold kan det være forventninger om at enhetene må klare seg med de midlene de har fått tildelt, og at det må være mulig å arbeide forsvarlig innenfor budsjettammene. Slike verdier kan komme i konflikt med verdiene og idealene til profesjonsutøverne i døgnetenhetene, som erfarer at ressursene de mener er nødvendig for å gi pasienter et helhetlig tilbud ikke er tilstrekkelig. Det kan derfor tenkes at mellomleder opplever å befinne seg i et krysspress, der begge parter er opptatt av dype, grunnleggende organisasjonsverdier. Der sentral ledelse er opptatt av at lederen skal realisere kollektive verdier, kan profesjonsutøvere ha forventninger til mellomleder om at hun må ta ansvar og fremme deres faglige verdier. I følge Nordby (2017) vil begge parter få større forståelse og respekt for den andre partens ståsted hvis de forstår at det handler om ulike verdier. En viktig lederoppgave blir derfor å skape en helhetlig forståelse for å forhindre eventuelle konflikter.

God kommunikasjon påpekes av en annen respondent. Hun forteller at det å ha felles møtepunkter er viktig for å bedre helhetsforståelsen og samarbeidet i behandlingsinstitusjonen:

«Det å ha en leder som klarer å få til en felles plattform for hvordan vi tenker rundt ting. Det tror jeg nok hadde vært veldig utviklende for meg på en god måte. Det å ha en slags vi-følelse og en følelse av at vi hvert fall, selv om vi kan være uenige om småting, så tenker vi sammen i bunn og grunn. Og da kan alle de diskusjonene, de småtingene som vi er uenige om, eller de tingene vi er uenige i, de kan egentlig bare utvikle meg istedenfor at det blir sånne irritasjonsmomenter eller jeg forstår ikke helt.»

Respondenten viser til at diskusjoner og uenigheter rundt praksis er greit så lenge hun får en forståelse av etablert praksis. Da vil hun lettere akseptere å være uenig. Hun viser at ledere som legger grunnlag for en vi-følelse og diskusjon rundt praksis medvirker til større innsikt, forståelse, faglig utvikling og samhold. I neste omgang kan det føre til at profesjonene opplever normer og verdier som mer klargjørende og forpliktende. I følge Nordby (2017) kan ledere som klargjør visjoner skape motivasjon, jobbengasjement og få medarbeidere til å se praksis med nye øyne. Han viser til Yukl (2013, i Nordby, 2017) som sier visjoner også kan bidra til å løse konflikter når partene har ulike oppfatninger om hvilke mål virksomheten skal nå.

Materialet viser to funn. Et funn er at økte dokumentasjonskrav påvirker profesjonsutøvernes autonome handlingsvalg. I materialet er det eksempler på at det får konsekvenser for prioriteringer, men på ulike områder. Holdninger til prioriteringer er noe blandet, men i hovedsak en kilde til frustrasjon og misnøye. Et gjennomgående trekk er at administrativt arbeid er den type arbeid som mislikes i størst grad, samtidig som det direkte pasientarbeidet er det som likes best og som det samtidig er minst tid til. Et annet funn er at til tross for økte krav til dokumentasjon, beskriver respondentene vanskelige arbeidssituasjoner med uklare mål. Det kan tenkes at det likevel, eller nettopp på grunn av dette, foreligger et betydelig rom for autonome beslutninger i prioritering mellom arbeidsoppgaver. Det kan synes som om profesjonsutøvernes evne til å foreta egne skjønnsvurderinger er en ressurs når de skal prioritere arbeidsoppgaver for å sikre kvalitet i behandlingsinstitusjonen innenfor gitte rammer.

4.3. «Men jeg ser og løper fra den ene til den andre for brannslukking»

En av respondentene deler utsagnet ovenfor når hun beskriver erfaringer med ansvaret hun tar, når hun opplever at andre medarbeidere ikke tar ansvar. Å foreta ansvarlige beslutninger basert på faglig kyndighet er tema respondentene i denne studien er opptatt av, men som det foreligger dilemmaer ved. Særlig utfordringer knyttet til faglige skjønnsvurderinger på tvers mellom profesjoner og ufaglærte skaper utfordringer for ansvaret profesjonsutøverne tar.

4.3.1. Tverrfaglige beslutninger synliggjøres gjennom kyndighet

Respondentene presenterer ulike profesjoner, og det er derfor en naturlig variasjon i hvilken kompetanse de innehar og hvilket ansvar rollen besitter. Å forholde seg til komplekse oppgaver er en viktig del av respondentenes hverdag, avgjørelser basert på faglig skjønn er derfor felles for dem alle. Allmenne handlingsregler gir sjelden entydige konklusjoner i hva som bør gjøres i konkrete enkelttilfeller. Denne ubestemtheten skaper rom for egne vurderinger, slik respondenten reflekterer nedenfor:

«Du skal på en måte bruke litt skjønn og så skal du jo gå etter de vurderingene som er tatt der som de er vurdert (...). Jeg kan være litt stresset og redd for at jeg skal gjøre feil, så mye feil at det skal gå veldig uheldig ut over noen pasienter.»

Det at respondenten i sitatet viser til vurderinger som allerede er tatt, men likevel bekymrer og stresser seg for å ta feilbeslutninger, viser noe av kompleksiteten som foreligger i skjønnsutøvelsen. Innen rusbehandling er det vanskelig å finne sammenhenger mellom årsak og virkning, oppgavene kan være gjenstand for konflikter og i mange tilfeller kan oppgavene være uløselige (Høst, 2014). For å vurdere og ta beslutninger om pasienter har rett på behandling og hvilken behandling pasienter er i behov av, må profesjonelle derfor håndtere uklare regler, foreta skjønnsvurderinger og bruke dømmekraft. Respondenten i sitatet ovenfor har lang erfaring innad i behandlingsinstitusjonen, men har nå fått tildelt nye ansvarsoppgaver. Det kan således tenkes at hun ikke kjenner seg kompetent nok til å foreta slike kompliserte avgjørelser på egenhånd. Hun vektlegger derfor den betydning tverrfaglig drøfting med andre profesjonelle har å si for hennes trygghet. Samarbeid skaper kollektive ressurser og gir muligheter til å oppnå langt mer enn enkeltindivider kan oppnå hver for seg (Svensson, 2008). Kollegiet ansees derfor av Svensson som å være den fremste profesjonelle

ressursen. Imidlertid gir respondentene beskrivelser av utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet.

En utfordring som beskrives av respondentene er bemanningsressurser. Det at enheten til enhver tid har personalressurser som innehar nødvendig kompetanse, utfordres av forhold som ligger utenfor profesjonenes handlingsrom. Etersom profesjonsutøverne står i direkte kontakt med den enkelte pasient, er det der vurderinger av behandlingsbehovet tas. Profesjonsutøvernes skjønnsvurderinger avhenger blant annet av erfaring, kunnskap og hva de faglig sett vurderer som god nok behandling. En respondent sier at hun synes det er utfordrende å håndtere diskusjoner med kolleger som har ulikt syn fra henne på hva som er rett behandling til pasienter med ROP- lidelser. I følge respondentene handler diskusjonene om at andre kolleger mener at pasienten ikke er på rett plass, og at pasienten burde vært innlagt i psykiatrisk behandling. I følge respondentene foregår disse diskusjonene ofte etter tverrfaglige beslutninger er tatt. Hun beskriver utfordringer med å forsvare pasientbehandlingen slik:

«Det å på en måte skulle forsvare de (pasientene), hvorfor de er her i avdelingen, det synes jeg er tungt (...). Jeg tenker heller at vi må brette opp armene og prøve å gjøre det beste ut av det sammen og at dette må vi prøve å få til.»

I utsagnet viser hun at så langt det lar gjøre bør alle ansatte i behandlingsinstitusjonen samarbeide om å gi pasientgruppen så god behandling som mulig. Imidlertid opplever hun å bli motarbeidet når hun må stå opp for faglige vurderinger. Dersom profesjonsutøverne har ulik forståelsehorisont kan dilemmaer og konflikter oppstå. Forståelsehorisonten er de oppfatninger og tanker en person har, i tillegg til holdninger som verdier, normer, interesser og subjektive erfaringer (Nordby, 2009). Respondentens oppfatning er at kolleger som har liten erfaring og kunnskap om psykiske lidelser, ofte tilskriver mer negative holdninger til ROP- pasienter. Hun viser forståelse for at uerfarenhet kan gjøre at arbeidsprosesser oppleves overveldende i uforutsigbare situasjoner. Det synes som om respondenten har tillit til de vurderinger som tas, avslutningsvis sier hun:

«Det er gjort en vurdering, og vi må prøve å romme de så godt vi kan (...) selvfølgelig har vi lov til å tenke at det kanskje (...), men det henger jo sammen sant, og hva som er hønen eller egget, er ikke alltid så godt å si.»

I utsagnet viser respondenten at hun mener at alle ansatte burde stå bak de tverrfaglige beslutninger som tas, samtidig viser hun kompleksiteten som foreligger i slike skjønnsvurderinger. Hun mener at det eneste felles kjennetegnet til pasientgruppen er rusmiddelavhengighet, og hva som er den beste behandlingen varierer derfor individuelt fra pasient til pasient. Slike komplekse skjønnsvurderinger medfører dermed noen ganger til diskusjoner mellom de ansatte i behandlingsforløpet, slik respondenten belyser ovenfor. Ansatte har mer eller mindre erfaring som kan påvirke vurderinger, og omtales av Grimen og Molander (2008) som et av skjønnets byrder. Hvordan pasienter opplever sin egen rusmiddelavhengighet og psykiske helse er helt avgjørende for behandlingsforløpet, mener en annen. «*Da er det viktig at vi har kunnskap til å forstå*» sier hun avslutningsvis, og viser slik at optimale behandlingsforløp fordrer fagkompetanse innen både rus og psykiatri for at vurderinger tas i tråd med den enkelte pasient sitt sykdomsbilde, selvinnsikt og behov. Bemanningssituasjonen synes også å være en faktor som gir profesjonsutøverne et større ansvar enn det de er pålagt. En respondent med behandlingsansvar arbeider på kontor atskilt fra avdelingen og møter pasienter kun til avtalte timer. Det gjør respondenten avhengig av skriftlig dokumentasjon, spesielt fra døgnetene som arbeider tett på pasienter gjennom hele døgnet. Som et eksempel skal observasjoner og vurderinger knyttet til atferdsendring hos pasienter eller effekt av behandling journalføres og kartlegges. Imidlertid har hun erfaring med at den skriftlige dokumentasjonen gir henne mangelfull informasjon. Hun sier:

*«Og så når skiftet er slutt, så skriver vedkommende at «pasienten var synlig i avdelingen».
Det sier meg null.»*

Respondenten legger til at hun synes prosedyrene og retningslinjene for observasjon, journalføring og registrering er gode, men opplever imidlertid ikke at disse følges. Årsaken tilskrives delvis manglende opplæring og kompetanse. Hun vet ikke om det er slik, men det er tanker respondenten gjør seg. Det er flere forhold som vanskeliggjør arbeidsutførelsen til respondenten. Slik respondenten beskriver det, kan det synes som om hun ikke tar ytelser fra det forutgående leddet for gitt, og som av Grimen (2008b) omtales som en kontrollkjede. Dersom respondenten ikke har tillit til arbeidet som utføres, kan det medføre at hun kontrollerer andres arbeid. Som behandlingsansvarlig kan det også tenkes at hun tar et personlig ansvar for å sikre tilstrekkelig og god dokumentasjon, og dermed utfører andres arbeidsoppgaver selv. Begge deler fører til dobbeltarbeid. Mangelfull dokumentasjon om pasienter vanskeliggjør også arbeidet når hun har arbeider på kontor atskilt fra døgneten,

og mye tid går bort til slike observasjoner og vurderinger. Et annet problem er mangel på tid. Det kan være liten tid til å utføre oppgaver som andre medarbeidere har ansvar for å gjennomføre. Respondenten mener det er et klart lederansvar å forsikre seg om at alle medarbeidere har tilegnet seg kunnskap innen dokumenthåndtering, og eventuelt kartlegge hvorfor arbeidet ikke utføres optimalt. Respondentene understreker også at de tar større ansvar i helger, når bemanningen er lavere og det er færre med medisinfaglig kompetanse og flere ufaglærte. Det kan derfor tenkes at respondentene knytter ansvar til ressursbegrensningene som foreligger. Når de opplever det som umulig å gi tilstrekkelig behandling og støtte, føler de samtidig et ansvar for å ivareta dette. Når respondentene omtaler de ufaglærte, er de inne på noe viktig i profesjonsbegrepet, nemlig utdanning. Det kan tenkes at det er det performative perspektivet respondentene henviser til i intervjuene når de omtaler ufaglærte vikarer, som er en bestemt form for yrkesmessig spesialisering, der arbeidsoppgaver er av en slik art at formalisert kunnskap må kombineres med faglig skjønn (Molander og Terum, 2008). Som et eksempel skildrer en respondent erfaringer med begynnende konflikter, der respondenten opplever at den ufaglærte ikke intuitivt observerer, vurderer og handler. Respondenten påtar seg dermed et ansvar for å handle raskt for å ivareta ro og kontroll i situasjonen. Ansvaret hun tar beskrives som stressende, men også som positivt utfordrende. Erfaringene hun tilegner seg i dialog med pasienter ser respondenten på som konstruktive mestringsstrategier som er utviklende for henne som profesjonsutøver. En annen respondent deler denne oppfatningen. Etter å ha vært ansatt i noen år føler hun seg relativt uerfaren i sin rolle. Til tross for god opplæring gjennom nyansattkurs og andre faglige kurs, vektlegger respondenten arbeidserfaring som den viktigste formen for faglig og personlig utvikling. Gjennom møtet med hver enkelt pasient lærer hun nye måter å se og tenke på, som hun ikke erfarer å tilegne seg på samme måte gjennom andre informasjonskanaler. Det viser at profesjonsutøvere er kunnskapsanvendere (Molander og Terum, 2008), men for å anvende teoretisk kunnskap adekvat trengs det også ferdigheter og situasjonsinnsikt, slik respondenten bekrefter. Andre viktige arenaer som anses som viktig for kunnskapsutvikling er kurs og samlinger. Respondentene synes kurstilbudene er gode, og en mellomleder mener det er opp til medarbeiderne å ta et selvstendig ansvar for å benytte seg av tilbudene. Ansvaret for egen læring fremstår som svært sentralt for respondentenes fagutvikling, slik en respondent sier det:

«Så da tar jeg jo ansvar selv for den læringen jeg trenger underveis. Så det blir jo meg selv som gjør det, og velger det på en måte.»

Sitatet ovenfor tyder på at respondenten vurderer når hun er behov av fagutvikling og at hun på eget initiativ søker tilførsel av kunnskap. Sitatet er også belysende for nesten samtlige av respondentene holdninger i denne studien, som sier de bruker deler av egen fritid til å holde seg faglig oppdatert. Respondentene tar dermed et personlig ansvar for egen kunnskapsutvikling, noe som viser at de setter store krav og forventninger til sin egen rolle. En underliggende årsak kan være kravene som stilles om en evidensbasert praksis. En respondent opplever at fagfeltet er kontinuerlig endring med stadig nye anbefalinger på rusfeltet. Hun sier: *«Vi må jo holde oss oppdatert om alt det nye som kommer, eventuelt revurdere prosedyrene hele tiden.»* Utsagnet viser profesjonsutøvernes kontinuerlige arbeid med å sikre at prosedyrer for praksis sammenstilles med retningslinjer og det siste innen evidensforskning. Sett i et tillitsperspektiv kan en forklaring være at profesjonene søker å gjenvinne helsemyndighetenes tillit ved å holde seg oppdatert, som beskrives som en form for tillitsreparasjon (Eriksen, 2001, i Ekeland, 2004). Spesialisert kompetanse gjør dem også i stand til å møte informerte pasienter og slik kan profesjonene skape tillitsfulle relasjoner. En annen mulig årsak til at respondentene tar ansvar for egen læring, ser ut til å være innvirkningen tilegnelse av fagkunnskap har på egenutvikling i møtet med pasienter. En respondent opplever kompetanseutvikling når hun ser sammenhenger mellom teori og praksis, og reflekterer over det slik:

«Det er jo samtidig litt egoisme i det og, for det er jo litt egenvekst når jeg opplever at jeg klarer å forstå noen andre, og ser det i sammenheng med noe jeg har fra litteraturen, at jeg ser en tråd i det.»

Sitatet over løfter frem erfaringer som flere av respondentene beskriver. De bruker ord som støtte, veiledning, bekreftelse, mestring, men også motivasjon og engasjement for å beskrive virkningen tilegnelse av fagkunnskap har på dem. I følge flere av respondentene er slike tillitsfulle møter avgjørende for å forhindre drop- out og for at rusmiddelavhengige skal se nytten av å komme tilbake til behandling ved behov. Dette belyser samtidig ansvaret og motivasjonen respondentene har for å tilby profesjonell behandling til rusmiddelavhengige. Grimen (2001) hevder at etikk erstatter tapt autoritet som tillitsgrunnlag. Når gamle grunnlag for tillit svikter, må tillit bygges og pleies i hvert unikt møte. Rollen blir ikke sett som avgrenset til bestemte oppgaver, men som diffus, mangesidig og til dels basert på følelser og innlevelse. Hvert møte er unikt, og tillit er avhengig av den etiske kvaliteten på møtet, og kommunikasjonen mellom profesjonsutøver og pasient.

Mellomlederne i denne studien betrakter også det å ha tilegne seg kunnskap og holde seg faglig oppdatert som nødvendig i sine lederroller. Å gi opp faglig aktivitet for bare å være leder synes ikke å være aktuelt. Et dilemma som ofte beskrives i litteraturen er om ledere skal velge fortsatt fagkarriere eller lederkarriere. I følge Strand (2007) er valget viktig. I noen tilfeller vil leder, også i ekspertorganisasjoner, måtte erkjenne og akseptere en mindre tett tilknytning til faget. Mellomlederne i studien arbeider nært pasienter, det kan derfor tenkes at arbeidets karakter krever kontinuerlig fagkunnskap. Imidlertid gir en mellomleder uttrykk for at det høye arbeidspresset og de mange administrative og personalmessige oppgavene som skal løses i stillingen som mellomleder gir lite rom for faglig aktivitet. Hun sier:

«Men jeg vet at hvis jeg skal holde energien oppe, så må jeg også få påfyll. Så det må jeg prioritere litt mer i fremtiden, ta meg den tiden, og gjøre det.»

Sitatet ovenfor belyser at tilegnelse av kunnskap en viktig motivasjonsfaktor for mellomlederen, men at andre oppgaver prioriteres først. Mellomlederne ser altså seg selv som fagpersoner, men også som ledere, slik sitatet ovenfor peker på. De virker motiverte til å utvikle sine fag og fagmiljøer med utgangspunkt i egen lederrolle. I tillegg til en genuin interesse for faget, kan det tenkes at mellomledernes fagkyndighet bidrar til en opprettholdelse av faglig legitimitet og status i behandlingsinstitusjonen. Mellomlederne jeg har intervjuet har lang ledererfaring men innehar ingen formell lederutdanning. I tillegg til å være en fagkyndig leder, gir en mellomleder uttrykk for at større innsikt i lederperspektiver kunne vært nyttig for henne i lederrollen:

«Men så er det det å få input på lederrollen. Det er krevende å være leder, det er utfordrende, jeg tror helt til vi går av som ledere, så vil vi trenge perspektiver og input på lederrollen (...), det tenker jeg er viktig. Det skylder man de ansatte, å få input på det å være leder.»

Mellomleder sier i utsagnet at det er viktig for henne å få tilegnet kunnskap om ledelse, både for sin egen del, men også for medarbeidernes del. Hun viser at lederrollen er utfordrende å håndtere og mener at ledelsesfaget er i stadig forandring. Selv om det å tilføre seg kunnskap om ulike logikker kan være utfordrende, mener Llewellyn (2001) at det også kan være mulighetsskapende. Ledere med fagbakgrunn som samtidig kan integrere administrative lederperspektiver i sitt arbeid, kan utvikle ny kunnskap fordi de kan se begge logikkene. Llewellyn betegner det som «two way window». Med innsikt i flere perspektiver kan

mellomledere forbedre kommunikasjon mellom hierarkiske nivå, og spiller således en viktig rolle for å bygge tillitsfulle relasjoner.

Det kliniske arbeidet synes å være den viktigste drivkraften for arbeidsgleden til respondentene. En glede flere rapporterer om, er muligheten de har til å påvirke, gjøre en forskjell eller få en erfaring som utgjør en kilde til personlig vekst. I direkte møter med pasienter får profesjonsutøvere rask respons og tilbakemelding på sitt arbeid, og anses av respondentene som en av de viktigste ressursene for læring. Å kunne se at pasienter finner egen motivasjon på noe som lenge har en stor utfordring for dem gir profesjonsutøverne påfyll og energi til å fortsette i en travel og til tider utfordrende hverdag. Dette kan beskrives som en stadig fornyelse av profesjonell entusiasme for arbeidet, som bidrar til en vedvarende konstruktiv prosess i møte med pasienter, til tross for vansker og belastninger (Rønnestad, 2008). Respondentene opplever å gjøre godt arbeid hvis de lykkes i å motivere, ha endringstro, inngi tillit og være forutsigbare. Slike mellommenneskelige relasjoner kan være en viktig kilde til altruistiske belønninger som virker motiverende på profesjonsutøverne (Mastekaasa, 2008). I tillegg gis beskrivelser av indre belønninger, slik det fremkommer tydelig av denne respondenten:

«Jeg er stolt av behandlingsinstitusjonen og stolt av å fortelle at jeg jobber her. Og det synes jeg er kjekt at jeg er stolt over».

Sitatet er illustrerende for at det er indre og ytre altruistiske belønninger er av størst betydning for respondentenes arbeidsmotivasjon og trivsel i behandlingsinstitusjonen. Dette sammenfaller med det Mastekaasa (2008) sier om at profesjonelt arbeid ofte gir en noen annen sammensetning av belønninger enn det man finner i annen type arbeid. Arbeidets karakter er av en slik art at det krever et faglig engasjement. «Et sted en går på jobb, bare fordi en skal ha seg en jobb», uten engasjement for det faglige, ansees av respondentene som svært uheldig for alle parter. Respondentene mener at arbeidets art såpass krevende at arbeidsutøvelsen blir svært vanskelig å håndtere for medarbeidere som ikke er motiverte. Når medarbeidere viser lavt jobbenngasjement, får dette ytterligere ringvirkninger i hele behandlingsinstitusjonen. Pasienter får dårligere oppfølging og blir misfornøyde med behandlingen, samarbeid og kommunikasjon med kolleger og ledelse blir tyngre, og behandlingsinstitusjonen oppnår ikke de ressursene som er ønskelige.

Materialet viser to funn. Et funn viser kompleksiteten ved skjønnsutøvelse og hvordan det skaper ulike dilemmaer for ansvarlige profesjonsutøvere. Ulike verdier, holdninger, erfaringer, og kompetanse innebærer at det å ha ansvar, iblant fører til at profesjonsutøvere tar et større ansvar enn de er pålagt. Et annet funn i materialet viser at profesjonell utvikling krever et selvstendig ansvar, egeninnsats og motivasjon for å både opprettholde kvalitet og for å skape gode tillitsrelasjoner med pasienter og andre profesjonelle.

4.4. «Det er ikke gitt at det er en maktbalanse eller gjensidighet mellom alle profesjonene»

En mellomleder deler utsagnet ovenfor når hun reflekterer rundt temaet makt i behandlingsinstitusjonen. Oppgaveinndeling, arbeidsprosesser, og vanskelige skjønnsvurderinger som skal treffes gjør profesjonsutøverne avhengig av et tverrfaglig samarbeid. Hvordan respondentene beskriver spenninger mellom makt og tillit i samarbeidet kan synliggjøre deres autonome handlingsrom.

4.4.1. Makt og tillit synliggjøres tverrfaglige beslutninger

Å være del av et tverrfaglig samarbeid er en viktig side av profesjonsutøvernes arbeidshverdag. Det foreligger er stor enighet blant respondentene om at profesjonene er avhengige av hverandre for å finne gode løsninger på problemstillinger, og de oppgir ulike årsaker som kompetanse, erfaring og oppgavefordeling. Selv om samarbeidet består av ulike formell kompetanse og erfaring, beskriver respondentene en likestilling med få profesjonskamper. De opplever i liten grad å bli holdt utenfor diskusjoner, noe som engasjerer til å være aktiv deltaker i tverrfaglige vurderinger. Noen respondenter påpeker at det ikke foreligger en sterk hierarkisk orden mellom profesjoner og opplever det tverrfaglige samarbeidet som godt. Respondentene bruker ord som samspill, dialog, mestring, avhengighet og anerkjennelse i sine beskrivelser av samholdet, som sammenfaller med Grimens (2008c) kjennetegn av en kollegial organisering. En oppfatning som flere har til felles er at gjensidig tillit er avgjørende for samarbeidet. Respondentene gir imidlertid beskrivelser av at det kliniske handlingsrommet utfordres på ulike måter når tverrfaglige beslutninger skal tas. Dilemmaer som kommer til uttrykk handler om makt og tillit. En mellomleder deler denne betraktningen om maktforholdet mellom profesjonene:

«Vi er helt avhengige av de ulike profesjonene for å kunne gjøre denne jobben. Og jeg opplever at det er, mellom profesjonene, det er klart noen definerer makten. Legene definerer makten i døgn, fordi de sitter med det største ansvaret. Og noen kan oppleve at de kanskje befinner seg litt lengre nede på rangstigen (...). Det jobber vi veldig eksklusivt med å unngå. Så det er hvert fall noe vi har mye fokus på og er opptatt av. At ikke noen skal føle seg mindre viktig, fordi at det er ikke noen som er mindre viktig.»

Mellomleder belyser her samspillet og maktfordelingen i behandlingsinstitusjonen. Selv om medarbeiderne er avhengige av hverandre for å utføre oppgavene sine, er det en samhandling som kjennetegnes av ulik grad av kontroll og en hierarkisk orden, som for noen kan gjøre at de føler seg mindre betydningsfull. I følge Abbott (1988) står profesjonene i en avhengighet til hverandre, men også i en sosial konkurranse. Respondenten presiserer imidlertid at dette er en problemstilling de arbeider aktivt med, fordi alle medarbeidere er verdifulle ressurser for virksomheten. Det kan tenkes at mellomleder refererer til mindre autonome yrkesgrupper i Mintzberg (i Høst, 2014) sin beskrivelse av ekspertorganisasjoner, som ansatte i støttestaben, eller henviser til profesjonelle yrkesgrupper med mindre mandat i klinisk virksomhet, som eksempelvis sykepleiere eller vernepleiere. Formelle retningslinjer krever eksempelvis at enkelte oppgaver bare skal foretas av leger, eller til sykepleier som leger har delegert myndigheten til. Sykepleier kan imidlertid ikke delegere myndigheten videre til hjelpepleier. I noen situasjoner er altså profesjoner autonome, mens andre ganger er de underlagt andre, som indikerer et maktforhold mellom dem. I følge en annen respondent handler makt om å ha behandlingsansvar:

«Sånn som jeg ser det, og den tradisjonen jeg kommer fra, så er det slik at den som har pasienten som står for behandlingen. Og da er det vedkommende som har makten. Og siste ordet. Det er andre tradisjoner, hvor team sånn og sånn bestemmer.»

Utsagnet ovenfor kan illustrere tradisjoner der enkelte profesjoner har stor suverenitet og autoritet i en klinisk kontekst. Med ansvar følger det makt. Som behandlingsvarlig gir det respondenten stor makt til å definere behandlingsbehovet til pasienter. I følge respondenten gir det også en rett til siste ordet i tverrfaglige beslutninger, som Abbott (1988) omtaler som jurisdiksjon. Sitatet henviser også til andre tradisjoner der avgjørelser fattes i gruppefellesskap. For respondenten synes dette å være et dilemma. Det kan tenkes at respondenten viser til en utvikling der tradisjonelle vilkår for jurisdiksjon er i endring, som

for respondentent kan oppleves utfordrende. I følge Abbott (1988) ønsker dominante profesjoner å beskytte tradisjonelle profesjongrensener. Respondentent legger til at team ikke kan avgjøre hva som er riktig behandling å gi, spesielt når behandlingen involverer hennes handlinger. Imidlertid presiserer respondentent at det ikke betyr at hun ikke hører på andre sine vurderinger. Noen ganger bidrar andre innspill og betraktninger til at hun endrer sitt beslutningsgrunnlag. Andre ganger er de enige, som de i følge respondentent ofte er, og er med på å styrke hennes vurderinger. Men dersom det foreligger motsetninger er det hun som må fatte beslutninger, fordi hun står ansvarlig dersom noe går galt. Respondentent har et delegert ansvar, som innebærer politiske, juridiske, økonomiske og etiske forpliktelser som hun må forholde seg til (Svensson og Karlsson, 2008). Hun viser således at samarbeidet består av et argumentasjonsfellesskap der profesjonene kan legitimere for ulik behandling basert på kunnskap og erfaring, for øvrig fattes ikke alltid beslutninger i fellesskap. En annen respondentent som er blitt overført til en annen avdelingsenhet, forteller at hun har kommet med forslag til nye arbeidsmetoder. På spørsmål om grad av medbestemmelse, svarer hun:

«Ja til en viss grad, har jeg jo det. Men jeg er nok litt forsiktig. (..), de har sitt språk og sin kultur og sin måte å tenke og gjøre ting på, som jeg trår litt forsiktig rundt da, for jeg klarer ikke helt å finne min plass i det. I deres. Så jeg er ikke der at jeg føler at jeg har så veldig mye jeg skulle ha sagt, nei. Jeg er ennå i en sånn lærefase hvor jeg er litt ydmyk og spør mye, fremdeles.»

Sitatet ovenfor illustrerer at respondentent kjenner på en usikkerhet fordi hun ikke forstår eller har lært seg normene på enheten hun arbeider. Som ny medarbeider ved avdelingen kan det tenkes at hun legger merke til normer, rutiner eller regler som kan være konstruktive eller destruktive for trivsel og effektivitet. Respondentent påpeker at hun ikke har så mye hun skulle ha sagt, og fremtrer dermed ydmykt ovenfor kolleger. I ordet «fremdeles» kan det ligge at etterhvert som respondentent føler seg tryggere i rollen ønsker hun å fremme sine endringsforslag. I følge Ekeland (2005) står nye medarbeidere ofte ovenfor dilemmaet der ansatte må velge enten å tilpasse seg og opptre i samsvar med kolleger, eller opponere med fare for å skape rollekonflikter. Selv om rusfeltet ikke er et nytt, opplever en respondentent at det har skjedd, og skjer, mange endringer i rusfeltet. Hun beskriver det som et slags paradigmeskift uten at det har vært så mye evidensbasert liggende til grunn. Hennes erfaring er at det påvirker profesjonsutøvernes skjønnsvurderinger i beslutningsprosesser:

«.. om ikke nødvendigvis profesjonskamper ute og går, så er det nok noen tenkninger som er mer dominerende i en profesjon enn en annen, som gjør at det kan bli litt forskjeller i hvordan vi tenker vi skal håndtere en gitt situasjon. At det blir veldig mye hva du mener om ting eller hva du tenker om ting.»

I utsagnet kan en se at respondenten er usikker på om dette handler om profesjonskamper eller ikke. Det kan være et uttrykk for bekymring for en utvikling av standardisering som ikke er faglig begrunnet. Det er tanker respondenten gir uttrykk for, men hun vet ikke om det er slik. Det kan være uttrykk for en antakelse, eller en refleksjon til ettertanke, ved at respondenten opplever at andre profesjonsutøvere har fått en funksjon som gir dem mandat til å ta beslutninger på vegne av andre. Det at respondenten sier *«det blir veldig mye hva du mener om ting eller hva du tenker om ting»*, kan sees i sammenheng med det Cohen mfl. (1986, i Høst, 2014; Strand, 2007) omtaler som «garbage can» modellen, som er et typisk kjennetegn ved ekspertorganisasjoner. Når problemstillingene og kriteriene for beslutningene er uklare eller tas av flere, får tolkningsprosessen stor betydning. Ulempen er at det kan oppstå rivalisering og konflikter mellom profesjonsgrupper. En mellomleder forteller hvordan vurderinger noen ganger tas på et overordnet nivå, der andres avgjørelser kommer i konflikt med hennes og medarbeidernes vurderinger i døgnheten. Mellomleder forteller:

«Når ikke vi blir enige (...). Da kan jeg føle litt frustrasjon. Men jeg ser jo at noen tilfeller så kan det være greit og at det kommer noen utenfra, vi kommer gjerne for tett innpå. (...). Men jeg føler at vi blir tatt hensyn til, det er ikke sånn at «jeg bestemmer på grunn av min profesjon», så de hører på hva vi har å si.»

Det er en motsetning i det mellomleder sier om at hun og andre medarbeidere på døgnheten opplever å bli tatt hensyn til i faglige diskusjoner, selv om dette ikke alltid forekommer. I følge mellomleder er det de på døgnheten som kjenner pasientene best, og som er med dem i flere timer om dagen. Ofte er det de på døgnheten som må forklare pasienter hvorfor de ikke får gjennomslag for sine ønsker. Respondenten opplever det som frustrerende, særlig dersom hun ikke er enig i avgjørelser som tas av andre, eksempelvis av legen eller overordnet leder. Utsagnet kan belyse at det oppstår spenninger mellom skjønnsvurderinger, fordi skjønn inneholder kilder til variasjon i avgjørelser, slik Rawls påpeker (Grimen og Molander, 2008). Respondenten legger til at siden hun arbeider tett på pasienter vil hun nok ha lettere for å si ja, og at det iblant kan være nødvendig med andre vurderinger som ser situasjonen utenfra. Det

kan dermed tenkes at mellomleder betrakter avgjørelsen som kollegastøtte, når hun sier «*det er greit at noen kommer noen utenifra*», og at hun slik takler dilemmaet med at egne beslutninger blir satt til side. Bedre kommunikasjon kan bidra til økt bevisstgjøring og «løfte blikket» fra den daglige driften. Hun sier avslutningsvis:

«At vi nede på gulvet får og nok informasjon om tankene som er lengre oppe i systemet, for det er jo der de tenkes ut først. De er med på møtet, og det er jo tverrfaglig, men det veier jo gjerne tyngst det som de sier og da er det jo der og at vi og har fått inn den.. hvordan de tenker og forståelsen for tenkningen. Eller hva som ligger bak.»

I utsagnet kommer det frem at mellomleder omtaler seg som en «nede på gulvet». Det kan tenkes at mellomleder ønsker å være lojal og stille seg bak medarbeidere og pasienter. Men det kan være utfordrende å beholde tillit hos ledelsen, og samtidig være lojal mot medarbeidere og pasienter. Det kan være ekstra utfordrende for mellomleder å være lojal mot ledelsen når ledelsen sitter på kunnskap og informasjon som nødvendigvis ikke deles med mellomlederne, slik hun beskriver. I følge Sørhaug (1996) er tillit nødvendig for å sikre seg nok informasjon, og den setter nødvendige betingelsene for og mobiliserer til riktig samhandling. På spørsmål om hvordan det tverrfaglige samarbeidet oppleves, med makt som tema, trekker den andre mellomlederen selv frem perspektivet at ansvaret hun besitter i sin lederrolle er nært knyttet til makt. Slik beskriver hun maktbalansen:

«Det ligger en del ansvar i denne stillingen, jeg opplever at jeg har den makten jeg trenger, i forhold til å kunne løfte ting videre i systemet å bli hørt og til å kunne påvirke driften i den retning jeg tenker er viktig vi går. Maktbegrepet er litt vanskelig, for makt kan også være veldig negativt. Man kan misbruke makt, så jeg prøver å anvende den makten jeg har som leder på en god måte (..), vi har egentlig veldig stor makt og det er viktig å være bevisst akkurat det.»

Utsagnet peker på at mellomleder har stort rom for innflytelse. Hun har myndighet både til å formidle saker oppover til ledelsen og til å påvirke innholdet i tjenestene som leveres. Det er interessant at respondenten her dreier spørsmålet om tverrfaglig samarbeid inn mot sin egen lederrolle. Hun viser at hun har et forhold til maktbegrepet og er bevisst at makten må anvendes varsomt. Det kan tenkes at hun er bevisst på å ikke bruke makten sin til å overkjøre behovet for tillit og tvinge fram ønskede handlinger hos andre. Det at mellomleder legger vekt

på at makt kan være negativt, kan bety at hun ønsker å bevare autoritet blant medarbeiderne. Ifølge Sørhaug (2004) framstår autoritet som mindre enn direkte ordre, og er den sammensatte kvaliteten ved relasjoner som får mennesker til å frivillig sette sin egen vilje og skjønn til side, og som gjør det noen andre har sagt eller kommunisert. Det kan tenkes at respondenten identifiserer makt som et uttrykk for en mer autoritær lederstil, som kommer i konflikt med egen oppfatning av det å være en demokratisk leder. Tillitsforhold er imidlertid paradoksale, fordi det består av gjensidige forventninger til noe som ennå ikke er realisert. I tillegg kan forventninger forsvinne, eller snus i negativ retning (Sørhaug, 1996). En mellomleder deler slike erfaringer:

«.. noen utfordringer i personalgruppen, det vil det alltid være. Men i hovedsak opplever jeg en gjensidig anerkjennelse. Og det er ekstremt viktig. For når du opplever mistillit, så kan det være en påkjenning.»

I følge mellomleder vil det alltid være forhold i arbeidsmiljøet som er utfordrende, og peker på at det er naturlig at det er slik. Hun bekrefter likevel den betydningen tillit og anerkjennelse fra medarbeidere har å si for lederrollen. Mellomleder legger til at fravær av konflikter og fravær av «bølger» i arbeidsmiljøet, har mye å si for hennes trivsel og følelse av mestring. Når det oppstår konflikter eller misnøye, fører det noen ganger til at hun ikke opplever at hun mestrer. Manglende tillit til egne lederegenskaper påvirker derfor negativt, slik mellomleder uttrykker ovenfor. I følge Sørhaug (1996) har tillit kvaliteter som minner om energi. Det at mellomleder får tillit fra medarbeidere har derfor en effekt, fordi det styrker mellomleders opplevelse av seg selv.

Materialet viser tverrfaglige beslutninger som fattes, både vertikalt og horisontalt, som gjør at respondentene ikke alltid opplever at de beslutninger som fattes er de ideelle avgjørelsene. Respondentene gir avkall på noe av sin frihet til fordel for solidaritet i samarbeidet, men opplever imidlertid spenninger mellom å være autonome profesjonsutøvere og underlagt andre.

4.5. “En leder som ser meg og ser de andre. Og ikke bare ser men utfordrer og henter frem det beste i folk.”

Utsagnet ovenfor viser respondentens refleksjon over hvilken lederstøtte hun og andre er i behov av, men ikke opplever at leder gir. Opplevelsen av tilgjengelig støtte er et viktig tema for respondentene i studien. For å håndtere skjønnsutøvelsen trenger profesjonsutøverne støtte og tilbakemeldinger på arbeidsutførelsen, både fra ledere og kolleger.

4.5.1. Behov for støtte blir synlig gjennom krav og forventninger

På spørsmål om støtte vektlegger flere av respondentene kollegastøtte som den viktigste formen for støtte. Det varierer litt hvordan kollegastøtten fungerer i praksis, den finnes i formell og uformell form. I formell form snakkes det om teammøter og personalmøter internt i enhetene og personalmøter i behandlingsinstitusjonen som helhet. Personal møtene internt på enhetene har et «her og nå» fokus som sies å være positivt på flere måter. Møtene oppsummerer hendelser, bidrar til å oppklare misforståelser, og får profesjonsutøverne til å snakke sammen og dele erfaringer. Flere av respondentene trekker frem betydningen av et støttende fellesskap med rom for åpenhet og tillit, slik en viser:

«Vi er et team. Der vi backer hverandre på det som er bra, og der vi og snakker om det som ikke er bra, og vi kan diskutere tilnærmet alt mulig. Og får tilbakemeldinger noenlunde ærlig. Så det fellesskapet vi har i avdelingen, altså personalet i min avdeling er det viktigste. For det er jo vi som går sammen og samarbeider. Vi må stole på hverandre, ellers hadde det blitt veldig vanskelig.»

Utsagnet ovenfor påpeker den betydningen diskusjoner og oppriktige tilbakemeldinger, på godt og vondt, har å si for samholdet i gruppen. Et slikt argumentasjonsfellesskap kan tenkes å påvirke forståelseshorisonten og som medvirker til bedre kommunikasjon og forståelse (Nordby, 2009). Hun viser imidlertid at samarbeidet må bestå av gjensidig tillit for å støtte og for å gi hverandre tilbakemeldinger, som en annen respondent beskriver utfordringer med. Hun sier at det er vanskelig å henvende seg til kolleger med sine problemstillinger. Hun synes det er vanskelig å be om råd og veiledning fra kolleger og opplever ikke at det finnes tilgjengelig støtte når hun er i behov av det. Når hun tar initiativ føler respondenten at hun trenger seg på. Hun reflekterer rundt hvordan det burde være og sier: *Som jeg egentlig kan spørre om hva som helst, uten at det blir for dumt.*». Sitatet kan vise en refleksjon til ettertanke som følge av erfaringer med å ha blitt møtt med negativt respons når små og store

spørsmål stilles. Det kan således gjøre at hun mister tillit til sine kolleger, som fører til at hun velger å ikke oppsøke dem med sine problemstillinger. En annen deler mer positive erfaringer og sier:

«Dørene er egentlig alltid åpne. Vi har en åpenhet på en måte, man må nesten ha det, for man snakker så åpent om andre sitt liv.»

Respondent ovenfor beskriver en åpen-dør-kultur hvor det er rom for å snakke fritt. Som følge av å være vant til å omtale mellommenneskelige relasjoner i pasientsammenheng blir det naturlig å dele egne erfaringer, følelser og reaksjoner. En slik åpenhet skaper tillit og hjelper henne til å sette ord på vanskelige følelser. Som respondenten er inne på, er respondentene i behov av emosjonell støtte fra kolleger i etterkant av utfordrende hendelser. En annen respondent reflekterer rundt betydningen av å kunne dele erfaringer med påfølgende betraktninger rundt hvordan hun burde ha tenkt, hva hun burde sagt og hvordan hun burde handlet i den aktuelle situasjonen, uten at den ene parten er bedre enn den andre. Tid til refleksjon og innspill fra kolleger kan tenkes å forlenge reaksjonstid og øke handlingsmulighetene. Molander og Smeby (2013) beskriver dette som en forsinkende mekanisme, der refleksjon og innspill fra andre kan redusere feilvurderinger i faglige skjønnsutøvelse ved at det gis rom for systematisk tenkning, diskusjoner og kontrollrutiner.

Respondentene ble også spurt om hvilken form for lederstøtte de hadde i dag og det var noen form for lederstøtte de ønsket. Hvilke forventninger profesjonsutøverne har til lederne sine, og hvilke erfaringer har de gjort seg, er spørsmål som undersøkes i denne studien. Respondentene har ulike erfaringer med hvorvidt de får støtte av overordnet leder. En respondent sier hun får tilfeldige tilbakemeldinger når de møtes i gangen. Hun kan ikke huske at lederen har gitt henne støttende eller oppmuntrende tilbakemeldinger. Når hun sammenligner støtten fra sin leder i dag med støtten hun har fått fra tidligere ledere, beskriver hun det slik:

«Den (støtten) er nok ganske liten. For jeg er jo vant å ha ledere som jeg føler liksom får litt tak på hvem jeg er da. De ser hva styrkene mine er og hva svakhetene mine er. Og så får jeg masse positiv feedback på det som jeg er god på. Og så det andre det er greit. Det gjør ikke noe at jeg ikke er så flink til sånn, for jeg er jo flink i sånn (...). Stort sett alle føler jeg har sett noe i meg som jeg har litt troen på selv at jeg har da. Ikke nå, nei.»

Respondenten deler her sine opplevelser av at lederen ikke ser henne for hennes positive og negative sider. Hun viser til tidligere erfaringer fra andre ledere som spilte på de gode egenskapene og som styrket troen på egne ferdigheter. Konstruktive tilbakemeldinger tilegner henne vekst som profesjonsutøver. Sitatet kan sees i lys av det Strand (2007) sier om at ledere må la profesjonsutøvere gjøre det de er gode på.

Behovet for støttende ledere synes å være stort for respondentene fra døgnenhetene, for arbeidet synes noen ganger å påføre dem belastninger og slitasje. Respondentene deler positive erfaringer med oppfølging i etterkant av utfordrende pasientsituasjoner, der flere sier at de kan gå til leder og møte emosjonell støtte. Det tilbys oppfølging hvor det stilles spørsmål om hva som hendte og hva det førte til. Ved å åpne opp for samtale om det som er vanskelig, gis det dermed muligheter til å finne felles løsninger i et systemrettet perspektiv. Handlingene og dens konsekvenser går således fra å være personavhengig til systemavhengig. I respondentenes beskrivelser kommer det imidlertid frem at flere mener ledere i større grad må ta ansvar for å tilrettelegge arbeidet for den berørte etter slike hendelser. De gir beskrivelser som: ikke få tildelt for store krav, ha anledning til å gå «på topp» eller få tildelt andre oppgaver eller pasienter i en periode. En respondent sier det kan være belastende å motta lidelsestrykk over lengre tid, og ledere må derfor gi rom for åpenhet og tilrettelegge for avlastning for å forhindre ytterligere slitasje.

Respondentene trekker også frem betydningen av støtte fra nærmeste leder for å finne løsninger på oppgaver som kan synes vanskelige eller motstridende. Leder som engasjerer seg i medarbeidernes arbeid som de noen ganger beskriver at de står alene om, fremheves som nødvendig. En respondent med stort handlingsrom til å utforme nye behandlingstilbud uttaler det slik:

«Det å være med å ta noen litt slike vanskelige avgjørelser, hvordan kanskje tilbudet kan bli benyttet bedre der. Men da er det noen som mister et tilbud. Men kanskje det må til, hvis det gjør helheten bedre, sant. Men kanskje ikke. Men altså ta de vurderingene.»

En viktig lederegenskap synes å være lederes evne til å involvere seg i det faglige og som våger å være med å ta de vanskelige avgjørelsene, slik utsagnet ovenfor peker på.

Profesjonsutøveren står ovenfor vanskelige verdivalg som kan medføre at et tilbud går på bekostning av et annet. Hun må derfor prioritere. Om valgene hun gjør tilfører

behandlingsinstitusjonen et bedre tilbud, synes imidlertid å være uklart. Respondenten er derfor i behov av en leder som kan veie alternativene sammen med henne, slik at hun kan ta de beste avgjørelsene. Tilbakemeldinger fra nærmeste leder er at annet tema respondentene er opptatt av, men som de ikke alltid opplever å få. Mangel på slike tilbakemeldinger medfører til en usikkerhet om arbeidet de gjør tilfredsstillende ledelsens krav til ansvaret rollen innebærer. En respondent forteller at hun er opptatt av jobbutførelsen sin og på hvordan leder vurderer den. Etter hun fikk tildelt nye arbeidsoppgaver er hun usikker på om det hun gjør er godt nok. Hun trenger derfor å vite at hun er på «rett spor». Uten tilbakemeldinger går hun «i villrede og tenker veldig mye», og trenger derfor en bekreftelse på at det hun gjør er rett. Tilbakemeldinger gir respondenten ro i arbeidet, med motsatt virkning dersom tilbakemeldinger uteblir. Hun ser derfor nødvendigheten av en leder som veileder henne i denne fasen. Hun sier videre:

«At du liksom føler at jevnt over så er det noen som følger med på deg da, selv om de ikke står og overvåker deg og detaljstyrer deg, så er det noen på en måte som fanger opp hva du gjør. På godt og vondt, og helst på godt. At du hvert fall får tilbakemeldinger på det gode du gjør. Og når du gjør blundere i blant, at det blir tatt opp en ordentlig måte, det har veldig mye å si for trivselen min og motivasjonen min, for det handler om trygghet.»

Respondenten forklarer at hun er i behov av en leder som følger med og har oversikt, men som ikke overvåker og detaljstyrer. Hun peker på at det er menneskelig å feile, og så lenge konstruktive tilbakemeldinger gis med åpenhet og respekt gir det respondenten trygghet i arbeidet. Bekreftelser på det gode hun gjør styrker hennes rolle og gir økt motivasjon og trivsel.

Materialet viser at profesjonsutøverne er i behov av ulike former for støtte, både fra kolleger og nærmeste leder. Selv om mye av profesjonsutøvernes arbeid baseres på selvstendige arbeidsoppgaver, kan uklare mål gjøre at de er i behov av både informasjon om hva som skal gjøres og forventninger til oppgavene. Respondentene poengterer at det å ha ledere tilgjengelige for spørsmål, informasjon og veiledning, bidrar til trygghet og økt jobbtrivsel. Spredning i respondentenes svar, viser at profesjonsutøverne har ulike behov av støtte. Det kan tenkes at ulike behov for støtte beror på fagkompetanse, erfaring, og sikkerhet i rollen.

KAPITTEL 5.0 DISKUSJON OG OPPSUMMERING

Studien tar utgangspunkt i hvordan ulike forhold i arbeidet påvirker handlingsrommet. I denne studien har jeg undersøkt hvordan eksplisitte og implisitte styringsmekanismer påvirker skjønnsutøvelse og autonome beslutninger. Materialet har vist hvordan ansvaret profesjonsutøvere har, utfordrer måten de håndterer og ivaretar oppgaver. Hvilken støtte de er i behov av, hvilke forventninger profesjoner har og hvilke erfaringer de har gjort seg er også belyst i materialet. Problemstillingen jeg utforsket var:

Hvordan påvirker formelle og uformelle mekanismer profesjonsutøveres autonome handlingsrom i rushelsetjenesten?

I denne delen diskuterer jeg funn fra analysen med utgangspunkt i problemstillingen. Diskusjonen blir gjort i lys av den kontekstuelle teorien og de teoretiske perspektivene jeg har presentert tidligere. Ikke all teori i teoridelen er like relevant, men den er likevel nyttig å ha som et bakteppe for å oppnå en mer helhetlig forståelse og innsikt av problemstillingen. Gjennom analysen av datamaterialet kom jeg som beskrevet frem til noen funn som respondentene opplever er viktig for deres arbeidssituasjon. Med utgangspunkt i disse funnene har jeg valgt tre emner som jeg ønsker å diskutere videre: Opplevelse av eget handlingsrom i praksis, tillit og gjensidighet som grunnlag for tverrfaglig samarbeid, og kunnskapsutvikling. Mange av funnene som kommer frem i undersøkelsen henger nøye sammen og inngår i de valgte emnene.

5.1.1. Opplevelse av eget handlingsrom i praksis

Studien tyder på at behandlingsinstitusjonen gir profesjonene stor tillit til å forme yrkesutøvelsen slik de mener er best. Noen avgjørelser er ikke nødvendigvis strukturert av detaljerte instruksjoner, men er basert på skjønnsvurderinger og er tilpasset den enkelte situasjonen, uten dermed å si at regelverket eller retningslinjene settes til side. Slik opplever respondentene et stort handlingsrom for skjønnsutøvelse over eget arbeid, både til å velge oppgaver, rekkefølgen på dem, men også til å møte den enkelte pasients behov med ulik tilnærming. Dette styrker profesjonenes identitet og selvforståelse og troen på egen nytte i organisasjonen. De får brukt sin kliniske kompetanse til beste for pasienter, noe som styrker trivselen og arbeidsmotivasjonen til den enkelte.

Selv om frihet fremholdes som viktig, kan den også oppleves å være krevende. I beskrivelsene av egenkontroll søker respondentene å leve opp til de forventninger som profesjonsrollen innebærer. Respondentene beskriver imidlertid en usikkerhet knyttet til hvordan de forventes å innrette seg i sitt daglige virke og hva som skal ilegges størst vekt i arbeidet. Tvetydigheten til hva faget skal inneholde er et dilemma som utfordrer profesjonsrollen. Det kan derfor være både en svakhet og en styrke at en del arbeidsoppgaver ikke er formalisert, der mye avhenger av profesjonenes egen forståelse og skjønnsvurderinger. En svakhet som kan sees er at mye av kontakten mellom profesjonelle og pasienter skjer i en-til-en kontakt i det lukkede rom. Bortsett fra direkte tilbakemeldinger fra pasienter er det få muligheter for innspill fra andre til å evaluere tjenestene som gis. I følge Grimen (2001) er maktrelasjonene nå i endring, og den tradisjonelle tilliten til profesjonsutøvers kunnskapsgrunnlag, karisma og praksisutøvelse settes på prøve. Pasienter setter større krav og forventninger til profesjonenes kompetanse, og som materialet viser utfordrer dette etablerte normer, regler og verdier. Dette kan ha sine positive sider ettersom profesjonsutøverne blir pålagt å revurdere etablert praksis i et forbedringsperspektiv. Studien belyser at profesjonsutøverne søker å tilfredsstillte pasientenes behov og ressurser og viser at de har brukerperspektivet med seg i flere kontekster, uten at respondentene bruker begrepet direkte i materialet. En annen styrke ved at utformingen av praksis ligger hos de profesjonelle er at de har større mulighet til å være fleksible ovenfor rusmiddelavhengige, noe som gir et større handlingsrom for brukermedvirkning og for å tilpasse behandlingstilbudet til hver enkelt. Dette er i følge Ekeland (2004) kjernen i den kliniske logikken hvor pasientens handlingsrom avhenger av profesjonsutøvers handlingsrom.

Det fremkommer av undersøkelsen at friheten som tildeles noen ganger kan være «for bra». Når respondentene ikke opplever at de får støtte eller respons fra leder for å fremme sine faglige idealer, møter de denne situasjonen med å prøve å finne gode løsninger i praksis. På denne måten fremstår de som aktive og autonome profesjonsutøvere som søker etter måter å kunne gjøre gode beslutninger i et komplekst system, der ulike verdier til tider er uforenlige eller uklare. Nordby (2012, i 2017) påpeker at medarbeidere ofte har forslag til hvordan mindre grep kan gjøre arbeidshverdagen deres bedre. Frustrasjon over distanserte ledere skyldes ofte at medarbeiderne opplever at de har verdifulle innspill de ikke får formidlet fordi lederne oppleves som lite tilgjengelige. At en respondent har stor handlingsfrihet til selv å utforme behandlingstilbud til pasienter anses ikke som regelen, kanskje heller unntaket. Hvordan aktivitetene skal utformes og hvilket behandlingstilbud som skal prioriteres bort er

vanskelige vurderinger å ta. I samme kontekst henvises det til betydningen av tilstedeværende ledere som kan være med å diskutere slike vanskelige prioriteringer. Ledere har et informasjonsmessig overtak gjennom sin kunnskap om ressurser og hvilke betingelser som knytter seg til dem (Strand, 2007). Profesjonene er til dels avhengig av slik informasjon, og ledere har dermed en mulighet til å påvirke. Når leder ikke følger opp, får ikke respondenten tilstrekkelig støtte og mandat for å treffe sine vanskelige beslutninger. Det at noen profesjonsutøvere har et slikt handlingsrom kan sees i sammenheng med typiske kjennetegn ved ideelle organisasjoner. Dette viser at behandlingsinstitusjonen har sine særtrekk og autonomi til å forme egen virksomhet. Med utgangspunkt i legers erfaringer, viser en studie av Moen (2008) at det er liten grad av faste holdepunkter i forhold til evidenser og eksakte svar, og det er et stort spillerom for implementering av de politiske styringer som ligger til grunn for organiseringen og utføringen av behandling. Dette synes også å være en beskrivelse som passer for empirien i denne studien.

Selv om profesjonsutøverne er autonome, beskrives også en frihet som innskrenkes av pålagte oppgaver. Studien viser at respondentene ikke alltid har mandat til å bestemme over arbeidsoppgaver og arbeidsmengde. Flere nevner tid som en viktig faktor i flere sammenhenger, både i forhold til å få fulgt opp pasienter og i forhold til få oppgaver unnagjort i tide. Både mellomlederne og profesjonsutøverne beskriver dilemmaer med de mange dokumentasjonskravene som stilles til virksomheten. Dokumentasjonskrav fra ulike logikker i delsystemene tilsyn, evidens, økonomi, marked og styring legger press på det kliniske handlingsrommet (Ekeland, 2004). Arbeidet fremstår dermed som byråkratisk, med økte krav til dokumentasjon. Det er mange administrative oppgaver som skal løses, og for at dette skal la seg gjennomføre er det ikke alltid mulig slik de ser det, å gjøre arbeidet på en fullstendig og god måte. Når det er problematisk å håndtere administrativt pålagt arbeid, er det ofte med tilvisning til faglige begrunnelser. Den tradisjonelle forventningen om at profesjonelle skal gjøre det som står i deres makt for å hjelpe pasienten kan komme i konflikt med rushelsetjenestens styringsmekanismer og krav om prioriteringer (Svensson og Karlsson, 2008). Administrativt arbeid tar mye tid bort fra andre oppgaver, noe som kommer i strid med egne faglige verdier som helhetlig omsorg. Praksisen bryter således med egne standarder. Michael Lipsky (1980, i Svensson, 2008) beskrivelse av profesjonelle som bakkebyråkrater viser samme tendens. Respondentene må gjøre kompromisser med sine faglige idealer til fordel for å ivareta behandlingsinstitusjonens systemkrav og dens regler, som andre studier også har påpekt (Ekeland mfl., 2011; Dimmen og Ødegård, 2012). Enkelte beskrivelser i

materialet gir holdepunkter for at dokumentasjonskravet er så stort at det går på bekostning av tiden som kan anvendes på direkte pasientkontakt. Det kan derfor være de ville prioritert annerledes om de kunne. Profesjonsutøverne blir således noen ganger forhindret til å foreta autonome handlingsvalg og andre ganger må de gjøre kompromisser. Utsagnet *«det å føle at jeg har hodet over vann, det har jeg stort sett aldri, men.. Det kan være en god følelse i blant, å føle at du har hodet over vann»* er beskrivende for hvordan komplekse og manglede oppgaver fører til krysspress. Profesjonsutøverne anvender derfor ulike mestringsstrategier for å håndtere krysspresset de opplever i arbeidet, blant annet i form av prioritering av oppgaver. Hvilke oppgaver som prioriteres avhenger av konteksten. Andre ganger fører det til oppgaveforskyvning. Oppgavene assimileres dermed til andre på grunn av stort arbeidspress (Abbott, 1988), uten dermed å si at oppgavene som forskyves faller utenfor ansvarsområdet til dem oppgavene forskyves til. Andre ganger velges oppgaver bort.

Studien peker også på mer uformelle mekanismer som legger føringer på handlingsrommet. Når enhetene av ulike grunner mangler personell, eller tilleggsoppgaver oppstår, opplever respondentene forventinger om å stille opp. Slike normer og forventinger fra ledere oppleves som til dels motstridende fordi det kan gå på bekostning av annet arbeid. Tid er en annen faktor som det beskrives dilemmaer med. Materialet viser at det ofte oppstår uforutsette situasjoner som ekstrainnleggelser eller forskyvning av pasientsamtaler som gjør at den kliniske arbeidsdagen kan oppleves hektisk. Dette skyldes delvis en uforutsigbar pasientgruppe som gjør at timeavtaler og varighet ikke alltid overholdes, og delvis uforutsette behandlingsbehov. Dette kan også relateres til mangelfull kommunikasjon internt eller i kommunikasjon med eksterne samarbeidspartnere. Dette stiller store krav til en fleksibel organisasjon. Gode interne retningslinjer kan imidlertid bidra til en klarere struktur, som binder kollektiv indre selvjustis (Grimen, 2008c). Materialet viser at profesjonene ønsker aktiv deltakelse i utarbeidelsen av behandlingsinstitusjonens fagutvikling og de har ideer til både hvordan arbeidsoppgaver kan forbedres og ressurser fordeles. Selv om medarbeidere ikke skal inkluderes i alle beslutninger, betyr ikke det at de skal ekskluderes (Nordby, 2017). Ledere har ansvar for å sikre at prosedyrer oppdateres kontinuerlig og sammenstilles med dokumenterte effektive og kvalitativt gode behandlingsmetoder og materialet viser at profesjonene deltar aktivt i dette arbeidet.

At profesjonsutøverne ikke alltid kan ta de mest optimale kliniske beslutningene, relateres også til et høyere helsepolitisk nivå. Formelle og eksplisitte styringsmekanismer som

nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere tilhører henholdsvis evidenslogikken og juridisk- administrativ logikk (Aasen, 2018). Når føringene kommer fra et høyere nivå, gjennom faglige retningslinjer, prioriteringsveiledere eller lovverk gis profesjonsutøvere støtte og mandat for eksplisitte beslutninger. Ekeland (2004) sier imidlertid at evidensbasert praksis innebærer sterkere objektivisering og legger standardiseringspress på det kliniske systemet. Profesjonsutøvere må derfor velge om de følger, eller ikke følger, retningslinjer og anbefalinger fra Helsedirektoratet. Materialet beskriver en rigiditet og en valgfrihet i denne konteksten. Mange velferdsrettigheter er vagt formulerte i lovgivningen, og som undersøkelser viser kan nedtone potensielle konflikter mellom rettslig styring og medisinskfaglig skjønnsutøvelse (Utvåg, mfl., 2014; Bjorvatn og Nilsen, 2018). Helsemyndighetene synes dermed å vise tillit til profesjonene. Imidlertid kan profesjonsutøvere oppleve at handlingsrommet innskrenkes, enten ved at de må dokumentere og begrunne hvorfor de avviker fra retningslinjer, eller ved å følge retningslinjer som de ikke mener er tilpasset den enkelte pasienten. Slik har profesjoner plikt til å svare for hva de gjør, og må kunne grunngi sine handlinger (Svensson og Karlsson, 2008; Utvåg mfl., 2014). Moderne organisasjonsendringer tenderer altså til å gjøre profesjonelle mer spesifikt redegjørende, fra å tidligere ha vært mer allment ansvarlige (Svensson og Karlsson, 2008).

Spenninger mellom å være en autonom profesjonsutøver med stor valgfrihet, samtidig med påførte reguleringer, forventninger og krav skaper en utfordrende balansegang. Slik fremkommer det at profesjonsutøverne er i behov av lederstøtte spesielt for å håndtere motstridende og vage mål. Jo større usikkerheten er, jo bedre mulighet har ledere til å påvirke, både positivt og negativt, sier Strand (2007).

Den medisinskfaglige logikken var ønsket av rusreformen (Ravndal, 2014; Mjåland, 2008), og mye tyder på at den også preger sterkt i døgnenhetene i denne studien. Mye tid går bort til medisindosering og medisintutlevering, og som materialet viser går på bekostning av andre terapeutiske behandlingstilnærminger. Flere av respondentene påpeker derfor at det trengs økte ressurser av medisinskfaglig personell, spesielt på helger.

Etter rusreformen i 2004 og samhandlingsreformen i 2012 er pasienter gitt sterkere pasient- og brukerrettigheter i behandlingen. Pasienter i TSB kan ha mange og komplekse behov og de kliniske profesjonene skal svare på de ulike behovene. Lojalitet til enkeltpasienter, pasientgrupper og tjenestene som skal leveres står sentralt og er et gjennomgående tema.

Helhetlig omsorg, som tillit, respekt og støtte anses som verdifullt for å forhindre drop- out og for at pasienter skal kunne se nytten av eventuelle reinnleggelser. De fremstår derfor som viktige aktører som søker å imøtekomme individuelle behov for å skape et bedre tilpasset behandlingstilbud og behandlingsforløp, også for pasienter med ROP- lidelser.

Respondentenes har således et «her og nå» perspektiv i tillegg til et fremtidsrettet perspektiv. Uttalelsene respondentene gir er i tråd med nyere forskning av Nesvåg mfl. (2017) som tyder på at behandlere arbeider mer bevisst med å utvikle tilbud som ivaretar spesifikke behov, og som er en viktig faktor for å forhindre drop- out.

Materialet viser at det er høy toleranse for rusmiddelpåvirket atferd, sinne og utagering i behandling. Dette gjør at pasienter med spesifikke behov krever ekstra ressurser, og profesjonsutøverne opplever ikke alltid at de har tilstrekkelig handlingsrom til å gi omsorg og likebehandling til alle pasientene samtidig. Mangel på personellressurser som innehar tilstrekkelige performative kjennetegn (Molander og Terum, 2008) og mangel på materielle ressurser som for eksempel egnete lokaler, gjør det vanskelig å ivareta pasienter med spesifikke behov og andre enkeltpasienter. Respondentene opplever således å ikke strekke til, mens andre ganger opplever de å miste kontrollen og pasientene overtar makten. Når de opplever å gå på akkord med sine faglige idealer, som likebehandling og omsorg, arbeider de hardt for å søke å forvalte det. Slik påtar respondentene seg et større ansvar enn de egentlig er pålagt. Sitatet «*Men jeg ser, og løper fra den ene til den andre for brannslukking*» viser at profesjonsutøverne søker å gjøre det beste de kan, ut i fra de rammevilkårene og ressursene som er tilgjengelig. I slike tilfeller forventes det at lederne tar de riktige beslutningene med hensyn til sitt økonomisk-administrative ansvar, og samtidig sikrer at lojaliteten til pasienter og den kliniske behandlingen ivaretas. Respondentene er utsatt for høyt lidelsestrykk, sinne og utagering, som påfører slitasje. En uformell dør-til- dør kultur med kolleger og mer formell veiledning med leder gjør at de får utløp for sine følelser, tanker og reaksjoner. Materialet viser imidlertid at ledelsen i større grad må ta ansvar for å tilrettelegge arbeidet etter utfordrende hendelser.

5.1.2. Tillit og gjensidighet som grunnlag for tverrfaglig samarbeid

Materialet viser at respondentene opplever en likeverdig samarbeidsrelasjon der de er del av et argumentasjonsfellesskap. Imidlertid oppleves det noen ganger at skjønnsvurderinger ikke anerkjennes i kliniske beslutninger, noe som skaper dilemmaer for det autonome handlingsrommet. I følge Sørhaug (1996) vil organisering bestandig basere seg på makt og

tillit, og makt og tillit er størrelser som truer og forutsetter hverandre. Selv om enkelte profesjoner som sykepleiere og vernepleiere formelt sett ikke har myndighet til å ta visse beslutninger i døgnenhetene, vektlegges likevel det paradoksale at dem som arbeider i døgnenheten ser pasientene mest. Til tross for at de er sammen med pasientene store deler av dagen der ønsker og behov fremlegges, erfarer de likevel at deres kompetanse og synspunkter ikke tillegges nok vekt i vurderinger. Sitatet *«det er ikke gitt at det er en maktbalanse eller gjensidighet mellom alle profesjonene»* peker på at enkelte profesjoner innehar har mye makt og denne makten kan gjøre at andre føler seg mindre anerkjent. Respondentene ser altså på sine faglige kunnskaper som viktige, men opplever ikke nødvendigvis at deres vurderinger anerkjennes av andre i det tverrfaglige samarbeidet. Dette sammenfaller med funn i andre studier (Melby mfl., 2017). Respondentene er lojale ovenfor de beslutningene som fattes, imidlertid kan de miste tilliten hos pasienter. Når de er uenige med beslutningene som tas av andre, er det derfor vanskelig å være den som skal fortelle pasienter hvorfor de får avslag på sine henvendelser. Når distansen til pasienter blir for nær, anses beslutningstaking fra andre noen ganger som en støttende faktor, som Jevne (2009) også viser i en annen studie. Respondentene påpeker at de er i behov av informasjon som forteller om bakgrunnen for de beslutninger som fattes, som kan øke forståelseshorisonten (Nordby, 2009).

Til tross for bredden av praksiserfaringene enkelte har opparbeidet seg og fleksibiliteten de har til arbeidsoppgaver, metoder og tilnærminger, kan dette bidra til at de opplever usikkerhet om hvordan de skal agere og hvorfor. Vage mål og visjoner og en utydelig styringsstruktur bidrar til at samarbeidet ikke fungerer optimalt. Ettersom profesjonsutøverne bruker egne ressurser og henter kunnskap fra flere fagfelt kan dette medføre at de bruker ulike arbeidsmetoder og innfallsvinkler og fagenes verdier kan komme i konflikt med hverandre. Materialet viser at noen avgjørelser er mer implisitt og synes å være styrt av normer og tradisjoner og det er derfor mye opp til hver enkelt ansatt og enheten de arbeider i hvordan de skal organisere behandling ut i fra de styringsprinsippene virksomheten gir. I følge Mintzberg (i Pettersen mfl., 2008) er autoritet knyttet til ekspertise, og behandlingsinstitusjonen kan dermed ha aktører som ikke har formelle lederoppgaver. Det kan skape uenigheter om hva som er rett praksis. I denne konteksten vektlegges betydning av kommunikasjon for å reflektere rundt praksis, både mellom ulike fagprofesjoner og med ledelsen for å forhindre uenigheter og feile valg. Sitatet *«jo friere det blir, jo lettere er det for at man går litt i alle retninger»* illustrerer et dilemma, der resultatet av et stort handlingsrom og uklare mål blir manglende fellesskapsfølelse. I tillegg til å være ansvarlige, er profesjonsutøvere også

redegjørende og etterrettelige, og omtales av Svensson og Karlsson (2008) som et individfokuset kollektivt ansvar. Kan det medføre til at profesjonsutøverne blir mer opptatt av sin egen rolle, resultater og prestasjoner og som utfordrer det kollektive samholdet? Det gir ikke denne undersøkelsen noen klare svar på, imidlertid fremkommer det flere ganger at respondentene ønsker en felles målsetning, tydelig agenda og en sterkere vi- følelse. Ekeland (2005) sier at frihet og fellesskap står i et visst motsetningsforhold. I grupper med stor fellesskapsfølelse vil en imidlertid gi avkall for noe av sin frihet til fordel for solidaritet i gruppen.

Nasjonale retningslinjer og nyere forskning gir anbefalinger til utredning og diagnostisering som gjøres ved hjelp av standardiserte verktøy. Årstad mfl. (2015) viser at det er stor enighet blant klinikere og brukere om at kartleggingsverktøy har nytteverdi i en innledende fase, samtidig synes klinikere og pasienter å foretrekke samtalen. Det kan være at en del av kritikken mot administrativt arbeid som fremkommer i materialet er rettet mot standardiserte verktøy, uten at jeg har holdepunkter for å bekrefte dette. En respondent er imidlertid inne på temaet når retningslinjer og prosedyrene ikke følges. Noen arbeidsprosesser er institusjonalisert og koordineres etter retningslinjer og definerte oppgaver, og slik følges aktivitetene etter rutine. Arbeidsoppgavene er sammenknyttet og de er derfor avhengig av at andre utfører neste aktivitet i arbeidsprosessen. Ansvar henger sammen med myndighet og handlingsfrihet. Den som har stor myndighet og stort handlingsrom i sitt yrke eller sin stilling, har også større ansvar for konsekvensene (Svensson og Karlsson, 2008) Respondenten opplever derfor utfordringer i praksis når forrige ledd ikke har utført tilhørende dokumentasjon og kartlegging som kreves. Ansvarsfordelingen er således ikke ivaretatt og det tverrfaglige samarbeidet fungerer ikke optimalt. Respondenten påtar seg derfor et ansvar for å sikre seg nødvendig dokumentasjon. I følge Abbott (1988) åpner standardisering for at flere kan utføre arbeidsoppgaver. Det skaper muligheter fordi flere kan opparbeide seg et større repertoar av teknikker og kunnskap, som gjør behandlingsinstitusjonen mindre avhengig av enkeltpersoner. Profesjoners enerett ved fastlagte undersøkelses- og behandlingsmetoder, men også myndighet til å delegere oppgaver kan derfor endres og således forandres maktforholdet mellom profesjoner. En respondent er inne på dette i sin refleksjon av at tradisjonell arbeidsfordeling med full jurisdiksjon er i endring. For respondenten er dette et dilemma, fordi hun opplever at maktforholdet og ansvaret endres i team. Studien viser også at samarbeid i tverrfaglig team forhindrer at skjønnsvurderinger tas av enkeltindivid på feilaktig grunnlag. Intern profesjonell kontroll blir derfor mer effektiv når

arbeidet organiseres i arbeidslag (Svensson og Karlsson, 2008), der arbeidet kontrolleres av hverandre samtidig som den tverrfaglige tilnærmingen ivaretas. For å håndtere skjønnsutøvelsen trenger profesjonsutøverne tilbakemeldinger på arbeidsutførelsen. For noen er kollegastøtte uunnværlig. De diskuterer og fatter beslutninger i formelle og uformelle møter. De veileder, deler kunnskap og erfaring. Støtte fra ledere er også viktig og respondentene påpeker at lederstøtte skal innebære informasjon, rettleiding og veiledning. Tillit er imidlertid helt avgjørende for å søke hjelp og be om råd.

5.1.3. Kunnskapsutvikling

Profesjonsutøvernes forventninger til egen og andres kunnskapsutvikling står sentralt. På eget initiativ tar respondentene ansvar for egen læring gjennom forsknings- og faglitteratur. På denne måten søker de bekreftelse på det gjør og tilegner seg samtidig ny kompetanse innen faget. Studien viser at mange av de beslutninger som tas i klinisk praksis gjøres som regel basert på den erfaringsbaserte kunnskapen de har opparbeidet seg i møte med ulike arbeidssituasjoner og med enkeltpasienter. Rønnestad (2008) påpeker at optimal kunnskapsutvikling fordrer en aktiv kunnskaps- og erfaringsøkende holdning hos den profesjonelle, både i det reflekterende enerom og i dialog.

Det vil alltid være et behov for kompetanseutvikling i en rushelsetjeneste som er i kontinuerlig endring. Utviklingen generelt synes å stille økende krav til kvalitet og medarbeidernes kompetanse. TSB måles på nasjonale kvalitetsindikatorer som pasienterfaringer, overholdelse av tidsfrister (ventetid, fristbrudd, utsendelse av epikrise), og registrering av hoveddiagnose (helsenorge.no). Slike indikatorer kan bidra til å motivere profesjonsutøvere og øke sin kompetanse for nå behandling sinstitusjonens mål om god kvalitet. Men hva er god kvalitet i rusbehandling? En fellesnevner som går igjen i materialet er at behandling anses som en metode til å hjelpe pasienter med å finne en endring eller en motivasjon til noe som lenge har vært en utfordring for dem. Det viser hvor vanskelig det er å måle endring og effekt, og hvor vanskelig det er å måle generelle prosesser og faktorer som individuelle behov og mål i behandlingsforløpet. Dette er et paradoks som Kari Lossius påpeker i en avisartikkel (Bergens Tidende, 2017), hvor hun refererer til en tidligere avdelingsdirektør for rusmedisin som har sammenlignet rusbehandling med en månelanding, noe som er et godt bilde på hvor komplekst og sammensatt fagfeltet er.

Flere respondenter peker på at retningslinjer og prosedyrer bidrar til større forutsigbarhet og gir trygghet for beslutningsstøtte i praksis. Særlør og Biong (2011) tar opp et godt poeng når de sier at retningslinjer ikke resulterer til flere behandlingsplasser, bedre tid eller mer personell, men at retningslinjene kan bidra til å skape et tydeligere innhold i behandlingen, og hvilke tilnærminger det kan være nyttig å bruke i møte med den enkelte. Mintzberg (i Høst, 2014) hevder at profesjonelle ikke kan kommanderes, men må overtales med argumenter. For å lykkes med implementering av nye retningslinjer må ledere derfor forplikte og engasjere på klinisk nivå. Profesjonene må gis anledning til å bli kjent med og diskutere retningslinjene. Lederansvaret gir ledere et mandat til å påvirke (Strand, 2007; Karlsson og Svensson, 2008), og ledere må også gis anledning og avse tid til å følge opp.

Behandlingsinstitusjoner innen rushelsetjenesten er nå blitt konkurranseutsatt og blitt en del av anbudsprossene på linje med andre velferdstjenester. Anbudsdokumentene beskriver pris på tjenester og krav til kvalitetsindikatorer i behandlingen. Anskaffelser gjennom konkurranse kan føre til mer styring og kontroll (Beddari, 2013) som legger press på standardisering av tjenestene (Bergsgard, mfl. 2010). Evalueringen til Bergsgard mfl. viser imidlertid at profesjonalisering ikke bare er et krav fra myndighetene, men også er en sterk ambisjon om økt profesjonalisering blant ideelle virksomheter, noe som sammenfaller med funn i denne studien. Dette gjør at behandlingsinstitusjonen kontinuerlig arbeider med opplæring og utvikling i et forbedringsperspektiv. Studien viser at kursopplæring av egne medarbeidere og opplæring av nyansatte er en prioritet. Behandlingsinstitusjonen beholder sin egen profil, samtidig som den utvikler virksomheten som profesjonell tjenesteleverandør i samspill med det offentlige.

Materialet mitt viser en holdningsendring til rusmiddelpåvirket atferd og psykiske symptomer, som kan sees i sammenheng med nyere reformer, retningslinjer og opptrappingsplaner innen rusfeltet. Pasienter med samtidig rusmiddelavhengighet og samtidig psykisk lidelse er nå mer vanlig innen TSB og behovet for å lære mer om psykiske lidelser kommer frem i materialet fra ulikt hold. Empirien tyder på en holdningsendring, men materialet viser også erfaringer der verdier og holdninger kan forårsake uenighet og motsetninger, og det er belastende å forsvare pasientgruppens rett på rusbehandling. I respondentenes beskrivelser av egen klinisk hverdag vises det utfordringer knyttet til ROP-lidelser. Uforutsette hendelser og en opplevelse av utrygghet i døgnenhetene. I samarbeid med andre kolleger på døgnenheten arbeider de for å ivareta ro, blant annet på grunn av ufaglærte

og lite personell. Respondentene peker således på faglige, ressursmessige og holdningsmessige utfordringer pasienter med ROP- lidelser representerer. Respondentene søker i materialet mer kunnskap for å forstå sammenhenger mellom rus og psykiatri, som kan være et signal på at de trenger mer kompetanse om pasientgruppen. Det ser derfor ut til å være behov av mer målrettet arbeid for å gi profesjonene den kunnskapen de mener de trenger. Materialet viser også at det er ønskelig med mer faglig veiledning, noe som kan være et signal på deres behov for å styrke bevisstheten rundt egen rolle. Manglende fokus på fagutvikling blir av noen sett på som et savn som strider mot kjerneverdiene og det er derfor nødvendig at det fra ledelsens side stimuleres til faglig diskusjoner og utvikling av behandlingstilbudet på eksempelvis personalmøtene. Sitatet *“En leder som ser meg og ser de andre. Og ikke bare ser men utfordrer og henter frem det beste i folk»*, peker på at dette er ønskelig. Ledere er ikke bare avhengig av andres arbeidsinnsats, men like mye deres synspunkter, reaksjoner og kunnskap for å kunne ta de riktige beslutningene. Ved å legge til rette for refleksjon over egen virksomhet, kan ledere bidra til kollektiv og individuell selvrefleksjon over eget kunnskaps- og verdigrunnlag, slik at skjønnsutøvelsen påvirkes (Aasen mfl., 2018).

Profesjonell ledelse anses som et av de mest sentrale elementene ved NPM og det å utvikle strategier og mestre endringer anses som viktigere enn faglig kompetanse (Svensson og Karlsson, 2008). Er det slik at ledelsen er mest opptatt av administrative og økonomiske resultater? Funn fra materialet viser at det fra mellomledernes side er ønskelig med faglig utvikling på linje med lederutvikling for å bevare faglig autoritet blant sine medarbeidere og for å sikre ivaretagelse av pasientene. Imidlertid viser undersøkelsen at det er lite rom for mellomlederes faglig kunnskapsutvikling ettersom de prioriterer andre forefallende og uforutsette oppgaver. Mellomledernes lojalitet til faget og medarbeidere kan således vanskeliggjøre samspillet og sine forpliktelser med sin leder. I denne konteksten kan mellomlederne oppleve å være i et krysspress (Nordby, 2009) der kliniske behov og rammebetingelser er motstridende. I følge Llewellyn (2001) vil mellomledere med «two way window» perspektiv, samtidig klinisk- og administrative kompetanse, stå bedre rustet til å forbedre kommunikasjon mellom hierarkiske nivå, og spiller således en viktig rolle for å bygge tillitsfulle relasjoner. I følge Strand (2007) påvirkes handlingsrommet av kunnskapen ledere besitter.

5.2. Konklusjon

Frihetens dilemmaer i rushelsetjenesten kjennetegnes av at ulike hensyn står opp mot hverandre, og forstås som en situasjon der en er nødt til å velge mellom flere muligheter eller veivalg. Studien viser at ulike dilemmaer oppstår i situasjoner det er ikke gitt at det finnes ett riktig svar, og hvor ulike hensyn må veies opp mot hverandre. I behandlingsinstitusjonen dreier dette seg om avveininger mellom verdier og normer, forventninger og ressursmessige rammevilkår. Dette påvirker profesjonens prioriteringer og setter ramme på deres autonome handlingsrom. Som studien viser varierer profesjonsutøvernes skjønnsutøvelse og mulighet for å treffe beslutninger ut i fra ulike kontekster.

Studien peker på at behandlingsinstitusjonen som en ideell virksomhet har sine særtrekk og autonomi til å forme egen virksomhet. De behandlingsinstitusjoner som står sterkest rustet til å fylle et behov fra det offentliges side, er imidlertid også de som utsettes for størst press til standardisering og som selv oppfatter dette som viktig for å sikre kvaliteten, noe denne studien viser. Profesjonsutøverne søker å ivareta sitt tillitsbaserte ansvar, særlig i møte med gitte med ressursmessige og organisatoriske rammebetingelser. Uforutsette oppgaver, medisinfaglige oppgaver og utfordrende pasientsituasjoner medfører imidlertid til stress og slitasje. De må gjøre kompromisser og fatter ikke alltid det de mener er de ideelle avgjørelsene. Muligheten til å fatte autonome beslutninger begrenses også i møte med formelle mekanismer som nasjonale retningslinjer, veiledere og prosedyrer. Profesjonene er fra samfunnets side gitt et tillitsbasert ansvar som skal ivaretas. Reformene har ført til en dreining av økt «accountability», noe som bekreftes i denne undersøkelsen. Dette krever dokumentasjon og redegjørelse på mange ulike områder, noe som profesjonsutøverne må stå til ansvar for. Profesjonsutøverne opplever en utilstrekkelighet i spenninger mellom administrativt og klinisk arbeid som gjør at havner i et krysspress. Studien peker på ulike logikker fra tilsyn, marked, evidens og økonomi som «virker sammen». Således begrenses profesjonsutøvernes opplevde handlingsrom og utfordrer faglige verdier som omsorg og krav til likebehandling.

Nyere reformer og retningslinjer innen rusbehandling har gjort at lederes ansvar er mer tydeliggjort og mellomlederne i studiet opplever at de har et stort handlingsrom, men står ovenfor dilemmaer som synes å være motstridende. Ledelse innebærer å oppnå resultater gjennom medarbeidere, og ledere er avhengig av andres tillit, synspunkter og kompetanse for å lykkes i sitt arbeid. Mellomlederne som er intervjuet i studien er lojale mot medarbeidere,

pasienter og tjenestene som skal leveres, men mye tid går bort til økt administrativt arbeid. Behov for tilegnelse av ny fagkunnskap og lederutvikling vil være avgjørende for lederes handlingsrom.

Å ha frihet til å ta faglige avgjørelser i tråd med egne skjønnsvurderinger er viktige prinsipper for profesjonsutøverne i studien. Imidlertid kan friheten bli «for bra» og gjør skjønnsutøvelsen vanskelig å håndtere der hvor en opplever å stå alene. Det skaper en tvetydighet i praksis og vanskeliggjør det tverrfaglige samarbeidet internt. Det tverrfaglige samarbeidet oppleves som likeverdig og godt, til tross for at den enkeltes bidrag og verdier ikke alltid blir anerkjent. Studien viser at profesjonsutøverne deltar i mange ulike situasjoner, der det er mange beslutninger, ofte vanskelige og tilsynelatende uforenlige som må tas. Reformene har bidratt til en forbedring for pasienter, blant annet gjennom økte rettigheter og større brukermedvirkning i behandling, noe denne studien peker på. Studien beskriver en holdningsendring til rusmiddelpåvirket atferd og pasienter med rus- og samtidig psykiske lidelser, men viser også at er i behov av kompetanseutvikling på psykiske lidelser.

Rushelsetjenesten er i stadig endring. I møte med andre førende prinsipper nedfelt i styringsinstrumenter, kontrollmekanismer og organisatoriske forventninger er profesjonene i behov av en tilstedeværende ledelse som veileder, er med å treffe vanskelige avgjørelser, informerer, utarbeider retningslinjer og setter gode målsetninger i tråd med faglige verdier. Studien viser at slik forutsigbarhet gir profesjonene beslutningsstøtte og mandat til å fatte autonome avgjørelser i praksis. Samtidig viser studien at profesjonene er i behov av tilstrekkelig handlingsrom for å utøve skjønnsutøvelse og treffe autonome beslutninger i klinisk praksis. Det er således en balansegang som må ivaretas. Profesjoner og ledere har ulike ansvars- og myndighetsområder og som studien belyser skiller støtten fra kolleger skiller seg fra støtten fra ledere. Imidlertid utfyller kollegastøtte og lederstøtte hverandre, og begge er nødvendig for mestre skjønnsutøvelsen.

Litteraturliste

Abbott, A. (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*.

Chicago: The University of Chicago Press.

Bedarri, H. H. (2013) *Rustiltak på anbud – idealer og realiteter- en studie av Oslo kommunes anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige* [masteroppgave]. Universitetet i Oslo.

Bergsgard, A., Fjær, S., Nødland, S. I., Ravneberg, B. (2010) *Sivilt rusarbeid- mellom statlig styring og økende mangfold* (Rapport- 063). IRIS: Stavanger.

Bjorvatn, A. og Nilssen, E. (2018) Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(1), s. 18-38.

Bringedal, B. og Carlsen, B. (2018) Styring for kvalitet og likebehandling. I: Aasen, H. S, Bringedal, B., Bærøe, K. og Magnussen, A-M. red. *Prioritering, styring og likebehandling*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.

Bukve, O. (2016) *Forstå,, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitenskaplege forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Byrkjeflot, H. og Guldbrandsøy, K. (2013) Både hierarkisk styring og nettverk. En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54 (4), s. 463-491.

Dimmen, Ø. og Ødegård, A. (2012) Du må vite hvordan kassaapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49 (11), s. 1061-1066.

Døving, E., Elstad, B., og Storvik, A. (2016) *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ekeland, T-J. (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat 6/2004. Høgskolen i Oslo.

Ekeland, T-J. (2005) Roller- organisasjonens skuespill. I: Einarsen, S. og Skogstad, A. red. *Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ekeland, T-J., Stefansen, J. Og Steinstø, N-O. (2011) Klinisk autonomi i evidensens tid: styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14 (1), s. 2-14.

Eskeland, A. og Dahle, U. K. (2017) *Implementering av pakkeforløp i psykisk helse- og rus* [masteroppgave]. UIT Norges arktiske universitet.

Fauske, H. (2008) Profesjonsforskningenes faser og stridsspørsmål. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Grimen, H. (2001) Tillit og makt- tre sammenhengar. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 121 (30), s. 367-369.
- Grimen, H. og Molander, A. (2008) Profesjon og skjønn. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008a) Profesjon og kunnskap. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008b) Profesjon og tillit. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008c) Profesjon og profesjonsmoral. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Høst, T. (2014) *Å være leder i helse og sosialsektoren*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jevne, T. K. (2009) *Rusbehandling- motiverte behandlere? En studie om hvilke faktorer som fremmer motivasjon blant behandlere innen rusbehandling* [masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lie, T. og Nesvåg, S. (2006) *Evaluerer av Rusreformen* (Rapport -227). IRIS: Stavanger.
- Llewellyn, S. (2001) Two-way Windows: Clinicians as Medical Managers. *Organization studies*, 22 (4), s. 593-623.
- Lossius, K. (2017) Håp og hardt i en pakke. *Bergens Tidende* [Internett], 11. november. Tilgjengelig fra <https://bt.no/btmeninger/debatt/i/nkxG5/Hap-og-hardt-i-en-pakke>.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mastekaasa, A. (2008) Profesjon og motivasjon. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melby, L., Ådnanes, M., og Kasteng, F. (2017) *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling* (rapport A28053). Trondheim: SINTEF Helse.
- Mjåland, K. (2008) *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen*. [masteroppgave]. Universitetet i Bergen.
- Moen, S. H. (2008) *Behandling av rusmiddelavhengighet sett i lys av rusreformen 2004- en gjøkunge i helsevesenet?* [masteroppgave]. Universitetet i Bergen.

- Molander, A. og Terum, L. I. (2008) Profesjonsstudier- en introduksjon. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A. og Smeby, J-C. (2013) *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nesvåg, S. (2014) Rusreformen -10 år etter. *Rus & samfunn* 8 (1), s. 26-31.
- Nesvåg, S., Scott, B. E., Holter, H. K., Myhre, C., Moe, M., og Njå, A. L. (2017) Drop out fra langtids døgnbasert rusbehandling. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14 (2), s. 98-108.
- Nordby, H. (2009) *Kommunikasjon og helseledelse*. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Nordby, H. (2017) *Konflikthåndtering for ledere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. og Bjørnenak, T. (2008) *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. 2. utg. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ravndal, E. (2014) Disiplinering og makt i den norske rushelsetjenesten. *Rus & samfunn*, 8 (6), s. 30-33.
- Renland, A. (2011) Byråkrati og definisjonsmakt. *Rus & samfunn*, 5 (1), s. 28-29.
- Rønnestad, M. H. (2008) Profesjonell utvikling. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skogstad, A. (2011) Psykososiale faktorer i arbeidet. I: Einarsen, S. og Skogstad, A. red. *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Svensson, L. G. (2008) Profesjon og organisasjon. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, L. G. og Karlsson, A. (2008) Profesjon, kontroll og ansvar. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sælør, K. T. og Biong, S. (2011) Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen. *Sykepleien forskning*, 6 (2), s. 170-176.
- Sørhaug, T. (1996) *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Sørhaug, T. (2004) *Managementalitet og autoritetens forvandling. Ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tjora, A. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Utvåg, K. M., Steinkopf, S. Holgersen, H. (2014) Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51 (10), s. 861-867.

Vågan, A. og Grimen, H. (2008) Profesjoner i maktteoretisk perspektiv. I: Molander, A. og Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Årstad, J., Nesvåg, S., og Landheim, A. (2015) Kartleggingsverktøy i rusbehandling- nyttige for rusbehandling og behandler? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 52 (9), s. 762-773.

Aasen, H. S, Bringedal, B., Bærøe, K. og Magnussen, A-M. (2018) *Prioritering, styring og likebehandling*. Bergen: Cappelen Damm Akademisk.

Offentlige dokumenter

Ot.prp. nr. 3 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)*.

Ot.prp. nr. 1 (2007-2008). *Opptrappingsplanen på rusfeltet (2007-2012)*.

Ot.prp. nr. 15 S (2015-2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*.

St. meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling –på rett sted – til rett tid*.

St. Meld. nr. 30 (2011-2012). *Se meg!- alkohol- narkotika- doping*.