

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Thomas Berg Lie

Tilbud til flere pasienter er et problem for ledelsen, jeg har kun ansvar for mine egne pasienter.

- Endringsprosesser for å oppnå bedre ressursutnyttelse i psykisk helsevern.

Dato: 15.06.2018

Totalt antall sider: 45

Forord

Denne masteroppgaven er avsluttende del av MBA helseledelse ved Nord universitet, Bodø. Masterprogrammet er laget av Nord Universitet på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Det har vært svært nyttig for meg å skrive denne oppgaven. Jeg har lært mye som jeg vil få bruk for i min lederjobb.

Jeg vil takke professor Inger Johanne Pettersen for veiledning og gode innspill på oppgaven.

Jeg vil også takke Camilla for gode tilbakemeldinger på oppgaven og støtte underveis i studiet.

Tromsø 15.06.2018

Thomas Berg Lie

Sammendrag

I denne oppgaven undersøker jeg endringer for å forbedre ressursutnyttelsen innen psykisk helsevern. Utgangspunktet for mitt ønske om mer kunnskap om dette er mine egne erfaringer fra endringsprosesser ved Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, Universitetssykehuset Nord Norge HF. Jeg opplever at vi i liten grad har lyktes med forsøk på forbedring av ressursutnyttelsen i egen seksjon. For å forstå dette bedre, vil jeg i denne oppgaven studere omstillinger i psykisk helsevern. Hvordan utøves ledelse av endringsprosesser for å oppnå bedre ressursutnyttelse? Og hvilke konsekvenser har ledelsestilnærming for ansattes engasjement? Jeg undersøker dette ved å intervjuere ledere for avdelinger i psykisk helsevern som har gjennomført omstillinger for å forbedre ressursutnyttelsen.

Metoden jeg har valgt for denne undersøkelsen er semistrukturert intervju (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 145). Intervjuet har en overordnet intervjuguide, mens spørsmål, tema og rekkefølge kan variere. Jeg intervjuet fire ledere for avdelinger i psykisk helsevern som har gjennomført endringer for å forbedre ressursutnyttelsen.

Informantene beskriver at hvordan behov for endring og hovedmålsetning med endringen formuleres, er av stor betydning for de ansattes engasjement. Endringer for å forbedre kvaliteten på pasientbehandling gir mye større engasjement hos ansatte enn endringer som har som mål å gi behandling til flere pasienter enn før. Resultatene viser fire faktorer som bidrar til forskjeller i engasjement hos ansatte: Formulering av endringsbehovet som en mulighet, ansattes kjerneverdier, relasjon til pasienter og organisasjonskultur. Resultatene fra min undersøkelse tilsier at det beste for organisasjonen og våre ansatte er å skape høyt ansatte engasjement ved å formulere behovet for endring som en mulighet (Kotter 2014:27). Ved å anvende transformasjonsledelse (Hetland 2008) appellerer lederen til de ansattes indre motivasjon og øker dermed de ansattes prestasjoner og tilfredshet (Ryan og Deci 2000). Samtidig tilsier våre rammebetingelser i psykisk helsevern, med forventning om budsjettkontroll, et statlig regulert marked med økende antall pasienter samt statlige føringer om økt vekt på polikliniske tjenester, at vi ledere noen ganger må gjennomføre endringer med lavt ansatte engasjement.

Abstract

I examine changes to improve resource utilization in mental health care. The reason that I want more knowledge about this subject is my own experience with change processes in Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, Universitetssykehuset Nord Norge HF. My evaluation is that we gained very little from our attempt to improve resource utilization.

To understand this better, I will study changes in mental health care. In what ways is leadership of change processes to improve resource utilization conducted? And what are the consequences of leadership approach for employee engagement? I interview leaders from departments in mental health care that has implemented changes to improve resource utilization.

The informants describes that the formulation of need of change and main goal of change is important to engage employees. Changes to improve the quality of patient treatment engages the employees much more than changes to treat more patients than before. The results of this study shows that employees basic values, relations to patients, organizational culture and formulation of need for change, are all factors that contributes to the difference in employee engagement.

The results from my study indicates that the best approach for both the organization and employees is to create high degree of employee engagement by formulating the need for change as an opportunity (Kotter 2014:27). The leader uses transformational leadership and appeals to the employees inner motivation and thereby increases their performance and satisfaction (Hetland 2008; Ryan & Deci 2000).

At the same time will our frame conditions in mental health care, with strict budget control, a marked regulated by the government, increasing number of patients, government signals of more outpatient clinic services and less hospital wards, force us to sometimes make changes with low degree of employee engagement.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Sammendrag.....	ii
Abstract.....	iii
Innholdsfortegnelse.....	iv
1 Innledning.....	1
2 Teoridel.....	3
2.1 Situasjonsbestemt ledelse.....	3
2.2 Motivasjon.....	3
2.3 Ledelsesformer.....	4
2.4 Verdibasert ledelse.....	5
2.5 Organisasjonskultur.....	6
2.6 Kotters endringsmodell.....	7
3 Metodedel.....	11
3.1 Metodevalg.....	11
3.2 Utforming av intervjuguide og utvalgsstrategi.....	11
3.3 Datainnsamling og analyse.....	12
3.4 Reliabilitet og validitet.....	13
3.4.1 Reliabilitet.....	13
3.4.2 Indre validitet.....	13
3.4.3 Ytre validitet.....	14
3.4.4 Metodekritiske refleksjoner.....	14
3.4.5 Etikk.....	15
4 Resultatdel.....	16
4.1 Rammebetingelser for psykisk helsevern.....	16
4.2 Forbedre kvalitet eller kvantitet.....	17
4.3 Transaksjons- eller transformasjonsledelse.....	20
4.4 Endring av organisasjonskultur.....	21
4.5 Oppsummering av resultatdel.....	22
5 Drøftingsdel.....	24
5.1 Forbedre kvalitet eller kvantitet.....	24
5.2 Transaksjons- eller transformasjonsledelse.....	25
5.3 Endring av organisasjonskultur.....	26
5.4 Rammebetingelsene for endring.....	28
5.5 Ethiske refleksjoner.....	29
5.6 Avsluttende betraktninger.....	30
6 Litteraturliste.....	32
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	35
Vedlegg 2: Godkjennelse fra NSD.....	39

1 Innledning

I denne oppgaven undersøker jeg hvordan ledere har gjennomført endringsprosesser i psykisk helsevern. Utgangspunktet for mitt ønske om mer kunnskap om dette er mine egne erfaringer fra endringsprosesser ved Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, Universitetssykehuset Nord Norge HF. Tre polikliniske enheter hadde over mange år jobbet relativt uavhengig av hverandre, med ulike organisasjonskulturer, behandlingstilnærminger og pasientgrupper. Disse enhetene ble fra januar 2016 samlet i en seksjon, med formål å forbedre ressursutnyttelsen. Jeg ble ansatt som leder for den nye seksjonen. Kort tid etter etableringen av den nye seksjonen opprettet vi en arbeidsgruppe for å se på hvordan vi samlet sett best mulig kunne hjelpe seksjonens pasienter. Ved arbeidsgruppens avslutning hadde vi ikke klart å enes om betydelige endringer, kun et mindre prosjekt med fokus på unge voksne. Hva var det som gikk galt?

Med dette som bakgrunn vil jeg i denne oppgaven studere følgende problemstillinger:

Hvordan utøves ledelse av endringsprosesser for å oppnå bedre ressursutnyttelse? Og hvilke konsekvenser har ledelsestilnærming for ansattes engasjement?

For å få mer kunnskap om dette har jeg valgt å gjennomføre intervju med ledere for avdelinger i psykisk helsevern som har gjennomført omstillinger for å oppnå bedre ressursutnyttelse.

Her følger en forklaring av sentrale begreper som er brukt i problemstillingen.

Ledelse:

For at en leder skal kunne utøve ledelse er det en forutsetning at lederen evner å påvirke sine ansattes atferd. Jeg velger å anvende Yukls (2013:23) definisjon av ledelse: *“Leadership is the process of influencing others to understanding and agree about what needs to be done and how to do it, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objectives.”*

Endring:

Jeg velger å anvende Jacobsen og Thorsviks (2013:385) definisjon av endring i organisasjoner. «En endring har funnet sted når organisasjoner utviser forskjellige trekk på ulike tidspunkt.» En endring kan omhandle følgende forhold:

1. Endring av oppgave, teknologi og/eller mål og strategi.
2. Endring i organisasjonens struktur.
3. Endring i organisasjonens kultur.
4. Endring i organisasjonens demografi.
5. Endring i prosesser som produksjon, kommunikasjon, beslutninger og læring.

2 Teoridel

Jeg starter med å se på teorier som beskriver forutsetninger og mulige framgangsmåter for å utøve ledelse og gjennomføre endringer.

2.1 *Situasjonsbestemt ledelse*

Hvordan en kan utøve ledelse best mulig vil være situasjonsbetinget. Ulike organisasjonsformer gir ulike rammer og ulike muligheter for ledelse (Strand 2007:259). Sykehus er ifølge Strands definisjon en ekspertorganisasjon. Vi har høyt utdannede ansatte med sterk autonomi. Det gjør at ledelsen er avhengig av høy legitimitet blant de profesjonelle for å utøve ledelse og gjennomføre endringer. Choi og Mai-Dalton (1998:18) beskriver at vår legitimitet som leder bestemmes av i hvilken grad våre ansatte mener at vi fortjener å styre, befale eller forlange hva de skal gjøre, og å utøve innflytelse over dem. De understreker at en leders legitimitet ikke er det samme som legitim makt. Med legitim makt menes den autoritet som er gitt ledere av organisasjonen. En leders legitimitet er derimot tilført lederen av ansatte som frivillig aksepterer og anerkjenner lederens autoritet.

Så hvordan går vi fram for å få de ansatte med oss på endringer? En viktig forskjell er om vi appellerer til de ansattes indre eller ytre motivasjon.

2.2 *Motivasjon*

Deci og Ryans selvbestemmelses teori (2012) skiller mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er noe vi gjør fordi det skaper en indre tilfredshet. Eksempelvis behandleren som kjenner glede ved å hjelpe et annet menneske til å bli frisk. En ytre motivert handling er noe vi gjør av ytre påvirkning, som kan være lyst på belønning eller angst for sosiale sanksjoner og straff. Eksempelvis den midlertidig ansatte behandleren som jobber ekstra mye med forhåpning om at det skal øke sjansen for å få en fast ansettelse. Ifølge Ryan og Deci (2000) vil de som gjør noe ut i fra indre motivasjon ikke bare prestere bedre enn de med ytre motivasjon, de har det også vesentlig bedre med seg selv. Vi ledere bør dermed i størst mulig grad appellere til våre ansattes indre motivasjon. Hvilken ledelsesform vi anvender er av stor betydning for dette.

2.3 Ledelsesformer.

Ifølge Hetland (2008) vektlegger teorien om transformasjonsledelse verdier og visjoner og er karakterisert ved fire sentrale aspekter: Lederen har utstråling og virker som en god rollemodell, lederen motiverer via inspirasjon og er visjonær, lederen oppmuntrer til at organisasjonens medlemmer stiller spørsmål ved tingenes tilstand og utfordrer til å tenke nytt, og lederen viser omtanke for hvert individs unike behov. Denne ledelsesformen appellerer til de ansattes indre motivasjon (Deci og Ryan 2012). For å gjennomføre endringer vil lederen som anvender transformasjonsledelse forsøke å formulere en visjon om en framtid som er så mye bedre at det rettferdiggjør den store innsatsen og det en må ofre for å komme dit (Yukl 2013:100). En visjon bør ifølge Yukl være enkel og idealistisk. Et bilde av en ønsket framtid, ikke en kompleks plan med kvantitative mål og detaljert framgangsmåte. Visjonen bør appellere til de ansattes verdier, håp og idealer. Visjonen formidler et bilde av hva som kan oppnås, hvorfor det er verdt innsatsen, og hvordan det kan gjøres.

En annen ledelsesform er transaksjonsledelse. Ifølge Hetland (2008) innebærer transaksjonsledelse at belønninger gis etter at oppgaver er utført i tråd med lederens ønske, og innebærer et nytteforhold mellom leder og medarbeider. Bass (1990) beskriver at transaksjonsledelse består av tre hovedelementer:

1. Betinget belønning: Kontrakter hvor det gis belønninger for innsats, lovnader om belønning for gode prestasjoner og anerkjennelse for det en har oppnådd.
2. Ledelse ved unntak (aktiv): Overvåker og søker etter avvik fra regler og standarder, og gjør korrigerende tiltak.
3. Ledelse ved unntak (passiv): Intervenerer bare hvis standardene ikke er tilfredsstillt.

Denne ledelsesformen appellerer til de ansattes ytre motivasjon (Deci og Ryan 2012).

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013:448) viser flere studier at de viktigste lederegenskapene for å skape en effektiv organisasjon er knyttet til transformasjonsledelse. Særlig evnen til å utvikle en visjon og å inspirere. Samtidig understrekes det at elementer i transaksjonsledelse, og da særlig bruk av belønning, er viktig for å oppnå suksess. Transformasjonsledelse er en form for verdibasert ledelse (Jacobsen og Thorsvik 2013:446). Jeg vil nå undersøke hvordan verdibasert ledelse kan anvendes for å gjennomføre endringer.

2.4 Verdibasert ledelse

En tilnærming til å skape endringer i organisasjoner er verdibasert ledelse. Ifølge Kirkhaug (2013:56) er verdier abstrakte ideer som representerer en persons idealer når det gjelder måter å være på eller tilstander som søkes. Kjerneverdier er våre mest grunnleggende overbevisninger om hva som er rett og galt. De har vi som oftest tilegnet oss gjennom oppvekst og utdanning. Et eksempel på en kjerneverdi for helsepersonell er ønsket om å gi pasientene best mulig behandling. Mens periferiverdier har lavere prioritet, og er mindre viktige for oss. De er ofte etablert gjennom profesjonsutdanning og arbeidserfaring, og styrer våre holdninger og atferd på mer avgrensede områder. Eksempelvis kan det være en periferiverdi for en psykolog å holde på tidsrammen for pasientkonsultasjonen, ettersom tydelige og forutsigbare rammer anses som en viktig del av behandlingen. Dersom det skulle oppstå en situasjon hvor denne periferiverdien kommer i konflikt med kjerneverdien å gi best mulig pasientbehandling, vil en følge kjerneverdien. For eksempel dersom pasienten vurderes å ha høy suicidrisiko, vil psykologen gå ut over tidsrammen for å hjelpe pasienten og eventuelt iverksette tiltak i forhold til suicidrisikoen.

Verdibasert ledelse innebærer at leder forsøker å påvirke ansattes verdier og dermed deres holdninger og atferd (Kirkhaug 2013:102). For eksempel kan lederen bruke verdier til å påvirke ansattes holdninger i sosiale spørsmål, predisponere ansatte til å favorisere visse ideologier, påvirke måten ansatte evaluerer seg selv i forhold til andre på, og for å vurdere om den ene måten å være på er bedre enn den andre.

Verdier er ikke medfødt, men utviklet gjennom våre erfaringer og læring. Det medfører at en som leder kan anvende læringsprinsipper for å påvirke våre ansattes verdier (Kirkhaug 2013:156). Kirkhaug beskriver læring i organisasjoner gjennom Nonakas to kunnskapstyper; taus og eksplisitt kunnskap. Ved overføring av taus kunnskap skjer læring gjennom at en ansatt observerer leder og kollegers atferd og holdninger, og tar til seg og gjør atferden og holdningene til sine egne. Mens overføring av eksplisitt kunnskap innebærer at en muntlig eller skriftlig setter ord på ens erfaringer og verdier, eksempelvis gjennom rutinebeskrivelser. Når eksplisitt kunnskap blir omgjort til taus kunnskap skjer det en internaliseringsprosess. Kunnskapen en får formidlet fra andre blir integrert med ens eksisterende tanker og verdier. I

følge Kirkhaug er dette typisk for en formell læresituasjon, hvor modeller, læresetninger og regler presenteres og blir akseptert, adoptert og anvendt av mottakerne. En toppstyrt verdiendringsmodell, vil ofte ha denne formen.

Kirkhaug (2013:156) omtaler to ulike strategier for utvikling av verdier: topplererstrategi og medvirkningsstrategi. Fordelen med at verdiene utformes av toppledelsen er at verdiene mer direkte kan tilpasses organisasjonens strategiske behov. Deriblant klare kriterier for bedømming av ansattes innsats og kvalitet. En styrt medvirkningsstrategi innebærer at organisasjonen gir ansatte i oppdrag å finne fram til verdier som konkret vil støtte og bidra til å realisere dens mål og strategier. Ifølge Kirkhaug viser forskning at medvirkning fra ansatte i å utforme retningslinjer og spilleregler vil kunne øke de ansattes motivasjon, tilhørighet og lojalitet. Uavhengig av om en anvender topplererstrategi eller medvirkningsstrategi er det en forutsetning at leder klarer å formidle verdiene på en slik måte at de blir akseptert og implementert.

Endring av verdier innebærer også avlæring av de verdiene en har fra før, for å unngå verdikonflikt (Kirkhaug 2013:157). For en organisasjon vil avlæringen av verdier medføre at man må gi avkall på en kultur. Det vil vanligvis gå greit dersom kulturen er svak og uønsket, at den ikke bidrar til måloppnåelse verken for organisasjonen eller ansatte. Derimot skal det mye til for å endre kjerneverdier i en sterk organisasjonskultur. Eksempelvis er det svært viktig for mine ansatte å gi best mulig kvalitet på pasientbehandlingen. Dette er noe de står sterkt sammen om, og skal mye til å endre på.

2.5 Organisasjonskultur

Ifølge Hennestad (2015) blir Peter Druckers påstand: ”Kultur spiser strategi til frokost” ofte brukt for å beskrive utfordringer ved endring av organisasjoner. Han viser til forskning og erfaring som tilsier at det er vanskelig å lykkes med endringer som er strategisk begrunnet.

Bang (2013) definerer organisasjonskultur som de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben.

Organisasjonskulturen kan bidra til å holde en stor eller mangfoldig organisasjon sammen (Bang 2011). Til tross for felles strategier, mål, styringssystemer, så er det ofte *kulturen* som holder det hele sammen som sterkt identitetsskapende. Det å arbeide i et sykehus, i en bestemt avdeling gir sosial identitet. Mange opplever en sterk tilknytning og tilhørighet til arbeidsplassen, faget og kolleger (Bang, 2011).

2.6 Kotters endringsmodell

Ifølge Kotter (1996) er det krevende å endre organisasjonskulturen. Organisasjonskulturen endrer seg først når du har lykkes med å endre de ansattes handlinger, etter at den nye atferden gir gevinster over en viss tidsperiode, og etter at de ansatte ser at det er de nye måtene å gjøre ting på som forbedrer resultatene. Ifølge Kotter må en endringsprosess gå gjennom åtte steg for å endre organisasjonskulturen og lykkes med gjennomføring av endringen. Kotters opprinnelige modell er utviklet for å lykkes med enkeltvise endrings prosjekter, episodisk endring. I nyere tid har Kotter (2012; 2014) videreutviklet sin modell for å lykkes med kontinuerlig endring og samtidig oppnå raskere endring enn det som var mulig med den opprinnelige modellen. I Kotters gamle modell er det noen få personer som gjennomfører endringen, mens i den nye modellen engasjerer man mange ansatte til å være med på å skape endring.

Et hierarkisk organisasjons system består av overordnede posisjoner (Jacobsen og Thorsvik 2013:81). Personene i disse stillingene har formell myndighet til å gi ordre til personer som sitter i underordnede stillinger. Leder har oppsyn med sine ansatte, og kan overvåke og kontrollere at de ansatte utfører arbeidet i henhold til organisasjonens rutiner og målsetninger.

Ifølge Kotter (2014:1) er det hierarkiske systemet i etablerte organisasjoner godt egnet til å opprettholde den nåværende drift, men ikke til å skape rask kontinuerlig forbedring. For å lykkes med sistnevnte bør man supplere det hierarkiske systemet med et nettverks system.

Nettverket består av både ledere og ansatte fra ulike deler av organisasjonen. Personene deltar i nettverket etter eget ønske om å bidra til å utvikle organisasjonen. De skaper endring ved å skape engasjement og få med seg flest mulig ansatte, og gjennomføre endringstiltak. Dette skjer i samarbeid med lederne i det hierarkiske systemet.

For å lykkes med kontinuerlig endring og samtidig oppnå raskere endring enn det som var mulig med den opprinnelige modellen har Kotter (2012 og 2014) videreutviklet de 8 stadiene:

1. Skap en opplevelse av at endring er nødvendig.

Det første steget av endringsprosessen er avgjørende for å få de ansatte med seg på endringsprosessen. For å appellere til både fornuft og følelser, og skape engasjement hos de ansatte til å bidra til endringen, er det viktig at endringsbehovet er formulert som en stor mulighet for organisasjonen. Et eksempel kan være: «Våre pasienter må vente for lenge på behandling. Det medfører at de må lide lenger og symptomene forverres. Vi har nå en unik mulighet til å endre vårt behandlingstilbud og gi våre pasienter mye raskere og bedre behandling enn tidligere.» En annen måte å formulere endringsbehovet på er en visjon (se min beskrivelse av visjon i avsnittet ledelsesformer ovenfor). En visjon kan formuleres på følgende måte: «Vi skal gi behandling til alle pasienter som har behov for vår hjelp.»

Ifølge Kotter (2014:134) er det to hovedårsaker til at endringsbehovet bør formuleres som en mulighet og ikke som en visjon. En visjon vil ofte si noe om hvordan organisasjonens struktur bør endres for fremtiden. Dette vil skape motstand mot endringen hos personer som vil få redusert sin makt eller ressurser i den framtidige strukturen. Mulighets uttalelser fokuserer derimot på logiske og spennende muligheter utenfor organisasjonen, istedenfor trusler mot personers status, makt, muligheter eller eksistens innenfor organisasjonen. Den andre hovedårsaken er at visjoner lett kan oppfattes av de ansatte som noe man må gjøre, mens

mulighetsuttalelser oppfattes som noe man får lov til å gjøre. Mulighets uttalelser vil i mye større grad enn visjoner gi de ansatte lyst og energi til å hjelpe til med å gjennomføre endringen. Og lyst og energi vil igjen medføre at de ansatte gjør en mye større innsats for å gjennomføre endringen.

2. Skap en koordinerende gruppe «guiding coalition»

Skap en gruppe av ledere og ansatte fra ulike steder i organisasjonen som har lyst og energi til å bidra til at organisasjonen skal gripe den store muligheten. Gruppens oppgave er å gi flere frivillige lyst til å bidra og veilede disse frivillige.

3. Lag en endringsvisjon og tiltak.

Den koordinerende gruppen lager en endringsvisjon for å nå den store muligheten. De velger ut tiltak som raskt og smidig kan bevege organisasjonen mot visjonen.

4. Rekrutter en frivillig hær

Den koordinerende gruppen og andre som ønsker å hjelpe til formidler endringsvisjonen og tiltakene til organisasjonen på måter som gjør at svært mange ansatte melder seg frivillig til å hjelpe til med å nå målene.

5. Fjerne det som forhindrer organisasjonen fra å endre seg.

Alle i nettverket (den koordinerende gruppen og frivillige hæren) identifiserer og fjerner det som forhindrer organisasjonen fra å endre seg. Hindringer kan eksempelvis være struktur, rutiner, selvtilfredshet og motstand mot endring.

6. Skape kort tids resultater.

Gjennomføring av større endringer tar gjerne lang tid. For å holde oppe engasjementet for disse endringene er det viktig at vi i tillegg gjør mindre endringer, som en kan se resultater av etter kort tid. Resultatene framheves for de ansatte, slik at alle kan se at innsatsen nytter.

7. Opprettholde akselerasjon

Ifølge Kotter (2014:33) er det en menneskelig tendens til å si seg fornøyd og stanse endringsprosessen etter at man har lyktes med å oppnå en eller to gevinster. Inntil den endrede praksisen har stabilisert seg og blitt en del av organisasjonens kultur, er den veldig skjør (Kotter 1996:137). Flere års intenst endringsarbeid kan forsvinne på svært kort tid. Derfor er det viktig at man gjennom hele endringsprosessen opprettholder presset på at endring er nødvendig, og ikke tar seg hvileperioder. Ved hvileperioder kan man oppleve at oppnådd endring og organisasjonens bevegelsesenergi blir borte. Og det er svært krevende å bygge opp igjen tilstrekkelig bevegelsesenergi til å fortsette endringen.

8. Forankre endringene i organisasjonskulturen.

Dersom kulturens verdier er etablert gjennom mange års erfaring, vil det ofte ta mange år med en annen erfaring for å skape endring (Kotter 1996:163). I følge Kotter er dette begrunnelsen for at kulturell endring kommer i slutten av endringsprosessen, ikke i begynnelsen. Du må først få de ansatte til å endre atferd. Deretter må de ansatte over lengre tid oppleve at den nye måten å gjøre ting på gir bedre resultater enn den gamle måten. Først da vil organisasjonskulturen endre seg.

3 Metodedel

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for metodene som er brukt til datainnsamling. Jeg vil også vurdere undersøkelsens validitet og reliabilitet, samt svakheter ved metoden og gjennomføringen av undersøkelsen.

3.1 Metodevalg

Når jeg skal gjennomføre min undersøkelse må jeg velge en forskningsmetode som jeg anser egnet til å belyse min problemstilling. Det første spørsmålet er om jeg skal anvende kvantitativ eller kvalitativ metode (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 95).

Kvantitativ metode brukes til å samle inn et stort tallmateriale for å finne sammenhenger og tendenser. Mens i kvalitativ metode fordyper en seg i et avgrenset område for å forstå og beskrive hvordan mennesker oppfatter verden. Etersom jeg ønsker å få en dypere forståelse av lederes oppfatninger av endringsprosesser for å forbedre ressursutnyttelse velger jeg å anvende kvalitativ metode.

Intervju er en kvalitativ metode som er godt egnet når forskeren har behov for å gi informantene større frihet til å uttrykke seg enn de strukturerte tilnæringer som spørreskjema tillater (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 145). Når informanten kan være med på å bestemme hva som tas opp i intervjuet kommer menneskers erfaringer og oppfatninger best fram. Et kvalitativt intervju kan være mer eller mindre strukturert. Et ustrukturert intervju er en uformell samtale rundt et tema. Forskeren er åpen for individuelle forskjeller mellom intervjuene og tilpasser spørsmålene etter situasjonen. Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide, mens spørsmål, tema og rekkefølge kan variere. Og et strukturert intervju har en fast form på spørsmål, tema og rekkefølge. Jeg velger å anvende et semistrukturert intervju for å få en balanse mellom struktur og fleksibilitet.

3.2 Utforming av intervjuguide og utvalgsstrategi

En intervjuguide er en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås under intervjuet (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 149). Jeg utformet tema og spørsmål med utgangspunkt i studiets problemstilling og Kotters (1996; 2014) 8 steg for å gjennomføre endring.

Utvalg av informanter i denne undersøkelsen er gjort med strategisk utvelgelse. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016:117) beskriver strategisk utvelgelse på følgende måte:

Strategisk utvelgelse vil si at forskeren først bestemmer seg for hvilken målgruppe som må delta for å få samlet nødvendige data, mens det neste steget er å velge ut personer fra målgruppen som skal delta i undersøkelsen. Utgangspunktet er med andre ord ikke representativitet, men hensiktsmessighet.

Min målgruppe er ledere for avdelinger i psykisk helsevern som har gjennomført endringer for å forbedre ressursutnyttelse. Lederne i utvalget må ha vært ledere ved avdelingen under hele endringsprosessen.

Jeg søkte på internett etter avdelinger i psykisk helsevern hvor det var foretatt endringer for å forbedre ressursutnyttelsen. Deretter ringte jeg lederne ved disse avdelingene med spørsmål om å stille til intervju.

3.3 Datainnsamling og analyse

Tre av intervjuene ble gjennomført i perioden 4. til 6. april 2018 med personlig møte på informantens kontor. Og det siste intervjuet ble gjennomført 27. april 2018 på telefon. De fire intervjuene varte fra 71 til 83 minutter. Alle intervjuene ble dokumentert med lydopptak på diktafon.

Lydopptakene av forskningsintervjuene ble transkribert. Jeg har anvendt fenomenologisk metode for å få økt forståelse og innsikt i endringsprosesser for å forbedre ressursutnyttelsen innen psykisk helsevern. I fenomenologisk metode leser forskeren datamaterialet på en fortolkende måte og ønsker å forstå den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 171). For å analysere meningsinnholdet har jeg anvendt systematisk tekst kondensering (Malterud 2012). I første trinn av systematisk tekst kondensering leser man igjennom det transkriberte datamaterialet med et åpent sinn og forsøker å danne seg et helhetsinntrykk av materialet. En ser etter hovedtema i fortellingen. I trinn to identifiserer og organiserer vi de elementene av datamaterialet, som kan belyse vår forsknings problemstilling. Jeg anvender en deduktiv koding (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 174), hvor jeg kategoriserer meningsselementene av teksten etter Kotters (1996; 2014) 8 steg for å gjennomføre endring. Trinn tre av systematisk tekst kondensering (Malterud 2012) er kondensering. Her trekker en ut meningsinnholdet av den kategoriserte teksten. Og gjør eventuelle endringer av kategoriseringen, som å slå sammen kategorier eller

lage underkategorier. I trinn fire sammenfattes materialet. Jeg utvikler beskrivelser og begreper, og belyser forskningsspørsmålet ved å gi leseren troverdige fortellinger.

3.4 Reliabilitet og validitet

3.4.1 Reliabilitet

Med reliabilitet menes hvor pålitelig studiens data er (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 36). Hvor nøyaktig er undersøkelsens data, hvilke data brukes, hvordan samles data inn, og måten de bearbeides på. Formålet med dette studiet er å undersøke lederes opplevelse av endringsprosesser. Det er dermed ikke ment å være en nøytral eller objektiv framstilling av endringsprosessene. Spørsmålet er dermed ikke om studiet gir en nøyaktig gjengivelse av hva som skjedde under endringsprosessene, men om studiens data er en pålitelig framstilling av informantenes opplevelse av endringene. Ved å anvende den metodiske framgangsmåten som jeg har beskrevet i dette metodekapittelet, har jeg etterstrebet å gi en reliabel framstilling av informantenes opplevelse av endringene.

3.4.2 Indre validitet

Indre validitet handler om hvorvidt en metode undersøker det en har til hensikt å undersøke (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 232). Intervjuguiden er et verktøy for å besvare forskningsspørsmålet, og vil kunne bidra til å styrke undersøkelsens validitet (Kvale og Brinkmann 2015). For å øke intervjuguidens troverdighet tok jeg utgangspunkt i forskningsspørsmål og teori når jeg utformet tema og spørsmål.

En metode for å øke studiets validitet er vedvarende observasjon (Guba 1981: 85; Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 232). Ved å være i kontakt med et miljø over tid kan en undersøker forstå hva som er relevant og hva som karakteriserer miljøet. Og dermed hvilke aspekter det er viktig å vektlegge når en studerer miljøet. Jeg har jobbet i psykisk helsevern i 14 år, hvorav de siste 6 årene som leder. Ved at jeg aktivt anvender min erfaringsbakgrunn gjennom undersøkelsen styrker jeg dens indre validitet.

3.4.3 Ytre validitet

Studiets ytre validitet er om dets resultater kan overføres til liknende fenomener (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 233). Kan mine informaners erfaringer med gjennomføring av endringsprosesser overføres til endringsprosesser andre steder i psykisk helsevern? Har jeg lyktes med å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det jeg studerer? I følge Malterud (2001: 484) er det viktig å gjøre en nøktern vurdering av overførbarhet. Resultatene fra et kvalitativt studie kan ikke sees på som fakta gjeldende for hele befolkningen, men som beskrivelser, begreper eller teorier for en avgrenset kontekst. Jeg har etterstrebet å gi en tilstrekkelig fyldig gjengivelse av mine forskningsfunn til at leseren kan bedømme om funnene kan bidra til økt forståelse av endringsprosesser i egen organisasjon.

3.4.4 Metodekritiske refleksjoner

Innen kvalitativ forskning er det ikke mulig å forhindre at forskeren påvirker resultatene av undersøkelsen (Malterud 2001: 483). Objektivitet oppnås ved å ha et bevisst forhold til at kunnskapen fra undersøkelsen er situasjonsavhengig og representerer kun en del av virkeligheten. Samt å redegjøre for forskerens påvirkning av resultatene. Subjektivitet oppstår når en ikke er bevisst forskerens påvirkning. Jeg tolker og trekker ut essensen av det mine informanter formidler i denne undersøkelsen, og forsøker å skape mening fra utsagnene gjennom teorier og mine egne erfaringer. Jeg har tilstrebet objektivitet gjennom bevissthet rundt min egen forforståelse av fenomenene. Jeg er selv leder innen Psykisk helsevern. Det påvirker min forskerrolle, og mine fortolkninger av informantenes beretninger. Det er en fare for at jeg kan dele oppfatninger og forståelse med mine informanter, og dermed problematisere mindre enn det andre ville gjort. Samtidig har jeg god kjennskap til fenomenene som beskrives, og kan sammenligne dem med mine egne erfaringer, og evaluere dem kritisk. Det er rimelig å forvente at mine informanter har oppfatninger og opplevelser av endringsprosessene som er svært forskjellig fra andre involverte i endringsprosessene. Jeg kunne helt sikker fått et mer nyansert bilde av endringene dersom jeg i tillegg intervjuet andre involverte, som for eksempel ansatte. Samtidig er formålet med denne undersøkelsen ikke å gi et mest mulig korrekt bilde av endringsprosessene, men å undersøke lederes opplevelser av endringene.

3.4.5 Etikk

Forskningsetiske prinsipper gir grunnlag for vurdering av om handlinger er riktige eller gale (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016: 83). Forskeren bør være oppmerksom på at åpenheten og intimiteten som oppstår i et forskningsintervju kan være forførende og få informantene til å gi opplysninger de senere vil angre på at de har gitt (Kvale og Brinkmann 2015:107). Et eksempel på dette kan være negativ omtale av andre identifiserbare personer. Flere av lederne i denne undersøkelsen forteller om underordnede ledere og ansatte som motsetter seg endringer. Det å motsette seg endring kan oppfattes negativt, men jeg opplever at lederne omtaler sine ansattes reaksjoner med forståelse og omsorg. De ansattes motstand beskrives som usikkerhet i forhold til egen jobbsituasjon og bekymring for pasientenes behandlingstilbud, noe som er svært forståelig. Min vurdering er at denne undersøkelsen ikke inneholder negativ omtale av andre identifiserbare personer.

Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurderer om forskningsprosjekter ivaretar personopplysninger på en tilfredsstillende måte, i samsvar med personopplysningsloven. Før gjennomføring av denne undersøkelsen sendte jeg meldeskjema til NSD. Forskingen ble godkjent av NSD 15.03.18. (se vedlegg 2: Godkjennelse fra NSD).

Informantene fikk en skriftlig forespørsel om å delta i forskningsprosjektet. Den skriftlige forespørselen ble utformet etter mal fra Norsk senter for forskningsdata. Her fikk de informasjon om bakgrunn for studien, hva deltakelse innebærer, behandling av personopplysninger, frivillig deltakelse og at man når som helst kan trekke sitt samtykke til å delta.

4 Resultatdel

I resultatdelen vil jeg starte med å beskrive rammebetingelsene for Psykisk helsevern, ettersom rammene setter premisser for ledelse og endring. Resten av resultatdelen har jeg valgt å dele inn etter hovedfunnene i denne undersøkelsen.

4.1 Rammebetingelser for psykisk helsevern

Min undersøkelse er gjort innenfor en bestemt kontekst, Psykisk helsevern i Spesialisthelsetjenesten. Jeg vil her beskrive rammebetingelsene for denne tjenesten, med særlig vekt på forhold som skaper behov for omstilling. Jeg opplever at vi innen Psykisk helsevern de siste årene har fått stadig større forventninger til hvor raskt og hvor mange pasienter vi skal gi et tilbud til. Og det uten at vi har fått tilført ressurser for å handtere det. Det ligger en forventning om at vi skal forbedre ressursutnyttelsen og jobbe mer effektivt slik at vi kan behandle flere pasienter enn før. I de senere år har det i økende grad vært forventet at vi skal holde våre budsjett. Dette kom særlig ved innføring av Helseforetaksreformen i 2002 (Pettersen et al 2008: 141). Sykehusene ble da overført fra fylkeskommunene til regionale helseforetak. Regjeringen og helseministeren gir de politiske føringene og økonomiske rammene for de regionale helseforetakene. Styret til det regionale helseforetaket bestemmer budsjettene til helseforetakene.

Økonomi og budsjett kontroll vektlegges i betydelig grad, men det jeg opplever har størst betydning for styring av virksomheten er pasientstrømmen. I spesialisthelsetjenesten er vi del av et statlig regulert marked, hvor Lov om pasient og brukerrettigheter (1999) og Prioriteringsforskriften (2015) definerer pasientgrupper som har rett til nødvendig helsehjelp. Disse pasientene er spesialisthelsetjenesten forpliktet til å gi et behandlingstilbud innenfor en gitt tidsramme. Denne tidsrammen ble betydelig kortere ved innføringen av den nye Prioriteringsforskriften i 2015. Det skapte et ytterligere press på oss til å alltid ha tilgjengelig kapasitet til nye pasienter. Før kunne vi i større grad gi pasientene et tilbud når vi hadde ledig tid.

I tillegg har vi en vedvarende økning i antall pasienter som har behov for hjelp fra psykisk helsevern (Helsedirektoratet 2018:8). Vi tilføres ikke flere ressurser og behandlere for å

ivareta den økende pasientstrømmen. Derimot forventes det at vi skal omstille og jobbe mer effektivt enn før.

Opptrappingsplanen for psykisk helse i 1998 til 2008 innebar omlegging fra døgnplasser til polikliniske tilbud (Meld. St. 14 (2014-2015) 2015:44). Den medførte en fordobling av antall personer som mottok behandling. Og denne økningen har fortsatt i årene etterpå. I Meld. St. 14(2014-15) Kommunereformen (:44) uttrykker Regjeringen et behov for å fortsette denne omstillingen:

Omstillingen med overføring av oppgaver og ressurser fra sykehusene til DPS er ikke slutført, og det er nødvendig å fortsette oppgave- og ressursoverføring fra sykehus til DPS med økt vekt på poliklinikk, ambulante tjenester, lettere tilgjengelighet og tettere samarbeid med kommunene.

Forventning om budsjettkontroll, et statlig regulert marked med økende antall pasienter samt statlige føringer om økt vekt på polikliniske tjenester gjør at vi har et kontinuerlig behov for å omstille og forbedre ressursutnyttelsen innen psykisk helsevern. Noe av utfordringen, slik jeg ser det, er at de statlige føringene sier tydelig hva vi skal prioritere mer, men det er ingen som forteller oss hva vi skal gjøre mindre av. Det må vi finne ut av selv.

Et annet kjennetegn ved Psykisk helsevern er at behandler bruker seg selv som verktøy for å behandle pasienter. En god relasjon hvor pasienten opplever empati og varme fra behandler er av avgjørende betydning for å oppnå gode behandlingsresultater (Lambert og Barley 2001). Dette følelsesmessige engasjementet gjør at den enkelte pasient blir svært betydningsfull for behandleren. Og da særlig i forhold til pasienter som mottar langvarig og tett oppfølging.

4.2 Forbedre kvalitet eller kvantitet

Alle endringene i min undersøkelse har som utgangspunkt å forbedre pasientbehandling. Endringene hos to av lederne hadde som hovedmålsetning å forbedre ressursutnyttelsen (kvantitet) slik at man kan gi behandling til flere pasienter enn før. Mens endringen hos de to andre lederne har som hovedmålsetning å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Denne

forskjellen er avgjørende for de ansattes engasjement for endringen. Der hvor en ønsket å forbedre hvor god behandling den enkelte pasient får, var de ansatte engasjerte og aktivt med på å gjennomføre endringen. En av lederne beskriver det på følgende måte:

Det vokste fram fra gulvet kan du si. Det vokste fram på grunn av et sterkt faglig engasjement for denne pasientgruppen hos overlege, psykolog og miljø personalet for øvrig. Ikke minst leder for sengepost og alle oss andre som brant for denne pasientgruppen. Det var en totalitet av en opplevelse av at dette er til nytte, dette har noe for seg og dette må vi få til mer av.

Mens i de tilfellene hvor en ønsket å omprioritere ressurser for å gi behandling til flere pasienter var det lavt ansatte engasjement. En av lederne omtaler det på følgende måte:

Men like fullt da så var det veldig tøft og jeg kan ofte tenke at har man klart å få folk til å forstå hvorfor, men på en annen side hvis du er kliniker så kan man forstå at et godt tilbud skal legges ned? Eller at pasienter som du tenker at de har god nytte av å bo i trygge omgivelser med oss rundt og god arbeidsrehabilitering, hvorfor skal de være enige i det? Hjertet deres er et annet sted. Deres faglighet sier til dem at dette her er ikke riktig. Og det er klart økonomiske insentiver og også selv om det faglige, du kan tenke deg at å si men samhandlingsreformen, nå skal de få gode boliger ute i bydelene, men får de det da? Det er ikke vårt ansvar at de skal få det. Det er kommunen. Så vet jo jeg også at jeg tror dere har litt rett i det, det er ikke sikkert at det blir noe av.

Det er lett å forstå at det er vanskelig å få behandlere med på endringer som de forventer vil gi pasientene et dårligere behandlingstilbud. Samtidig er en som leder nødt til å ta hensyn til de pasientene som venter på å få behandling. Og så lenge man ikke får tilført ressurser er en omprioritering eneste mulighet.

Jeg synes det er interessant at en av lederne har erfart at to ulike formuleringer av behov for reduksjon av antall døgnplasser i en og samme sengepost har hatt avgjørende betydning for de ansattes engasjement og motstand:

I det ene tilfellet hadde endringen som hovedmålsetning å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen:

... pasienten skal være i sentrum og at det skal være kort ventetid fordi det gir pasienten best prognose å bli utredet raskest mulig og komme i behandling raskest mulig.

Leder bestemte at det skulle innføres behandlingsplan for å oppnå dette. De ansatte var positive til denne endringen. Resultatet av endringen ble mer målrettet behandling, som igjen ga kortere innleggelses og ledig kapasitet på sengeposten: «*Det var færre pasienter, det var så få pasienter etter hvert at selv personalet sa at dette kan vi ikke, gå med 40-50-60% belegg. Det skjønte alle.*» Ledelse og ansatte var enige om at de nå hadde for mange døgnplasser, og en reduksjon ble gjennomført.

I det andre tilfellet, noen år tidligere, hadde man forsøkt å gjennomføre en tilsvarende reduksjon i antall døgnplasser ved denne sengeposten. Da ble endringsbehovet formidlet som en omprioritering av ressurser istedenfor forbedring av kvaliteten på pasientbehandlingen. En klarte da ikke å få de ansatte med på endringen:

Det var noen år før det her, da tror jeg at man som leder så noen av de samme tendenser. Da gikk man ut med at man skulle redusere med 5 plasser, da var det 23 plasser. Og da gikk man ut med at man skulle redusere med 5 plasser, men det var en økonomisk forklaring og da ble det skapt utrolig mye motstand.

En faktor ser her ut til å være nærhet. At det er lettest for en behandler å sympatisere og være opptatt av behandlingstilbudet til de pasientene som er i gang med behandling, og som behandlerne dermed har en relasjon til. Under rammebetingelser for psykisk helsevern beskrev jeg at det følelsesmessige engasjementet gjør at den enkelte pasient blir svært betydningsfull for behandleren. De pasientene som venter på et behandlingstilbud, og som behandlerne ikke kjenner, har behandlerne både større fysisk og følelsesmessig avstand til. Å gi et enda bedre behandlingstilbud til de pasientene man kjenner og bryr seg om skaper engasjement hos de ansatte. Mens å omprioritere ressurser for å frigjøre kapasitet til å ta i mot nye pasienter, på bekostning av tilbudet til de pasientene som er i gang med behandling, er det vanskeligere å få behandlerne med på. Dette er også i samsvar med min egen erfaring som

leder. Når jeg har formidlet til mine ansatte at vi må avgrense hvor mye behandling vi gir til våre pasienter for å frigjøre kapasitet til å ta inn nye pasienter, har dette blitt møtt med mye motstand. Deriblant uttalelser som: *«Dette er et problem for ledelsen, jeg har kun ansvar for mine egne pasienter.»* I min tid som leder har dessverre de fleste endringene handlet om å frigjøre kapasitet til å ta i mot nye pasienter, ikke øke kvaliteten på behandlingen. Det har sammenheng med en større og større pågang av nye pasienter, som utfordrer vår kapasitet til å gi alle et behandlingstilbud. Min undersøkelse har så langt vist at de endringene som hadde hovedmålsetning å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen ga mye høyere ansatte engasjement enn endringene med hovedmålsetning å gi behandling til flere pasienter. Jeg vil nå gå videre til å undersøke anvendelsen av transaksjons- eller transformasjonsledelse.

4.3 Transaksjons- eller transformasjonsledelse

Hos de to lederne hvor hovedmålsetningen var å forbedre ressursutnyttelsen var ansattes indre motivasjon og engasjement lavt. Her ble det anvendt stor grad av transaksjonsledelse. En av lederne beskriver at nærmeste leder kontrollerer behandlernes arbeid: *«Jeg tenker det er viktig med litt mindre enheter slik at enhetsleder kan følge mye mer med, så må de bare ta ut pasientlister og innkalle til samtaler, og begynne å se og spørre og følge opp på de.»*

Hos den tredje lederen, hvor ledelsen drev fram en endring for å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen, hadde de ansatte høyere indre motivasjon og engasjement enn hos de to forannevnte lederne. Leder anvendte transaksjonsledelse og fulgte endringen tett opp, men det var ikke aktiv motstand mot å innføre behandlingsplan: *«Grunnleggende er vi enige, og som leder følger jeg det opp. Ok, denne pasienten trenger en behandlingsplan i dag. Hvem er det som gjør det? ... Jeg har en leder stil hvor jeg er tett på.»*

Den fjerde lederen anvendte hovedsakelig transformasjonsledelse, og støttet opp under de ansattes indre motivasjon og engasjement. I endringen hos den fjerde lederen var sengepostens overlege og psykolog svært aktiv fra starten av, og bidro til å få de andre ansatte med seg :

De så nytteverdien av å drive poliklinisk aktivitet og jobbet fram dette tilbudet og var engasjerte og engasjerte miljøpersonalet i dette. Så vår jobb som ledere var å løfte dette

videre og drøfte det i ledermøtet og ta opp med direktøren viktigheten av å se om dette kan videreføres en egen poliklinikk.

Lederen beskriver sterk indre motivasjon hos de ansatte:

Det vokste fram fra gulvet kan du si. Det vokste fram på grunn av et sterkt faglig engasjement for denne pasientgruppen hos overlege, psykolog og miljø personalet for øvrig. Ikke minst leder for sengepost og alle oss andre som brant for denne pasientgruppen. Det var en totalitet av en opplevelse av at dette er til nytte, dette har noe for seg og dette må vi få til mer av.

Lederne av endringene som hadde som hovedmålsetning å forbedre ressursutnyttelsen anvendte stor grad av transaksjonsledelse. Det var krevende endringsprosesser med motstand fra de ansatte. Endringen hos den tredje lederen hadde som formål å forbedre pasientkvaliteten. Her anvendte leder også transaksjonsledelse, men det krevde mindre innsats fra ledelsen enn de to forannevnte endringene. Selv om de ansatte i liten grad var med på å drive fram endringen, var de enige i den, og det var ingen aktiv motstand mot endringen. Endringen hos den fjerde lederen hadde som hovedmålsetning å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Her anvendte leder hovedsakelig transformasjonsledelse. Det krevde liten innsats fra ledelsen fordi de ansatte selv var sterkt engasjerte og gjorde mye for å få gjennomført endringen.

Leder 1, 2 og 3 har i større grad anvendt transaksjonsledelse enn transformasjonsledelse for å oppnå endringer. Dette henger sammen med at lederne i sin formidling av behov for endring, ikke har klart å skape engasjement hos de ansatte til å hjelpe til med å oppnå endringen. Leder 4 har derimot brukt transformasjonsledelse som virkemiddel for å oppnå endringer. Her støttet ledelsen opp om et initiativ og sterkt engasjement fra de ansatte.

4.4 Endring av organisasjonskultur

I de to lederstyrte endringene med hovedmålsetning å forbedre ressursutnyttelsen forteller lederne om en sterk organisasjonskultur hvor underordnede ledere og ansatte ikke ønsket og motsatte seg endring. De hadde en felles identitet og var stolt over behandlingen de ga til pasientene. En av lederne beskriver at enhetsleder og flere av behandlerne hadde jobbet ved

samme enhet i mange år og hadde utviklet en felles kultur hvor den enkelte behandler er best egnet til å avgjøre hvilken behandling pasienten trenger:

Hver behandler har kunnet bestemme selv hvor lange forløp, hvilken type behandling. Når vi begynte å se i en del saker så var det ikke så lett å se hvilken metode eller hvilke endringer som skjedde i terapien. Det ble veldig tilfeldig. Det var ofte lange forløp, ofte over mange år. Noe helt annet enn det jeg tenker vi kan ha i dag.

Enhetsleder og flere av behandlerne sluttet i jobben på omtrent samme tid. En fikk da inn ny enhetsleder som ønsket endring:

Men det var litt lite leder ressurser en stund, men det var i hvert fall leder som stod for den samme tenkningen. Det med at vi må gjøre om på lengden, vi må ha mer strukturerte forløp, sånn noenlunde. Vi kan ikke gi forløp som er lenger enn det vi har ressurser til. Vi må se på hvordan vi gjør det og jobbe mer metodisk.

I tillegg fikk en inn nye medarbeidere:

Det kom inn mange unge nye, ganske mange psykologer blant annet, som jo er mer vant til å jobbe metodisk. Det er de fra skolen og fra der de hadde jobbet før. Som jo stod for en ny kultur. Så det ble en blanding av den gamle og nye kulturen.

I tillegg valgte leder å endre enhets struktur fra to til tre poliklinikker for å omfordele behandlere og skape en ny organisasjonskultur:

«Jeg sa at her må vi blande for å bryte opp og bygge en ny kultur på noe nytt, og få de til å samhandle bedre.»

Endring av organisasjonskultur er ikke nødvendigvis siste steg i en endringsprosess. I disse to endringene beskriver leder at endring av sterk organisasjonskultur gjorde det mye lettere å gjennomføre en omstilling for å forbedre ressursutnyttelsen.

4.5 Oppsummering av resultatdel

Jeg vil her komme med en oppsummering av hovedfunnene fra resultatdelen:

1. De endringene som hadde hovedmålsetning å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen ga mye høyere ansatte engasjement enn endringene med hovedmålsetning å gi behandling til flere pasienter.

2. Leder 1, 2 og 3 har i større grad anvendt transaksjonsledelse enn transformasjonsledelse for å oppnå endringer. I sin formidling av behov for endring, klarte ikke disse lederne å skape engasjement hos de ansatte til å hjelpe til med å oppnå endringen. Leder 4 har derimot brukt transformasjonsledelse som virkemiddel for å oppnå endringer. Her støttet ledelsen opp om et initiativ og sterkt engasjement fra de ansatte.

3. Endring av organisasjonskultur er ikke nødvendigvis siste steg i en endringsprosess. I denne undersøkelsens endringer for å gi behandling til flere pasienter enn tidligere beskriver leder at endring av sterk organisasjonskultur gjorde det mye lettere å gjennomføre en omstilling for å forbedre ressursutnyttelsen.

For å utvide forståelsen av disse hovedfunnene, vil jeg nå drøfte dem med utgangspunkt i teoriene jeg presenterte i teoridelen.

5 Drøftingsdel

I dette kapittelet vil jeg drøfte hovedfunnene fra resultatdelen opp mot teori og forskning, for å belyse denne undersøkelsens problemstillinger: Hvordan utøves ledelse av endringsprosesser for å oppnå bedre ressursutnyttelse? Og hvilke konsekvenser har ledelsestilnærming for ansattes engasjement?

5.1 Forbedre kvalitet eller kvantitet

Behandlerne som omtales i denne undersøkelsen er helsepersonell. Det er rimelig å forvente at en kjerneverdi (Kirkhaug 2013:56) for dem er å gi best mulig pasientbehandling. Og det er dermed ikke overraskende at de støtter opp om de endringene som har som hovedmålsetning å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Samtidig kan man tenke seg at en annen kjerneverdi for behandlerne er å gi behandling til alle pasienter som har behov for behandling. En kan dermed forvente seg at de også støtter opp om endringer som har som mål å forbedre ressursutnyttelsen slik at flere pasienter får et behandlingstilbud. Erfaringene til lederne i undersøkelsen og meg selv tilsier tvert i mot at denne type endring skaper mye motstand hos behandlerne grunnet bekymring for behandlingstilbudet til de pasientene som er i gang med behandling.

Jeg mener at en av årsakene til dette er det sterke følelsesmessige engasjementet behandlerne i psykisk helsevern har for den enkelte pasient (Lambert og Barley 2001). Og da særlig i forhold til pasienter som mottar langvarig og tett oppfølging. Lederne i denne undersøkelsen opplever at det er lettest for behandlerne å sympatisere og være opptatt av behandlingstilbudet til de pasientene som er i gang med behandling, og som behandlerne dermed har en relasjon til. De pasientene som venter på et behandlingstilbud, og som behandlerne ikke kjenner, har behandlerne både større fysisk og følelsesmessig avstand til. De ansatte har en sterk indre motivasjon for hjelpen de gir til sine pasienter (Deci og Ryan 2012). Vi ledere vil i utgangspunktet se på dette som svært positivt, ettersom de som gjør noe uti fra indre motivasjon ikke bare presterer bedre enn de med ytre motivasjon, de har det også vesentlig bedre med seg selv (Ryan og Deci 2000). Det vil ikke være ønskelig å redusere behandlernes indre motivasjonen for å hjelpe sine pasienter, men å utvide motivasjonen til også gjelde de pasientene som venter på å få behandling. Er det mulig?

Om behovet for endring er formulert som et problem vi er nødt til å løse eller en mulighet for organisasjonen er av stor betydning for de ansattes engasjement (Kotter 2014:132). Denne forskjellen viste seg tydelig i endringene i sengeposten til en av mine informanter. I det ene tilfellet startet en endringsprosess med en mulighet. Et ønske om å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen ved å innføre behandlingsplan med klare mål og tidsplan for å oppnå dette. Behovet for endring appellerte til de ansattes indre motivasjon (Deci og Ryan 2012). De ble engasjert, og fikk lyst til å bidra til endringen. Resultatet av endringen ble mer målrettet behandling, som igjen ga kortere innleggelses. Det medførte ledig kapasitet på sengeposten, og de ansatte var da enige i behov for reduksjon i antall døgnplasser.

Noen år tidligere hadde man forsøkt å gjennomføre en tilsvarende reduksjon i antall døgnplasser på denne sengeposten. Behovet for endring var da formidlet som et problem vi er nødt til å løse. Vi må redusere antall døgnplasser for å omprioritere ressurser til andre formål. Denne formuleringen av behov for endring ga i samsvar med Kotters modell (2014:132) lavt ansatte engasjement. En slik nødvendig endring appellerer til de ansattes ytre motivasjon og bekymring for konsekvensene av å ikke løse problemet (Deci og Ryan 2012). I denne endringen var det sterk motstand hos de ansatte.

I denne sengeposten medførte formulering av endringsbehovet som en mulighet for å oppnå noe at de ansatte var med på endringen. Mens formulering av endringsbehovet som en nødvendig endring ga sterk motstand hos de ansatte. Ifølge Kotter (2014:134) er en av årsakene til denne forskjellen i ansatte engasjement at man i en mulighets formulering fokuserer på hva man kan oppnå, ikke hva man er nødt til å endre. Dess mer man fokuserer på strukturelle endringer, dess mer sannsynlig er det at ansatte ikke vil være enig i endringen, ettersom endringen kan redusere enhetens makt, innflytelse, budsjett eller andre ressurser.

5.2 *Transaksjons- eller transformasjonsledelse*

Formulering av endringsbehov og ansatte engasjement gir føringer for bruk av transaksjons- eller transformasjonsledelse (Kotter 2014:27; Hetland 2008; Bass 1990). Hos de to lederne

hvor endringen var formulert som en nødvendig forbedring av ressursutnyttelsen var ansatte engasjementet lavt og motstanden høy. Ettersom de ansattes indre motivasjon var lav, måtte lederne i stor grad anvende transaksjonsledelse (Deci og Ryan 2012; Bass 1990). Lederne fulgte de ansatte tett opp, og kontrollerte at de ansatte gjør det de skal i henhold til endringen. Det krevdes stor innsats fra ledelsen for å gjennomføre endringene. Og det var her det tok lengst tid å gjennomføre endringer.

Hos leder tre ble endringsbehovet formulert som en mulighet, med høy indre motivasjon og potensiale for å mobilisere de ansatte til å hjelpe til med å gjennomføre endringen. (Kotter 2014:27; Deci og Ryan 2012). Her valgte leder å gjennomføre endringen med stor grad av transaksjonsledelse, noe som sannsynligvis medførte at lederen måtte følge endringen tettere opp enn dersom en hadde valgt å mobilisere de ansatte til å hjelpe til med gjennomføringen. Også hos leder fire var endringsbehovet formulert som en mulighet, og de ansatte hadde høy indre motivasjon og var pådrivere for å gjennomføre endringen. Leder brukte her hovedsakelig transformasjonsledelse, og støttet opp under de ansattes engasjement (Hetland 2008). Denne endringen var mye lettere å gjennomføre enn endringene hos de tre andre lederne. Det krevde liten innsats fra ledelsen og var den endringen som tok kortest tid å gjennomføre.

5.3 Endring av organisasjonskultur

Organisasjonskulturen er viktig i endringsprosesser ettersom den i stor grad kan påvirke menneskelig atferd, fordi den er vanskelig å endre, og fordi dens usynlighet gjør den vanskelig å adressere direkte (Kotter 1996:156). En årsak til at det var vanskelig å få ansatte med på omprioriteringer for å gi behandling til flere pasienter enn tidligere er samholdet som skapes av en sterk organisasjons kultur (Bang 2011:93). Behandlerne hadde en felles identitet og var stolt over behandlingen de ga til pasientene. Å skulle endre behandlingstilnærming var i konflikt med deres kjerneverdier (Kirkhaug 2013:157). For en organisasjon vil endring av verdier medføre at man må gi avkall på en kultur. Det vil vanligvis gå greit dersom kulturen er svak og uønsket, at den ikke bidrar til måloppnåelse verken for organisasjonen eller ansatte. Lederne i denne undersøkelsen beskriver sterke organisasjonskulturer. Det skal mye til for å endre kjerneverdier i en sterk organisasjonskultur (Kotter 1996:163). Dersom kulturens

verdier er etablert gjennom mange års erfaring, vil det ofte ta mange år med en annen erfaring for å skape endring. I følge Kotter er dette begrunnelsen for at kulturell endring kommer i slutten av endringsprosessen, ikke i begynnelsen. Organisasjonskulturen endrer seg først når du har lykkes med å endre de ansattes handlinger, etter at den nye atferden gir gevinster over en viss tidsperiode, og etter at de ansatte ser at det er de nye måtene å gjøre ting på som forbedrer resultatene. I denne undersøkelsen var det endringen hos leder fire som i størst grad er i samsvar med Kotters modell. Her var det et sterkt ansatte engasjement gjennom hele endringsprosessen.

I min undersøkelse har det vært svært ulike årsaker til at kulturen har endret seg. Leder fire framhever det sterke ansatte engasjementet som en av de viktigste faktorene for å opprettholde endringen. Her er det de ansatte selv som sørger for å endre organisasjonskulturen. Dette er i samsvar med slik Kotter (2014:27) framstiller effektiv endring i sin modell. Her kommer endringen av organisasjonskultur i siste trinn av endringsprosessen, drevet fram av et sterkt ansatte engasjement.

En av de andre lederne i undersøkelsen min valgte å starte i motsatt ende. Enhetsleder og flere av behandlerne hadde jobbet ved samme enhet i mange år og hadde utviklet en felles kultur hvor den enkelte behandler er best egnet til å avgjøre hvilken behandling pasienten trenger. Her startet man med å gjennomføre en strukturell endring for å endre en sterk organisasjonskultur, som motsatte seg endring (Bang 2011:146). Enhets strukturen ble endret fra to til tre poliklinikker for å omfordele behandlere og skape en ny organisasjonskultur. Også i dette tilfellet klarte man å endre organisasjonskulturen og redusere motstand mot endring. I samsvar med Kotters modell (2014:27) var denne endringen betydelig mer krevende å gjennomføre enn førstnevnte endring. Endringen skapte mye usikkerhet og motstand hos de ansatte. Og krevde stor innsats fra ledelsen for å følge opp og gjennomføre endringen. Nærmeste leder var tett på og fulgte opp sine ansatte.

Endring av organisasjonskultur er ikke nødvendigvis siste steg i en endringsprosess. I sistnevnte endring beskriver leder at endring av sterk organisasjonskultur gjorde det mye lettere å gjennomføre en omstilling for å forbedre ressursutnyttelsen.

5.4 Rammebetingelsene for endring

I resultatdelen beskriver jeg den bestemte konteksten for denne undersøkelsen. Forventning om budsjettkontroll, et statlig regulert marked med økende antall pasienter samt statlige føringer om økt vekt på polikliniske tjenester gjør at vi har et kontinuerlig behov for å omstille og forbedre ressursutnyttelsen innen psykisk helsevern. I en ideell verden kunne man se for seg at alle omstillinger var drevet fram av et sterkt ansatte engasjement, slik Kotter (2014) beskriver i sin modell. At endringene gikk raskt og smertefritt. Men er det mulig i psykisk helsevern?

Jeg tror ikke det. Produktet man produserer i psykisk helsevern er ikke en gjenstand, men helsehjelp til personer med psykiske lidelser. Det kan godt tenkes at gjennomføring av kostnad effektivitets analyse og kostnad nytte analyse (Sloan og Hsieh 2017:637) tilsier at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å omdisponere ressurser slik at flere pasienter får behandling, selv om en reduserer mengden behandling den enkelte pasient får. Jeg opplever at lederne i denne undersøkelsen har gode samfunnsøkonomiske begrunnelser for de endringene som gjennomføres. Hos en av lederne leide de inn konsulenter for å beregne ressursbruken og fikk følgende svar: *«Dere må ta stilling til om det er riktig å bruke 2/3 deler av ressursene på ca. 5 % av pasientene, eller om dere ville gjøre det annerledes.»* Lederen beskriver et tydelig behov for endring (Kotter 2014:134).

Til tross for de gode samfunnsøkonomiske argumentene tilsier informantenes og mine egne erfaringer at det er vanskelig å engasjere de ansatte i omprioriteringer for å gi behandling til flere pasienter enn før.

Kotter (2014:132) vil argumentere for at man må endre sin formulering av behov for endring for å engasjere de ansatte. I denne undersøkelsen viste det seg tydelig i endringsforsøkene ved sengeposten til en av lederne. Formulering av behov for endring som en mulighet ga sterkt ansatte engasjement, mens formulering av behov for endring som et problem vi er nødt til å løse medførte lavt ansatte engasjement. Dette og min egen erfaring tilsier at man ved å

formulere endringsbehovet som en mulighet kan oppnå sterk økning av ansatte engasjement i endringer i psykisk helsevern.

Vil en alltid oppnå en effektiv endringsprosess med høyt ansatte engasjement ved å anvende Kotters tilnærming (2014:27)? Nei, jeg tror ikke det. Med forventning om budsjettkontroll, et statlig regulert marked med økende antall pasienter samt statlige føringer om økt vekt på polikliniske tjenester vil vi i psykisk helsevern måtte gjennomføre endringer med lavt ansatte engasjement. En av lederne i denne undersøkelsen beskriver en endring hvor man legger ned en sengepost for å øke det polikliniske tilbudet og gi behandling til flere pasienter enn før. De ansatte ved sengeposten hadde et sterkt følelsesmessig engasjement for sine pasienter (Lambert og Barley 2001), som de hadde fulgt over mange år. Denne endringen var i sterk konflikt med behandlernes kjerneverdi om å gi best mulig kvalitet på pasientbehandlingen (Kirkhaug 2013:56). Jeg stiller spørsmålstegn ved om det er mulig å formulere behovet for endring på en så meningsfull og inspirerende måte at disse behandlerne endrer sine kjerneverdier.

5.5 Etiske refleksjoner

Det er viktig at vi ledere gjør etiske refleksjoner om hvorfor og hvordan vi gjennomfører endringer i organisasjonen. Jacobsen og Thorsvik (2013:448) definerer etisk ledelse på følgende måte: «*Etisk ledelse dreier seg om hva som er moralsk anstendige motiver og mål, og hva som er lederes moralsk forsvarlige handlinger for å nå mål.*» Jeg oppfatter at alle lederne i min undersøkelse hadde moralsk anstendige motiver og mål for sine endringsprosesser. De ønsket å forbedre pasientbehandlingen, enten ved å gi pasientene bedre behandling eller gi behandling til flere pasienter. I noen av endringsprosessene beskrev lederne at de ansatte var bekymret for både pasienters og egen framtid. Og at de motsatte seg endringene. Det å motsette seg endring kan oppfattes negativt, men Jacobsen og Thorsvik (2013:392) understreker at motstand mot endring i mange tilfeller er en naturlig menneskelig reaksjon. Man forsvarer noe som er kjent, og som man oppfatter er godt og riktig. I tråd med dette opplever jeg at mine informanter omtaler sine ansattes reaksjoner med forståelse og omsorg. De ansattes motstand beskrives som usikkerhet i forhold til egen jobbsituasjon og bekymring for pasientenes behandlingstilbud, noe som er svært forståelig. Jeg oppfatter at ledernes handlinger for å nå sine mål var moralsk forsvarlige.

5.6 Avsluttende betraktninger

Ifølge Kotter (2014) vil man oppnå godt ansatte engasjement om man formulerer endringsbehovet som en mulighet. Resultatene fra denne undersøkelsen tilsier at det ikke alltid stemmer. En sterk organisasjonskultur (Bang 2011:93), de ansattes kjerneverdi om å gi god pasientbehandling (Kirkhaug 2013:61) og det sterke følelsesmessige engasjementet behandlere i psykisk helsevern har for den enkelte pasient (Lambert og Barley 2001) er alle faktorer som kan bidra til at de ansatte ikke ønsker endring.

I denne undersøkelsen har alle informantene lyktes med å gjennomføre sine endringer. Ansatte engasjement, behov for endring og gjennomføring av endring har vært ulikt, men alle beskriver at de har nådd sine målsetninger. Det til tross for at forskning og erfaring viser at de fleste endringsforsøk mislykkes (Hennestad 2015). Med bakgrunn i denne undersøkelsen er min vurdering at det ikke finnes en framgangsmåte for å oppnå endring som vil fungere i alle sammenhenger. Utøvelse av ledelse er situasjonsbetinget (Strand 2007:259). Sykehus er ifølge Strands definisjon en ekspertorganisasjon. Vi har høyt utdannede ansatte med sterk autonomi. Det gjør at ledelsen er avhengig av høy legitimitet blant de profesjonelle for å utøve ledelse og gjennomføre endringer. Resultatene fra min undersøkelse tilsier at det beste for organisasjonen og våre ansatte er å skape høyt ansatte engasjement ved å formulere behovet for endring som en mulighet (Kotter 2014:27). Ved å anvende transformasjonsledelse (Hetland 2008) appellerer lederen til de ansattes indre motivasjon og øker dermed de ansattes prestasjoner og tilfredshet (Ryan og Deci 2000).

Samtidig gjør våre rammebetingelser i psykisk helsevern, med forventning om budsjettkontroll, et statlig regulert marked med økende antall pasienter samt statlige føringer om økt vekt på polikliniske tjenester, at vi ledere noen ganger må gjennomføre endringer med lavt ansatte engasjement. Ettersom de ansattes indre motivasjon er lav, vil leder her måtte anvende høy grad av transaksjonsledelse (Bass 1990) med tett oppfølging og kontroll.

Min undersøkelse har gitt økt innsikt i hvordan ledelse av endringsprosesser for å oppnå bedre ressursutnyttelse i psykisk helsevern utøves. Og hvilke konsekvenser ledelsestilnærming har for ansattes engasjement. Mine konklusjoner baserer seg på et øyeblikksbilde fra lederne i fire avdelinger i psykisk helsevern sett fra mitt ståsted. Det gir begrensninger i tolkninger og overførbarhet Malterud (2001: 484). Min undersøkelse har kun tatt utgangspunkt i leders perspektiv. For å utvide forståelsen av endringsprosessene vil det være viktig at framtidig forskning også tar utgangspunkt i de ansatte og pasientenes perspektiv.

Litteraturliste

Bang, T. H. (2011) *Organisasjonskultur*. Oslo, Universitetsforlaget.

Bang, T. H. (2013) Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50 (4), s. 326-336.

Bass, B.M. (1990) From Transactional to Transformational leadership: Learning to Share the Vision. *Organizational Dynamics*, 18, s. 19-31.

Choi, Y. & Mai-Dalton, R. R. (1998) On the leadership function of self-sacrifice. *The Leadership Quarterly*, 9 (4), s. 475-501.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2012) Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. I: R. M. Ryan red. *Oxford handbook of human motivation*. Oxford, Oxford University Press, s. 85-107.

Guba, E.G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Technology Research and Development*, 29, s. 75-91.

Helsedirektoratet (2017). *Innsatsstyrt finansiering 2018*. Oslo, Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>> (Lest 28.05.2018).

Helsedirektoratet (2018). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2017*. Oslo, Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>> (Lest 28.05.2018).

Hennestad, B.W. (2015) Hvordan få kulturen med på endring? *BI Leadership Magazine 2015-2016*, s16-17.

Hetland, H. (2008) Transformasjonsledelse: Inspirasjon til endring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45 (3), s 265-271.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: Abstrakt forlag.

Kirkhaug, R. (2013). *Verdibasert ledelse. Betingelser for utøvelse av moderne lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015). Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner. Meld. St. 14 2014-2015. Oslo, Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tilgjengelig fra: <<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-2014-2015/id2401505/>> (Lest 04.06.2018).

Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Boston, Harvard Business School Press.

Kotter, J. P. (2012). Accelerate! *Harvard Business Review*, 90 (11), s. 45–58.

Kotter, J. P. (2014). *Accelerate: Building Strategic Agility for a Faster-Moving World*. Boston, Harvard Business Review Press.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det Kvalitative Forskningsintervju*. 3. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk

Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), s. 357-361.

Malterud, K. (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358 (9280), s. 483-488.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, s. 795–805.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>> (Lest 04.06.2018).

Pettersen, I. J. et al. (2008) *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. 2. utg. Oslo, Cappelen Damm.

Prioriteringsforskriften. (2000) *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd av 1. desember 2000 nr. 1208*. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>> [Lest 04.06.2018].

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, s. 68-78.

Sloan, F. A. & Hsieh, C. R. (2017). *Health economics*. Cambridge, MIT Press.

Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations global edition*. Harlow, Pearson education.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Introduksjon

Jeg ønsker å undersøke hvordan endringer for å forbedre ressursutnyttelse innen psykisk helsevern gjennomføres i praksis, deriblant overgang fra døgn til dag.

Jeg ønsker å få innsikt i hva man ønsket å oppnå ved omstillingen, hvordan man har gått fram for å oppnå det man ønsker, og hvordan man vurderer endringsprosessen i etterkant, inkludert resultater. Dette ønsker jeg å gjøre ved å intervjuere ledere som har hatt ansvar for omstillinger.

Faktaspørsmål

Hvilke endringer har dere gjennomført for å forbedre ressursutnyttelsen ved din avdeling de senere år?

I hvilke tidsperioder har endringene vært gjennomført?

Har du vært leder for denne avdelingen i hele endrings perioden?

Framgangsmåte for å oppnå endring

Behov for endring

Hvem var det som så et behov for endring?

Hva var det som gjorde at man så behov for endring?

Hvordan ble endringsbehovet formulert?

Som en mulighet til å oppnå noe eller som en krise man må løse?

Opplevde du at de ansatte var enig i at det var behov for endring?

Ble de ansatte engasjert av tanken på endring?

Hvordan kom dette til uttrykk?

Gjennomføring av endringen

Hvordan ble endringen gjennomført?

Hvem var det som ledet endringsarbeidet?

Var det en gruppe som koordinerte endringsarbeidet?

Hvis ja, hvordan ble denne gruppen opprettet?

Utnevnte eller frivillige deltakere?

Visjon/målsetning

Hva var det man ønsket å oppnå med endringsprosessen?

Hvordan ble visjonen/målsetningen formulert?

(Med visjon mener jeg et bilde av framtiden, hvor det beskrives hvorfor man bør streve etter å skape denne framtiden.)

Hvem var det som formulerte visjonen/målsetningen?

Hvilke tiltak ble utformet for å nå visjonen/målsetningen?

Ansatte engasjement

Forsøkte man å engasjere de ansatte til å hjelpe til med å oppnå målsetningen/visjonen?

Hvis ja, hvordan gikk man fram?

Hvordan ble visjonen/målsetningen formidlet til de ansatte?

I hvilke fora og hvor ofte ble visjonen/ målsetningen formidlet?

Lyktes dere i å engasjere de ansatte til å hjelpe til med å oppnå målsetningen/visjonen?

Hvis ja, kan du gi konkrete eksempler?

Hindringer

Var det noe som forhindret avdelingen fra å endre seg?

Struktur?

Rutiner?

Selvtilfredshet/motstand mot endring?

Lokalpatriotisme/at noen verner om sin enhet eller arbeidsområde?

Ytre faktorer?

Hva ble gjort for å fjerne disse hindringene?

Korttids resultater

Ble det iverksatt tiltak som man forventet resultater av innen kort tid (innen et halvt år)?

-hvis ja, ble det markert på noen måte når man oppnådde disse resultatene?

Unngå stans i endringen

Hva ble gjort undervegs for at endringsprosessen ikke skulle stoppe opp?

Opprettholde endringene

Hva er blitt gjort for å opprettholde endringene man har oppnådd?

(Og ikke gå tilbake til slik man gjorde ting før.)

Opplever du at de ansattes måter å tenke på og atferd er i samsvar med endringene?

Kan du komme med konkrete eksempler på dette?

Måloppnåelse

Uti fra din vurdering, har dere oppnådd de resultatene dere ønsket i forbindelse med endringsprosessen?

Hva er det som har bidratt til at dere har oppnådd /ikke oppnådd ønskede resultater?

(Både indre og ytre faktorer).

Leders rolle

Hva har vært din rolle under endringsprosessen?

Kan du komme med konkrete eksempler?

Hvilke oppgaver/gjøremål i forhold til endringen har du som leder prioritert mest?

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD



Inger Johanne Pettersen
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 15.03.2018

Vår ref: 59598 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.03.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>59598</i>	<i>Endringsprosesser ved sammenslåing av sykehusenheter.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Nord universitet, ved Institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Inger Johanne Pettersen</i>
<i>Student</i>	<i>Thomas Berg Lie</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til Informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til Informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 22.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Siri Tenden Mykiebust