

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn: Ellen Wangsfjord  
Toril Holmen Lassemo

---

**Hvilke erfaringer har ledere i Psykisk helse- og rusklubben gjort i forbindelse med implementering av pakkeforløp ved Barne- og ungdomspsykiatrien i Nordland?**

---

Dato: 19 juni 2020

Totalt antall sider: 71

## Innhold

Forord.....	2
Sammendrag .....	3
Abstract .....	4
1. Innledning .....	5
1.1 Problemstilling.....	5
1.2 Bakgrunn for oppgaven .....	6
1.3 Videre oppbygging av oppgaven .....	6
2. Pakkeforløp.....	7
2.1. Implementering av pakkeforløp .....	10
3. Teori.....	15
3.1 Verdibasert ledelse .....	15
3.2 Hybridledelse .....	19
3.3 Lederskap og roller i organisasjonen .....	22
4. Rammebetingelser .....	27
5. Metode .....	31
5.1 Forskningsdesign .....	32
5.2 Utvalgelse av informanter og innsamling av materiale.....	33
5.3 Semistrukturert intervju .....	33
5.4 Undersøkelsens validitet .....	35
5.5 Forskningsetiske betraktninger .....	36
6. Empiri.....	37
6.1. Hva sa informantene .....	38
7. Diskusjon.....	44
7.1 Klinisk skjønn og autonomi.....	44
7.2 Forandringstretthet.....	50
7.3 Standardisering, mer likhet i tilbudet .....	53
7.4 Økonomi (rammebetingelser) .....	54
8. Konklusjon.....	62
Sluttord.....	64
Litteraturliste.....	66
Forespørsel om deltakelse på intervju i forbindelse med masteroppgave .....	69
Intervjuguide – innføring av pakkeforløp i psykiatrien .....	71

## Forord

Denne oppgaven markerer slutten på vår 2-årige MBA i helseledelse ved Nord universitet. Det har vært 2 innholdsrike år, som har gitt oss mange nye perspektiver på utøvelsen av egen lederrolle, så vel som forståelsen av faget. Det har vært en krevende tid preget av parallelt fokus på familie, arbeid, covid-19 og skole, noe som til tider har vært både krevende og frustrerende. Men mest av alt sitter vi igjen med følelsen av mestring, og den gode følelsen av å ha tilegnet oss kunnskap som kan brukes i vår lederhverdag, for å ikke snakke om livet generelt. Det er selvfølgelig mange som fortjener en stor takk for sine innspill. Vi vil rette en stor takk til Helse Nord ved tidligere administrerende direktør Lars Vorland som har hatt tro på dette studiet og som dermed la til rette for at det også ble et kull 6. En stor takk også til våre ledere ved Nordlandssykehuset HF som ga oss muligheten til å delta, og ikke minst våre kolleger for viktig støtte og motivasjon.

Videre vil vi takke vår professor og veileder, Pål Pedersen - du er et oppkomme av kunnskap, historier og betraktninger, og vi har tilegnet oss kunnskap langt utover pensum. Tilbakemeldingene kombinert med varme og humor har vært viktige for oss gjennom denne prosessen.

Bodø, juni 2020

Ellen Wangsfjord og Torill Lassemo

## Sammendrag

Det er Helsedirektoratet som har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere pakkeforløpene. Implementeringen startet opp i første halvdel av 2018 og, og det siste ble implementert 1.april 2020. Helsedirektoratet har formulert klare målsettinger med forløpene og i disse er det pasienten som står i sentrum og alle skal ha samme tilbud uansett hvor de bor i Norge.

Tanken om å effektivisere tilbudet innen psykisk helse og gjennom å korte ned ventetiden, gi et bedre og mer likeverdig og standardisert behandlingstilbud, høres forlokkende ut.

Formålet med denne oppgaven er å finne ut hva som tenkes om lederutfordringene og implementeringen av pakkeforløpene og hvordan det har gått fra oppstarten og frem til i dag.

For å lykkes med implementeringen tenker vi at det å legge vekt på verdibasert ledelse – skape en lærende og involverende kultur som handler om utvikling av lederens (og medarbeidernes) personlighet. Virksomheten må være arena for læring og vekst, kommunikasjon og tilstrekkelig opplæring, samt gi fleksibilitet og mulighet for individuell tilpasning.

## **Abstract**

The Norwegian Directorate of Health was assigned by the Ministry of Health and Care Services to compile and implement «patient pathways». The implementation started in the first half of 2018, and the last «pathway» was implemented 1. April 2020. The Directorate of Health has compiled clear objectives with the pathways. In the objectives the patient is the center as well as the objective regarding equal treatments regardless of geographic location within Norway. The idea of more efficient treatments within mental health by reducing the latencies and by giving a better and more equal treatment looks promising.

The objective behind this thesis is to discuss different views on challenges leaders face while implementing patient pathways.

In order to succeed with the implementation our view is that one has to emphasize «value based leadership». Furthermore one has to create a learning and involving culture regarding the development of the personality of the leader and the employees. The institution must be an arena for learning, growth, communication, sufficient training, flexibility and provide opportunity for individual adjustments.

## 1. Innledning

Sommeren 2015 kunngjorde helseministeren at Helsedirektoratet hadde fått i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for psykisk helse- og rusbehandling i Norge. Pakkeforløp i den norske helsetjenesten er ikke et ukjent fenomen i Norge, selv om de er av relativ ny dato. De første pakkeforløpene, «kreftpakkeforløpene» så dagens lys i 2015 og har siden vært en viktig del av den somatiske helsetjenesten. I kreftomsorgen har pakkeforløpene bidratt til større forutsigbarhet og trygghet hos pasientene. Helsedirektoratet har formulert klare målsettinger med forløpene og i disse er det pasienten som står i sentrum. Men vil det la seg gjøre å overføre de gode erfaringene som foreligger fra f.eks. kreftforløpene, til fagfeltet psykisk helsevern og rus? Hvilke utfordringer kan vi forvente å møte på, og hvordan skal ledere på ulike nivå klare å overbevise fagfeltet om at dette er veien å gå og få pakkeforløpet i psykisk helse og rus fullt implementert og til å fungere? Tanken om å effektivisere tilbudet innen psykisk helse og rus gjennom å korte ned ventetiden, gi et bedre og mer likeverdig og standardisert behandlingstilbud, høres forlokkende ut. Men skeptikerne kommer med argumenter som lager et litt mer komplekst bilde av hvordan dette vil kunne slå ut for pasientene. De spør blant annet om hva som vil skje når «uønsket variasjon» i behandlingen skal erstattes med «ensartethet» eller «beste praksis»? Hva vil det i så fall bety for klinikerne at de skal jobbe ensartet? Det har også vært hevdet at benevnelsen «beste praksis» kan kobles til industriell logikk. Eller hvor store vil ledelsesutfordringene bli dersom det viser seg å være stor skepsis i fagmiljøene? Pakkeforløp innebærer at pasientene skal få et like godt og tilnærmet likt behandlingsforløp avhengig av diagnoser, men uavhengig av hvor de bor, noe som ikke er enkelt å oppfylle i Nord-Norge med lange avstander mellom sykehusene. (Helsedirektoratet (2017b)).

### 1.1 Problemstilling

*Med bakgrunn i denne omleggingen av nasjonal politikk, har vi valgt følgende problemstilling for vår masteroppgave i helseledelse:*

**Hvilke erfaringer har ledere i Psykisk helse- og rusklinikken gjort i forbindelse med implementering av pakkeforløp ved Barne- og ungdomspsykiatrien i Nordland?**

## **1.2 Bakgrunn for oppgaven**

Det er Helsedirektoratet som har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere pakkeforløpene. Implementeringen startet opp i første halvdel av 2018 og, og den siste ble implementert 1.april 2020. Helsedirektoratet har formulert klare målsettinger med forløpene og i disse er det pasienten som står i sentrum. I målsettingene kommer det frem

*«at pasientene skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.»* (Helsedirektoratet, 2017b).

Tanken om å effektivisere tilbudet innen psykisk helse og gjennom å korte ned ventetiden, gi et bedre og mer likeverdig og standardisert behandlingstilbud, høres forlokkende ut. Vi er nysgjerrig og interessert i å finne ut hva som tenkes om lederutfordringene og implementeringen og hvordan det har gått fra oppstarten og frem til i dag.

## **1.3 Videre oppbygging av oppgaven**

I kapitel 1 vil vi redegjøre for bakgrunnen for problemstillingen. I kapitel 2 belyser vi sentrale begreper og skriver om hva pakkeforløp er. Videre vil vi i kapitel 3 vise metodiske valg og fremgangsmåte samt gjøre rede for sentrale begreper som hybridledelse og verdibasert ledelse. Deretter vil vi i kapitel 4 definere viktige rammebetingelser for innføring av pakkeforløp i psykiatri og rus. Til sist vil vi i kapitel 5 gjøre rede for valg av metode, undersøkelsesdesignet og de ulike fasene i forskningsprosessen og i kapitel 6 empiri og i kapitel 7 gjøre analyse opp mot relevant teori, før vi avslutter med konklusjon i kapitel 8 og deretter noen sluttord.

## 2. Pakkeforløp

I dette kapitlet vil vi si noe om hva pakkeforløp er og bakgrunnen til innføringen og hvorfor det blir implementert.

Begrepet pakkeforløp kommer opprinnelig fra Danmark. Pakkeforløp er: Et standard forløp for behandlingen av en bestemt sykdom. Undersøkelser og behandlinger er bestemt og beskrevet på forhånd. I tillegg skal en gi pasienter eller pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Pasienten skal få mer innflytelse på behandlingen, og den skal evalueres systematisk underveis

*«Vi trenger trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer. Å ikke vite hva som skjer gjør det tyngre og være syk. I 2015 innførte regjeringen pakkeforløpt for kreft. Det har ført til at kreftpasienter har fått bedre behandling og har følt seg tryggere. Nå skal pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer føle den samme tryggheten og forutsigbarheten, sier helseminister Bernt Høie» (regjeringen.no).*

Psykiske lidelser handler om kompleksitet og sammensatte utfordringer. Følelsesmessige store variasjoner i livet tilslører og vanskeliggjør en innsiktsfull og sammenhengende rasjonalitet. Mennesket kastes ut i et eksistensielt virvar der oversikt blir borte, prosesser forstyrres og tidsaspektet i «behandlingsforløpet» forkludres og blir uforutsigbart. Dette var nok noe av bakgrunnen for at statsråd Høie ønsket en kursendring for disse pasientene. Høie presenterer en rekke argumenter for at pakkeforløpene vil gi en bedring for pasientene. Han hevder det vil gi en bedre forutsigbarhet for pasientene slik at de vet hva som skal skje og når det skal skje. Intensjonen er mindre forskjellsbehandling når det innføres nasjonale standarder for hva de ulike pakkene skal inneholde. Det vises til at behandling skal skje basert på evidensbaserte retningslinjer og metoder som har best statistisk grunnlag. Det vises også til at det skal være en større likhet i det faglige innholdet og at samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten skal bli bedre. Det siste argumentet statsråden nevner er at det vil bli enklere valg for pasientene siden pakkeforløpene skal være fleksible og tilpasses pasientens behov.

I august 2015 uttalte statsminister Erna Solberg: " nå blir det pakkeforløp innen psykisk helse". Dette ble fulgt opp av helseminister Bent Høie, som oppfordret pasienter og



fagmiljøene til å "pakke opp da vel", hvor han trekker frem fordeler og ønskede mål for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern. Uttalelsene førte til debatt i fagmiljøet, hos pasienter og hos interesseorganisasjonene. På flere områder i helsevesenet har man tatt i bruk standardiserte forløp. Innføring av pakkeforløp for kreft i Norge i 2015 står som den største nasjonale innføring av standardiserte forløp innen ett fagområde. I Norge har spørsmålet om standardiserte forløp i psykisk helsevern blitt diskutert i mange år. Innen fagmiljøet står flere meningsbærere mot hverandre. Debatten om hva som er god og riktig behandling av pasientene, hvilken behandling som gir best effekt, hvilken behandling det offentlige helsevesenet skal tilby, har tiltatt etter statsministerens og helseministerens uttalelser. Meningene om pakkeforløp er delte, hvor noen er redd for at pakkeforløp vil oppleves som en "tvangstrøye"; at behandlerens autonomi går tapt, at pasienter ikke vil passe inn "i standardiserte" forløp og at det er umulig med "one size fits all" i behandlingen av psykiske lidelser. Forkjempere for ordningen mener på sin side at pakkeforløp i psykisk helsevern vil gi enhetlig behandling, bedre forutsigbarhet, mer effektive behandlingsløp og vil fjerne geografiske forskjeller i behandlingen.

Tanken om å effektivisere tilbudet innen psykisk helse og rus gjennom å korte ned ventetiden, gi et bedre og mer likeverdig og standardisert behandlingstilbud, høres forlokkende ut. Men skeptikerne kommer med argumenter som lager et litt mer komplekst bilde av hvordan dette vil kunne slå ut for pasientene. Helsedirektoratet har bygd på erfaringer fra implementeringen av kreftpakkeforløpene når prosessen med å utvikle pakkeforløp for psykisk helse- og rus ble satt i gang i 2015. Implementeringen startet opp i første halvdel av 2018 og, og det siste skulle være implementert 1. april 2020, men vi er litt forsinket som følge av covid -19 pandemien.

Behandlingsmetoden pakkeforløp har sin opprinnelse fra Danmark som tidligere nevnt, de startet allerede i 2007 utarbeidelsen av pakkeforløp innen kreftbehandling.

Innenfor fagfeltet psykisk helse og rus har Danmark hatt pakkeforløp siden 2013. Erfaringer derfra viser imidlertid at det har ikke vært like enkelt å innføre pakkeforløp innenfor psykisk helse som tilfellet var innenfor kreftbehandling. De danske psykiaterne Torben Heinskou, Francisco Alberdi og Henning Jordet sier i en artikkel i Morgenbladet 21. september 2015, at det har vært umulig å forske på effekten av pakkeforløpene da de har blitt endret tre ganger på grunn av at det var dimensjonert for lite behandlingstid til de ulike diagnosene. De

kommer med anbefalinger til helseminister Bent Høie at det ikke blir satt ned helt konkret antall timer de ulike pakkene skal inneholde.

Helsedirektoratet leverte 1. april 2016 en prosess- og tidsplan for innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus i Norge. Denne fikk tilslutning av Helse- og omsorgsdepartementet, som betyr at pakkeforløp for psykisk helse og rus skal utarbeides og innføres og startet opp i 2018. Det skal implementeres til sammen 22 pakkeforløp for dette fagfeltet. Den nye modellen vil innebære at spesialisthelsetjenesten går mot en standardisering av tjenestene, og det skal satses på å strukturere utredning og behandling i større grad enn dagens praksis. Fra 2018 startet innføringen, og brukerne har en større plass i behandlingen samtidig som det skal satses på samhandling mellom de ulike nivå og aktører i helsetjenestene. Nyheten om pakkeforløpene har vakt både begeistring og skepsis i så vel fagmiljøer som i brukerorganisasjoner, det er delte meninger i begge leirene. I kreftomsorgen har pakkeforløpene bidratt til større forutsigbarhet og trygghet hos pasientene. For å lykkes med pakkeforløp, må disse organiseres og tilpasses slik at de fungerer godt brukt ut i pasientbehandlingen. I tillegg må man, også sett i lys av debatten om pakkeforløp i Norge, arbeide for å skape tilslutning til pakkeforløpene, både blant ledere og blant klinikerne i de enkelte fagmiljøene. Hvis man lykkes med å møte behovet for fleksibilitet og for forankring, kan pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge lykkes med å nå sine mål om å skape et bedre tilbud til pasienter og pårørende.

I prosjektbeskrivelsen oppsummeres det med at hovedutfordringen for voksne pasienter innen psykisk helse synes å være manglende koordinering av tjenesten med manglende oversikt over tilbudet som finnes, i tillegg til variasjon av behandlingstilbud og variasjon av hvem som gis rett til behandling. Det beskrives forskjeller på flere områder; i utredning, både knyttet til ulik ventetid og gjennomføring av utredning, uønsket forskjell i behandling både knyttet til kvalitet og manglende kompetanse på flere metoder, samt at det er forskjell i oppfølging av somatisk helse og ulik praksis for bruk av tvang. I tillegg understrekes behovet for å styrke brukermedvirkning, samt å bedre samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom første- og andrelinjetjenesten. Med denne informasjonen, og med erfaring fra pakkeforløp innen andre fagfelt, ønsket altså helseministeren innføring av pakkeforløp også i psykisk helsevern.

Pakkeforløpenes mål er å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. Det er utarbeidet fem mål for arbeidet basert på dagens utfordringsbilde i tjenestene:

1. økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
2. sammenhengende og koordinerte pasientforløp
3. unngå unødig ventetid
4. likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor.
5. bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

I Danmark har det vært forsket en del på feltet men det har vært utfordrende å finne forskning knyttet til forventinger til effekten av pakkeforløp i fagfeltet psykisk helse- og rus i Norge, og vi ønsker av den grunn å sette søkelyset på det og bidra til kunnskapsutvikling innenfor dette området.

### **2.1. Implementering av pakkeforløp**

Implementering er den kompliserte konkretiseringsfasen når forskning, visjoner og ideer skal omsettes til den virkelige verden. Det kan for eksempel være teorier, programmer, aktiviteter eller strukturer som skal tilpasses, konkretiseres og innføres i praksisfeltet. Implementeringen av pakkeforløpet i psykiatrien startet når arbeidsgruppene var ferdig med sin innstilling og departementer hadde godkjent innstillingen. Alle deler av den offentlige helsetjenesten i Norge som gir tilbud til psykisk syke- og rus pasienter, vil måtte tilpasse seg den nye modellen. Spesialisthelsetjenesten har fått i oppgave å implementere modellen, mens primærhelsetjenesten (kommunene) også vil bli berørt fordi samhandling mellom tjenestene skal vektlegges.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal implementeringsplan etter modell fra kreftpakkeforløpene, som beskriver bakgrunnen for oppdraget (Helsedirektoratet, 2017a). Danmark har som tidligere nevnt begynt å høste erfaring fra sine pakkeforløp og

arbeidsgruppene har støttet seg til disse når de har utarbeidet forslag til norsk standard for pakkeforløp.

Helsemyndighetene har utviklet pakkeforløpene for psykisk helse og rus gjennom en prosess med involvering av fagfolk og brukere fra hele landet. Pakkene ble presentert i en nasjonal lanseringskonferanse og flere regionale lanserings- og implementeringskonferanser like før innføring, noe som også ble tilgjengeliggjort for alle ved at de ble kringkastet på nettet. Videre ble det av Helsedirektoratet gjennomført kurs i koding og registrering for de som skulle ha ansvaret for at det ble gjort riktig, med deltakelse hovedsakelig av kontorfaglig personell og forløpskoordinatorer.

En vellykket implementering er grunnleggende avhengig av god informasjon om hva som er hensikten og målsettingene for de endringer som gjøres. Når det gjelder pakkeforløp for psykisk helse og rus vil et bredt spekter av forhold måtte være på plass for å lykkes, fra det grunnleggende praktiske som et godt registreringssystem til faglige begrunnelser som et noenlunde samlet fagfelt føler representert deres fag og visjoner.

Innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus innebærer en omfattende endringsprosess, og berører institusjoner og enheter med flere tusen ansatte. I slike prosesser er implementering en egen utfordring. Med implementering forstår vi en helhetlig prosess som handler om å innføre og realisere nye tjenestetilbud, ny teknologi eller nye arbeidsmetoder, for å styrke kvaliteten på tjenestene til brukerne. Implementering sikres generelt gjennomført ved hjelp av en struktur med konkrete planer, aktiviteter og milepæler, og gjerne bistand fra et støtteapparat. Implementering innebærer ofte en langvarig prosess, og at en fullstendig «normalisering» av de endringer og tiltak det legges opp til vil gjerne først skje en tid etter at den formelle implementeringsperioden er over (Sintef, 2020).

Mandag 08.10.18 ble det arrangert en regional lanserings og implementeringskonferanse for pakkeforløp i psykisk helse og rus i Bodø. Hvor det ble det informert om at de første pakkeforløpene nå var publisert og kunne leses gjennom Helsedirektoratet sine informasjonssider om pakkeforløp. Konferansen samlet ca. 100 deltakere i Festsalen, samt at et ukjent antall deltakere fulgte strømming av konferansen gjennom egne PC-er, kommunale møterom, konferanserom ved DPS-ene til Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset osv. Det ble den 18.10.18 gitt informasjon om at pakkeforløp for psykisk helse og rus vil kunne påvirke pasientforløpene til alle pasienter ved psykisk helsevern barn,

voksne og ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det ble da publisert tre pakkeforløp:

- Psykiske lidelser – pakkeforløp barn og unge
- Psykiske lidelser – pakkeforløp voksne
- Rusbehandling (TSB) – Pakkeforløp

I tillegg er det publisert et forløp for ivaretagelse av levevaner og somatisk helse.

I desember ble ytterligere tre pakkeforløp bli publisert. Disse ble iverksatt 15.02.19:

- Pakkeforløp for psykoselidelser
- Pakkeforløp for tvangslidelser (OCD)
- Pakkeforløp for spiseforstyrrelser barn og unge.

Pakkeforløp starter og slutter i kommunen. Hvis du har ett eller flere symptomer på moderat til alvorlig psykisk lidelser, er det grunnlag for at du kan bli henvist til pakkeforløp for psykiske lidelser hos barn/unge eller voksne. Pakkeforløpet starter når du blir henvist. Du kan og bør selv være med på å utarbeide henvisningen din, og spesifisere hva du ønsker hjelp til. For å sikre at du får tilpasset oppfølging og for å unngå unødvendig venting, har vi det som kalles forløpskoordinatorer. Forløpskoordinatoren er en kontaktperson for deg og dine pårørende, og kan svare på spørsmål om timer og hva som skal skje underveis i behandlingsforløpet. Her bør det presiseres at det ikke har fulgt med noen økonomi for tilsetting av forløpskoordinatorer og at dette fungerer svært begrenset og ikke etter intensjon.

### 1.Kronologi pakkeforløp

Hensikten med den første samtalen er å etablere en trygg ramme og å ta opp aktuelle problemer. Din behandler ønsker å finne ut av hvordan du og dine har det, hva du har behov for av hjelp og eventuelt hvilken hjelp du ønsker. All informasjon skal være forståelig, og du og din behandler finner ut av om det er behov for videre kartlegging og behandling. Du og din behandler blir enige om en kartleggingsplan. Vanligvis vil kartleggingen innebære samtaler, strukturerte intervjuer og spørreskjema. Hensikten er sammen å avklare hva som er dine hovedutfordringer, hvilke behov du har for eventuell videre oppfølging, og å

utarbeide en plan for videre behandling. En slik plan kalles en behandlingsplan. Du skal få kopi av behandlingsplanen din.

## 2. Behandling

Når du starter behandlingen er det viktig at du og din behandler blir enige om behandlingsmål og fremgangsmåte. Du skal få informasjon om behandlingsoalternativene vi kan tilby. Du og din behandler skal drøfte hvor lenge behandlingen skal vare, og hva du og din behandler skal gjøre for å nå målene. Behandlingen vil variere ut fra din tilstand og alvorlighetsgraden av problemene. Vi skal også tilpasse behandlingen til dine ønsker og behov. Du må være aktiv i din egen behandling. Psykisk helsehjelp skal være i tråd med anbefalt god praksis. Vi legger opp til at du får spørreskjema for å kunne gi tilbakemelding på hvordan du opplever behandlingseffekten, og relasjonen til behandleren din. Dere vil sammen vurdere effekt av behandlingen fortløpende, og dine tilbakemeldinger er viktige. Dersom du også har oppfølging i kommunen eller NAV, vil dette kunne bli en del av behandlingsplanen din. Din behandler i spesialisthelsetjenesten vil da samarbeide med de kommunale tjenestene, og det vil være oppfølgingsmøter underveis i behandlingsforløpet.

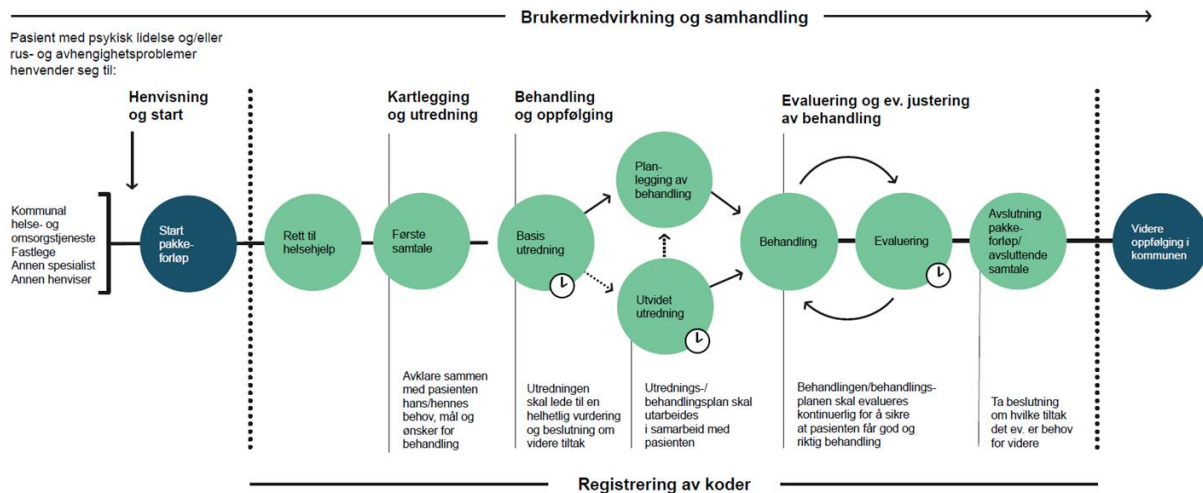
## 3. Oppfølging

Planlagt avslutning av pakkeforløpet skjer etter en gjensidig avtale mellom deg og din behandler. Dere skal sammen evaluere behandlingen når dere avslutter pakkeforløpet. Dersom det er behov for videre oppfølging av annen instans, bør vi ha på plass en konkret, skriftlig plan for oppfølging. Denne må gjerne være del av individuell plan (IP). Koordinator eller behandler i kommunen har en koordinerende og sentral rolle etter at du har avsluttet behandlingen i psykisk helsevern. Tilrettelegging og samarbeid i forbindelse med utskriving må sees i sammenheng med Forskrift om utskrivningsklare pasienter.

**Figur: 1: Veiledende forløpstider i poliklinikk**

## Pakkeforløp for psykisk helse og rus

⌚ = Forløpstid



Urviserne indikerer målepunkter med veiledende forløpstider. Fortsatt er lovgrunnlaget pasientrettighetsloven og forskrift om prioritering av helsetjenester. Forløpstidene er i stor grad identiske i ulike pakkeforløp bortsett fra i pakkeforløp spiseforstyrrelser, barn og unge og pakkeforløp psykose. Forløpstiden fra henvisning mottatt til første fremmøte er en uke.

Fra første fremmøte til klinisk beslutning etter basisutredning      Inntil 6 uker

Fra klinisk beslutning etter basis utredning til klinisk beslutning etter utvidet utredning      Inntil 6 uker

Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering      Inntil 6 uker

Tid mellom hver evaluering      Inntil 12 uker

Vi kan vel med hånden på hjertet si at implementering av pakkeforløp skaper ledelsesutfordringer, og at det videre i oppgaven blir naturlig å se på teorier om ledelse som er relevant for å lede psykiatriske avdelinger som skal implementere pakkeforløp.

### **3. Teori**

Vi vil i denne delen av oppgaven se på teorier innenfor ledelse som kan være relevant for å beskrive og forstå utfordringer som fins med innføring av pakkeforløp i rus og psykiatri. Vi har valgt og se nærmere på verdibasert ledelse og hybridledelse Vi vil først presentere aktuell teori før vi ser nærmere på hvilke roller lederne kan ha i forbindelse med implementering og veien videre etter at pakkeforløpene er implementert i psykisk helse og rusklinikken. Det finnes uante mengder av ulike teorier og oppfatninger innenfor ledelse og lederskap, ledelse er komplisert og omfattende. Før vi går over på ulike teoretikere som har sagt noe om lederskap. Vi har i denne oppgaven valgt å beskrive ulike lederegenskaper og relasjonsledelse, samt Torodd Strands sin definisjon om lederskap, PAIE modellen som belyser ulike lederegenskaper. Når det gjøres endringer i en organisasjon, vil det alltid være utfordringer i implementeringsfasen. Floraen av lederskapsbegreper og tilnærminger kan skyldes at ledelse har blitt et produkt som hele tiden må utvikles eller presenteres i nye former for å ha appell til ledere som søker etter metoder og verktøy som kan gjøre en travel og komplisert hverdag mer håndterbar. Deretter ønsker vi å gi et innblikk i hvordan psykisk helse og rus feltet jobber i dag og hvilke utfordringer de står overfor samt gi et kort tilbakeblikk på historien. Når det gjøres endringer i en organisasjon vil det alltid være utfordringer i implementeringsfasen. Vi vil komme inn på hva det innebærer å implementere og de ulike fasene i det. Ved implementeringen er det fokus på at det skal være høy grad av brukermedvirkning men på grunn av oppgavens lengde har vi ikke skrevet mer om det i denne oppgaven.

#### **3.1 Verdibasert ledelse**

I boken om verdibasert ledelse av Kirkhaug (2013), definerer han verdier som “en preferanse for en gitt type adferd foran en annen type adferd, eller preferanser for en gitt slutt-tilstand eller mål foran andre slutttilstander eller mål”. Dette kan forstås som en måte å tilnærme seg ledelse, på en helhetlig måte, basert på moralske verdier. I en forelesning vi hadde med Kirkhaug i mai 2019 definerer han verdier som det vi tror på – hva som er rett og galt, godt og dårlig, effektivt og ineffektivt. Han sier også at verdier er en kognitiv eller emosjonell stabil orientering som styrer personers, grupper, organisasjoners og samfunnets



prioriteringer, handlinger og belønnings- og straffesystemer. Vi kan forstå dette som verdier som er iboende i oss, og som er vanskelig å endre og kan oppfattes på ulike måter blant annet utfra hvordan vi er vokst opp, samfunnet vi lever i, religion og etnisitet. Verdiene kan være med på å motivere eller hjelpe medarbeidere til å tenke over hvordan de utfører oppgavene sine, ettersom verdiene påvirker en til å flytte oppmerksomheten mot organisasjonens formål og visjoner og hvorfor vi har fått i oppdrag å implementere pakkeforløp i psykisk helse og rus.

Kirkhaug (2013, s.104) definerer verdibasert ledelse slik «et kollektivt og toppstyrt verktøy for påvirkning av ansattes holdninger, atferd og ambisjoner for å nå organisasjonens mål og formål gjennom forsterkning, endring og avlæring av eksisterende verdier, utforming av nye verdier, formidling av verdier til hele organisasjonen og vedlikehold av verdiene, gjennom bevisst atferd fra lederskapets side».

Verdibasert ledelse kan føres tilbake til House som knyttet begrepet opp mot lederens evne til å uttrykke en verdibasert visjon, og via dem skape et engasjement hos sine kunnskapsmedarbeidere. Verdibasert ledelse handler i like stor grad om å skape en lærende og involverende bedriftskultur som handler om utvikling av lederens personlighet. En kan også si at det handler om menneskers personlige integritet, etikk, moral og ikke minst følelser. Det er følelsene våre som forteller oss om handlingene eller beslutningene er riktige eller ikke og om vi handler i tråd med verdigrunnet. Når følelsene blir et styringsverktøy kan det bli utfordrende. Mange ledere er redd for egne – og andres følelser. Vi kan relatere det til implementering av pakkeforløpet hvor noen av de ansatte er negative fra starten av og ikke vil høre snakk om noe nytt som vil ta tid og er tidskrevende. Denne negative trenden kan påvirke andre ansatte før de har fått gjort seg opp sin egen mening og fort fører til at de blir dratt med den negative spiralen. Dette gjør jobben til lederen enda mer krevende og vanskelig. Det krever at lederen er tydelig, engasjerende og motiverer de ansatte på en positiv måte.

Kirkhaug skiller mellom instrumentelle verdier, terminalverdier, kjerneverdier og periferverdier. De instrumentelle verdiene er innrettet mot å regulere holdninger og atferd. Han refererer til Rokeach, hvor verdier grupperes i to, og skiller mellom interpersonelle moralske verdier som styrer sosiale relasjoner til andre og interpersonelle

kompetanseverdier eller selvrealiseringsverdier. De interpersonelle verdier bidrar til å fremme en ønsket atferd gjennom standarder og kriterier for atferd mellom kolleger i en organisasjon. Disse verdiene har ofte et overordnet ønske eller krav som fremstår som objektiv og uforanderlig, og overskrider ofte en enkeltpersons syn og betraktninger. De interpersonelle verdiene har et mer personlig internt og nøytralt moralsk fokus. Disse verdiene kan for eksempel være logikk, fantasi og rasjonalitet og er ment som at en person i stor grad kan styre egne ambisjoner (Kirkhaug, 2013).

Terminalverdier er et uttrykk for varige tilstander som personer, organisasjoner ønsker å oppnå. Disse verdiene blir ofte satt i parallell med mål og kan beskrives som det som styrer noe som ønskes oppnådd for en selv eller andre. De blir gjerne oppfattet som noe befolkningen bør ha, de grunnleggende rettigheter som frihet, trygghet og demokrati. Periferverdier refererer til verdier av lavere prioritet, som det er mindre enighet om blant organisasjonens medlemmer. Dette kan forstås som en verdi som er tillært eller basert på erfaringer, som er mindre varige og som enklere kan la seg endre på. Kjerneverdier defineres som et uttrykk for en persons mest grunnleggende overbevisninger om hva som er rett og galt, og er ofte ervervet gjennom oppvekst og grunnleggende utdanning. Men de kan også være de samme kjerneverdiene for en gruppe mennesker. Slike verdier kan også forstås som kjerneverdier i en organisasjon. Helse Nord sine kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og omsorg. Dette er verdier som Helse Nord har kommet frem til, skal være utgangspunktet for den helsehjelpen vi yter til pasientene. Likevel er dette overordnede verdier og det kan være ulikt hvordan man tolker disse.

Overordnet kan man ha lik forståelse, men når man går i dybden vil de være ulike. Kjerneverdiene kan bety ulikt for den enkelte medarbeider, utfra den enkeltes kultur og overbevisning. Verdiene er preget av det man tror på, for eksempel hva som er rett og galt. Verdiene må være «verdifulle» eller «bety noe», om ikke er de verdiløse (Kirkhaug, 2013).

Verdier kan ofte bli forvekslet med etikk og moral. Etikk er et sentralt begrep innenfor verdibasert ledelse, og Kirkhaug definerer etikk som at det handler om teoretiske forestillinger om hva som er riktige handlinger og holdninger. En kan også se det som moralfilosofi, som søker etter å avklare hva som er rett og galt, godt eller dårlig, og hvordan

vi bør oppføre oss. Den er historisk sett knyttet til religion, kultur og filosofi og oppfattes om noe høyverdig.

Kirkhaug skiller mellom meta-etikk som handler om etikken skal være objektiv eller subjektiv, eller om man skal legge fornuft eller følelser til grunn, samt anvendt-etikk som handler om refleksjoner rundt hva som er rett og galt i en konkret situasjon. Normativ etikk handler om grunnleggende moralske prinsipper som er fylt med verdier og mål. Normativ etikk kan i seg selv deles inn i pliktetikk, dydsetikk og konsekvensetikk. Pliktetikk legger vekt på at den rette handlingen utelukkende er knyttet til å følge vedtatte handlingsregler eller prinsipper, uansett konsekvens. Det kan oppfatte som å følge rasjonelle spilleregler eller handlingsprinsipper uansett konsekvenser. Konsekvensetikken vektlegger at den rette handlinger er den som er den som gir flest fordelaktige resultater for flest mulig, selv om handlingen i seg selv kan betraktes som uansvarlig og respektløs. Dette kan forstås som at enhver handling kan forsvares fører til fordelaktige resultater for flest mulig. Likheten mellom etikk og verdier kan være uttrykk for forestillinger eller spilleregler om hva som er rett og galt (Kirkhaug, 2013).

En framstilling av lederskapet handler om å legge forholdene til rette slik at ansatte gis optimale muligheter til utvikling av både kunnskapsmessige og menneskelige handlinger, noe som for mange føles vanskelig i forbindelse med innføring av pakkeforløpet. Mange ansatte føler at de bare har fått flere oppgaver og krav trødd ned over skuldrene. (Dybvig, Ingebrigtsen, Jakobsen og Nystad, 2013). Optimalisering av den ansattes potensiale ut fra verdifundamentet som omfattes av mål, strategier og visjoner vil kunne gi konsekvenser for både produktutvikling og produksjon. Verdibasert ledelse peker mot en jevnere struktur hvor medarbeiderne gjennom involvering og får mer ansvar. Verdiens primærfunksjon i organisasjonen vil blant annet være å oppnå helhetlig kontroll med organisasjonen, og å formidle organisasjonen som omfavner operasjonelle, sosiale og kvalitative dimensjoner ved arbeidet. Dialog er et viktig aspekt i verdibasert ledelse. For å skape og å lykkes med verdibasert ledelse, kreves stor innsats og mye tid. Det er noe som ikke kommer av seg selv, men som krever kontinuerlig jobbing. For å lykkes med verdibasert ledelse, må det tas et oppgjør med den tradisjonelle måten å lede på. Lederne må kunne gi slipp på noe av kontrollen som tidligere har vært utøvet. Kirkhaug sier at verdibasert ledelse utfordrer

tradisjonelle oppfatninger av hvordan autoritet og makt erverves, anvendes og opprettholdes. Verdibasert ledelse skiller seg fra mer tradisjonelle tilnærminger, ved at sosiale relasjoner mellom ledere og ansatte fremstår som kritisk. Kommunikasjon og gjensidighet ser ut til å være viktige faktorer (Kirkhaug 2013).

### **3.2 Hybridledelse**

Man kan si at en hybridleder er en ledelsesform som kombinerer fokus på høy faglig standard og utvikling med økonomisk styring. Å være hybrid er et relativt nytt og populært ord, og veldig «in i tiden», og brukes gjerne som definisjon på en «ideell» leder. Spesielt i spesialisthelsetjenesten, som er en stor organisasjon som er sterkt preget av faglig ekspertise. Å utvikle hybride ledere handler om å disiplinere ledere til å gjøre bedre prioriteringer og relasjonell kommunikasjon mellom seg og medarbeiderne. Denne formen for organisering av helsetjenesten der pasienten er i fokus, vil være viktig for å implementere pakkeforløpet i psykisk helse og rus (Strand, 2015).

I tillegg til at ledelse hyppig er satt sammen med forskjellige ord for å tillegge begrepet økt betydning, og som ledd av en utvikling av forskjellige ledelsesteorier, f.eks. hybridledelse. Det er ikke uvanlig at en organisasjon har elementer fra ulike organisasjonsformer, disse omtales gjerne som en hybrid organisasjon.

Berg, Byrkeflot og Kvåle, 2010) har i sin artikkel «Hybridledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen» sett på dette. De har gjennomgått ti titler for å se hva begrepet innebærer. Hovedfunnene her er at styringsproblemer i helsesektoren førte til NPM (definer begrepet) reformen. Reformen medførte økt fokus på kostandskontroll og ledere som kunne bidra til dette. Hybridledelse kan sees på både som en reaksjon på reformen, og som en målsetning med den. Hybridledelse kommer av en søken etter en rolle som kunne kombinere fagledelse, generell ledelse og økonomistyring. Funnene fra litteraturen viser at hybridledelse pr. i dag ikke innfrir disse forventningene, og en finner ikke i studien en entydig definisjon på hva hybridledelse er. Hybridledelse forstås stort sett som medisinskfaglig ledelse kombinert med det økonomisk administrative. I diskusjonen peker de på at hybridisering av ledelse dermed har det som hensikt å rendyrke ledelse som en egen

funksjon samt å forsterke den hierarkiske styringen. Å være leder i en hybridorganisasjon byr på utfordringer fordi en må forstå regelsettet i to eller flere ulike organisasjonsformer, noe som setter ulike rammer for å utøve ledelse på. Som leder i en såkalt hybridorganisasjon må man kunne sjonglere mellom ulike måter å fylle lederrollen og kombinere ulike forståelsesrammer på en ny måte. Hybridledelse kan også forstås ut fra at det er en fagperson som leder fagområdet sitt, kombinerer fagkunnskaper med for eksempel økonomi og administrasjon. Det skapes altså en ny form for ledelse, når ulike fagdisipliner smeltes sammen eller leder blir formidler mellom ledelse og fag. Å være hybridleder handler om å kunne forene motstridende krav, interesser og ulike profesjoner. Hybridledelse er ikke et entydig begrep, men kan forstås på flere måter. I vår master vil vi ta utgangspunkt i en forståelsesramme hvor vi tenker at hybridledelse omhandler leder med helsefaglig bakgrunn som må kombinere sitt fag med andre fagdisipliner som administrasjon og ledelse (Berg, Byrkeflot og Kvåle, 2010, 2010).

En kombinasjon av de kvaliteter som er beskrevet i PAIE-modellen kan ses på som en hybridleder. En leder som kan kombinere eller endre de ulike rollene ut ifra de ulike kravene til lederskap. En leder burde ha litt av alle egenskapene i PAIE modellen, med andre ord en hybridleder. Å være hybridleder kan ses på som at en leder må ha en balanse mellom generell og faglig ledelse, samt være økonomisk effektiv. Med andre ord; organisasjonenes «alt mulig mann». Han har legitimitet i alle grupper, evnen til å definere faglige, etiske og organisatoriske standarder og ha fokus på pasientforløp. Hybridledelse egner seg godt for fokus på ledelse. Han har legitimitet i alle grupper, evnen til å definere faglige, etiske og organisatoriske standarder og ha fokus på pasientforløp. Hybridledelse egner seg godt for fokus på ledelse nedover i linjen. Personlig egnethet vektlegges som en viktig egenskap, med fokus på fag, holdninger og systemer.

Disse beskrivelsene av egenskapene finner vi også i Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak, de nasjonale lederkravene: å være ansvarlig, handlekraftig, endringsvillig, kommuniserende, inspirerende og helhetstenkende. I styresak 134-2014 Strategi for leder og ledelsesutvikling i Helse Nord 2015-2018 står det:

«Helse Nords formål er å yte gode helsetjenester til befolkningen i regionen. Oppgaven er kompleks og alle medarbeidere i hele organisasjonen har ansvar hver for seg og i felleskap å nå dette målet. Alt henger sammen og dette krever god ledelse.

Ledelse i Helse Nord skal bygge videre på de 6 nasjonale kravene til ledere i helseforetak.

Ansvarlig – all virksomhet må ha utgangspunkt i den totale virksomhetens verdier, mål og ressursgrunnlag.

1. Handlekraftig- en leder må vise mot og evne til å prioriter og gjennomføre nødvendige prosesser i samarbeid med sine medarbeidere.
2. Endringsvillig – en leder må kunne møte utfordring og utvikling gjennom kontinuerligendringsprosesser og kompetanseheving hos medarbeidere
3. Kommuniserende – en leder må kunne formidle budskap og profil tydelig mht. verdier og mål, opptre med legitimitet, og vinne tillit hos alle medarbeidere
4. Inspirerende – en leder må kunne opptre med ærlighet, humør og toleranse, og samtidig stille krav til medarbeiderne om å oppnå resultater
5. Helhetstenkende – en leder må kunne se sin virksomhet som en del av et større hele, dvs. profesjonsuavhengig og uavhengig av den enheten man er satt til å lede.

De ulike lederkravene har forskjellige karakterer og dekker ulike sider ved lederskapet. Disse lederkravene kan også forstås som de egenskapene som beskrives ovenfor som en policyleder, eller en hybridleder. En leder som kan kombinere eller endre de ulike rollene ut ifra de ulike kravene til lederskap. Ledelse er den norske oversettelsen av det engelske "management". Management igjen stammer fra latin, som er satt sammen av "manus" og "agere" som betyr henholdsvis "hånd" og "gjøre". Begrepsmanagement omfatter både ledelse, styring og administrasjon.

I tillegg er ledelse hyppig satt sammen med forskjellige ord for å tillegge begrepet økt betydning og som ledd i utvikling av forskjellige ledelsesteorier, f.eks. hybridledelse. Det er ikke uvanlig at en organisasjon har elementer fra ulike organisasjonsformer. Slike organisasjoner omtales gjerne som en hybrid organisasjon.

### **3.3 Lederskap og roller i organisasjonen**

Å lede er et sosiokulturelt fenomen, som vanligvis innebærer at "en leder" har fått myndighet til "å lede" andre innenfor en kontekst som for eksempel en organisasjon eller gruppe. Ledelse forgår gjerne innenfor rammene til en organisasjon og Strand, (2015) forstår organisasjoner ut fra en firedeling; entreprenør-, ekspert-, byråkrati- og gruppeorganisasjoner. Entreprenørorganisasjonen tilpasser systemet til omverden mens ekspertorganisasjonen produserer, fordeler makt og setter mål. Byråkratiorganisasjonen kontrollerer og skaper stabilitet, og gruppeorganisasjonen formidler og besvarer systemets verdier og kulturtrekk. Ekspertorganisasjoner preges av fagspesialisering og fagautonomi. Det er komplekse organisasjoner med yrkesutøvere med stor autonomi. Kunnskapen finnes hos profesjonelle fagmennsker som utfører organisasjonens tjenester/ oppdrag. Disse får veiledning og faglig vurdering i fagkollegiet. Mange vanlige lederoppgaver som man finner i et byråkrati blir overflødige eller nøytraliseres (Strand, 2015).

Ledelse kan defineres på ulike måter, men det er gjennomgående at ledelse handler om å nå mål ved hjelp av andres arbeidsinnsats. Lederrollen innebærer noe mer enn det å være administrator, det handler også om å fronte organisasjonen, føre an og ta initiativ i møte med omgivelser som stadig endrer seg.

Ledelse er noe vi finner overalt i samfunnet, og det har gjennom tidene oppstått mange ulike former for ledelse som har vært sett på som de mest hensiktsmessige «*Ledere er handlende organisasjonsmennsker med videre mandat og større påvirkningsmuligheter enn organisasjonsmedlemmer*» (Strand, 2015:433).

Ledere inngår som alle andre mennesker som sosiale aktører og utøver herunder ulike roller i de sosiale relasjonene. Lederroller er likevel som regel basert på relativt sterke formelle posisjoner. Rollene preges av hele spennet mellom organisering og uformell samhandling. Strand benytter begrepet om roller i organisasjoner som administratorer, produsenter,

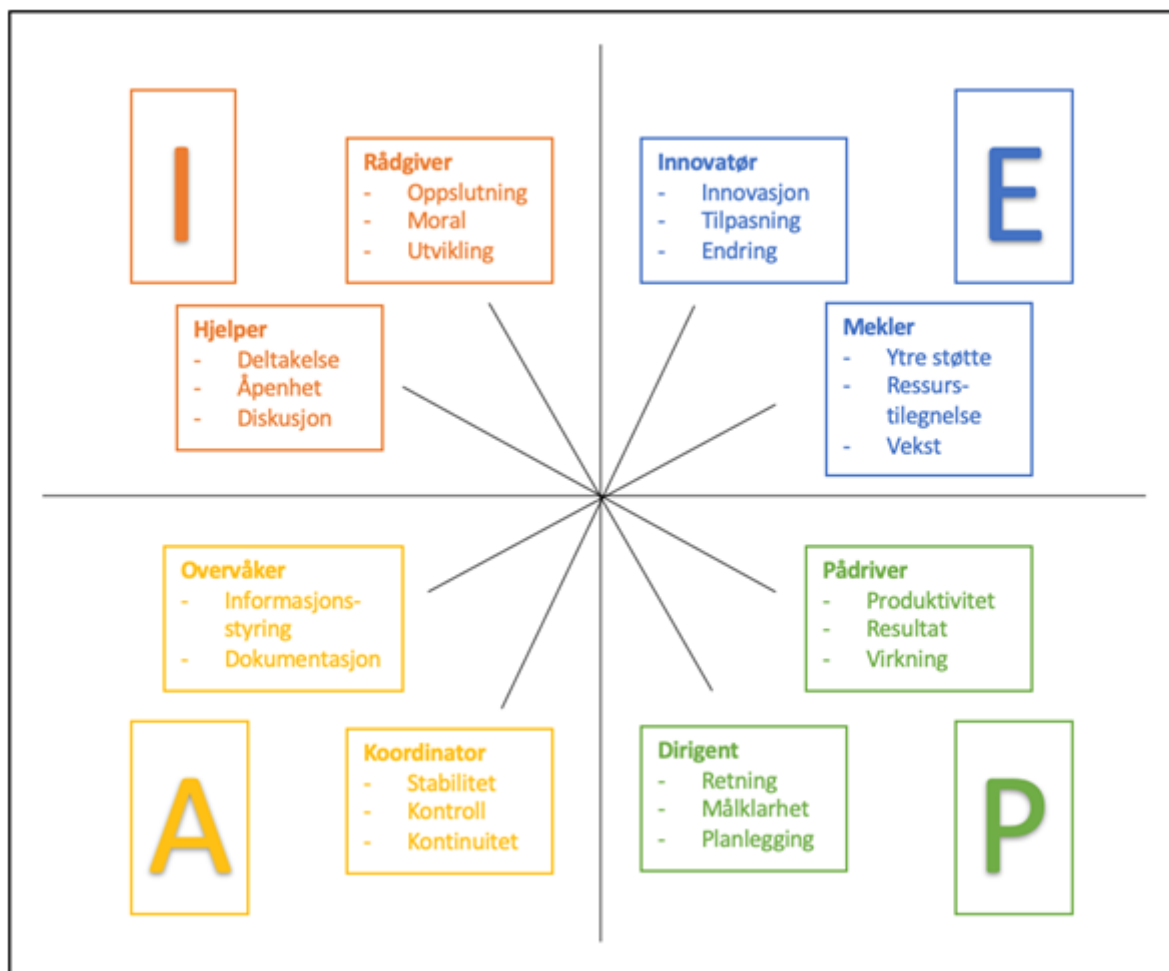
integratorer og entreprenører. Alle som utfører ledelse har disse fire elementene i sine roller, i større eller mindre grad. Avhengig av blant annet organisasjonens form og situasjon, samt lederens preferanser og egenskaper. En kan si at alle ledere innehar en eller flere av disse rollene. Rollene er; produksjon, administrasjon, integrasjon og entreprenørskap, som vist i figur 1. Imidlertid noe motstridene i sitt innhold og man kan derfor ikke fylle rollene til enhver tid. Lederrollen bygger på måling av to akser, grad av ekstern- kontra intern organisering, og grad av formalisering (høy/lav). Disse fire rollene representeres/bestemmes ut fra innslagene av verdier på de to aksene, som vist i figur 1. Ledere har ulik plassering på de to aksene og man kan kategorisere en leders rolle og orientering. De lederne som innehar produsentfunksjonen er opptatt av mål og resultater. I denne rollen er det også fokus på det å være dirigent og pådriver. Dirigenten står for mye av planleggingen, setter mål og motiverer de ansatte til å jobbe i samme retning. Pådriveren er opptatt av resultater og jobber godt under stress og tidsfrister. I administrasjonsrollen finner vi lederen som overvåker og har rollen som koordinatoren. Lederen som overvåker er opptatt av dokumentasjon og informasjonsstyring, mens koordinatoren sørger for full kontroll, stabilisering og kontinuitet. I rollen som integrator anses det som viktig for lederen å være rådgiver og hjelper. Hos hjelperen er åpenhet, deltagelse og diskusjon viktig. Hos rådgiveren står det moralske sterkt og det er ønskelig med høy oppslutning og utvikling av organisasjonen og dens ansatte. Den siste rollen entreprenør. Her er fokuset på innovatør og til å være mekler. Innovatøren er opptatt av tilpasning til markedet, innovasjon og er klar og beredt til endringer. Mekleren er opptatt av ytre støtte, vekst og ressurstilegnelse (Strand, 2015).

Ledelse kan også forstås som ett sett roller. Rollebegrepet er et uttrykk for hvordan innehavere av posisjoner fastlegger hvordan de skal forstå og utføre sine oppgaver. Strand beskriver videre at roller kan knyttes til organisasjonsbegrepet gjennom funksjoner. Bestemte roller utfører eller bidrar til bestemte funksjoner eller virkninger. Inndelingen av de fire rollene viser til fire ulike lederfunksjoner som kan plasseres i ulike organisasjonsformer. Integratorroller kan være en fremtredende rolle i gruppeorganisasjonen. Entreprenørrollen finnes gjerne i entreprenørorganisasjonen, administratorroller er nært tilknyttet byråkratiorganisasjonen mens produsentrollen kan knyttes sammen med ekspertorganisasjonen.



Denne rollemodellen blir omtalt som PAIE modellen. Se figur 2.

FIGUR 2: ledermodell PAIE tegnet fritt etter Strand



Strand skriver at det finnes to måter å forstå organisasjoner på. Man kan se på organisasjoner som objektive målbare, med fenomener som inneholder rasjonelle egenskaper eller som subjektive sosiale konstruksjoner, organismer som tilpasser seg et miljø. Med førstnevnte metode ser man at ledelse og styring avspeiler aktuelle situasjoner, og en kan se styring og ledelse som påvirker organisasjonens uttrykk med et instrumentalistisk, rasjonalistisk og mekanisk perspektiv. I den sistnevnte forståelsesmåten, der organisasjoner oppfattes som subjektive sosiale konstruksjoner, er konsekvensene av ledelse vanskeligere å

beskrive, fordi den er innebygget i organisasjonsformen, eller av en mer symbolsk art (Strand, 2015).

*En kan også si at lederskap handler om å legge forholdene til rette slik at de ansatte gis optimale muligheter til utvikling av både kunnskapsmessige og menneskelige potensial. I tillegg til at man bruker de ansatte sitt potensiale ut fra verdifundamentet som omfattes av mål, strategier og visjoner. Dette vil kunne gi konsekvenser for både produktutvikling og produksjon. Verdibasert ledelse peker mot en jevnere struktur hvor medarbeiderne gjennom involvering får mer ansvar. Verdiens primærfunksjon i organisasjonen vil blant annet være å oppnå helhetlig kontroll med organisasjonen, og å formidle organisasjonen som omfavner operasjonelle, sosiale og kvalitative dimensjoner ved arbeidet. Dialog er et viktig aspekt i verdibasert ledelse. For å skape og å lykkes med verdibasert ledelse, kreves stor innsats og mye tid. Det er noe som ikke kommer av seg selv, men som krever kontinuerlig jobbing. For å lykkes med verdibasert ledelse, må det tas et oppgjør med den tradisjonelle måten å lede på. Lederne må være i stand til å gi slipp på noe av kontrollen som tidligere har vært utøvet (Dybvig, Ingebrigtsen, Jakobsen og Nystad, 2013)*

Å være leder i en ekspertorganisasjon som skal gjøre til dels omfattende omlegginger i strukturen på pasientbehandlingen kan være en krevende prosess. Det stiller store krav fra både behandlere og øverste ledelse. I Strand (2015) kan vi se at det å være leder på f.eks. ett sykehus i stor grad bygger på yrkesmessig status, erfaring og integritet. Det er ikke uvanlig at det er overlegene som har det øverste ansvaret både når det gjelder fag og for personalet, og ledelse utover det som bygger på faglig autoritet har ifølge Strand (2015) liten plass. Historisk sett er dette noe legen fikk på bakgrunn av sin stilling og gjennom sin faglige autoritet, og ikke på grunn av at de hadde gode leder egenskaper.

Noe av intensjonen til pakkeforløpet er ønsket om en god og effektiv behandling, i tillegg til lik behandling for alle. Kaufmann har brukt denne definisjonen på effektivitet «*med effektivitet mener vi i hvilken grad et individ, en gruppe eller en organisasjon er i stand til å nå sine egne mål*» (Kaufmann og Kaufmann, 2009:31).

For å kunne oppå god effektivitet påløper det en del kostnader, noe sykehusene ikke får tilført i forbindelse med innføringen av pakkeforløpet.

Strand (2015) sier det kan oppstå ulike lederparadokser i en ekspertorganisasjon (sykehus). Det vises til tre ulike ledelsesparadokser; den første er spørsmålet om kollegial popularitet versus organisatorisk oppgaveløsning. Dette forstår vi som at lederne må tørre og vise mot lederskap og få frem sin faglige integritet. Det andre dilemmaet som Strand beskriver er forholdet mellom myndighet og kyndighet, f.eks. at lederen har lavere faglig kompetanse til de han er satt til å lede, noe som er en vanlig problemstilling i dagens sykehus. Beslutninger som er tatt på bakgrunn av krav om effektivitet og økonomisk innsparing kan være vanskelig å formidle til dem som har den kliniske ekspertisen og særlig ved innføring av pakkeforløpet i psykiatrien da klinikerne i utgangspunktet er skeptisk til dette. Den tredje og siste dilemmaet som Strand viser til, er om de som er rekruttert inn som ledere skal fortsette sin lederkarriere, eller om de skal velge fagkarriere.

## 4. Rammebetingelser

I dette kapitlet skal vi definere viktige rammebetingelser for innføring av pakkeforløp i psykiatri og rus. Det er en rekke potensielle rammebetingelser som er aktuelle og som påvirker lederens handlingsrom. I følge Nyland og Pettersen , 2018, er helseforetakenes viktigste rammebetingelser:

- \* Sterk kostnadsvekst
  - \* Fra pleie til behandling. Det behandles flere pasienter samtidig som pasienten ligger stadig kortere på sykehus.
  - \* Økt spesialisering gjennom en sterk vekst i lege- og sykepleierårsverk.
  - \* Sentralisering ved at ressursbruken i større grad styres til større, fusjonerte sykehusenheter.
  - \* Fra vertikal til mer horisontal styring og mer bruk av prestasjonsstyring og indikatormåling.
- De ovenstående rammebetingelsene påvirker den interne organisering og ikke minst styringen. Rammebetingelsene må oversettes/implementeres i virksomheten. Ledere er essensielle i oversettelsen av eksterne rammer til intern praksis (Nyland og Pettersen, 2018 – s.180).

Vi har som ledd i å avgrense oppgaven valgt ut følgende rammer som vi anser som betydningsfulle i lederens utfordringer knyttet opp til innføringen av pakkeforløp i psykiatri og rus. Rettslige rammer «Jus (loven) står over alle andre systemer» (Molven, 2018).

Enhver leder i helsetjenesten må forholde seg til juridiske rammer som regulerer både den medisinske virksomheten og organisasjonen rundt. Rammene er plikter virksomheten har overfor samfunnet, plikter ved personalledelse, pasientrettigheter som gir virksomheten tilsvarende plikter, regler om organisering og regler for hvordan faglig ledelse skal utøves.

Lovbestemmelser gir ofte rammer og innenfor disse skal det treffes kloke, etiske valg og utøves ledelse (Molven, 2018). Muligheten for ledelse og styring er regulert gjennom et utall lover og avtaler; lover som bestemmer hvordan budsjett og regnskap settes opp, hvordan planlegging gjennomføres, fordeling av makt mellom folkevalgte organer og administrative myndigheter, lov om pasientrettigheter og lover som regulerer utdanning av helsepersonell. Lovreguleringen kan deles inn i tre hovedgrupper (Nyland og Pettersen, 2018, s.182).

Forvaltningslovene: lov om kommuner og fylkeskommuner, lov om arbeidstvist, lov om offentlighet i forvaltningen, arbeidsmiljøloven osv.

Helsepersonelloven (Ot.prp. nr. 13 (1998-99)) (Helse- og omsorgsdepartementet 1999), erstattet de profesjonsspesifikke lovene.

Helselovene: lov om helsetjenesten i kommunene, lov om spesialisthelsetjenesten, lov om pasientrettigheter, lov om helseforetak m. fl.

Det har vært en betydelig økning av lover og forskrifter som har virkeområde innenfor helsesektoren siden 2000. Helselovgivning kan deles i flere grupper. En av disse er rettet mot eier- og driftssiden for helsetjenester, dvs. tjenestelovgivning og institusjonslovgivning. Denne gruppen består blant annet av helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven. Denne økte rettsliggjøringen av helsevesenet gir betingelser som kan svekke handlingsrommet for ledelse (Molven, 2018). Det krever betydelige ressurser for lederen å kjenne til og sette seg inn i den omfattende helselovgivning samt å tilfredsstille de detaljerte kravene som stilles til organisasjonen. I tillegg må lederen kunne håndtere en økende arbeidsmengde i forbindelse med kontakt med tilsyns- og klageorganer som Statens Helsetilsyn og Norsk Pasientskadeerstatning. I følge Nyland og Pettersen (Nyland og Pettersen, 2018 – s183) blir styringsfriheten til helseledere i forhold til ansvaret for helsetjenester innsnevret også av avtaleverket i arbeidslivet. Hovedtariffavtalen er den viktigste, som regulerer lønns- og arbeidsvilkår overordnet. Dette kompliserte avtaleverket utgjør i dag en av de viktigste rammebetingelsene for organisering og drift av spesialisthelsetjenesten. Utover dette finnes en rekke forskrifter og rundskriv, og en samlet

oversikt kan skaffes på Lovdata. Også Olav Molvens bok Helse og jus gir en detaljert oversikt over helsejuridiske lover og rettigheter.

### **Strategisk utviklingsplan**

Nordlandssykehuset har på bakgrunn av styresak 60/2016 i Helse Nord RHF utarbeidet utviklingsplan: "Nordlandssykehuset for fremtiden. Strategisk utviklingsplan 2018 – 2035."

Utviklingsplanen skal rulleres hvert fjerde år, og vil blant annet danne grunnlag for årlige forbedringsprogram og budsjett.

"Strategisk utviklingsplan 2035 skal vise retningen vi må ta for å møte befolkningen i primærområdet sitt behov for helsetjenester, men også hvordan fylkes og landsdelsdekkende funksjoner skal dekkes og utvikles. Utviklingsplanen skal følgelig gi viktige styringssignaler til videre utvikling og prioriteringer for Nordlandssykehuset. Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr." (Nordlandssykehuset for fremtiden. Strategisk utviklingsplan 2018 – 2035 s.8)

Nordlandssykehuset for fremtiden. Strategiske utviklingsplan 2018-2035 beskriver 6 satsningsområder:

- Intermediærpatienten
- Tidlig intervensjon.
- Kroniker omsorg.
- Minimal invasiv
- Kontinuerlig forbedring.
- Teknologi og e - helse

I Nordlandssykehuset for fremtiden. Strategisk utviklingsplan 2018 – 2035 står det i punkt 3.2 at Helse Nords strategi og føring må ligge til grunn for Nordlandssykehusets arbeid med utviklingsplanen. Videre er det spesifisert i punkt 4 at man skal innfri de økonomiske mål for perioden.

Nordlandssykehuset må frem mot 2035 oppnå økonomisk overskudd for at man skal bli i stand til å realisere den strategiske utviklingsplanen. Utviklingsplanen sier videre at mulighetene for å øke det økonomiske handlingsrommet i framtiden vil være ved at man foretar tydelige prioriteringer, har fokus på å øke omstillingstakten og få til en produktivtvekst. (Nordlandssykehuset for fremtiden. Strategisk utviklingsplan 2018 – 2035 s. 63)

### **Styrings sirkelen**

Styrings sirkelen beskriver økonomistyringen i en virksomhet ved å koble sammen sentrale elementer i styringsprosessene, slik som strategisk planlegging, budsjettering, aktivitet og regnskap/evaluering. Rundt styrings sirkelen bygges styringssystemet som har til hensikt å skape tette koblinger mellom de ulike elementene.

I boken Penger og helse beskriver Nyland og Pettersen (2018, s.48) at økonomistyring sikter mot å påvirke aktørenes atferd innen organisasjonene for å realisere fremtidige mål. Dette forutsetter kunnskap om hva som påvirker atferd, og forhold mellom atferd og resultater. Slik kunnskap skaffes blant annet gjennom erfaring fra tidligere beslutninger.

Økonomistyring kan derfor uttrykkes som lærings sirkler. Dermed kan vi også lage en rasjonell modell for økonomistyring, som formuleres som lærings sirkel eller styrings sirkel, som består av fire prosesser; Strategisk planlegging, planlegging/budsjettering, handling/ måling av aktivitet, og rapportering/evaluering.

## 5. Metode

I denne delen av oppgaven vil vi gjøre rede for valg av metode, undersøkelsesdesignet og de ulike fasene i forskningsprosessen. Det er valgt kvalitativt forskningsdesign med bruk av intervjuer som metode for innsamling av data. Vi vil gjøre rede for hva som lå til grunn for utvelgelse av informanter, forskningsarena og hva slags teknikker vi har brukt i analysen av dataen som er innsamlet. I kapitlets siste del vil vi komme med noen forskningsetiske betraktninger.

Valg av metode skjer på bakgrunn av problemstillingen og hvilke ressurser man har tilgjengelig. Problemstillingen vi har arbeidet under er:

*Hvilke erfaringer har ledere i PHR klinikken gjort i forbindelse med implementering av pakkeforløp ved en av poliklinikkene i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling?*

Formålet med forskningen vår er å se på hvilke erfaringer lederne har gjort deg under innføringen av pakkeforløpet i psykisk helse og rus. Arbeidet med å utvikle en god og spisset problemstilling er en lang prosess som har vært krevende, men lærerik. Jacobsen, (2015) viser til at det er ulike måter å analysere en problemstilling, den ene er om problemstillingen er kausal (forklarende) eller deskriptiv (beskrivende).

I kvalitativ analyse er det to grunnleggende måter å samle inn data på. Det er med utgangspunkt i problemstillingen vår som er eksplorativ, dvs. den krever at vi går mer i dybden og henter informasjon fra færre informanter, valgte vi en kvalitativ tilnærming som metode. Vi var nysgjerrige på hva mer som kunne ligge bak et enkelt svar. Ifølge Dalland (2007) har kvalitativ metode den fordelen at den fanger opp meninger og opplevelser fortalt av informantene og er noe som vanskelig lar seg tallfeste og måle. Vi tenkte at kvalitative dybdeintervjuer ville være hensiktsmessig for å få belyst problemstillingen vår på en god og forståelig måte. Vi startet med å lage en intervjuguide med spørsmål som ville være egnet til å få belyst informantenes syn på lederutfordringer og hvilke erfaringer de har gjort seg ved innføringen av pakkeforløp, samt hvilke utfordringer de eventuelt så. Vi ønsket at intervjuet skulle flyte mest mulig naturlig, og vi valgte derfor en semistrukturert intervjuform hvor vi stilte åpne spørsmål fra intervjuguiden, og kom med oppfølgingsspørsmål etter hvert som



samtalen utviklet seg. Vi var nysgjerrig og interessert i å finne ut hvor mye de visste om pakkeforløp, og hva de tenkte om lederutfordringene og implementeringen, og hvilke erfaringer de har gjort underveis. Tradisjonelt sett har kvalitativ metode hatt en induktiv tilnærming. Det vil si at man på grunnlag av innsamlede data / empiri forsøker å utvikle teori. Samtidig kan det være en deduktiv karakter ved kvalitativ metode ved at man tar utgangspunkt i hypoteser fra tidligere teorier eller litteratur. Vi vil forsøke å fortolke informasjonen fra intervjuene i lys av teorien og rammebetingelsene som vi har redegjort for i henholdsvis kapittel 3 og 4.

Grunnen til valget av metode var at vi har relativt lite kunnskap om fenomenet som skal studeres. Vi ønsket å få så mye informasjon som mulig utfra få enheter. Videre ønsket vi å finne ut mer om implementeringen av pakkeforløpsreformen, dvs. skaffe oss en helhetlig detaljforståelse, og vi ønsket å kunne få til en dialog med informantene, ved å legge opp til en fleksibilitet i intervjuene. Det vil alltid være en oppgave for samfunnsvitenskapelige fag å bidra til forståelse av sosiale fenomener. Det er også klart ulemper ved valg av kvalitativ metode. Det kan bli for detaljert og uoversiktlig informasjon, gi utfordringer med tanke på kontakten med informantene. Det kan ødelegge analytisk avstand og for mye fleksibilitet kan gi utfordringer med tanke på ferdigstilling. Kvalitativ metode har en styrke i intern gyldighet, men svakhet i ekstern gyldighet. Likevel er nærhet og forståelse en klar fordel når man bruker kvalitativ metode. I en kvalitativ undersøkelse starter analysen av datamateriale ofte under innsamlingen. Ut fra disse argumentene mener vi at det er en klar fordel med metoden vi har valgt å bruke (Jacobsen, 2015).

## **5.1 Forskningsdesign**

Et forskningsdesign er en slags oversikt eller en kan si at det er en overordnet plan over hvordan vi skal belyse og besvare problemstillingen vi har valgt. For å utdype litt mer om design, er det viktig å være klar over at valg av design vil ha store konsekvenser for oppgavens validitet. Her kan vi skille mellom intern og ekstern gyldighet. En kan si at ekstern gyldighet er når vi kan generalisere funnene våre, mens intern gyldighet menes om funn og konklusjoner er gjenkjennbart der studien har funnet sted. En annen utfordring som det er viktig å få avklart er kausalitet og generalisering. Generalisering kan gjøres på to ulike måter

enten teoretisk eller statistisk. Disse to måtene for generalisering vil definere om det er et intensivt design som går i dybden eller et ekstensivt design som går bredere ut. Det er mange forskjellige metoder for å analysere og tolke data som er samlet inn gjennom kvalitativ metode. I vår oppgave ønsker vi å bruke en fenomenologisk analyse av vårt datamateriale. I fenomenologisk analyse er det vanlig å analysere meningsinnhold. Forskeren er opptatt av innholdet i datamaterialet, for eksempel hva blir man fortalt i ett intervju. Vår oppgave vil karakteriseres som et intensivt design, vi undersøker få enheter og vi ønsker å gå i dybden og få svar på hvordan implementeringen av pakkeforløp har fått og hvilke erfaringer lederne har gjort og samtidig prøve å forstå og tolke hva de har sagt i intervjuene og få frem ett helhetsinntrykk.

## ***5.2 Utvelgelse av informanter og innsamling av materiale***

Å velge ut hvem som skal være med i undersøkelsen er en viktig del av forskningsprosessen. Utvelgelse av informantene har skjedd ut fra kriterier som er at hun eller han må være leder på minimum mellomledernivå og at de jobber i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Valget av informanter var en krevende prosess. Den teoretiske populasjonen som kunne være aktuell til å svare på vår problemstilling var potensiell liten siden vi har spisset oppgaven veldig og av den grunn hadde vi ikke så mange aktuelle å intervju. Vi diskuterte mye frem og tilbake om det var nok med tre informanter, etter hvert ble vi enige om at det var nok. Med såpass få enheter med i undersøkelse, var det klart at vi ikke kunne få et representativt utvalg. Dette var heller ikke målet vårt. Snarere enn å se etter det generelle og typiske synet på deres erfaring ved innføring av pakkeforløp, var vi ute etter det unike og spesielle i svarene til hver enkelt (Jacobsen, 2015).

## ***5.3 Semistrukturert intervju***

Enheter er det forskeren studerer. Variabler er egenskapet ved enhetene, det ved enhetene vi vil vite noe om. Kvalitativt orienterte undersøkelser fokuserer ikke på individer enkeltvis, men på relasjoner individet inngår i. Enhetene er de samspill som knytter personer sammen i sosiale systemer. I denne oppgaven er det benyttet semistrukturerte intervjuer. Denne innsamlingsmetoden kjennetegnes ved at undersøger og informant har en vanlig dialog. Fortellinger, ord og setninger former dataen som samles inn. Intervjuet foregår ansikt til ansikt eller per telefon. Man prater sammen og undersøgeren noterer. Det er viktig at

undersøkeren ikke begrenser hva informanten sier. Denne undersøkelsesformen har, som andre, klare fordeler og ulemper. Det egner seg godt

A) når det er få enheter som undersøkes: Det er tidkrevende og nødvendig med god planlegging når et personlig intervju skal skje. Det er i tillegg mye arbeid etter intervjuene med å bearbeide dataen man har fått.

B) når man er interessert i hva den enkelte sier: Kommer tydelig frem hva den enkelte sier og mener.

C) når man er interessert i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen: Hvordan den enkelte fortolker dataen er sentralt i undersøkelsen. Det er enklere å få frem under individuelle intervjuer. (Jacobsen, 2015).

Når informantene i studiet forteller om autentisk ledelse, gjør de det uten noe form for forventning fra vår side om at de skal vite hva teoriene sier om temaet. Derfor stiller de på lik linje kunnskapsmessig.

Da valget av informanter var klart, begynte vi å diskutere hvordan vi skulle gjennomføre intervjuene. Skulle vi intervju informantene ansikt til ansikt eller skulle vi gjøre intervjuene over telefon, eventuelt Skype. Vi kom frem til at den beste måten å få frem nyanser i svarene var å møte informantene ansikt til ansikt. Semistrukturerte intervjuer kjennetegnes ved at de er åpne, men også delvis styrte av oss som intervjuer. Intervjuene ble foretatt på informantenes arbeidsplasser, på kontor. Vi ble enige om at en av oss skulle ta alle tre intervjuene for å spare tid. Innen intervjuene startet ble alle informantene informert om at de kunne trekke seg fra undersøkelsen på hvilket som helst tidspunkt og at de alle ville forbli anonyme. Alle tre har fått tilbud om å lese gjennom både intervjuene og oppgaven, og alle tre har takket ja til å få et eksemplar når oppgaven er levert. Det å stille relevante spørsmål er selvfølgelig helt sentralt. Derfor er det viktig med god teoretisk kunnskap om temaet man ønsker informasjon om. Samtidig er det ikke antall spørsmål som er viktig i en kvalitativ analyse, men hva er nok, avhenger av hvilke spørsmål en forsker forsøker svare på. Vi satt igjen med ett ganske stort datamateriale de vi var ferdige med intervjuene.

Intervjuguiden, problemstillingen og forskningsspørsmålet ble brukt som utgangspunkt når vi startet med å plukke ut essensen av det vi skulle bruke videre i oppgaven vår. Etterpå bearbeidet vi besvarelsene og tok det som var relevant med det videre arbeidet med oppgaven.

#### **5.4 Undersøkelsens validitet**

Selv om oppgaven vår bygger på en kvalitativ metode, finner vi det naturlig å vurdere kvaliteten på de dataene som vi har samlet igjennom å se på dataenes interne gyldighet og deres pålitelighet. Vi mener at det er flere sider ved undersøkelsen som vi må forske nærmere på. Hvor riktige er resultatene, og hvordan kan vi vite at informantene har svart ærlig og oppriktig på våre spørsmål. Svaret er mest sannsynlig at vi ikke vet. Jacobsen (2015:214) sier: «*De aller fleste samfunnsforskere har forlatt ideen om at vi en gang i fremtiden vil kunne beskrive samfunnet på en objektivt riktig måte*». I vår oppgave har vi valgt å intervju en liten gruppe på 3 personer. Gruppen består av både kvinner og menn med forskjellig yrkesbakgrunn, som har forskjellige lederroller innenfor helsevesenet. De er ledere med helsefaglig bakgrunn. Det er altså ikke en homogen gruppe vi undersøker. I denne sammenheng blir det derfor mer interessant å spørre om de svarene vi har fått, gir oss svar på det vi spurte om? Dersom vi klarer å trekke ut essensen fra hvert svar, analysere dette, og sammen med vår forståelse, sette det sammen til et sluttprodukt som informanten vil kjenne seg igjen i, har vi kanskje kommet så nærme som det er mulig det vi kan kalle validitet. Målet med denne oppgaven har ikke vært å kunne påvise ekstern gyldighet. Vi kan derfor heller ikke si at våre funn kan generaliseres til en større populasjon. I vår analyse av dataene har vi likevel kunne påvise store individuelle forskjeller i de svarene informantene har gitt oss.

Det neste store spørsmålet vi må ta stilling til er hvor reliable, eller pålitelig, svarene vi har fått er. Vi må ta stilling til om vår måte å samle inn data på kan ha påvirket resultatene eller sluttproduktet. I litteraturen finner vi få eksempler på undersøkelser som ikke påvirker undersøkelsesobjektene. Det er flere forhold som kan ha innvirket på resultatene i vår studie. Undersøkereffekt er et fenomen som gjerne bør nevnes. Dette fenomenet handler om hvor vidt intervjuobjektet lar seg påvirke til å gi svar i en bestemt retning som følge av hvordan intervjuer fremstår i intervjusituasjonen. For å forsøke å sikre oss mot denne

effekten la vi vekt på å gjennomføre alle intervjuene så likt som mulig. Vi la vekt på at vi skulle ha en lav grad av intervensjon når informanten hadde svart. Eksempel på dette er at vi lot svarene til informanten stå udiskutert etter at informanten hadde svart. Vi gikk for eksempel ikke inn og påpekte fakta-feil i svarene.

### ***5.5 Forskningsetiske betraktninger***

I denne undersøkelsen har vi intervjuet ansatte med ulik bakgrunn og tilknytning til fagfeltet psykisk helse- og rus. Vi har brukt deres utsagn til å forsøke å besvare en problemstilling som vi selv fant interessant å se nærmere på. Det har vært viktig for oss å ivareta de forskningsetiske grunnprinsippene når vi har gjennomført undersøkelsen. Vi oppfatter at de forskningsetiske grunnprinsippene bl.a. handler om at vi hele tiden har vært åpen over for våre informanter om hva det er vi ønsker å undersøke. Det har også vært viktig å overholde en høy grad av konfidensialitet overfor informantene, selv om det var noen av informantene som sa at de ikke hadde noen problemer med å stå frem med sine meninger med eget navn. Vi har likevel valgt å anonymisere alle våre informanter. Navn som fremkommer underveis i diskusjonen er oppdiktet og ment å være kjønnsnøytralt. Vi vet at vår fortolkning av det som er blitt sagt ikke trenger å være sammenfallende med de informantene har ment. Deres utsagn og meninger har blitt «knadd» og fortolket og de har blitt satt inn i ulike meningsrammer. Vi har likevel hatt fokus på å presentere dataene vi har fått inn på en mest mulig korrekt måte. Likevel kan resultatet av denne studien bli presentert på en annen måte enn det informanten hadde tenkt. Vår handlemåte i denne oppgaven kan i stor grad underkastes en konsekvenslogikk. Vi har hele tiden måtte vurdere den gevinsten vi sitter igjen med i vår undersøkelse opp mot de eventuelle problemer vi risikerte å sette informantene i. Alle våre informanter fikk på forhånd informasjon om hva de hadde takket ja til å være med på. De fikk også informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Det ble sendt ut informert samtykke som understreket dette (Jacobsen, 2015). Vi sendte søknad til NSD, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, og fikk godkjenning til å gjennomføre intervjuene med tilhørende retningslinjer for oppbevaring av datamaterialet vi fikk inn.

## 6. Empiri

I denne delen av oppgaven vil vi ta en gjennomgang av empiri, herunder en beskrivelse av valgt poliklinikk for besvarelsen og vi vil presentere et utdrag av de erfaringer informantene valgte å dele med oss. Det vil også videre i oppgaven fremkomme et stilbrudd i oppgavens utforming. Det å trekke inn relevant litteratur fra faget er et bevisst valg gjort for å best mulig belyse empirien i oppgaven. Vi har valgt å gjøre det på denne måten for å på en best mulig måte få fram at «fag» og det å forstå faglig posisjon har vist seg viktig for informantene når de skal redegjøre for sine erfaringer med implementeringen av pakkeforløp, det vil si det gir seg som et resultat av empirien beskrevet i kapittel fem. I dette kapittelet velger vi dermed i stor grad å framstille «en felles historiefortelling» basert på det informantene sa i intervjuene. Med dette menes at vi i stedet for å fokusere på nyanser og ulikheter i det informantene sa, har sett at de svarer om lag likt på spørsmålene selv om de har valgt ulike formuleringer. Vi har dermed gjort et valg med å bruke oppbygningen av intervjuguiden som struktur i fortellingen og underveis og når det synes relevant latt de enkelte informantenes stemme komme direkte til uttrykk gjennom sitater.

Vi har i vår oppgave valgt å ta utgangspunkt i en av poliklinikkene tilhørende Psykisk helse og rus klinikk ved en av Nordlandssykehusets lokasjoner. Kort beskrevet så tilhører valgt poliklinikk en avdeling med 150 ansatte. Avdelingen er delt inn i to seksjoner der valgt poliklinikk tilhører en av disse, sammen med flere andre poliklinikker.

Med hensyn til oppgavens avgrensning vil det videre kun gis en beskrivelse av seksjon for poliklinikk da det er denne seksjonen oppgaven skal berøre videre. Poliklinikkene i BUPA har stor geografisk spredning med sin plassering i både Bodø, Ørnes, Fauske, Vesterålen og Lofoten. Denne organisasjonsstrukturen er laget for å imøtekomme et tjenestetilbud til barn og unge som er rettighetsvurdert for et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er store avstander i denne delen av landet, det er stor variasjon i både størrelse på og tjenestetilbud i de ulike kommunene og kommunene er ulikt vektet i alder på populasjons-sammensetningen. For å ivareta dette har Nordlandssykehuset valgt å ha et poliklinisk tilbud plassert i distrikt.

Hver poliklinisk enhet har en egen tilstedeværende enhetsleder. I tillegg har hver enkelt enhet et antall ansatte som gjenspeiler hvor stor andel av barne- og ungdomspopulasjonen

de skal ivareta i sitt område. Hvert team skal være tverrfaglig sammensatt med overlege, psykologspesialist, psykolog og klinisk konsulent med pedagogisk bakgrunn, eksempelvis klinisk pedagog, barnevernspedagog og/eller sosionom. Hver enhet har spesialistdekning til å kunne rettighets vurdere henvisninger som kommer inn fra kommunalt nivå; fortrinnsvis fastlege, lokalt barnevern, kommunepsykolog og Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT). Dersom en henvisning inneholder tilstrekkelig dokumentasjon til at det gir grunnlag for mistanke om moderat til alvorlig psykisk lidelse, skal pasient/foresatte få et tilbud om utredning og eventuell behandling i spesialisthelsetjenesten, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (Bup). Dette skjer via hvert inntaksteam lokalt.

Enhetsledere har budsjettansvar og personalansvar for alle ansatte sin enhet. De har relativt romslig med frihet innenfor gitte rammer. For å redusere avstanden mellom enhetsleder og avdelingsledelse har Bupa er ledd mellom: seksjonsleder. Som seksjonsleder er man nærmeste leder for enhetslederne og med den funksjon å skape en ramme for samkjøring av de ulike polikliniske enhetene og en arena for faglig drøfting på tvers av poliklinikkene i samme avdeling, samt en mer tydelig linje inn mot avdelingsleder og videre klinikkleder.

Vi vil i det følgende kapittel presentere forskningsspørsmålene, hovedfunnene, sitater, fortolkninger, og til slutt komme med en drøfting i kapittel 7.

### **6.1. Hva sa informantene**

Vi vil her presentere noen av de erfaringer informantene valgte å dele med oss. De tre intervjuobjektene er gitt oppdiktede navn: Erik, Knut og Anne. I stor grad var responsen fra intervjuobjektene lik, vi har derfor valgt å skrive gjennomgående hva som kom fram, og av og til brukt sitater fra enten Bjørn, Anne eller Erik der det har vært naturlig.

Med bakgrunn i empiri er vi kommet frem til viktige funn som lederne må være oppmerksomme på under implementeringsfasen. Implementering av en ny og omfattende metode i fagfeltet psykisk helsevern- og rus tegner til å gi solide utfordringer til et fagfelt som kan fremstå som splittet i synet på tiltaket. Lederne får en sentral og ansvarlig plass om en skal lykkes med å implementere pakkeforløpene fullt ut. Motstand mot å innføre noe nytt

må påregnes. En av våre informanter, Knut, legger vekt på at leder i organisasjonen har en viktig rolle dersom implementeringen skal lykkes. Han sier bl.a.; «Så må man framsnakke det. Man kan godt være mot det som leder, og synes at det er en dårlig ide. Men dette kommer og da er man nødt til å finne ting som er bra med det, finne ting som man kan være enig i og som man kan framsnakke. Det må du gjøre som leder. For dette er jo ikke noe som går over».

En annen informant trekker frem kulturen på arbeidsplassen som viktig moment for å lykkes med implementeringen. Anne sier det på følgende måte: Arbeidskultur på et sted har nok noe å si.

Hvis det er veldig mye uenighet i fagmiljøet, interne konflikter, det er klart at det er åpenbart at det vil hemme at en lykkes med pakkeforløpet. Også hvilke holdninger man har til pakkeforløp i seg selv vil ha noe å si, så jeg tror det er lurt å gå noen runder med det på forhånd i organisasjonen. En annen informant peker på viktigheten av å formidle en tro på det slik at organisasjonen merker det. Hun sier det på denne måten: dersom man har et ordentlig eierforhold til det og tenker at jo dette skal vi gjøre. Men klart, dersom en ikke har tro på og det og stritter imot så vil det jo forplante seg i resten av organisasjonen. Dette fokuset fremhever samtlige av de ledere vi har snakket med. Anne fremhever også at «pakkeforløp kanskje ikke har vært så rosenpolitisk rødt som håpet». Med dette at målet er tydelig beskrevet men at det i realiteten ikke er så lett å gjennomføre.

I denne delen vil vi presentere funn fra intervjuene. Formålet med intervjuet var å få et innblikk i hvilke tanker og refleksjoner våre informanter hadde om temaet som tidligere nevnt. Vi konkluderer med at de har svart veldig likt på spørsmålene, noe som viser at de er samstemte i ledelsen og har lik forståelse i hvilke utfordringer klinikken står i når det gjelder implementeringen av pakkeforløpet. Vi ønsker å trekke frem følgende hovedfunn fra vårt datamateriale. På spørsmål om hvilke rammebetingelser de har å forholde seg til svarer de at det er ingen økte budsjettmidler, underdimensjonert med hensyn til fagfolk. Mangel på spesialister generelt men psykiatere spesielt, i tillegg til andre fagfolk. Kravene til spesialisert kompetanse hos ansatte i spesialisthelsetjenesten øker. En av informantene sier videre at den største utfordringen, som det er vanskelig å snakke om, er kulturendringen vi må igjennom. Pakkeforløpene er ikke faglige/behandlingsmetodiske retningslinjer når det



gjelder faglig innhold men retningslinjer som gjelder forløpende og er en prosess. Man kan si at det er et forløp som også skal garantere at hver pasient i løpet av sin utredning og behandlingsforløp skal, ikke bare bli sett på av legen, men faktisk bli vurdert av en spesialist. Det er en kulturendring og en kulturutfordring som nå møter psykiatrien. Det er i stor grad faglige retningslinjer hvor det nå stilles krav til at pasientene i løpet av forløpet også blir undersøkt av spesialist og at det gis en mer helhetlig tilnærming, for eksempel mht. differensialdiagnostikk og somatisk helse. I tillegg til kravet om at utredning og diagnostisk beslutning standardiseres og skal skje raskere og tidligere i forløpet, hvilket krever ytterligere psykiater/ spesialistdekning for å få til. Kanskje må man tenke annerledes og endre arbeidsmåte for å bruke spesialistene bedre og samtidig ivareta faglighet og arbeidsvilkårene for spesialistene da det er vanskelig å få rekruttert spesialister. Er det riktig at en psykiater skal sitte og skrive ca. 60 % av arbeidstiden? Det er i dag har ca. 30 ubesatte spesialiststillinger i klinikken, selv med disse besatt vil det være utfordringer å imøtekomme pakkeforløpene, og det er heller ikke budsjett til det. Det følger heller ikke ressurser til opprettelse av forløpskoordinatorer som også er et nytt krav, i tillegg til at selve kodingen medfører økte behandlerressurser da dette vil ta mer tid fra behandlerne. Andre utfordringer ved etablering av pakkeforløpet? Å få på plass IKT system slik at man unngår bruk av flere systemer og manuell koding, som tar ekstra tid fra behandlerne. En av informantene sier at det har vært stort fokus på medvirkning, han mener da ovenfor de ansatte og brukerorganisasjonene. Det har vært brukt mye tid på informasjon, gjennom lederlinjen samt i møter med de ansatte i avdelinger og enheter, samt å engasjere fagfolkene. Det blir også fortalt at prosjektleder pakkeforløp for klinikken har en overordnet rolle og har informert og hatt jevnlig møter i alle avdelinger og enheter. Det kommer også frem at PHR klinikken er den største klinikken på Nordlandssykehuset og har svært forskjellig struktur og kultur i de forskjellige avdelingene og at det er en utfordring å få fagfolkene til å være engasjert og bidra men at også her er det store forskjeller fra enhet til enhet.

En av informantene, Knut, forteller at Pakkeforløp psykiatri har vært forespeilet i ca. 3-4 år. Han forteller videre at ved psykoseposten ved PHR klinikken i Bodø startet for 2 år siden med å standardisere et eget pakkeforløp for døgnbehandling psykoser. Dette var et stort og omfattende "bottom-up" prosjekt, hvor vi engasjerte fagfolkene selv og hvor de selv tok stadig større del av prosjektet og utviklingen av det. Dette medførte et stort eierskap og ga

stor motivasjon for de ansatte, og som resulterte i at vi sammen søkte om «såkornmidler» og vant prisen på 350.000 kr som går til videre fagutvikling innenfor det faglige aspektet ved eget pakkeforløp. Dette medførte at vi ved denne avdelingen hadde innført pakkeforløp (med unntak av kodingen) før de nasjonale ble rullet ut. Det viser seg at vårt eget pakkeforløp har en bedre faglig standard og ivaretar flere aspekter enn det nasjonale. Ellers er klinikken i gang med å se på muligheter innenfor e-helse. Vi starter etter hvert noen piloter i klinikken hvor vi søker innovasjonsmidler fra Helse Nord. Dette går på en nyutviklet telenorløsning i foretaket som gjør at vi kan ha noen terapiformer via avstandsoppfølging (pasienten kan ha deler av forløpet på jobb, hjemme ol, tilgangsstyrt med telefon Ipad ol). Vi har bevisst startet dette som piloter for de fagfolkene som er interessert, slik at det blir ”bottom-up” og ikke påtvunget ovenfra.

Vi har underveis hatt en prosjektleder som har holdt seg oppdatert og informert hele klinikken fortløpende (ettersom pakkeforløpene også har endret seg noe underveis) samtidig som han har hatt det overordnede ansvaret for progresjon og samarbeid med eksterne aktører, for eksempel HN-IKT. IKT-systemet har vært og er en svært stor utfordring. I tillegg stilles det krav til mer samarbeid internt i klinikken til det beste for pasientene og det gir en mulighet for mindre «silotenkning» internt og eksternt. De sier også at de har brukt mye tid på å møte kommunene i nedslagsfeltet for å informere om pakkeforløpene og har startet opp kliniske samarbeidsgrupper på tvers av nivåer både internt og eksternt.

En annen utfordring er at det ulikt i de ulike avdelingene. Både mht. hvilken funksjon avdelingen har, struktur, kultur og kompetanse. Derfor er det også variasjon i hvor mye tid som må brukes til implementering. Slike store reformer kan lett trette ut en organisasjon, og derfor er det viktig å tilpasse tempo og omfang noe. De aller fleste er i gang med de faglige kravene som stilles, med unntak av der hvor det er mest krevende mht. psykiaterressurser og hvor det er innleie fra vikarbyrå.

Pakkeforløpene definerer at vi skal jobbe frem helhetlige pasientforløp, der samhandling og samarbeid skal være utgangspunktet. Vi må samarbeide på tvers av profesjoner, enheter, avdelinger, klinikker og foretak, samtidig skal vi ha et tettere samarbeid med de kommunale hjelpetjenestene. Erik fremhever her at man i økende grad nå forsøker å se på kreative løsninger på tvers i organisasjonen «tverrenhetlige løsninger» hvor man fremtvinges til å se

mer på egen praksis og finne bedre og mer effektive forløp for pasientene. Dette er i kontrast til den tradisjon vi finner i store deler av klinikken, der hver ansvarlig behandler stort sett har hatt eneansvar for det tilbudet behandleren har ytt «sine» pasienter sier den ene informanten. Dette er en svært omfattende reform, som kanskje har behov for flere lederstiler og teoretiske tilnærminger. På spørsmål om det er valgt noen ledelsesform svarer informanten «Jeg er ikke kjent med at det er valgt noen form for ledelsesteori for implementering av akkurat denne reformen. Jeg er tilhenger av og forsøker å praktisere ledelse ut fra prinsippene i relasjonsledelse.»

Han forteller videre at når det gjelder den videre driften ønsker de å bli noe mer kreative eller kanskje heller innovative i måten vi yter helsehjelp på, og innrømmet at klinikken ikke har vært særlig kreativ. Vi har en geografi og en befolkning som kanskje ikke egner seg til den arbeidsformen vi tradisjonelt har brukt. Vi må i mye større grad benytte oss av teknologi som Skype ell., og andre behandlingsformer som E-mestringsprogrammer, Selvhjelpsprogram, intensive polikliniske gruppetilbud osv. Jeg håper også at vi kan bruke det «endringsmomentet» vi har nå til kanskje å få etablert og gjennomført noen kliniske studier.

Helsedirektoratet stiller nå vesentlig tydeligere krav til PHR klinikken enn de tidligere har gjort. Gjennom pakkeforløp går de langt i å detaljregulere måten vi yter helsehjelp på, og så smått hvordan vi skal yte helsehjelpen. Det ned på et detaljnivå vi aldri før har sett. Vi har derfor valgt å være tydelige på at dette er den faglige standarden vi skal følge. Innholdet i pakkeforløpene skal følges. Vi må rigge organisasjonen slik at vi er i stand til å i møtekomme de kravene helsedirektoratet har satt. For å lykkes med pakkeforløp må disse organiseres og tilpasses slik at de fungerer godt brukt ut i pasientbehandlingen. I tillegg må man, også sett i lys av debatten om pakkeforløp i Norge, arbeide for å skape tilslutning til pakkeforløpene, både blant ledere og blant klinikerne i de enkelte fagmiljøene. Hvis man lykkes med å møte behovet for fleksibilitet og forankring, kan pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge lykkes med å nå sine mål om å skape et bedre tilbud til pasienter og pårørende. Selv om troskapen til pakkeforløpsmodellen synes tydelig hos alle (?) informantene, oppfatter vi at de er opptatt av at den kliniske erfaringen er viktig. Slik vi oppfatter deres utsagn er det ingen motsetning mellom å være tro mot pakkeforløpsmodellen og hensynet til viktigheten det kliniske skjønn.

Selv om troskapen til pakkeforløpsmodellen synes tydelig hos alle informantene, oppfatter vi at de er opptatt av at den kliniske erfaringen er viktig. Slik vi oppfatter deres utsagn er det ingen motsetning mellom å være tro mot pakkeforløpsmodellen og hensynet til viktigheten det kliniske skjønn. Det å ivareta det kliniske skjønn kan også forstås som en form for autonomi.

## 7. Diskusjon

Vi har nå sett et lite knippe av de mange gode sitatene vi fikk fra våre informanter. Vi vil videre i denne delen av besvarelsen gi vår fortolkning av utsagnene som informantene har kommet med. Med intervjuguiden som bakteppe har vi tolket utsagnet til informantene ved hjelp av relevant teori som vi mener kan belyse problemstillingen og empirien på en best mulig måte. Det som kan fremtre som litt spennende i diskusjonen og etter hvert fremstår som et av hovedpoengene i funnene våre, er at utøvelse av ledelse i forbindelse med innføring av pakkeforløp oppleves og erfartes som et spørsmål som hadde og har en tydelig faglig dimensjon, i og med at det oppleves som et nytt verktøy som utfordrer den enkelte faglige ansattes måte å jobbe med pasienter på. Dette har gjort at når vi nå skal drøfte ledelsesutfordringene basert på empirien som intervjuene ga oss, vil vi i tillegg til den ledelsesteorien som er gjennomgått i kapittel 4, også trekke veksler på relevant teori fra rus- og psykiatrifeltet.

### ***7.1 Klinisk skjønn og autonomi***

Selv om troskapen til pakkeforløpsmodellen synes tydelig hos alle informantene oppfatter vi at de også er opptatt av at den kliniske erfaringen er viktig. Slik vi oppfatter deres utsagn er det ingen motsetning mellom å være tro mot pakkeforløpsmodellen og hensynet til viktigheten det kliniske skjønnet. Det å ivareta det kliniske skjønnet kan også forstås som en form for autonomi. En av informantene med lang klinisk erfaring, Anne, viser til mulige årsaker til at noen uttrykker større skepsis til pakkeforløpsmodellen. Når hun snakker om momenter som berører terapeutenes faglige autonomi, henviser hun blant annet til den humanistiske tradisjonen som skiller seg fra den tradisjonelle medisinske retningen ved at forståelsen av enkeltmennesket legges på det enkelte individ sine premisser. Vi oppfatter at Annes refleksjon peker mot en skepsis hos noen til at psykisk helsevern beveger seg bort fra det humanistiske perspektivet og at noen ser på innføringen av pakkeforløp som nok et steg mot den tradisjonelle medisinske retningen. Et steg i den retningen kan tolkes som en innskrenking av den faglige autonomien med bakgrunn i at behandlingen i større grad blir standardisert. Vi forstår det også slik at informanten viser til at behandlernes opplevelse av

autonomi avhenger av hvilken metode de jobber etter. Hun mener det vil variere ut ifra det perspektivet.

Informantene våre har ulike oppfatninger og forståelse av hvordan autonomien vil påvirkes. Der hvor enkelte uttaler at det er helt ok at det rokkes ved autonomien, er det andre som uttrykker bekymring for at de får for lite handlingsrom og at det kliniske skjønnet svekkes. Det å ivareta det kliniske skjønnet kan ifølge en av våre informanter også sees på som en form for autonomi. I forhold til funn peker enkelte av informantene på at det er ledernes oppgave å ivareta behandlernes egenart. Dette forstår vi som at autonomi er mer enn å bare frihet til å gjøre som man vil, men at lederne har fokus på å ivareta den enkelte behandlers egenart ved at de får gjøre det de selv føler de er god på. På den andre siden viser forskning at det som gjør en behandler god er klinisk variasjon (Solberg, 2014). Det er her grunn til å stille spørsmål ved i hvor stor grad behandleren skal fastholde på sin egenart eller om de skal bli «tvunget» av lederne til å jobbe etter andre metoder også.

Klinisk skjønn og autonomi henger i stor grad sammen. Det ser ut til at behandlerens ønske om frihet og høy grad av autonomi ikke nødvendigvis kan forenes med pakkeforløpenes ideologi. Et annet syn informantene bringer inn er en skepsis til hvilken nytteverdi innføring av en rigid modell vil ha, sett i et endringsperspektiv. Det kan også stilles spørsmål ved hvor mye autonomi det kan være mulig å gi behandlerne samtidig som de skal følge innholdet i et pakkeforløp. Vi ser at det kan bli en utfordring for lederne å ivareta klinikernes autonomi med de standardiserte rammene som pakkeforløpene legger opp til. Behandlerne vil ha en betydelig mindre stemme når innholdet og lengden på behandlingen skal fastsettes. Vi aner en skepsis, spesielt blant psykologene, til innføringen av pakkeforløp, og det vil være nærliggende å tro at det er på bakgrunn av at de får betydelig mindre autonomi i behandlingen av pasienter.

Et ytterligere funn er noen informantene kommer med noen betraktninger der pakkeforløpsmodellen kan oppfattes som en dreining mot en mer tradisjonell medisinsk retning, noe som anses som uheldig. Dette kommer til uttrykk fra en av informantene som viser til at historien pasientene har med seg blir først verd noe når man får symptomene deres til å passe inn i et medisinsk diagnostisk system. Hofgaard (2010) viser til at psykologien ikke har sitt utgangspunkt i sykdomsmodellen, en modell som skiller mellom

frisk og syk. Psykologien tar heller for seg hva som er normaliteten og mestringsmuligheten hos pasientene. Det er sagt at pakkeforløpene skal bygge på evidensbaserte eller kunnskapsbaserte metoder. I mandatet fra helsedirektoratet står det følgende: «pakkeforløpene skal bygge på eksisterende nasjonale og internasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis» (Helsedirektoratet, 2017). Når det skjer en endring i en organisasjon og nye rutiner skal implementeres er det en rekke faktorer å ta hensyn til. Som vi kan se ut ifra forskningsspørsmål og funn er det flere informanter som er opptatt av den faglige autonomien hos behandlerne, og hvordan pakkeforløpene påvirker den. Der hvor enkelte mener at mindre autonomi vil gi en likere eller mer ensartet behandling til pasientene, kan det også sees på som en dreining mot effektiviseringsmaskineriet som ønsker en mer samlebåndspreget behandling. Det kan også forstås som at behandlingen i pakkeforløpene er tenkt organisert etter en industriell logikk.

Flere av informantene våre pekte på at det går mer tid bort til å administrere pasientarbeidet etter at man startet innføring av pakkeforløpet. Spesielt ledere på nivå nært behandlerne peker på en opplevelse av for mange administrative oppgaver på alle nivåer. I lys av teorien kan det sett fra et psykologperspektiv, sees på som store endringer i den kliniske hverdagen, og man risikerer at en større del av jobben går med til å administrere i stedet for å behandle. Dette kan sees på som en byråkratisering som vi finner støtte til i teorien om økt byråkratisering i Ekeland (2015). Her stilles det kritiske spørsmål til det han omtaler som moderniseringsbyråkratene. De nye systemene som innføres kan virke resursstappende. Dette er hverken, pasienter, behandlere eller organisasjonen som helhet tjent med. Målet for en organisasjon må jo være å ha så dedikerte, engasjerte og kunnskapsrike ansatte som mulig. Et system som i verste fall kan føre til en degradering av kunnskapens makt.

Som det er beskrevet i innledningen så har man innenfor helsevesenet et alt større fokus på å systematisk minske uønsket variasjon i alle ledd innenfor et pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Bruken av standardiserte forløp i spesialisthelsetjenesten har økt. Psykiatrien er en spesialitet som av tradisjon, sammen med medisin og kirurgi, teller som en av de tre største områdene innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette samtidig som psykiatrien er en medisinsk spesialitet som arbeider an innenfor et grensesnitt mellom psykologi,

samfunnsvitenskap, sosiologi, systemteori og medisin. Utviklingen innenfor medisin og kirurgi har gjort disse, to tidligere generalist-spesialiteter, mer spesialisert. I boken Penger og Helse (Nyland & Pettersen, 2018) tar forfatterne opp dette med at sykehusene har blitt svært kompliserte og også i økonomisk betydning meget store bedrifter med mer enn 40 medisinske hovedspesialiteter og grenspesialiteter. Med ny spesialistutdanning for leger har også noen tidligere grensespesialiteter fått egne spesialiseringsforløp. Innenfor psykiatrien har den tidligere oppdelingen vært aldersspesifikk. Barne- og Ungdomspsykiatri for de under 18 år og Voksenpsykiatri for den over 18 år. Dette til tross for at de psykiatriske diagnosegruppene har en stor bredde og på mange måter forskjellige sykdomsgrunnlag. Lenge var også Rus- og Avhengighetsproblematikk også inkludert i voksenpsykiatrien men er nå siden 2014 en egen spesialitet. I mai 2015 fikk man i Norge verdens første godkjente spesialist i Rus- og Avhengighetsmedisin. Innenfor psykiatrien lærer vi i gjennom forskning og kunnskapsutvikling gradvis mer om de fysiologiske prosesser som ligger bak flere psykiatriske diagnoser, blant annet pågår mye forskning rundt betennelsesprosesser i nervesystemet og dens sammenheng med psykoselidelser. Man kan se denne prosess parallell til den utviklingen vi har sett innenfor de somatiske spesialitetene. Alt ettersom kunnskap vokser kan spesialisthelsetjenesten tilby alt mer rettet og spesifikk utredning og behandling. Også i intervjuet tar en av respondentene opp at det er økte krav til spesialisert kompetanse hos de ansatte. I tillegg har gruppen pasienter som har kontakt med psykiatrien en vesentlig kortere forventet livslengde, opptil 20 år innen visse diagnosegrupper. Ikke bare grunnet suicid, men først og fremst på grunn av somatisk sykdom. Det kan derifra falle seg naturlig med et ønske at man innenfor psykiatrien utvikler og innfører standardiserte pasientforløp innenfor diagnosegrupper, og dermed garanterer pasientene en grunnleggende kvalitet i utredning og behandling. Dette i tillegg til økt brukermedvirkning, samt fokus på økt samarbeide med kommunehelsetjenesten og andre viktige aktører.

Pasienten skal også garanteres en god somatisk oppfølging. Her har den politiske ledelsen valgt å ta sin rett å lede igjennom å sette føringer for organisering av pasientforløpene. Å utøve kontroll er et av lederes lederverktøy (Kirkhaug, 2013) her har ledelsen av landets helsetjenester legitime rett å gripe inn å gjøre endringer i overgripende føringer i organiseringen og kraven på hvordan en spesialisthelsetjeneste skal leveres til pasienten. Disse tydelige og ufravikelige krav fra den politiske ledelsen skal altså implementeres i en



organisasjons- og behandlingskultur som er meget mangefasettert, og vant til sterk autonomi. Det er lett å se at dette fører til et komplisert bakgrunns landskap når man nå skal skape felles forståelsesrammer og en felles kultur rundt pasientforløp. Pasienter innenfor samme diagnosegruppe har også kunnet oppleve å få forskjellige forløp i spesialisthelsetjenesten. Forskjeller som ikke har kunnet begrunnes i pasientens behov men havnet under kategorien uønsket variasjon. Med den bakgrunnen er det ikke vanskelig å forstå at innføring av pakkeforløp innebærer store ledelse- og organisatoriske utfordringer. Innføring av et standardisert pasientforløp vil stille tydelige krav på organisasjonens ledelse. Man kan tenke seg flere teoretiske grunnlag for å møte disse ledelsesutfordringer; blant annet hybridledelse, relasjonsledelse og verdibasert ledelse.

Et ytterligere funn er at noen av informantene oppfatter pakkeforløpsmodellen som en dreining mot en mer tradisjonell medisinsk retning, noe som anses som uheldig. Dette kommer til uttrykk fra flere av informantene som viser til at historien pasientene har med seg blir først verd noe når man får symptomene deres til å passe inn i et medisinsk diagnostisk system. Hofgaard (2010) viser til at psykologien ikke har sitt utgangspunkt i sykdomsmodellen, en modell som skiller mellom frisk og syk. Psykologien tar heller for seg hva som er normaliteten og mestringsmuligheten hos pasientene. Når pakkeforløpene skal implementeres er det lagt stor vekt på at de skal bygge på evidensbaserte eller kunnskapsbaserte metoder. I mandatet fra helsedirektoratet står det følgende: «pakkeforløpene skal bygge på eksisterende nasjonale og internasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis» (Helsedirektoratet, 2017) –trekk inn litt fra BUPA

Fra et pasientperspektiv kan vi forstå innføringen av pakkeforløp på en annen måte. Her kan vi tenke at for pasientene vil det kjennes betryggende ut at de får den behandlingen som myndighetene har bestemt er best, og intensjonen er at den skal være like god uavhengig av hvor de bor i landet og hvilken behandler du har. I lys av teorien kan vi se at Ekeland (2015) peker på at profesjonsutøving krever at det er rom for å utvise skjønn og at det er nødvendig med en viss grad av autonomi til tross for en økt standardisering. Det pekes også på utfordringen med å detaljstyre profesjonsutøvere og at det er påkrevd med metodefrihet og autonomi for å kunne utøve sin profesjon. På den andre siden er det muligheter for at det er varierende kvalitet på behandlerne. Noen er mindre gode mens

andre igjen gjør en formidabel jobb. De mindre gode vil kanskje i noen tilfeller utøve et skjønn og bruke sin autonomi som ikke er helt heldig for pasientene. I Ekeland (2015) pekes det på at vi må også studere og lære av de som gjør feil. For å være en god behandler er det en rekke momenter som spiller inn. I følge Hageberg (2009) sier psykolog Arnet at det er ikke nødvendigvis en lang utdanning og erfaring som gjør deg til en god behandler. Det å ha gode empatiske evner, viser stabilitet og forutsigbarhet, anses som viktige momenter for å gjøre en god jobb. Samtidig pekes det på at det er viktig at tanker og følelser utfordres på en slik måte at man får nye perspektiver på sine egne problemer og utfordringer (Hageberg, 2009).

Fra myndighetene får vi opplyst om at pakkeforløpene skal bygge på evidensbaserte eller kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. Kravet om evidensbaserte metoder og tilnærminger stammer fra somatisk medisin. Forskning viser skepsis til at dette kravet gjøres gjeldende innen psykisk helsearbeid. Å forske på hvilken behandling som virker kan by på utfordringer innen vårt fagfelt. Sentralt i funnene og som flere av informantene viser til, er at i den kliniske hverdagen møter behandlerne ofte på pasienter som har flere enn en diagnose og de er gjerne komplekse. De spør seg om hva er evidensen for dem? Den kliniske erfaringen kan i denne sammenhengen anses som den beste evidensen. Så spørres det om retningslinjene som helsedirektoratet utarbeider gir de som skal behandle pasienten stort nok handlingsrom til å utvise klinisk skjønn, noe som informantene mener er en forutsetning for at autonomien skal kunne ivaretas. Sett fra pasientenes ståsted og deres syn på hvordan helsevesenet fungerer i dag vil nok svarene være svært ulike avhengig av diagnose og hvor de bor i landet. Det er ikke til å legge skjul på at bredden av fagkompetansen er plassert på de store sykehusene. Pasientene kan i dag oppleve å få ganske forskjellig behandling for de samme diagnosene, selv på lokalt nivå. Det kan forstås med at den enkelte terapeut eller behandler har en stor grad av autonomi som gjør at han eller hun kan tilby akkurat den behandlingen de mener er mest hensiktsmessig for pasienten, og som de kanskje har spesialisert seg på. For pasienter som ikke mottar det som er å anse som den «beste» behandlingen kan det oppleves urettferdig (Helsetilsynet, 2008). Intensjonen til pakkeforløp er nettopp at uønsket variasjon skal reduseres ved at det skal tilbys lik behandling for like diagnoser, og ikke minst, uavhengig av hvor du bor i landet.

## **7.2 Forandringstretthet**

La oss se nærmere på noen prosesser i klinikken. Når man i slutten av 2018 startet prosessen rundt innføringen av pakkeforløpene hadde klinikklederen ikke en helsefaglig bakgrunn. Klinikken hadde da under flere år vært under stort økonomisk press og flere strukturelle endringer ble utført. Blant disse var nedleggelse av flere enheter og man gikk fra døgn til dag, det vil si å der det var mulig å erstatte døgnbehandling med poliklinisk behandling. Ledelsen valgte å ta et organisatorisk fokus der kontroll over økonomien var den sentrale oppgaven. Ute i klinikken var det en opplevelse av at faget ble nedprioritert. Samtidig som prosessen under høsten 2018 startet med å forberede ansettelse av ny klinikkleder så rullede man ut pakkeforløp i psykiatrien med start i Nasjonal Lanseringskampanje, 12. September 2018. Høsten 2018 så startet klinikken med arbeidet å informere de ansatte om de nye pakkeforløpene og om de krav som følge med disse.

Men man beskriver også innenfor spesialisthelsetjenesten en forandringstretthet. Endringer oppleves som at de kommer slag i slag uten at man får mulighet å stabilisere mellom endring i krav og organisasjon. Til dette kan man legge konsekvensen av de eksisterende rammebetingelsene; ikke økte budsjettmidler, underdimensjonert med hensyn til fagfolk, mangel på spesialister og spesielt psykiatere. Uansett grunn tenker vi at dette representerer en ikke uanselig ledelsesutfordring. Hvordan skal ledelsens jobbe for å finne igjen de ansattes indre motivasjon for å engasjere seg aktivt i implementeringen av pakkeforløpene, som skal være et kvalitetshevende tiltak?

I starten av 2019 fikk klinikken en ny klinikkleder med helsefaglig bakgrunn, spesialist i psykiatri, som også har erfaring fra forskning. Kan dette bidra til å finne løsninger på ledelsesutfordringene? Kan dette med å kombinere faglig god ledelse med det stadige behovet om å redusere kostnader forenes? Dette er en stor utfordring som den fremtidige klinikkledelsen må løse. Vi tenker at bruk av strategier under hybridledelse, med fokus på høy faglig standard og utvikling med økonomisk styring, kan være en måte å nærme seg utfordringen. Det med den heterogene psykiatrien som beskrives i innledningen av diskusjonen gjenspeiles i blant annet i enhetenes forskjellige forutsetninger for å implementere pakkeforløpene.

I den poliklinikken vi har valgt å se nærmere på har også de over år stått i de samme utfordringene som beskrevet over. Som det er beskrevet i innledningen så har man de senere år innenfor helsevesenet hatt et større fokus på å systematisk minske uønsket variasjon i alle ledd innenfor et pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Helsereformene har stått i kø og det har stilt store krav til omstillingsevne og nytenkning både fra ledelse og ned til den enkelte kliniker. Drift påvirkes også av føringer fra Ny helse og sykehusplan, Opptrappingsplan barn og unges psykiske helse og strategien «Mestre hele livet». Felles målet er at flere unge med psykisk lidelse skal mestre livet sitt og leve aktive liv. Derfor må vi ha et kreativt blikk på løsninger. Tidligere stod de behandlerne i stor grad fritt til å selv definere hva utredning og behandling av pasientene skulle bestå i og hvor lenge pasienten kunne tilbys et forløp. Det var i liten grad fokus på ventelister, evidensbasert behandling og forløpstenkning. Likevel er beskrivelsene fra tidligere at man hadde god tid, pasienten i fokus og hadde god tid til både relasjonsetablering og lange prosesser. De senere år har dette endret seg, reformene har kommet på løpende bånd de senere år og praksis har endret seg dramatisk både med tanke på struktur og faglighet. Det er klart omstillingen for enkelte ble beskrevet som både voldsom og en rasing av tilbudet i psykiatrien.

Ved valgt poliklinikk ble en av psykiaterne valgt ut til å være deltakende i den nasjonale arbeidsgruppen for pakkeforløp. Dette gav enheten et godt innblikk i prosessen og tilgang til god og jevnlig informasjon som var relevant for gjeldende praksis. Det ble dermed en opplevelse av tidlig kunne informere ut i organisasjonen om hva pakkeforløp kom til å innebære samt starte en prosess med interne arbeidsgrupper for å se på egen virksomhet og dreie mot nye krav som var ventet. Det ble etablert en arbeidsgruppe i avdelingen bestående av ulike fagprofesjoner som sammen skulle se utover rammen i reformen og rette fokuset på det faglige innholdet. Dette ble en krevende prosess både for ledergruppen og deltakerne i arbeidsgruppen da praksis ved de ulike enheter var svært ulik og det var sterke faglige krefter i sving. I tillegg gjorde store geografiske avstander det vanskelig å etablere en lik praksis da også førstelinjetjenesten var så ulik ved de ulike lokasjonene. Det var likevel av stor betydning at arbeidsgruppen fikk drive fram dette prosjektet med tanke på implementering og eierskap til prosjektet. Det ble ansett som en stor fordel at det faglige innholdet ble definert blant behandlerne og spesialistene som står for den utøvende praksis av faget i avdelingen. Det var stort fokus på «Bottom up». Gjennom å jobbe med

engasjementet hos de ansatte, sette av tid på felles møter, fagdager, dele informasjon og åpne for spørsmål jevnlig underveis så var erfaringen at dette ble en godt forankret prosess fra den operative kjerne til toppen.

Erfaringene underveis tyder likevel på at det er en varierende opplevelse blant de ansatte hvordan og hvor mye ledelsen har tatt grep om implementeringsprosessen. Det nevnes fra ulike hold at «dette gjør vi allerede», hos noen er det en mer avventende holdning, og et preg av at man ikke er kommet skikkelig i gang, og at man ikke har fått tilstrekkelig opplæring og informasjon. Noen ledere beskriver problemene de måter når de forsøker å tilpasse og løse det som de opplever som et direktiv fra «oven», fra helsemyndighetene. Det skjedde mye i forkant av innføringen i form av konferanser og informasjon, men hvordan implementeringsprosessen skal skje lokalt styres i liten grad. Det er i stor grad opp til lokal ledelse hvordan det gjøres. Våre informanter beskriver at opplevelsen nok er varierende når det gjelder opplevelsen av hvorvidt ledelsen har tatt omfattende grep når det gjelder involvering, og vært opptatt av å etablere et eierforhold til pakkeforløp. Denne opplevelsen fremstår å være mer synlig for leder som står nært behandlergruppen i det daglige. Både Erik og Anna løfter fram opplevelsen av å være overlatt til seg selv med å løse oppdraget til tross for at det er en nasjonal føring.

Enheten for Kognitiv Terapi, Leknes, er et annet eksempel på hvor en bottom-up prosess, med faglige bakteppe, lagt til rette for implementering av pakkeforløp. Enheten var tidligere Dagenheten Leknes, Lofoten DPS, PHR-klinikken, Nordlandssykehuset. For seks år siden fikk alle ansatte med treårig høyskoleutdanning en to-årig utdanning i kognitiv terapi. Etter prosessen der de alle fikk en felles forståelsesmodell, et felles kulturgrunnlag, begynte gruppen å arbeide mer med systematiske og individualiserte behandlingsopplegg for pasientene. Den spesialistressursen som var knyttet til enheten kom kun et par timer per uke og hadde veiledning med de ansatte. Ved innføring av mer strukturert pasientbehandling, så økte også behovet for en spesialistressurs. Dette ble tatt opp med ledelsen som la til rette for å ansette en psykologspesialist på heltid. Sammen med spesialisten og i samarbeid og dialog med enhetsleder, ble det lagt opp til standardiserte forløp med individtilpasset behandlingsinnhold. For å markere både endringen i det faglige innholdet og den organisatoriske endringen, la man frem forslaget til avdelingsleder om

bytte av navn til Enheten for Kognitiv Terapi da dette mer gjenspeiler virksomheten. Når pakkeforløpet skulle innføres hadde enheten altså etablert standardiserte pasientforløp på eget initiativ fra de ansatte. Vi velger å se hele denne prosess som mye styrt av verdibasert ledelse så som den presenteres av Kirkhaug (Kirkhaug, 2013 og 2015). Det ble lagt ned stor innsats og mye tid for lede medarbeiderne i en ”bottum-up”-prosess i å endre og omstrukturere måten de arbeidet på til en både faglig og økonomiske mer hensiktsmessig måte å arbeide på. Igjen, her blir lederutfordringen ved innføringen av pakkeforløp av en helt annen karakter enn på en enhet der strukturerte forløp ikke allerede var en del av en enhetlig praksis. Vi tenker at også her vises det som nevnes i intervjuet med en av respondentene at en bottom-up prosess innebærer et stort eierskap til utviklingen og gir mye motivasjon hos de ansatte. Man kan resonere at med eierskap til fremgangen kommer også eierskap til de problemer som må løses på veien. Dette gir mindre avmakt og øker engasjementet hos de ansatte.

### ***7.3 Standardisering, mer likhet i tilbudet***

Det er altså større eller mindre ledelsesutfordringer med å implementere pakkeforløpene på forskjellige enheter på klinikken. Alt etter hvordan enhetene fungerte før kravet kom om pakkeforløpene. Et av målene med pakkeforløpene er å minske heterogeniteten i pasientforløpene. På hvilken måte lederne håndterer utfordringen avhenger av hvordan tidligere, eller aktuell, ledere har bygd opp virksomheten. En ledelsesmodell kommer derfor ikke til å passe alle enheter, og det stiller store krav ikke bare på enhetsledere, men også på den overgripende klinikkledelsen. Å ha god kjennskap til forskjellige ledelsesteorier, og å kunne veksle mellom tilnærminger ut fra den aktuelle situasjon tenker vi burde være en styrke her. Dette er også noe som en av respondentene tar opp; at denne svært omfattende reform kanskje har behov av flere lederstiler og teoretiske tilnærminger.

I vårt intervju kommer det klart frem at man i PHR-klinikken på Nordlandssykehuset har arbeidet med fokus på medvirkning, ikke bare i ansattgruppen men også brukerorganisasjoner, i implementeringen av forløpene. Fokus på økt brukermedvirkning er helt i tråd med intensjonen i pakkeforløpene, samt gjennom arbeid med medvirkning i

ansattgruppen legges grunnlaget for å forankre implementeringen; å skape et eierforhold til utfordringene slik at man kan ha fokus på løsninger. Dette har man gjort blant annet gjennom å bruke mye tid på informasjon i lederlinjene samt i møter med de ansatte i avdelinger og enheter, samt å engasjere fagfolkene gjennom dialog. Denne prosess er igjen noe vi kjenner igjen fra verdibasert ledelse (Kirkhaug, 2013 og 2015)

#### **7.4 Økonomi (rammebetingelser)**

Når det kommer til rammebetingelsene for de nye pakkeforløpene står helsevesenet innfor utfordringer, både store økonomiske utfordringer og utfordringer ved rekruttering og stabilisering av spesialister, og der fremfor alt psykiatere. Dette gjelder ikke minst PHR klinikken på Nordlandssykehuset, som i 2019 gikk med mange millioner i underskudd, og 2020 lover ikke bra men vi vet ennå ikke hvor det bærer med tanke på Corona smitten. Skriv litt om økonomien til BUPA Mangelen på psykiatere bidrar sterkt til dette da det innebærer at klinikken må leie inn dyre vikarier i stort sett alle avdelinger.

Gjennom pakkeforløpene garanteres pasientene at hvert forløpet skal kvalitetssikres av spesialist, med dette menes det at hver enkelt pasient i et pakkeforløp innenfor psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, skal få møte en spesialist, noe som er nytt. Dette innebærer at mangelen på spesialister, frem for alt psykiatere, fremstår enda tydeligere enn før. Psykisk Helse og Rusklinikken ved Nordlandssykehuset har i dag cirka 30 ubesatte spesialiststillinger og på. BUPA har i mai 2020 2 ledige overlege stillinger. Det er definitivt en stor utfordring for ledelsen å få ligningen til å gå opp med økende krav på spesialistfunksjoner, mange vakante spesialiststillinger og fortsatt økende krav på innsparing. I tillegg til dette må man arbeide med rekruttering og stabilisere samtidig som man trenger å ha fokus på å beholde de spesialister man har i en belastet arbeidssituasjon. Dette blir også en utfordring da spesialistenes arbeidsoppgaver endres i sammenheng med innføringen av pakkeforløp. Det blir mindre av egen pasientbehandling, mer vurderinger og kvalitetssikring i tillegg til ytterligere krav om administrative oppgaver. Allerede nå viser gjentatte undersøkelser blant leger at rene administrative oppgaver kontinuerlig øker. I 2014 brukte overleger og leger i spesialisering, i snitt 56% av sin arbeidstid til administrative oppgaver (Rosta og Gjerløw,

2016). En ledelsesutfordring blir da å ta stilling til om dette er rett bruk av spesialistressurser. Man kan stille seg spørsmålet om dette fremmer rekruttering til faget og ikke minst til spesialiteten psykiatri? I tillegg, som tidligere nevnt, koster det store penger å ta inn vikarer i stedet for å ansette spesialister i faste stillinger. Spesialister i fast ansettelse er også viktige når det gjelder å bidra til utviklingen av en klinikk/avdeling/enhet, noe som vikarleger gjør i begrenset grad. I dette ligger igjen en betydelig lederutfordring. Hvordan kan man arbeide på en måte slik at spesialistene føler seg delaktige i de prosesser som er nødvendige for å implementere pakkeforløpene? Hvordan kan man arbeide for å få de endrede arbeidsoppgavene til å bli ansett som noe positivt, i stedet for en del av trenden med redusert tid til direkte pasientarbeid? Hvordan kan man arbeide for å styrke samarbeidet mellom personalkategorier, og også mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten? Det siste er ikke minst viktig da pakkeforløpene også gjør det tydeligere hvilke pasienter som skal ha hele forløp i spesialisthelsetjenesten, eller når behandlingen i spesialisthelsetjenesten kan avsluttes. Spesialiteten psykiatri har av tradisjon, og nødvendighet, hatt lange pasientforløp så dette er også en endring. Å overbygge disse utfordringene stiller store krav til ledelsen og gir store ledelsesutfordringer.

Selve pakkeforløpene er kontroversielle i psykiatrien da man er redd at hver behandlers autonomi skal reduseres; autonomien til å bruke klinisk skjønn. Sånn som vi oppfatter intervjuobjektene er det ikke en motsetning mellom å bruke klinisk skjønn i selve behandlingen, og mot å følge det forløp som pakkeforløpene legger opp til. Det finnes allerede nasjonale retningslinjer både hva gjelder prioritering av rett til helsehjelp, og for valg av validert og kunnskapsbasert behandlingsmetodikk innenfor flere diagnosegrupper. Også her er det viktig med tillitsskapende ledelse for å trygge behandlere på at dette kommer å bli håndtert på en god måte av ledelsen. Man kan se til teoritenkingen innenfor hybridledelse når det kommer til hvordan denne utfordring skal håndteres; hvordan lede sterke faggrupper, som for eksempel ekspertgruppen i en kunnskapsbedrift. Hybridlederens sin oppgave vil være å binde sammen de to verdener, den faglige verden og den profesjonelle ledelsesverden, og utvikle nye praksisformer fra begge. Vi tenker det kommer være en helt avgjørende suksessfaktor hva gjelder utrulling av pakkeforløpene, og er en av de ledelsesutfordringene som må håndteres.



Man kan teoretisere rundt det at ha en klinikkleder med helsefaglig bakgrunn, i dette fall en spesialistlege, kan være en fordel for å få legitimitet i faggruppene, herunder ekspertgruppen. Dog kan en ulempe være at klinikkleder da også forventes å være lojal med behandlergruppen/ekspertgruppen og fokus på økonomiske rammer kan oppleves som illojalitet av ekspertgruppen. Samtidig er det viktig at lederen har tilliten fra sin ledergruppe i organisasjonen hva gjelder fokus på kostnader, kostnadseffektivitet og å styrke den økonomiske kontrollen i en organisasjon som har et kraftig budsjettunderskudd på flere nivåer i organisasjonen. I dette å handtere denne utfordringen, å stå i spagat mellom forskjellige gruppers krav og forventinger, kan det være en støtte å ikke bare ha god kjennskap til hybridledelse, men også gode kunnskaper i hvordan man operasjonaliserer teorien og omsetter den i praksis. Også, som ledere å ha tilegnet seg ferdigheter til å kunne bevege seg mellom de forskjellige områdene/egenskapene i PAIE- modellen (figur 2).

Vi noterer at intervjuobjektene i høy grad er samstemmige i sine svar rundt implementeringen av pakkeforløpene. Dette kan ved første blick synes som forventet. Man kan allikevel stille spørsmål om det per automatikk blir en slik samstemmighet. Klinikkleder har sin egen ledelse som setter krav, rammer og betingelse for de oppgaver som klinikken skal utføre. Å klare å formidle dette utover i organisasjonen, via forskjellige ledernivåer, slik at man får en felles forståelse av oppgavene og utfordringene stiller store krav til god ledelse. Vi tenker at i en slik utfordring blir det veldig viktig med relasjonskompetansen. Relasjonsledelse med dialog, likeverdighet og tillit, er viktige deler når man skal håndtere de utfordringer som klinikken og avdelingen har. Vi har nevnt noen av disse utfordringene tidligere; pressede ansatte på akutenheten, generell mangel på spesialister og krav på kontroll over økonomien og ett budsjett i balanse. Men også dette med å finne et felles verdigrunnlag for å finne den nødvendige balansen mellom kontroll og tillit.

Det kommer med all sikkerhet å kreve både kreativitet og innovasjon for å overbygge de utfordringene som klinikken allerede har og står ovenfor. Begge disse egenskapene kjenner vi igjen i entreprenørfunksjonen så som den beskrives i PAIE-modellen (figur 2). Dog er det lett å se at de andre rollene som Strand beskriver i PAIE-modellen på lik linje er viktige, ikke minst den viktige integratorfunksjonen, her trenger man de skapende kreftene hos felleskapet for å lykkes.

En av intervjuobjektene nevner i intervjuet at han er tilhenger av og prøve å praktisere relasjonsledelse. Vi tenker at fokuset på relasjonsledelse kan være en viktig måte å håndtere behovet for å finne en vei til en felles kultur. Målet er å finne veier til konstruktive "bottom up"-prosesser der arbeidet står godt forankret hos de ansatte i virksomheten. Forhåpentligvis kan det være en vei å forene alle de elementene i en kunnskapsbedrift, en organisasjon med profesjonsutøvelse, som samtidig står under både sterk politisk og økonomisk styring.

Forutinntatte holdninger til hva pakkeforløp er kan vanskeliggjøre jobben, og lederne må tidlig ta ansvar og forberede de ansatte på at pakkeforløpet er kommet for å bli. Kultur på arbeidsplassen vil få avgjørende betydning for om den fulle implementeringen vil lykkes eller ikke. Ledere vi har intervjuet viser til erfaring med at informasjon breddt ut over lang tid være svært effektivt. Sette av tid til fagdager der man kombinerer informasjon med mulighet til spørsmål og drøfting av problemstillinger kan ha god effekt. Vi mennesker er stort sett skapt slik at vi foretrekker forutsigbarhet og kontroll. Ved endring settes store følelser i sving og det skapes fort en ubalanse i teamet. Informasjon i kombinasjon med kompetanseheving og fokus på arbeidsmiljø danner et godt grunnlag for implementering av nye metoder og tankesett. For et medlem av team er det å bli sett og opplevelsen av å bli ivaretatt i endringsprosesser beskrevet som verdifullt og skaper gjerne også ny både indre og ytre motivasjon i arbeidet. Selv om implementering og rammeverk ikke er det fagfolk på vil høre mest av, har ledere registrert at gjennom og systematisk snakke om dette og forståelsen av hvorfor dette er viktig, så begynner de ansatte å utvikle mer forståelse og aksept for at den jobben man gjør med tall og kvalitetssikring har en betydning også for det kliniske arbeidet. Økt byråkratisering er også et sentralt tema.

Tillit nevnes som en viktig faktor for å lykkes fullt med implementeringen av pakkeforløp i psykisk helse og rus klinikken. Tillit kan i denne sammenhengen forstås som «en positiv forventning om at en annen person gjennom ord, handlinger og beslutninger ikke vil handle rent opportunistisk» (Kaufman og Kaufman 2009:359). Så da blir spørsmålet om en leder som ikke har tillit vil lykkes i en endringsprosess? På den ene siden kan vi svare nei på dette spørsmålet. En ledelse som ikke har tillit står i fare for å stampe i motstand og ikke komme noen vei. Årsaken kan ligge i at de ikke får de ansatte med på å gjøre endringer. På den

andre siden vet vi at tillit henger sammen med troverdighet og at tillit kan gjenopprettes ved å være troverdig, som betyr at det må være sammenheng mellom det du sier og det du gjør. Handling teller som kjent mer enn ord. Troverdighet henger sammen med hvordan ledelse oppfattes og rettferdiggjøres. I lys av teorien til Strand (2001) bringer han inn viktige momenter gjennom sin teori når han snakker om kulturaspektet som innvirker på ledelse av organisasjonen. Han snakker bl.a. om grunnbetingelsene for ledelse og at disse må være tilstede om en skal oppnå en legitim ledelse. For at ledelsen skal kunne oppnå legitimitet på et bredt grunnlag i organisasjonen må et sett av grunnfestede oppfatninger om ledelsen finnes og de må til en viss grad være felles hos alle ansatte i organisasjonen. Med bakgrunn i teorien og PAIE modellen, ønsker vi i denne sammenhengen å se nærmere på lederen som integrator. For ledere er det i en implementeringsprosess viktig med diskusjon og åpenhet, noe som flere av informantene er opptatt av. En av informantene som har erfaring med pakkeforløp var opptatt av at man må snakke ofte om det som skal implementeres og vise vei til de som ikke er like dedikerte. Tilbake til PAIE modellen som kan vise at i rollen som integrator er lederen opptatt av høy oppslutning og det moralske står sterkt. Utvikling av organisasjonen og det å få de ansatte med anses som viktig. Et annet perspektiv på lederens rolle finner vi ved å se på lederen som produsent, en rolle som er nært knyttet opp til å være leder i en ekspertorganisasjon. Det å være resultatorientert og oppgavefokusert er to sentrale egenskaper som ligger nært opp til denne rollen. Ved å bringe inn kulturaspektet og hvordan lederen tilpasser seg i sin rolle kan være en avgjørende faktor for hvor godt implementeringen lykkes i en organisasjon. Men ledere kan også dra nytte av å se kulturaspektet andre veien, dvs. ut i personalgruppen. Er ansatte som yter motstand «vanskelige» ansatte, eller kan kulturperspektiv hjelpe lederne til å se at dette handler om mer en enkeltpersoners interessekonflikter. Legitimitet gir ledere en viss grad av makt. Vi kan likevel ikke komme bort fra at kulturen i de nordeuropeiske landene har et syn på ledelse som aksepterer større grad av usikkerhet, og ledelsens makt og posisjon tones betydelig ned (Strand, 2001).

Informantene viser til et annet interessant funn som kan spille en stor rolle ved implementering av nye ideer. Forutinntatte holdninger pekes på som en viktig faktor. Flere av informantene uttrykker skepsis til innføringen av pakkeforløp både som metode, men også en skepsis mot noe nytt og delvis ukjent. For behandlerne betyr det mer administrativt

arbeid, noe de uttrykker skepsis mot. Denne motstanden kan sees på som en hemmende faktor for lederne som vanskeliggjør implementeringen. Videre funn peker på at enkelte av lederne selv har noe preg av negativ holdning mot pakkeforløp, men også at de er forutinntatt med tanke på terapeutenes ståsted. I et vidt perspektiv kan vi tenke at deres forutinntatthet kan være både positivt og negativt i den forstand at de uansett vil tilstrebe å overbevise klinikerne om at pakkeforløp vil være en hensiktsmessig måte å jobbe etter og vil være til det bedre for pasientene.

I følge Brønn og Arnulf, (2015) har Kotter (1996) også sagt at ledere må evne å skape et bilde av hvordan de fremtidige endringene vil se ut, og ikke minst hvordan organisasjonen skal komme seg dit. Vi snakker selvsagt om å det å sette mål (Brønn og Arnulf, 2015). En av informantene som er litt redd for at ansatte skal få presentert visjoner som ikke stemmer med virkeligheten. Informanten mener at det kan være en hemmende faktor dersom målet ikke står i forhold til realitetene, og er redd for at de ansatte vil gi opp og miste interessen. Vedkommende viser til hva som kan skje ved å sammenligne det med en mislykket søppelsorteringsordning. Alle sorterer helt til de finner ut at alt søppelet går i samme konteiner likevel. Da hjelper det ikke at renovasjonsselskapet sier at de skal de gjøre dette på ordentlig om et par år. Tilliten til selskapet eller ledelsen er da allerede brutt. Pakkeforløpene er på en måte en visjon som er idealisert igjennom et sterkt ønske om å få til en bedre tjeneste for pasientene. Men vi kan jo spørre hvordan en visjon av et slikt stort format kan motivere et helt fagfelt til å følge etter. Vi skal komme tilbake til konsekvensene av å forsøke å lede noen i en retning de ikke vil når vi skal snakke om motstand. Det å oppnå mål er en sentral del av det å være leder, men som sagt, en leder klarer det best ved å samvirke med andre ( Strand, 2001). For å kunne lykkes med store organisasjonsendringer kan det være hensiktsmessig at ledelsen inngå avtaler om samarbeid som styrker ansvarsfølelsen hos de ansatte. Vi snakker da om samhandling, som gjerne er litt mer forpliktende enn det som ligger til ordet samarbeid. En utfordring som ledere kan møte ved implementering av pakkeforløp kan være utydelighet mellom mål og arbeidsdeling på de ulike nivåene. Dette kan sees på som en hemmende faktor. På en annen side vil man kunne styrke ansvarsfølelsen hos den enkelte hvis man er tydelig på mål og har god samhandling, noe også informantene er opptatt av. Dette kan sees på som en fremmende faktor ved implementering.

Når helsedirektoratet sier at et av målene er en mer effektiv tjeneste, vil kanskje noen nikke og si ja, det var på tide, mens andre vil riste på hodet og si at ordet effektivitet ikke passer inn i vårt fagfelt. Myndighetene bruker begrepet effektivitet i målsettingen til pakkeforløpene. Kravet om effektivitet kan være utfordrende å imøtekomme. Det vil kreve involvering av både behandlere, ledere og merkantilt personale for å imøtekomme kravet, definiensen kan være ressurskrevende for hele organisasjonen. Kravet om effektivitet kan sees som en hemmende faktor dersom det er økonomiske mål som ligger bak. Det er imidlertid grunn til å diskutere hvordan effektivitet kan forstås i denne sammenhengen. En pasient som får tilbud om ti timer behandling, der målet er at da skal behandlingen være ferdig, kan fort oppleve at han slett ikke er ferdig behandlet ved avslutningen. Konsekvensen av dette kan være at pasienten må tilbake i behandling etter et halvt år. Fra et annet perspektiv kan kravet om effektivitet sees på som en fremmede faktor ved at flere pasienter kommer raskere til behandling. En av informantene uttrykker bekymring når han snakker om effektiv behandling.

I lys av teorien til Bryn (2015) kan det sees på som et paradoks at effektiviteten til terapeutene blir fulgt med og målt på det meste, men når det kommer til det faglige innholdet, om pasientene blir bedre og er fornøyde med behandlingen de får, er det ingen parametere som sjekker det. Kotter (1996) ifølge Brønn og Arnulf (2015) har sagt at visjoner alene ikke er nok, en må også være i stand til å handle i tråd med visjonene. For å klare det må barrierer fjernes, mener han. Barrierer kan være så mangt, men i denne sammenheng har vi lyst til å trekke frem byråkrati som en mulig barriere. En av informantene er redd at behandlerne vil oppfatte pakkeforløp som enda mer detaljstyring og dermed resignere. Sett i lys av teorien til Ekeland (2015) som beskriver det at langsiktige konsekvenser av økt byråkratisering kan prege kunnskapstunge aktører til å resignere, gir dette støtte til informanten sin uttalelse. Det fremkommer at sykehusansatte bruker allerede i dag svært mye tid på å dokumentere at de gjør det myndighetene sier de skal gjøre. To av våre informanter har nevnt tid som en barriere, noe som kan sees på som en hemmende faktor. Rett nok gir de to informantene tidsaspektet to forskjellige betydninger, men begge ser det som er barriere. En snakker om tid i den forstand at planen med å innføre pakkeforløp går for fort, mens den andre snakker om tid som i mer bruk av tid. Innføring av pakkeforløp i fagfeltet psykisk helse og rus ligger an til å bli en av de største omveltningene dette fagfeltet

har sett i nyere tid. Derfor må vi forvente at det vil kreve mer enn bare tid for å komme i mål.

Våre informanter er bekymret for mer tidsbruk og byråkratiske systemer. Informantene legger vekt på at sykehusvesenet allerede i dag opplever en stadig økende grad av detaljstyring og byråkrati, bl.a. i form av høyere krav til dokumentasjon. På den andre siden problematiserer informantene hva som kan skje om det ikke finnes administrative systemer til å fange opp ansatte som ikke følger retningslinjene i pakkeforløpene. Dette kan også forstås som organisasjonens behov for å ha klare mål. Hvilke konsekvenser kan organisasjonen få av å ha en utydelig styringsstruktur. Informantene peker videre på at ansatte har mye makt og at denne makten kan brukes til å avvike fra ledelsens vedtak. Vi kan i denne sammenhengen forstå at både kultur på arbeidsplassen og at lederne er tidlig ute med informasjon kan være utfordrende under implementeringsfasen.

En kan tenke seg til at på bakgrunn av en økende grad av byråkratiske systemer kan oppstå ulike lederparadokser som kan være utfordrende. I en ekspertorganisasjon kommer dette til uttrykk fra teorien til Strand (2015) som beskriver ulike leder paradokser. Å innføre en økt standardisering og dokumentering til ansatte med høy grad av selvstendighet og autonomi kan være utfordrende. Økende krav til effektivitet er også et omfattende paradoks. Fagfolkene har sine argumenter basert på faglige synspunkt, mens lederens ofte blir begrunnet med økonomiske hensyn. Dette kan sees på som en hemmende faktor om lederne ikke har stor nok faglig legitimitet i organisasjonen. Hvis vi ser til lederparadoks i en byråkratiorganisasjon er det nærliggende å anta at det ved ytterligere byråkratisering er systemer som er mer mottakelige for endringen. I så måte kan det tenkes at det kan være mindre utfordringer for lederne i slike organisasjoner. Det er lagt opp til mer formelle systemer og det er en formell ledelse som sitter på topp. Det er mindre rom for å utvise skjønn i disse organisasjonene på bakgrunn av de formelle retningslinjene (Strand, 2015).

## 8. Konklusjon

Vi har i denne oppgaven sett på hvilke erfaringer ledere i Psykisk helse- og rusklinikken har gjort i forbindelse med implementering av pakkeforløp ved Barne- og ungdomspsykiatrien i Nordland. En innføring av en ny og omfattende kursendring i sykehusene i forbindelse med innføring av pakkeforløp vil gi ledere og ansatte nye utfordringer. Vi bygde opp intervjuguiden på en nøytral måte slik at de svarene vi fikk ikke skulle la seg farge av det som måtte være av våre forutinntatte holdninger til innføring av pakkeforløp. Vi møtte tre interesserte og engasjerte informanter som hadde klare meninger om innføring av pakkeforløp og til dels var ganske enige, men som er klar på at det er utfordringer i klinikken og ingen enkel oppgave å få innført pakkeforløpet uten ekstra penger og ressurser. Motstanden gikk i første rekke på at lederne mente at de ville kunne støte på stor motstand i personalgruppen fordi behandlernes autonomi kunne stå på spill og at fagfeltet nå stod overfor en økt byråkratisering. I løpet av denne studien har vi bl.a. rettet søkelyset mot ledernes utfordringer implementeringen av pakkeforløp og hvordan det har gått. Vi hadde et spesielt fokus på hva informantene mente kunne være hemmende eller fremmende faktorer i prosessen med å implementere en ny organisasjonsside. Et av funnene og som er et gjennomgående trekk som vi finner hos flere av våre informanter, er at de fremholder en tydelig ledelse som et viktig kriterium for å lykkes med implementering. De viser til at det er ikke nok å snakke om det som skal implementeres en gang. Det er noe som bør snakkes ofte om i de fora som er tilgjengelig. I forhold til funn er det en av informantene som mener at hvis lederne ikke prioriterer, har tro på det og er interessert i det som skal implementeres, er det fare for at det blir en mislykket prosess og alt faller bort. Et ord som flere informanter nevner er ordet framsnakke, som i denne sammenheng vil bety å snakke positivt om det som skal implementeres. Å framsnakke oppfatter vi derfor å være en måte å kommunisere en mening eller et budskap som har som mål å skape tillit, som i dette tilfelle vil være tillit til innføringen av pakkeforløp. Vi finner at dette er en fremmende faktor som ledere bør kjenne til i implementeringsarbeidet. Dette finner vi støtte i når vi leser boka til Brønn og Arnulf (2015). De snakker om effektiv kommunikasjon når de beskriver suksesskriterier som må til for lykkes med store organisasjonsendringer bedring hos en pasient. Et annet aspekt som vi ser har engasjert informantene, er hvordan pakkeforløpsmodellen ser ut til å nærme seg de medisinske modellene.

For å lykkes med implementeringen tenker vi at det å legge vekt på verdibasert ledelse – skape en lærende og involverende kultur som handler om utvikling av lederens (og medarbeidernes) personlighet. Virksomheten må være arena for læring og vekst. Kommunikasjon og tilstrekkelig opplæring. Flexibilitet og mulighet for individuell tilpasning. Hvis forløpene operasjonaliseres slik at de fungerer godt i bruk i pasientbehandlingen, og man gjennom involvering av ledere og god implementering sikrer tilslutning og «eierforhold» til pakkene i klinikerne som bruker disse, kan man lykkes.

Det er valgt en fenomenologisk analyse i denne oppgaven. Fenomenologien har som utgangspunkt å studere noe man forstår intuitivt, og det skjer ikke nødvendigvis her.

Vår studie har gjort oss nysgjerrig på hvordan fagfeltet vil ta imot disse endringene og hvilke konsekvenser det vil få for de ulike aktørene fremover. Vi er spent på veien videre for pakkeforløpene og hvordan verden ser ut om 1 år, vi vil samtidig påpeke at pakkeforløp er nytt og det er skrevet lite om pakkeforløp i psykisk helse og rus. Her vil det trenge mer studier og videre forskning.



## Sluttord

Et par dager ut i mars opplevde vi at verden, slik vi kjenner den, mer eller mindre ble snudd på hodet nesten over natten. Vage nyheter om en epidemi, ekstra råd om å være nøye med håndhygiene, noen få ansatte på hjemmekontor og generelle influensatiltak gikk brått over til at samfunnet nærmest over natten ble stengt. Covid-19 var et faktum som skulle prege oss stort i dagene og månedene som fulgte. På hjemmebane ble det en ny hverdag med egne barn som skulle ivaretas med hjemmeskole, fritidsaktiviteter ble avlyst og det meste av tilbud ellers i samfunnet ble enten stengt eller sterkt begrenset. Det var et sjokk da man summert seg hjem fra jobb en av disse dagene, fokus var fremdeles at dette skulle vi håndtere og at det var viktig å holde fokuset. Oppdaget fort at verden utenfor var fullstendig satt ut av spill, hyllene på matbutikken var tomme og man møtte folk med hauger på handlevognene på matbutikken. Husker at følelsen man fikk var at situasjonen var fullstendig absurd. Realiteten og det potensielle omfanget av dette slo for alvor inn jobbmessig fredag 13 mars. Alle vanlige driftsmøter møter ble avlyst og krisemøter pandemi nærmest kappet om plass i timeplanen på jobb. Nye rutiner måtte utarbeides, tiltakskort pandemi ble rullet ut og skulle iverksettes i alle ledd. Dette var virkelig en prøvelse der alle mann i arbeid brått fikk en ny mening. Pasientlistene ble kategorisert med grønn, gul, rød for å kunne prioritere de sykeste. Man måtte sette inn nye tiltak smittevern, hvordan klare opprettholde en viss drift for å ivareta de mest sårbare pasientene samtidig som ivareta smittevern for de ansatte på jobb. En massiv opplæring av alle ansatte innen bruk av videokonsultasjoner ble gjennomført, ansatte i risikogrupper ble satt på hjemmekontor og pasientflyt inn i poliklinikk ble redusert til et minimum. Det ble iverksatt planer for omdisponering av personell både internt i avdelingen knyttet til prioritert drift ved akuttenehet samt medisinskfaglig personell til nyopprettet Covid post i somatikken og øvrige somatiske avdelinger.

For oss som jobber i spesialisthelsetjenesten gjelder det nå, mer enn noensinne, å bidra til den kollektive dugnaden. Alt fokus og energi går med til å bidra der det trengs. Det er ikke et tema med hjemmekontor, her er man i front. Det er ikke til å legge skjul på at også masteroppgaven vår preges av nåværende situasjon. Det er krevende tider, man har vansker med å finne ledig tid til å fokusere på både temaet og skriveprosess. Man påvirkes i mye

større grad enn hva man tror av situasjonen både fysisk og mentalt. Man kjenner seg sliten og tom, det er lite energi å hente når hele hverdagen er snudd på hodet.

Noen uker ut i pandemien kom det også tydeligere føringer for drift. Frister for rettighetsvurdering av rett til hjelp i spesialisthelsetjenesten utsettes på tid, fokus på vanlig drift tilsidesettes, alle planlagte driftsmøter og faglig utvikling, forbedringsprosjekter utsettes. Pakkeforløp legges til side og har ikke lenger noen målepunkter eller rammer som er gjeldende.

Dette påvirker i stor grad tema for vår masteroppgave. Det er ikke lenger mulig å få tilgang til informasjon knyttet til pakkeforløp, støttefunksjonene våre har ikke hverken fokus eller kapasitet til å hente ut statistikk, tall eller være tilgjengelig for å gi oss den informasjon vi trenger for å kunne besvare problemstillingen i oppgaven vår på en god måte. Vi velger likevel å forsøke å bruke det vi har tilgjengelig og vil forsøke å belyse problemstillingen så godt det lar seg gjøre i en tid der verden står på hodet.

## Litteraturliste

Arntzen, E. (2016). Ledelse og Kvalitet i Helsetjenesten (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Berg, L.N., Byrkjeflot, H. og Kvåle, G. (2010): Hybridledelse i sykehus - en gjennomgang av litteraturen. Fagbokforlaget

Berg, O (2005): Fra politikk til økonomikk – Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel. Tidsskriftets skriftserie

Bryn, S. (2015). Illusjonen om best mulig behandling. Tidsskrift for norsk psykologforening, (Hageberg, 2009). 52(3 ), 231-243. Hentet fra [http://psykologitidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=438414&a=4](http://psykologitidsskriftet.no/index.php?seks_id=438414&a=4)

Brønn, P. S. & Arnulf, J. K. (2015). Kommunikasjon for ledere og organisasjoner. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter (4 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dybvig, Ingebrigtsen, Jakobsen og Nystad (2013) Etikk for økonomifag. 1. utgave, 1. opplag, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Døhl, Dybvig, D, Ingebrigtsen S, Jakobsen O, Nystad Ø 2013, Etikk for økonomifag, Gyldendal Norsk Forlag AS

Ekeland, T.-J. (2015). Profesjonskritikk. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 11(02), 174-177.

Hageberg, A. O. L. (2009). Psykologer i media. 46(9), 876-877. Hentet fra <http://www.psykologitidsskriftet.no>

Helsedirektoratet. Prosjektbeskrivelse for pakkeforløp for psykisk helse og rus. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

Helse Nord Regionalt Helseforetak. (2018). Utfordrende økonomisk situasjon for Helse Nord. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/nyheter/utfordrende-okonomisk-situasjon-forhelse-nord> (Hentet 24.03.20)

Heinskou T, Alberdi F, Jordet H. Psykiatriske behandlingspakker: Erfaringer fra Danmark. Morgenbladet. 21. september 2015.

Hofgaard, T. (2010). En ny definisjon av helse. Hentet fra [http://www.psykologitidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=111327&a=5](http://www.psykologitidsskriftet.no/index.php?seks_id=111327&a=5).

Jacobsen, D. I. (2015). Hvordan gjennomføre undersøkelser (3 utg.). Kristiansand Cappelen Damm.

Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2009). Psykologi i organisasjon og ledelse (4 utg.). Bergen,

Kirkhaug R, 2013. Verdibasert ledelse, Universitetsforlaget

Kirkhaug R., 2015, Lederskap, Universitetsforlaget AS

Lovdata. (2017a). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykiske>

Lovdata. (2017b). Lov om pasient- og brukerrettigheter Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3)

Meld. St. 47 (2008-09). (2009). Rett behandling - på rett sted- til rett tid. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Moe, L. (2015). Vil innføre pakkeforløp psykisk helse. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/08/10/vil-ha-pakkeforlop-forpsykiskhelse/>

Molven, O, 2015. HELSE og JUS 8th ed., Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nordlandssykehuset HF. 2018. Strategisk utviklingsplan 2018-2035. Tilgjengelig fra: [https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/Strategisk%20utviklingsplan%20for%20NLSH,%202017-2035/NS\\_StrategiskUtviklingsplan-Hoveddokument160518.pdf](https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/Strategisk%20utviklingsplan%20for%20NLSH,%202017-2035/NS_StrategiskUtviklingsplan-Hoveddokument160518.pdf) (Hentet 20 mars 2020).

Nyland, K & Pettersen, IJ. (2018). Penger og helse: Fra enkel til kompleks styring i

Rosta, J., Gjerløw, O. G. (2016). Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994 - 2014. Tidsskrift Norsk Legeforening, 136, 1355-9. doi: 10.4045/tidsskr.16.0011

Sinet, 2020, Pakkeforløp for psykisk helse og rus– fagfolks erfaringer første året

Solberg, P. O. (2014). Variasjon gir best effekt. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=431259&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=431259&a=3)

Strand T., ledelse organisasjon og kultur, (2015), Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke AS

Strand, T. (2001). Ledelse, organisasjon og kultur. Bergen: Fagbokforlaget.

Torjesen, D.O., Byrkjeflot, H. og Kjekshus, L.E. (2011): "Ledelse i helseforetakene – en gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus". Fagbokforlaget

Vogt, H. & Pahle, A. (2015). Likeved på samleband, Morgenbladet. Hentet fra (Hageberg, 2009). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykiske>

## 9.0 Vedlegg 1.

### **Forespørsel om deltakelse på intervju i forbindelse med masteroppgave**

Vi er studenter ved Nord Universitet, og tar studiet MBA – Helseledelse, samtidig som vi jobber som seksjonsleder og enhetsleder ved Nordlandssykehuset psykiatri i Bodø. Vi jobber nå med masteroppgaven der tema er pakkeforløp i psyk. I den forbindelse ønsker vi å gjennomføre intervjuer med ledere i PHR klinikken.

Problemstillingen i oppgaven er som følger:

Hvilke erfaringer har ledere i PHR klinikken gjort i forbindelse med implementering av pakkeforløp ved BUPA i ytre Salten.

Bakgrunn og formål

Det er Helsedirektoratet som har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere pakkeforløpene.

Implementeringen startet opp i første halvdel av 2018 og, og det siste skal være implementert 1. april 2020. Helsedirektoratet har formulert klare målsettinger med forløpene og i disse er det pasienten som står i sentrum. I målsettingene kommer det frem «at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Tanken om å effektivisere tilbudet innen psykisk helse og gjennom å korte ned ventetiden, gi et bedre og mer likeverdig og standardisert behandlingstilbud, høres forlokkende ut. Men skeptikerne kommer med argumenter som lager et litt mer komplekst bilde av hvordan dette vil kunne slå ut for pasientene. Vi er nysgjerrig og interessert i å finne ut hva dere tenker om lederutfordringene og implementeringen og hvordan det har gått.

Hva innebærer deltakelsen

Det vil bli gjennomført et intervju på ca 30 minutter. Tid og sted blir vi enige om, men vi har ett ønske om at samtalene skal være gjennomført innen uke 9.

Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Notater vil slettet etter at oppgaven er ferdig.

Deltakelsen er frivillig, og du vil når som helst ha mulighet til å trekke deg underveis uten å måtte begrunne dette. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli slettet. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig, Datatjeneste, NSD.

Veileder er Pål Andreas Pedersen, professor ved Handelshøgskolen, Nord universitet, tlf. 75517239

Jeg håper dere svarer positivt på vår henvendelse!

Om du har spørsmål kan vi kontaktes Torill Lassemo: tlf 90590430, mail torill.lassemo@nlsh.no eller Ellen Wangsfjord: tlf 95816040, eller på epost ellen.wangsfjord@nlsh.no

Vedlagt følger en samtykkeerklæring som jeg ber deg underskrive, og sende tilbake til oss. Vi vil også ta kontakt med deg pr. telefon etter at du har fått denne skriftlige forespørselen.

#### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om Ellen Wangsfjord og Torill Lassemo sin masteroppgave om pakkeforløp i psykisk helsevern og samtykker til intervju

Signatur .....

## **Vedlegg 2.**

### **Intervjuguide – innføring av pakkeforløp i psykiatrien**

1. Hvilke rammebetingelser må dere forholde dere til?
2. Hvilke av disse rammebetingelsene er mest utfordrende i forbindelse med etablering av pakkeforløpet i rus og psykiatri?
3. Hvilken ledelsesteori bruker dere for å håndtere utfordringene?
4. Hvilke muligheter ser dere med bakgrunn i ressurser og utfordringer?
5. Hvordan bruker dere kreativiteten og autensitet for å løse oppgaven?
6. Hva har vært positivt i innføringen av pakkeforløp i rus og psykiatri?