

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E 1

Navn: Siv Hege Fagerheim og Kristina Norheim Lorentzen

---

En studie av prosessen med å overføre ansvaret for oppfølging av pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern (TUD) fra Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) til Finnmarkssykehuset (FIN) - Fra beslutning til realitet

---

Dato: 23.06.2022

Totalt antall sider: 73

## **Forord**

Denne masteroppgaven er en avsluttende del av et to årig studie i Master of Business Administration (MBA) i helseledelse ved Nord universitetet i Bodø. Helse Nord RHF har i samarbeid med Nord universitetet laget dette erfarings- og samlingsbaserte studiet for å gi studentene en enda bedre kunnskap om spesialisthelsetjenestenes egenart, danne nettverk på tvert av foretakene og utvikle lederkompetanse på ulike nivå.

Det har absolutt vært to lærerike og interessante år, men det å ta et masterstudium ved siden av full jobb og familieliv har vært tidvis krevende. Vi har derfor mange vi vil takke nå når studiet nærmer seg sin avslutning.

Det vi kanskje blir å savne mest av alt er å møte våre medstudenter på samlingene. Det har vært en glede å bli kjent med alle de andre på tvers av ulike fagdisipliner og helseforetak. Takk for alle gode diskusjoner! Det har vært mye latter, og nye vennskap har oppstått og vil forhåpentligvis vare livet ut.

Vi vil også takk våre informanter som sa seg villig til å bli med i studien. De har bidratt med sine erfaringer og kjennskap og uten deres innsats og velvillighet hadde vi ikke kunne skrevet denne oppgaven.

Vi hadde heller ikke komme oss gjennom denne oppgaven uten vår veileder, Sverre, som har gitt oss sårt tiltrengt motivasjon og gode råd på veien. Hans positivitet har vært super!

Vi vil også takke våre arbeidsgivere for at vi har fått mulighet til deltatt på dette masterstudiet, og våre ledere og kolleger som har støttet oss i disse årene.

Sist, men ikke minst vil vi takke våre familier som har heiet på oss fra sidelinjen samtidig som de har tatt stort sett alt ansvaret hjemme alene. Vi hadde ikke klart dette uten dere!

Tromsø 23.06.22

Siv Hege Fagerheim og Kristina Norheim Lorentzen

## **Sammendrag**

Det er et faglig og helsepolitisk mål at pasienter innenfor psykisk helsevern skal få et godt og tilpasset helsetilbud nærmest mulig sitt hjem. På bakgrunn av disse føringene besluttet ledere i psykisk helse- og rusklinikkene ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Finnmarkssykehuset (FIN) i november 2018 at ansvaret for oppfølging av pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern skulle overføres fra UNN til FIN. Planlagt oppstart av overføring av ansvaret var satt til januar 2019. Prosessen ble stadig forsinket, og de første pasientene ble først overført i januar 2021. Vi har i denne masteroppgaven undersøkt hvilke faktorer som bidro til å fremme og hemme denne prosessen, med utgangspunkt i de involverte aktørenes erfaringer.

## **Problemstilling:**

Hvilke faktorer erfarte involverte aktører bidro til å hemme og fremme prosessen i overføringen av ansvaret for oppfølgingen av pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) fra Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) til Finnmarkssykehuset HF (FIN)?

## **Metode:**

I denne masteroppgaven har vi brukt en kvalitativ tilnærming. Vi har gjennomgått sentrale dokumenter og intervjuet sentrale personer i begge foretakene som var involvert i prosessen. Vi har tolket data i lys av teori.

## **Hovedfunn og konklusjon:**

Prosessen var lang og komplisert. Det var mange faktorer som hemmet prosessen i startfasen noe som bidro til at FIN var motvillig til å ta over ansvaret tross faglig enighet med UNN om oppgaveoverføringen. Det var rasjonelle årsaker til at FIN var motvillig. De fleste utfordringene ble etterhvert løst utover i prosessen, og noen faktorer som var hemmer i første fase, ble til fremmere senere i prosessen. Pasientene er ble til slutt overført, og intensjonen bak beslutningen om å overføre TUD pasientene fra UNN til FIN ble realisert.

## **Summary**

According to professional standards and official health policy, patients in mental health care should be offered good and well adapted health care services as close to their home as possible. On the basis of these guidelines, managers in mental health- and addiction medicine clinics at the University Hospital of North Norway (UNN) and Finnmark Hospital (FIN) decided in November 2018 to transfer the responsibility for following up outpatients subject to compulsory mental health care from UNN to FIN. The transfer of responsibility was planned to start in January 2019. The process was constantly delayed, and the first patients were not transferred until January 2021. In this master's thesis we have studied the factors that contributed to promoting and inhibiting this process, based on the experiences of the actors involved.

## **Research question**

What factors contributed, according to the people involved, to inhibit and promote the process in the transfer of responsibility for the follow-up of outpatients to compulsory mental health care (TUD) from the University Hospital of North Norway HF (UNN) to Finnmarkssykehuset HF (FIN)?

## **Method**

In this master's thesis we have used a qualitative approach. We have reviewed key documents and interviewed key people in both companies involved in the process. We have interpreted data in the light of theory.

## **Main findings and conclusion**

The process was long and complicated. There were many factors that hampered the process in the start-up phase, which contributed to FIN being reluctant to take over responsibility despite professional agreement with UNN on the transfer of tasks. There were rational reasons why FIN was reluctant. Most of the challenges were eventually resolved throughout the process, and some factors that were inhibiting in the first phase were promoted later in the process. The patients were eventually transferred, and the intention behind the decision to transfer the TUD patients from UNN to FIN was realized.

## **Akronymer**

DPS: Distriktpsikiatriske senter

FIN: Finnmarkssykehuset

KK: Kontrollkommisjon

PHRK: Psykisk helse og rusklubben

PHVL: Lov om psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven)

TUD: Tvungent vern uten døgnopphold

UNN: Universitetssykehuset Nord-Norge

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	i
Sammendrag .....	ii
Summary .....	iii
Akronymer .....	iv
Innholdsfortegnelse .....	v
1.0 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	2
1.2 Avgrensning av oppgaven .....	3
1.3 Oppgavens oppbygging .....	3
2.0 Bakgrunn .....	4
2.1 Tvang i psykisk helsevern - et historisk perspektiv .....	4
2.2 Psykisk helsevernloven (PHVL) og psykisk helsevernforskriften .....	5
2.3 Krav til institusjoner som forvalter TUD .....	7
2.4 Hva innebærer det å være faglig ansvarlig for pasienter på TUD? .....	7
2.5 Organisering av psykisk helsevern i Troms og Finnmark .....	8
2.6 Nasjonale føringer og desentralisering av psykiatrien. ....	9
3.0 Teori .....	11
3.1. Organisasjon, mål og strategier .....	11
3.1.1 Planlegging .....	12
3.1.2 Linjeorganisasjon .....	13
3.2 Beslutninger og iverksettingsproblemer .....	13
3.2.1 Motivasjon .....	14
3.2.2 Motstand .....	14
3.3 Ledelse og endringsledelse .....	15
3.3.1 Endringsledelse .....	15
3.4 Implementering .....	17
3.5 Kommunikasjon .....	18
4.0 Metode .....	20
4.1 Forskningsdesign, forskningsmetode, og vitenskapsteoretisk ståsted .....	20
4.2 Studiens datagrunnlag - bakgrunn for valg av informanter .....	20
4.3 Reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet) .....	23
4.4 Etske aspekter .....	24
4.5 Metodekritikk .....	25
5.0 Empiri .....	26
5.1 Beskrivelse av saksdokumenter og faser i prosessen .....	26
5.2 En samlet framstilling av prosessens faser. Empiri fra saksdokumenter og informanter .....	29
5.2.1 Beslutningsfasen .....	31
5.2.2 Planleggingsfasen .....	32
5.2.3 Implementeringsfasen .....	37
6.0 Analyse .....	43
6.1. FIN var motvillig til å påta seg oppgaven .....	43
6.1.1 Muligheter (Opportunity) .....	44
6.1.2 Evne (Capability) .....	45
6.1.3 Motivasjon (Motivation) .....	45

6.1.4 Muligheter, evne og motivasjon påvirker hverandre .....	46
6.2 Det var fravær av ledelsesforankring på ulike nivå.....	46
6.3 Den relative betydningen av hemmerne og fremmerne endret seg i løpet av prosessen. .....	50
6.3.1 Kommunikasjon og informasjon .....	50
6.3.2 Planlegging.....	52
7.0 Konklusjon .....	54
Litteraturliste .....	56
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata).....	58
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	61
Vedlegg 3: Samtykkeskjema.....	64

## 1.0 Innledning

I dette kapittelet redegjøre vi kort for psykiatriens historie, bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

God psykisk helse skapes der folk lever sine liv - i lokalmiljøet, i nære relasjoner, i jobb og skole. Utviklingen av de psykiske helsetjenestene har vokst fram gjennom ulike politiske og faglige reformer. De siste tiårene har det skjedd en betydelig omlegging av de psykiske helsetjenestene, og det har vært sterke føringer om å gjøre disse tjenestene mer desentralisert.

På bakgrunn av disse faglige og politiske føringene tok ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) et initiativ overfor Finnmarkssykehuset HF (FIN). De ønsket at ansvaret og oppfølgingen av pasientgruppen som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn (TUD) burde overføres til spesialister på de lokale DPS'ene<sup>1</sup> i FIN. Begrunnelsen var at ansvaret for disse pasientene ikke burde ligge hos spesialistene på UNN, men være en oppgave som ble fulgt opp av spesialister i de mer desentraliserte tjenestene. Målsettingen var at disse pasientene skulle få et tilbud på et nivå som best mulig kunne tilrettelegge for mestring og et normalt liv nærmest mulig sitt hjem og sin livssituasjon.

Det ble i et samarbeidsmøte, avholdt november 2018, mellom klinikkene for psykisk helse og rus ved UNN og FIN, besluttet at man skulle starte et felles arbeid for å overføre ansvaret for disse pasienter. Planlagt oppstart av overføring av ansvaret var satt til 01.01.2019. Prosessen ble stadig forsinket og de første pasientene ble først overført i januar 2021.

Overføring av ansvaret for TUD ville innebære en endring i samarbeid, koordinering og oppgavefordeling mellom foretakene, der UNN gir fra seg en oppgave de har hatt mens FIN får en oppgave de ikke har hatt tidligere. I slike endringsprosesser er ledere sentrale. Det er et ledelsesansvar å tilrettelegge for en funksjonell oppgaveløsning, koordinering og ressursutnyttelse, både innen egen enhet og gjennom samarbeid på tvers av enheter.

---

<sup>1</sup> Distriktpsikiatrisk senter, DPS: Kjerneoppgavene til DPS er ansvar og oppgaver på spesialistnivå innenfor psykiske helsevern for voksne, i et gitt geografisk område. Det desentraliserte tilbudet bør bestå av dag- og døgntilbud, polikliniske og ambulante tjenester (Sosial- og Helsedirektoratet,2006).



### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling***

Vi jobber til daglig innenfor psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, den ene som leder (psykiatrisk sykepleier) og den andre som overlege i psykiatri. Vi har begge over flere år jobbet ved Akuttpsykiatrisk seksjon i UNN. Den ene av oss har byttet jobb siste året og jobber nå som overlege ved et DPS i FIN. Vi har tilsammen flere års erfaring med å jobbe med pasienter med de alvorligste psykiske lidelsene, herunder pasienter på TUD. Vi har særlig interesse av hvilket helsetjenestetilbud som gis til denne pasientgruppen. Disse pasientene er ofte svært ressurskrevende å behandle og ivareta i helsevesenet, og trenger gjerne helsetjenester fra flere nivå. Det er nødvendig at de ulike tjenestene samarbeider for å tilby helhetlige og sammenhengende tjenester.

Akuttpsykiatriske sengeposter har ansvar for øyeblikkelig hjelp og tjenestetilbudet ved sentraliserte sykehusfunksjoner. De skal ivareta pasienter med lidelser som krever spesiell kompetanse, store personellmessig ressurser eller behov for lukket avdeling. DPS bør være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten og skal tilby utredning, behandling og oppfølging av de mest utbredte lidelsene (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Som masterstudenter i ledelse er det å undersøke prosessen med å overføre ansvaret for TUD pasientene av stor interesse for oss, da ledere ofte er sentrale ved slike endringsprosesser og dette er en del av hverdagen når man jobber i helseforetak. Denne prosessen har ikke vært evaluert tidligere, og vi finner det derfor interessant å se på involverte aktører sine erfaringer med denne og slik trekke lærdom til framtidige og lignende prosesser. Vi ønsker derfor å undersøke hvilke faktorer som bidro til å fremme og hemme overføringen av ansvaret for denne oppgaven fra UNN til FIN. På bakgrunn av dette er vi kommet fram til følgende problemstilling:

***Hvilke faktorer erfarte involverte aktører bidro til å hemme og fremme prosessen i overføringen av ansvaret for oppfølgingen av pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) fra Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) til Finnmarkssykehuset HF (FIN)?***

## ***1.2 Avgrensning av oppgaven***

Vi har i vår studie foretatt noen avgrensninger når det gjelder flere aspekt og områder som ellers kunne være veldig relevante ut fra vårt tema. Vi vil gå nærmere inn på hvilke avgrensninger og hvorfor under.

Først er det viktig å belyse at å jobbe med dilemmaet bruk av tvang eller ikke tvang er omfattende og komplekst. TUD er en form for tvang, men vi har likevel ikke valgt å gå inn i perspektivet bruk av tvang eller ikke bruk tvang i denne oppgaven, da det ville bli alt for stort og komplekst. I fagfeltet snakkes det også ofte om riktig og redusert bruk av tvang, men heller ikke dette perspektivet omtales i vår oppgave.

I forhold til lovverket har vi avgrenset oppgaven til kun å omhandle Psykisk helsevernloven (PHVL). Vi har også gjort avgrensninger innenfor PHVL til det som er aktuelt for TUD pasientene. Hovedsakelig er kapittel 3 i PHVL beskrevet og omtalt. Vi har nevnt andre lovverk som blant annet pasient - og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, men vi har ikke gått nærmere inn på hva disse ulike lovene omhandler. Arbeidet med TUD pasientene krever samarbeid med blant andre primærhelsetjenesten og pårørende, samt andre samarbeidspartnere. Disse omtales ikke i oppgaven vår. Vi har valgt å avgrense oppgaven kun å handle om TUD i spesialisthelsetjenesten.

Til sist har vi gjort en avgrensning ved å studere prosessen fra beslutningsdato til sluttdatoen da alle pasientene var overført. Vi vil derfor ikke belyse selve beslutningsprosessen som sådan, men mer utfallet av beslutningen og hvor initiativet kom fra.

## ***1.3 Oppgavens oppbygging***

Kapittel 1: Innledning med bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

Kapittel 2: Bakgrunn

Kapittel 3: Teori som belyser problemstillingen og som vi videre bruker i analysen.

Kapittel 4: Metode med beskrivelse av forskningsdesign og begrunnelse for valg av metode.

Kapittel 5: Empiri med data fra saksdokumenter og intervju med informanter.

Kapittel 6: Drøfting/Analyse av resultater fra empiri opp mot teori.

Kapittel 7: Konklusjon/oppsummering av oppgaven.

## 2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet beskriver vi kort om historisk utvikling, lovverket og rammer tilknyttet bruk av tvang i PHVL. Videre sier vi noe om organisering av psykisk helsevern i Troms og Finnmark, deretter tar vi for oss nasjonale føringer på området. Konteksten er viktig for å forstå prosessen vi undersøker i denne oppgaven.

### *2.1 Tvang i psykisk helsevern - et historisk perspektiv*

Behandlingen av de psykisk syke og lovverket som omhandler denne behandlingen har hatt en betydelig utvikling de siste 150 årene. Den første “Sindsykeloven” (Loven om Sindsykes Behandling og Forpleining) i Norge kom i 1848 (Kringlen, 2001). Tidlig på 1900-tallet var psykiatrien preget av eksperimentering og mange fantasifulle behandlingsmetoder ble forsøkt; alt fra å bore hull i kraniet (trepanasjon) for å slippe ut ånder og demoner, til lobotomering. Sistnevnte og sjokkbehandling (ECT) som ble lansert i 1938 i Norge, sto sentralt på denne tiden. Den moderne biologiske psykiatrien oppsto i 1950-årene, gjennom antipsykotiske- og antidepressive legemidler (Kringlen, 2001).

I 1961 ble Loven om psykisk helsevern etablert. Denne loven var langt på vei en videreføring av sinnssykeloven fra 1848. Etter 1961 har flere revideringer vært gjennomført grunnet endringer i samfunnet, samt økt fokus på pasienters selvbestemmelse og rettssikkerhet (Kringlen, 2001). Siste revidering av PHVL ble gjort 1.september 2017. Denne endringen fikk særlig betydning i forhold til at pasienter med samtykkekompetanse<sup>2</sup> fikk rett til å nekte behandling innenfor psykisk helsevern, med mindre det foreligger fare for eget eller andres liv og helse (Psykisk helsevernloven,2017).

I 2016 oppnevnte Regjeringen et lovutvalg som skulle foreta en samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren, samt vurdere hvordan regelverket kan bli klarere og mer samordnet (NOU 2019:14). En del av denne vurderingen vil gjelde spørsmålet om hvorvidt Norge burde ha en felles tvangslov, eller om det burde være særskilte regler for ulike grupper og diagnoser. Utvalget ble kalt Tvangslovutvalget. Forslaget som ble lagt frem fra

---

<sup>2</sup> Samtykkekompetansevurdering: Etter endringene i psykisk helsevernloven i 2017, ble det et vilkår at pasientene måtte mangle samtykkekompetanse for å kunne begjæres innlagt på tvang. Vurdering av samtykke tar utgangspunkt i 4 hovedpunkt: 1) Pasientens evne til å kunne forstå relevant informasjon som gis i forhold til helsehjelpen. 2) Pasientens evne til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingalternativene.3) Pasienten har evne til å resonnerer om fordeler og ulemper med de ulike behandlingalternativene. 4) Pasienten evner til å uttrykke egne valg. Samtykkekompetanse er ikke det samme som å ha sykdomsinnsikt, men de henger ofte sammen (Psykisk helsevernloven, 2017).

Tvangslovutvalget i 2019 var kontroversielt og omdiskutert og det er enda ikke besluttet. Foreløpig er PHVL bare en av flere lover som omhandler og regulerer psykisk helsevern i Norge. PHVL må derfor sees i sammenheng med blant annet pasient - og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven (Psykisk helsevernloven, 2017).

All behandling i psykisk helsevern forutsetter i utgangspunktet frivillighet, men i noen tilfeller kan det likevel være nødvendig å bruke tvang. I henhold til legalitetsprinsippet<sup>3</sup> må bruk av tvang være hjemlet i lovverket. Pasienter som er underlagt tvang i PHVL er definert som de mest alvorlige psykisk syke. Tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres på to måter - med eller uten sykehusinnleggelse. Vår oppgave omhandler pasientene som er underlagt TUD. TUD betyr at pasientene er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn, noe som betyr at de bor og oppholder seg hjemme, eller på annen institusjon utenfor sykehuset. Pasienten må regelmessig, minimum hver tredje måned, enten møte til oppfølging og kontroll på sykehuset eller på DPS eller være i kontakt med faglig ansvarlig som må være psykiater eller psykologspesialist (Psykisk helsevernloven, 2017).

## **2.2 Psykisk helsevernloven (PHVL) og psykisk helsevernforskriften**

Dette kapitlet er inspirert av Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, som er utarbeidet av Helsedirektoratet og ble sist revidert i 2017.

I PHVL er vilkårene for vedtak om tvungent psykisk helsevern omtalt. Bruk av tvang som del av behandling og ivaretagelse av pasienter med alvorlig psykiske lidelser har vært omstridt og kontroversielt både etisk, faglig og politisk. Blant annet på bakgrunn av dette, er vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern nøye beskrevet i PHVL kapittel 3.

I forkant av at pasienten kan vurderes i spesialisthelsetjenesten for tvangsinnleggelse og behandling, må pasienten være undersøkt av en uavhengig lege i henhold til tvungen legeundersøkelse §3.1 i PHVL. Før pasienten kan henvises på tvang skal også alltid frivillighet ha vært forsøkt eller eventuelt vurdert at frivillighet er formålsløst. Pasienter som motsetter seg behandling og som vurderes å ikke være samtykkekompetente, kan henvises videre til spesialisthelsetjenesten på tvang, enten til tvungen observasjon i inntil ti dager i

---

<sup>3</sup> Legalitetsprinsippet: «Legalitetsprinsippet er det strafferettslige prinsippet om at ingen kan dømmes uten lov eller fengsles uten dom, samt at ingen lov kan gis tilbakevirkende kraft. Prinsippet er fastslått i Grunnlovens §§ 96 og 97 og dessuten lovfestet i straffeloven § 14» (Molven,2019).

henhold til § 3.2 eller til etablering av tvungent psykisk helsevern derom pasienten har en kjent alvorlig sinnslidelse<sup>4</sup> etter § 3.3 i PHVL.

Etableringen av tvungent psykisk helsevern skjer i spesialisthelsetjenesten og er definert som en spesialistoppgave. Når det er besluttet at pasienten skal henvises videre på tvang til spesialisthelsetjenesten, vil psykiater eller psykologspesialist vurdere om lovverket er benyttet etter intensjonene, og eventuelt fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern. Vilåårene for etablering omhandler i tillegg til ovennevnte at hovedvilååret er oppfylt. Hovedvilååret for etablering av tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en etablert alvorlig sinnslidelse. Begrepet alvorlig sinnslidelse er videreført fra psykiatriloven fra 1961. I tillegg til hovedvilååret skal også to tilleggsvilåår som omhandler behandlingsvilååret og farevilååret vurderes. Behandlingsvilååret har to alternativer. Det første alternativet er behandlingsvilåårets positive side som forutsetter at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil få utsiktene sine til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert. Det andre alternative omhandler behandlingsalternativet negative siden som forutsetter at uten tvungent vern vil pasienten med stor sannsynlighet i meget nær fremtid få sin tilstand forverret vesentlig.

Farevilååret skal også vurderes. For at farevilååret skal være oppfylt må pasientene utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse. Det må vurderes om pasientens psykiske tilstand med og uten tvungent psykisk helsevern vil utgjøre en fare. Hvis pasienten oppfyller farekriteriet bortfaller kriteriet om mangel på samtykkekompetanse.

Etableringen og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern skal bygge på en helhetsvurdering. Faglig ansvarlig gjør disse vurderingene selvstendig, men ofte også i samarbeid med primærhelsetjenesten i kommunene hvor pasientene bor, og andre det er naturlig å samarbeide med både innenfor spesialisthelsetjenesten og pårørende. Som faglig ansvarlig kan både psykiater og psykologspesialist fatte vedtak etter PHVL, men noen av disse vedtakene er forbeholdt psykiater. Alle vedtak som fattes av spesialist i henhold til PHVL, kan påklages av pasient eller pårørende.

---

<sup>4</sup> Definisjon av alvorlig sinnslidelse: Rettslig begrep. Begrepet omfatter hovedsakelig psykotiske tilstander. Andre tilstander hvor sykdommen får så store konsekvenser for pasienten at det går ut over personens funksjonsevne og realitetsvurdering, kan disse sidestilles med psykotiske tilstander. Eksempler på dette kan være alvorlig spiseforstyrrelse eller personer med langtkommet demenssykdom (Psykisk helsevernloven, 2017).

Behandling med legemidler uten samtykke fra pasienten er omtalt i § 4.4 i PHVL. For at psykiater skal kunne fatte vedtak om § 4.4 må pasienten være underlagt tvungent psykisk helsevern.

### ***2.3 Krav til institusjoner som forvalter TUD***

For at institusjoner skal kunne utøve tvang må de ha spesialister for å ivareta oppgaven. I følge Psykisk helsevernloven (2017) kan dette gjøres kun av spesialister enten i psykiatri eller psykologi. Tilgangen til spesialister i psykiatri (psykiatere) er begrenset og dette gir særlige rekrutteringsutfordringer i distriktene. Desentraliserte og ofte mindre enheter, gjør det utfordrende å rekruttere til psykisk helsevern. Små fagmiljø er sårbare for endringer i bemanningssituasjon og kan være en mulig årsak til økt arbeidspress på den enkelte lege.

Ansvarlige institusjoner må være godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. Noen institusjoner er bare godkjent for TUD og dette gjelder for eksempel DPS`ene i Finnmark. De ulike helseforetakene søker Statsforvalter (tidligere fylkesmann) som i samarbeid med Helsedirektoratet vurderer og godkjenner institusjonene for bruk av tvungent psykisk helsevern. I tillegg vil ikke etablering av tvungent helsevern kunne skje uten at ansvarlig institusjon er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg (Molven,2019).

Kontrollkommisjonens (KK) hovedoppgave er å sikre den enkelte pasients rettssikkerhet innenfor psykiske helsevern. KKs oppgaver kan deles i tre hovedoppgaver; dens rolle som klageorgan (pasientene og pårørende har klageadgang til alle vedtakene som fattes), kontrollorgan (KKs kontrolloppgave knytter seg til dokumentkontroll, tremånederskontroll, ettårskontroll og gjennomgang av tvangsprotokoller) samt hvordan KK utøver kontroll med pasientenes velferd (Molven,2019).

### ***2.4 Hva innebærer det å være faglig ansvarlig for pasienter på TUD?***

Det å følge opp pasienter på TUD er tidkrevende, og ansvaret for å ivareta og følge opp de mest alvorlig psykisk syke er krevende. I PHVL (2017) er det et krav om at faglig ansvarlig skal være lege som er spesialist i psykiatri (psykiater) eller psykologspesialist. Spesialister, og da spesielt psykiatere, er en knapp ressurs. Rekruttering og stabilisering er en utfordring.

I henhold til § 4.9 i PHVL (2017) skal faglig ansvarlig minst hver tredje måned vurdere om vilkårene for tvungent vern fortsatt er til stede, herunder fortsatt mangel på samtykkekompetanse, om frivillighet er en mulighet, samt en helhetsvurdering av om tvungent vern fortsatt er den beste løsningen for pasienten. I lovverket stilles det også krav til

at faglig ansvarlig må personlig foreta en undersøkelse av pasienten, men det kan gjøres unntak i særlige tilfeller. Vurderingene skal dokumenteres og gjøres tilgjengelig for KK. Etter endringen i PHVL som trådte i kraft 2017, ble det økte krav til undersøkelser, pårørendeinvolvering, rapportering og dokumentasjon for spesialistene. Ved forverring av TUD pasientenes psykiske tilstand, må TUD ansvarlig være behjelpelig med å vurdere om pasienten oppfyller kravene til overføring til innleggelse med døgn.

### **2.5 Organisering av psykisk helsevern i Troms og Finnmark**

FIN har tre DPS som er sektorisert etter geografiske opptaksområder, der hvert DPS dekker flere kommuner som strekker seg over store geografisk områder. Det er relativt lange avstander mellom tettstedene, med få innbyggere og ganske spredt befolkning. Fram til 01.01.20 var disse tre DPS'ene organisert som en Psykisk helse- og Rusklinikk i FIN, selv om de var lokalisert på ulike steder i Finnmark. I januar 2020 ble denne klinikken på bakgrunn av en omorganiseringsprosess delt i fire klinikker og samorganisert med de somatiske klinikkene i foretaket. På denne måten ble en klinikk som tidligere var på ulike lokalisasjoner, også delt opp som fagområde. FIN har ikke egne sykehusavdelinger innenfor Psykisk helsevern, og befolkningen i Finnmark får sine sykehustjenester innenfor psykisk helsevern ved UNN i Tromsø. DPS'ene i FIN har «åpne sengeposter» og består av dag- og døgntilbud, i tillegg til polikliniske og ambulante tjenester. Behandlingen er i stor grad basert på at pasientene frivillig tar imot behandling.

Akuttpsykiatrisk seksjon ved PHRK ved UNN i Tromsø består av fire enheter, hvorav tre akuttposter og en psykose og rusenhet. Alle fire enhetene ved seksjonen er “lukkede” sengeposter med bedre bemanning og fysiske rammer enn det et DPS kan tilby. Virksomheten har ansvar for mottak av øyeblikkelig hjelp, og ansvar for å gi et tilbud om behandling, utredning og stabilisering til de av pasientene som tilstandsmessig ikke kan få et tilbud eller ivaretas av et DPS. Dette kan være pasienter med alvorlig psykisk lidelse, utagerende atferd, eller høy selvmordsfare. Seksjonen har ansvar for store deler av klinikkens tilbud til personer som er i behov av behandling underlagt tvungent psykisk helsevern.

Ved Akuttpsykiatrisk seksjon ved UNN i Tromsø kommer pasienter til akuttinnleggelse fra Finnmark, Troms, deler av Ofoten og Svalbard. Akuttpsykiatrisk seksjon har cirka mellom 1200 og 1300 innleggelser i året, hvorav ca. 35 % (HN-LIS<sup>5</sup>) av disse henvises til innleggelse

---

<sup>5</sup> Ledelses og informasjonssystem, og er et styringssystem for alle ledernivåer i foretakene i Helse Nord.

på tvang<sup>6</sup>. Noen av disse pasientene blir utskrevet på TUD. Akuttpsykiatrisk seksjon i UNN har ivaretatt og fulgt opp pasienter på TUD i Troms og Finnmark.

## **2.6 Nasjonale føringer og desentralisering av psykiatrien.**

Utviklingen av de psykiske helsetjenestene har vokst fram gjennom ulike politiske og faglige reformer. De siste tre tiårene har det skjedd en betydelig omlegging av de psykiske helsetjenestene, der det både faglig og helsepolitisk har vært sterke føringer om å gjøre disse tjenestene mer desentralisert. Det har vært en dreining der de store sentralinstitusjonene (asylene) og psykiatriske sengeplasser på sykehus er bygd ned til fordel for oppbygging av desentraliserte spesialisthelsetjenester i form av lokale DPS og kommunale tilbud. Endringen innebar at mennesker med psykiske lidelser ikke lenger skulle ha langvarige opphold på institusjon, men i stedet bo i sine lokalmiljø og få tilpasset behandling ut fra sine behov og med fokus på brukermedvirkning (Kringlen, 2001). Viktige helsepolitiske dokument i denne sammenhengen er stortingsmelding nr 25 (1996-97) “Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helsetilbudene” som kom våren 1997. Hensikten med meldingen var å legge fram en helhetlig politikk som tok for seg alle sider ved tjenestetilbudene til mennesker med psykisk sykdom, og ga helsepolitiske føringer for utviklingen videre. Stortingsmeldingen skulle legge grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester, og slo fast at både strukturen og arbeidsmåtene måtte endres, tilgjengelige ressurser måtte utnyttes bedre og at dette krevde omstillingsvilje. Blant annet ble det tydeliggjort at institusjonsopphold i sykehus dekker bare en liten del av tjenestebehovet for dem med langvarige og alvorlige psykiske lidelser, og pekte på en utvikling mot at flere pasienter skal få et behandlingstilbud i det lokalsamfunnet der de lever. Mest mulig poliklinisk behandling, minst mulig behandling i institusjon, flest mulig behandlingstilbud i nærheten av der folk bor, og utbygging av bo, omsorgs og aktiviseringstilbud lokalt (Meld. St. 25, 1997).

Denne stortingsmeldingen ble videre fulgt opp med opptrappingsplanen<sup>7</sup> for psykisk helse (St. prp nr 63 1997-98), som inneholdt økonomiske rammebetingelser og konkrete tiltak ment for å styrke de psykiske helsetjenestene i alle ledd i tiltakskjeden. Det innebar omstilling med endring av ansvar og oppgavefordeling både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbudet (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006). DPS

---

<sup>6</sup> Definisjon av tvang: Tvang innenfor helse- og omsorgstjenester defineres som å utføre tiltak, eksempelvis behandling eller innleggelse, til tross for at pasienten motsetter seg dette (Molven, 2019).

<sup>7</sup> Ved opptrappingsplanens oppstart i 1999 eide fylkeskommunene de fylkeskommunale sykehusene og institusjonene. Fra 1. januar 2002 overtok Staten ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Denne ble organisert under fem regionale helseforetak (RHF), hvor Helse Nord RHF er et av dem.



ble etablert over hele landet, og det ble etterhvert behov for å sette større fokus på innhold og kvalitet i tjenestene. På bakgrunn av dette kom Sosial- og helsedirektoratet ut med en ny og revidert DPS veileder i 2006 for å tydeliggjøre forventningene til tjenestene (Ibid). Det ble i veilederen fremhevet at DPS skal ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne, og at DPS bør være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Det ble lagt flere prinsipper til grunn, blant annet at *“behandling skal foregå på lavest mulig effektive behandlingsnivå (LEON-prinsippet). Det er ikke diagnosen som skal avgjøre hvor pasienten behandles, men pasientens kliniske tilstand, behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunktet og tilgjengelig kompetanse hos behandler”* (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006 side 9).

Mange pasienter vil ha behov for flere tjenester samtidig, og fra ulike nivå og det er derfor vektlagt betydningen av samhandling og samarbeid mellom de ulike nivåene, og at det er viktig å avklare oppgavefordelingen mellom DPS og sentraliserte sykehusavdelinger. Det ble påpekt viktigheten av at ressursene mellom DPS og sentraliserte sykehusfunksjoner samsvarer med oppgavefordelingen, og at DPS gir tilfredsstillende bemanning for å kunne ivareta lovpålagte oppgaver, herunder tilstrekkelig dekning av leger og psykologspesialister (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

I Helse Nords utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB for 2016-2025 (Helse Nord, 2016) beskrives faglige krav til tjenestene, og hvilken kompetanse det skal være i alle ledd av psykisk helsevern i Helse Nord. Det skilles mellom basis og spisskompetanse. Alle enheter skal ha basiskompetanse til å utrede og behandle de mest utbredte tilstandene, mens sjeldne og særlig kompliserte tilstander skal ivaretas i spesialiserte sykehusavdelinger. I utviklingsplanen framkommer det at det i basiskompetanse på DPS'ene forventes å ha kompetanse på TUD.

## 3.0 Teori

I dette kapitlet vil vi presentere ulike teoretiske perspektiv som vi mener er relevant for å kunne analysere og drøfte vår problemstilling. Vi vil bruke perspektivene omtalt i dette kapitlet til å se på mulige sammenhenger mellom problemstillingen, empirien og analysen.

### 3.1. Organisasjon, mål og strategier

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Jacobsen og Thorsviks (2021) beskrivelse av en organisasjon som *“et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål”* (Jacobsen og Thorsvik,2021 side 16). Dette innebærer at kjernen i enhver organisasjon er oppgaveløsning. Et sentralt fokus er på menneskers atferd i organisasjoner, og at atferd formes av den konteksten den finner sted i. Konteksten kan være både formell og uformell. De formelle elementene er bevisst besluttet, ofte nedfelt skriftlig, og kan bestå av mål, strategier og formell organisasjonsstruktur. De uformelle omhandler gjerne organisasjonskultur og maktforhold. De siste omtales ikke nærmere her. Organisasjoner må også inngå i samspill med sine omgivelser, og vil i tillegg ha ledere som utøver ledelse (Jacobsen og Thorsvik,2021).

Mål er gjerne en beskrivelse av ønsket framtidig tilstand, kan ha ulike tidsperspektiv, inneholde ulike grader av realisme og ha ulik konkretisering. Strategi er en beskrivelse av hva man tenker å gjøre for å realisere målene. Strategiske valg i offentlige organisasjoner, som for eksempel i helseforetak, innebærer ofte å spørre seg hvordan man oppnår størst offentlig nytte for sine brukere i forhold til de midlene man har til rådighet. Hvordan eksisterende tjenester må forbedres, og nye tjenester utvikles. Offentlige organisasjoner må hele tiden rette seg mot hva politiske myndigheter mener, dette er sentralt for å oppnå organisatorisk legitimitet (Jacobsen og Thorsvik,2021).

Å sette mål og lage strategier er viktig for motivasjon, styring, legitimitet og effektivitet. Hvis den enkelte ikke har mål, eller det er laget strategier vil man ikke vite i hvilken retning man arbeider, noe som kan virke demotiverende. Strategier kan på samme vis virke motiverende ved at de gir en beskrivelse av hvordan man skal gå fram for å nå målene (Jacobsen og Thorsvik,2021). Mål og strategier kan slik også ha en styrende funksjon ved at de gir retningslinjer og holdepunkter for arbeidet, og fungerer som beslutningspremisser. Når en organisasjon fremstår som legitim, oppfattes organisasjonen som at den står for noe som er godt og viktig. Måten omgivelsene oppfatter organisasjonens mål og strategi kan bety mye for å oppnå legitimitet i omgivelsene. Videre kan man generelt si at effektivitet er knyttet til i

hvor stor grad en organisasjon når sine mål, og med hvilken ressursbruk, slik kan mål fungere som evalueringskriterier for det arbeidet som blir gjort (Jacobsen og Thorsvik,2021).

Det kan være et skille mellom formelle og uformelle mål og strategier. De formelle er de som er vedtatt, de uformelle er de som det faktisk arbeider med til daglig. I følge Jacobsen og Thorsvik er det for eksempel ikke alltid samsvar mellom de formelle og de uformelle strategiene (Jacobsen og Thorsvik,2021). De kan støtte opp under hverandre, men også være i konflikt med hverandre. Formelle strategier som er vedtatt blir ofte ikke fullstendig iverksatt. Det kan være flere grunner til dette, blant annet at strategien ikke var mulig å gjennomføre, eller at strategien ikke ble fulgt opp med ressurser. Det er relativt vanlig at organisasjoner befinner seg i situasjoner der det er konflikt mellom ulike målsettinger, eller det blir målkonflikter. Det kan skyldes at mennesker i organisasjonen kan ha ulik oppfatning av hvilke mål som er de viktigste, eller hvordan man skal nå målene. Målkonflikter kan også oppstå hvis organisasjonen må forholde seg til ulike og motstridende hensyn, eller det velges mål utfra hva man ideelt sett skulle gjøre fremfor hva som realistisk sett er mulig å gjøre. Mål og strategier kan også være noe som blir påtvunget organisasjoner av sine omgivelser, og ikke noe som organisasjoner velger fritt og fullstendig. Mål, strategi og organisasjonsstruktur legger retningslinjer for og begrensninger på de ansattes handlefrihet i arbeidet (Ibid).

### ***3.1.1 Planlegging***

Når mål er satt utarbeides det gjerne planer for hvordan disse målene skal nås (Jacobsen og Thorsvik,2021). En planlagt endring bygger på at noen ønsker å forbedre dagens situasjon, og er ofte knyttet til strategisk ledelse hvor man ønsker å tilpasse organisasjonen til forandring i omgivelsene (Ibid). En planlagt endring følges gjerne opp med at organisasjonen analyserer hva man kan forvente av endringen, hvilke konsekvenser det vil ha for virksomheten, og setter opp mål for hvordan man skal forholde seg til dem. Endringen iverksettes deretter ved hjelp av ulike strategier (Jacobsen og Thorsvik,2021).

Ved å formulere delmål, oppnår man å trekke målformuleringen direkte inn i planleggingsarbeidet. I litteratur om prosjektorganisering blir det påpekt viktigheten av at prosjekter utarbeider en plan for de oppgaver som skal utføres (Andersen et al, 1998). Ifølge Andersen et al. (1998) er det viktig å huske at planleggingen skal være et hjelpemiddel til å nå et mål og at man ikke gjør planleggingen til et mål i seg selv. For mye planlegging kan føre til svekket initiativ og handlingsevne. Problemløsning er av liten verdi dersom de nødvendige tiltakene ikke settes ut i livet.

Ved endringer i helsetjenesten utarbeides det ofte Risiko- og Sårbarhetsanalyser (ROS). Risiko er uttrykk for den fare som uønskede hendelser representerer for mennesker, miljø og verdier. Denne uttrykkes som sannsynlighet for, og konsekvenser av uønskede hendelser. Sårbarhet er uttrykk for et systems evne til å fungere og oppnå sine mål når det utsettes for påkjenninger. ROS analyse er fortrinnsvis en kvalitativ risikovurdering bygget på faglig skjønn og erfaring. Det er ofte et godt verktøy for å se etter forbedringsområder. Ved å kartlegge sannsynlighet og konsekvenser som endringene kan medføre, kan man prioritere risikoområder og planlegge tiltak for å forhindre eller redusere uønskede konsekvenser dersom de skulle oppstå (Helsebiblioteket.no).

### **3.1.2 Linjeorganisasjon**

De fleste organisasjoner har et hierarki, som er en formell fordeling av beslutningsmyndighet om hvem som kan bestemme hva i hvilke situasjoner (Jacobsen og Thorsvik,2021).

Hierarkiet utgjør linjen fra toppledelse via mellomledere til medarbeiderne, og benevnes ofte som linjeorganisasjonen. Linjeorganisasjonen deles ofte opp i den operative kjerne, mellomledelse og toppledelse. Den operative kjernen består av de som produserer tjenestene, for eksempel helsepersonellet i helsetjenestene. Mellomledere er de som følger opp og koordinerer arbeidet i den operative kjernen, og sørger for at de har de nødvendige ressurser. Toppledelse følger med på utviklingen i organisasjonens omgivelser, og bestemmer organisasjonens strategi og eventuelle endringer i organisasjonen. I tillegg har de fleste større organisasjoner stabsfunksjoner, som befinner seg på siden av linjeorganisasjon. De kan bistå ledelsen i å lede og styre organisasjon, men en som arbeider i stab kan ikke bestemme over en leder i linjen (Jacobsen og Thorsvik,2021).

I følge Nyland og Pettersen (2018) er det flere studier som viser at det kan være spenninger mellom toppnivå og ledernivå nærmere den kliniske virksomheten i helseinstitusjoner, og at dette kan forsterkes når det etter hvert er blitt flere ledernivåer. Dette da det er større avstand mellom det strategiske ledernivået og det operative nivået/kliniske virksomheten.

### **3.2 Beslutninger og iverksettingsproblemer**

Jacobsen og Thorsvik (2021) sier at beslutninger er koblinger mellom ide og handling.

“*Beslutninger fattes overalt, hele tiden*” (Jacobsen og Thorsvik,2021 s 298). Når beslutninger er fattet skal de iverksettes og det er da det kan oppstå problemer som gjør at det ikke lengre er koblinger mellom ide og handling. Jacobsen og Thorsvik (2021) omhandler disse som iverksettingsproblemer og nevner fire ulike forhold som kan føre til at det blir avvik mellom beslutning og det endelige resultatet. De er som følger: 1) Utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag

for beslutningen. Dette handler om at det ikke er god nok innsikt hva som var nødvendig for å realisere intensjonene bak beslutningen. 2) De ressursene som stilles til rådighet er ikke tilstrekkelig for å kunne starte iverksettelsen av beslutningen. 3) Feil kombinasjon av ressurser gjør gjennomføringen umulig. Dette kan innebære at ressurser ikke er tilgjengelig på det tidspunktet man hadde behov for dem, eller at blandingen av ressursene er feil. 4) Det kan være vanskelig å gjennomføre det som er besluttet om man møter på motstand fra sentrale grupper.

Videre peker Jacobsen og Thorsvik (2021) på at også andre forhold enn ovennevnte kan resultere i iverksettingsproblemer. Dette da det ofte er slik at det er andre som skal iverksette beslutningen enn de som fattet den. Meningen i innholdet kan endres når informasjon overføres fra en person eller gruppe til en annen. Beslutningene kan være vage, og det kan resultere i at de som skal iverksette beslutningen ikke helt nøyaktig vet hva som forventes av dem eller hva de skal gjøre. Vage beslutninger åpner opp for fortolkninger. Det er derfor viktig at beslutningen oversettes til praktisk handling hos de som skal iverksette beslutningen (Ibid).

### **3.2.1 Motivasjon**

*“Motivasjon er det som driver oss til å gjøre noe”* (Jacobsen og Thorsvik,2021 side 229).

Videre mener Jacobsen og Thorsvik (2021) at man ikke kan forvente at mennesker vil yte noe ekstra for å få noe de ikke er interessert i.

Det er vanlig å skille mellom indre og ytre motivasjon. Den indre motivasjon handler om at den enkelte motiveres av selve oppgaven som skal utføres. Dette kan for eksempel være at man engasjeres av oppgaven og at finner mening med den. Den ytre motivasjon dreier seg om å la seg motivere av årsaker som ligger utenfor selve oppgaven. Eksempler på ytre motivasjon er ofte belønninger (Jacobsen og Thorsvik,2021). Dette skillet mellom indre og ytre motivasjon har vist seg å være av betydning for organisasjoner i forhold til hva de kan gjøre for å skape motiverte ansatte (Ibid).

### **3.2.2 Motstand**

Endringer i organisasjoner møtes ofte med motstand, særlig hvis endringer følger på med nye endringer i en rekke etter hverandre (Jacobsen og Thorsvik,2021). I dagens helsetjeneste er endringstakten høy, og det at man skal endre noe er mer regelen enn unntaket (NOU 2016:25). I følge Jacobsen og Thorsvik (2021) kan et hensiktsmessig utgangspunkt være at motstand mot endring er en rasjonell reaksjon fra enkeltmennesker og grupper, der man forsvarer noe som er kjent eller erfarer som godt eller riktig. Det er mange grunner til

motstand mot endringer, to av disse er frykt for det ukjente og nye krav til kunnskap og kompetanse. Frykt for det ukjente handler om at endringen innebærer at man går fra noe man vet noe om, til en situasjon preget av usikkerhet. Endring i organisasjon kan videre bety at den opparbeidede kompetansen man har ervervet seg ikke lenger er tilstrekkelig, og nye krav innebærer nye investeringer i dette.

Motstand mot endringer kan også være bra for organisasjonen, da dette kan føre til en åpen debatt som gir viktig informasjon og innspill om forhold som det ikke er tenkt på. Samtidig kan motstand være destruktivt, for eksempel dersom grupper kjemper for sine særinteresser istedenfor å se på hva som tjener organisasjonen som helhet. Motstand må håndteres og det er viktig å sette inn tiltak. Eksempelvis er det sentralt å gå tidlig ut med saklig informasjon om hva som er situasjonen og hvorfor det er nødvendig å gjennomføre endringer. Hva som kjennetegner vellykkede endringsstrategier er nærmere omtalt under i kapittel 3.3.

### **3.3 Ledelse og endringsledelse**

De fleste har en intuitiv oppfatning av begrepet ledelse, men dette er ikke et entydig begrep (Strand, 2007). Det finnes svært mange teorier om ledelse og hva ledelsesbegrepet innebærer, og disse er i stadig utvikling. Disse teoriene henger sammen med hverandre, overlapper hverandre og er et forenklet bilde av virkeligheten, og gir ikke ett riktig svar på hva ledelse er (Ingstad, 2019). Ledelse studeres innenfor en rekke vitenskapelige retninger og man kan si at ledelse er «*mer en samling av kunnskapsbrokker fra forskjellige disipliner, et interessefelt mer enn et fag*» (Strand, 2007 side 22). Begrepet ledelse er derfor noe vi fyller med innhold ved bruk (Strand, 2007).

Jacobsen og Thorsvik har definert ledelse som "*en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd for å oppmuntre til innsats for å nå et felles mål*" (Jacobsen og Thorsvik, 2021 side 405).

Å være leder er ofte en krevende øvelse, da det nesten alltid vil være en uoverensstemmelse mellom det en ønsker å oppnå, og de rammebetingelser som er tilgjengelig (Strand, 2007). I mange sammenhenger vil utøvelse av ledelse være avgjørende for om en endringsprosess lykkes eller ikke (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

#### **3.3.1 Endringsledelse**

I følge Jacobsen og Thorsvik (2021) har det de siste tiårene vært en omfattende empirisk forskning på hva som kjennetegner vellykkede endringsstrategier. De oppsummerer flere

trekk som de mener er en forutsetning for vellykket endringer. Disse sammenfaller med Kotter (1995) sin åtte faser om organisasjonsendringer. Disse fasene er som følger:

Fase 1: Skape en følelse av nødvendighet for endring.

Kotter (1995) mener at prosessen må starte med at de ansatte erkjenner at endringer er nødvendig, enten at det er en krise eller at det finnes en stor mulighet som må utnyttes. Å skape kriseforståelse eller en følelse av nødvendighet er effektive tiltak for å motivere folk til endring.

Hensikten med fase 1 er å skape motivasjon og drivkraft til endring, samt redusere motstand Kotter (1995). Videre sier han at en av de største feilene mange gjør, er at de ikke greier å skape forståelse av krise. Dette er helt nødvendig for å redusere motstand og skape oppslutning om endringsideen. Ingen endrer seg uten at de er enig i at endringen er nødvendig og til det bedre for dem over tid.

Fase 2: Forme en sterk og støttende maktkoalisjon.

For at folk i organisasjonen skal bli overbevist om at endringen er nødvendig, er det behov for sterkt lederskap og synlig støtte fra sentrale personer i organisasjonen. Det er derfor ifølge Kotter (1995) viktig å etablere en prosjektgruppe som skal lede prosessen. Personene i prosjektgruppen bør inneha nødvendig kunnskap, beslutningsmyndighet og makt i forhold til den endringen som ønskes gjennomført.

Fase 3: Skape en visjon og strategi for endringen.

Det er viktig å skape en visjon for det ønsket sluttresultat. Denne bør motivere de ansatte til å være delaktig i aktivitetene som kreves for å gjennomføre endringen. Kotter (1995) vektlegger at en tydelig visjon kjennetegner en vellykket omstilling i en organisasjon.

Fase 4: Kommunisere visjonen og strategien ned i organisasjon.

Både visjonen og strategien må bli tydelig kommunisert, forstått og ikke minst akseptert. Den bør kommuniseres i flere kanalen for å nå frem til alle.

Fase 5: Oppfordrer andre til å handle etter visjonen.

Kotter (1995) mener at suksessfulle endringsprosesser kjennetegnes av at mange blir involvert. Videre er det viktig å bli kvitt store hindringer som står i veien for

implementeringen av endringsprosessen eller er til hinder for at medarbeidere kan begynne å handle i tråd med den nye visjonen.

#### Fase 6: Planlegge og synliggjør tidlig suksess.

Planlegge for hurtige og synlige resultater. Det er viktig å anerkjenne og belønne ansatte som er involvert i endringene, da det kan overbevise skeptikerne. I tillegg kan resultatet av å vise tidlig suksess, være med på å holde motivasjon oppe hos medarbeiderne. Dette er viktig, da omfattende endringer ofte tar lang tid å gjennomføre og krever mye frustrasjon før måloppnåelse (Kotter,1995).

#### Fase 7: Endre systemet og atferdsmønstre som ikke er i samsvar med visjon.

Ledelsen må jobbe med å endre system, strukturer og policyer som ikke passer til visjonen. Det er viktig å ansette, fremme og utvikle medarbeidere som kan implementere visjonen. I denne fasen er det viktig å ikke ta seieren på forskudd. Det er skjært og tilbakefall kan skje.

#### Fase 8: Forankre endringen i organisasjonen.

Ledelsen må benytte enhver anledning til å kommunisere fremdrift og suksesshistorier fra endringsprosessen. Endringene må bli en del av kulturen før man kan si at den er vellykket/fullført. Fase 1, 2 og 3 kan beskrives som opptiningsfasen, fase 4, 5, 6 og 7 som selve endringsfasen og fase 8 som konsolideringsfasen (Kotter,1995).

Ifølge Kotter (1995) hopper mange organisasjoner over de fire første fasene og starter rett på fase fem. Dette kan føre til motstand mot endring blant ansatte, og at endringen ikke forstås som hensiktsmessig for organisasjonen. Ansatte må forberedes på endringen i de fire første fasene før endringen iverksettes, slik at endringen ikke introduseres brått i organisasjonen. Endringsprosesser kjennetegnes ofte av motstand, forvirring og kaos, som både er kostbart, tidkrevende og demotiverende (Kotter,1995).

### **3.4 Implementering**

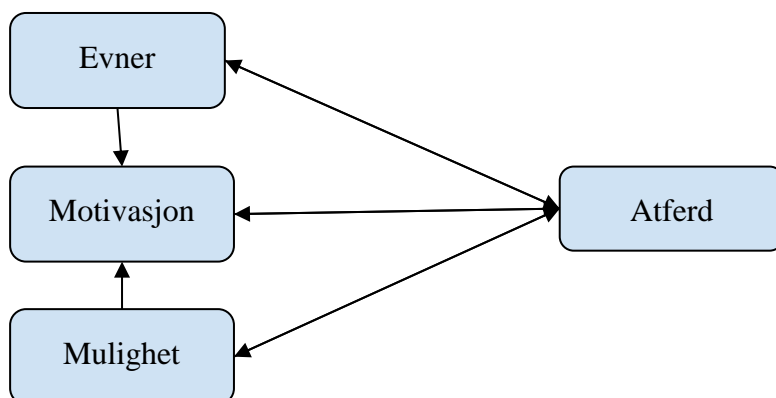
COM-modellen (Michi et al.,2011) handler om implementering som atferdsendring. Dette er en teoribasert modell som er utviklet for å forstå atferden og hvordan den kan endres. Den gir grunnlag for å utforme intervensjoner rettet mot atferdsendring. Michi et al. (2011) omtaler COM-modellen som et “atferdssystem”. Modellen handler om hvordan tre begreper (faktorer) samhandler for å generere adferd. Se figur 1 under. Disse begrepene er evne (Capability), mulighet (Opportunity) og motivasjon (Motivation). Disse tre begrepene utgjør navet i et større system som Michi et al. (2011) omhandler som “atferdsendringshjulet”. Vår oppgave



vil ikke gå nærmere inn på atferdsendringshjulet som sådan, men se på hvordan disse tre begrepene samhandler og påvirker hverandre.

I følge Michi et al. (2011) sier evne noe om den enkeltes individs psykologiske og fysiske mulighet til å delta i den aktuelle aktiviteten, altså om at individene har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter for å ivareta den tiltenkte endringen/oppgaven. Begrepet mulighet er definert som alle faktorer som ligger utenfor individet og som gjør atferden og handlingen mulig, altså de fysiske betingelsene som ligger utenfor individet selv. Michi et al. (2011) definerer begrepet motivasjon som alle de hjerneprosessene som gir energi og dirigerer atferd, ikke bare mål og bevisste beslutninger. Dette handler om faktorer som ligger hos individet selv.

Disse tre forholdene kan potensielt påvirke hverandre på ulike måter. Evne og mulighet kan påvirke motivasjon, se figur 1 under. På samme måte kan man ved å gjennomføre en atferd endre evne, motivasjon og mulighet. “The causal links within the system can work to reduce or amplify the effects of particular interventions by leading to changes elsewhere” (Michi et al., 2011 side 4).



Figur 1: Fremstilling av hvordan evne, motivasjon og mulighet kan påvirke og samhandle med hverandre. Figuren er inspirert av Michi et al. (2011).

### 3.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon påvirker alt som skjer i en organisasjon og organisasjoner formes og utvikles gjennom kommunikasjon (Jacobsen og Thorsvik,2021). Jacobsen og Thorsvik definerer kommunikasjon som “en kompleks og kontinuerlig prosess hvor det formidles informasjon gjennom både verbale og ikke verbale kanaler mellom to eller flere aktører” (Jacobsen og Thorsvik,2021 side 270). Dette innebærer at kommunikasjon er en prosess der det utveksles

informasjon, der alle medlemmene i en organisasjon deltar i kommunikasjonen gjennom meningsdannelsen som dannes omkring informasjonsformidlingen og informasjon oppfattes ulikt. Dette siste ofte fordi konteksten som aktørene inngår i er forskjellig og effekten av kommunikasjon avhenger derfor både av strukturelle og kulturelle forhold, personene som deltar og hvilke kommunikasjonskanaler som benyttes. Kommunikasjon er heller ikke bare overføring av informasjon, men også overføring av ideer, holdninger og følelser (Ibid).

Aktørene som deltar i kommunikasjon er både sendere og mottakere av informasjon i kommunikasjonsprosessen, og disse kan veksle mellom å sende og motta og gjensidig forsøke å påvirke hverandre og meningsdannelsen i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik,2021). Effektiv kommunikasjon er at mottakeren oppfatter budskapet slik senderen har tenkt, og at sender og mottaker utvikler felles forståelse (Ibid).

Organisasjonsstruktur kan påvirke kommunikasjonen, her er det vanlig å skille mellom vertikal og horisontal kommunikasjon. Vertikal kommunikasjon dreier seg om kommunikasjon mellom ledere og underordnede på ulike hierarkiske nivåer, og horisontal kommunikasjon om mellom kolleger på samme enhet eller mellom ulike enheter på samme nivå (Jacobsen og Thorsvik,2021). Det er flere kommunikasjonsutfordringer både når det gjelder vertikal og horisontal kommunikasjon. Vertikalt kan det være utfordringer med at informasjon mellom nivåene kan bli fordreid, borte eller drukne i en mengde informasjon der alt krever oppmerksomhet. Horisontalt ved at kommunikasjonen avtar betraktelig når man krysser formelle organisatoriske enheter. Dette kan handle om at de som jobber innenfor samme enhet kjenner hverandre, har felles erfaringer og som gjør det lettere å forstå hverandre (Ibid).

## **4.0 Metode**

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for forskningsdesign og hvilken forskningsmetode vi har valgt for å besvare vår problemstilling.

### ***4.1 Forskningsdesign, forskningsmetode, og vitenskapsteoretisk ståsted***

Forskningsdesign innebærer at vi tar stilling til hva som skal undersøkes, hvem og hvordan det skal gjøres for å belyse problemstillingen (Johannessen et al, 2021). Å bruke en metode, kommer fra det greske ordet *methodos*, som betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Det handler om å samle inn, bearbeide, analysere, tolke og presentere data og gjøre dette på en systematisk måte (Ibid).

Vi har valgt å bruke en kvalitativ metode i vår oppgave da denne sammenlignet med andre metoder vil belyse og gi svar på vår problemstilling på en best mulig måte. Dette fordi den kvalitative metoden har til hensikt å få frem hvordan mennesker fortolker og forstår gitte situasjoner. Metoden egner seg til å få frem en nyansert beskrivelse av temaet og for å få en mer detaljert og utfyllende informasjon om det fenomenet som vi ønsker å undersøke.

Relasjon mellom intervjuer (forsker) og informant kan påvirke informasjon som kommer ut av intervjuet (Johannessen et al, 2021).

Det er både fordeler og ulemper med kvalitativ metode sammenlignet med andre. Åpenhet, nærhet og relevans er noen av fordelene ved kvalitativ metode. Ulemper kan være at det er tidkrevende å samle inn data, og eksempelvis kan en intervjuopprosess kreve mye tid. I kvalitativ metode vil utvalget være begrenset sammenlignet med kvantitativ metode. Dermed kan man ikke generalisere resultatene selv om resultatene kan være overførbare (Jacobsen, 2021).

Metoden vi har benyttet har en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Målet med en fenomenologisk tilnærming er å få frem personenes, i vårt tilfelle informantenes, egne perspektiv, opplevelse og forståelse. Den hermeneutiske tilnærmingen tar sikte på å få frem de ulike fortolkningene informantene presenterer (Jacobsen, 2021).

### ***4.2 Studiens datagrunnlag - bakgrunn for valg av informanter***

Vi har denne oppgaven brukt to ulike datakilder. Våre primærdata er intervjuer, samtidig benytter vi sekundærdata som er referater fra samarbeidsmøter og andre relevante saksdokumenter fra møter mellom UNN og FIN i perioden november 2018 til januar 2022. Det er denne perioden som er relevant for vår undersøkelse. I forkant av intervjuene innhentet vi sekundærdata både fra UNN og FIN. Disse fikk vi tilsendt på e-post og de ble lest

igjennom før vi startet selve intervjuprosessen. Grundigere informasjon og oversikt av sekundærdataene vil vi komme tilbake til i empirikapittel 5.1 del 1. Sekundærdataene og forberedelsene i forkant av intervjuene mener vi gjorde oss enda bedre i stand til å forstå og gjøre oss kjent med selve prosessen. Vi brukte også informasjon fra sekundærdataene aktivt i intervjuene, der vi følte det ga oss enda mer inngående informasjon fra informantene angående selve prosessen med overføringen av ansvaret for TUD pasientene.

Vi hadde i utgangspunktet tanke om et utvalg på seks informanter. Etter godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg 1) sendte vi ut e-post med forespørsel til våre tiltenkte informanter om deltakelse. Vi fikk ganske raskt tilbakemelding fra fem av de seks. Vi fikk avtalt og utført disse intervjuene, og fant ut etter det femte intervjuet at vi hadde tilstrekkelig informasjon til å besvare problemstillingen vår og ville ikke få ny informasjon ved å intervju den siste. Vi tok derfor på ny kontakt med vår siste tiltenkte informant, som på det tidspunktet hadde sendt e-post om at vedkommende kunne delta på intervjuet. Vi forklarte situasjon og ble da enige om å ikke gjennomføre det siste intervjuet. Vi endte derfor opp med å intervju fem informanter. I tillegg gjennomførte vi i forkant av intervjuene et pilotintervju av en person som kjenner prosessen godt og som kunne komme med tilbakemeldinger på intervjuguiden og omfanget av intervjuet. Tilbakemeldingene var at spørsmålene stort sett ble oppfattet som relevante, at det var passelig mengde og at vi holdt oss innenfor oppsatt tidsramme. Vi gjorde små endringer ut fra de tilbakemeldingene vi fikk, og det å gjennomføre pilot intervjuet var også en fin trening for oss før vi startet på selve prosessen med å intervju informantene.

Kvalitative dybdeintervjuer vil være hensiktsmessig for å få belyst problemstillingen. Vi startet med å lage en intervjuguide (vedlegg 2) med spørsmål som ville være egnet til å få belyst informantenes erfaringer med prosessen med overføring av TUD pasienter fra UNN til FIN, og deres syn på hva som hemmet og fremmet prosessen. Vi valgte en semistrukturert intervjuform hvor vi stilte åpne spørsmål fra intervjuguiden, og kom med oppfølgingsspørsmål etter hvert som samtalen utviklet seg. På den måten kunne vi gi full oppmerksomhet til hva informantene sa i intervjuet, og stille oppfølgingsspørsmål for å klargjøre og utdype utsagn, noe som er fordelen med semi-strukturerte intervjuer (Kvale et al., 2008). Vi hadde en relativt omfattende intervjuguide med mange spørsmål, men valgte en strategi at dersom informanten allerede hadde svart eller omhandlet temaet på spørsmål som kom senere, så stilte vi ikke disse spørsmålene på nytt igjen. Dersom vi synes vi ikke hadde fått svar på spørsmålet, kunne vi stille spørsmålet på en annen måte litt senere. En slik

omfattende intervjuguide fungerte slik som et støtteark for oss som hadde liten erfaring med gjennomføring av intervju på forhånd.

Vi brukte strategisk utvalg for å inkludere sentrale personer som var involvert i prosessen. Vi har i alt intervjuet fire ledere på ulike nivå, og en rådgiver i klinikkene for psykisk helse og rus i henholdsvis UNN og FIN. Tre av fem informanter var i FIN, og de resterende fra UNN. Dette valget ble gjort da vi hadde en hypotese om at de to gruppene kunne ha ulike erfaringer med prosessen. Bakgrunnen for dette er at UNN skulle gi fra seg en oppgave som de har hatt ansvaret for, mens FIN skulle få ansvaret for en oppgave de ikke hadde hatt ansvar for tidligere. Lederne i FIN kom fra ulike lokalisasjoner for å fram om det var eventuelle lokale forskjeller i erfaringene. Alle informantene har flere års ledererfaring, og de har vært involvert i prosessen på ulike tidspunkt, en har vært med i begynnelsen (beslutningen), to har vært med hele veien, to har vært med i slutfasen med planlegging/implementering. I sum ble det antatt at de kunne bidra med nyttig informasjon, synspunkter eller erfaringer om temaet som var relevant i forhold til å få besvart vår problemstilling. Informert skriftlig samtykke til å delta i denne studien ble innhentet fra alle deltakerne før intervjuene ble utført.

Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt med informantene, og begge forskerne deltok på alle intervjuene. Vi etterstrebet å utføre intervjuene så likt som mulig, for å få en så lik intervjusituasjon som mulig. Den ene av forskerne intervjuet, mens den andre skrev notater, fulgte med tiden og kom med eventuelle oppfølgings spørsmål. Vi byttet om på rollene slik at begge intervjuet informantene. Pilotintervjuet ble utført på teams, da det var vanskelig å få organisert dette med fysisk møte. Se oversikt nedenfor i tabell 1.

Informant	Dato for intervju	Varighet	Sted	Møteform
Pilot	24.03.22	57 min	Teams	Digitalt
1	29.03.22	59 min.	Møterom hotell	Fysisk møte
2	04.04.22	1 time	Møterom FIN	Fysisk møte
3	04.04.22	1 time og 7 min.	Møterom FIN	Fysisk møte
4	06.04.22	1 time og 7 min.	Møterom UNN	Fysisk møte
5	07.04.22	1 time og 6 min.	Møterom UNN	Fysisk møte

Tabell 1: Pilot og intervju informasjon

Under intervjuene benyttet vi lydopptak. I etterkant av intervjuene ble lydopptakene transkribert. Transkribering av intervjuene ga oss god kjennskap til informasjonen vi fikk.

#### **4.3 Reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet)**

Disse to begrepene forteller oss noe om kvaliteten på forskningen.

Reliabilitet kommer fra det engelske ordet reliability og er oversatt på norsk til pålitelighet. Reliabilitet beskriver hvor pålitelig og holdbare dataene er. Det viser til hvor nøyaktig dataene er, hvilke data som brukes, hvordan de er samlet inn, analysert og bearbeidet. Reliabilitet sikres gjennom at forskeren gjør sin forskning transparent og redegjør for hvordan prosessen har foregått. Generelt antas reliabiliteten å være høy dersom flere forskere kommer frem til samme resultat (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2021).

Reliabiliteten kan påvirkes av informantenes hukommelse og hvordan de oppfatter og forstår spørsmålene som stilles, samt ønske og viljen til å være ærlige i forhold til hva de deler. I vår oppgave har vi vært ærlige overfor informantene i forhold til vår prosess og intensjonene våre. Vi har forklart til informantene hvordan den informasjon de gir oss, vil oppbevares, bearbeides og brukes i oppgaven. Dette mener vi har styrket reliabiliteten. Begge forskerne har gjennom sitt arbeid selv vært involvert i prosessen med overføring av denne oppgaven. Dette kan ha påvirket hvordan vi har tolket og bearbeidet data. Vi har vært særlig

oppmerksom på dette. Vi har derfor forsøkt å løse dette gjennom diskusjoner, samt gjennomlesing av transkriberte intervjuer og saksdokumenter flere ganger for å se etter alternative fortolkninger. Videre mener vi at oppgavens reliabilitet er styrket ved at intervjuene samsvarte med sekundærkildene.

Validitet kommer fra det engelske ord *validity* og betyr gyldighet på norsk. Validitet handler om hvor relevant dataene som er samlet inn er, og om de representerer fenomenet vi ønsker å undersøke (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2021). Vi kan ikke utelukke at informantene holdt tilbake informasjon som kunne vært nyttig for oss, men vi oppfattet informantene som ærlig/troverdig og meddelsomme.

#### ***4.4 Etiske aspekter***

Etiske valg og dilemmaer vil kunne oppstå i all type forskning. Det være seg vurderinger knyttet til blant annet personvern, konfidensialitet samt hvordan informasjonen som brukes forvaltes og oppbevares. I tillegg vil også etiske vurderinger omkring retten til privatliv for informantene og informert samtykke være viktig (Jacobsen, 2021).

Vår oppgave inneholder ingen pasientopplysninger eller annen taushetsbelagt informasjon. Vi har heller ikke utformet intervjuguiden slik at den inneholder noen sensitive personopplysninger. Dataene fra informantene er anonymisert. Informantene er informert om at det likevel vil kunne gjenkjennes fra personer som kjenner organisasjonene godt og som jobber tett på informantene grunnet et lavt antall informanter. Til tross for dette var det ingen av informantene som uttrykte at dette var problematisk og at de ikke vil delta i studien. De hadde mulighet til å trekke seg fra studien under hele prosjektet.

I forkant av intervjuene sendte vi søknad til Norsk senter for datainnsamling (NSD). NSD har som oppgave å sørge for at data om mennesker og samfunn kan hentes inn, bearbeides, lagres og deles trygt og lovlig. Før vi gikk i gang med prosjektet, ble søknad sendt og godkjent av NSD.

De etiske betraktningene rundt å gjøre studier i egen organisasjon, nærhet og relasjoner til informantene er noe vi har tenkt over i forhold til oppgaven. Vi har vært bevisste på å prøve å holde avstand til det vi skal studere, dette for at ikke våre meninger skulle skinne gjennom da vi begge kjenner både prosessen og organisasjonene godt. Det har likevel ikke bare vært en ulempe, men også en fordel. Vi har fått lettere tilgang til saksdokumenter og informanter gjennom vår kjennskap til begge organisasjonene og prosessen generelt.

Etiske avveininger i forhold til anvendelse av lovverk og bruk av tvang vil alltid være et viktig etisk aspekt å ta med. Siden vår oppgave omhandler bruk av en pasientgruppe hvor tvang er en del av behandlingen, vil det for noen være etisk kontroversielt og problematisk.

#### **4.5 Metodekritikk**

I all forskning vil en kritisk holdning til eget arbeid og valg underveis være av avgjørende betydning for å få mest mulig troverdig og pålitelig resultat. Vi vil derfor i dette avsnittet påpeke mulige svakheter som vi ser vi kan ha gjort underveis i prosessen.

Antall informanter er relativt lavt, men antall personer som er kjent (eller vært direkte involvert i prosessen) med prosessen med overføringen av ansvaret av TUD pasientene er relativt lavt både i UNN og FIN. Dette, i tillegg til at oppgavens størrelse, er ikke forenelig med å ha flere informanter. Det er likevel viktig å være klar over svakheten med et lavt antall informanter.

Begge forskerne har kjennskap og tette relasjoner til informantene i kraft av at vi er ansatt i helseforetakene. Dette kan ha resultert i at informantene ikke har følt at de hadde mulighet til å kunne uttale seg helt fritt. Relasjonene kan ha resultert i at informantene har tenkt igjennom hva de kan si og ikke. Til tross for dette var vår opplevelse at informantene var ærlig og kom med den informasjon og kjennskapet de hadde til prosessen. Vi har også gjennom vårt arbeid vært involvert i prosessen. Denne bakgrunnen gjør at vi har dannet oss et bilde av virkeligheten fra vårt ståsted. Dette kan ha påvirket utvalg av informanter, intervjusituasjon og vår egen tolkning av empiri. Dette har vi vært særlig oppmerksom på, og har gjennom diskusjoner utviklet økt bevissthet om vår forforståelse, og forsøkt å la prosessen framtre på egne premisser.

Vi sendt ut samtykkeskjemaet (vedlegg 3) på mail til alle informantene i forkant av intervjuene, men de fikk ikke tilgang på intervjuguiden. Dersom informantene hadde hatt tilgang til denne før selve intervjuet, kunne de hatt muligheten til å forberede seg. Konsekvensene kan da være at flere detaljer angående tema kan ha gått tapt.



## **5.0 Empiri**

Vi har gjort noen strategiske valg i forhold til vår empiridel og hvordan vi vil presentere dataene basert på saksdokumentene og informantene. Dette innebærer at vi har valgt å dele empirien opp i to hoveddeler. Den første delen av empirikapittelet gir en oversikt over dokumentene vi har innhentet. Videre har vi laget en tabell og en figur som gir en skjematisk framstilling av tidslinjen i prosessen. Se tabell 2 og figur 2 under. Den andre delen av empirikapittelet presenterer data basert på saksdokumentene og informantene samlet. Dette beskriver vi nærmere i kapittel 5.2.

### ***5.1 Beskrivelse av saksdokumenter og faser i prosessen***

Vi har fått tilsendt 16 ulike saksdokumenter fra både UNN og FIN. Saksdokumentene har vi kategorisert i fire ulike typer: ulike brev (2 stk), referat fra samarbeidsmøter mellom klinikkledelsen i de to helseforetakene (11 stk), klinikkleder møter innad i FIN (2 stk) og referat fra arbeidsgruppemøte innad i FIN (1 stk). Se tabell 1. Vi er forøvrig gjort kjent med at det ikke foreligger referat fra øvrige arbeidsgruppemøter mellom UNN og FIN. Data som omhandler arbeidet i arbeidsgruppene baserer vi hovedsakelig fra intervjuene med informantene.

Dokumenttypene i tabell 2 nedenfor vil gjennomgå og presenteres sammen med informasjon fra informantene i kapittel 5.2 av empirikapittelet.

Nr.	Dokumenttyper	Referanse (ref.)
1	Brev nr. 1	10.04.18
2	Samarbeidsmøte nr. 1	28.11.18
3	Klinikk ledermøte i FIN nr.1	15.01.19
4	Klinikk ledermøte i FIN nr. 2	09.04.19
5	Brev nr. 2	06.05.19
6	Samarbeidsmøte nr. 2	15.05.19
7	Arbeidsgruppemøte FIN nr.1	28.08.19
8	Samarbeidsmøte nr. 3	26.03.20
9	Samarbeidsmøte nr. 4	29.04.20
10	Samarbeidsmøte nr. 5	02.09.20
11	Samarbeidsmøte nr. 6	30.11.20
12	Samarbeidsmøte nr. 7	08.02.21
13	Samarbeidsmøte nr. 8	26.03.21
14	Samarbeidsmøte nr. 9	20.08.21
15	Samarbeidsmøte nr.10	03.11.21
16	Samarbeidsmøte nr. 11	24.01.22

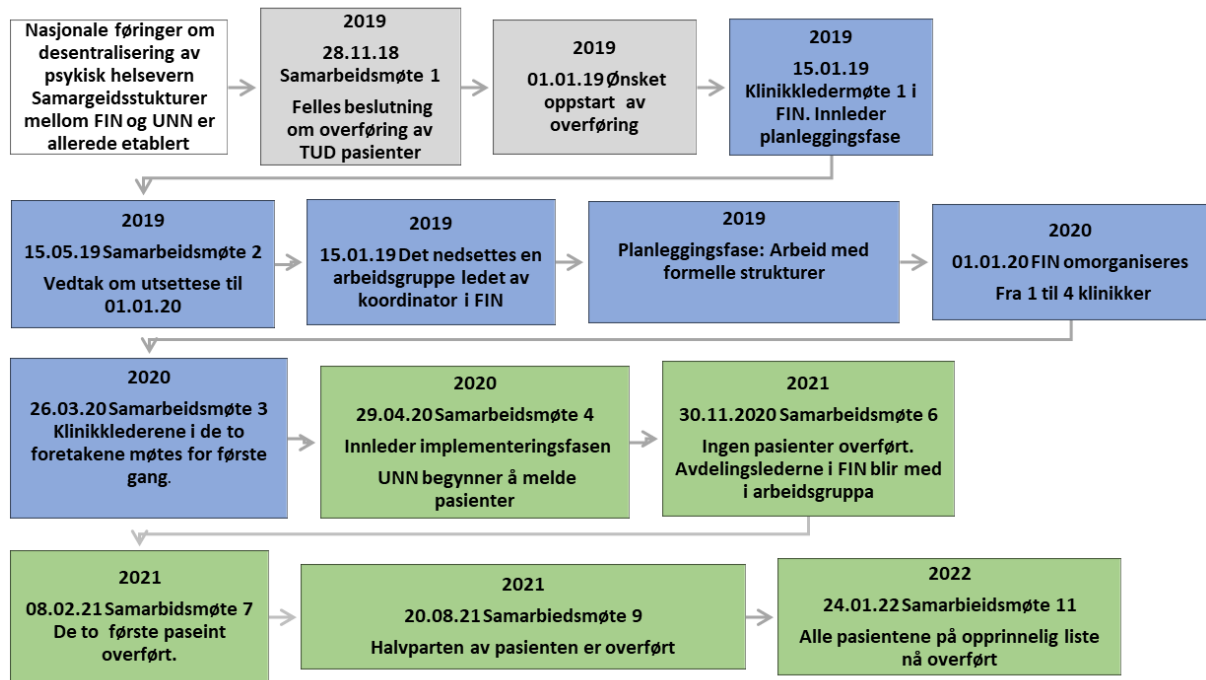
Tabell 2: Sekundærdata: Ulike saksdokumenter.

Det finnes ulike måter å definere en prosess på. Vi har valgt å bruke definisjon av en prosess som en systematisk rekkefølge av aktiviteter som til sammen skaper et ønsket resultat (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2018).

Ved gjennomgang av dokumentene vurderer vi at prosessen vi undersøker kan deles inn i tre faser. På bakgrunn av dette har vi valgt å dele prosessen inn i beslutningsfase, planleggingsfase og implementeringsfase. Inndelingen er gjort etter hva fokuset var på i løpet av prosessen. Imidlertid har vi sett at disse ulike fasene ikke har noe helt klart skille mellom seg, da spesielt i forhold til at det vil være glidende overganger mellom dem. Denne glidende overgangen kan vi spesielt se ved at planleggingsfasen glir over og fortsetter gjennom implementeringsfasen. Vi har til tross for disse glidende overgangene likevel valgt å presentere dem hver for seg for oversiktens skyld. De ulike fasene vil presenteres grundigere i kapittel 5.2 av dette empirikapittelet.

For å understreke fasene i prosessen har vi, etter beste evne, også prøvd å se hvilke faser de ulike saksdokumentene tilhører. Vi mener at dokument nr 1 og 2 tilhører beslutningsfasen, dokument nr 3 og til og med dokument nr 8 tilhører planleggingsfasen og videre at resterende dokumenter tilhører implementeringsfasen.

For å få en oversikt i de ulike fasene og viktige datoer og årstall, har vi laget en forenklet tidslinje for å visualiser prosessen. De ulike fasene er markert med ulike farger. Beslutningsfasen er grå, planleggingsfasen er blå og implementeringsfasen er grønn. Se figur 2 under.

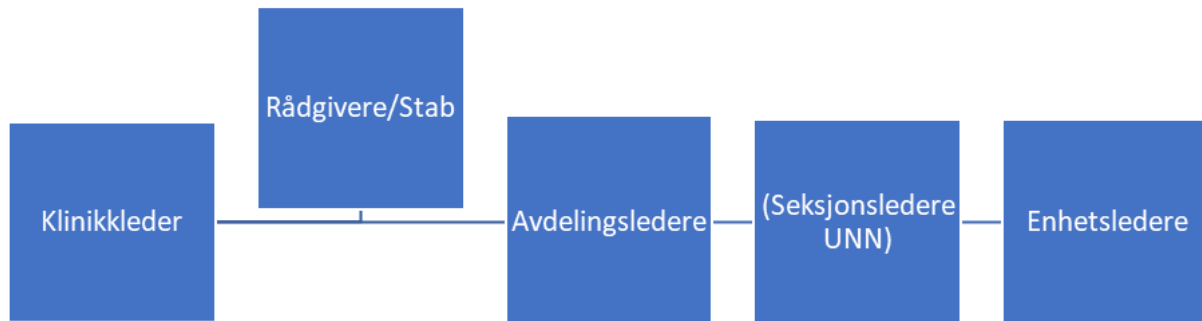


Figur 2: En framstilling av tidslinjen med viktige datoer i prosessen.

### 5.2 En samlet framstilling av prosessens faser. *Empiri fra saksdokumenter og informanter*

I denne delen presenterer vi våre funn, og disse funnene baseres både på dokumentene og fra våre intervju med informanter. Dette fordi vi tror det vil gi en bedre forståelse av prosessen å se dette samlet framfor å dele presentasjon i to deler. Ytterligere et motiv er at vi da unngår gjentakelser, dette fordi informantene understøtter mye av det som tas opp i møtene. Altså at informasjon fra informantene og saksdokumentene understøtter hverandre.

Våre informanter har alle flere års ledererfaring og de er ledere på ulike nivå. For oversikt over lederlinjen i de to klinikkene, se figur 3 nedenfor.



Figur 3: Forenklet visuelle fremstilling av lederlinjen/hierarkisk ledelsesstruktur i klinikkene i UNN og FIN.

Informantene har vært involvert i prosessen på ulike tidspunkt, en informant har vært med i begynnelsen (beslutningen), to har vært med hele veien, to har vært med i slutfasen med planlegging/implementering.

De ulike møtene som vi refererer til i oppgaven, har deltakelse fra ulike representanter, for oversiktens skyld har vi valgt å beskrive møtene nærmere nedenfor:

- Samarbeidsmøter: Møter mellom klinikkledelsene ved de to helseforetakene. Her deltar klinikkledere, rådgivere og andre inviterte på enkeltsaker, som for eksempel TUD.
- Klinikkledermøter FIN: Dette er internt møte i klinikkledelse i FIN. Består av klinikkleder(e), rådgivere, samt avdelingsledere ved de tre DPS'ene i Finnmark.
- Vi har valgt å dele arbeidsgruppemøtene i to ulike grupper, arbeidsgruppe 1 og arbeidsgruppe 2, dette da sammensetningen av møtedeltakerne endres underveis i prosessen, ved at avdelingsledere og enhetsledere på ett tidspunkt (ref 30.11.21) ble deltakere i arbeidsgruppa (det vi benevner som arbeidsgruppe 2).

Vi har valgt å benevne alle informantene som hun uavhengig av kjønn for bedre å ivareta anonymiteten til informantene.

### **5.2.1 Beslutningsfasen**

I 2018 var det allerede etablert felles samarbeidsmøter mellom lederne på de to klinikkene for psykisk helse og rus i UNN og FIN. Disse møtene ble arrangert en til to ganger i året, hvor hver av klinikkene meldte inn saker og temaer som de var opptatt av og ønsket å diskutere. Det var i et av disse møtene at det ble fattet en felles beslutning om at ansvaret for og oppgaver i forhold til TUD pasientene skulle overføres fra UNN til FIN. Dette framkommer i et referat fra samarbeidsmøte nr 1 (ref. 28.11.18). Vi har valgt å se på dette møtet som starten på den prosessen som vi studerer i denne studien. UNN har i dette møtet i dette møtet et sterkt ønske om å overføre ansvaret for disse pasientene og foreslår oppstart allerede 01.01.19.

Flere informanter både ved UNN og FIN bekrefter at initiativet til denne ansvars- og oppgave overføringen kom fra UNN. En av lederne ved UNN var sentral i forhold til at forslaget kom opp som et faglig initiativ for å bedre oppfølgingen av disse pasientene. Denne lederen hadde tidligere jobbet i en avdeling hvor oppfølging av TUD pasienter lå i det lokale DPS'et. Hun sier «.. kanskje jeg var medvirkende til å skape den ideen om at det skulle være sånn ... fordi jeg kom fra den bakgrunnen jeg gjorde». Begrunnelsen var faglig; «Men kjære, de dårligste pasientene, hvis vi i det hele tatt skal tenke at de skal kunne settes i stand til å være klare å ta imot et frivillig tilbud. Da må de bli kjent med det tilbudet som finnes lokalt. De må vite om sitt eget DPS, de må møte folkene der, få en relasjon. De må bli invitert til døgnheten ...» (Informant 4). Hun var overrasket og noe undrende over at de akuttpsykiatriske postene ved UNN hadde ansvaret for så mange pasienter på TUD og at mange av dem ikke hadde kontakt med sitt lokale DPS (Informant 4).

En annen av informantene fra FIN uttrykte at; “ja, det var nok UNN som var initiativtaker .... vi levde godt med at UNN hadde dette ansvaret, det var altså ikke fra vår side at vi tok plutselig initiativ til at vi fant ut at vi skulle ha det” (Informant 3).

Det framkommer av møtoreferatet fra samarbeidsmøte nr 1 (ref 28.11.19) at FIN uttrykker de er innstilt på å overta ansvaret, men at de trenger mer tid enn hva som er foreslått fra UNN. FIN informerer om at de er under omorganisering, og at daværende klinikk for psykisk helse og rus i FIN er involvert i flere store byggeprosjekter. I tillegg nevnes det fra FIN at det er flere ting som må på plass før prosessen med overføringen kan igangsettes. Det hersker blant annet tvil om alle DPS'er i Finnmarkssykehuset er godkjent for TUD. De trenger å få sjekket dette opp med Helsedirektoratet, og eventuelt få søkt om godkjenning dersom ikke alle DPS'ene er godkjent. Det bes videre om at det må avtales nærmere om UNN kan bistå med

veiledning og opplæring av nye faglig ansvarlige ved FIN. Til tross for dette foreslår UNN at «*FIN uansett kan starte med noen få pasienter, iallefall til de DPS som er godkjent*».

Selv om det utfra referatet følger at det er uenigheter om når overføringen av pasienter kan starte, så er det ifølge våre informanter ikke faglig uenighet om at denne oppgaven skal overføres. En av informantene sier at “*Det ble jo møtt i den første fasen, at dette ikke var så lett ... Kanskje ikke sånn at det var feil og at det var uaktuelt ... Altså ... det var jo ikke sånn at det er faglig feil eller juridisk feil, men det har jo med flere ting å gjøre altså*” (Informant 5).

Det er relativt kort tid fra beslutningen 28.11.18 til UNN sitt ønske om at FIN skal ta over pasienter på TUD 01.01.19. Utfra dette kan det se ut som UNN har urealistiske forventninger for tidspunktet pasientene kan overføres, da det var flere forhold knyttet til det å ha ansvar for TUD som ikke var klarlagt. FIN hadde også mange andre prosjekter på gang på dette tidspunktet, som krevde tid, oppmerksomhet og ressurser. Som en av informantene sier det: “*Vi hadde på en måte nok problemer fra før med omorganisering, bygging og det, ja vi var i vår egen lille boble da ... egentlig da på den tiden*” (Informant 3).

Beslutningen ble videre fattet uten at det på dette tidspunktet var laget en plan for hvordan dette skulle gjøres, eller at det var laget en oversikt over risiko og konsekvenser ved å overføre oppgaven. I følge flere informanter så er det også tvil om ledere ved FIN, på dette tidspunktet, fullt ut forsto omfanget av å skulle overta denne oppgaven. En av informantene fra UNN sier at «*det er klart, at ledelsen i Finnmarkssykehuset den gangen i starten der, det var jo ingen faglig sterk ledelse ....*» (... )«*Så de hadde jo begrenset kunnskap om hva dette dreier seg om egentlig. Det må man kunne si*» (Informant 5).

En annen informant i FIN sier; “*Man har liksom hørt, det er ikke et problem med det her med TUD, det har vi hatt før*”. Her henviser informanten til at noen spesialister ved FIN gjorde enkelte kontrollundersøkelser i samråd med faglig ansvarlige ved UNN for flere år tilbake. Informanten sier videre; “*Da tenker jeg at man ikke skjønner hva det er snakk om, for det er jo så ufattelig mye mer enn en samtale i ny og ne*” (...) *da tror jeg rett og slett det er mangel på forståelse av hva dette innebærer*” (Informant 2).

### **5.2.2 Planleggingsfasen**

På klinikkledermøte nr 1 i FIN (ref 15.01.19) er TUD kort omtalt under overskriften “TUD fremdriftsplan”: “*Det må utarbeides en oversikt over konsekvensene for klinikken med innføring av TUD*”. Her fremkommer det at FIN skal begynne å se på hva det vil innebære for

deres organisasjon å ta dette ansvaret. På sett og vis indikerer dette referatet oppstart av planleggingsprosessen for å forberede organisasjonen på nye oppgaver.

En av informantene som også var med på samarbeidsmøtet nr 1(ref.28.11.18) ble etterhvert koordinator i FIN for dette arbeidet med å utarbeide oversikt over konsekvenser. Hun sier; *“Jeg har vært med hele veien. Vi hadde en beslutning, og så skulle man liksom få det til. Vi som skulle koordinere det hadde vel ansvar for å ... hva skal jeg si ...vi skulle organisere det overordnede”* (Informant 3). Det vil si at dette med å få oversikt over konsekvenser, i stor grad omhandlet det å skulle avklare hvilke praktiske forhold som måtte på plass, herunder blant annet sjekke hvilke institusjoner som var godkjent for oppgaven.

Dette med godkjenning av institusjoner blir etterhvert et viktig tema for når ansvaret kunne overføres. Det må her bemerkes at det allerede i brev nr.1 (ref. 10.04.18) fra Helsedirektorat fremgår at to av tre DPS`er i Finnmark var godkjent for å kunne ha ansvar for TUD. I følge brevet var godkjenningen tidsubegrenset, gitt at betingelsene for godkjenningen fortsatt var oppfylt.

I referat fra klinikkledermøte nr 2 (ref 09.04.19) i FIN er det avklart at det må søkes om godkjenning for et av DPS`ene. Det stilles også spørsmål om det bør søkes om ny godkjenning også av de andre. Dette ettersom den forrige godkjenningen var gammel og bemanning og bygningsmessige forhold kan ha endret seg. Dersom DPS skal ha TUD måtte også KK settes i stand til å påta seg de nye oppgavene.

I brev nr 2 (ref 06.05.19) har imidlertid KK for UNN opplyst at de er kjent med at det faglige ansvaret for pasientene underlagt TUD gradvis vil overføres fra UNN til FIN. De er informert om at overføringen er forsinket, blant annet grunnet FINs oppfatning av at de mangler KK som kan ivareta alle oppgavene en slik overføring krever. UNN har derfor forespurt egen KK om de kan ivareta ansvar for Finnmark til de nødvendige godkjenninger er på plass og KK der er klare. Desentraliseringen nevnes som et viktig moment, og det er ønskelig å unngå ytterligere forsinkelser i prosessen. To av tre kontrollkommisjoner i Finnmark er klare, og det er bestemt at UNNs KK inntil videre skal ivareta oppgaven for det siste DPS`et slik at ytterligere forsinkelser unngås.

Det fremkommer i klinikkledermøte nr 2 (ref 09.04.19) at det er flere utfordringer som må løses før FIN kan overta ansvaret. En av spesialistene i FIN som har lang erfaring med å arbeide med TUD fra før, har påtatt seg oppgaven med å prøve å ta over TUD ansvaret for en av sine polikliniske pasienter. Denne spesialisten starter det vi i ettertid kan benevne som en



tidlig pilot før implementeringen av oppgaven kan starte i resten av foretaket. I følge tilbakemeldingen fra denne spesialisten er det flere utfordringer som må løses fremover. Dette gjelder for eksempel mangel på dokumentmaler i journalsystemet, og at journalsystemene mellom de ulike foretakene ikke “snakker sammen”. Dette vanskeliggjør kommunikasjon mellom de faglig ansvarlige på UNN og DPS. Videre er det ikke avklart hvem som skal gjøre ulike oppgaver knyttet til merkantile støttefunksjoner, registreringer og lignende i journalsystemet. Det er også spørsmål om avklaringer rundt hvilke kontrollkommisjoner som skal brukes.

Det var svært mange praktiske spørsmål som måtte avklares. I følge en av informantene så var det laget en grov skisse over det som måtte komme på plass og det var relativt mange ting som sto på denne tiltakslisten. I forhold til hva som trengte å være på plass, sier hun: “*Alt! Alt egentlig .... alt manglet jo*”. Videre sier hun “*Vi begynte på null, blanke ark liksom*” (Informant 3).

Også informanter fra UNN sier at det var flere hindringer i veien som måtte overkommes før man kunne starte med å overføre den første pasienten. “*Altså på en måte, nokså mye jobb for å få det til da*” (Informant 4). Hun beskriver at piloteringen som ble gjort av en spesialist som hadde sagt seg villig til å prøve dette ut før alle andre var nyttig i denne prosessen. “*Vi hadde en som prøvde ut, gjennom litt sånn prøving og feiling ... jeg tror ikke det må være på plass, men det hadde nok også litt å si, faktisk, i å gå det opp på vegne av noen andre*» (Informant 4). Det var altså flere praktiske spørsmål som måtte avklares før overføring kunne skje. Samtidig som referatene ovenfor indikerer at planleggingsfasen var i gang, så går det forholdsvis lang tid fra det besluttes i januar at det skal utarbeides en oversikt over konsekvenser, til denne saken kommer opp igjen i april.

I det neste samarbeidsmøte nr 2 (ref 15.05.19) mellom de to helseforetakene er det imidlertid full stopp. FIN formidler at de har utsatt oppstarten av overføringen av ansvaret til 01.01.20. Det sies fra FIN at forsinkelsen skyldes at andre oppgaver har fått prioritert og videre at FIN formidler at det var behov for å få på plass rammevilkår for å kunne gi et godt faglig tilbud til disse pasientene. Det er også behov for opplæring, veiledning samt deltakelse på fagdager. FIN informerer om at personellmessige-, bemanningsmessige- og økonomiske konsekvenser måtte avklares ytterligere. Det besluttes derfor å nedsette en arbeidsgruppe i FIN, der UNN skal være med (Arbeidsgruppe 1).

I ovennevnte referat kommer det frem at UNN er uenig med FINs vedtak om utsatt oppstart til januar 2020, og de ber derfor FIN om ikke venter med å ta imot pasienter helt fram til neste år.

Ledere ved UNN oppfattet denne utsettelsen også som uttrykk for motstand. *“Det skjedde vel egentlig ikke så mye i 2019, så vidt jeg kan huske det”* (Informant 4). *«Så det var veldig tydelig motstand fra hele organisasjon, sånn som jeg tenkte det i starten”* (Informant 4). Videre sier hun: *“Så startet vi med veldig mye, altså ikke en ubetydelig problematisering av om dette var mulig, eller at det kanskje ikke var mulig, og dette har vi ikke gjort før.”* (Informant 4).

En av de andre sier *“(…) innad hos dem, så oppfatter jeg at det var en betydelig motstand av litt forskjellige grunner”* (Informant 5). Hun sier at hun forstår mange av årsakene til motstanden, og at dette var sammensatt av flere faktorer som medførte at prosessen ble forsinket: *“Det er ikke en ting, men et samspill av flere ting”* (Informant 5).

Arbeidsgruppe 1 jobbet utover 2019 og begynnelsen av 2020 med å få klargjort organisasjon for å kunne ta oppgaven, i form av å få de formelle kravene på plass. Fortrinnsvis handlet dette om å få godkjent institusjonene, oppdatert KK, avklaring av tekniske spørsmål som journalmaler og lignende. Denne perioden ble av UNN oppfattet som å ta unødvendig lang tid. I følge informanter var UNN utålmodig i denne fasen av prosessen: *“Det var mye sånn om og men ... ja, så jeg tror ikke det blir gjort så veldig mye for øvrig. Altså, det var jo litt så .... det var jo ganske stillstand veldig lenge i dette, så det blir jo litt sånn ... litt sånn masing”* (Informant 5). Hun sier videre at UNN hadde en strategi om *“å ikke gi seg”*, og at *“uten den pådrivningen, så hadde det vel ikke skjedd så mye kanskje”*. Det handlet om å holde det på dagsorden, og etterspørre hva som skjedde.

Flere av informantene beskriver at det i denne fasen manglet en plan, men at man mer løste utfordringene som oppstod underveis. De beskriver dette som at *“Så blir veien til mens vi gikk da”* (Informant 3). Dette understøttes av informant 4 som uttrykker at faglig sett har ideen vært god og den har fått leve, selv om planleggingen mangler. *“Veien blir til mens man går”* (...) *«Nei, noen nedskrevet implementeringsplan har vi jo egentlig ikke hatt”* (...) *“Vi satte jo ikke noen sånn halvt års plan, altså innen det neste halve året skal i alle fall fem være overført eller noen TUD pasienter til hvert DPS”* (Informant 4). Hun følger videre opp med at denne arbeidsformen som handler om å finne ut av det når problemstillingene oppstår, krever et godt samarbeid og tillit, og at man er sånn rimelig trygg på hverandre i det (Informant 4).

Informanten sier videre at mangel på plan kunne hatt betydning for forsinkelsen. Hun sier *“Kanskje satt litt flere tidsfrister, for å få litt framdrift. Tror kanskje det hadde vært lurt når jeg ser tilbake på det”* (Informant 4).

I arbeidsgruppemøte nr 1 (ref 28.08.19) fremkommer det at det er laget en fremdriftsplan, men at denne er mangelfull. I fremdriftsplanen står det listet opp noen av kravene til som må innfris før FIN kan overta TUD, men det fremkommer ikke tydelig hvem som er ansvarlig, og det er heller ikke satt noen tidsfrister.

Videre nevnes det i dette møtet at det må tas med i vurderingen at FIN omorganiseres fra en til fire klinikker fra januar 2020 og at det vil skape andre utfordringer, ansvarsfordelinger og funksjonsfordelinger. Det konkluderes med at dette må avklares på et senere tidspunkt. Dette viser at det var noe usikkerhet om hva ny klinikkstruktur ville innebære. I følge våre informanter var det flere både ved UNN og FIN som var skeptiske til av hva konsekvensene av omorganiseringen ville bli. Bekymringen handlet om at et allerede lite fagmiljø ble splittet. I tillegg ville psykisk helse og rusklinikken bli organisert sammen med somatikken, og frykten var da at fagfeltet (psykiatri) ble lite synlig i den nye organisasjon (Informant 5).

*“Jeg må jo si at den omorganiseringen kom jo ganske sånn brått på, og jeg vet enda ikke helt hva bakgrunnen var ... men vi ble jo omorganisert”* (Informant 1).

Informant 4 sier: *“Ja, det var en bekymring for hva som ville skje, på mange vis i den overgangen. I ettertid, så tenker jeg, så er min forståelse, at det ble bra for den prosessen at dette skjedde.”*

Første samarbeidsmøte mellom UNN og FIN etter ny klinikkstruktur var samarbeidsmøte nr 3 (ref 26.03.20). Klinikksjefene i begge foretakene møtes for første gang i dette møtet. De nye lederne i FIN blir informert om TUD, og at arbeidet med overføringen av ansvaret for TUD pasientene har stoppet opp. Det påpekes at det er viktig at arbeidet fortsetter, fordi *“det er særdeles viktig at disse pasientene knyttes nært opp til lokalt DPS”*. Det konkluderes med at arbeidsgruppe 1 skal lage en liste over momenter som gjenstår før igangsettingen kan finne sted. På dette møtet bestemmer de seg også for at de skal holde samarbeidsmøter mellom foretakene oftere enn før og at møtene skal være digitale.

Informant 5 uttaler at møtestruktur mellom de to klinikkledelsene endret seg etter Covid-19 pandemien og at digitale møter resulterte i at det ble enklere å møtes sammenlignet med før. *“Det var godt fram møte for å si det sånn. Det er jo alltid et godt tegn, altså når folk stiller på*

*ledernivå, så var jo det et tegn at de synes det var viktig*". Hun sier at omorganiseringen i FIN medførte et lederteam på fire ledere sammenlignet med at det tidligere var bare en, kanskje gjorde lederteamet sterkere med større handlingskraft (Informant 5).

En annen informant utdyper i forhold til kompetanse og forståelse blant de nye lederne og sier: *"På den måten at de lederne som da kom inn, de aksepterte veldig vår forståelse av hvorfor det var viktig å ta denne oppgaven. De sa at selvfølgelig må vi arbeide med de sykeste, altså de som strever mest. Jeg synes det framsto som at ledelsen var veldig tilstede i de fire klinikkene, det ble egentlig nokså mye enklere enn det var før det"* (Informant 4). De nye lederne signaliserte tydelig at *"dette må vi få til"* (Informant 5).

### **5.2.3 Implementeringsfasen**

Flere av de formelle overordnede strukturene som omhandler blant annet godkjenning av institusjoner og KK begynner nå å ha kommet på plass. Samarbeidsmøte nr.4 (ref 29.04.20) vurderer vi å være starten på implementeringsfasen. Grunnen til dette er at det fremkommer i referatet at UNN nå har meldt en TUD pasient til hvert av DPS`ene i Finnmark. FIN sier at dette er for tidlig og at det ikke er realistisk å overta ansvaret for disse før på et senere tidspunkt, og de arbeider med å fremskaffe faglig ansvarlige til de pasientene som UNN har meldt. FIN sier de er startet jobben med implementeringen av oppgaven.

Gjennom denne våren er det møter i arbeidsgruppe 1 hver 14. dag som en forberedelse på å overta ansvaret for TUD pasientene. Meningen var at arbeidet som ble gjort i arbeidsgruppen skulle forankres og følges opp i resten av organisasjonene. I følge våre informanter var det flere ting i denne fasen som bidro til å forsinke prosessen. Hun som hadde en koordinatorfunksjon for innføring av TUD i FIN sier: *"På en måte lå mye på mine skuldre, i forhold til det praktiske da. Det er ikke jeg som til slutt skal gjøre det, men noen andre. Min rolle har vært å legge til rette for det rammeverket, prosess og praktiske ting. Men det viktigste er de som bærer hverdagslasset da (...) Tanken var vel at alle DPS må ta sitt individuelle ansvar* (Informant 3). Videre sier hun: *"Det hjalp ikke at jeg hadde forstått oppgaven, og gjorde alt, og koordinerte det, når det ikke var kommet langt nok ned i organisasjon på en måte"* (Informant 3).

Informant 3 mener at mangel på ledelsesforankring i organisasjon har vært den viktigste årsaken til forsinkelsen i henhold til opprinnelig plan. Hun sier: *"Nei, det er sånn det er med endringsprosesser. Du har en god plan, og toppsjiktet er enig. Men så skal du klare å få det til i praksis, og da må du snu hodene til folk, og noen tar det fort inn, og noen bruker lang*

*tid.....ja sånn sett var alt som forventet” (Informant 3). Hun sier hun i ettertid har tenkt at man kanskje i starten av prosessen burde gitt samlet informasjon og spredt budskapet til alle nøkkelpersoner samtidig, istedenfor å gå nivå for nivå i linjen. “Det er jo på en måte forskjell når alle hører det samme med sine egne ører” (Informant 3).*

I følge en av informantene handlet dette også om manglende kommunikasjon og informasjon; *“Det kommer en beskjed om at sånn og sånn pasient meldes fra UNN, og da må jo den informasjonen jeg får som leder gå videre, det hjelper jo ikke at bare jeg sitter med den informasjonen. Da skjer det jo ingen ting” (...)* *“Mitt inntrykk er vel at det er mye som har blitt trenert, altså det har vært møter også har det skjedd fint lite i ettertid” (...)* *“Det hjelper ikke å ha møter også snakker vi om de samme tingene, også går det 14 nye dager også nytt møte, også snakke om de samme tingene da, og uten at noen andre har fått tatt del i den informasjonen. Det må jo gjøres noe i mellom møtene” (Informant 2). Hun sier videre at dersom man skal endre noe så er det viktig å “Snakke med folk, kommunisere. Gi informasjon” (...)* *«Det hjelper ikke å si i møtet at vi er klare, så har man ikke snakket med spesialistene som skal overta oppgavene ... da har man på en måte begynt i feil ende.” (Informant 2).*

Det var faglig forståelse blant mellomlederne hvorfor denne oppgaven skulle overføres. *«Jeg tenker at det er jo de sykeste pasientene som trenger mest oppfølging, og jeg har stor forståelse for at det bør skje lokalt, at det bør være lokalt. Så det har ikke vært vanskelig å skjønne, og at det er bedre at de får det så nært hjemme der de bor” (Informant 1).*

En av de andre sier: *“Hvis jeg ser det fra UNN sin side av bordet, så vil jeg tenke at det vil være fornuftig at det med TUD ansvaret er nærmere der pasienten bor med tanke på, ja det er jo så masse oppfølging rundt dem og de lange geografiske avstandene vet vi jo alt om” (Informant 2).*

I samarbeidsmøte nr 5 (ref. 02.09.20) framkommer det at ingen pasienter enda er overført og UNN ber om fortgang i arbeidet. FIN oppgir å ha utfordringer både i henhold til rekruttering og stabilisering av spesialister.

Utfordringene med å ha nok spesialister og manglende kontinuitet i spesialistdekningen understøttes av samtlige informanter. Informant 1 sier: (...) *“Vi har knapphet på ressurser ... så vi var mest spent på hvordan vi skulle få det til” (...)* *“Men vi i skjønte at vi skulle gjøre det, og at det var vår oppgave. Hun legger til: “For det er det som er den store utfordringen hos oss, det er kontinuiteten i spesialistdekningen” (...)* *“Det er faktisk det siste året blitt helt*

*ustabilt (...) det er verre enn noen gang (...) Det er jo jeg som sitter og lyser ut og lyser ut»* (Informant 1).

En av informantene gir uttrykk av å forstå at UNN var utålmodig, men hun sier videre; *“Vi skjønnte UNN, de var utålmodige, og det tok jo altfor lang tid, men jeg tror i etterkant så var det faktisk rett fordi vi hadde noen alvorlige problemer med bemanning, med psykiaterdekning”* (Informant 3). Dette handlet også om at det er formelle krav til at godkjente institusjoner må ha godkjente spesialister *“(...) også må det jo selvfølgelig være personer som kan ha det faglige ansvaret, som kan ivareta faglig ansvarlig oppgaven tilsatt ved hvert enkelt DPS”* (Informant 4).

Lederne erfarte også at det var motstand blant spesialistene som skulle få enda en ny oppgave som innebærer en større arbeidsmengde, uten å få tilført ekstra ressurser: *“Overlegene sier det er på grensen til uforsvarlighet med alt det som forventes at de skal forholde seg til” (...)* Så kommer jo bare TUD som enda en oppgave” (Informant 1). Hun uttrykker at hun har tilrettelagt, koordinert, motivert og forhandlet. Hun beskriver at hun har brukt tid på å selge oppgave inn for sine ansatte *“Det er jo måten du selger det inn da, og skaper forståelse for at jo, det er faktisk vår oppgave det også”* (Informant 1).

*“Det har vært veldig mye motstand”* sier en av informantene og henviser til det som handlet om å ha tilstrekkelig med kompetanse i alle ledd for å kunne ivareta denne oppgaven (Informant 3). Selv om disse lederne var klar over begrunnelsen for å få denne oppgaven, så handlet det generelt om kompetanse på hva TUD ansvaret innebærer, både for den enkelte spesialist og for organisasjonen som helhet. Hun sier at mye av motstanden skyldes manglende kompetanse, da de hadde spesialister som hverken hadde erfaring med TUD eller god nok kjennskap til lovverket. I tillegg var det noe helt nytt: *“Alt som er nytt kan være vanskelig, og ikke minst skremmende”* (Informant 2).

At noen spesialister ikke ønsker å jobbe med delen av fagfeltet som innebærer å forvalte tvang, kan ifølge en av våre informanter også være en av faktorene i dette: *“det er noen som vil slippe å ta i det altså”* (Informant 5). Dette gjelder ikke spesielt for spesialistene i FIN, men mer en generell betraktning av at det å utøve tvang er en krevende oppgave (Informant 5).

I samarbeidsmøte nr 6 (ref 30.11.20) gjøres det opp status for overføringen av TUD pasienter. Ingen pasienter er enda overført. UNN oppsummerer med: *“Dette har tatt altfor lang tid fra 01.01.2019 og frem til nå. Vi har hatt noe fremdrift, men ikke slik vi ønsker det”*.

Det presiseres fra UNNs side at dette er en oppgave som spesialistene ikke kan velge bort. *“På UNN er det slik at ingen kan si at dette ikke er noe jeg gjør, det må være en del av oppgaven og det må følges opp”*. En av informantene sier: *“TUD er en del av det som spesialistene skal gjøre, det er liksom ikke et valg de har, det må gjøres”* (Informant 2). Det enes om at *“det må en innsats til både blant spesialistene og lederne”*.

Den personen som har hatt en overordnet rolle i å koordinere innføringen av TUD i FIN bemerker: *“Jeg kjente på å være et glavalag i denne saken”* (Informant 3).

Det besluttes at det fremover bør være en direkte dialog mellom mellomlederne/avdelingslederne i FIN og UNN, og at de inviteres inn i 14 dagers møtene, for å få en fortgang i arbeidet med overføringene. Dette var en viktig lederbeslutning i toppledelsen i forhold til implementering *“som gjorde at vi fikk gått noen skritt videre”* (Informant 5). Viktigheten av å få avdelingslederne inn i 14.dagersmøtene understøttes av informant 3. Hun beskriver at hun følte seg i en “skvis” mellom UNN og FIN, som hadde ulike forventninger om fremdrift i prosessen. Hun sier: *“Jeg ble på en måte pianisten som ble skutt”* (...) *“Jeg snakket med sjefen min og sa at dette går ikke uten å ansvarliggjøre lederne selv”*. Dette da hun følte seg som et “glavalag “mellom UNN og FIN som ble presset fra begge kanter. Etter at avdelingsledernivået (mellomledernivået) begynte å delta i arbeidsgruppe 2 beskriver hun videre: *“Glavalaget ble fjernet (...) og etter det har egentlig mye løsnet på en måte”* (Informant 3).

Ved å inkludere avdelingslederne i arbeidsgruppe 2 fikk implementeringen større fart. Som en av informantene sier; *“Så vi har hørt om innføring av TUD, også har det vært vel vært utsatt av forskjellige grunner (...) Jeg tror det var at vi fikk høre om det veldig lenge at det skulle skje, så skjedde det ingenting, også plutselig ble det gjennomført”* (Informant 1).

*“Jeg synes akkurat det møtet der hver 14.dag, det har vært greit. Og det har vært god takt!”* (Informant 1). Flere informanter har vektlagt at det har vært viktig med et godt samarbeid og god takt i denne fasen, ved at det ikke ble overført flere pasienter enn det FIN hadde kapasitet til. Som en sier; *“Presset man på for hardt, så blir det kanskje enda mer utsatt”* (Informant 3). En annen informant bekrefter inntrykket av dette, og sier at: *“Ja, hvis vi pusher for hardt, da glipper alt”* (...) *“Det jeg har vært litt bekymret for er, ja hvis vi pusher for hardt.. så ville det komme en eller annen sånn type beskrivelse av at det var helt umulig”* (...) *“det har jeg vært redd for”* (Informant 4).

I samarbeidsmøtet nr 7 (ref 08.02.21) framkommer det at de to første pasientene nå er overført til ett av DPS'ene i FIN. Videre at det er viktig at de nye behandlerne har en plass å ringe til og at de trenger veiledning. Det avtales at UNN og FIN lager et forum for veiledning av spesialistene som har TUD. En av informantene fortalte at mestersvenn opplæringen ikke fungert etter de planlagte intensjonene. Videre sier hun: "Da psykiaterne prøvde å forholde seg til mesteren sin, da fikk de ikke svar eller mesteren gjorde ikke jobben sin" (Informant 3). Dette førte ifølge informanten til at vedtaksansvarlig på FIN opplevde en utrygghet som resulterte i økende motstand og redusert motivasjon til å utføre oppgavene som omhandlet TUD.

Videre utover våren og høsten i samarbeidsmøte nr 8 (ref 26.03.21) og samarbeidsmøte nr 9 (ref 20.08.21) rapporteres det om at flere pasienter er overført til FIN og at det er noe fremgang. Status på høsten er at halvparten av pasientene er overført.

Det står i referatene at ledelsesforankringen er nå mer på plass og har vært viktig for fremgangen i prosessen. Det første forumet for veiledningen av faglig ansvarlige er nå gjennomført. Det er en klar forventning om en større progresjon i arbeidet med overføringer utover høsten, der målet er at alle er overført ved årsskiftet. En av informantene sier at veiledning, øvelse og trygge erfaringer bidro positivt til å øke motivasjon hos spesialistene (Informant 3).

Arbeidet krevde mye av alle parter. En av lederne ved UNN sier: "*Mange har på et vis gjort nitidig arbeid, faktisk*" (...) og beskriver at samarbeidet og de faste møtene "*Krever endel energi og forberedelser både for de som skal gi fra seg oppgave og for de som skal ta imot*" (Informant 4). Den faste møtestrukturen har krevd at mellomlederne fra gang til gang måtte forberede seg, holde seg oppdatert over status på arbeidet og kunne rapportere på fremdrift (Informant 1). En annen sier at nettopp dette var viktig, da det "*nitidige arbeidet har bidratt til at det ikke glipper*" (Informant 4). Det ble jobbet med systemer. Informant 2 påpeker at "*Det er jo å lage systemene og få det stabilt for at det skal fungere over tid, det er jo kjempeviktig.*" Hun sier videre: "*Altså jeg tenker at mye av grunnen til at det har tatt djevelsk lang tid er at man ikke har laget systemer på grundig oppfølging, og liksom har hatt noen arena hvor man kunne drøftet disse her tingene*" (Informant 2).

En av informantene tenker i ettertid at det muligens kunne ha bidratt til en raskere prosess dersom "*Avdelingsledernivå var sterkere inne på et tidligere tidspunkt*" (Informant 3). "*Selv om jeg hadde hakk i plata taktikken ovenfor ledersjiktet i FIN, så ble det ingen bedring ...*"



*eller motstanden varte helt fram til vi endra på den møtestrukturen med UNN.” Samtidig tenker hun at det var viktig å få flere ting på plass før man involverte avdelingslederne.*

I samarbeidsmøte nr 10 (ref 03.11.21) blir samarbeidsklimaet beskrevet i referatet som godt i dette arbeidet, og at dette er bra. Det framkommer her at ledelsesforankringen er grunnleggende. Status er nå at enda flere pasienter overført. Informant 5 sier at det var forståelse for at ting hadde tatt tid tidligere og at dette ikke bare handlet om ledelse. Hun sier *“jeg tror det er flere ting i det, men når tiden var der, så tror jeg ledelsens holdning var veldig viktig. Men da var det en del ting som var gjort på forhånd ja”* (Informant 5). En annen sier at: *“Det som kanskje har imponert meg i det, det har vært at i sånn 2021 og 2022, så har det vært lite snakk om at det ikke går. Det har vært veldig, nesten bare vært snakk om, altså det var snakk om utfordringer også, men litt sånn hvordan de skal løses. Det har faktisk imponert meg”* (Informant 4).

Samarbeidsmøte nr 11 (ref 24.01.22) er det siste referatet og markerer slutten på prosessen vi undersøker i vår oppgave. I dette møtet refereres det til *“Det er nå slik at de TUD pasientene som skulle overføres er overført, eller det er en plan for det. Det er veldig godt jobbet, og det må kommuniseres i linjen til de som har jobbet for å få dette til. Det har vært et mål i mange år og nå er vi der”*. Det framkommer videre at det fremdeles er noen utfordringer knyttet til veiledninger, praktisk drift, journalsystem og administrasjon, og at dette tar kapasitet.

*“Veldig artig å se tilbake på, på et vis, hvordan et sånn type arbeid er.. så det.. faktisk fordi jeg tenker at det er et arbeid som faktisk har ført til en endring, som faktisk har ført til en veldig sånn reell endring”* (Informant 4). En annen av informantene forteller at TUD er blitt et tema i hele organisasjonen i FIN: *“Endringen har medført at “TUD er blitt en snakkis”* (Informant 3).

Flere av informantene har bemerket at selv om det gikk lengre tid enn forventet, var det kanskje også nødvendig at det tok tid, da FIN trengte tid for å bli klar til å overta ansvaret for disse pasientene. *“Vanskelig å si om vi egentlig kunne ha lykkes med dette raskere”* (Informant 4). En annen av informantene sa: *“Det er nok ikke den raskeste prosessen, det skal man innrømme. Men jeg tror ikke det var ondskap eller bevisst trenering” (...)* *“det har nok vært reelle de utfordringene”* (Informant 3).

## 6.0 Analyse

I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i resultatene vi har funnet i empirikapitlet. Vi vil starte med å presentere våre hovedfunn fra empiridelen. Disse hovedfunnene vil nå drøftes og knyttes opp mot teori og problemstilling.

Av empirikapitlet framgår det at prosessen har vært lang og komplisert. Prosessen med å overføre pasientene ble kraftig forsinket enn først antatt, og også tatt lang tid utover dette. Fra beslutningen ble fattet til den første pasienten ble overført tok det to år, og ytterligere ett år før alle var overført. Selv om prosessen ble forsinket, viser vår empiri at målet om å overføre TUD pasientene fra UNN til FIN ble oppnådd. Intensjonene som lå bak beslutningen om at disse pasientene skulle få et tilbud lokalt er derfor realisert, og medførte en reell endring i ansvars- og oppgavefordelingen mellom de to foretakene. Empirien viser at det var flere faktorer som bidro til å hemme og fremme prosessen.

Basert på gjennomgang av saksdokumenter og informantenes erfaringer anses følgende forhold til å være hovedfunn:

- FIN var motvillig til å påta seg oppgaven
- Det var fravær i lederforankringen på ulike nivå
- Den relative betydningen av hemmere og fremmere endret seg i løpet av prosessen.

I det følgende vil vi diskutere hver av disse hovedfunnene nærmere.

### **6.1. FIN var motvillig til å påta seg oppgaven**

Det ble av informantene ved UNN gitt uttrykk for at de opplevde at overføringen av oppgaven ble trenert av FIN i starten av planleggingsfasen. Initiativet kom fra UNN, og de hadde et sterkt ønske om en snarlig overføring av oppgaven. Lederne ved FIN på sin side utsatte saken, og ønsket lengre tid. Det fremkommer altså at det har vært et gap mellom UNN sine intensjoner om en snarlig overføring av ansvaret, og når oppgaven faktisk ble implementert i FIN. Dette kan tolkes som at lederne i FIN var motvillige til å ta over oppgaven. I følge informantene handlet motvilligheten ikke om uvilje til å ta over oppgaven i seg selv, men at det var flere forhold som ikke var på plass. Dette gjaldt blant annet formelle krav til institusjonene og tekniske løsninger. Slik kan man si at motvilligheten var rimelig og forståelig.

Motvilligheten kan forstås i lys av teori. Vi finner at de teoretiske perspektivene til Jacobsen og Thorsvik (2021) og Michi et al. (2011) er relevante for å belyse motvilligheten til FIN.

I følge Jacobsen og Thorsvik (2021) er det flere forhold som kan føre til utfordringer med iverksettelsen av beslutninger. De sier at det kan være vanskelig å iverksette beslutninger om man møter motstand fra sentrale grupper, og presenterer ytterligere tre forhold som kan vanskeliggjøre en iverksetting. Slik vi forstår Jacobsen og Thorsvik så beskriver disse tre forholdene mulige årsaksforhold til at motstand fra sentrale grupper oppstår. Michi et al (2011) sin atferdsteori lanserer tre faktorer (mulighet, evne, motivasjon) som påvirker atferd i en organisasjon og disse faktorene vil plassere vår empiri i en teoretisk ramme. Begge de to teoretiske perspektivene er relativt generelle, og deres inndeling er relativt sammenfallende. Vi har derfor valgt å drøfte empirien med disse to teoriene sammen. Vi vil videre vurdere hvordan disse faktorene kan påvirke hverandre.

### **6.1.1 Muligheter (Opportunity)**

Vi vurderer at det var urealistisk av UNN å forvente at FIN, som ikke hadde hatt ansvaret for denne pasientgruppen tidligere, skulle klare å forberede organisasjon på å ta på seg de nye oppgavene gitt det tidsperspektivet som ble foreslått jamfør samarbeidsmøte nr 1 (ref. 28.11.18). Slik kan man si at det var løs kobling mellom ide og handlingsplanet (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

Det er beskrevet i empirien at det i første del av planleggingsfasen var flere (formelle) krav som måtte være på plass før FIN kunne ivareta pasienter underlagt TUD da beslutningen ble fattet. Vi vurderer det slik at de formelle krav som blant annet handlet om mangel på godkjenninger av institusjoner og KK, tekniske løsninger, samt rekruttering og stabilisering av spesialister tilhører kategorien muligheter i COM-modellen (Michi et al., 2011). Dette i betydningen av at mulighetene til å ta over oppgaven var begrenset. Alle informantene nevnte slike forhold og spesielt en av informantene var tydelig på hvilke forhold som manglet og sa som følger: "*Alt! Alt egentlig ...vi manglet jo alt!*". Også Klinikkledermøte i FIN nr. 2 (ref. 09.04) nevner alle de ulike utfordringene som måtte være på plass før FIN kunne overta ansvaret. Det fremkommer videre både fra saksdokumenter og fra informanter at det tok lang tid før disse forholdene var på plass. Dette tolkes av oss som om ressursene stilt til rådighet var utilstrekkelige. I følge Jacobsen og Thorsvik (2021) er dette et av forholdene som kan bidra til iverksettingsproblemer av beslutninger og generere motstand. På bakgrunn av dette kan motvilligheten i den tidlige planleggingsfasen forstås i lys av FIN sine reduserte mulighet til å iverksette beslutningen.

### **6.1.2 Evne (*Capability*)**

Det beskrives av flere informanter at kompetanse (faglig kunnskap, erfaringer og ferdigheter i forhold til TUD) manglet både hos ledere, spesialister, samt organisasjon i sin helhet og at dette var en særlig utfordring i starten av prosessen. Dette ble beskrevet som mangel på kompetanse i alle ledd. Med dette som utgangspunkt vil man kunne si at evnen i henhold til COM-modellen både hos ledere og spesialister ved FIN var begrenset (Michi et al., 2011). De få spesialistene FIN hadde, hadde lite erfaring med å utøve tvang. På denne måten kan man si at FIN hadde feil kombinasjon av tilgjengelige ressurser, og dette er en av forholdene som kan føre iverksettingsproblemer og motstand ifølge Jacobsen og Thorsvik (2021). Det tok tid før opplæring og veiledning kom på plass. Det kan tyde på at det både hos UNN og FIN tidlig i prosessen var mangel på innsikt i hva som var nødvendige for å kunne realisere intensjonene bak beslutningen, og det forelå heller ikke et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å kunne iverksette endringen etter vedtatt plan. Dette er ytterligere et forhold ifølge Jacobsen og Thorsvik (2021) som kan føre til iverksettingsproblemer og motstand.

### **6.1.3 Motivasjon (*Motivation*)**

Flere av informantene ga uttrykk for at de opplevde at det skjedde lite mellom samarbeidsmøtene i starten av både planlegging- og implementeringsfasen. Motvilligheten til FIN hadde ifølge informantene ikke bare en årsak, men var et samspill av flere forhold. Det var begrensede muligheter for iverksetting. FIN hadde flere store prosjekter gående parallelt som TUD ansvaret skulle overføres, dette kan ha medvirket til målkonflikter (Jacobsen og Thorsvik, 2021). Det var videre ifølge informantene også utydelig hvordan målet skulle nåes. Alle de beskrevne utfordringene og mangel på tydelig strategi kan ha vært demotiverende og medført redusert motivasjon hos ledere i FIN i starten av prosessen (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

Ovennevnte forhold har vi vurdert å tilhøre kategorien motivasjon i COM-modellen (Michi et al., 2011). Andre forhold som vi vurderer å tilhøre denne kategorien er spesialistenes vilje til å ta på seg nye arbeidsoppgaver. Endringen i arbeidsoppgaver ville medføre at arbeidsmengden for spesialistene ble økt, uten at friske ressurser ble tilført. En av informantene uttrykker spesielt bekymringer rundt stort arbeidspress hos spesialistene, som igjen kunne føre til uforsvarlig pasientbehandling. En annen av informantene nevner at å jobbe med tvang er en krevende oppgave som ikke alle spesialistene muligens ønsker. Redusert evne i forhold til at det ble stilt nye kompetansekrav kunne også være en faktor som bidro til redusert motivasjon, og en av informantene nevner her spesifikt frykten for det nye og ukjente. UNN sine

spesialister skulle tilby veiledning og støtte til FIN sine spesialister. Oppfølgingen skulle være “mester-svenn” orientert. Denne støtten skulle øke kompetansen og kunnskapsnivået slik at TUD pasientene ble faglig godt ivaretatt av de ny faglig ansvarlige i FIN. En av informantene uttrykker at tilbakemeldingene fra noen av spesialistene fra FIN var at “mester-svenn” opplæringen som var bestemt i samarbeidsmøtene, ikke fungerte optimalt. Det opplevdes som vanskelig å komme i kontakt med enkelte veiledere på UNN. Dette resulterte trolig i større utrygghet hos de nye fagligansvarlige i FIN og ifølge informanten resulterte dette igjen til redusert motivasjon. Disse forholdene som omhandler endring av oppgavene, arbeidsmengde og nye kompetansekrav ville kunne påvirke noen av spesialistenes motivasjon i negativ forstand.

I lys av Jacobsen og Thorsviks (2021) perspektiver vedrørende motstand så er det forståelig at aktører fra FIN kjente på motstand slik disse er belyst ved hjelp av COM-modellen ovenfor. I følge Jacobsen og Thorsvik (2021) er motstand fra sentrale grupper en stor utfordring når endringer skal iverksettes. Videre at “(...)motstand mot endringer er rasjonelle fra enkeltindivider og grupper” (Jacobsen og Thorsvik, 2021 side 378).

#### **6.1.4 Muligheter, evne og motivasjon påvirker hverandre.**

Etter å ha vurdert vår empiri opp mot faktorene beskrevet i COM modellen, får vi en god forståelse for at faktorene mulighet, motivasjon og evne samhandler og påvirker hverandre i påvirkningen av atferd (se figur 1). Eksempel på dette er at mulighetene og evne påvirket motivasjon og at dette igjen påvirket atferden hos begge helseforetakene på ulike vis. Det å iverksette en endring eller atferd kan endre evner, motivasjon og muligheter. En gitt intervensjon kan forandre eller endre en eller flere komponenter i atferdssystemet. Eksempel på dette er når opplæring, øvelse (trygge erfaringer) og veiledning var mer på plass, ble det erfart av lederne som mindre motstand fra spesialistene som fikk denne oppgaven. I følge en av informantene så var det å mestre oppgaven etterhvert en viktig fremmer i prosessen. Dette kan tyde på at mestring og det å lykkes med en spesiell oppgave også kan ha bidratt til en økt indre motivasjon. Årsakssammenhengene i systemet kan redusere eller forsterke effekten av bestemte intervensjoner ved å føre til endringer andre steder.

#### **6.2 Det var fravær av ledelsesforankring på ulike nivå**

Kotter (1995) beskriver åtte faser som må gjennomføres for at en endring skal være vellykket, og han gir en oppskrift på hva ledere bør gjøre for å gjennomføre fasene. Vi mener denne oppskriften også kan tolkes som betingelser for lederforankring, og at dermed en god

lederforankring er nødvendig for å oppnå vellykkede endringer. Med lederforankring i vår case så forstår vi toppledelsen (klinikkledelse) og mellomledernes (avdelingsledelse og enhetsledelse) forståelse og aksept for at denne oppgaven skulle overføres. Videre at arbeidet med oppgaveoverføring prioriteres ved å sette av tid og ressurser til dette arbeide og at dette formidles tydelig til resten av organisasjonen.

En hovedutfordring for ledere i alle organisasjoner er å balansere behovet for å ivareta den daglige drift, og behovet for å fornye seg og tilpasse seg nye krav. Personer som sitter i lederposisjoner har hierarkisk autoritet og formell makt, og er sentrale i planlagte endringsprosesser (Jacobsen og Thorsvik, 2021). I en presset hverdag er det vanskelig å tenke seg at endringsprosesser kan skje uten en nødvendig lederforankring på ulike nivå i linjeorganisasjonen.

Den etablerte samarbeidsarenaen i 2018 innebar at toppledelsen i de to klinikkene i UNN og FIN møttes en til to ganger i året. Denne arenaen gjorde det mulig for UNN å fremme saken om at ansvaret for TUD pasientene burde overføres, og på denne måten oppnå en felles beslutning om dette på øverste ledernivå i klinikkene jamfør samarbeidsmøte nr 1 (ref 28.11.18). Selv om det ikke forelå en faglig uenighet i toppledelsen om begrunnelsen for å overføre denne oppgaven, sier flere av informantene at toppledelsen i FIN på dette tidspunktet i prosessen (beslutningsfasen) neppe fullt ut forsto omfanget av vedtaket og denne oppgaven. FIN ga heller ikke aksept til den foreslåtte tidsrammen jamfør samarbeidsmøte nr 1 (ref 28.11.18). Overføring av oppgaven med TUD ble da også utsatt jamfør samarbeidsmøte 2 (ref 15.05.19). Dette antyder at toppledelsen i FIN ikke prioriterte denne oppgaven, i den forstand at de ikke satte av tilstrekkelig tid og ressurser til iverksetting. Dette ble heller ikke formidlet tydelig som en prioritert oppgave nedover i linjeledelsen. Mellomledere hadde hørt om at TUD pasientene skulle overføres på et tidspunkt, men det var uklart for dem når og hvordan dette skulle gjøres. I følge informanter fra UNN var denne fasen av prosessen (planleggingsfasen) i stor grad preget av fravær av handlinger, slik at UNN ledelsen følte de drev med “masing” og “pådrivning”. I sum antyder dette at iverksettelsen av beslutningen ikke var tilstrekkelig forankret i lederlinjen hverken på toppler eller mellomledernivå i FIN i den første fasen av prosessen (beslutning- og planleggingsfasen). Manglende lederforankring i denne fasen er en hemmer for endring i følge Kotter (1995).

Lederforankringen i toppledelsen endret seg imidlertid etter omorganiseringen i FIN og ifølge informantene hadde dette betydning for progresjonen i den videre prosessen i

implementeringsfasen. Toppledelsen har en viktig rolle i endringsprosesser da de skal utføre strategiske valg, samt kommunisere mål (Jacobsen og Thorsvik, 2021). En av konsekvensene ved omorganiseringen var at det ble etablert en ny lederstruktur i FIN, samtidig som det kom inn noen flere og nye personer i klinikkledelsen, som brakte med seg ny og annen kunnskap og andre erfaringer, blant annet fra den somatiske delen av virksomheten. Samtidig hadde det nye lederteamet også med seg sentrale personer som hadde vært en del av den gamle ledelsen som kunne historien. Det er alltid en reell fare for at en tidligere beslutning tatt av en annen ledelse kunne blitt gjenstand for nye forhandlinger og omkamper. I empirien fremkommer det imidlertid at ny ledelse ble oppfattet å være en medvirkende faktor til at beslutningen ble forstått og akseptert på en ny måte som fremmet prosessen. I følge informantene fra UNN framsto det nye lederteamet i FIN som samlet sterke og handlingsorienterte. Det gikk over fra problematisering, til hvordan man skulle få det til. I følge Jacobsen og Thorsvik (2021) kan det å ha et mangfold i lederteamet av ulike erfaringsbakgrunner og kunnskaper bidra til å styrke ledelsen. Et team som består av flere ledere, kan også framstå som et sterkere hele enn det en enkelt leder kan. De har større kapasitet til å behandle informasjon, flere synspunkter blir tatt opp, og signalene som sendes ut til organisasjon kan bli mer enhetlige og tydelige (Ibid). I etterkant av omorganiseringen endret også samarbeidet mellom UNN og FIN seg. Toppledelsen i de to klinikkene begynte å møtes oftere og mer regelmessig for å følge opp flere langsgående saker, deriblant saken om overføring av ansvaret for TUD pasientene. TUD ble nå satt tydelig på dagsorden, og oppfølging av denne saken var fast på sakslista i samarbeidsmøtene mellom foretakene gjennom hele 2020 og 2021 ifølge saksdokumentene for denne perioden. Slik kan man si at det ble en tydeligere lederforankring i toppledelsen i FIN om at beslutningen skulle gjennomføres med den nye lederstrukturen.

Ledelse i helsetjenesten må i stor grad forholde seg til politiske føringer, inkludert desentraliseringen av psykisk helsevern. Nye krav og forventninger både fra myndigheter, fagfolk og pasienter til hva et DPS skal befatte seg med, er også en viktig faktor til hvorfor endringen var nødvendig. Organisasjoner må endre seg for å møte nye krav og forventninger i samfunnet for at de skal oppnå legitimitet (Jacobsen og Thorsvik, 2021). I følge Kotter (1995) er det helt sentralt å skape en felles visjon og følelse av nødvendighet for at endring skal skje. Det er imidlertid grunnleggende at visjonen deles, kommuniseres og forankres nedover i organisasjonen, samt at det utvikles strategier for endringsarbeidet slik at man reduserer eventuelle hindringer som for eksempel motstand (Kotter, 1995).

Mellomlederne, som er ansvarlige for å gjennomføre endringene, hadde imidlertid ikke vært med på å beslutte at denne endringen skulle skje, og de hadde også begrenset med informasjon i begynnelsen av implementeringsfasen. I følge informantene hadde de forståelse for rasjonale bak at oppgaven skulle overføres, men det fulgte ikke med en tydelig prioritering eller ressurser. Det var også lite konkret om hvordan dette faktisk skulle gjøres. Mellomledere er nærmere den operative virksomheten og kan i større grad se de praktiske implikasjonene som følger av en endring enn de høyere opp i hierarkiet. De kan derfor ha en annen forståelse av hvorfor en endring sannsynligvis vil lykkes eller ei. Det er viktig at det også er lederforankring på dette nivået, ettersom det er mellomledere som skulle sette visjonen ut i livet på det operative nivået i organisasjonen. Det var de som var nærmest driften og i samarbeid med sine medarbeidere skulle finne praktiske løsninger på de utfordringene som oppsto. Selv om oppgaveoverføringen var forankret på toppledernivået, gikk det ytterligere tid før dette ble forankret på mellomledernivået. Det var relativt hyppige møter i arbeidsgruppe 1 mellom UNN og FIN, men framdriften stoppet etterhvert opp. I følge saksdokumenter og en av informantene skjønte toppledelsen på et tidspunkt at det var nødvendig å knytte de involverte mellomlederne i UNN og FIN direkte sammen for å sikre lederforankring og horisontal kommunikasjon jamfør samarbeidsmøte nr 6 (ref 30.11.20). Rådgiveren som hadde hatt en koordinerende rolle i å legge til rette for oppgaveoverføringen, satt i stab og hadde ingen instruksjonsmyndighet i linjeledelsen i FIN (Jacobsen og Thorsvik, 2021). Dette ble beskrevet som å være et “glavalag” mellom UNN og FIN i betydningen av å være presset fra to kanter, der ledere i UNN presset på og etterspurte framdrift og mellomlederne i FIN sa at dette ikke gikk. Det var derfor en viktig fremmer at disse lederne begynte å møtes direkte.

I følge Kotter (1995) er det å etablere en maktkoalisjon som har myndighet til å gjennomføre endringer helt nødvendig for at endring skal kunne skje. De må ha nok kraft til å endre innsats og oppmuntre gruppen til å jobbe sammen som et team. Å involvere mellomlederne i begge organisasjonene som var direkte berørt av endringene, og slik bidra til en bedre lederforankring på dette nivået var derfor en sentral ledelsesbeslutning for videre framdrift i prosessen. Disse lederne begynte å møtes hver 14 dag i arbeidsgruppe 2, med klare målsettinger og oppfølgingspunkter fra gang til gang. Denne gruppen representerte nok makt og myndighet til å gjennomføre endringen på operativt nivå i organisasjonen. Samtidig rapporterte de tilbake til toppledelsen, der de også ble forespurt om progresjonen i arbeidet, og eventuelt hvilke hindringer de møtte på veien. Toppledelsen har en viktig rolle ved at de



ber om at dette arbeidet prioriteres, kommuniserer forventninger, og er pådriver til prosessen ved å etterspørre resultater. Slik ble det bedre informasjonsflyt mellom de ulike nivåene og visjonen og begrunnelsen for endringen kunne kommuniseres mer effektivt ut til medarbeiderne. Utfordringer som oppsto kunne arbeides videre med, og eventuelle hindringer ble tydeligere og kunne få sine praktiske løsninger. Dette er beskrevet av våre informanter som arbeidskrevende for alle parter og krevde utholdenhet og tålmodighet. Samarbeidet mellom aktørene er beskrevet som godt av alle informantene og i møtoreferatene blir arbeidet referert til å ha en god framgang. At framgangen blir kommunisert, blant annet at det i denne tiden alltid blir tatt opp i samarbeidsmøtene hvor mange pasienter som er overført, og hvor mange som gjenstår, kan betegnes som en strategi for å skape framdrift og kommunisere suksess. Det å gi dette oppmerksomhet er samtidig en måte å anerkjenne og belønne medarbeiderne som er involvert i endringene (Kotter,1995).

Som leder må man prioritere ressursene i organisasjonen, og det var flere av informantene som uttrykte forståelse i ettertid for at prosessen tok tid. Det var i utgangspunktet en urealistisk tidsplan, men manglende lederforankring ble vurdert til å være en av de vesentligste hemmerne for at prosessen tok lengre tid enn nødvendig.

**6.3 Den relative betydningen av hemmerne og fremmerne endret seg i løpet av prosessen.** Når vi snakker om faktorer som fremmere eller hemmere er dette faktorer som skaper eller reduserer framdrift i prosessen. Disse gjør det mer eller mindre sannsynlig at ledere og organisasjonene greier å oppnå den visjonen eller fremtidige tilstanden de har satt seg som mål.

Vi har i de to forrige delkapitlene diskutert sentrale hemmere som motvillighet og mangel på lederforankring på ulike nivå. I følge informantene ble motvilligheten redusert når eksempelvis viktige rammebetingelser som formelle krav og kompetanse var på plass. Når det ble lederforankring på alle nivåene i linjeledelsen bidro også dette til framdrift i prosessen. Det følger av dette at forholdene nevnt ovenfor endret seg slik at den relative betydningen av hemmere og fremmere endret seg i løpet av prosessen.

Det er også andre relevante hemmere som har endret sin relative betydning over tid. I det følgende har vi valgt å se nærmere på kommunikasjon, informasjon og planlegging.

#### **6.3.1 Kommunikasjon og informasjon**

Flere informanter sier at informasjon og kommunikasjon var en utfordring i starten av prosessen og de vurderte at dette var en hemmende faktor som bidro til å forsinke denne.

Jacobsen og Thorsvik skriver at kommunikasjon påvirker alt som skjer i en organisasjon og at *“Organisasjoner formes og utvikles gjennom kommunikasjon”* (Jacobsen og Thorsvik,2021 side 268). For å kunne jobbe sammen om å nå et mål, må folk snakke sammen, de må forstå hverandre og de må kunne formidle informasjon til hverandre.

Toppledelsen i de to klinikkene hadde samarbeidsmøter en til to ganger i året i fram til det kom ny klinikkstruktur i FIN i 2020. Det gikk nesten ett halvt år fra beslutningen var fattet (ref 28.11.18) før de to møttes igjen (ref 15.05.19). Neste gang de møttes - da med ny klinikkledelse i FIN var 10 måneder etter det igjen (ref 26.03.20). Disse møtene ble ifølge informantene og saksdokumentene brukt til gjensidig informasjonsutveksling, ta opp temaer den enkelte var opptatt av å følge opp langsgående saker. Av referat fra samarbeidsmøtene framkommer det at mye av kommunikasjon mellom toppledelsen som omhandlet prosessen var lagt til disse møtene.

Sjeldne møter innebar derfor mindre kommunikasjon og informasjonsflyt mellom foretakene. Vi vurderer at dette kan ha bidratt til å hemme prosessen, da det ble mindre press på å kommunisere framdrift eller mangel på denne. Hyppigere møter i toppledelsen i startfasen, for å sikre god kommunikasjon, kunne bidratt til en raskere prosess eller en mer felles forståelse og realistisk plan. Å ha tilgang til god informasjon er grunnleggende når det skal settes mål, utvikles strategier og fattes beslutninger slik at man tilpasser seg situasjonen man befinner seg i eller ønsker å komme i (Jacobsen og Thorsvik,2021). Etter ny klinikkstruktur i FIN begynte toppledelsen i de to klinikkene å møtes oftere og mer regelmessig, og dette bidro ifølge våre informanter til å fremme kommunikasjon mellom dem. De ble mer kjent med hverandre og hverandres ståsted. Det framgår også av saksdokumentene at oppfølging av framdrift i prosessen blir kommunisert og satt opp som et fast tema på samarbeidsmøtene.

Kommunikasjon er avgjørende for å forankre beslutningen og de valgt man har tatt blant de ansatte i organisasjonen, og kan være avgjørende for å lykkes i å sette planer ut i livet og realisere mål. Kommunikasjon er derfor strategisk viktig (Jacobsen og Thorsvik,2021). Noen av informantene i lederlinjen beskrev at de fikk begrenset med informasjon, mens det var andre informanter som beskrev at de drev og informerte, men at de ikke nådde fram med budskapet. Det er relativt få informanter i datautvalget, så det er vanskelig å si noe entydig om dette. Man kan imidlertid tenke seg at ettersom det var få personer som i prosessens første fase deltok i samarbeidsmøtene og arbeidsgruppemøtene, ville nødvendigvis informasjon måtte gå gjennom flere ledd før det nådde fram til de som var direkte berørt av det som skulle

skje. Dette kan ha medført at etterhvert som informasjon kommuniseres vertikalt nedover i hierarkiet, så kan den ha blitt fordreid på ulike måter (Jacobsen og Thorsvik,2021). Informasjon kan bli tilbakeholdt, forandret eller fortolket forskjellig. Når mellomledere og medarbeidere mottar informasjon fra sine overordnede, vil vedkommende tolke meningen ut fra sin arbeidssituasjon, og hva dette betyr i forhold til sine arbeidsoppgaver, utfordringer og muligheter. På samme måte kan grunnleggende informasjon nedenfra i hierarkiet gå tapt, filtreres eller bli fordreid på veien opp før det når toppledelsen. Eller toppledelsen får så mye og forskjellig informasjon, at det blir utfordrende å sile hva som er viktig og ikke viktig (Ibid).

Det er av stor betydning at ledere klarer å kommunisere det budskapet de ønsker å formidle, og at informasjon kommer fram til dem det angår. Videre at budskapet er kommunisert på en slik måte at det både blir forstått og akseptert blant medarbeiderne (Jacobsen og Thorsvik,2021). Informasjon og kommunikasjon endret seg til det bedre under prosessen i lederlinjen og nedover i organisasjon, og når også tiltenkte behandlere ble direkte involvert var dette en faktor som fremmet med å bidra større fart i prosessen.

### **6.3.2 Planlegging**

I referatet fra klinikkledermøte nr 1 (ref. 15.01.19) som vi har valgt til å være starten på planleggingsfasen i prosessen, henvises det til at det må utarbeides en fremdriftsplan for arbeidet med TUD. Videre fremkommer det fra arbeidsgruppemøte nr. 1 (ref. 28.08.19) at det ble utarbeidet en fremdriftsplan, men den ble i referatet beskrevet som mangelfull.

Flere av informantene forteller at de oppfattet at det ikke var noen gjennomgående og konkret plan for oppgaveoverføringen av TUD pasientene mellom helseforetakene. Det pekes videre på at mangel på plan med tilhørende tidsfrister, førte til at problemene ble løst underveis og to av informantene nevner spesifikt at “veien ble til mens vi gikk”. Mangel på planlegging fremstår som en hemmer i starten av prosessen, og på den måten var med på å forsinke oppstarten av overføringen.

Jacobsen og Thorsvik (2021) sier at selv om usikkerhet og risiko ikke kan unngås, vil nøye planlegging gjøre organisasjonene i bedre stand til å håndtere disse. Mål skal gi retning for planleggingsarbeidet. Om det hadde vært utarbeidet en konkret plan som ble kommunisert i lederlinjen og videre ned i organisasjon, hadde dette kanskje gitt en mer felles forståelse for tidsaspektet med flere tidsfrister for å sikre en bedre fremdrift i prosessen. En av informantene mente dette kunne ha bidratt til en raskere overføring av ansvaret for TUD pasientene.

Planlegging kunne ha hjulpet prosessen med å tydeliggjøre omfanget av oppgavene. Dette begrunner vi med at planlegging er viktig for å få igangsatt, gjennomført og oppnådd målsettingen med endringen. Formulering av delmål trekker målet inn i planleggingen. Andersen et al, (1998) har pekt på viktigheten av at prosjekter legger en plan for de oppgaver som skal utføres.

Etter det vi kjenner til ble det heller ikke utarbeidet en ROS analyse i forkant eller underveis i prosessen. Informantene har heller ikke sagt noe om dette i intervjuene. Vi har derfor tatt utgangspunkt at dette ikke ble utført, og er undrende til hvorfor dette ikke har vært et tema. En ROS analyse kunne ha fått fram eventuelle sårbarheter ved overføring av denne oppgaven, og det kunne ha vært definert ulike tiltak for å imøtekomme disse og kanskje spesielt for FIN som skulle overta en ny oppgave. Vi vurderer at manglende ROS analyse kan ha medført at de involverte i prosessen måtte løse utfordringene som dukket opp underveis, noe som også kan ha bidratt til å forsinke prosessen sammenlignet med om disse ble avdekket på et tidligere tidspunkt.

Det er imidlertid viktig å huske at planleggingen skal være et hjelpemiddel til å nå et mål og ikke mål i seg selv da dette kan føre til svekket initiativ og handlingsevne. Dersom de nødvendige tiltakene ikke settes ut i livet har planlegging liten verdi (Andersen et al., 1998). Hyppigere møtevirksomhet som er beskrevet i 6.3.1 hvor det ble kommunisert konkrete delmål fra gang til gang, medførte at det ble noen tidsfrister og mer plan over arbeidet. Dette konkrete planleggingsarbeidet ble nå en fremmer og bidro til fremgang i prosessen. Til tross for dette undrer vi oss om likevel en gjennomgående plan ville vært til hjelp sett i lys av at mulighetene var så redusert som det fremkommer i kapittel 6.1.1. Disse reduserte mulighetene ville, slik vi vurderer det, være begrensende faktor både i forhold til en gjennomgående plan, evne og motivasjon hos både ledere og spesialister i FIN. Om det var motvillighet og manglende lederforankring i begynnelsen av prosessen, er det vanskelig å si at det ville ha hjulpet prosessens fremdrift om det hadde vært utarbeidet en plan.

## 7.0 Konklusjon

I dette kapittelet vil kort oppsummere våre hovedfunn som vi har gjort i denne studien, og deretter reflektere rundt forslag til fremtidige studier.

Det er et faglig og helsepolitisk mål at pasienter i psykisk helsevern skal få et tilbud nærmest mulig sitt hjem. En overføring av ansvar og oppfølging for TUD pasientene fra sykehus til de desentraliserte tjenestene er i tråd med dette. I denne studien har vi fått innblikk i prosessen med overføringen av TUD pasientene fra UNN til FIN. Vår analyse viser at det har vært en lang og komplisert prosess med mange utfordringer underveis i de ulike fasene.

Vi har i denne studien spurt de involverte aktørene om deres erfaringer med hva som bidro til å hemme og fremme denne prosessen. Det fremkommer at det var svært mange faktorer som hemmet prosessen i startfasen noe som bidro til at FIN var motvillig til å ta over ansvaret tross faglig enighet om den samme overføringen. Det fremkommer i vår studie at det var rasjonelle (forståelige) årsaker til dette. Det handlet særlig om at formelle krav ikke var innfridd, samt at man manglet kompetanse både hos ledere og spesialister. Vi vurderer også at tidsplanen som var satt var urealistisk med tanke på at det å ivareta TUD er en stor og krevende oppgave. De fleste utfordringene ble etterhvert løst utover i prosessen.

Lederforankringen endret seg i løpet av prosessen. I starten var en manglende lederforankring en betydelig hemmer. Etter at det kom inn ny ledelse i FIN, og toppledelsen i de to foretakene begynte å møtes oftere og mer regelmessig så bidro dette til å fremme prosessen. Når også lederforankring kom på plass på mellomledernivået så fikk prosessen enda større framdrift, og de første pasientene ble til slutt overført. Dette funnet understreker at lederforankring er viktig i endringsprosesser.

Det var flere av faktorene som endret sin relative betydning underveis i prosessen. Med dette mener vi at noen faktorer som var hemmere i første fase, ble til fremmere senere i prosessen. Dette var for eksempel tilfellet når det gjaldt de formelle godkjenningene. Lederforankringen var også en hemmer i startfasen, men ble til en fremmer når denne forankringen ble tydelig. Andre faktorer som endret betydning i løpet av prosessen var kommunikasjon mellom foretakene, både i lederlinjen og nedover i organisasjon, samt at planleggingen ble tydeligere når mellomlederne i UNN og FIN begynte å møtes.

Vår analyse viser at endringsprosesser kan være svært krevende, og kanskje spesielt i helsetjenesten som er kompleks og sammensatt og hvor oppgavefordeling mellom institusjonene krever koordinering både horisontalt og vertikalt. Beslutningen om å overføre TUD pasientene fra UNN til FIN vurderes nå å være realisert noe som betyr at den relevante pasientgruppen nå har et lokalt tilbud.

I følge Kotter (1995) så kan det å etablere varige endringer ta lang tid (minst 5-10 år) og tilbakefall kan oppstå. Hvorvidt den endringen (overføring av ansvar) som vi har studert forblir varig eller endres over tid, vil kanskje avhenge av at man over tid kan levere tjenester med tilstrekkelig høy kvalitet. I den forbindelse så kunne det ha vært interessant å utføre en oppfølgingsstudie hvor man studerte hvilke konsekvenser denne endringen faktisk har hatt for pasientene.

## Litteraturliste

- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (2018, 7.november). Statens arbeidsgiverportal. *Hva er en prosess?*. Hentet 10 mai 2022 fra <https://arbeidsgiver.dfo.no/ressurser-og-verktoy/lede-prosesser-og-moter/forberede/hva-er-en-prosess>
- Helsebiblioteket.no (2010, 22 oktober) *ROS-analyse*. Hentet 13 mai 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse>
- Helsedirektoratet (2017) *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*. Rundskriv IS-2017. Hentet 12 april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>
- Helse Nord (2016) *Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016 - 2025*. Hentet 30 mai 2022 fra <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Utviklingsplan%20for%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%202016-2025%20endelig%20vedtak.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997 – 98). St. prp. nr. 63 (1997 – 98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i Statsbudsjettet for 1998* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- Helse og omsorgsdepartementet (2016) *NOU 2016: 25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Hentet 6 juni fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/>
- Helse og omsorgsdepartementet (2019) *NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven- forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 13 april fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf>
- HN-LIS (Helse Nord: ledelses- og informasjonssystem)<https://unn.no/ledelses-informasjonssystemet-hn-lis>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen D.I (2021) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* 3. utgave 5. opplag. Cappelen Damm Akademiske.

Jacobsen D.I og Thorsvik J. (2021) *Hvordan organisasjoner fungerer.* 5. utgave 3. opplag. Fagboklaget

Johannessen A, L.Christoffersen og Tufte P.A (2021) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* 6.utgave. Abstrakt forlag AS.

Kringlen, E. (2001) *Psykiatrici.* 7. utgave, 1 opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kvale S, Brinkmann S. (2021) *Det kvalitative forskningsintervju.* 3. utgave, 6 opplag. Gyldendal

Michi et al. (2011) *The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions.* Implementation Science 2011. Hentet fra <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-6-42?report=reader>

Molven O (2019) *Helse og jus.* 9. utgave 1.opplag. Gyldendal

Nyland K og Pettersen I.J (2018) *Penger og Helse,* Bergen Fagbokforlaget

Sosial- og helsedepartementet. (1997). St. meld. Nr. 25 (1996 – 97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>

Sosial- og Helsedirektoratet (2006). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (IS-1388).* <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444716/Distriktpsikiatriske-sentre-IS-1388.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Strand, T (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur.* 2. utgave. Fagbokforlaget



## **Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata)**

### **Vurdering**

#### **Referansenummer**

317727

#### **Prosjektittel**

En studie av prosessen med å overføre ansvaret for oppfølging av pasienter underlagt tvungent vern uten døgnopphold (TUD) fra Universitetssykehuset i Nord- Norge HF (UNN) til Finnmarkssykehuset HF (FIN) – fra beslutning til realitet?

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Nord Universitet / Handelshøgskolen / Marked, organisasjon og ledelse

#### **Prosjektansvarlig**

Pål Andreas Pedersen

#### **Student**

Siv Hege Fagerheim og Kristina Norheim Lorentzen

#### **Prosjektperiode**

01.03.2022 - 01.09.2022

#### **Dato**

21.03.2022

#### **Type**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kommentar**

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 2: Intervjuguide

Tema/Kategori	Spørsmål
Bakgrunn (hva trenger vi å vite om den vi skal intervju)	<ul style="list-style-type: none"><li>● Hvilken stilling og profesjon har du?</li><li>● Hvor lenge har du vært i stillingen?</li><li>● Har stillingen vært den samme/eller endret seg siden 2018 og fram til i dag?</li></ul>
Fase 1: Beslutningsprosessen	<ul style="list-style-type: none"><li>● Når ble du kjent med at ansvaret for pasienter på TUD skulle overføres fra UNN til FIN?</li><li>● På hvilken måte ble du kjent med denne beslutningen?</li><li>● Hvilken rolle har du hatt i prosessen med overføring av TUD pasienter fra UNN til FIN?</li><li>● Har du vært involvert i beslutningsprosessen? Hvis ja, på hvilken måte?</li><li>● Hvilke tanker har du gjort deg om bakgrunnen for beslutningen om overføring?</li></ul>
Fase 2: Planlegging  Organisasjonsteori Endringsledelse	<ul style="list-style-type: none"><li>● Hva mener du trengte å være på plass før en slik overføring kunne skje?</li><li>● Hvilke ressurser er det behov for å kunne ivareta oppgaven innenfor oppfølging av TUD?</li><li>● Hvordan ble det arbeidet med å få dette på plass?</li><li>● Har du hatt en rolle i planleggingen? Hvis ja, hva har ditt bidrag vært i planleggingsarbeidet?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ut fra ditt ståsted, beskriv samarbeidet mellom UNN og FIN i planleggingen? Hvis bra, hva var bra? Hvis kunne vært bedre, hva kunne vært bedre?</li> </ul>
<p>Fase 3: Gjennomføring/iverksetting/ implementering</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hvordan har du opplevd selve prosessen? Hva tenker du om prosessen? (Hva har vært bra? Hva har vært dårlig?)</li> <li>● Hvilke faktorer har vært viktige for å gjennomføre/lykkes med beslutning om å overføre TUD fra UNN til FIN?</li> <li>● Hva mener du fremmet prosessen? Hva gjorde du eller hva bidro du til i forhold til å fremme prosessen?</li> <li>● Hva har du som leder gjort for å iverksette beslutningen om overføring av TUD, og forberede organisasjonen på endring i oppgaver og ansvar?</li> <li>● Har dette medført konkrete organisatoriske endringer på din arbeidsplass? Hvis ja, hvordan ble endringene implementert?</li> <li>● Krevde denne omstillingen endring i kompetanse? I så fall, hvilken? Hva ble eventuelt gjort for å skaffe seg den kompetansen det var behov for?</li> <li>● Andre endringer dette har medført?</li> <li>● Hvem har vært viktige personer for å gjennomføre denne endringen? Hvorfor har de vært viktige?</li> <li>● Hvilke utfordringer har du eventuelt møtt på?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Har dere møtt på motstand? Hvordan har en eventuell motstand kommet til uttrykk?</li> <li>● De første pasientene underlagt TUD ble overført til FIN januar 2021. Dette er en forsinkelse i forhold til beslutningen om at ansvaret for å overta de første pasientene skulle igangsettes januar 2019. Hvilke faktorer mener du kan ha bidratt til å forsinke prosessen?</li> <li>● Hva er den mest sentrale årsaken etter din mening til forsinkelsen og hvorfor?</li> <li>● Kan du rangere årsakene fra viktigst til minst viktig?</li> <li>● Har årsaksfaktorene endret seg i prosessen over tid? Er det andre ting nå enn da prosessen startet?</li> <li>● Hva kan du si om de to fasene, planlegging og gjennomføring? På hvilken måte var de to fasene koordinerte?</li> <li>● Tror du omorganiseringen av klinikkstrukturen i FIN har hatt betydning og hvorfor?</li> </ul>
Fase 4: Hva nå? Hva blir veien videre?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Har du noen slutt kommentarer eller vurderinger som du tenker er viktig for oss å høre om.</li> <li>● Hvis vi har tilleggsspørsmål, er det mulig å kontakte deg igjen?</li> </ul>

## Vedlegg 3: Samtykkeskjema

### Vil du delta i forskningsprosjektet

*En studie av prosessen med å overføre ansvaret for oppfølging av pasienter underlagt tvungent vern uten døgnopphold (TUD) fra Universitetssykehuset i Nord- Norge HF (UNN) til Finnmarkssykehuset HF (FIN) – fra beslutning til realitet?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvilke faktorer som bidro til å hemme og fremme prosessen i overføringen av ansvaret for oppfølgingen av pasienter på TUD fra UNN til FIN. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Vi er to masterstudenter som er ansatt innenfor psykisk helse ved henholdsvis UNN og FIN, og har gjennom flere år arbeidet med pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Vi har særlig interesse av hvilket helsetjenestetilbud som gis til denne pasientgruppen. Pasienter som i henhold til psykisk helsevernloven er underlagt tvungent psykisk helsevern, er definert som de alvorligst psykisk syke og er ofte svært ressurskrevende å behandle og ivareta i helsevesenet. Oppfølging og ivaretagelsen av pasienter på tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold er lagt til spesialisthelsetjenesten.

UNN har denne oppgaven innenfor sitt opptaksområde, og ivaretar denne oppgaven også innenfor opptaksområdet til FIN.

I november 2018 ble det i et samarbeidsmøte mellom psykisk helse og rusklinikkene ved UNN og FIN besluttet at det skulle startes et felles arbeid for å overføre ansvaret for pasienter på Tvungent psykisk helsevern uten døgn (TUD) fra UNN til FIN. Målsettingen var at pasienter på TUD skulle følges opp av spesialister på de lokale distriktpsikiatriske sentre (DPS) ved FIN, med planlagt oppstart 01.01.2019.

Vi ønsker i denne studien å undersøke hvilke faktorer som bidro til å hemme og fremme prosessen med å overføre ansvaret for oppfølging av TUD pasientene, og se på lederes erfaringer med beslutning, planlegging, og implementering av denne oppgaven.

I den forbindelse ønsker vi å intervju 4-6 ledere ved henholdsvis UNN og FIN som har vært involvert i denne prosessen.

Problemstillingen vi skal undersøke er som følger:

**“Hvilke faktorer bidro til å hemme og fremme prosessen i overføringen av ansvaret for oppfølgingen av pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) fra Universitetssykehuset i Nord-Norge HF til Finnmarkssykehuset HF?”**

Oppgaven er en avsluttende masteroppgave som en del av samlingsbasert masterutdanning i Helseledelse i regi av Helse Nord RHF og Nord Universitet. Opplysningene som samles inn skal kun benyttes i denne masteroppgaven.

## **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet.

## **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du jobber som leder ved en av klinikkene innenfor psykisk helse og rus i UNN eller FIN, og har vært involvert i prosessen. Du er en av totalt 4 -6 ledere som vil bli spurt om å delta i forskningsprosjektet.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, så innebærer det et semi-strukturert intervju, der vi vil være to masterstudenter som gjennomfører intervjuene. Det vil etterstrebes at intervjuet gjennomføres med personlig møte, men det er også mulighet for at intervjuet kan gjennomføres digitalt over lyd/bilde løsninger, Spørsmålene i intervjuet vil omhandle din rolle og dine erfaringer i beslutning -, planlegging- og implementeringsprosessen i overføring av ansvaret for pasienter på TUD fra UNN til FIN. Videre vil du bli spurt om hvilke faktorer som bidro til å hemme og fremme denne prosessen. Intervjuet vil vare i ca. 1 time.

Intervjuet vil bli tatt opp i form av lydopptak, og det vil bli tatt notater under intervjuet.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Prosjektets to studenter og veileder vil ha tilgang til dataene. Navneliste og kontaktinformasjon om deg vil bli oppbevart adskilt fra øvrige data. I oppgaven vil vi anonymisere data vi innhenter fra deg, men på grunn av få deltakere vil det være mulig å bli gjenkjent i den ferdige oppgaven av personer med kjennskap til prosessen og de to klinikkene i henholdsvis UNN og FIN.

Data vil bli oppbevart på låste kontorer, i låst skuff, samt på PC med passord og kode.

## **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Oppgaven vil etter planen innleveres 23. juni 2022. Prosjektet avsluttes når oppgaven blir godkjent. Etter prosjektslutt vil dine personopplysninger, lydfiler og datamateriale slettes.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.



## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Nord Universitetet ved:

- Kristina Norheim Lorentzen: [kristina.norheim.lorentzen@finnmarkssykehuset.no](mailto:kristina.norheim.lorentzen@finnmarkssykehuset.no), tlf 91306394, eller
- Siv Hege Fagerheim: [siv.hege.fagerheim@unn.no](mailto:siv.hege.fagerheim@unn.no), tlf 90418391, eller
- Professor/veileder Sverre Grepperud: [sverre.grepperud@medisin.uio.no](mailto:sverre.grepperud@medisin.uio.no), tlf 92299297

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Sverre Grepperud  
(Forsker/veileder)

Kristina Norheim Lorentzen og Siv Hege Fagerheim  
Studenter

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet beskrevet ovenfor, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at det i det publiserte materialet kan opplysninger jeg har gitt bli gjenkjent av personer med kjennskap til prosessen og de to klinikkene i UNN og FIN.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)