

EKSAMEN

Emnekode: MPH465 Fordypningsoppgave i Master i psykisk helsearbeid

Kandidatnavn: Elin Sivertsen og Heidi Dybvik

New Public management som
premissleverandør til psykisk helsearbeid

– Et positivt bidrag?

New public management in mental health practice

– A positive contribution?

Dato: 18.05.2016

Totalt antall ord: 7197

Sammendrag

Denne systematiske litteraturstudien undersøker hvordan markedsidologier som New Public Management (NPM) påvirker den profesjonelle autonomien i psykisk helsearbeid, samt hvilke konsekvenser dette kan gi i den profesjonelles arbeidshverdag. Tolv utvalgte forskningsartikler ble analysert og tolket. Resultatene viser at NPMs styringsprinsipper legger rammer for den faglige autonomien på en måte som utfordrer etiske verdier og det faglige idealet om behovtilpasset helsehjelp, som igjen har effekter på kvaliteten på helsehjelpen som gis. Dette legger press på de profesjonelles arbeidshverdag på en slik måte at det kan oppleves høy grad av belastning.

Nøkkel ord: *New Public Management, psykisk helsearbeid, psykisk helsearbeidere, profesjonell autonomi, og autonomi.*

Summary

This systematic literature study examines how market ideology as New Public Management (NPM) affects the professional autonomy in mental health , and what consequences this may provide the professional's workday. Twelve selected research articles were analyzed and interpreted. The results show that NPMs management principles provide a framework for the professional autonomy in a way that challenges ethical values and the academic ideal of needs-based health care , which in turn have effects on the quality of health care provided. This puts pressure on the professional's work day in such a way that professionals in mental health practice can perceive high degree of stress.

Key words: *New Public Management, Mental health professionals, Mental health services, autonomy and professional autonomy.*

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	i
Innholdsfortegnelse	ii
1.0 Introduksjon.....	2
1.1 Formål og problemstilling	3
1.2 Teoretisk bakgrunn og begrep	3
1.2.1 Psykisk helsearbeid	3
1.2.2 Markedsideologi – New Public Management (NPM).....	4
1.2.3 Faglig autonomi og skjønn	5
1.2.4 Engasjement og motivasjon i arbeidslivet	6
2.0 Metode	7
2.1 Litteraturstudium	7
2.2 Søke og utvalgs strategi	7
2.3 Kvalitetsbedømming av artiklene	8
2.4 Forskningsetiske overveielser	9
2.5 Analyse.....	10
3.0 Resultat/funn	11
3.1 Etikk	11
3.2 Effektivitet på bekostning av kvalitet?	12
3.3 Individ tilpasset helsehjelp	13
3.4 Opplevelse av arbeidsforhold	13
4.0 Diskusjon	14
Uforenelighet mellom økonomi og etikk	14
Standarisering eller individualisering?	16
Om kvalitet	16
Belastning som konsekvens	17
Kompleksitet	18
Veien videre	19
4.1. Metodediskusjon.....	20
Kilder og utvalg	20
Metoden	21
5.0 Konklusjon	22
Litteratur	24
Vedlegg 1. Tabell 2. Oversikt over utvalgt litteratur.....	28
Vedlegg 2. Tabell 5. Analyse av hovedresultat.....	30
Vedlegg 3. Ekskluderte artikler.....	34

«Mens helsebyråkratiet er trent til å sikre likhet mellom individer og sikre rettferdig fordeling av helsehjelp, er helseprofesjoner trent i å ivareta individualiseringsprinsippet.»
(Høstmølingen, 2016).

1.0 Introduksjon

Helsevesenet i Norge har siden slutten av 1970-tallet innført markedsliberalistiske reformer som tar utgangspunkt i New Public Management (NPM) ideologier. Disse baseres på kunnskapsmessig og økonomisk effektivisering gjennom byråkratisering og standardisering av praksis (Kjølrsrud, 2016; Ringgard, 2013; Karlsson, 2015). Reformene har også endret grunnleggende rammer for det psykiske helsefeltet, hvor det fastsettes endrede vilkår for utvikling og muligheter (Karlsson, 2015). Det har lenge pågått og pågår fortsatt, en offentlig og kontroversiell debatt om hvilke konsekvenser markedsideologien fører med seg. Et svært relevant eksempel, er hvordan Helsedirektoratet i disse dager jobber for å organisere sykehusets psykiatriske pasientforløp som *pakkeforløp*. Disse er basert på kravet om rask hjelp, forutsigbarhet og høyere kvalitet på helsetjenestene, men organiseringen medfører en sterk standardisering av tjenestetilbudet (Høye, 2015).

Det reises kritikk ved dette styringsperspektivet, ved at velferdstjenester ikke kan sammenliknes med produksjon og forbrukere. Er det riktig å bygge tjenesteyting og omsorg på ledelsesideer som kommer fra næringslivet? Kan man overføre varehandel inn i forvaltningstjenester som omhandler omsorg for mennesker? (Irgens, 2007). Reformene argumenterer for at offentlige tjenester skal ivareta verdier om rettferdighet og likebehandling (Norvoll, 2013). En av de sentrale utfordringene i det psykiske helsefeltet kjennetegnes ved at brukere ofte har komplekse og vekslende utfordringer, som fordrer en organisering som gir rom for en faglig autonomi med fleksible handlingsrom (Ramsdal og Hansen, 2005). Et krav om lik og rettferdig behandling tar utgangspunkt i at like diagnoser krever lik behandling. Tar en slik praksis derimot hensyn til enkelt menneskets individuelle behov og kompleksitet?

Det hevdes at liberalistiske markedsidelogier som New Public Management i helsevesenet kan endre profesjonsnormene fordi tankegangen ikke er tilpasset helsevesenets egenart. Dette kan etter hvert medføre faglige, etiske og verdimeslige endringer hos fagfolk. Som fagperson kommer man i skvis mellom krav om effektivitet og faglig- og moralsk integritet (Kjølrsrud, 2016). Litteratur viser at lignende utfordringer gjenkjennes i helsetjenestene også fra andre vestlige land, ved at helsetjenester har likhetstrekk fra fabrikkers produksjonslinjer, hvor effektivitet og resultater er hoved målsetting. Denne tenkningen beskrives som å være hemmende for den enkelte fagarbeiders kreativitet, fleksibilitet, fantasi og individualitet (Skålid, 2012).

1.1 Formål og problemstilling

Tematikken ovenfor danner utgangspunkt for oppgaven, som har som formål å belyse på hvilken måte markedsideologier som New Public Management legger rammer for og påvirker fagutøvelsen i psykisk helsearbeid. Oppgaven avgrensers seg ved å ha to hovedfokus. For det første ønsker vi finne hvilke effekter NPM har på den profesjonelle autonomien til de som utøver psykisk helsehjelp. Den profesjonelle autonomien knyttes til relasjonen mellom psykisk helsearbeider og bruker, og forstås som handlingsrommet i behandling eller oppfølgingsarbeid ut fra faglige premisser og brukers forutsetninger og preferanser. Det andre formålet er å se i hvilken grad NPM påvirker den enkelte profesjonsutøver i sin arbeidshverdag, altså hvilke effekter dette gir. Oppgavens problemstilling defineres som følgende:

Hvordan påvirker markedsideologier som NPM profesjonell autonomi i psykisk helsearbeid, og hvilke konsekvenser har dette for profesjonsutøveren?

Profesjonsutøvere omfatter i denne studien de som utfører psykisk helsearbeid, enten i primær eller spesialisthelsetjeneste.

Denne oppgaven vil videre presentere teoretisk bakgrunn og definere relevante begrep, deretter beskrive metode og funn fra utvalgte forskningsartikler. Videre vil resultater bli diskutert og avslutningsvis gis noen konklusjoner.

1.2 Teoretisk bakgrunn og begrep

1.2.1 Psykisk helsearbeid

Det finnes variasjoner i begrepsbruken når det gjelder tjenester som gis til mennesker på grunn av sin psykiske helse. Historisk sett har fagfeltet utspring fra overlappende perspektiver og tradisjoner fra sosiologi, psykologi og antropologi, til en psykiatrisk vitenskap med vektlegging av et naturvitenskapelig og reduksjonistisk syn på psykiske lidelser. I dag består det psykiske helsefeltet av ulike helse og sosialfaglige profesjoner. Psykisk helsetjeneste som begrep, omfavner både psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og tverrfaglig psykisk helsearbeid i kommunene (Norvoll, 2013). Begrepet psykisk helsearbeid er gjennom teori anvendt analytisk forskjellig med ulikt innhold (Karlsson, 2016). Andersen et al. (2008, s. 102) foreslår denne definisjonen av psykisk helsearbeid:

Et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøtning. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø.

Definisjonen favner bredt og beskriver ulike aspekter som inngår i fagrollen som psykisk helsearbeider. Begrepet psykisk helsearbeid anvendes i denne oppgaven, som de helsetjenester som ytes til mennesker med psykiske utfordringer i primær- og spesialisthelsetjenesten, men avgenser seg ved å ikke belyse et forebyggende folkehelse perspektiv.

Målsetningen innen fagfeltet har siden opptrappingsplanen for psykisk helse vært tydelig på at det skal gis tilgjengelige, helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet tilpasset den enkelte bruker for å fremme egenmestring, uavhengighet og selvstendighet (Sosial og helsedepartementet, 1998; Helse og omsorgsdepartementet, 2008-2009; Helsedirektoratet, 2015).

1.2.2 Markedsideologi – New Public Management (NPM)

De siste tiårene har det norske helsevesenet vært preget av en rekke markedsliberalistiske helsepolitiske føringer inspirert fra andre vestlige land som Australia og Storbritannia. En samlebetegnelse for disse reformene er New Public Management (NPM). Bakgrunnen for NPM lå i sentrale verdier med utgangspunkt i troen på markedskrefter og konkurranse for å fremme positive endringer i samfunnet og offentlig sektor. Disse verdiene skulle vektlegge individers rettigheter som kunder. Dette er prinsipper hentet fra det private næringsliv. NPMs kollektivistiske ideologi var ment å fordre samfunnsmessig likhet. Ideen om begrensede ressurser skal anvendes rettferdig, og slik sikre at konsekvenser blir best mulig for grupper av hjelpetrengende og befolkningen som helhet. Hovedprinsipper baseres på krav om effektivitet, målbare effektivitetsmål, innføring av konkurranseelementer og økonomisk lønnsomhet (Nordby, 2012; Nyseter, 2015; Halvorsen, Sternø og Øverbye, 2013).

Mål- og resultatstyring og bestiller- utførermodeller har sitt utspring i NPMs markeds ideologier som er implementert i styring og organisasjon i dagens helsesektor. Mål og resultatstyring innebærer å konkretisere mål og resultat, og er laget for kostnadskontroll. I

praksis medfører dette økt grad av kontroll- og rapporteringsregimer. Bestiller-utførermodellen legger til rette for privatisering som forutsetter anbud og konkurranse på velferdstjenester. Dette påfører profesjonsutøveren krav om styring og kontroll gjennom pålagte avtaler og standarder (Nyseter, 2015). Ramstad og Hansen (2005) påstår ut fra sin analyse at dette kan svekke profesjonsutøveres autonomi i kommunalt psykisk helsearbeid.

1.2.3 Faglig autonomi og skjønn

Autonomi betyr selvstyre eller selvbestemmelse (Utvåg, 2014). I konteksten psykisk helsearbeid forstås dette som den profesjonelles mulighet til å gjøre egne selvstendige handlingsvalg som omhandler behandling eller oppfølging av brukere, basert på egne faglige vurderinger knyttet til brukers tilstand, preferanser eller forutsetninger. Dette omhandler også muligheten til å skape og tilrettelegge for gode allianser gjennom relasjonsarbeid, som sees som en forutsetning i psykisk helsearbeid (Almvik og Borge 2000). Forskning på brukererfaringer fremhever at det kreves tilstrekkelig med tid og profesjonell autonomi for å kunne gi god psykisk helsehjelp (Borg, 2009).

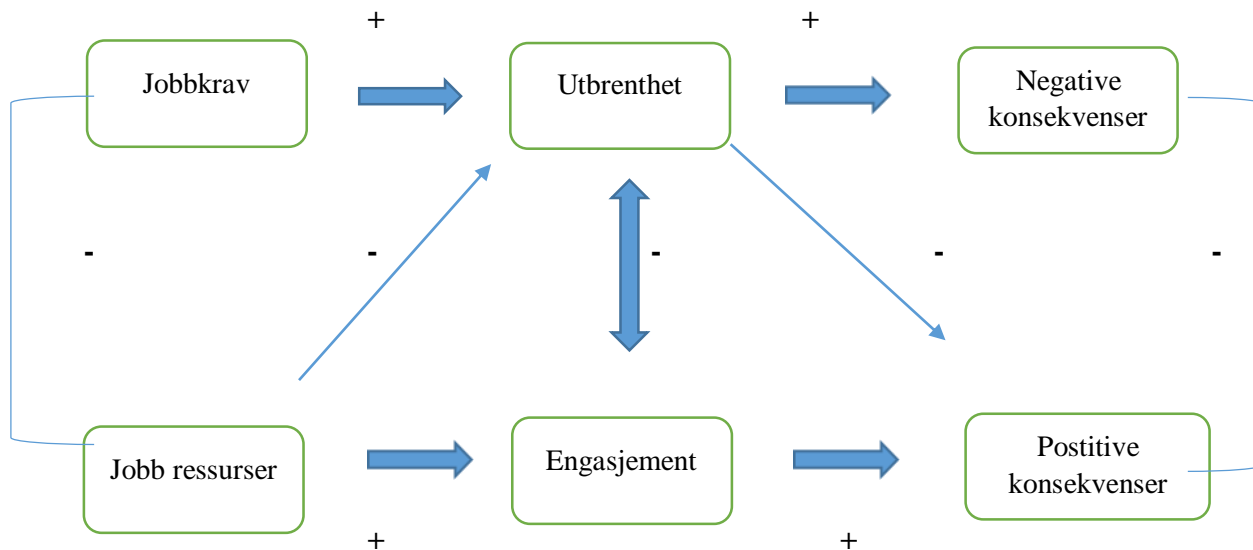
Faglig autonomi og -skjønn sees nært knyttet sammen. Skjønn betyr dømmekraft, å forstå, innse eller gjøre seg opp en mening. Med dette menes at en avgjørelse tas på bakgrunn av vurderinger som blir foretatt i en situasjon eller et konkret saksforhold (Hanssen et al. 2015). I de ulike yrkesetiske retningslinjer for helsepersonell i psykisk helsearbeid understrekes en etisk bevissthet gjennom evnen til faglig og moralsk dømmekraft, og utøvelse av skjønn som en forutsetning for tjenesteyting (FO, 2015; Den Norske legeforening, 2015; NSF, 2011; Norsk psykologforening, 1998). Det er komplisert å nedfelle faste rammer for innholdet i faglig skjønn innen helse- og sosialfaglig arbeid, og det er derfor viktig å poengtere at uansett situasjon skal det foregå en systematisk og faglig refleksjon og vurdering før beslutning tas (Hanssen et al. 2015). Disse yrkesetiske retningslinjene slår fast at lojaliteten til bruker eller pasient alltid veier tyngst.

Faglig autonomi og skjønn i psykisk helsearbeid omhandler at profesjoner utøver faglige selvstendige vurderinger og handlinger i sitt arbeid, på grunnlag av sin utdanning og kunnskap. Dette innebærer ikke «frie tøylar», da lover og forskrifter ligger til grunn for utøvelsen. Handlingsregler for ulike situasjoner må følges. Behovet for egen faglig autonomi og -skjønn kommer fram når det oppstår situasjoner der det ikke er nedskrevet faglige eller etiske standarder. Den enkelte må da forstå problemet og avveie motstridende informasjon og hensyn før det tas en beslutning (Halvorsen et al. 2013).

1.2.4 Engasjement og motivasjon i arbeidslivet

Fra et arbeid og organisasjonspsykologisk perspektiv er det nyttig å nansere hvordan organisatoriske forhold kan påvirke engasjement og motivasjon. En teoretisk modell for å beskrive og måle engasjement i arbeidslivet er *Jobbkrav-ressursmodellen* (Christensen, 2011).

Figur 1. *Jobbkrav-ressursmodellen*. Fritt etter Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli.



Denne modellen beskriver forholdet mellom jobbkrav, ressurser og engasjement. Modellen viser at jobbressurser øker engasjement gjennom en motivasjonsprosess, mens jobbkrav medvirker til utbrenthet gjennom en stressprosess. Jobbkrav kan betegnes som fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske aspekter, eksempelvis tidspress og stor arbeidsmengde. Når jobbkrav øker, og i tillegg over tid, oppstår det ubalanse mellom hva arbeidet *tar og gir* for arbeidstakeren. Dersom dette pågår over lengre tid kan det gi konsekvenser i form av redusert helse og motivasjon, utbrenthet og i verstefall sykfravær. Jobbengasjement kan være en motivasjonsprosess som simulerer til aktivitet, effektivitet og ytelse i jobben (Christensen, 2011).

Betydningen av autonomi i arbeidslivet kan ses i lys av Deci og Ryan`s teori om indre motivasjon. De hevder at kilden, og den viktigste faktoren til indre motivasjon i arbeidslivet ligger i selve arbeidsutførelsen gjennom to grunnleggende behov: selvbestemmelse (self-determination theory) og behovet for å føle at man mestrer sine oppgaver (Kaufmann og Kaufmann, 2009).

2.0 Metode

Oppgaven tar utgangspunkt i vitenskapelig teori gjennom litteratur. Vitenskap er beskrevet som et perspektiv der man søker en forklaring av sammenhenger i samfunnet gjennom å samle, gyldiggjøre og systematisere informasjon av virkeligheten (Polit & Beck, 2008).

2.1 Litteraturstudium

Denne fordypningsoppgaven er et litteraturstudium. En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, granske og sammenstille litteraturen rundt en klart definert problemstilling. Hovedfokuset er å finne aktuell forskning som skal forøke å svare på det valgte tema og problemstilling. Dette for å søke etter evidensbaserte beslutningsgrunnlag for den helsehjelp man yter som profesjonelle (Forsberg og Wengstrøm, 2013).

Metodekapitlet videre redegjør for gjennomføringen av litteratursøk, hvordan utvalg er foretatt, kvalitetsbeømming av artikler, samt etiske overveielser og analysemetode. Metoden blir kritisk diskutert i kapittel fire.

2.2 Søke og utvalgs strategi

For å finne aktuell litteratur som svarer til problemstillingen, ble det foretatt søk i de databaser Nord Universitet har tilgang til som innehar helsefaglige artikler. Det ble søkt i databasene Cinahl, Ovid, PsyckInfo, Norart, ProQuest, PubMed og Sage Premier på grunnlag av faglig relevans. Søkeord som ble brukt var: *New Public Management*, *Mental health professionals*, *Mental health services*, *autonomi* og *professional autonomy*. Søkeord ble brukt som fritekstsord, men også utfra «explore map term», det vil si søkt på liknede ord.

Både for å begrense søk, men også for å kunne svare på problemstilling med relativt ny litteratur, var det av interesse å finne artikler nyere enn ti år. Derav begrensning gjennom søk på artikler publisert etter 2006. I tillegg ble det søkt på artikler tilgjengelig i fulltekst. I databaser med høye treff, ble også kriteriet *peer reviewed* brukt for å begrense søket, som er fagfelleverderte artikler. En artikkel ble i tillegg valgt ut fra søk på *autonomi* i databasen Norart, som inneholder nordiske tidsskrifter. Det ble også foretatt fritekstsøk på norsk i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, men her ble det kun funn på fagartikler, som ikke kunne inkluderes i litteraturstudien.

Utvalget ble foretatt, i første omgang, fra gjennomlest tittel og sammendrag for å finne artikler som belyste problemstillingen. Deretter ble artiklene grundig gjennomlest i sin helhet. Utvalget ble foretatt utfra i hvilken grad artikkelen svarte på problemstillingen. Tabell 1 beskriver denne prosessen skjematisk.

Tabell 1. Oversikt over søkestrategi og utvalg.

Database	Søkeord	Begrensinger (Søkedato)	Antall treff	Antall valgt etter leste titler og abstrakt	Antall etter artikler lest i sin helhet
PsycInfo	New Public Management	full tekst (06.02.16)	110	21	1
	New Public Management	Full tekst «map term to subject heading» (06.02.16)	65	5	3
ProQuest	New Public Management AND Mental health services AND Professional	Fulltekst, keyword in abstract peer reviewed etter 2006 type of source: article (06.02.16)	86	7	1
OVID	New Public Management	Fulltekst (19.01.16)	295	7	1
Cinal	New Public Management	Fulltekst (01-03.16)	35	5	2
	New Public Management AND Professional autonomy AND mental health professionals	Fulltekst (23.02.16)	32	4	2
Oria	New Public Management AND Mental health professionals AND Autonomy	Siste 5 år, vitenskapelige artikler i fulltekst (23.02.16)	3	2	1
Norart	Autonomi	vitenskapelig artikkel (19.01.16)	30	3	1

Det ble vurdert som vesentlig å inkludere artikler som omhandler profesjonelles opplevelse av sin faglige autonomi. Da tematikken berører både system og individ nivå, ble det valgt forskningsartikler belyser problemstillingen på ulike måter. Artiklenes metodedel ble så undersøkt. Tabell 2 (Vedlegg 1), presenterer en oversikt over utvalgt litteratur med hensikt, metodisk design, og vurdering av kvalitet. Eksemplet nedenfor er et utdrag av tabellen.

Utdrag fra Tabell 2. Oversikt over utvalgt litteratur.

Tittel Forfatter Årstall Land	Studiens hensikt	Design	Utvalg	Kvalitets Nivå av publiserings kanal
<i>Giving a fig about roles: policy, context and work in community mental health care.</i> Hannigan & Allen, (2010) England	Undersøkelse av hvorfor sykepleiere, leger og sosialarbeidere i økende grad er bekymret for at deres bidrag til mennesker med psykiske lidelser er truet.	Triangulert. Semistrukturert intervju og observasjon.	66 leger, sykepleiere og sosialarbeidere i kommunehelsetjeneste	1

2.3 Kvalitetsbedømming av artiklene

Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD, 2016) er brukt som kvalitetsindikator på tidsskrifters publiseringskanal. Denne databasen angir tidsskrifters kvalitetsnivå med tre nivåer, hvor «nivå 1» definert som normal kvalitet, «nivå 2» som høy kvalitet og «-» som ikke god nok kvalitet. Tre av artiklene er vurdert som «nivå 2», ni er vurdert som «nivå 1» (se Vedlegg 1).

Videre i prosessen for å kvalitetsbedømme forskningsartiklene, ble sjekklisten for vurdering av artikler av Forsberg og Wängström (2013) benyttet. Følgende elementer ble vurdert gjennom utvalgsprosessen: om formålet var godt beskrevet, om designet var hensiktsmessig i forhold til hva som skulle underøkes, om utvalget var godt beskrevet, hvordan utvalgsmetoden var, om det var beskrevet inklusjon og eksklusjonskriterier og når undersøkelsen var foretatt. Vi gjorde også en vurdering av funn og konklusjon; om resultater var generaliserbare og dens kliniske betydning. Ved kvalitative artikler ble det gjort en vurdering av datainnsamlings metoden, begreps operasjonaliseringen, tolking av kategorier og resultatenes troverdighet. Ved kvantitative metoder ble det sett på hvilke målemetoder som ble anvendt, om reliabiliteten ble beregnet og validiteten ble diskutert. I tillegg var det av interesse å se om metodologiske risiko og bias ble diskutert. I denne prosessen ble elleve artikler ekskludert (Vedlegg 3).

2.4 Forskningsetiske overveielser

Alle de utvalgte forskningsartiklene inneholdt etiske overveielser, var fagfellevurdert og publisert gjennom en kvalitetsbedømt publiseringskanal. Det ble tilstrebet å referere til de respektive artikler på en objektiv måte med en korrekt gjengivelse av resultater. Selv med bruk av støtte gjennom oversettelsesprogram, lå det en risiko ved feiltolkninger, da mesteparten av datamaterialet er på engelsk.

Forfatterne av denne litteraturstudien er også utøvere av psykisk helsearbeid, og det er knyttet bevissthet rundt den risiko med at egne oppfatninger og erfaringer skal kunne påvirke analyse og tolkning av datamaterialet.

2.5 Analyse

Med et mål om å finne sammenheng mellom beskrevet problemstilling og empiri, altså med bakgrunn i andre undersøkelser, ble en empirisk basert analyse anvendt. Dette omfatter å analysere data fra undersøkelsene for å finne funn som kan bidra til å belyse vår problemstilling (Jacobsen, 2010).

Analyseprosessen ble inspirert av Forsberg og Wängström (2013), gjennom å gjøre en innholdsanalyse av de utvalgte artiklene. Dette er gjort som en fem stegs prosess hvor første del var å lese artiklene flere ganger for å bli kjent med innholdet og for å skape oversikt på en systematisk måte. Andre steg var å finne ut hva teksten handler om, finne hovedresultat og gi meningsbærende enheter navn, eller en kode. Steg tre var å systematisere kodene til underkategorier, mens steg fire var en vurderingsprosess med å sammenstille ulike underkategorier til en hovedkategori. Dette med det formål å søke etter mønster i teksten, som kunne gjenspeile innholdet. Kategoriene skal forsøke å svare på hensikten eller problemstillingen i oppgaven. Det er disse kategoriene som beskriver funnene i litteraturstudiet. Her blir artiklenes resultater relatert til hverandre, og forsøkt sortert etter likheter og ulikheter. Ved å kategorisere og analysere artikler som både omhandler system og individ, resulterte dermed i flere under- og hoved kategorier eller temaer. Kategoriene fremstilles skjematisk i Tabell 3.

Tabell 3. Subkategorier og hovedkategorier.

Subkategori	Hovedkategori
Verdier og holdninger Dilemma mellom fag og økonomi Lojalitetskonflikt Objektivisering	Etikk
Ressurser Kvalitets sikring Tjenesteutvikling	Kvalitet
Fleksibilitet og faglig autonomi Brukermedvirkning	Individtilpasset helsehjelp
Motivasjon Misnøye Usikkerhet Frustrasjon Bekymring Fleksibilitet og faglig autonomi Arbeidsbelastning Top-down kultur Ressurser	Opplevelse av arbeidsforhold

Det siste steget i innholdsanalysen var å tolke og diskutere resultatene. Tabell 4 beskriver innholdsanalysen av de tolv forskningsartiklene (Vedlegg 2). Eksemplet er et utdrag fra Tabell 4.

Utdrag fra Tabell 4. Analyse av hovedresultat.

Forfatter Årstall Land	Hovedresultat	Underkategori	Kategori
Newman & Lawler (2009). Australia	Studien beskriver opplevelser av at ledelsen har fortrenget/glemt det kliniske, og aspektene rundt en behovs styrt omsorg for pasientene. Det vitner om en endring fra den tradisjonelle kliniske autonomi til ledelse i/for produktivitet.	Dilemma mellom fag og økonomi	Etikk
	En omfattende økning på arbeidsmengde på grunn av økte krav om høyere effektivitet, pasient gjennomstrømming, høyere krav fra pasienter og redusert bemanning, samt økt dokumentasjonskrav. Dette øker opplevelse av mistillit til ledelsen og usikkerhet, øker følelsen av avmakt og frustrasjon og har en demotiverende effekt.	Ressurser Frustrasjon Motivasjon	Kvalitet Opplevelse av arbeidsforhold

3.0 Resultat/funn

Resultater i denne litteraturstudien omfatter tolv vitenskapelige artikler, fordelt metodisk på sju kvalitative, tre kvantitative og tre triangulerte studier. Studiene er gjennomført i følgende land: Norge, Sverige, Danmark, Nederland, Spania, Canada og Australia. Resultater fra analysen viser at New public management som markedsideologi har effekter på den faglige autonomien i utførelse av psykisk helsearbeid, samt profesjonelles opplevelser av egen arbeidshverdag. Våre funn viser påvirkninger innen følgende hovedområder, som også er definert som hovedkategorier: etikk, kvalitet, behovstilpasset helsehjelp og opplevelse av arbeidsforhold.

3.1 Etikk

Lojalitet til styringsprinsipper oppleves som utfordrene i følge funn gjort av Næss et al. (2014). Informantene i studien er bekymret for at krav om dokumentering går på bekostning av verdifull tid til å utvikle bedre tjenester. Resultater i studien til Newman og Lawler (2009) beskriver opplevelser av at ledelsen har fortrenget/glemt de kliniske og aspektene rundt en behovsstyrt omsorg for pasientene. Dette oppleves som en endring fra den tradisjonelle kliniske autonomi til ledelse som vektlegger produktivitet. Funn gjort av Orvik et al. (2015) og Ekeland et al. (2011) viser at det oppstår en lojalitetskonflikt mellom å være lojal til forvaltningssystemet og økonomi, og faglige vurderinger. Det henvises her til at profesjonelle er alvorlig bekymret for etiske dilemmaer i forhold til kvaliteten på tjenestene.

Funn viser at profesjoner klamrer seg til prosedyrekrav for å beskytte seg og sin posisjon mot anklager fra pasienter eller ledelse/stat, og ofrer derfor eget faglig skjønn og autonomi (Tonkens et al. 2013). Debesay et al. (2014) konkluderer at profesjoner strekker seg langt for å hjelpe minoritetspasienter med problemer som går utenfor de angitte helseoppgavene, fordi det er avgjørende for å sikre pasientenes helse.

Blanch (2014) fremhever utfordringer knyttet til for lite samsvar mellom verdier som forankres i profesjoners grunnutdanninger og forutsetninger til å kunne utføre disse i praksisfeltet. En objektivisering av brukere kan oppstå, i tilfeller hvor behov og problem ikke passer inn i standardiserte diagnoser og dermed ikke får den individuelle hjelp de trenger. Studien viser at profesjonene, i tillegg til å uttrykke klager på krav, samtidig utvikler en standardisert praksis. For eksempel ved å prioritere visse krav og utelukke andre, eller sette mål for det daglige arbeidet. Dette være seg bevisst eller ubevisst. Funn fra denne studien samsvarer en viss grad til funn fra Liff og Andersson (2011), hvor profesjoner bruker NPM prinsipper til å rettferdiggjøre sine tolkninger av «service idealet».

3.2 Effektivitet på bekostning av kvalitet?

En hovedessens i NPM sine styringsprinsipper er tanken om effektivisering, som omhandler å utføre flere arbeidsoppgaver på kortere tid, med samme bemanning. Det er bred faglig enighet om at kvaliteten på tjenestetilbudet i psykisk helsearbeid har sterk sammenheng med ressurser. Tid og bemanning er de mest fremtredende faktorer det knyttes mest bekymring til i forhold til kvalitet (Orvik et al. 2015; Liff og Andersson, 2011; Blanch, 2014; Ekeland et al. 2011; Debesay et al. 2014; Verbeeten og Speklé 2015; Liveng, 2011; Dallender og Nolan, 2002; Newman og Lawler, 2009). Studien til Orvik et al. (2015) belyser sykepleielederens erfaringer med at flesteparten av registrerte avvik på kvalitet var en konsekvens av mangel på ressurser. Dessuten settes det store spørsmål om NPM sine prinsipper om effektivitet virkelig er kostnadsbesparende. Verbeeten og Speklè (2015) antyder at NPM modeller med resultatorientert kultur, styringsprinsipper og ledelses kontroll kan ha påvirket offentlig forvaltning negativt og konkluderer med at ledelses kontroll generelt i offentlig forvaltning medfører økt byråkrati som øker kostnadene mer enn de sparer.

Næss et al. (2014) fremhever positive erfaringer ved lokal tjenesteutvikling, der fagmiljøer får kreativt spillerom som er inspirert av forskning. Her trenger ikke organisatoriske rammer være til hinder for god tjenesteutvikling. Studien til Ekeland et al. (2011) viser funn som peker flere retninger. Informanter erfarer kvalitetsforbedring på tjenester i det psykisk

helsearbeidet som begrunnes med dokumentasjon, systematikk og standardisering. Samtidig møter profesjonelle daglig systemkrav på den ene siden og utfordrende praktiske situasjoner på den andre siden, som påvirker kvaliteten. Både Liff og Andersson (2011) Orvik et al. (2015) beskriver et disharmonisk forhold mellom NPM- prinsippet om begrensede ressurser og idealet om tilpasset omsorg, som vil ha effekter på kvaliteten av helsetjenesten.

3.3 Individ tilpasset helsehjelp

Fem av studiene synliggjør at gjennom en standardisert styringsform av helsetjenestene, vil konsekvensene ha negative effekter som har betydning for dem vi skal hjelpe. Dette i form av at mangel på individ tilpasset helsehjelp gir relasjonelle utfordringer (Ekeland et al. 2011; Liff og Andersson, 2011; Hannigan & Allen 2010; Liveng, 2011; Debesay et al. 2014). Det skapes et disharmonisk forhold mellom NPM prinsippet om begrensede ressurser, og idealet om tilpasset omsorg (Liff og Andersson, 2011). Redusert handlingsrom og faglig autonomi utfordrer ivaretagelsen av brukerinvolvering og individuell behov, når profesjoner hevder at det er vesentlig å tilpasse metodikk til pasientene på individuell basis for å kunne lykkes (Ekeland et al. 2011). En standarisering gjennom helsepolitiske føringer truer fleksibiliteten i handlingsrommet til brukere (Hannigan og Allen, 2010).

Liveng (2011) beskriver at NPM utfordrer autonomien til både profesjon og pasient når det kommer til avgjørelser hvilke oppgaver som skal gjøres på det enkelte hjemmebesøk. Det framheves at en slik strukturell makt undergraver ønskene til tjenestemottakerne og at begrenset tid gir relasjonelle utfordringer. Debesay et al. (2014) viser til resultater om at alvorlige tidsbegrensninger begrenser sykepleieres autonomi og fleksibilitet i sitt arbeid.

3.4 Opplevelse av arbeidsforhold

Funn fra artiklene synliggjør konsekvenser av NPM på opplevelser av egne arbeidsforhold. Ekeland et al. (2011) påpeker opplevelse av frustrasjon og bekymring knyttet til pålagt bruk av standardiserte verktøy og mangel på ressurser som går på bekostning av relasjonsarbeid og faglig autonomi. Orvik et al. (2015) knytter mangel på ressurser direkte til utilstrekkelig bemanning. I tillegg til redusert bemanning, hevder Newman og Lawler (2009) i sin studie at høye krav til effektivitet, høyere krav fra pasienter, dokumentasjonskrav og høy pasientgjennomstrømming medfører økt opplevelse av frustrasjon. Frustrasjon omhandler mistillit til ledelse som gir avmakt og frustrasjon og har demotiverende effekter. Debesay et al. (2014) påpeker at tidspress medfører økende emosjonelle utfordringer for sykepleiere som jobber med etniske minoritets pasienter. Dallender og Nolan (2002) sin studie om psykisk

helsearbeidere i kommunal og spesialisthelsetjeneste påpeker at arbeidsglede kan forringes på grunn av økende grad av byråkrati og upassende krav. Dette medfører forvirring og usikkerhet omkring egen yrkesrolle. Hannigan og Allen (2010) nyanserer i tillegg at innføring av nye helsepolitiske modeller som tufter på økonomiske prinsipper, medfører blant annet profesjonsnøytralitet. Flere artikler fremhever en negativ effekt av top-down styring. Dallender og Nolan (2002) beskriver dårlig samarbeid mellom ledelse og personal, er kilde til misnøye på arbeidsplassen. Liveng (2011) viser til at strukturell makt gitt av systemer og regelverk undergraver enhver intensjon helsepersonell har for sine helsehjelp. Veerbeten & Speklé (2015) påpeker en negativ effekt mellom detaljstyring og grad av arbeidsinnsats og –ytelse. Blanch (2014) konkluderer at overbelastning er nøkkelordet blant sine informanter i studien. Dette knyttes opp mot for høye krav på systemnivå kombinert med asymmetri mellom krav og tilgjengelige ressurser.

4.0 Diskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan NPM som markedsideologi påvirker både utøvelse av psykisk helsearbeid og profesjonsutøveren i seg selv. Sett i forhold til problemstillingen, fremheves fire hovedfunn som særlig gjentakende. Disse omhandler etikk, kvalitet, individtilpasset helsehjelp og opplevelse av arbeidsforhold. De tre første hovedfunn svarer på hvordan NPM påvirker den profesjonelle autonomien i psykisk helsearbeid, mens det siste hovedfunnet sier noe om hvilke konsekvenser NPM har for profesjonutøveren i sitt daglige arbeid.

Uforenelighet mellom økonomi og etikk

Det oppleves etiske dilemmaer i handlingsrommet til de som utøver psykisk helsearbeid. Denne opplevelsen handler for det første om tidsbruk, hvor relasjonell tid til brukere nedprioriteres på bekostning av standardiserte krav. Disse omhandler ressurskontroll, pasient gjennomstrømming, strenge budsjett og standardiserte behandlingsopplegg. Standardiserte krav som rapportering og dokumentering fremheves spesielt (Ekeland et al. 2011; Dallender og Nolan, 2002; Debesay 2014; Næss et al. 2014; Liff og Andersson, 2011; Liveng, 2011; Orvik et al. 2015).

For det andre viser funn at det ikke er samsvar mellom det etiske grunnlaget som tilegnes gjennom utdanning og hva som er gjennomførbart i praksis (Blanch, 2014). De ulike yrkesetiske retningslinjer understreker at lojaliteten uten forbehold skal ligge til brukeren (FO, 2015; Den Norske legeforening, 2015; NSF, 2011; Norsk psykologforening, 1998). Dette

medfører at selv om den psykiske helsearbeideren reguleres og styres av overordnede helsepolitiske føringer, er det den enkelte profesjonsutøveren som gjør etiske vurderinger og må stå inne for konsekvensene av disse (Christoffersen, 2013). Liff og Andersson (2011) uttrykker at kultur og sosial kontekst på arbeidsplassen spiller en rolle for hvordan forståelse og tolkning av styringsprinsipper blir styrende for praksisutøvelsen. Dette kan forstås som at praksisen i det psykisk helsearbeidet er ulik, og hvordan man forholder seg til føringer i praksis avhengig den forståelsen og kulturen som råder på arbeidsplassen. Det beskrives også at man velger å være lojal mot systemet, og ofrer sitt faglige skjønn, for å beskytte seg mot anklager i etterkant, noe som reduserer muligheten til kreativitet og reduserer den faglige autonomien (Tonkens et al. 2013). På en annen side tenderer profesjonsutøveren å bryte styringsprinsipper til fordel for lojalitet overfor bruker når dette er avgjørende for å sikre nødvendig helsehjelp (Debesay et al. 2014).

Disse funnene kan vitne om et voldsomt krysspress til de ulike føringene i egen arbeidshverdag. Klemsdal (2013), som tematiserer dynamikken i organiseringsprosesser, hevder at helsevesenet har så mange føringer at helsepersonell ikke har forutsetninger til å forholde seg til dem samlet. Karlsson (2015) mener at utviklingen er bekymringsfull når psykiske helsearbeiderer disiplineres i et praksisfelt som baseres mer på markedsliberalistisk tenkning med økonomiske mål enn på erfaring, praksis og forskning. Det kan da ses både som paradoksalt og kontroversielt når Ramsdal og Hansen (2005) viser til at bestiller-utfører modeller i Norge ikke fører til økonomiske insparinger i psykiske helsefeltet.

Et etisk perspektiv blir gjeldende når standardiseringen av det psykiske helsearbeidet, i ytterste konsekvens, medfører at mennesker med komplekse utfordringer ikke «passer inn» i hverken standardiserte diagnose- eller behandlingssystemer (Liveng, 2011; Tonkens et al. 2013). Dette vil bekrefte dagens kritikere mot et pakkeforløp i psykiatrien i Norge. Erfaringer fra ordningen i Danmark fremhever en diagnosebasert instrumentalisering og objektivisering av det hjelpetrengede mennesket som ikke tar utgangspunkt kompleksiteten i psykososiale vansker. Dette perspektivet støtter en reduksjonistisk tankegang ved at en diagnose gjenspeiler en klart avgrenset sykdom som har et klart avgrenset årsak (Vogt & Pahle, 2015).

I et samfunnspersepektiv hvor profesjonsetikk ikke stemmer over ens med betingelsene for de samfunnsmessige forhold som preger vilkårene for utøvelse av denne, inspireres det til å være kritisk til i hvilket bidrag dette medfører i praksis. Både for brukere og helsepersonell, men også som samfunn (Henriksen og Vetlesen, 2006).

Standardisering eller individualisering?

En økende standardisering av psykiske helsetjenester, utfordrer profesjoners autonomi ved at det faglige idealet om behovstilpasset helsehjelp ser ut til å komme i skyggen. NPM sine styringsprinsipper står i kontrast til idealet om et behovstilpasset hjelpetilbud til mennesker med psykiske utfordringer som beskrives som sentralt i for eksempel *Pasient- og brukerrettighetsloven* (1999) og *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014). I tillegg synes det å være en en sterk dreining i fagfeltet, fra en medisinsk orientert tilnærming til en recovery orientert tilnærming som vektlegger et sterkt brukerperspektiv (Halvorsen et al. 2013; Karlsson, 2016). En økt vektlegging av brukererfaring omhandler å innta en person og ressursorientert holdning istedenfor en sykdomsbasert (Borg 2009).

En hovedvekt av funn fra artikkelutvalget gir signaler på at strukturell makt gjennom styringsprinsipper og organisering påvirker den profesjonelle autonomien, gjennom redusert handlingsrom, fleksibilitet og ivaretagelsen av brukerinvolvering. (Debesay et al. 2014; Ekeland et al. 2011; Hannigan og Allen 2010; Liff og Andersson, 2011; Liveng, 2011). Det kan dermed tyde på at NPM vanskeliggjør individ tilpasset helsehjelp.

Nyere forskning viser også at individuelt tilpasset hjelp til denne brukergruppen er i endring fra den tradisjonelle forståelsen med standardiserte metoder, til et mer likeverdig samarbeid mellom fagfolk og brukere. Dette ser ut til å være helt sentralt i hva brukere ser på som god hjelp, men det forutsetter en fleksibilitet og tilgjengelighet som utfordrer eksisterende rammer (Almvik et al. 2011; Ekeland 2014).

Om kvalitet

Funn fra studiene viser at styrings- og organisasjons rammer har direkte effekter på kvaliteten på psykisk helsearbeid. På en side beskrives standardisering av psykiske helsetjenester som positivt gjennom kvalitetssikring (Næss et al. 2014; Ekeland et al. 2011). Dette kan forklares med at lovverk og helsepolitiske føringer har som hovedmål å sikre innbyggere samme rettigheter til nødvendig helsehjelp, og at vi må ha systemer i det psykiske helsearbeidet som forvalter dette. På en annen side viser funn fra artiklene at selv om standardisering kan heve kvaliteten, gjennom dokumentasjon og trygghet i rutiner, vil mangel på ressurser i form av tid og redusert handlingsrom utfordre kvaliteten på tjenestene som gis. En kan tenke at det ikke er noen automatikk i at tilstrekkelig tid og ressurser bedrer kvaliteten på psykisk helsetjenester. Det råder imidlertid enighet om at kvaliteten på tjenestetilbudet i psykisk helsearbeid har sterk sammenheng med faktorer som tid og bemanning. Dette vil, etter vårt

skjønn, ha effekter både på den profesjonelle autonomien i samspill med brukere, samtidig vil tilgang til ressurser være retningsgivende for den profesjonelles opplevelse av eget arbeid.

Det er også interessant å se hvordan kvalitet som begrep blir anvendt. Når det fremmes idealer om utnytting av arbeidsprosesser ses kvalitet på som effektivitet og standardisert kunnskap. Dette står i sterk kontrast til faglige kvalitetsidealene om omsorg til det hjelpetrenge mennesket. Kvalitet fra et faglig ståsted i psykisk helsearbeid vil omfatte tid og rom for menneskelig samtale, med ekte interesse og engasjement. Martinsen (2005) hevder at samtalen i dagens helsevesen er truet på grunn av disse utfordringene. Nyseter (2015) går så langt som å hevde at få ting passer dårligere sammen enn markedstenking og omsorg, fordi omsorg omhandler trivsel, verdighet, respekt, følelser og nærhet. Martinsen (2005) og Nyseter (2016) peker i en retning hvor omsorg dermed ikke kan prisfastsettes og organiseres som en forbruksvare. Dette er i tråd med Almvik og Borges (2000) forståelse, hvor kvalitet på velferd ikke vil kunne la seg måle med kun kvantitative metoder, men baseres på brukeres kvalitative opplevelser.

Belastning som konsekvens

Funn fra denne studien, viser at den helsepolitiske NPM inspirerte forvaltningen påvirker den enkeltes opplevelse av egen arbeidshverdag i hovedsak i negative retninger. Dette støttes av Helgensen (2011,) som beskriver at strenge lojalitetskrav til helsetjenestene gjennom økonomistyring og budsjett disiplin, er sentrale virkemidler som utsetter profesjonsutøvere for krysspress og rollekonflikt. Slike effekter øker risiko for stress, utbrenthet og avmakt.

Det kan dermed se ut som styringsprinsipper i form av målstyring, effektivisering og standardisering setter profesjonsutøveren i et stadig mer krevende krysspress som gir belastninger. Funn fra artikkelutvalget i denne studien viser at slike overbelastninger ofte skaper frustrasjon, bekymring, avmaktsfølelse, usikkerhet, rolleforvirring og misnøye som igjen forringer arbeidsglede og motivasjon hos den psykiske helsearbeideren (Blanch, 2014; Debesay et al. 2014; Dallender og Nolan, 2002; Ekeland et al. 2011; Hannigan og Allen, 2012; Liveng, 2011; Newman og Lawler, 2009; Orvik et al. 2015; Verbeeten og Speklé, 2015).

Man vet at ansatte i helse og sosial sektoren gjerne har en sterk motivasjon for det arbeidet de gjør. På grunn NPMs krav om økt produktivitet og økt kontroll, medfører dette ofte dårlig samvittighet og utilstrekkelighetsfølelse fordi man ikke opplever å ha kunnet gi tilstrekkelig

hjelp (Halvorsen et al. 2013). Nyseter (2015) sier at NPM har ringvirkninger som er demotiverende, og viser til at hele 80% av ansatte i staten hevder dette.

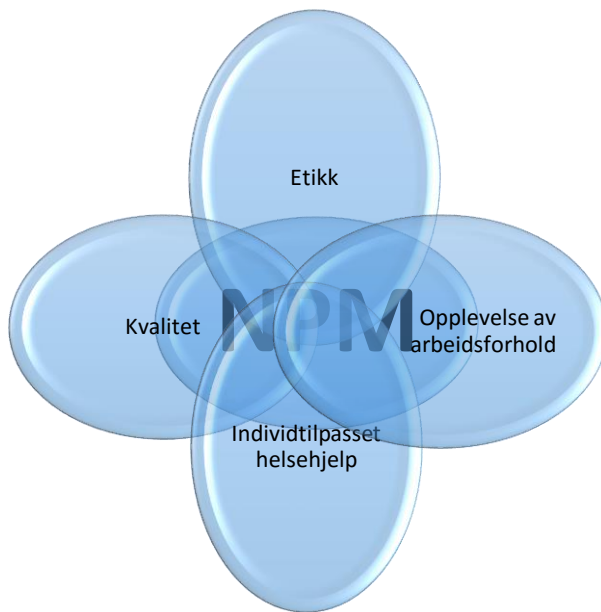
En kan på bakgrunn av dette stille seg spørsmål om hvorvidt NPMs organisering og styringsprinsipper egner seg som forvaltningsmodell for psykisk helsearbeid. Det er også nærliggende å tro at slike effekter kan oppstå innen annen offentlig forvaltning. Denne problematikken sett i lys av *jobbkrav-ressursmodellen* som nevnt innledningsvis, kan stå i veien for et arbeidsmiljø som preges av engasjement og motivasjon hos ansatte. Dersom arbeidsmiljø er preget av overbelastninger vil dette ha konsekvenser for utøvelse av den faglige autonomien. Dette samsvarer med Deci & Ryans motivasjons teori (Kaufmann og Kaufmann, 2009), som bekrefter betydningen med en helhetlig forståelse for hvordan organisatoriske faktorer har en direkte påvirkning på den psykiske helsearbeiderens indre motivasjon for arbeidet de utøver overfor mennesker med psykiske utfordringer. Det kan også være naturlig å tro at en negative arbeidsbelastning vil i tillegg gi effekter på kvaliteten av helsetjenesten.

Negative opplevelser knyttet til en top-down styringskultur er fremhevet som funn fra artikkelutvalget, som er en kontroll form i tråd med NPMs markedsprinsipper. Kan dette tolkes som at ledelse ikke stoler på ansatte? Halvorsen et al. (2013) påpeker at en markedsliberalistisk styringsform står i stor kontrast til den tradisjonelle tillitsmodellen som tidligere tillot fagprofesjoner i større grad å utøve skjønn og autonomi.

Kompleksitet

Vi har gjennom dette litteraturstudiet foreslått noen skiller mellom ulike effekter som NPM som markedsidelologi gir, både på den profesjonelle autonomien og for den utøvende helsearbeideren. Det må allikevel understrekes en bevissthet knyttet til hvordan de ulike effektene kan påvirke hverandre gjensidig. NPMs bakenforliggende ideologier skaper rammer og kan ha ulike innvirkninger på de hovedfunn som er trukket frem i denne studien. For eksempel kan begrensede rammer for individtilpasset helsehjelp gi etiske utfordringer, gi redusert rom for faglig autonomi. Dette kan gi ringvirkninger i form av negative kvalitative opplevelser av helsehjelpen hos bruker, samt gi belastninger til den profesjonelle i form at etiske utfordringer. Denne kompleksiteten forsøkes synliggjort i Figur 2.

Figur 2. Effekter av NPM kan påvirke psykisk helsearbeid på komplekse måter.



Figur 2 kan vise et spenn mellom NPMs styringsprinsipper og faglig autonomi. Halvorsen et al. (2013) påpeker også en uforenelighet mellom NMPs prinsipper om mål – og resultatstyring. Fokus på etterprøvbarehet av resultat og arbeid, lar seg dermed vanskelig forene med prinsippene om brukerinvolvering, autonomi og behovstilpasset hjelp. Kompleksiteten ser ut til å ikke gå overens – byråkrati versus praksis.

Veien videre

Strukturelle rammer som lovverk, forskrifter, økonomisk og organisatoriske vil alltid begrense faglig autonomi, slik også faglige og etiske retningslinjer gjør (Gullsløtt og Ekeland, 2012). En kan tenke at slike rammer vil være nødvendig både faglig, etisk og juridisk. Johnsen og Skjerve (2009) sier i sin studie at man ikke vet hvilken organisering som gir de beste helsetjenester.

Funn fra denne litteraturstudien viser at praksisfeltet har utfordringer knyttet til styring og organisering av psykiske helsetjenester. Til tross for dette, fremheves også fordeler med NPM som styringsideologi, spesielt i forhold til kvalitetssikring av tjenestene. Næss et al. (2014) konkluderer med at NPM inspirerte løsninger i rusbehandling ikke nødvendigvis vil være til hinder for lokalt forankret faglig autonomi og fleksibilitet i tjenesteutviklingen. Dette kan muligens forstås som at rammebetingelser både kan hemme og fremme premisene for utøvelse av profesjonell autonomi i en brukerfokusert tjeneste. Noen forutsetninger må ligge

til grunn. I denne sammenhengen kan Liff og Andersson (2011) utsagn om hvordan en tolker og forstår styringsprinsipper påvirker kulturen og konteksten for hvordan man utøver det psykiske helsearbeidet i praksis, være et viktig premiss.

Både funn fra artiklene og teori forøvrig, både tematiserer og problematiserer utfordringer knyttet til NPM som styring og organisasjons ideologi. Samtidig fremmes lite fokus på alternative modeller for styring og organisering i det psykiske helsefeltet.

Selv om NPM reformene former en instruktiv og reduksjonistisk oppfattelse på hva som vil hjelpe mennesker med psykiske vansker (Karlsson, 2016), finnes det allikevel lite empiri som sier hvordan en skal håndtere dette (Gullslett og Ekeland, 2012).

4.1. Metodediskusjon

Resultater av kvalitative og kvantitative data er aldri entydige (Jacobsen, 2010). For å sette funnene fra studien inn i en større sammenheng, settes de i lys av teori for å søke en forståelse hvorfor fenomener oppstår og konsekvensene av disse. Nedenfor drøftes identifiserte styrker og svakheter med studiens metodiske tilnærning.

Kilder og utvalg

For å finne et representativt utvalg for litteraturstudien, ble det gjennomført omfattende søk i relevante databaser. Det viste seg at det var lite treff på å kombinere søkeordet *New public management* eller *NPM* med *psykisk helsearbeid*. Dette kan handle om at ulik begrepsbruk i engelsk litteratur, eller at det er gjort lite forskning på NPM sine effekter på psykisk helsearbeid. Strategien ble å bruke søkeordet *NPM* i stor grad alene, som ga et utvalg som kunne belyse problemstillingen på ulike måter. Det var likevel en overvekt av svært relevante artikler som var reviews, som dermed ble ekskludert i utvalget, noe som kan ses som en svakhet.

Det var et ønske å belyse det psykiske helsefeltet, både i primær og sekundær linje. Utvalget vurderes som dekkende, da artiklenes informanter har en jevn fordeling når det gjelder helse og sosialarbeidere som jobber som profesjonelle innen fagfeltet. Disse representerer både sykepleiere, psykiatere, psykologer, og andre sosial arbeidere med overvekt av sykepleiere.

De fleste informater arbeider på individnivå, men utvalget omfatter også ledere og mellomledere, noe vurderes som en styrke. Det er jevn fordeling i forhold til hvor undersøkelser er foretatt, både i kommunal og sykehus sektor. Dette kan styrke funn fra oppgaven tanke på at det søkes forståelse uavhengig av arbeidssted i det psykiske helsefeltet.

Artikkelen av Verbeeten og Speklé (2015) er unntaket, hvor det undersøkes effekter av NPM på offentlig forvatning generelt, men vurderes likevel relevant da den metodiske validiteten er høy og resultater svært overførbare til det psykiske helsefeltet. Det er også inkludert en artikkel som undersøker hjemmesykepleieres opplevelse av yting av helsehjelp (Liveng, 2011) som også vurderes relevant, da utøvelse av psykisk helsearbeid også omfatter den eldre befolkningen. Ved å inkludere en artikkel som omhandler privatisering i helsevesenet (Tonkens et al. 2013), bidrar denne til å belyse til å belyse markedstenkingen i fagfeltet.

Med unntak av Dallender og Nolan (2002) er utvalget nyere enn sju år, noe som øker validiteten ved å tilstrebe en relevans til hvordan NPM påvirker dagens helsevesen.

Undersøkelsene er gjort i England, Spania, Nederland og Australia, og kan gi et bilde på de vestlige land som anvender NPM som styringsform for helsevesenet. Det er sannsynlig at det er ulikheter mellom disse industrilandene, men utvalget vurderes å være representativt for norske forhold.

Metoden

Sett i lys av oppgavens hensikt med å undersøke opplevelser, bygger oppgaven på flest kvalitative undersøkelser. Dette subjektive perspektivet, som intervju og observasjon, har sine metodiske svakheter som skal tas i betraktning. Likevel inneholder også artikkelutvalget kvantitative undersøkelser (Dallender og Nolan, 2002; Verbeeten og Speklé 2015). Ved å bruke data fra begge forskningstradisjoner, kan dette styrke oppgaven, spesielt når funn fra disse er sammenfallende.

Analyse og kategoriserings prosessen var utfordrende, med tanke på problemstillingens kompleksitet. Det er forsøkt en kategorisering av datamaterialet som belyser ulike effekter av NPM. Det er av vår oppfatning at subkategorier passer under flere hovedkategorier, og dette vanskeliggjør et klart skille. Dette kan ses som en svakhet, men kan samtidig gi et bilde av en kompleks virkelighet der flere forhold påvirker hverandre, som diskutert i resultatkapitlet ovenfor. Dette kan også handle om at de ulike artiklene har ulike hensikter og mål, og dermed vil ønsket om å finne likheter gjennom koding av data, ha svakheter.

En mulig feilkilde kan oppstå når man trekker ut deler av resultatene i undersøkelsene og dermed ikke omfavner helheten. Det er likevel en bevissthet knyttet til en deduktiv tolkning av artiklenes funn, hvor man på grunn av oppgavens omfang, leter etter funn som kan belyse problemstillingen.

Det kan imidlertid være en fare for å ha vektlagt de ulike artiklene noe ulikt, da spesielt knyttet mot fortolkningen av resultater. Blant annet tenderer vi til høy vektleggingen av Ekeland et al. (2011) som kan handle om at den er skrevet på norsk, og språket i seg selv øker forståelsen av funnene.

Denne oppgavens formål og problemstilling favner bredt, selv med definerte avgrensninger. Dette har gitt funn som har vært mer generelle enn fordypende. Siden oppgaven tar utgangspunkt i et samfunnspolitisk tema, er det likevel vektlagt et ståsted og perspektiv fra det psykiske helsefeltet. Innenfor de rammene denne oppgaven har, og fra forfatterens ståsted, ble det vurdert som den mest hensiktsmessige måten å besvare problemstillingen på. Problemstillingen kunne imidlertid med fordel ha hatt strengere avgrensninger, noe som imidlertid kunne ha begrenset beskrivelsen av kompleksiteten i praksis.

Egen forforståelse kan også ha preget tolkning av data, da oppgaven skrives av to fra samme arbeidssted, med flere like utgangspunkt. Det vurderes imidlertid som en styrke at vi har ulik profesjonsståsted, både vernepleie og sykepleiefaglig som kan ha påvirket refleksjonsprosesser på en positiv måte.

Flere andre innfallsvinkler kunne blitt brukt for å heve forståelsen for hvordan NPM påvirker det psykiske helsearbeidet. Hvordan den evidensbaserte kunnskapen blir utfordret av NPM og en tendens til økende privatisering, blir her ikke nyansert på grunn av oppgavens omfang. Dette er, i tillegg til debatten om mangelen på kvalitetsindikatorer i psykisk helsearbeid, vesentlige sider som etter forfatterenes mening har stor relevans for utvikling og forståelse av psykiske helsetjenester. Resultater viser også tendenser til profesjonsnøytralitet i psykisk helsearbeid som fagfelt som i denne sammenheng ikke nyanseres.

Selv om studien belyser problemstillingen, ses de i lys av oppgavens svakheter beskrevet ovenfor og gjør at generaliserbarheten ved funnene vurderes med nøkternhet.

5.0 Konklusjon

Litteraturstudiets funn viser at NPM kan påvirke den profesjonelle autonomien i psykisk helsearbeid på ulike måter. Markedsideologien, gjennom offentlige forvaltning og styringsprinsipper, utfordrer etiske og faglige fundamentet i arbeidet med mennesker som mottar tjenester på grunn av sin psykiske helse. Krav om standardiserte helsetjenester, med bakgrunn i effektivitet og økonomiske mål kan ha positive effekter på kvalitet, men kan også påvirke kvalitetsaspektet negativt gjennom økt knapphet til ressurser som tid og bemanning. Dette kan igjen utfordre handlingsrommet og fleksibiliteten som kreves for å utøve faglig

autonomi til mennesker med komplekse psykososiale utfordringer. Denne litteraturstudien identifiserer noen komplekse utfordringer for den psykiske helsearbeideren. Spesielt i forhold til hvordan man kan slites mellom standardiserte styringsprinsipper og profesjonsidealet som tar utgangspunkt i brukeres individuelle behov. Dette kan gi konsekvenser for psykisk helsearbeidere gjennom negative emosjonelle opplevelser av arbeidsforhold i form av frustrasjon, bekymring, usikkerhet og misnøye som kan være belastende. Slike faktorer kan medvirke til redusert arbeidsglede og motivasjon for profesjoner i det psykiske helsearbeidet.

Kunnskap og forståelse for hvordan NPM skaper premisser og påvirker psykisk helsearbeid fremstår etter vårt skjønn som viktig for å utvikle fagfeltet videre, og krever en kritisk tankegang av dagens praksis.

Litteratur

- Almvik, A. & Borge, L. (2000) *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T. M., Westerlund, H. & Norvoll, R. (2011) Å lage farger på livet til folk. God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* . 8 (2), s. 154-163.
- Andersen, A. J. W., Bøe, T. D., Fodstad, H., Ibabao, V. A., Krogsæter, O., Norvoll, R. (2008) Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 5 (2), s. 98-103.
- Blanch, J. M. (2014) Quality of working life in commoditized hospitals and universities. *Papeles del Psicólogo*. 35 (1), s. 40-47.
- Borg, M. (2009) Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*. 5 (46), s. 452-459.
- Christensen, M. (2011) Positiv psykologi og engasjement på arbeidsplassen. I P.Ø. Saksvik (Red.), *Arbeids- og organisasjonspsykologi*. (s. 113-129). Oslo: Cappelen Damm.
- Christoffersen, S.A. (Red). (2013) *Profesjonsetik. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Dallender, J. & Nolan, P. (2002) Mental health work observed: a comparison of the perceptions of psychiatrists and mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 9, s. 131-137.
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., Vike, H. (2014) Dispensing emotions: Norwegian community nurses`handling of diversity in changing organizational context. *Social Science & Medicine*. 119, s. 74-80.
- Den norske legeforening (2015) *Etiske regler for leger*. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/> > [Lest 10.01.16].
- Ekeland, T. J. (2014) Frå objekt til subjekt- og tilbake. Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 11 (3), s. 211-220.
- Ekeland, T. J., Stefansen, J., Steinstrøm, N. O. (2011) Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer i klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 14 (1), s. 2-14.
- FO (2015) *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Tilgjengelig fra: < <https://www.fo.no/yrkesetikk/yrkesetisk-grunnlagsdokument-article227-150.html>> [Lest 10.01.16].
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys og presentasjon av omvårdsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gullslett, M. K. & Ekeland, T.J.(2012) Autonomiens betydning og vilkår ved ambulante akuttteam. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 9 (1), s. 13-21.

- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2013) *Innføring i helse og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanssen, H. (Red.), Hummerfelt, K., Kjellebold, A., Norheim, A., Sommerseth, R. (2015) *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hannigan, B. & Allan, D. (2010) Giving a fig about roles: policy, context and work in community mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 18, s.1-8.
- Helgesen, L. A. (2011) *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi. 2. utg.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Helsedirektoratet (2015) Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012. IS-1/2015. Oslo.
- Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Veileder IS-2076. Oslo. Helse og omsorgsdepartementet (2008-2009). *Samhandlingsreformen* St.meld. nr. 47.
- Henriksen, J. O. & Vetlesen, A. J. (2006) *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Høstmælingen, A. (2016) *En pakke med motsetninger*. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/en-pakke-med-motsetninger> >[Lest 29.03.16].
- Høye, B. (2015) *Ikke likt, men bare godt*. Tilgjengelig fra:< <https://morgenbladet.no/2015/09/ikke-lik-men-godt>> [Lest 20.10.15].
- Irgens, E. J. (2007) *Profesjon og organisasjon. Å arbeide som profesjonsutdannet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse –og sosialfagene*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Johnsen, H. H., & Skjerve, A.-G. (2009) Spesialisthelsetjenester på brukernes arenaer - går det? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 6 (3), s. 215-223.
- Karlsson, B. (2015) Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet – om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Tidsskrift for Helseforskning*, 2 (11) s. 153-162.
- Karlsson, B. (Red). (2016) *Det går for sakte..i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2009) *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Klemsdal, L. (2013) *Hva trenger vi ledere til? Organisering og ledelse i komplekse arbeidssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kjølsrud, E. S. (2016) *I skvis mellom økonomi og etikk*. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/publication-pdf/16sy1_s_etikk_3599.pdf. [Lest 19.01.16].
- Liff, R. & Andersson, T. (2011) Integrating or disintegrating effects of customised care: the role of professions beyond NPM. *Journal of Health Organization and Management*. 25 (6), s. 658-676.
- Liveng, A. (2011) The vulnerable elderly's need for recognizing relationships – a challenge to danish home-based care. *Journal of Social Work Practice*. 25(3), s. 271-283.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Newman, S. & Lawler, J. (2009) Managing health care under New Public Management. A sisyphian challenge for nursing. *Journal of Sociology*. 45(4), s. 419-432.
- Nordby, H. (2012) *Etiske dilemmaer i helse- og omsorgsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Psykolog Forening (1998) *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>. [Lest 10.02.16].
- Norvoll, R. (Red.) (2013) *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- NSD (2016) *Database for statistikk for høyere utdanning*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>. [02.02.2016].
- NSF (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler> >. [Lest 10.01.16].
- Nyseter, T. (2015). *Velferd på avveie. Reformen, verdier, veivalg*. Oslo: Res Publica.
- Næss, O., Opedal, S. & Nesvåg, S. M. (2014) Room for action? How service managers in three Scandinavian cities experience their possibilities to develop their services. I: *Nordic studies on alcohol and drugs*. 31, s. 289-307.
- Orvik, A., Vågen, S. R., Axelsson, S. B. & Axelsson, R. (2015) Quality, efficiency and integrity: value squeezes in management of hospital wards. *Journal of Nursing Management*. 23, s. 65-74.
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. juli 1999, nr. 63*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=brukerrettighets%20loven#KAPITTEL_1. [Lest 04.04.16].
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008) *Nursing reasurch. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8thed) Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ramstad, H. & Hansen, G. V. (2005) Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utfører organisasjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2 (2), s. 134-48.

- Skålid, J. O. (2012) *Helse på samleband*. Tilgjengelig fra:
< <http://forskning.no/helsepolitikk-helsetjeneste-helseadministrasjon-samfunnsmedisin/2012/03/helse-pa-sambleband> > [Lest 16.01.16].
- Sosial- og helsedepartementet (1998) St.prp. nr. 63 (1997-98). Om Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Oslo.
- Tonkens, E., Bröer, C., Van Sambeek, N. & Van Hassel, D. (2013) Pretenders and performers: Professional responses to the commodification of health care. *Sosial Theory & Health*. 11, s. 368-387.
- Utvåg, K.M. et al. (2014) Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 51 (10), s. 861-867.
- Verbeeten, F. H. M. & Speklé, R. F. (2015) Management control, results- oriented culture and public sector performance: Empirical evidence on New Public Management. *Organization Studies*. 36 (7), s.953-978.
- Vogt, H. & Pahle, A. S. (2015) *Likeverd på samleband*. Tilgjengelig fra:
<<https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/likeverd-pa-sambleband>>. [Lest 29.11.15].

Vedlegg 1. Tabell 2. Oversikt over utvalgt litteratur

Tittel Forfatter Årstall Land	Studiens hensikt	Design	Utvalg	Kvalitets Nivå av publiserings kanal
<i>Quality of working life in commoditized hospitals and universities.</i> Blanch, (2014) Spania	Studien undersøker balansen mellom kommersielle og sosiale krav, ledelse og profesjonelles verdier, og effektivitet og kvalitet av arbeidsforhold	Kvalitativ og kvantitativ metode. Semi-strukturert og fokusgruppe intervju	741 sykepleiere, 331 leger, 722 universitets ansatte	1
<i>Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a changing organizational context.</i> Debesay et al. (2014) Norge	Undersøker sykepleieres opplevelse av å jobbe med etniske minoritetspasienter i en organisasjonell kontekst som bærer preg av krav om effektivitet	Kvalitativ studie, semi-strukturert, dybde intervju	19 sykepleiere (17 kvinner, 2 menn) i Oslo kommune	2
<i>Mental health work observed: a comparison of the perceptions of psychiatrists and mental health nurses.</i> Dallender & Nolan, (2002) England	Undersøker psykiatriske sykepleieres og psykiateres oppfattelse av eget arbeid	Kvantitativ Spørreundersøkelse	50 psykiatere, 50 psykiatriske sykepleiere i Helseforetak, 50 psykiatriske sykepleiere i kommune helsetjeneste	1
<i>Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis.</i> Ekeland et al. (2011) Norge	Undersøker opplevelsen av klinisk autonomi hos erfarne kliniske psykologer I BUP	Kvalitativ Intervju	10 psykologer med minimum fem års praksis fra tre psykiatriske poliklinikker	1
<i>Giving a fig about roles: policy, context and work in community mental health care.</i> Hannigan & Allen, (2010) England	Undersøkelse av hvorfor sykepleiere, leger og sosialarbeidere i økende grad er bekymret for at deres bidrag til mennesker med psykiske lidelser er truet.	Triangulert. Semitrukkert intervju og observasjon.	66 leger, sykepleiere og sosialarbeidere i kommunehelsetjeneste	1
<i>Integrating or disintegrating effects of costumed care: the role of professions beyond NPM.</i> Liff & Andersson, (2011) Sverige	Undersøker integrerende eller oppløsende effekter av markedsstyrt omsorg, om profesjonsroller.	Kvalitativ Case studie med intervju og observasjon	62 intervjuer, samt 11 halvdags observasjoner og skygging av ansatte i 2 døgn, i 3 barne og ungdoms psykiatriske senter i Sverige (privat og offentlig)	1
<i>The vulnerable elderly's need for recognizing relationships – a challenge to danish home-based care.</i> Liveng, (2011) Danmark	Undersøker behov, ønsker og forventninger i forhold til hjemmebasert eldreomsorg blant mottakere av omsorg med såkalte komplekse problemer, både fysiske og psykososiale.	Kvalitativ studie, semi-strukturerte intervju og observasjon	6 eldre brukere	2

<i>Managing health care under New Public Management.</i> Newman & Lawler, (2009) Australia	Å belyse hvordan sykepleieledere opplever å levere helsetjenester i et NPM preget helsevesen	Kvalitativ Strukturert intervju	35 sykepleiere	1
<i>Room for action? How service managers in three Scandinavian cities experience their possibilities to develop their services.</i> Næss et al. (2014) Norge, Sverige og Danmark.	Undersøker helse og sosialarbeidere i det kommunale rusfeltet for deres opplevelse av muligheter til å utvikle sine tjenester.	Kvalitativ Intervju	23 intervjuer fra kommunene; Stavanger, Umeå og Århus	1
<i>Quality, efficiency and integrity: value squeezes in management of hospital wards.</i> Orvik et al. (2015) Norge	Undersøker og beskriver verdi konflikter i sykehusmiljø	Kvalitativ Intervju	10 sykepleieledere fra 6 sykehus i Norge	1
<i>Pretenders and performers: Professional responses to the commodification of health care.</i> Tonkens et al. (2013) Nederland	Undersøker hvordan fagfolk forholder seg til kommersialisering av helsevesenet.	Meta analyse basert på 5 kvalitative studier. Både dybde intervjuer, semi-strukturert intervju og observasjon.	19 behandlings koordinater i ambulerende tjenester 15 psykiatere og psykologer i 4 ulike regioner 30 leger Observasjon av legevakt og i ambulansetjeneste	1
<i>Management control, Results oriented culture an public sector performance: emirical evidence on New Public Management.</i> Verbeeten & Speklé, (2015) Nederland	Undersøker empirisk og analytisk hvordan resultat og målorienterte NPM prinsipper påvirker offentlig forvaltning. Evaluerer NPM tenking i forhold til effektiv ledelses kontroll, på baksiden av byråkratiet.	Kvantitativ Spørreskjema	96 kommuner i Nederland, alle typer offentlige forvaltere	2

Vedlegg 2. Tabell 4. Analyse av hovedresultat

Forfatter Årstell Land	Hovedresultat	Underkategori	Kategori
Blanch, (2014) Spania	Informantene oppfatter for høye krav på systemnivå. Dette kombinert med asymmetri mellom nivået av kravene og tilgjengelige ressurser, var overbelastning det mest brukte nøkkelordet blant informantene.	Top-down kultur Arbeidsbelastning	Opplevelse av arbeidsforhold
	« <i>Forgetting that we work with people</i> », « <i>There are no conditions to develop the ethical components of the profession</i> », <i>You talk in the classroom about something you are not able to do in academic practice</i> ».	Verdier og holdninger	Etikk
	I tillegg til å uttrykke klager på krav, var de på samme tid med på å utvikle, bevisst eller ubevisst, en standardisert praksis. For eksempel ved å prioritere visse krav og utelukke andre, eller sette mål for det daglige arbeidet.	Dilemma mellom fag og økonomi	Etikk
Dallender & Nolan, (2002). England	Faglig autonomi ble ratet høyt av alle tre grupper informanter. Utsagn som « <i>ingen som puster meg i nakken</i> » og « <i>å ha friheten til å kunne ta beslutninger om pasienters behandlingsopplegg</i> ».	Fleksibilitet og faglig autonomi	Opplevelse av arbeidsforhold
	Administrative plikter, som papirarbeid, forringer noe av arbeidsgleden. Økende grad av byråkrati og upassende krav medfører forvirring om deres yrkesroller som fagpersoner. Oppfatning om at de har for lite tid til å oppfylle sine plikter.	Usikkerhet Motivasjon Misnøye	Opplevelse av arbeidsforhold
	Dårlig samarbeid mellom ledelse og personal på grasrota er en kilde til misnøye på arbeidsplassen. « <i>It is most confusing to work in an environment in which there is so much uncertainty and where change is imposed rather than negotiated</i> ».	Top – down kultur Misnøye	Opplevelse av arbeidsforhold
	« <i>I want greater participation of clinical staff and clients in deciding how the service is delivered, audited, researched and developed. Make employee and user charters real!</i> »!	Tjenesteutvikling Brukermedvirkning	Kvalitet Individ tilpasset helsehjelp
Debesay et al. (2014). Norge	Forventninger om effektivitet, ekstra vakter og det å ikke ha tid til å yte den omsorg de kunne ønske var eksempler som kom fram. Ressursmangel i forhold til bemanning og økende administrative oppgaver, som dokumentering/papirarbeid.	Ressurser	Opplevelse av arbeidsforhold Kvalitet
	Tidspress og mangelfull kontroll resulterte i mer krevende emosjonelt arbeid for sykepleierne.	Arbeidsbelastning Usikkerhet	Opplevelse av arbeidsforhold
	Alvorlige tidsbegrensninger påfører sykepleiere begrenset autonomi og fleksibilitet.	Fleksibilitet og faglig autonomi	Individuelt tilpasset helsehjelp
	Sykepleierne nevnte også situasjoner hvor de strekker seg langt for å hjelpe minoritets pasienter med problemer som går utenfor de angitte helseoppgavene, fordi det var avgjørende for å sikre at pasienter helse. Dette viser at de er i stand til å bryte de fastsatte reglene for deres organisasjon og gi av sin egen tid til pasientene.	Lojalitetskonflikt	Etikk

Ekeland, Stefansen & Steinstø (2011). Norge	Pålagt bruk av utrednings instrumenter også i behandling. «Jeg blir litt forbanna på at vi må gjøre det i alle saker, for det er ikke alle saker slikt er hensiktsmessig». Økt tidsbruk på å dokumentere og bruk av standardiserte skjema oppleves som dobbeltarbeid og ikke hensiktsmessig.	Bekymring Frustrasjon	Opplevelse av arbeidsforhold
	Bakkebyråkratene; systemkrav på den ene siden og utfordrende praktiske situasjoner på den andre siden.	Lojaliteskonflikt	Etikk
	Redusert handlingsrom og faglig autonomi utfordrer ivaretagelsen av brukerinvolvering og individuelle behov. Å kunne tilpasse metodikk til pasientene på individuell basis er vesentlig for å lykkes.	Fleksibilitet og faglig autonomi	Individuelt tilpasset helsehjelp
	Vesentlig forbedret kvalitet på tilbud. Dokumentasjon/systematikk/ standardisering.	Kvalitetssikring	Kvalitet
Hannigan & Allen (2010). England	Studien nyanserer betydningen av at innføring av nye helsepolitiske modeller, som tufter på økonomiske prinsipper, medfører blant annet profesjonsnøytralitet og uklare roller i hos profesjoner i kommunalt psykisk helsearbeid. Dette kommer til syne når målet om kompetanse (f eks. medisin håndtering) styres foran et mål om spesifikk profesjonell bakgrunn.	Usikkerhet	Opplevelse av arbeidsforhold
	Studien viser at kommunale helsepolitiske føringer truer fleksibiliteten i praksis eksplisitt, og det blir utfordrende å møte kravet om individ orientert hjelp.	Fleksibilitet og faglig autonomi	Individ tilpasset helsehjelp
Liff & Andersson (2011). Sverige	Ved ulike NPM kontroll modeller (i BUP) oppstår det konflikt: den ene siden påfører NPM styringsprinsipper krav om ressurskontroll ved pasientgjennomstrømning, strenge budsjett og standardiserte behandlingsopplegg.	Lojalitetskonflikt	Etikk
	Det fremheves et disharmonisk forhold mellom NPM prinsipp om begrensede ressurser og idealet om tilpasset omsorg, Kravet om ressurs effektivitet og kravet om å behandling av veldefinerte «tilfeller» blir ivarettatt, mens kravet om behovsorientert behandling ikke blir møtt.	Ressurser objektivitet Fleksibilitet	Kvalitet Individ tilpasset helsehjelp
	Undersøkelsen viser også at profesjonelle bruker de samme NPM prinsippene til å rettferdiggjøre deres tolkning av «service idealet» ved å opprettholde deres faglige skjønn og utøvelse av profesjonell dominans ved at de tilpasser seg, med ressurs begrensings-argumenter mer enn ved argumenter om tilpasset omsorg.	Verdier og holdninger	Etikk
	Den sosiale kontekst og kultur på arbeidsplasser spiller en rolle for hvordan en forståelse og tolkning av styringsprinsipper blir styrende for praksis.	Tjenesteutvikling	Kvalitet
Liveng (2011). Danmark	Empirien av undersøkelsen beskriver spenningen mellom avhengighet og autonomi. Begrenset tid for hvert hjemmebesøk utfordrer mottakerens behov for hjelp, som igjen vanskeliggjør etablering av gode relasjoner samt å oppnå mulig anerkjennelse som tjenesteyter.	Fleksibilitet og faglig autonomi	Individ tilpasset helsehjelp
	NPM utfordrer autonomien til både tjenesteyter og – mottaker, når det kommer til avgjørelser om hvilke oppgaver som skal gjøres ved hvert enkelt hjemmebesøk.	Fleksibilitet og faglig autonomi	Individ tilpasset helsehjelp
	Strukturell makt gitt av systemer og regelverk undergraver enhver intensjon som hjemmehjelpen har for sine hjelpetjenester. Det undergraver videre ønskene til tjenestemottakerne på individnivå.	Top –down kultur Brukermedvirkning	Opplevelse av arbeidsforhold Individ tilpasset helsehjelp

	En evaluering av pensjonisters fungeringsnivå, fant de at behov og problemer som ikke samsvarte med standardiserte «diagnose» tabeller ble utelatt fra evalueringen. Disse ble dermed ikke registrert, og det er dermed fare for at pensjonister blir objektivisert og depersonalisert i evalueringsprosessen.	Objektivisering	Etikk
	Fleksibilitet og tilstrekkelig med tid er sentrale faktorer for relasjoner. Dette viser at måten arbeidet blir organisert på påvirker den relasjonelle plass.	Fleksibilitet og faglig autonomi	Individ tilpasset helsehjelp
Newman & Lawler (2009). Australia	Studien beskriver opplevelser av at ledelsen har fortrenget/glemte det kliniske, og aspektene rundt en behovs styrt omsorg for pasientene. Det vitner om en endring fra den tradisjonelle kliniske autonomi til ledelse i/for produktivitet.	Dilemma mellom fag og økonomi	Etikk
	En omfattende økning på arbeidsmengde på grunn av økte krav om høyere effektivitet, pasient gjennomstrømming, høyere krav fra pasienter og redusert bemanning, samt økt dokumentasjonskrav. Dette øker opplevelse av mistillit til ledelsen og usikkerhet, øker følelsen av avmakt og frustrasjon og har en demotiverende effekt.	Ressurser Frustrasjon Motivasjon	Kvalitet Opplevelse av arbeidsforhold
Næss et al. (2014). Norge, Sverige og Danmark	Informantene er bekymret for at krav om dokumentering går på bekostning av verdifull tid til å utvikle bedre tjenester. Lojalitet til styringsprinsipper oppleves som utfordrende.	Lojalitetskonflikt	Etikk
	Lokal tjenesteutvikling benytter kombinasjoner av oppmuntrende lokal forvaltning som gir fagmiljøer kreativt spillerom og som er inspirert av forskning og organisatoriske moter. <i>«We believe in our profession, although it is characterised by a lack of certain knowledge; it is important that we believe in something. But we always formulate our measures and methods in a manner that does conform to research and policy».</i>	Tjenseteutvikling	Kvalitet
Orvik et al. (2015). Norge	Avdelingsledere er oppmerksomme på at deres kollegaer er alvorlig bekymret for etiske dilemmaer i forhold til kvaliteten på tjenestene. Sykepleie ledere opplever skvis mellom lojalitet til systemet og økonomi, og faglige vurderinger.	Lojalitetskonflikt	Etikk
	Mangel på tid og ressurser utfordrer kvaliteten på tjenestetilbudet. Avdelingsleder har erfart at kvaliteten på tjenestetilbudet har blitt svekket på grunn av mangel på ressurser, da mesteparten av avvik på kvalitet i tjenestetilbud er på grunn av ressursmangel.	Ressurser	Kvalitet
	Det oppleves frustrasjon blant ansatte over utilstrekkelig bemanning i forhold til mengden arbeid.	Frustrasjon	Opplevelse av arbeidsforhold
Tonkens et al. (2013). Nederland	Ved privat praksis; Fokus på å være tilgjengelig og attraktive i «markedet». Dette ved effektivitet, yte god service samt brukervennlighet. Kan resultere i at man overser sårbare og terapiresistente grupper til fordel for grupper som lett lar seg behandle, og i verstefall behandler ikke-trengende. Oppgir uriktige opplysninger/diagnoser for økt økonomisk gevinst <i>«I think that in healthcare, competition and financial interest shouldn't be driving principles. In care another mentality and motivation is needed... I refuse to be part of this system. I don't believe in it. It undermines our profession.»</i>	Dilemma mellom fag og økonomi	Etikk

	<p>Profesjoner klamrer seg til prosedyrekrav for å beskytte sin seg og sin posisjon mot anklager fra pasienter eller ledelse/stat, og ofrer heller sitt faglige skjønn.</p> <p><i>«All protocols are useful, it is more work and it takes away some creativity and autonomy, but still I think that safety is more important»</i></p>	Dilemma mellom fag og økonomi	Etikk
Verbeeten & Speklé (2015). Nederland	<p>NPM modeller med resultat-orientert kultur, styringsprinsipper og ledelses kontroll kan ha påvirket offentlig forvaltning negativt.</p> <p>Intern regulering (byråkrati) fører til høyere koordinerings kostnader som er paradoksalt ifh NPM sine prinsipper.</p>	Tjenesteutvikling	Kvalitet
	<p>Positiv effekt mellom regler og prosedyrer og grad av innsats/ytelse, mens negativ effekt mellom detalj styring og grad av innsats/ytelse.</p>	Motivasjon Top- down kultur	Opplevelse av arbeidsforhold

Vedlegg 3. Ekskluderte artikler

Alonzo et al. (2014) The impact of New Public management on efficiency: An analysis of Madrid`s hospitals. Spania.	Svarer ikke tilstrekkelig på problemstillingen.
Baines, D., Charlesworth, S., Turner, D. & O`Neill, L. (2014). Lean social care worker identity: The role of outcomes, supervision and mission. Canada	Studien omhandler privatisering i helse og sosialvesenet. Svarer ikke på vår problemstilling.
Carney, T. (2008). The mental health service crisis of neoliberalism –An antipodean perspective. Australia	Review
Ellis, H. & Aleksander, V. (2015). Eredictating Barriers to Mental Health Care Through Integrated Service Models: Contemporary Perspectives for Psychiatric-Mental Health Nurses. USA	Svarer ikke på problemstillingen. Omhandler sykepleierollen for tjenesteutvikling.
Healy, K. (2009). A case of mistaken identity. Australia	Urelevant i forhold til problemstilling, omhandler om kjønn.
Mendelberg, H. E. (2014) The integration og Professional Values and Market Demands: A Practice Model. New Jersey, USA	Studien beskriver en praksismodell for psykiskhelsearbeid. Svarer ikke på vår problemstilling.
Siltala, J. (2013). New Public Management. The Evidence-Based Worst Practice? Finland	Review
Santos, J. C. & Amaral, A. F. S. (2011). Effectiveness of psychiatric mental health nurses: Can we save the core of the profession in an economically constrained world? Portugal	Relevant tematikk med ikke tilstrekkelig metode, mer en analyse
Nielsen, B. & Ward, P. (1997). Corporate management and clinical autonomy: The etichal dilemma in mental health. Australia	Relevant tematikk men ikke tilstrekkelig metode
Simonet, D. (2015). The new public management theory in the British health care system. Storbritannia	Relevant men review.
Ray, S. L., Wong, C., White, D., Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals.	Svarte ikke tilstrekkelig på problemstillinga.