

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE323E

Navn på kandidat: Frode Hansen
Kandidatnummer 69

**Hvordan påvirkes helseledelse av
New Public Management?
How is health management affected by New
Public Management?**

Dato: 15.05.2019

Totalt antall sider: 121

Abstract

Purpose:

The purpose of this Master thesis has been to study some impacts New Public Management has had on the leadership role in the healthcare service. The hospital reform (2002) aims to professionalize the operations of the hospitals, which have tried to provide better offers and greater financial control. The model NPM and the reform have had an impact on how the health service is run, and I want to look more closely at what New Public Management has done with the leadership role with this thesis.

The problem of the thesis is derived from having heard critical remarks against New Public Management, since it is believed that it does not focus well enough on subjects. Professionals and managers have advocated saying they feel controlled, and that the new system has given to much bureaucracy to an important health service.

Design / methodology / approach:

I have used a qualitative design. Data is collected using interviews of informants, and I have a phenomenological understanding of the phenomenon of New Public Management. I have analyzed and discussed data using reflective method. 7 interviews form the empirical basis for the research in the thesis.

Findings:

The empirical findings show that professionalization in the health service has led to the model being critical. It becomes clear that one does not want this form of operation from a professional perspective. This is because there is no longer any requirement for a medical background in the senior management positions and management positions, where one has also begun to set requirements for management competence and management experience.

The increasing professionalization of the leadership role in the health trusts has given managers and professionals more responsibility. One finds that the system, as it has been, has a desire to control managers and employees.

Research limitations / implications:

The informants of this research project are all from joint ventures, which may have an impact on the findings that have been made.

Practical implications:

My findings say something about how managers and specialist specialists experience the governance model that came together with the interaction reform in 2002. One can learn something about the impact this has had on the operation, the leadership role and the subject. It is important that we enter into dialogue between managers and subjects.

Sammendrag

Formål:

Denne masteroppgavens formål har vært å studere noen innvirkninger New Public Management har hatt på lederrollen i helsevesenet. Sykehusreformen (2002) legger opp til en profesjonalisering av driften på sykehusene, som har forsøkt å gi bedre tilbud og større økonomisk kontroll. Modellen NPM og reformen har hatt innvirkning på hvordan helsevesenet driftes, og med denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på hva New Public Management har gjort med lederrollen.

Oppgavens problemstilling er utledet etter å ha hørt kritiske bemerkninger mot New Public Management, da man mener at den ikke fokuserer godt nok på fag. Fagfolk og ledere har tatt til orde for å si at de føler seg kontrollert, og at det nye systemet har gitt for mye byråkratisering av en viktig helsetjeneste.

Design/metode/tilnærming:

Jeg har benyttet en kvalitativt design. Data er hentet inn ved hjelp av intervjuer av informanter, og jeg har med en fenomenologisk forståelse av fenomenet New Public Management. Jeg har analysert og drøftet data ved hjelp av refleksiv metode. 7 intervjuer danner det empiriske grunnlaget for forskningen i oppgaven.

Funn:

De empiriske funnene viser at profesjonaliseringen i helsevesenet har ført til at man er kritisk til modellen. Det blir tydelig at man ikke ønsker denne formen for drift ut fra et faglig perspektiv. Det er fordi det ikke lenger er slik at det stilles krav til medisinsk bakgrunn i topplederstillingene og lederstillingene, hvor man heller har begynt å sette krav til ledelseskompetanse og ledererfaring.

Den økende profesjonaliseringen av lederrollen i helseforetakene har gitt ledere og fagpersoner mer ansvar. Man opplever at systemet slik det er blitt, har et ønske om å kontrollere ledere og ansatte.

Forskningsbegrensninger/implikasjoner:

Informantene til dette forskningsprosjektet er alle fra sammen virksomhet, noe som kan ha betydning for de funnene som er gjort.

Praktiske implikasjoner:

Funnene mine sier noe om hvordan ledere og fagspesialister opplever styringsmodellen som kom sammen med samhandlingsreformen i 2002. Man kan lære noe om innvirkning dette har hatt på driften, lederrollen og faget. Det er viktig at vi kommer i dialog mellom ledere og fag.

Forord

Jeg har valgt å forske på styringsmodellen New Public Management, siden det er noe som diskuteres mye på arbeidsplassen min. Jeg har fått en interesse for denne modellen, da den har fått mye fokus som følge av det har vært flere omorganiseringer, høyt fokus på økonomi og en fagside som fortviler over en utfordrende byråkratisering.

Å skrive master er en stor oppgave, som jeg har brukt mye tid på. Jeg har på denne reisen hatt en fantastisk støtte fra min familie, som har gitt meg rom for å kunne bruke ettermiddager, helger og høytider på å jobbe med oppgaven. Jeg vil takke min fantastiske kone for all støtte, forståelse og tålmodighet. Tusen takk for all støtte og gode råd fra min veileder Trude Furunes, som har gitt fine innspill underveis. En studietid nærmer seg slutten.

Bodø 15.05.2019

Frode Hansen

«Skal jeg telle deg også? Sa geitekillingen.»

Alf Prøysen

Innholdsfortegnelse

Abstract.....	i
Sammendrag	iii
Forord	v
Innholdsfortegnelse	vii
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn og aktualisering	1
1.2 Motivasjon	3
1.3 Problemstilling	3
1.3.1 Forskningsspørsmål	3
1.3.2 Forskningsdesign:	4
1.4 Avgrensing	4
1.5 Begreper	4
2.0 Litteraturgjennomgang	7
2.1 New Public Management.....	7
2.1.1 Kritikk av New Public Management.....	8
2.1.2 Helse i New Public Management-perspektiv	10
2.2 Kontroll i New Public Management-perspektiv.....	10
2.3 Lederrollen	11
2.4 Sykehusreformen 2002	13
2.5 Tillit	14
2.6 Oppsummering	15
3.0 Metode	16
3.1 Forskningsdesign	16
3.1.1 Fenomenologisk tilnærming.....	17
3.1.3 Semistrukturerte intervju.....	19
3.1.4 Utvalgsprosessen og utvalget	20
3.1.5 Dataanalyse	21
3.1.6 Refleksiv metode	22
3.1.7 Validitet.....	23
3.1.8 Reliabilitet	24
3.1.9 Kritiske betraktninger	24
3.2 Intervju.....	25
3.2.1 Livsverden	26
3.2.2 Mening	26
3.2.3 Kvalitativt intervju.....	26
3.2.4 Trinn i analysen	27
3.3 Oppsummering	28

4.0 Empiri	30
4.1 Informanter.....	30
4.2 Gjennomføring av intervjuene	31
4.3 Hovedtrekk fra intervjuene	31
4.3.1 Hvordan innvirkning har NPM på lederrollen?.....	33
4.3.2 Har NPM ført til et endret fokus på fag?.....	44
4.3.3 Hva gjør kontroll med tilliten?	51
4.4 Oppsummering empiri	55
5.0 Drøfting.....	56
5.1 Hvordan innvirkning har modellen på lederrollen?.....	58
5.1.1 Hva er forståelsen av ledelse og lederrollen?.....	61
5.1.2 Enhetlig ledelse.....	63
5.1.3 Fokus på effektivitet	65
5.1.4 Fokus på kvalitet.....	69
5.1.5 Hvor høyt fokus har økonomiske krav?.....	70
5.1.6 Skjer det mange omorganiseringer og effektiviseringer?	73
5.1.7 Ledergrupper	74
5.2 Har modellen New Public Management ført til et endret fokus på fag?	75
5.2.1 Må ledere forstå faget?.....	77
5.2.2 Tar ledere mange faglige avgjørelser?.....	78
5.2.3 Er lederne opptatt av fag?.....	79
5.2.4 Får fagpersoner støtte fra sin leder?.....	80
5.2.5 Får man utvikle sin faglige kompetanse?.....	81
5.3 Hva gjør kontroll med tilliten?	82
5.3.1 Er kontroll en lederoppgave?.....	83
5.3.2 Føler fagpersonene seg kontrollert?.....	85
5.3.3 Er det mange former for målinger?.....	87
5.3.4 Kontroll og tillit	90
5.4 Oppsummering	90
5.4.1. Hvordan innvirkning har modellen på lederrollen?	92
5.4.2 Har modellen ført til endret fokus på fag?	92
5.4.3 Hva gjør kontroll med tilliten	92
5.5 Oppsummering	93
6.0 Kritikk til egen oppgave	94
7.0 Konklusjon.....	95
7.1 Konklusjon.....	95
7.2 Hvordan innvirkning har modellen på lederrollen?.....	96
7.3 Har NPM ført til et endret fokus på fag?	96
7.4 Hva gjør kontroll med tilliten?	96

7.5 Teoretiske implikasjoner.....	96
7.6 Praktiske implikasjoner.....	96
7.7 Anbefalt videre forskning	97
Litteraturliste.....	98
Vedlegg 1 – Intervjuguide	105
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema	111
Vedlegg 3 – Utdrag fra transkribert intervju	116
Vedlegg 4 – Resultat av meldeplikttest NSD	120

1.0 Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere mitt forskningsprosjekt. Det første jeg tar for meg er bakgrunnen og hvorfor det er aktuelt å forske på New Public Management. Videre litt om min motivasjon for å forske på dette, og deretter en presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål.

1.1 Bakgrunn og aktualisering

Gjennom innføringen av ny organisering i helsevesenet, har ledere i norsk helsevesen fått en rolle i et ledersystem som har skapt tilhengere og ikke minst motstandere. Mye av frustrasjonen blir knyttet opp til New Public Management, som er blitt et negativt ladet ord for mange, spesielt blant dem med et høyt faglig fokus. Likevel ser mange nytten av denne modellen, hvor tilhengerne av New Public Management peker på et helsevesen som tidligere har brukt penger i for stor skala, og at det er nødvendig med et fokus på effektivisering og resultater. Det har vært iverksatt tiltak med et ønske og behov for strammere overordnet styring, omorganiseringer, nye systemer for økonomistyring og en mer profesjonalisert, resultatfokuseret ledelse (Hatland et al. 2018). Modellen NPM har ført til en helsetjeneste som er i stadige endringer for å kunne tilfredsstille eksterne og interne krav i forhold til kvalitet, drift og resultater.

Modellen New Public Management har eksistert i lengre tid, men Norge var nølende til å hente modellen inn til helsevesenet, slik andre hadde gjort (Askvik et al. 2011). Opprinnelsen av denne reformen stammet fra Australia og New Zealand under en sosialdemokratisk regjering på 1980-tallet. Den spredde seg videre til andre engelsktalende land og siden vestlige land på 90-tallet (Wikipedia.no). Fra begynnelsen av 2000 begynte denne modellen virkelig å få fotfeste innenfor Norsk Helsevesen, spesielt etter at man innførte Sykehusreformen i 2002. Sykehusene og spesialisthelsetjeneste ble da overført fra fylkeskommune til staten, og sykehusene ble samtidig omorganisert fra forvaltnings- til foretaksorganisering (Hagen, 2017). Denne reformen har ført til endringer innenfor ledelse, og kompetanse for å være leder. Kritikere av modellen har blitt møtt med at de er mot styring, innsyn i praksis og ansvarlig pengebruk (Friberg, 2015). De som er mot styringsideologien til New Public Management tar til orde for at vi har en velferd som er på avveie (Nyseter, 2015).

Målet med New Public Management var å skape en helsetjeneste som fokuserte mer på å få de beste og billigste ytelsene. Etablere en tjeneste som skal gi brukerne en større frihet til å velge behandling og behandlingssted. Modellen skal sørge for en rettferdig fordeling av økonomi, innenfor et system som belønner innsats for å sikre en motivasjon for høyere aktivitet. En inntektsdekket virksomhet og fleksibilitet i forhold til midler er med på å sikre ledere større strategisk handlingsrom (Busch et al. 2017).

Modellen har gitt en organisering som har fjernet seg fra sterke tradisjoner om ledelse gjennom profesjoner, som at legene skulle bli ledet av leger, og sykepleiere skulle ledes av en sykepleier. New Public Management er en ny form for organisering, som har åpnet opp for ledere med andre fagbakgrunner. Det er blitt et høyere innslag av økonomer og personell med erfaring fra det private næringslivet. Sykehusledelse er blitt mer sentralisert og profesjonalisert, som har ført til at hierarkiet har fått flere nivåer (Hatland, 2018).

Denne formen for drift og krav for overordnet styring har ledet til en motsetning mellom fagfolkene, først og fremst leger og sykepleiere, og de nye lederne som har annen utdanning enn de man er leder for (Hatland, 2018). Til tider har man opplevd kollisjoner mellom faget og modellens krav om effektivisering og resultater. Dette var mye av bakgrunnen for at det i 2013 ble opprettet en «Helsetjenesteaksjon» av fagfolk. De ble startet opp av 23 medlemmer som jobbet i helse, med et ønske om å komme seg bort fra en styringsideologi i helsevesenet som de oppfatter mer som en industri. De mener at fagfolk ikke får gjort jobben sin slik som man burde, fordi faget blir et offer for effektivitet og tall. Siden 2014 har de tatt inn medlemmer, og de har vokst i antall. De har et ønske om å være synlig i debatten rundt helse og omsorg med sine innspill, og de mener at helsetjenesten vår viser stadig økende forfall, og årsaken til dette er New Public Management. Aksjonen sier at det er blitt høyere byråkratisk kontroll og et dilemma for de som jobber i systemet mellom for få ressurser og for mange oppgaver. Under slagordet «Ta faget tilbake» har de vist en misnøye mot modellen New Public Management, som de mener har en rekke negative effekter i Norsk helsevesen (Helsetjenesteaksjonen.no). Ytre og indre krav om endringer har ført til at enkelte mener at å lede i norsk helsevesen for tiden, er som å gjete katten.

1.2 Motivasjon

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan New Public Management har influert på hverdagen for ledere, og hvordan modellen påvirker fagutøverne. Et spørsmål er om denne formen for styring har hatt negativ innvirkning på fagfeltet. Blant annet Helsetjenesteaksjonen.no har trukket frem at New Public Management er en styreform man ønsker seg bort fra. De trekker frem flere negative effekter med modellen, og mener at de kliniske tjenestene blir dårligere, at det sløses med penger, kompetansen forsvinner og moralen forfaller (Helsetjenesteaksjonen.no). De ønsker å erstatte styreformens med en ny styringsideologi som har mer helsefaglige verdier.

Sykehusreformen fra 2002 var en omfattende prosess som førte ansvaret for sykehusdrift fra Fylkeskommunen over til staten. Reformen førte med seg forandringer i forhold til ledelse, drift og organisering. Den har også med seg virkemidler for å effektivisere de nye helseforetakene, dette gjelder spesielt i forhold til kostnader og aktivitet. Dette er for eksempel ISF, som er innsatsstyrt finansiering hvor man har en aktivitetsbasert finansieringsordning, eller DRG, diagnoserelaterte grupper, som er et system som klassifiserer pasienter i grupper som er meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene (Helsedirektoratet.no). Fagpersoner som for eksempel leger, psykologer og sykepleiere har vært nødt til å forandre på behandlingsformer og daglige oppgaver for å kunne imøtekomme nødvendige krav. Et av de store spørsmålene som fagmiljøene stiller seg er om de stadige endringene har ført til et bedre eller dårligere tilbud for pasientene?

1.3 Problemstilling

Tema for oppgaven er styringsmodellen New Public Management og ledelse.

Problemstillingen jeg har valgt er: «Hvordan påvirkes helseledelse av New Public Management?»

1.3.1 Forsknings spørsmål

F1: Hvordan innvirkning har modellen på lederrollen?

F2: Har modellen ført til endret fokus på fag?

F3: Hva gjør kontroll med tilliten?

1.3.2 Forskningsdesign:

Jeg ønsker å bruke en kvalitativ tilnærming til problemstillingen, da jeg ønsker å gi en dybdebeskrivelse av erfarne ledere og spesialisters synspunkt på New Public Management. Designet på oppgaven er ut fra en kvalitativ tilnærming hvor jeg benytter meg av fenomenologi. Fenomenologisk tilnærming er ut fra et ønske om å kunne gå i dybden på det jeg ønsker å forske på. I analysen av datamaterialet vil jeg bruke en refleksiv metode, en holdning hvor jeg som forsker har et kritisk forhold til konteksten for dannelsen av kunnskap, særlig med tanke på hvordan påvirkning jeg selv har i alle leddene i prosessen. Kvale trekker frem *refleksiv objektivitet*, som er å reflektere over eget bidrag som forsker til produksjonen av kunnskap. «Objektivitet i kvalitativ forskning betyr i denne forbindelse at man streber etter objektivitet om subjektivitet. I hermeneutisk forstand kan vi bare treffe velinformerte dommer, for eksempel forskningsrapporter på grunnlag av våre fordommer, som setter oss i stand til å forstå noe» (Kvale, 2018 s.272).

1.4 Avgrensing

Forskningen som jeg ønsker å utføre er innenfor helsesektoren. Jeg har konsentrert min forskning til Nordlandssykehuset HF, og tenker at funnene jeg gjør her kan generaliseres, dette fordi modellen New Public Management har sammen med sykehusreformen fra 2002 vært veldig aktuell i helsevesenet.

Jeg vil intervju ansatte med to forskjellige roller for å kunne gi et best mulig svar på oppgaven. Ledere blir intervjuet med tanke på lederrollen, og fagspesialister for å kunne svare på innvirkning New Public Management har hatt på faget. Dette er de ansatte som jobber tettest opp mot problemstillingen som jeg vil fordype meg i.

1.5 Begreper

New Public Management: Har som mål å effektivisere offentlig sektor med hjelp av prinsipper hentet fra privat sektor. New Public Management (forkortet NPM) er en motsats til fagstyrt ledelse. Kjentetegnes med seks prinsipper (Hood, 1991):

1. Vektlegger økt kostnadsbevissthet/effektivisering. (Beste og billigste behandlingen.)

2. Vektlegger brukerperspektiv. (Brukere har mulighet til å bestemme behandling og behandlingssted.)
3. Innfører nye organisasjonsmodeller. (Sykehusledelse er blitt mer sentralisert og profesjonalisert, som har ført til at hierarkiet har fått flere nivåer.)
4. Helhetsledelse. (En leder for en gruppe bestående av flere fagprofesjoner.)
5. Målstyring som viktig planleggingssystem. (Hva er organisasjonens mål og hvem har ansvaret.)
6. Resultatevalueringssystemer. (Måler på resultater og økonomi.)

Ledelse: Ledelse og lederskap handler om evner, om atferd, prosess og resultat (Askvik et al. 2011). Jeg bruker begrepene ledelse og leder flere steder i denne oppgaven. Det finnes forskjellige måter å tilnærme seg det å være leder. Det handler om funksjoner som ivaretas på forskjellige måter av forskjellige personer. Ledelse handler om å kunne fylle en kritisk rolle i en organisasjon (Askvik et al. 2011). Askvik et al. (2016) peker videre på Torodd Strand sin analyse av grunnlaget for å lede, som handler om rolle i organisasjonen, personlig makt og relasjoner til andre personer. Administrasjon blir av Kaufmann og Kaufmann (2004) beskrevet til å «*iverksette planer på en effektiv måte, tilse at regler og rutiner blir etterlevd*». De peker på at det er mange likheter mellom administrasjon og ledelse, men at den største forskjellen er at administrasjon handler om å tilrettelegge og gjennomføre. Ledelse handler om en evne til å utvikle og formulere strategier og planer for organisasjonen (Kaufmann og Kaufmann, 2004)

Spesialist: I denne oppgaven bruker jeg begrepet spesialist. Her menes det psykologer eller leger med spesialistutdanning innenfor psykiatri. Det betyr at de er psykologspesialist, psykiater eller barnepsykiater.

Enhetlig ledelse: NOU, Pasienten først (1996) sier at ledelsen ved sykehusene bør være enhetlig. «*Det vil si at en person skal være utpekt som leder for den enkelte organisatoriske enhet i sykehuset*» (NOU 1997:2). Den sier videre at ledergrupper skal sikre et tverrfaglig samarbeid, hvor gruppen skal ha fagansvarlige representert.

Fag: Oppgaven er et forskningsspørsmål hvor begrepet fag er brukt. I denne sammenhengen kan man forstå fag som en form for å utføre sitt yrke i spesialisthelsetjenesten. Fagbegrepet skal her representere en tjeneste som befinner seg innenfor psykiatrifeltet, nærmere bestemt barne- og ungdomspsykiatri. Spesialisthelsetjeneste brukes om de som utfører tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven (Braut, 2018). Det er leger og psykologer som har tatt en spesialitet, og dermed er blitt spesialister i barne- og ungdomspsykiatri, i denne oppgaven er det psykologspesialist og barnepsykiater det henvises til når man bruker begrepet spesialist. Begrepet behandler er i denne oppgaven en samlebetegnelse for personell som jobber som stab, de kan være utdannet spesialist, psykolog eller lege. Behandlerne har et selvstendig behandlingsansvar for pasienten de skal følge opp, at de får rett oppfølging og behandling.

2.0 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet vil jeg ha en litteraturgjennomgang av New Public Management, med et eget kapittel om kritikk av styringsmodellen. Videre ønsker jeg å belyse begrepene helse og kontroll i et NPM-perspektiv. Det er også en gjennomgang av teori rundt ledelse og tillit, noe jeg tenker er relevant for forskningen.

2.1 New Public Management

New Public Management er en modell som har målstyring og resultatmålinger som sentrale elementer. Det er en modernisering som er innført i offentlig sektor, som har mange likheter med privat sektor. Bakgrunnen er et ønske om å fjerne en del byråkratisering som mange mener har vært hemmende i helsevesenet. Modellen er delvis en kritikk av en opplevelse at det offentlige er for stort og byråkratisk (Busch, 2017). Motsatsen til den tidligere forvaltningen er styringsmodellen New Public Management, som fokuserer mer på resultater. Det har vært en hensikt at ledere skal kunne ha større frihet for å lede innenfor de rammene de har til rådighet. New Public Management er et samlekonsept for flere delreformer og teknikker, som stammer fra det private og/eller en økonomisk og rasjonell tankegang (Busch, 2017).

Grunnen til at denne modellen er hentet fra privat sektor, er et ønske om å kunne ha et større fokus på økonomisk effektivitet. Det er forventet at ledere skal ta mer ansvar innenfor deres lederjobb. Saksbehandling, forvaltning og administrasjon er byttet ut med målstyring, kvalitetsledelse og effektiv ressursutnyttning (Strand, 2007). Man kan dele New Public Management inn i to søyler, den ene en økonomisk søyle og den andre en manager-søyle. Den økonomiske søyle handler blant annet om konkurranse, frie forbruksvalg, brukerbetalinger, inntektsdekkende virksomhet. Den andre søylen, manager-søylen, handler blant annet om organisasjon og ledelse. Ledergrupper, strategisk ledelse, mål- og rammestyring, økonomistyring (Busch, 2017).

New Public Management har åpnet opp for at ledere i helsevesenet ikke nødvendigvis trenger å ha kompetanse innenfor helse- og sosialfaglig utdanning. Dette har ført til at andre profesjoner enn leger og sykepleiere kan oppnå sentrale lederposisjoner innenfor foretakene. Tidligere var avdelingene ledet av en avdelingsoverlege og en avdelingssykepleier. Legen ledet faget og legene, avdelingssykepleieren var leder for sykepleierne. Med stadige

omorganiseringer og effektiviseringer har denne lederstrukturen endret seg etter New Public Management sine prinsipper, hvor målet er å avbyråkratisere og rasjonalisere.

Avdelingsoverlegene har en spesiell kompetanse med sin spesialistutdanning, som er sentral i behandlingen av pasienter ved sykehusene. Andre profesjoner har i mer utstrakt form tatt lederutdanning, noe som gir bedre kompetanse til faktiske lederoppgaver. Dagens lederstruktur har mer fokus på profesjonell styring enn tidligere, for å kunne møte kravene til effektivisering og økonomi.

Hood (1991) trekker frem elementer med New Public Management, som er:

- Profesjonell, synlig ledelse i offentlig sektor
- Vektlegging av privat sektors ledelsesidealer og -praksis
- Eksplisitte standarder og suksessmåling, helst uttrykt i kvantitative termer
- Vektlegging av output kontroll, der man vektlegger resultatene fremfor prosessen som fører til resultatene.
- Vektlegging av disiplin og tilbakeholdenhet i ressursbruken.
- Dannelse av mindre enheter som kan styres, desentralisering
- Konkurransetsetting i offentlig sektor.

Disse faktorene er ment å skulle gi en lederstruktur og drift i sykehusene som skal gi bedre effektivitet og økonomistyring. Det skal være med på å sikre en form for konkurranse i en statlig bedrift. Samtidig så har man et fritt brukervalg som sikrer brukerne en valgfrihet i tilbudet som er i helsevesenet, slik som fritt sykehusvalg. Inntekter i forhold til aktivitet (for eksempel Diagnose-relaterte grupper og Innsatsstyrt finansiering), er med på å sikre et ansvarlig forbruk av midlene som er til rådighet.

2.1.1 Kritikk av New Public Management

Da NPM ble introdusert i den Norske helsesektoren på midten av 80-tallet, var det gitt forventninger om dette er en styreform som vil gi effektivitetsgevinster opp mot 50 prosent (Veggeland, 2018). Det vi vet i ettertid er at denne innføringen ikke tok hensyn til at det kan være forskjeller på langsiktige og kortsiktige virkninger. Veggeland (2018) sier at det er gjort evalueringer som er basert på vitenskapelige metoder hvor man ikke ser noen sammenheng

mellom denne metoden og gevinster i form av effektivisering. Han peker på at kvalitetsforskjeller er vanskelig å vurdere.

Dreiningen fra en mer profesjonsbasert ledelse over til å bli en ny ledelsesform som fokuserer mer markedsorientert har skapt nye utfordringer. Vi har fått ledere som ikke nødvendigvis kan faget innenfor det de skal lede. Deres kompetanse har ikke forutsetninger for å vite, eller kunne omforme, de faglige rutinene, uten at de har rådgivere eller noen faglige ansvarlige som kan faget. Laffont og Martimort (2002) har skrevet om en teori som kalles agent-prinsipal teorien, hvor prinsipalen (lederen), ikke har forutsetninger for å kjenne faget godt nok, men må lytte til en agent (lege/sykepleier eller andre). Om prinsipalen blir fortalt av agenten at vi trenger dette nye og dyre medisinske hjelpemiddelet for å utføre undersøkelsen, så må han tro på det, siden lederen ikke har kompetanse for en mulig faglig uenighet. Prinsipalen blir altså avhengig av en agent for å utføre sin lederjobb.

Noe av problemet med en slik organisering er et lederen (prinsipalen), kan ikke være helt sikker på at agentene utfører sin jobb slik som de skal. En løsning på dette er at man utfører kontrollmålinger på jobbene som utføres. Utfordringen er at det er vanskelig å måle en nøyaktig form for kvalitet på jobben som utføres, slik at man heller har målt resultater. For eksempel har det vært fokus på hvor mange pasienter som man behandler, ikke nødvendigvis hvilken behandling man gir. Dette har ytterligere blitt forsterket med at man får økonomisk vinning av å ha flest mulig pasienter, med refusjoner.

Juridisk sett er det også utfordringer med begrepet enhetlig ledelse, som ble innført ca. 2002, da det er slik at leder har et ansvar for økonomi, administrasjon og fag. Enkelte av oppgavene som gjøres i et sykehus er profesjonsbundet, med andre ord så har ledere som ikke har kompetanse som spesialist, et fagansvar uten å kunne ta nødvendige avgjørelser innenfor faget. Disse faglige avgjørelsene er bundet til profesjon og spesialitet, noe som gir en leder et ansvar hvor de har liten direkte påvirkning. I spesialisthelsetjenesteloven står det i § 3-9 om ledelse i sykehus: *«Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk-faglige rådgivere.»* Enhetlig ledelse har gitt en utfordring mellom ansvar og myndighet. Det er blitt en problemstilling at man har ledere som har faglig ansvar, sitter igjen med bare et administrativt lederansvar (Brandvold, 2009).

Nordlandssykehuset er en offentlig bedrift, som delvis er styrt av politiske bestemmelser. Det er en tjeneste som har mange fagstillinger for å kunne yte et tilbud som spesialisthelsetjeneste, dermed er det nødvendig med en sterk faglig orientering i organisasjonen. En slik form for styring, med de faktorene som har innflytelse på driften, krever dyktige og dynamiske ledere (Busch 2011). Det kreves også medarbeidere som er omstillingsdyktige og fleksible (Busch 2011), dette fordi det er ikke nok at lederne er dyktige og fleksible, for å få gjennomført nødvendige endringer er man også avhengig av medarbeidere som er fleksible og omstillingsdyktige. New Public Management er avhengig av et system som hele tiden leter etter metoder for å kunne forbedre seg. Hvis man slutter med å prøve å bli bedre, så slutter man å være god. Målet er å bli fremragende, men det krever mye av de som jobber i systemet, siden man hele tiden må eksperimentere, oppfinne og utvikle. Busch (2011) si er at dette er faktorer som setter et høyt fokus på ledelsen.

2.1.2 Helse i New Public Management-perspektiv

I Norge har vi et kollektivt system for å ivareta helse som baserer seg på den kollektive innsatsen fra skatter og avgifter. Staten har finansiert en tjeneste for å ivareta innbyggerne av landet med en metode som i utgangspunktet ikke skal favorisere status eller økonomi. «*Når vi ivaretar kollektive gode, naturlige monopoler og grunnleggende velferdstjenester gjennom offentlige virksomhet, er begrunnelsen at markedet ikke er egnet til å frambringe og fordele den*» (Veggeland, 2018 s.31).

Det er forventet at helsetjenesten er fokusert på brukerønsker og krav, som vil si at tjenesten skal ytes med høy faglig standard, samtidig som det er en fornuftig drift med de midlene de mottar. Ledelsen i sykehuset har ansvar for å forvalte skattepengene på en fornuftig måte, og sørge for en tjeneste som har god kvalitet og effektiv. Helseledelse i et New Public Management perspektiv fokuserer på økonomi, omorganiseringer og effektivitet (Hatland et al. 2015).

2.2 Kontroll i New Public Management-perspektiv

I denne oppgaven bruker jeg begrepet kontroll, som kan oppfattes på mange forskjellige måter. Hvordan skal man klare å ha kontroll på tjenestene, kvaliteten og økonomien i helsevesenet, og

hvem er det som skal ha kontroll? I begrepet «*kontroll*» kan det være mange definisjoner, slik som overvåking, revisjon, kontroll og sanksjoner. Helsevesenet er en sektor hvor man i større grad er blitt opptatt av prestasjoner og resultater. Det er forskjellig former for kontroll i denne oppgaven, i form av hvordan ansatte opplever kontrollen, hvordan opplever lederne kontrollen, hvordan utfører man kontroll og hva er det man ønsker å ha kontroll over? Er det hensiktsmessig å ha en kontroll, eller er det i en form som demotiverer de ansatte?

Ledere må ha en grad av kontroll, og vil kunne være opptatt av produktivitet, resultat, retning, mål og planer. New Public Management er en modell som åpner opp for ledere som ikke nødvendigvis har samme utdanning som fagfeltet de leder. Det er de som er *prinsipaler*, og medarbeiderne blir deres *agenter* siden de utøver faget. Dette er grunnlaget for agent-prinsipal teorien. (Torfing, 2012) Agenten handler på vegne av sin prinsipal. For at prinsipalen skal ha oversikt over agentens innsats og funksjon, må de måles i en form som forstås av lederen. For å innhente informasjon rundt agentenes innsats, blir de målt på faktorer som effektivitet, økonomi og resultat. Graden av kontroll bestemmes ut fra behovet for kontroll.

For å klare å ha en kontroll, har men begynt med å måle forskjellige målbare faktorer, slik som aktivitet og økonomi. Det settes mål for de offentlige tjenestene, og for å se om man når disse målene så måles, rapporteres og telles resultater (Veggeland, 2018). For å nå disse målene, så må lederne overvåke aktiviteten, for å vite om man må endre på noe. Det er denne overvåkningen og reguleringen som legges i begrepet kontroll i denne forskningsoppgaven. Veggeland (2018) sier at denne formen for regulering, er kommet som en følge av at det er omfattende kontroll- og reguleringsorgan som har erstattet det ordinære byråkratiet. En annen årsak til denne kontrollen er som en følge av at man går ut fra at lederne må kontrollere de ansatte som driver med fag, agent-prinsipal teorien. Det betyr at man går ut fra at «agentene» har en egeninteresse som drivkraft, og ikke er interessert i å bidra til at organisasjonen når sine mål (Kuvaas, 2018).

2.3 Lederrollen

En leder er en formell person som kan påvirke medarbeidere i deres daglige arbeide. Det er en rekke med faktorer for hvordan en leder kan oppfattes, for eksempel ut fra leders personlighet, adferd, hvordan medarbeidere oppfatter lederen og hvilke egenskaper de tillegger leder (Bentzen, 2015). En leder handler som alle andre etter instruksjoner, forventninger og vurderinger.

Når man trer inn i en lederrolle, så er det forventninger fra seg selv og omverden som styrer mye av rollen ledere viser. Momenter som er med på å forme lederrollen på overordnet nivå er produktivitet tilknyttet forventningene til organisasjonen, psykologiske jobbkrev for menneskene og effektivitet tilknyttet forventningene til organisasjonen (Einarsen og Skogstad, 2015). Lederrollen har en grenseregulerende funksjon, og må balansere mellom disse tre forventningene. Det er også et personlig aspekt i utviklingen av lederrollen for den enkelte leder, hvor det er et poeng at man tar inn egne personlige trekk, som er med på å klargjøre om man handler ut fra egne behov eller behovene til organisasjonen (Einarsen og Skogstad, 2015).

Ledere må kunne gi energi, dette for å kunne få frem effektiv adferd. Utvikle individer, gi dem mulighet for personlig utvikling gjennom jobben og legge til rette for faglig utvikling av de ansatte. Bygge og vedlikeholde team, som innebærer å knytte mennesker sammen i grupper, men handler også om å løse konflikter mellom gruppene og personer, dette hjelper gruppen å jobbe effektivt og målrettet. Etablere og styrke kulturer, for å kunne bringe det beste fram i mennesker er det viktig å bygge gode og solide kulturer. Dette klarer man best hvis man klarer å integrere personlige interesser med organisasjonens behov (Einarsen og Skogstad, 2015)

En hjelpende faktor for å kunne drive god ledelse, er at man har egne møter for ledere, som kalles en ledergruppe. For å kunne styre og koordinere organisasjonen, så benytter man seg av en ledergruppe, som består av en overordnet leder, og de lederne som rapporterer direkte til overordnet leder (Einarsen og Skogstad, 2015). Denne gruppen har møter for å ivareta viktige ledelsesoppgaver og prosesser i organisasjonen. På disse møtene får de viktig informasjon, diskuterer saker, felles problemløsning, gir hverandre råd. I utgangspunktet så er disse gruppene kun besatt av ledere, men den kan også inneholde medlemmer som har et ansvar for faget, uten at de har noe formelt lederansvar. Med å ta inn fagspesialister i grupper hvor ledere ikke har denne kompetansen, er de da med på å sikre faglige innspill til denne gruppen. Ledergruppene skal bidra til en positiv verdiskapning, hvor man skal handle samlet og ikke kun operere som enkeltpersoner (Einarsen og Skogstad, 2015).

Lov om spesialisthelsetjeneste som tredde i kraft 01.01.2001, hadde med en egen lov om leder i sykehus som sa følgende:

§ 3-9.Ledelse i sykehus

«Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.» (Lovdata.no)

Denne loven viser hvordan sykehus skal organiseres, og at det er en leder som har et helhetlig ansvar. Det stilles med denne loven ikke noe kompetansekrav til ledere i sykehus, så det er opp til arbeidsgiver å definere hvilke kvalifikasjoner man må ha for å bli tilsatt som leder. Medisinskfaglige rådgivere har ikke beslutningsmyndighet, men en rådgivende rolle.

2.4 Sykehusreformen 2002

Sykehusreformen fra 2002 innebar at eierskap for alle offentlige sykehus og deres tjenester ble overført fra fylkeskommunene til staten. Dette var en reform som ble vedtatt på Stortinget 15. juni 2001. Reformen hadde to hovedelementer som var at staten overtok eierskap for sykehusene og at sykehusene ble organisert i helseforetak (Regjeringen.no).

Reformen hadde flere overordnede helsepolitiske målsettinger, som skulle sikre befolkningen et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn, økonomi og plass man bor (Regjeringen.no). Man ønsket med denne reformen større likhet til helsetjenester, bedre kvalitet på tjenestene, bedre organisering av sykehusene og økt produktivitet.

Reformen har etter den ble iverksatt evaluert om det er blitt en mer effektiv tjeneste, og den måler effektivitet som tjenesteproduksjon i en inndeling som kalles *«diagnoserelaterte gruppe»* (DRG). I perioden 1999 – 2004 klarte man å måle en økning på 3 – 4 prosentpoeng i produktivitet (Regjeringen.no). Evalueringen av reformen som er fra 2007, og som er utført av Forskningsrådet, viser at det er for mangelfullt med data for å kunne gjøre en vurdering om kvaliteten og faglig innhold er blitt bedre etter innføringen.

Tabellen under viser sammenhenger mellom New Public Management og Sykehusreformen fra 2002. Den er satt opp for å vise direkte sammenhenger mellom styringsideologien og reformen.

NEW PUBLIC MANAGEMENT	SYKEHUSREFORMEN
Oppsplitting og desintegrering	Inndeling i regionale og lokale helseforetak
Økt administrativ frihet	Større autonomi til foretakene
Profesjonalisering av lederroller	Økt fokus på lederutvikling
Mål- og resultatstyring	Krav til resultat og produktivitet
Ledere blir ansvarliggjort	Lederne har ansvar for å nå mål og holde budsjetttrammene

Tabell nummer 1: Sammenhenger mellom NPM og Sykehusreformen fra 2002.

2.5 Tillit

Tillit er viktig i relasjonen mellom ansatt og leder, fordi det skaper ansvarlighet for de ansatte. Denne ansvarligheten er viktig for gode arbeidsmiljøer, og den gir de ansatte en frihet til å løse oppgavene slik de synes er mest hensiktsmessig (Busch, 2012). En slik ansvarlighet er med på å gi større bevissthet for de ansatte, og gir dem en positiv energi for å løse oppgavene de har i jobben. Tillit er med på å gi en forpliktelse, som bidrar til at de ansatte er mer bevisst på verdiene til organisasjonen (Busch, 2012).

Karp (2014) sier at tillit er viktig, og at det er en tilstand hvor man har positive forventninger til handlinger fra andre. Som leder må man stole på at de ansatte faktisk gjør jobben de er satt til. Når de ble ansatt ble de vurdert til å være gode nok til å utføre jobben de søkte på, og så lenge man ikke har sett noe som skulle svekke denne tilliten, så må man som leder stole på at de ansatte utfører jobben slik de skal. Hvis man har en sterk kultur, så vil det være stor tillit mellom ledere og ansatte (Jacobsen og Thorsvik, 2016). Om tilliten er stor, så er det heller ikke så nødvendig å kontrollere og overvåke. Jacobsen og Thorsvik (2016) sier videre at det hvis man har tillit til at de ansatte utfører sin jobb slik som forventet, så trenger man som leder ikke mer informasjon. Tilliten er også med på å fremme fleksibilitet, gjennom at man har større handlefrihet.

Tillit er også viktig om man skal ha gjennomslag i en organisasjon, fordi at man gjennom tillit har troverdighet (Karp, 2016). Som organisasjon er det viktig at man har et samhold, som fører til at man drar i samme retning mot målene og verdiene. Gode relasjoner gir handlingsrom (Karp, 2016). Et system som overvåker og kontrollerer i høy grad, vil ikke kunne gi de ansatte en følelse av tillit, så da er det vanskelig for organisasjonen å få tillit hos de ansatte.

2.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gitt en gjennomgang av New Public Management, også i forhold til begrepene helse og kontroll. Etter dette har jeg sagt noe om lederrollen, sykehusreformen og tillit. Det er også tatt med et kapittel om kritikk av New Public Management.

Jeg skal nå presentere min metodiske fremgangsmåte.

3.0 Metode

Her vil jeg presentere den metodiske fremgangsmåten jeg vil benytte. For å kunne forske på problemstillingen må jeg hente inn data for å kunne analysere og tolke. Metode dreier seg om å kunne følge en vei som er mot et mål (Johannessen et al. 2011).

Læren om metode dreier seg om å kunne undersøke om en antagelse stemmer med en virkelighet (Johannessen et al. 2011). Som leder, og deltaker i et arbeidsmiljø, er det lett å trekke slutninger i forhold til New Public Management. Som forsker er jeg avhengig av bevis for jeg kan trekke slutninger, hvor jeg med dette kapitlet skal vise hvordan jeg har gått frem for å skaffe bevisene (Johannessen et al. 2011).

Det foreligger en del forskning og meninger rundt helseledelse i et New Public Management-perspektiv. Ut fra det jeg har funnet, så dreier dette seg en del om virkninger modellen har på fagsiden, og hvordan de skal løse sine arbeidsoppgaver.

3.1 Forskningsdesign

Jeg velger å bruke en kvalitativ tilnærming i denne oppgaven. Dette for å kunne gi en dypere forståelse hva enkelte ledere legger i de forskjellige spørsmålene som jeg har forsket på i denne oppgaven. Det er viktig for meg å kunne få frem en dybdeforståelse rundt de forskjellige begrepene og forståelsen rundt ledelse, derfor har jeg et behov for å intervju informanter om deres forståelse. Om jeg hadde valgt en kvantitativ tilnærming, så hadde det vært vanskeligere å kunne få frem nyanser og detaljer som har betydning for problemstillingen (Johannessen et al. 2011). Når jeg bruker en kvalitativ metode så kan jeg samle inn data gjennom intervju, observasjon og refleksjon. Et intervju er grunnlag for data som informanten sier, mens ved observasjon er det forskerens sanseinntrykk av handlinger og samhandlinger i konkrete situasjoner (Johannessen et al. 2011).

Jeg har valgt å bruke positivt lederskap i tilnærmingen av forskningen. Det er utfordrende for ledere å skulle lede i et system hvor man har begrenset faglig kompetanse sett opp mot dem de er ledere for. Derfor er det viktig for ledere å kunne ha en god samhandlingskompetanse med dem de er leder for, andre ledere på samme nivå og deres ledere igjen. Grunnleggende for Positivt lederskap er å mobilisere kompetanse, kreativitet og energi de ansatte besitter (Johannessen og Olsen, 2017)

3.1.1 Fenomenologisk tilnærming

Jeg har valgt å skrive om et fenomen som i mine øyne er komplekst. New Public Management har mange tilhengere, men også mange motstandere, og det kan til tider virke som forholdet til fenomenet er svart hvitt. Jeg er derfor også svært nysgjerrig på om det er større nyanser innenfor forståelsen enn det jeg tidligere har oppfattet, for å kunne gjøre dette bruker jeg en fenomenologisk tilnærming når jeg forsker på fenomenet. Denne holdningen er med over i møtet med de som skal intervjues, da det er viktig for prosessen å kunne lete etter en dypere mening med ledernes tanker og handlinger. For meg er det viktig å finne en dybde i meningsinnholdet. Fenomenologi handler om å ha fokus på innhold, fortolke og forstå. For å kunne forstå en dypere mening av forskningen, er det viktig å kunne ha intervjuer for å kunne etterforske tanker og handlinger som informantene innehar. Jeg ønsker å kunne belyse personlige oppfatninger av hvordan de tenker rundt forskningsspørsmålene.

Det skal utarbeides noen spørsmål til informantene som skal virke som et fundament for intervjuet. Det er laget spørsmål for å kunne sette objektene inn på temaet, men det er også lagt opp til at det kan snakkes fritt rundt temaene for å få tak i meningene de har til temaet. Det er viktig å kunne være mest mulig åpen for den informasjonen som ligger i datamaterialet for å la den styre hva jeg ønsker å undersøke nærmere. For å kunne undersøke opplysningene nærmere så trenger jeg en teoretisk sensitivitet (Johannessen et al. 2011). Det betyr at jeg som forsker må forsøker å se etter nyanser i den informasjonen jeg mottar under intervjuene, og deretter kan klare å skille ut de viktigste elementene. Utfordringen er at man kan bli farget av en forforståelse, enten bevisst eller ubevisst. Når man leter etter spesifikke bekreftelser ut fra egen oppfatning, er det lett å gå glipp av hva som egentlig ble sagt.

Faktorer som må være til stede for å ha en teoretisk sensitivitet:

- Den som forsker bør ha en viss distanse til eksisterende litteratur. Dette for å unngå å bli for farget av det som han/hun har lest.
- Som forsker bør man ha en faglig erfaring på området, for å lettere kunne identifisere de viktigste elementene i datainnsamlingen.
- Det er verdifullt med erfaring innenfor området, da det også vil bidra til å lettere identifisere de viktigste punktene.
- Gjennom forskningen vil innsikten og forståelsen øke etter hvert som forskeren ser i dybden på materialet.

(Johannessen et al. 2011)

Jeg har jobbet som mellomleder på Nordlandssykehuset siden 2006, på forskjellige nivåer. Fra 2009 til 2017 har jeg jobbet innenfor barne- og ungdomspsykiatri, hvor jeg opplevde forskjellige former for organisering av lederansvaret. Jeg har jobbet med ledelse, og delvis sett hva New Public Management kan bety for en organisasjon. Dette har vært med på å gi en faglig og personlig erfaring på området som jeg ønsker å forske på. Jeg kommer til å fokusere min forskning der jeg tidligere har vært leder, da det er et system jeg kjenner, og har en innsikt i den formelle og den uformelle strukturen i avdelingen. Et faremoment er at forskningen kan også bli farget av min forforståelse, som gjør at jeg må være bevisst på dette når jeg samler data og prøver å tyde funnene. Jeg må unngå å prøve på å lete etter bekreftelser på mine subjektive meninger, og jeg må forsøke å ikke være farget av en spesiell forforståelse når jeg intervjuer. Objektene må få komme med sine meninger og tanker rundt spørsmålene, uten å bli for mye styrt av meg som intervjuer. Spørsmålene jeg skal lage ønsker jeg skal være åpne, samtidig som de er veiledende innenfor temaet. Jeg må også ta hensyn til hvilke informanter jeg plukker ut, og tenke på hvordan de kan virke på validiteten i de dataene som jeg henter ut.

Fenomenologi har et fokus på beskrivelse av erfaringer vi gjør oss som mennesker, konkret handler det om deres *livsverden* (Kvale, 2018) Dette er et begrep som hovedsakelig kommer fra personen som regnes som en av grunnleggerne for fenomenologi, Husserl, som brukte begrepet som et utgangspunkt for forståelse. For Husserl (1859 – 1938) var dette en metode hvor man ønsket å forstå det som blir forsket på (Nåden, 1992). Helst skal denne forskningen være så nøytral som mulig. Fenomenologi handler om å kunne hente ut *essenser* fra det som er i fokus. Det gjør man med å studere erfaringer med fenomenet (Lindseth og Nordberg, 2004). Kvale forklarer at *livsverden* er verden som man møter den i det daglige livet. Dette uten og før man får vitenskapelige forklaringer. Det er verden slik den er når man er i direkte og umiddelbar kontakt (Kvale, 2018). Man skal forsøke å gå inn i forskningen uten forforståelse, forventninger, hypoteser og teorier, poenget er å kunne forske på særpreget til fenomenet. For å forstå en egenart må forskeren oppdage mønster i forskningen. For å forstå oppdagelsen best mulig, er det en fordel å være uten forforståelse. Er man uten forforståelse er det lettere å kunne finne meningen med forskningen, som da vil kunne stige frem. Har vi en forutinntatt holdning og forståelse er det vanskeligere å kunne se poenget som kommer frem gjennom forskningen. Alt i saken som kan komme frem, skal ha mulighet for å kunne komme frem (Nåden, 1992) Han mener videre at fenomenologi krever at man er åpen, følsom og sensibel når vi forsker.

Ifølge Husserl er det først når sakene selv får snakke til oss, at vi får frem dens egenart og vesen (Nåden, 1992). Hvis man sammenligner denne forskningen med en kvantitativ tilnærming, der det er faste regler som styrer forskningen. Spørreundersøkelser med faste alternativer for svar er et eksempel på denne typen forskning. Man har mulighet for å kunne svare ut fra faste svaralternativer. En fenomenologisk tilnærming har mer åpen forskning, nettopp for at man skal kunne oppdage fenomenets vesen og egenart

Merleau-Ponty (1962) sier at fenomenologisk metode handler om å beskrive det gitte så presist og fullstendig som mulig. Det er viktig å beskrive, ikke forklare og analysere (Kvale, 2018). *«Innenfor fenomenologisk filosofi er objektivitet uttrykk for troskap mot de undersøkende fenomenene. Målet er å nå frem til en undersøkelse av essenser – fenomenenes vesen – ved å gå fra å beskrive enkeltfenomener til å søke etter deres allmenne vesen»* (Kvale, 2018:45). Husserl kaller en av disse metodene for *«fri variasjon i fantasien»*. Det betyr at man varierer et fenomen i forskjellige mulige former, det som er konstant under disse variasjonene er *«fenomenets vesen»*. (Kvale, 2018)

Fenomenologi omhandler bevissthet av livsverden, ta imot intervjupersonens fremstilling, gode og presise beskrivelser og en vilje til å kunne hente frem de essensielle betydningene av forskningen. Forskeren må sette sin egen forkunnskap i en parentes under forskningen.

Kritikere av fenomenologi som metode sier at den *«fremmer en individualistisk og eksistensialistisk tilnærming til forskning»* (Kvale 2018:47). Metoden er kritisert for å beskrive det gitte. Filosofer har hatt store diskusjoner rundt *«myten om det gitte»*, hvor mange argumenterer med at ingenting egentlig er *«gitt»*. Min oppgave som forsker er å undersøke, kartlegge og beskrive fenomenet. Jeg skal inn i saken, slik at jeg får undersøkt fenomenet. Det jeg presenterer vil være det jeg kommer frem til gjennom mine observasjoner og tanker. En fare er at mine beskrivelser blir vanskelig å forstå for leseren som ikke har samme forutsetning og heller ikke vært med på feltarbeidet.

3.1.3 Semistrukturerte intervju.

For å kunne hente ut data i forhold til forskningsspørsmålene, vil jeg intervju flere informanter. Her kommer jeg til å legge opp til semistrukturerte intervju, som vil innlede med åpne spørsmål. Målet er at informantene skal kunne svare rundt spørsmålet hva de tenker når de hører formuleringen. Jeg vil at objektene skal kunne reflektere litt rundt hva de spørsmålene betyr for

dem, i forhold til yrke og rolle. Det kommer også til å være flere oppfølgingsspørsmål, som kan bli nødvendig for å styre informanten til å snakke innenfor temaene jeg vil forske på. For meg er det viktig at hver enkelt skal kunne si noe om den subjektive forståelsen.

Kvale kaller semistrukturert intervju for «*semistrukturert livsverdenintervju*» (Kvale, 2018). Hensikten er å kunne hente inn informasjon som forstås ut fra intervjupersonens livsverden. Da er det viktig å kunne hente inn deres fortolkninger av fenomenet, og betydningen av fenomenet. Intervjuet er nært opp til en vanlig dagligdags samtale som man kan ha, men likt et profesjonelt intervju så er det et formål (Kvale, 2018). Det utføres ved hjelp av en intervjuguide som skal strukturere samtalen, med spørsmål og forslag til spørsmål. Etter at intervjuet er ferdig vil det bli transkribert og vil utgjøre materialet for *meningsanalysen*.

Siden jeg gjennomfører intervju med forskjellige profesjoner og roller, så ser jeg liten hensikt med å ha et gruppeintervju. Problemet med mangfoldet, og de forskjellige tolkningene kan gjøre en slik form for usikker for deltagerne, da jeg er ute etter personlige meninger rundt temaet. Jeg er ute etter en dybdeforståelse rundt fenomenet New Public Management, og da er det hensiktsmessig for meg å ha personlige intervjuer med hvert enkelt intervjuobjekt.

3.1.4 Utvalgsprosessen og utvalget

Målgruppen for oppgaven min er mellomledere og fagspesialister som jobber i BUPA i Nordlandssykehuset. Lederne er tidligere definert i oppgaven, hvor jeg kommer til å konsentrere meg om kontakt med seksjonsledere og avdelingsledere. Grunnen til dette er at disse lederrollene jobber tett med behandlerne som har behandleransvar, og som også skal etterse at faget blir utført forsvarlig innenfor de rammene som er styrt av lovverk og lokale retningslinjer. For oppgaven sin del er det også et poeng å kunne intervju spesialister som har behandleransvar for pasienter.

Nordlandssykehuset er ledet av en administrerende direktør, som er nærmeste leder for klinikklederne. Sykehuset er delt inn i 8 klinikker som er ledet av hver sin klinikkjef. Hver klinikk er delt inn i forskjellige avdelinger, som har avdelingsledere. Avdelingene kan bestå av flere enheter og/eller seksjoner. Seksjonene er ledet av seksjonsledere. Til slutt er det enhetsledere, som er ledere for enhetene og har personalansvar for dem som jobber i de

forskjellige enhetene. Jeg ønsker i denne oppgaven å fokusere på klinikken Psykisk helse- og rus, i avdeling for Barne- og ungdomspsykiatri.

Jeg kommer til å ta utgangspunkt på 7 informanter, med mulighet for å kunne utvide antallet om jeg ser at det er nødvendig for forskningen. Av disse er det 4 ledere og 3 spesialister jeg ønsker å intervju. Alle de som blir intervjuet har jobbet flere år i sin rolle, og har mange års erfaring innenfor helsevesenet.

Jeg har valgt å intervju objekter innenfor et fagfelt hvor jeg tidligere har jobbet. For prosessen rundt forskningen er det et poeng at jeg kjenner fagfeltet, men forskningen i seg selv kan benyttes i andre deler av foretaket. Det å kjenne faget vil gjøre det enklere for meg å hente ut data under innsamlingen, så forskningen i seg selv kan også benyttes opp mot andre fagfelt knyttet opp mot ledelse og New Public Management.

3.1.5 Dataanalyse

Her vil jeg forsøke å beskrive hvordan jeg skal analysere materialet som jeg samler inn gjennom intervjuene. For å kunne analysere materialet som blir samlet inn, må det systematisk bearbeides. Den ferdige analysen skal representere en virkelighet av den innsamlede informasjonen. All data som analyseres må bearbeides og tolkes i tillegg til at en analyse av kvalitative data består i å bearbeide en tekst. Dette betyr at en kvalitativ dataanalyse som regel er data i form av dokumenter, tekster av handlinger eller verbale utsagn i form av observasjoner, eller utskrifter samt intervjuer eller samtaler (Johannessen et al. 2011).

Materialet som samles inn gjennom analysene, som i mitt tilfelle er gjennom intervju og refleksjoner, skal kunne gi meg en retning og forståelse rundt fenomenet som jeg ønsker å finne mer ut om. De data som kommer inn må gi oss en mening og være med på å opprette en forståelse av det jeg ønsker å finne ut av.

Materialet jeg samler inn må organiseres i en hensiktsmessig form. Det kommer til å bli store mengder med data som kan samles inn, og det kommer til å bli mye informasjon som kan hentes ut. Innsamlingen min av data kommer til å skje gjennom intervju og egne refleksjoner. Når dette skal analyseres vil jeg forsøke å finne sammenhenger i materialet som jeg har samlet inn. Dette vil den konseptuelle modellen kunne hjelpe til med.

Analysen kan gjøres fortløpende, hvor materialet jeg henter inn kan analyseres etter hvert enkelt intervju, som kan gjøre det enklere å finne sammenhenger jeg ønsker å se på. Faremomenter jeg må være klar over er at disse prosessene fort kan gi en retning som vil forsterke det jeg bevisst/ubevisst ønsker å finne. For å kunne gi en objektiv analyse av dataene ønsker jeg å bruke en åpen koding. Da bryter man ned, undersøker, sammenligner og kategoriserer (Johannessen et al. 2011).

3.1.6 Refleksiv metode

Jeg kommer til å bruke refleksiv metode for å analysere dataene som jeg henter inn. Det er en kvalitativ metode for å analysere, som er et tillegg til Fenomenologi. Jeg samler inn data fra forskjellige arenaer; Intervjuer og egne refleksjoner. Alvesson og Sköldbberg (2009) beskriver flere nivåer og perspektiver når man skal tolke. De deler inn i; Data, fortolkning, kontekst og dekonstruksjon. I tillegg kommer mine egne refleksjoner som er gjort i forbindelse med intervjuene.

3.1.6.1 Data

Jeg kommer til å samle inn data gjennom intervju. Informasjonen jeg får hos informantene vil kunne danne et grunnlag for den videre forskningen min. Det er planlagt å intervju 7 stykker, hvor 3 er spesialister og 4 er ledere.

3.1.6.2 Fortolkning

Materialet som samles inn, skal tolkes om til en form som gir mening i forhold til det jeg stiller spørsmål ved. For å gjøre dette må de ses i sammenheng med konteksten de forekommer (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011). Fortolkningen kommer ut fra egne refleksjoner fra de funnene som er gjort gjennom intervju. For å kunne fortolke på en hensiktsmessig måte, ønsker jeg å ha en tilnærming som er beskrevet av Madison (1988)

- Fortolkningen er logisk
- Gjelde hele systemet som det forskes på
- Relevant
- Tilstrekkelig dybde til å belyse problemstillingen

- Bør være tydelig
- Bør være av en slik art at den inneholder et potensial for nye tanker/ideer

3.1.6.3 Kontekst

Jeg kommer til å bruke en kritisk teori for å forstå konteksten. Det å forstå hvordan det er å jobbe som leder eller ansatt i et New Public Management-system er viktig for å få en forståelse. Her er det viktig at jeg tenker over hvordan det er å være en leder som ikke har den høyeste fagkompetansen. Jeg må også være bevisst på hvordan det er for ansatte å jobbe i systemer hvor man hele tiden skal dokumentere og kontrolleres. Er det for eksempel noen ubevisste eller bevisste handlinger/tanker fra ledere eller ansatte ut fra personlige behov. Mange er opptatt av en personlig gevinst, og drives sterkt fremover av dette behovet. Er funnene mine ut fra en universell oppdagelse, eller er det noen sine personlige behov som jeg finner. Personer med en sterk fagkompetanse vil også kunne ha en sterk uformell makt, noe som er viktig å være klar over.

3.1.6.4 Dekonstruksjon

For å kunne levere en objektiv oppgave ut fra funnene mine, er det viktig at jeg ser på det jeg samler inn fra flere vinkler. Intervju er en kilde for å samle inn data som kommuniseres gjennom andre former enn ordene som blir sagt. Dette er for eksempel handlinger, kroppsspråk, toneleie og engasjement. Dette er dekonstruksjon som kan gi analysen en dybde som er nødvendig for å få en helhetsforståelse.

3.1.7 Validitet

Validitet handler om relevans for materialet som samles inn i forhold til det som jeg ønsker å undersøke. Det skiller på intern validitet og ytre validitet. Intern validitet handler om hvor god undersøkelsen er for å påvise årsakssammenhenger, hvor validiteten kan si noe om en påvirkning har effekt eller ikke (Johannessen et al. 2011). Den sier også noe om resultatene er gyldige for det utvalget som jeg undersøker.

Ytre validitet handler om resultatene kan overføres til andre lignende saker, eller om de kan være gyldige utover det som er undersøkt. (Johannessen et al. 2011). Intern validitet handler om datamaterialet kan vise årsakssammenhenger (Johannessen et al. 2011).

3.1.8 Reliabilitet

Det er viktig at jeg sikrer at jeg får med meg alt fra personene jeg intervjuer. En utfordring for meg er at jeg er alene i denne prosessen og skrijving av oppgaven. Under et intervju er det vanskelig å skal skrive alt som blir sagt, eller lage et resyme for å renskrive det i ettertid. For å sikre meg at jeg får med meg alt som blir sagt skal jeg bruke diktafon.

For oppgaven er det viktig at jeg er nøye med beskrivelsen av prosess, fremgangsmåte og kontekst. Jeg samler inn data i en organisasjon som er godt kjent for min del, og som jeg har vært en del av. Da er det lett at jeg bruker språk eller beskrivelser som er selvfølgeligheter for meg og andre som befinner seg innenfor systemet. Det er viktig for oppgaven at den virker pålitelig for andre lesere som ikke har jobbet innenfor dette systemet. Derfor er det viktig at jeg er nøye i forhold til beskrivelser og hvordan jeg ordlegger oppgaven.

3.1.9 Kritiske betraktninger

Jeg skal forske innenfor et miljø som jeg kjenner godt fra før, noe som kan gi utfordringer når jeg intervjuer. Her er min forforståelse en utfordring i form av at jeg allerede kan ha laget meg en mental oppfatning av personer, miljø og hvordan det jeg forsker på påvirker dem i den daglige jobben. Jeg må også være bevisst på at min rolle i organisasjonen, kjennskap til miljøet og relasjon til objektene kan påvirke materialet i datainnsamlingen. En mulig feilkilde er at jeg får den informasjonen de tror jeg vil ha, eller at de har redsel for sanksjoner fra organisasjonen om de sier hva de egentlig mener. Derfor er det viktig at jeg finner kandidater i et system hvor jeg ikke lenger har noen lederrolle, men en kjennskap.

Informantene må få føle at de blir ivaretatt på en hensiktsmessig måte i prosessen. Det er viktig for meg å forfekte en åpenhet rundt prosess med de som er informanter, slik at de ikke begynner å lage egne forklaringer på det de eventuelt skulle begynne å undre seg over. Informantene må også være klar over at de til enhver tid har mulighet å trekke seg fra oppgaven, uten at de trenger å oppgi noen grunn for dette. Det er totalt frivillig å delta som informant, og deltagelsen vil basere seg på et frivillig samtykke fra hvert individ.

Dataene som samles inn blir behandlet innenfor retningslinjer for denne typen forskning, noe som også er viktig for informantene å være klar over. Anonymitet kommer til å bli brukt, men de som deltar må også være klar over at det er en risiko for at de blir gjenkjent ut fra

opplysninger om deres posisjon, data som samles inn eller andre opplysninger i oppgaven. I et lite miljø vil det kunne skje at enkelte kjenner igjen de som er informanter.

Det jeg forsker på er et tema hvor det er mange som har sterke meninger, spesielt av negativ karakter. Det er allerede flere motstandere til New Public Management, som ønsker ordningen til livs. Forskningen min kan bli av en slik art, at det er noen som ønsker å benytte den som argumentasjon i debatten rundt ledelsesmodellen. Derfor er det viktig at jeg er objektiv i prosessen, og at jeg behandler det innsamlede materialet på korrekt måte. Jeg må sørge for å få frem funnene slik de faktisk er, ikke slik man ønsker.

3.2 Intervju

For å kunne forske på NPM, henter jeg inn datamateriell gjennom intervjuer. For å hente ut god data trenger jeg å gjennomføre gode intervjuer. Intervjuobjektene trenger å føle seg trygge i situasjonen, og på at det de gir ifra seg blir behandlet konfidensielt og respektfullt. Spesielt gjelder dette om de har informasjon som kan være kontroversielt i forhold til arbeidsplassen. Intervjuobjektene kan ha informasjon som de opplever som illojal overfor deres arbeidsgiver og arbeidsplass. Dette kan være tanker eller holdninger som de opplever går på tvers av det som er forventet av dem som arbeidstakere.

Åpenhet er i mine øyne viktig i en prosess, og er med på å ta bort mistenksomhet. Intervjuobjektene trenger å føle en trygghet for å kunne være ærlige. Ved åpenhet rundt forskningen og prosess, vil jeg kunne gjøre intervjuobjektene tryggere på hva jeg ønsker å bruke informasjonen deres til. Ved å legge frem hva jeg forsker på, og hva jeg ønsker å se nærmere på, vil kunne gi deltakere i prosessen en forståelse for hva min forskning går ut på. Intervjuobjektene vil også være informert om at arbeidsgiver er informert om forskningen, og at det er gitt aksept for at intervjuene foregår innenfor arbeidstiden til den ansatte.

Arbeidsgiver vil være informert om min forskning. De vil være informert om hva jeg ønsker å forske på, og hvilken metode jeg bruker for å forske. Det vil være mulighet for arbeidsgiver å komme med innspill til forskningen, og de vil også få innsyn i den ferdige forskningen for å kunne få informasjon rundt resultatet av forskningen. Spørsmålene jeg ønsker å belyse vil kunne gi arbeidsgiver viktig informasjon og tilbakemelding i forhold til organisering og hvordan de ansatte opplever arbeidshverdagen.

Et forskningsintervju som skal være kvalitativt forsøker å forstå verden fra intervjuobjektets side (Kvale, 2018) Målet er å få frem verden til den som blir intervjuet. Når Kvale snakker om å få frem subjektive meninger, er det et subjekt som er underlagt «*diskurser, maktrelasjoner og ideologier eller oppfatninger som bestemmer deres handlingsvalg*» (Kvale, 2018). Det han mener er at mennesker blir påvirket av omgivelsene i forhold til hva de snakker om og hva de mener. Kvale (2018) bruker begrepet «*forfattede forfattere*». Med det mener han at vi blir farget av våre omgivelser angående meninger og hva man snakker om. Et intervjuobjekt er både en «*forfatter*» og farget av sine omgivelser. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak. Det transkriberte materialet vil danne grunnlaget for *meningsanalysen*. Målet nås ved «*livsverdenintervjuets åpne fenomenologiske holdning til å lære av den intervjuede*» (Kvale, 2018)

3.2.1 Livsverden

Livsverden handler om intervjuobjektene daglige hverdag (Kvale, 2018). I oppgaven intervjuer jeg kandidater som jobber enten som ledere eller som fagpersoner. Det er viktig for forskningen å kunne få prate med personer om deres opplevelse av fenomenet i deres daglige jobb. Dette er deres opplevelse av hvordan deres verden er, hvordan opplever de de daglige opplevelsene?

3.2.2 Mening

Gjennom å intervjuer er det for meg viktig å kunne forstå verden til den som blir intervjuet. Hvilke fortolkninger har intervjuobjektet av sin livsverden? Et kvalitativt intervju bør ha både faktaspørsmål og meningsspørsmål (Kvale, 2018). De som blir intervjuet har også et budskap som ligger mellom linjene i det de sier, som intervjuer er det min oppgave å kunne fange opp dette «*implisitte budskapet*» og stille spørsmål tilbake for å se om man har oppfattet det korrekt. Dermed kan den som blir intervjuet umiddelbart si noe om de er blitt tolket rett eller om de er mistolket.

3.2.3 Kvalitativt intervju

For å kunne ha et kvalitativt intervju må jeg forsøke å beskrive intervjuobjektets livsverden gjennom ord, og ikke tall. (Kvale, 2018). Målet mitt er å få de til å beskrive deres opplevelser på en mest mulig nøyaktig måte. Dette betyr at jeg må forsøke å få dem til å forklare å beskrive så godt som de kan hva de føler, opplever og hvordan de handler. Beskrivelsene er ut fra deres forståelse, men jeg må samtidig prøve å få dem til å beskrive det så nyansert som mulig. Dette

er en deskriptiv form i intervjuet, og min oppgave blir å kunne beskrive hvorfor de opplever og handler som de gjør.

3.2.4 Trinn i analysen

Kvale (2018) beskriver seks trinn i sin intervjuprosess. For min del er det ikke aktuelt å bruke trinn fem og seks, som omfatter *gjenintervju* og *omfatte handling*.

3.2.4.1 Intervjupersonene beskriver sin livsverden

Intervjupersonene fortelle spontant hvordan de opplever, føler og gjør angående spørsmålene jeg spør dem (Kvale, 2018)

3.2.4.2 Intervjupersonene oppdager selv

Denne delen av intervjuet oppdager intervjupersonene selv nye forhold i løpet av intervjuet (Kvale, 2018). Intervjupersoner har mulighet for å se nye betydninger i deres opplevelser og det de gjør, dette er på bakgrunn av deres egne beskrivelser (Kvale, 2018)

3.2.4.3 Intervjueren foretar fortetninger og fortolkninger

Intervjueren tar utgangspunkt i det intervjueren sier, fortolker en mening, og sender det tilbake til den som er intervjuperson (Kvale, 2018). Da har den som blir intervjuet mulighet for å korrigere det som er blitt fortolket, om det er korrekt eller feil. (Kvale, 2018). Vi mennesker fortolker hele tiden vår opplevelse. Ved å forholde seg kun til det skrevne ord, vil ikke senderen ha mulighet for å korrigere eventuelle tolkninger som er misoppfattet. Ved muntlig intervju, og «sende» meldingen tilbake, har man mulighet til å rette opp i eventuelle mistolkninger.

3.2.4.4 Transkribert intervju blir tolket av intervjueren

Intervjuet blir transkribert intervjuet tolket av intervjueren, i dette tilfellet alene av intervjuer. Intervjuet blir strukturert for analyse gjennom å transkribere (Kvale, 2018). I det som Kvale (2018) kaller «*den egentlige analysen*» hentes intervjupersonens egentlige mening frem. Forskeren kan presentere nye perspektiver og tolkninger av fenomenet.

3.2.5 Intervjuforskerens objektivitet

Det er en utfordring å kunne forske ut fra enten en subjektiv forståelse eller en objektiv forståelse. På den ene siden så er den subjektive relativismen, motsatt side er søken etter den overordnede objektive sannhet. Hva er det som blir rett? Hvordan skal jeg forholde meg til

objektivisme og subjektivisme i forskningen? Min troverdighet, relabilitet og validitet i forskningen settes på prøve gjennom min forskning.

Kvale (2018) viser til to former for objektivitet; objektivitet som frihet fra ensidighet og å gi objektiviteten lov til å protestere. Han peker på at et faglig utført intervju kan godt være en objektiv forskningsmetode. Intervju kan dermed brukes som forskningsmetode, men forskeren (jeg) har i oppgave å ikke gjøre den ensidig.

Objektivitet kan også ha en annen betydning, at man *gir objektet lov til å protestere* (Kvale, 2018). «Objektivitet oppnås når objekter viser seg gjennom handlinger som frustrerer forskerens forutfattede meninger» (Kvale 2018: 274). Kvale mener med dette utsagnet at man oppnår objektivitet som forsker når forskeren lar seg frustrere av funnene i forskningen. Mine forutinntatte meninger kan innvirke på objektiviteten min, og dermed min habilitet som forsker, om da funnene frustrerer meg som forsker da de bryter med noe av min forforståelse og kunnskaper, vil forskningen bli mer objektiv. Jeg er kommet i en situasjon hvor min *forskning protesterer*.

3.3 Oppsummering

Med dette kapitlet om metode har jeg gitt en gjennomgang av hvordan jeg kommer til å forske på den problemstillingen som jeg har valgt. For å kunne tilnærme meg problemstillingen på en best mulig måte har jeg valgt en fenomenologisk tilnærming, med hjelp fra refleksiv metode. Det eksisterer en del forskning på fenomenet, som sammen med en fenomenologisk tilnærming vil gi dybde i forskningen.

Min kunnskap vil også være til hjelp under forskningen min, selv om det er et faremoment at man kan ha en forutinntatt holdning til fenomenet før man starter opp forskningen. Gjennom forskningen min ønsker jeg å se om min forforståelse blir bevist eller motbevist. I tillegg ønsker jeg å se om det er slik at fenomenet er så svart hvitt som mange påstår, at enten så ser man veldig positivt på fenomenet, eller så er man imot fenomenet.

I selve dataanalysen bruker jeg refleksiv metode for å kunne trekke inn egne refleksjoner rundt forskningen som er basert på intervjuer.

Etter dette følger et empirikapittel, hvor jeg gir en introduksjon av informanter og en del av empirien som er innhentet.

4.0 Empiri

Empirien som jeg har brukt er fra intervju med ledere og fagpersoner som jobber i Barne- og Ungdomspsykiatrien i Nordlandssykehuset. Det er brukt en intervjuguide som har vært brukt under intervjuene, og det har vært ønskelig at man svarte på mest mulig like spørsmål. Det ble nødvendig å utarbeide to forskjellige guider, en for ledere og en for fagfolk.

Jeg ønsker å si noe om de som er blitt intervjuet, uten å gå ut over den anonyme konteksten som har vært brukt. Jeg ønsker å beskrive hvorfor intervjuene er delt mellom fag og ledelse, og hvordan intervjuene er gjennomført.

4.1 Informanter

Alle informantene er ansatt i Nordlandssykehuset. Det er tilsammen syv informanter, hvor fire av dem var ledere og tre fagpersoner. Det er ledere fra tre forskjellige ledd i organisasjonen, det er som følger: Avdelingsleder, seksjonsleder og enhetsleder.

Alle de intervjuede har helse- eller sosialfaglig bakgrunn. To av dem er legespesialist, en psykologspesialist og fire av dem har sykepleierutdannelse. Det er tre menn og fire kvinner som er intervjuet. aldersmessig så fordeler de intervjuede seg mellom 35 og 65 år. Alle fire lederne har vært leder over 10 år. En av spesialistene hadde også vært leder i flere år.

Ledernivåene i Nordlandssykehuset er fordelt på følgende nivå:

Nivåbetegnelse	Lederbetegnelse
Klinikk	Klinikksjef
Avdeling	Avdelingsleder
Seksjon	Seksjonsleder
Enhet	Enhetsleder

Tabell 2: Ledernivåer Nordlandssykehuset.

Alle disse ledernivåene har en stedfortreder, som i disse nivåene er titulert med; assisterende. Det er snakk om assisterende avdelingsleder, assisterende enhetsleder også videre. Det eneste leddet som ikke hadde en fungerende assisterende leder, var seksjonsleder. Her hadde man gjort et valg at det ikke var nødvendig med en stedfortreder, siden det var andre lederledd som kunne

ivareta disse oppgavene ved fravær. I oppgaven har jeg valgt å la være å bruke uttrykket assisterende, slik at de også er definert som lederstilling.

Sykehusene i Norge er delt inn i fire forskjellige helseforetak, hvor Nordlandssykehuset sammen med Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge er organisert i Helse Nord (Regjeringen.no 2016). Nordlandssykehuset er delt inn i klinikker etter forskjellige fagområder, i tillegg til HR, stab og støtte, kontortjenester og IT og drift og eiendom. Den klinikken jeg har gjort undersøkelser er klinikk for Psykisk helse- og rus. Andre fagområder ved sykehuset er Klinikk for medisin, Kirurgi, Kvinner og barn, Hode og bevegelse, Akuttmedisin, Diagnostisk og Prehospital. Psykisk helse og rus er videre delt opp i avdelinger, hvor den ene avdelingen er Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Andre avdelinger er for eksempel Akuttpsykiatrisk avdeling, Avdeling for rus og Avdeling for rehabilitering. Barne- og ungdomspsykiatrisk er delt inn i tre forskjellige seksjoner; seksjon for døgnet, seksjon for poliklinikk og seksjon for fagenheter. Det har i den siste tiden vært en omorganisering i avdelingen, og man er på tur til å slå sammen to av seksjonene, døgnet og fagenheter. Under seksjoner er det delt inn i forskjellige enheter.

4.2 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene er gjennomført med personlig møte ansikt til ansikt. Alle informantene fikk opplyst hva tema skulle være før intervjuet per telefon. De fleste som ble intervjuet ga utfyllende og lange svar, som førte til at det ikke var nødvendig å ha lite oppfølgingsspørsmål. Noen mente at spørsmålene var vanskelig å gi et godt svar på, da de var litt i tvil i forhold til hva de skulle svare. Alle sa i etterkant at de hadde gitt ærlige svar i prosessen, noe jeg også opplevde at det virket som de gjorde.

De som ble intervjuet sa alle at dette var et tema som de var opptatt av, og mente at ledere generelt hadde diskutert dette temaet en del. De fleste ga gode og utdypende svar. Dette var et tema som de ønsket å kunne bidra med sin erfaring, og ønsket å stille opp til intervju.

4.3 Hovedtrekk fra intervjuene

Jeg ønsker å si noe kort om hovedtrekkene fra intervjuene, før jeg går grundigere inn i hvert tema. Jeg ønsker å vise noen av hovedfunnene som jeg har gjort i forbindelse med analyseringen av intervjuene. Disse funnene er en speiling av hva objektene var opptatt av, og mente var

viktig. Det er ikke nødvendigvis slik at de er nødvendigvis samsvarer med litteratur. Funnene fra intervjuene vil bli drøftet i neste kapittel.

Faktorer av betydning for innvirkning på lederrollen

- Profesjonalisering av lederrollen
- Enhetlig ledelse er utfordrende når det gjelder faglige avgjørelser
- Ledere tar mye ansvar
- Stort fokus på aktivitet og økonomi
- Høyt fokus på effektivitet
- Lavt fokus på kvalitet
- Mange omorganiseringer
- Frykt for å ikke levere innenfor forventede rammer

Faktorer av betydning for innvirkning på faget

- Spesialistene er redd for å gjøre feil
- Ledere bør forstå faget
- Lederne er opptatt av fag
- Høyt arbeidspress
- Høy aktivitet
- Mindre tid med pasientene
- Mye dokumentering
- Slitne ansatte – flere sykemeldinger

Faktorer av betydning for hva kontroll gjør med tillit

- Kontroll inviterer ikke til tillit
- Man føler seg kontrollert
- Gikk ut over autonomien
- Kontroll er en lederoppgave
- Høy kontroll tar bort dialog
- Frykt for å gjøre feil
- Behov for dialog
- Det er viktig med dialog mellom ledelse og fag
- Det er mange målinger

4.3.1 Hvordan innvirkning har NPM på lederrollen?

4.3.1.1 Hva er forståelsen av ledelse og lederrollen?

En informant hadde følgende å si om ledere etter innføring av enhetlig ledelse:

- .. de vil bare bli leder og driter i hva de leder (Informant 1)

Flere av informantene mente at modellen førte til at andre yrkesgrupper uten helsefaglig bakgrunn kunne være leder i sykehuset. Det var også en dårlig tro på at ledere med annen bakgrunn enn helse eller sosialfag kunne være konstruktive ledere:

- *Jeg kan ikke heller se for meg at det er en fordel å være leder i forsvaret hvis du kommer helt fra det sivile, og ikke aner hva de holder på med.* (Informant 1)

Fagpersonene hadde sin forståelse av ledelse og lederrollen. De ønsket ledere som kunne legge til rette for at de ansatte skulle kunne gjøre en god jobb for pasientene. Det var også viktig at ledere kunne rekruttere de rette fagfolkene inn for å gjøre en god jobb, og lederne skulle samtidig ta vare på de som var på jobb. Det ble trukket frem at ledere skulle være administratorer, sørge for at organisasjonen går rundt, ha dialog med de ansatte, ta ansvar ved nye innføringer og om-organiseringer, ta tak i konflikter, og ha tillit til de ansatte:

- *Sånn at det ikke blir noen detaljstyring.* (Informant 1)

Ledere som ble intervjuet pekte på at det var mange øvre føringer de måtte forholde seg til som leder. Det mest fremtredende var økonomi og aktivitet:

- *Det er føringer på drift, pasientbehandling og økonomi. I tillegg så er det mange eksterne krav som skal følges for å gi en god behandling. Dette er for eksempel kvalitetsindikatorer, som jeg tidligere har snakket litt om. Jeg må som leder forholde meg til å drifte så godt som jeg kan innenfor de rammene som jeg har. Den største rammen er nok økonomi.* (Informant 6)

Ledere som ble spurt om lederrollen hadde ønske om å kunne tilrettelegge for dem de var leder for:

- *Ledelse tenker jeg handler litt å, å gi retning. Få folk til å dra i samme retning. Man har jo diskutert litt det ledelse versus sjef. Jeg tenker det er, en leder er noen som*

viser meg vei, får folket med seg. Som motiverer, det er ikke de som står og dikterer alt man skal vi gjøre. (Informant 5)

- *Nei, gjør mine medarbeidere gode. Trygge dem, vise vei, lede i riktig retning, gjøre dem gode. (Informant 7)*

En av lederne som ble intervjuet trakk frem at lederrollen har vært i endring, til å bli mer en administrator:

- *Jeg tenker vel at ledere i dag, er personer som er litt mer i bakgrunnen det var tidligere. En leder skal tilrettelegge, fordi han er leder for, eller hun da. De skal kjenne sine ansatte, og deres begrensninger, de skal altså, det er et poeng at man vet hvem som kan hva. Legge til rette for at, de personalgruppen, eller enkeltpersoner da, blir satt til det de er best til. (Informant 6)*
- *Vi har et tverrfaglig miljø, med forskjellige yrkesgrupper, bestående av lærere, sykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer, leger og psykologer. Når en ny pasient kommer har du med seg en problemstilling, men årsak for innleggelse om man vil. Da skal en leder, med den kunnskapen han eller hun har, sette opp team, som, jeg som kan gi et best mulig tilbud til pasienten. (Informant 6)*

4.3.1.2 Enhetlig ledelse

Hva legger man egentlig i enhetlig ledelse? Hvorfor har man innført enhetlig ledelse? Det ble tatt frem at det kunne bli en utfordring med enhetlig ledelse, sett opp mot faget og fagpersoner:

- *..min opplevelse og erfaring med enhetlig ledelse er jo kanskje det at det blir sittende personer, kanskje ikke de med best forståelse av faget blir sittende og skal lede. Og at, de skal lede mange forskjellige faggrupper uten at de nødvendigvis har forståelse av hva de forskjellige faggruppene, ja, deres perspektiv og, ja. Så jeg er jo, jeg kan jo se at det kan ha fordeler kanskje men, jeg er vel mest skeptisk til, det ble jo innført enhetlig ledelse der som jeg jobber for to år siden, tror jeg. Og jeg synes ikke det har fungert, det er jo min førstehånds erfaring, det betyr jo ikke at det aldri fungerer, men jeg synes ikke det har fungert spesielt bra. (Informant 3)*

En av informantene fortalte om en enhetlig ledelse som fungerte svært godt, hvor han var leder sammen med overlegen på enheten:

- *Da jeg kom til enheten, så var jeg i et team sammen med overlegen, som var enhetsleder og jeg var hennes stedfortreder. Vi fordelte oppgaver utfra kunnskap og kompetanse, slik at jeg tok meg av det administrative, og overlegen det faglige. Da var vi sammen leder for alle de som jobbet i enheten, både stab og de som jobbet i miljøet. Dette var en form for ledelse som var uvanlig andre steder i sykehuset, men for oss fungerte det svært godt. En fordel med denne formen for enhetlig ledelse, er at det er aldri noen tvil om hvem som har det faglige ansvaret. Det lå hos leder, som også var legespesialist. Slik det er nå er det ofte konflikt på akkurat dette området. Sitter kanskje en enhetsleder, som per definisjon har det faglige ansvaret. (Informant 6)*

En av informantene var bekymret for at modellen åpnet opp for ledere som ikke har helse- eller sosialfaglig bakgrunn:

- *Nei det er jo, det som bekymrer meg, er jo at det ser ut som om at det er lite folk med fagkompetanse som ønsker å være leder. De ønsker heller å jobbe med faget. Og da, det jeg synes å ha registrert er at vi får noen ledere som kompenserer manglende kompetanse med å herse nedover, og ræv slikke oppover. (Informant 4)*

En tok opp en bekymring for ledere som ikke har forståelse for faget, som gikk ut på en frykt for konsekvenser det vil få i lederlinjen for å kompensere for egen inkompetanse. Frykten var at disse lederne skulle skjule utilstrekkelighet for sine ledere over seg, og kompensere med å ha en overkjørende leder-stil for dem han eller hun er leder for:

- *..jeg tror at du skal ha for å være leder, så skal du ha ryggrad til å si ifra oppover i systemet. Det er mye lettere å herse nedover i systemet. (Informant 4)*
- *..som ikke har all verdens kompetanse og erfaring, de blir mer redd for å si ifra oppover. (Informant 4)*

Lederne pekte videre på utfordringen med å ha et lederansvar ved enhetlig ledelse, da det er meningen at leder skal ha ansvar for personell, økonomi og fag:

- *..skal egentlig ta alle de faglige avgjørelsene uten at han nødvendigvis har forutsetninger for å ta de, det er jo også, det er jo også en konsekvens av den enhetlige ledelsen da at man får personer som ikke bare skal ha administrative, ha den administrative oversikten og det administrative ansvaret, men som også blir sittende med det helt konkret faglige ansvaret. (Informant 3)*

- *Det heter seg i beskrivelsen til Nordland sykehuset at en leder har et ansvar for personell, økonomi og fag. En leder skal disponere de ressursene som er til rådighet, da er det veldig ikke viktig at han eller hun vet hva de disponerer, og hvilket oppdrag de skal utføre. Rett kompetanse til rett plass er det noe som heter. Ledere må vite hva personalet jobber med, og hvordan de løser oppgaven. (Informant 6)*

4.3.1.3 Fokus på effektivitet

En spesialist pekte på at økt effektivitet var en fordel å kunne få hjelp for å strukturere i en hektisk hverdag. Noe som nok fører til at de kan dedikere seg mer til behandling av pasienter:

- *..det ble mer struktur på timeplanene, altså de dagbøkene vi bruker, de arbeidsredskapene som vi bruker, og at det del av bildet an å legg inn tid hos andre, eller at også sekretærene også legger inn timer (Informant 1)*

En annen spesialist mente at det viktigste ikke var kvaliteten, eller å høyne hans kvalitet, men å kunne presentere en aktivitet:

- *Men, det er nok aller viktigste er nok å ha fine tall og presentere. Det er nok det viktigste, og det, ja. (Informant 4)*

Produktivitet blir målt gjennom hvor mange tiltak hver enkelt spesialist og behandler har i løpet av en måned. Måling av produktivitet gjelder spesielt på poliklinikken, men også døgnenheter ble målt på flere parametere. En pekte på at produktivitet handlet om liggedøgn. En annen pekte på at det var krav på epikrisetider, og at det var et veldig høyt fokus på produktivitet:

- *..et høyt fokus på økonomi og aktivitet, jeg vil trekke en parallell fra aktivitet mot effektivitet. Vi blir mye målt på antall, altså hvor høy vår aktivitet er, hvor mange pasienter skriver vi ut, hvor høy er belegg prosenten, og andre faktorer som måler oss på aktivitet. Dette er for å vise at vi jobber effektivt i mine øyne. (Informant 6)*

En bekymring som ble gitt fra en av informantene, var at det høye kravet for effektivitet gikk ut over helsen. Man klarte ikke å holde oppe kravet for høy effektivitet, som førte til at personell ble sykemeldt:

- *Så det er liksom, du kan si at det er effektivt og det tar unna, men, bakkdelen er at det er en haug med sykemeldte folk. Vi sitter, det blir alt for tøft for dem, og vi sitter med oppgaver som er altfor vanskelig for dem. (Informant 4)*

Det var et poeng for informanten at det var fagpersoner som hadde sluttet på grunn av høyt arbeidspress, og at det bare var de erfarne som hadde sluttet:

- *Og det er bare de erfarne som slutter. Så det er, for oss har det dette vært en, ja, svært uheldig utvikling. (Informant 4)*
- *Altså noen blir jo sykemeldt av andre grunner, men det var mange stressrelaterte sykemeldinger. (Informant 4)*

En av lederne trakk frem at modellen New Public Management hadde ført til høyere fokus på effektivitet:

- *..det her med kvalitetsindikatorer som vi var inne på i forhold til epikrise tid og frist brudd. Det er jo åpenbare ting som har med effektivitet og gjøre, at man skal ha, ja for så vidt vurdere vurderingsfrist, man skal ha vurdert henvisning innen gitt tidsfrist, man skal ha startet opp behandling innen gitt tidsfrist I henhold til prioriteringsveileder. Man skal ha skrevet epikrise og fått sendt den ut innen gitt tidsfrist. Så vi stiller jo noen krav til effektivitet. (Informant 5)*

På spørsmål om effektiviteten hadde gått ut over kvaliteten fortalte en av informantene om behandlere som står i et arbeidsmessig press for å være raske:

- *Mange behandlere klager til meg, at, at de må skrive ut pasientene så raskt. Det kommer inn nye pasienter hele tiden, og dette trykket gjør at de må behandles raskt og skrives ut. Mange av disse behandlerne skulle ønsket at pasientene kunne vært lenger, slik at de blir ordentlig utredet under et opphold. Man føler seg kanskje litt halvferdig når de skrives ut. (Informant 6)*

Likevel trakk denne lederen frem at det ikke nødvendigvis ikke gikk ut over behandlingen som skal ytes på en sengeenhet:

- *Som institusjon, og spesialisthelsetjeneste, skal vi forholde oss til årsak for innleggelse. Når det gjelder en nøyere utredning, tenker jeg at det er en oppgave for poliklinikk og kommune. (Informant 6)*

Det ble trukket frem at en positiv faktor effektiviseringen hadde ført med seg, var at flere pasienter fikk hjelp:

- *..effektiviteten har ført til bedre kvalitet i den forstand at jeg tror flere pasienter får raskere hjelp, man tar et tydeligere fokus gjennom behandlings for løpet, på at man skal være effektiv og gi god behandling. (Informant 5)*

En annen fordel med effektiviseringen er at man har frist på hvor raskt pasientene skal få helsehjelp. En bi-effekt av dette er at pasienter må behandles ferdig for å kunne ha plass til å ta inn nye pasienter. Dette kan også forstås som en fordel i form av at pasienter ikke blir overbehandlet:

- *Du kan jo, du kan jo bare ha pasientene du har i behandling. Det er jo bekvemt, man har kanskje fått en god relasjon med dem. Man går kanskje ut over det man er pålagt å lever I fra tjenesten, man har den gode relasjonen med pasienten og tenker; nei men når vi har pasienten her og sånt, så kan vi jo hjelpe han med det og det og det og. Selv om det kanskje er andre sine oppgaver, for eksempel kommunen.*

(Informant 5)

- *Og det er jo fagpersoner som har vært mer, som har bestemt de her kvalitetsindikatorene. Det har vært mulig og komme med innspill og så videre. Så det er jo noen gode tanker bak det her. Det er ikke tanken at, at man skal levere en dårlig helsetjeneste lenger kostnadseffektivt. Det er jo et forsøk på å prøve å kombinere de to. (Informant 5)*

Det ble også trukket frem andre fordeler med å ha frister for behandlingen i at pasientforløp:

- *En annen fordel med kvalitetsindikatorene I New Public Management, det er jo, epikrise tider det å få ut epikriser til fastlegen når pasientene sendes ut. Det er jo veldig dumt hvis man har vært til behandling på sykehuset, og trenger eventuell oppfølging i etterkant, også tar det en måned før fastlegen får epikrisen din. Og du var selv vi såpass dårlig forfatning psykisk eller fysisk, at du har ikke klart å få med deg alle beskjedene som legen har formidlet muntlig, du fikk en gul lapp hos sykepleier få legen til å sjekke det her. (Informant 5)*

4.3.1.4 Fokus på kvalitet

De som ble intervjuet mente at modellen har hatt innvirkning på kvaliteten til behandlingen og tjenesten som ytes:

- *altså jeg tenker at det har fått litt sånn feilfokus, og vært, blitt veldig mye stress rundt for eksempel innsatsstyrt finansiering og pakkeforløp og sånn (Informant 1)*

Det var også en som hadde innspill angående en modell som belønner at man er innenfor kvalitetsindikatorer, og at det også er en modell som straffer de som ikke leverer innenfor de nasjonale kravene. Man får mindre tilskudd om man for eksempel har lange ventelister, fristbrudd epikriser eller fristbrudd på ventelister. Det fører til at man lete etter forbedringer og effektiviseringer:

- *Den går ut på å belønne de som tar unna i forhold til ventelister, epikrise tider, og andre kvalitetsindikatorer. De som klarer dette, blir belønnet med ekstramidler, og de mister heller ikke noe. Om han ikke klarer dette, så må man finne metoder for å levere innenfor de kravene og forventningene som er knyttet til behandlingen. Man blir tvunget å lete etter mulige effektiviseringer hele tiden. (Informant 6)*

Det var også beskrevet en bekymring for at kvalitet ikke nødvendigvis er i fokus. Fagpersonene følte at ansvaret for kvalitet ble lagt over på dem:

- *Jeg tenker at de har, de tenker at hvis en person er utdannet psykolog, lege eller spesialist så, så er det vårt ansvar å ha kvalitet. (Informant 1)*

Det var også en bekymring for at lite ble gjort for å høyne kvaliteten på jobben som blir gjort. Men det var også en oppfattelse at kvaliteten ikke hadde endret seg til det negative. Det ble opplevd som positivt at det var endring i strukturen, men en mente at kvaliteten ikke hadde endret seg i negativ forstand:

- *Sånn at jeg setter ikke det sånn umiddelbar forbindelse med at kvaliteten er dårligere egentlig. (Informant 1)*

Andre igjen hadde en oppfatning av at kravet om effektivitet hadde gått ut over kvaliteten på behandlingen:

- *Det tenker jeg fordi at man skal, det er krav om å være rask. Det er krav om, det er krav om effektivitet. Og jeg tenker at det er større grad enn det var før. Så jeg tenker at det blir å gjøre at pasientene skal ligge kortest mulig. Ja liggetidene må ned, man må gjøre mer på mindre tid. Av den grunn får man kanskje ikke den beste pasientbehandling. (Informant 3)*

En av lederne opplevde ikke at kvaliteten på jobben hadde gått ned. Selv om vedkommende hadde en opplevelse av at kvaliteten ikke hadde gått ned på egen enhet, var det en opplevelse at kvaliteten hadde gått ned andre steder:

- *men på den enheten jeg arbeider på så har jeg ikke merket at kvaliteten har gått spesielt ned. Det kan jeg ikke, men jeg tror jo at det er mange plasser hvor den gjør det. (Informant 3)*

En av informantene trakk frem kvalitetsindikatorerne som en utfordring i forhold til hva som er kravene for behandling:

- *..kvalitetsindikatorer, som epikrise tid, frist brudd, og alle disse som går inn i den kvalitets baserte finansieringen, som gjør at, hvis man har høy aktivitet, kanskje man har utfordringer i forhold til bemanning, spesielt på stabs siden, hvor psykiatere og psykologspesialister er et knapphetsgode, så sliter man med å få innfridd alle disse fristene. (Informant 5)*

Videre så trakk informanten frem fokuset styringsmodellen NPM har på resultat i stedet for kvalitet:

- *Ellers ja, fokus på mye måling og registreringer. Og et fokus dreier mer mot det, enn mot den faktiske kvaliteten på arbeidet som gjøres. (Informant 5)*

En informant sa at det var vanskelig å skulle måle kvalitet, da det er vanskelig å si noe om hva som er god kvalitet:

- *Kvaliteten på behandlingen blir heller ikke målt. Man, man har de kvalitets indikatorene som er veldig omdiskutert, og jeg skjønner hvorfor fordi at en epikrise tid den sier jo ikke noe om kvaliteten på behandlingen. Så det er, men i det, i det vi jobber innenfor så er det jo ekstremt vanskelig å måle kvaliteten og. Man kunne jo ha sett litt på, på hvor raske bedringer hadde pasientene, men hvis man tar en psykose pasient for eksempel det er jo veldig forskjellig hvordan de responderer på medisiner. Det er kanskje forskjellige medisiner de blir satt på av ulike leger. Det, kroppen deres er ulike biologisk, som gjør at de har en ulike absorpsjon av legemidler. Så det er, og I tillegg så er det mange miljøfaktorer som spiller inn, I hvor stor grad klarer du å gjøre pasienten trygg i avdelingen. Det er avhengig av hvor mye personell har du på jobb, hvilken utforming har man på avdelingen,*

hvordan er de øvrige pasientene. Hvordan type vrangforestilling er det er pasienten har, og så videre. (Informant 5)

Et punkt er at den subjektive opplevelsen av mottatt hjelp trenger heller ikke å være en indikator for om behandlingen var av god kvalitet:

- *Du kan ha pasienter som, som hater og som er så misfornøyd og så misfornøyd med det som er gjort, mens kvaliteten på arbeidet er helt utmerket. Man har behandlet de kjapt, man måtte kanskje bruke tvang, men man har klart å få de frisk raskt. Man har unngått at de har blamert seg mer, unngått at de har skadet sine personlige relasjoner til familien. Pasienten hater oss. Fordi de hadde det så fint når de var manisk. Også, har du på den andre siden pasienten som er kjempefornøyd, som er strålende fornøyd med den jobben vi har gjort, så er det her snakk om en emosjonelt ustabil borderline hvor man har gått inn og tatt full kontroll, I forhold til selvskadning, og i forhold til suicidalitet, man har pakket dem inn og ikke gitt de noe som helst slags ansvar for eget liv og helse. Så kvaliteten på arbeidet er dårlig men pasienten er ekstremt fornøyd. For de har hatt noen fine dager på akutt posten. (Informant 5)*

En av lederne hadde innspill på at det var vanskelig å si noe om kvaliteten:

- *Så hvordan spørsmålet blir, og hvordan skal man I det hele tatt klarer å måle kvalitet innenfor psykisk helsevern, på en annen måte enn å bruke mest mulig objektive parametre, som da kanskje ikke sier så mye om kvalitet. Det sier noe om hvor fort fikk pasienten hjelp, det sier noe om hvor fort ble viktig informasjon videreformidlet til rette instans sånn at de har best mulig forutsetning for å gi en god oppfølging videre. (Informant 5)*

4.3.1.5 Hvor høyt fokus har økonomiske krav?

Det ble sagt av flere av informantene at styringsmodellen var et resultat av behov for økonomistyring, noe de mente var nødvendig da modellen ble innført:

- *I utgangspunktet et behov for å ha en tydeligere økonomistyring. (Informant 1)*
- *Det er jo en leder modell som jeg, tenker jeg har veldig fokus på slike målbare ting. Ja. Som, som gjør det kanskje lett for de som vil, og kontrollere, det er et bra redskap for å se at ting blir gjort. Det er liksom telling og måling. (Informant 3)*

- *Jeg vil beskrive det som en, en ledelse modell som dreier seg veldig rundt økonomi, økonomiske mål, ulike styringsindikatorer, som da igjen vil påvirke økonomien. (Informant 5)*

En av informantene forklarte hvordan vedkommende så New Public Management i sykehusperspektiv. Her var det også beskrivelse av en modell som er økonomisk orientert:

- *Men i sykehussammenheng så er det da, man, man har et enormt fokus på de økonomiske rammene som er gitt. Det er økonomiske modeller, eksempelvis i helse nord hvor man har inntektsfordeling modellen som har, fordeler midler etter hvor pasienter flyter og de har en mobilitet komponent inne i der. (Informant 5)*

Det ble også sagt at personer med sterk fagorientering sviktet i oppfølgingen av økonomi, og dermed naturlig at de heller forholdt seg i fagstillinger hvor det var mer bruk for dem:

- *spesialister i mitt fagfelt som har tatt ledelse, så har de jo egentlig ikke ønsket nødvendigvis å forholde seg så mye til økonomi. (Informant 1)*
- *Det er ikke så mange spesialister som ønsker seg slike arbeidsoppgaver. (Informant 2)*

4.3.1.6 Omorganiseringer

Alle de intervjuede hadde opplevd omorganiseringer på jobben i løpet av tiden de hadde jobbet der. Det var flere som trakk frem at de opplevde det som positivt at det omorganiseres. Det ble blant annet vist til at slike omorganiseringer kunne gi bedre struktur for de som er spesialister. Flere var likevel skeptisk til at slike omorganiseringer kunne til slutt føre til at det opplevdes som lite meningsfullt. De som ble intervjuet sa følgende:

- *..at det hele tiden skal omorganiseres så blir det litt som en sånn brannalarm som går i tide og utide, og at ingen reagerer på den til slutt. Du får en sånn passiv, hva er det det heter? Habituering som hvor du blir likegyldig (Informant 1)*
- *Herregud ja. OU-prosessen. Altså det har vært så mye omstillinger her, i, at. Ja synes jeg har opplevd, det er nesten sånn at, at, vær leder sin omstilling. (Informant 2)*
- *..vi hadde jo på døgn siden I barne- og ungdomspsykiatrien, så hadde vi jo en økonomisk motivert nedbemanning. (Informant 5)*

En av lederne sa at det er paralleller mellom modellen og stadige omorganiseringer:

- *Modellen er jo laget slik at, man skal du fokusere litt på, altså lete litt etter mulige måter å forbedre seg på. Dette gjelder også for organiseringer, vi må hele tiden, eh, lete etter mulige omorganiseringer for å forbedre seg. Det har vært en del kutt og økonomisk, som igjen har tvunget frem en del omorganiseringer. (Informant 6)*

På spørsmål om hva de tenkte om omorganiseringer og effektivisering sa de følgende:

- *Jeg tenker at det forstyrrer oss, det forstyrrer oss i driften hele tiden. For et par år siden omorganiserte vi slik at øverste leder i avdelingen ikke skulle ha så mange enhetsledere. Å forholde seg til, vi holdt på i to år med å finne ut hvordan vi skal omorganisere tilbake. Herregud det er til å bli sprø av. (Informant 2)*
- *Det føles jo litt sånn at noen ganger så er man ikke ferdig med den ene prosessen før man går i gang med ny prosess igjen. At man kanskje ikke får tiden til å ta inn og evaluere og se effekten av den ene omorganiseringen for at man skal begynne med noe nytt igjen. (Informant 3)*
- *Altså det er jo omorganiseringer hele tiden, det er jo en, jeg har sluttet å engasjere meg i OU-prosesser, fordi de varer i tre år og så er det en ny prosess. (Informant 4)*
- *Det er ikke tvil om at det har vært nødvendig. Tidligere var det slik at det behandlingen til pasienter var svært forskjellig. Det har vært et behov for å bli mer effektiv, det er det ikke tvil om. Samfunnets blir større, det skjer mer i kommunene, det er viktig at pasientene har en fleksibel behandlingsarena. Men, nå kan man kanskje spørre seg den stadige omorganiseringen og effektiviseringen har gått for langt. Jeg tenker at dette sliter på personellet, og til tider forvirrer både de som jobber og de som er pasienter. Det har vært nødvendig, men jeg er redd vi har gått for langt. (Informant 6)*

4.3.1.7 Ledergrupper

Alle lederne svarte at de var med i en ledergruppe. På spørsmål om hvordan denne gruppen fokuserte på fag så svarte de følgende:

- *...så føler jeg jo kanskje Heller ikke at det er spesielt mye fag fokus, at mye går på organisatorisk drift. (Informant 3)*

- *Jeg synes det er, det er en del praktiske diskusjoner, ser man bort ifra de så ville si at, at det er flere diskusjoner rundt fag, og det faglige tilbud på enhetene. Forbedring prosjekter. Også er det og fokus på økonomi og aktivitet. (Informant 5)*
- *Vi forsøker å ha fokus på fag. Men som følge av at vi blir tvunget til å ha et fokus på aktivitet og økonomi, så kan det fort drukner. Det er også i mine øyne svært viktig at faget er representert i en ledergruppe. Om det ikke er fagpersoner i en slik gruppe, kan man raskt ser seg blind på saker. Det er også slik at hvis fag ikke er representert, så blir det nok alt for høyt fokus på økonomi og resultater. Dessverre. (Informant 6)*

4.3.2 Har NPM ført til et endret fokus på fag?

4.3.2.1 Må ledere forstå faget?

Lederne som ble spurt om fordeler ved ledere som ikke nødvendigvis har utdanning innenfor faget hadde refleksjoner rundt det å kunne dra inn nye perspektiver:

- *Jeg tenker at fordelene kan være at man kanskje får et litt mer som perspektiv fra utsiden, at man kan komme med nye tanker (Informant 3)*

En av informantene sa at det er to fordeler med å ha en annen yrkesbakgrunn enn spesialist:

- *Det første jeg tenker på er at leder ikke nødvendigvis er den best betalte. Vi sparer penger med å sette mindre utdannede mennesker i lederposisjoner, som faktisk må gjøre akkurat de samme arbeidsoppgavene som vist det skulle vært en spesialist der. Med andre ord er det kostnadsbesparende. Den andre tingen jeg tenker på, er at med en spesialist ville en viktig kompetanse gå bort til å gjøre noe som andre kunne ha gjort. Det er mye mer viktig at spesialistene jobber med pasienter eller pasientrettet. (Informant 6)*

Når lederne ble spurt om utfordringer med ledere som ikke nødvendigvis har utdanning opp mot faget de skal være leder for, hadde de refleksjoner rundt utfordringene med å være leder når man ikke forstod eller kunne faget:

- *Og jeg tenker det er en stor fare for at ledere uten denne bakgrunnen som, eller ja, uten helsefaglig bakgrunn da som er mitt perspektiv, at faget forsvinner, det blir mindre viktig. (Informant 3)*

- *..at de har ikke peiling på hva man holder på med. Og hvis at de da ikke har vært interessert i å prøve å sette seg inn i det heller, at de ikke bevilger tid og ressurser for, for å få en god forståelse av det man holder på med. (Informant 5)*
- *Hvor enkelte profesjoner mener at de ikke kan bli ledet av, eller det kommer kanskje ikke så direkte kanskje indirekte, ikke mener at de kan ikke blir ledet av noen med lavere utdanning enn det de har for eksempel. Selv om personen kanskje er en ekstremt godt egnet leder. Så er det, det er en utfordring fordi at du får, du får gjerne press og motstand fra, fra de profesjonene da. (Informant 5)*
- *Jeg føler at fokuset er ganske mye på fag. Og på de tjenestene man leverer, som enhetsleder er man aktivt involvert I forhold til faglige diskusjoner rundt pasienter. Og der opplever jeg kanskje, ja min erfaring her nå at der har jeg vært involvert av, av alle profesjoner. (Informant 5)*
- *Det er ofte en kollisjon mellom spesialister og ledere. Det virker på meg som om det er vanskelig for spesialister og bli ledet av noen med lavere utdanning. Man blir litt i opposisjon. Et annet aspekt er at det er vanskelig å være leder hvis man ikke kan faget. Man må vite hvilket tilbud man gir, og hvordan man gir dette tilbudet. Det kan være direkte ødeleggende hvis man ikke forstår dette. (Informant 6)*
- *Mange ledere som ikke kan faget, kan nok bli veldig usikker. Denne usikkerheten kan føre til at man gjør avgjørelser basert på egen magefølelse, og ikke klarer å ta til seg faglige råd fra fagpersoner. En slik form for uvitenhet er svært destruktiv, og ødeleggende i et faglig miljø. Også er det også et aspekt at ledere uten formell faglig utdannelse, fort kan bli manipulert og villedet av mennesker med egen personlig agenda. (Informant 6)*

Fagpersoner som ble spurt om fordeler med å ha ledere som har annen utdanning enn innenfor det faget han eller hun skal lede, sa at det er en fordel at viktige ressurser ikke blir knyttet opp mot administrative oppgaver som andre kan gjøre. Det er vanskelig å rekruttere spesialister i dagens sykehus, og da trekkes det fram at det kan oppleves som litt meningsløst at disse personene skal sitte med administrative oppgaver som andre yrkesgrupper kan gjøre:

- *..man kan bruke fagpersoner til det de er god på, og slipper å ta fagpersoner ut av tjeneste. (Informant 4)*

På spørsmål om hva man tenker kan være utfordrende med ledere som har en annen fagbakgrunn svarer fagpersonene at det er en utfordring at man ikke helt forstår hva men er leder for:

- *Ja, den største utfordringen her er jo mangel på kunnskap, og da, hvis folk begynner å styre veldig. (Informant 4)*
- *det er vel kanskje mange av dem føler at de kan mer enn de som leder dem. (Informant 4)*

Det ble videre sagt at det å ha en leder som forstår hvordan man jobber er trygghetsskapende:

- *Altså når du, det gjør noe med en følelse avtrykket rundt, Altså det er noe trygt med at du har en leder som kan. Og det, det gjør noe med arbeidsmiljøet. (Informant 4)*

Det ble også tatt opp at ledere som skaper utrygghet, vil også skape misnøye, som kan føre til at fagfolk slutter:

- *..ni personer som har sluttet, åtte av dem oppga kun var misnøye som var grunnen. Det er jo veldig mye fokus på dårlig ledelse. (Informant 4)*

Det var viktig for spesialistene at man hadde ledere som forstod faget:

- *Jeg tenker at en leder må jo vite noe om hvilke ressurser han har I avdeling, for å kunne fordele oppgaver på en best mulig og mest hensiktsmessig måte. Og da er det klart at når leder ikke, vet helt, hva folk har, og hva folk kan, så blir det vanskelig å gjøre det. (Informant 2)*

4.3.2.2 Tar ledere mange faglige avgjørelser?

Ledere har i utgangspunktet tre områder de har ansvar for, det er personell, økonomi og fag. En av utfordringene med denne modellen er at det er vanskelig for å en leder å overprøve en spesialist, noe som er naturlig i forhold til lovverk om pasientbehandling. Likevel ble det pekt på at ledere tar mange avgjørelser som får betydning for faget, og hvordan man utfører jobben sin. Det var en oppfatning at lederen har en stor faglig innflytelse med bestemmelsene som gjøres. En opplevde det som svært utfordrende at leder tok faglige avgjørelser som gikk mot de ønskene spesialistene hadde for behandlingen som skulle gis. Det førte til feil-behandling og utrygghet:

- *de sitter i posisjon til å bestemme om det skal, eh legges ned noen ting eller om det skal startes noe nytt. Øhm... Hva som skal prioriteres, hvem som skal gjøre hva, og det gjør de jo uten at de nødvendigvis ikke har noen forståelse av hva personene, enhetene og hvordan, øh human resources som de reelt har til stede for å si det sånn (Informant 1)*
- *Nei jeg tror ikke. Den, de faglige avgjørelsene som gjøres her på avdelingen er det jo vi spesialistene som gjør. Jeg tror ikke at enhetsleder her på kan ikke trumf eller si at du skal. (Informant 2)*
- *det blir viktigere å spare penger enn min trygghet. (Informant 4)*

Det ble tatt opp som bekymring fra den ene informantene at fagfeltet er sårbart som følge av denne modellen:

- *Nei da tenker jeg av vårt fagfelt blir sårbart, og at det blir litt utvisket, og det har jeg tenkt er i ferd med å skje fordi at det at vi har en leder som ikke egentlig har så veldig mye innsikt eller fagbakgrunn i det som vi jobber med. (Informant 1)*
- *Jeg opplever at hvis jeg skal ledes av noen og at de forteller meg hva jeg skal prioritere av arbeidsoppgaver for eksempel i en travel hverdag, da må de vite noe om hvilke arbeidsoppgaver som faktisk haster hva som er lovpålagt, og hva som ikke er det. (Informant 2)*

En av informantene fortalte at det var store utfordringer med å være leder for spesialister når man har en annen utdanning:

- *I mine øyne er det vanskelig, ja for ikke å si umulig, å være leder med tre årige bakgrunn og skal overprøve en spesialist. Man har som leder rett og slett ikke nok faglig integritet for å kunne gjøre noe slikt. Selv om leder har det faglige ansvaret at, har de det jo egentlig ikke. De kan nok innskrenke eller bestemme over midler, men ikke hvordan behandlingen utføres. (Informant 6)*

Lederne mente at det ble tatt mange faglige avgjørelser, men kanskje ikke direkte knyttet opp til individuell pasientbehandling:

- *Nei kanskje ikke så mange faglige avgjørelser, det som er rundt pasientbehandling er ofte, de fleste beslutninger rundt det ligger vel til de som står som behandlere, Altså stab, de som står som ansvarlig der og da for den behandling som gis, selv om du som leder har det overordnede faglig ansvar. (Informant 5)*

- *Ja indirekte spesielt. Det er vanskelig at en leder skal legge seg opp i en pasientbehandling, blir kanskje litt feil å si legge seg oppi, jeg mener mer at det er vanskelig for en leder å bestemme behandling. (Informant 6)*

4.3.2.3 Er lederne opptatt av fag?

Ledere beskrev et ønske om å kunne være ledere som tilrettela for at fagpersonene kunne gjøre en best mulig jobb med pasientene. Det gir ledere et ansvar med å utnytte ressursene som allerede er tilstede:

- *Drar nytte av fagkunnskapen til de folkene man har rundt seg, til å prøve å komme frem til de beste beslutningene. Det er ikke om å gjøre å være den som skal, skal bestemme og få sin vilje. Men det skal være det som er til det beste for sykehuset og den tjenesten man leverer, overfor pasientene våre. Pasient hensynet først. (Informant 5)*
- *Det primære er å legge til rette for at oppholdet skal bli bra for den som er innlagt, overfor at de som er på jobb utfører jobben sin på en god måte. Jeg må hele tiden være våken for hva som skjer, og prøve å følge med i forhold til behandling og fag. (Informant 6)*

En leder sa at modellen NPM har ført til mye misnøye i de faglige miljøene, noe som kanskje kunne være ufortjent:

- *En modell som sikkert har mange gode sider, men som den siste tiden, ja, den har nok fått rykte på seg i fagmiljøene, til at den ødelegger faget, og at man bare er interessert i penger og økonomi. Pasienten er glemt. Flere, altså mange, det er en del myter eller sannheter rundt modellen. En er at, det blir flere og flere i administrasjonen og ledelse. For å klare dette, altså man må jo drifte uten nødvendigvis å få med penger, så har man fjernet stillinger som er nær pasienten. Det skal hele tiden bli flere ledere, og andre, for å administrere modellen. Som igjen går ut over pasientene. Jeg er usikker på om dette stemmer, da jeg har sett tall på at det blir færre ledere innen sykehuset. (Informant 6)*

Alle lederne ble spurt om hva det var fokus på fra deres ledere. Her ble det trukket frem en diskrepans mellom det de tenkte ledelse dreier seg om, og hva topplederne fokuserte på:

- *..et mye mer ensidig fokus på økonomi og kvalitetsindikatorer. Måltall. Enn kanskje det faglige innholdet I det vi gjør. (Informant 5)*

Intervjuobjektene reflekterte rundt betydningen fag har i jobben som utføres, og tjenestene som ytes. Selv om de var enig i at det må være en viss kontroll på økonomien, så var det også en enighet om at faget er svært viktig. Fagpersonene mente også at fokuset på fag var et resultat av at de selv holdt et høyt fokus på fag:

- *Jeg føler at fag har et sterkt fokus, fordi at jeg og mine kollegaer gir det fokus. (Informant 1)*
- *Ja vi klarer å holde det høyt her på avdelingen, og det tror jeg er fordi at vi er et godt kollegium. Det jeg opplever fra, at, jeg tror det avhenger rett og slett av oss. (Informant 2)*
- *Altså internt har du jo, jo absolutt fokus. Vel altså når man diskuterer med kolleger på arbeidsplassen så er det jo faget som er I fokus. Det er jo kjempebra. Men oppover i systemet så virker det som om faget blir litt underordnet. At det er om å gjøre å produsere tall. (Informant 4)*

Lederne var også opptatt av faget, og følte at det hadde høyt fokus. Det de uttrykte bekymring for var at dette fokuset ble mindre lenger opp i lederhierarkiet:

- *De jeg er leder for er svært opptatt av fag, noe som gleder meg. De som er over meg er opptatt av aktivitet og økonomi. Det er veldig få spørsmål om kvalitet, dessverre. Omtrent ingen ting fra klinikkledelsen. Vi jobber med pasienter, og derfor er det viktig og har et høyt faglig fokus. (Informant 6)*
- *Og det er veldig mye snakk om økonomi, fra mine nærmeste ledere har jeg det ikke slik, men fra videre opp i systemet er det alltid budsjett og alltid økonomi vi har å forholde oss til. Og da glemmer vi faget, vi glemmer sikkerhet det er ganske mye som forsvinner på den veien. (Informant 7)*

4.3.2.4 Får fagpersoner støtte fra sin leder?

Spesialistene ble spurt om hva de tenkte om at det var slik at leder ikke forsvarte deres faglige interesser, klarte man å gi en nyansert beskrivelse av sin leder og lederoppgaver:

- *Altså som mellom leder står man i press fra begge sider, press fra de under om ting man føler man trenger eller vil ha, også er det over å sørge for økonomien. Men,*

men, jeg tenker jo at da, det er veldig lurt å være, å holde det faglige høyt, fordi det er det som betyr noe her. (Informant 2)

En sa at modellen ført til en følelse av å være utdatert. Vedkommende følte at all kompetanse ble satt til siden, og følte at systemet ikke stolte på den jobben som skulle utføres:

- *Nei det føles jo nesten som om at, jeg er utgått på dato. Fordi at det er, her er det intern kontroll, og styring på folk som skal bestemme hva jeg skal gjøre.*

(Informant 4)

- *Og da, da blir jeg litt fortvilt altså, fordi jeg, at det er, ja, jeg tror jeg faktisk så tror jeg at jeg kan dette bedre enn de som har laget skjemaet. (Informant 4)*

4.3.2.5 Får man utvikle sin faglige kompetanse?

En av informantene fortalte at det var utfordrende for arbeidsplassen å legge til rette for at spesialistene skal få drive med faglig utvikling. Informanten fortalte at det var vanskelig å kunne ta ut spesialistpermisjon, som er brukt for å kunne heve egen kompetanse. Vedkommende fortalte at man måtte ta seg litt til rette for å kunne heve egen kompetanse gjennom kurs:

- *..men hvis jeg tar skjeen i egen hånd, og ikke øh på en måte ikke nødvendigvis ikke venter på et skriftlig svar så har jeg ja kunnet reise på kurs og hevet min kompetanse.*

(Informant 1)

På spørsmål om man som fagperson har hatt mulighet til å utvikle seg faglig, bekreftet de at det var en viss form for mulighet for utvikling. Samtidig så følte de at utviklingen ble bremsset av et økonomisk aspekt:

- *Altså vi merker at vi må spare. Vi merker at vi ikke får reise på de dyreste og beste kongressene. Og kursene. Det er bare å glemme å få reise på schizofreni dagene eller psykiatri uken eller. (Informant 2)*

- *Vi skal jo få lov Å få en ny utdanning for familiearbeid. Det skal jeg få gå på nå senere i år. Men jeg har ikke noe, foreløpig ikke fått noe terapi utdanning da.*

(Informant 2)

4.3.2.6 Føler fagpersoner at de har en leder som er opptatt av fag?

Fagpersonene ga ikke en positiv beskrivelse på om de hadde en leder som var opptatt av fag. De tenkte at lederne var opptatt av fag, men at de ikke klarte å ha høyt nok fokus på fag:

- *Eh.... på sin måte. Hun kommer fra et annet fagfelt, og jeg tenker at hun er opptatt av det fagfeltet. (Informant 1)*

4.3.3 Hva gjør kontroll med tilliten?

4.3.3.1 Er kontroll en lederoppgave?

En av lederne sa at modellen kunne være en nødvendighet for å ha kontroll på hva fagpersonene gjør:

- *Fagpersonene blir tvunget til å vise resultater til ledelsen, altså jobben de gjør blir tallet. Det som er vanskelig, ja det har nok vært veldig utfordrende, å finne noe fornuftig å telle. Hvordan kan man se god kvalitet, hvordan kan man si at en fagperson har gitt behandling med dårlig kvalitet? Det er spesielt vanskelig å overprøve fagperson med mer utdannelse. En løsning har kanskje vært, eller, det er kanskje derfor man har startet å telle resultater. (Informant 6)*

Det var mange av intervjuobjektene som sa at innføringen av modellen NPM oppstod som følge av et ønske, og en nødvendighet, av at helsevesenet trengte større form for økonomisk kontroll:

- *.. fordi jeg forstår at helsebudsjettet har økt så enormt mye de siste ti årene at man er nødt på en eller annen måte å ta kontroll. (Informant 1)*

En annen informant sa at:

- *Modellen er nok et resultat av et ønske om å ha bedre kontroll. Kontroll på hva vi brukte pengene på, og kontroll på hvilken behandling pasienten fikk. Eller kanskje ikke på hvilken behandling, men at pasientene får behandling. Og de skal få behandlingen raskest mulig. Derfor er det nok innført frist på ventelister, og frist på å besvare henvisninger. Vi har mye høyere grader kontroll, men det er også spredd seg en misnøye, om han er redd for at kontrollen går ut over kvaliteten, og kanskje kreativiteten. (Informant 6)*

4.3.3.2 Føler fagpersoner seg kontrollert?

En av fagpersonene svarte følgende på spørsmålet om å beskrive deres kunnskap om hva New Public Management er:

- *Kontroll! Ikke ledelse men kontroll! (Informant 2)*

Selv om lederne hadde former for kontroll på de ansatte, så følte spesialistene seg ivaretatt av de nærmeste lederne, men ikke av systemet. Lederne sa at det var ledere høyere opp i systemet som var mer opptatt av økonomi og resultater:

- *Nei egentlig ikke noe sånn, jeg, jeg opplever at når jeg sier ifra om at vet du hva jeg kommer ikke til å klare å skrive denne epikrisen på en uke, så fordi at det er fullt i avdelingen, og jeg jeg er syk eller, så sier min leder at åja javel det er jo dumt men sånn er det. (Informant 2)*

Selv om man ikke brukte ordet kontroll, sa flere av informantene at modellen NPM har innvirkning på hvordan de må utføre sin jobb:

- *..har innvirkning på type frister epikrise frist som er veldig viktig for internkontroll og så videre (Informant 2)*

Det ble også sagt at en årsak for innføring av styringsmodellen er overvåkning. Fagpersonene sa at de føler seg overvåket av systemet:

- *Ja det er jo ideologi tenker jeg. Det er noen som tenker at her må vi passe på at folk gjør jobben sin. Og som ikke vet hvordan profesjonene i helsevesenet egentlig er.*

En spesialist sa at kontroll er grunnen for innføringen av pakkeforløp, og at det ligger en del kontroll i pasientforløpene. Spesialister har en oppgave med å skulle kontrollere og godkjenne jobben som andre behandlere har gjort:

- *Men, jeg gremmes når jeg tenker på pakke forløp, fordi da, kan det hende at jeg som eneste spesialist i teamene må sitte å bruke arbeidstid på godkjenne det dyktige kollegaer gjør i stedet for å bruke mitt fag. (Informant 4)*

En av lederne sa også frem noe om denne bekymringen at. Spesialistene hadde også en oppgave med å være kontrollører:

- *..den ene plassen når jeg jobbet hvor det var til tider ekstremt få spesialister, og de her skulle stå som godkjenner på, på epikriser, så hadde man turnus leger som hamret ut epikriser i full fart, men måtte sende den til godkjenning til spesialist, og så var det spesialist som gikk gjennom den og sikret det faglige innholdet i den. Og*

når det her var bare en spesialist for eksempel som var på jobb i denne perioden så, var det jo naturlig å tenke at vedkommende fikk et visst etter slep. (Informant 5)

4.3.3.3 Er det mange former for målinger?

En av fagpersonene sa følgende om New Public Management og målinger:

- *Jeg tenker at effektivitet og økonomi er redskaper for å måle. (Informant 1)*

Det trekkes også frem at man blir kontrollert på jobben som man gjør gjennom flere målinger. Ledere kontrollerer at de ansatte har gjort den jobben de skal gjøre, men kan kanskje vanskelig si noe om kvaliteten på jobben:

- *..de har jo innsyn i alle mine journaler og de kan gå inn å sjekke at jeg har fulgt malen for inntakssamtale, og at jeg gjør klinisk beslutning etter seks uker og at jeg setter rett, nei at jeg har satt den diagnosen som utløser eh... ja at det blir rette koder i forhold til oppgjør og sånne ting. (Informant 1)*
- *Nei de går inn og ser, det er noe som heter internkontroll da. Så da går vi inn og ser, ja går inn i epikriser og går inn i journalen. (Informant 3)*

En av lederne sa at det er fokus på målinger, men at disse målingene ikke nødvendigvis klarer å fange opp kvaliteten, men er mer en kontroll:

- *Ellers ja, fokus på mye måling og registreringer. Og et fokus dreier mer mot det, enn mot den faktiske kvaliteten på arbeidet som gjøres. (Informant 5)*
- *Fordi en epikrise tid sier lite om hvilken type behandling pasienten har fått, om den er faglig god eller dårlig. (Informant 5)*

4.3.3.4 Hva skjer om man ikke utfører jobben innenfor forventede rammer?

Spesialistene trodde at det var få konsekvenser om man ikke utførte jobben innenfor forventede rammer. De hadde ingen tanker om at hvis man ikke kollektivt leverte innenfor forventet aktivitet, så kunne det få konsekvenser. De ble spurt om hva som skjedde om de ikke klarte å levere innenfor forventede rammer:

- *Nei det tenker jeg ikke nødvendigvis at de hadde fått vite. (Informant 1)*
- *Du det vet jeg ikke. (Informant 2)*

Lederne var mer bekymret for hva som kunne skje om man ikke leverte, og de forventet også at det kunne komme negative reaksjoner:

- *Ja. Det tenker jeg man må forvente ja. (Informant 3)*
- *..fra klinikkjef fått mye mer kritiske kommentarer og krasse kommentarer i forhold til å ikke levere innenfor de økonomiske rammene. (Informant 5)*

4.3.3.5 Kontroll og tillit

Det ble sagt at det er viktig med dialog mellom ledelse og de som utfører faget.

- *.. dialogen, den blir kanskje ikke-eksisterende eller at den fungerer ikke, og da.. eh da forvitres faget. (Informant 1)*

En informant sa at hvis dialogen forsvinner, så er det en fare for at folk slutter.

- *.. da slutter folk, også mister man ut, det blir en lekkasje av fagfolk, det er det jeg tenker er i ferd med å skje på min arbeidsplass. (Informant 1)*

Det var også en informant som sa at:

- *Skal beholde gode tjenester og ha en bra faglig kvalitet på det som drives, samtidig som vi skal ha en tydelig økonomistyring som skal føre oss et ønsket sted, så krever det en ekstremt tett dialog mellom ledere og fagpersonell. (Informant 3)*

Spørsmålene om tillit ble delt opp i forhold til profesjon, ledere og spesialister. Spesialistene svarte på om de følte at deres leder hadde tillit til dem:

- *Altså jeg tror at, at, jeg har aldri fått noe inntrykk om at de over meg ikke synes at, at den jobben jeg gjør er god nok eller, er for dårlig. (Informant 2)*

Lederne sa at de hadde en høy grad av tillit til sine ansatte:

- *Jeg har egentlig ganske god tillit til de, jeg tenker at det er en gruppe som er opptatt av nettopp det her fag, og gjøre en best mulig jobb for pasienten. (Informant 3)*
- *Jeg vil si at med de, både avdelingsleder og seksjonsleder jeg har hatt, så har jeg hatt ganske stor autonomi. Jeg føler jeg har hatt ganske stor tillit. Og et handlingsrom som er, klarte å jobbe innenfor. (Informant 5)*

- *Jeg har høy tillit til mine ansatte. Det er en annen ting med dette ledersystemet som plager meg litt. Selv om at jeg ser at enkelte trenger å bli sett litt i kortene, er det ubehagelig at vi må kontrollere dem så mye. Jeg har ansatt noen mennesker for å gjøre en jobb. For meg er det rart og skal gå etter dem for å se at de gjør jobben sin. Jeg er satt til min jobb og de er satt til sin jobb. (Informant 6)*

Det ble sagt av lederne at selv om de følte en tillit til sine nærmeste ledere, så hadde de ikke den samme opplevelsen av tillit fra ledere lenger opp i systemet.

- *Mens at hvis vi da trekker oss et nivå lenger opp og ser på klinikk sjef, så føler jeg at der var det mye mer pirking enn det jeg opplevde på lavere nivå i organisasjonen. Så der opplevde jeg igjen at man har litt mindre tillit, skal heller gjøre litt mer slik man får beskjed om, slik at tallene ser bra ut. Men man opplever jo at man blir kontrollert. (Informant 5)*
- *Der er det høyt fokus på økonomiske krav, og svært ubehagelig om man ikke leverer innenfor de økonomiske kravene. Det er sjelden vi opplever sanksjoner, men det ligger ofte en slags trussel i rommet om at noe blir å skje. (Informant 6)*

Lederne ønsket å kunne være med å forsikre seg at jobben ble gjort:

- *Der har man jo også et fokus på drift og ressurser og plass situasjon, og slike ting det er jo en psykiatrisk enhet. Og sånne ting man også må fokus på. Prøver å være mye tilstede, snakke med folk. Hva står de i, hva tenker de? Også pleier jeg også gå inn i journalsystemet, for å se litt hva som tenkes rundt pasientene da. (Informant 3)*

4.4 Oppsummering empiri

Jeg intervjuet tilsammen 7 personer, av dem var 3 spesialister og 4 ledere. Fra disse intervjuene har det kommet fram mange viktige og interessante funn. En del av spørsmålene fikk svar som er sammenfallende.

Funnen har gitt et grunnlag for videre drøfting opp mot teori.

5.0 Drøfting

Jeg har valgt å organisere drøftingen min etter forskningsspørsmålene. Først diskuterer jeg hvilken innvirkning NPM-modellen har på lederrollen, deretter om modellen har ført til et endret fokus på fag. Videre drøfter jeg hva kontroll gjør med tilliten. Til slutt har lager en kort oppsummeringsdiskusjon.

Før jeg går i gang med selve drøftingen av funn fra studien vil jeg si noe om en generell oppfatning jeg fikk fra intervjuene angående informantenes oppfatning av modellen. Det var flere av deltakerne som mente at New Public Management handlet om styring av ressurser, spesielt økonomiske ressurser.

Fagpersonene sa at dette er en modell som ble innført for å gi en tydeligere økonomistyring, og etter deres mening handler modellen primært om økonomi og kontroll. De som ble intervjuet hadde en forståelse av at New Public Management ble innført med en ambisjon for å gjøre forbedringer, men inntrykket fra intervjuene er at man påpeker flere svakheter med modellen. Spesialistene sa at de hadde en følelse av å drive en helsetjeneste som gikk på samlebånd. Einarsen og Skogstad (2015) skriver om «*McDonaldiseringsten*», hvor man ser en utvikling som innebærer effektivitet, forutsigbarhet og kontroll. De sier at behandlinger av pasienter er preget av samlebåndproduksjon, der man har «*McDoctors*» som tilbyr tjenester som er mer spesialisert enn før, med mål om å være mest mulig effektiv (Einarsen og Skogstad 2015).

Spesialistene tok opp at de opplevde at det er vanskelig å få spesialister og behandlere til å ta lederroller. Her viser undersøkelser at etter innføringen med enhetlig ledelse, så har ikke tallene på spesialister i lederstillinger på toppledelse og avdelingsledelse forandret seg så mye. Ser man utelukkende på avdelingsledere i helseforetakene som er medisinere, så var andelen 40% medisinere med denne rollen i 2005, og i 2009 var tallet 39%. Ser man på sykepleiere i samme periode, så var 55% avdelingsledere sykepleier i 2005, i 2009 så hadde denne andelen sunket til 48% (Askvik et al. 2011). Spesialistene som ble intervjuet sa at det var andre yrkesgrupper som nå presset på for å få være ledere, slik som for eksempel sykepleiere og sosionomer. Ser man på tallene for sykepleiere i toppledelse og avdelingsledelse har de heller ikke forandret seg så mye i perioden som er undersøkt. Forskningen i denne oppgaven er fra Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Nordlandssykehuset, tabellen under er hentet fra leder på avdelingen, og viser at det ikke har vært en markant økning på ledere som har annen yrkesgruppen enn psykolog eller lege.

ÅR	LEDERE	LEDERE SOM IKKE ER PSYKOLOG ELLER LEGE
2015	20,8	12
2018	19,4	14

Tabell 3: Utvikling av gjennomsnittlige månedsværk for ledere som er i bruk i BUPA 2015 og 2018 Kilde: Leder BUPA.

Det ble trukket frem at mange lederledd førte til at man ikke kjente lederne øverst i systemet, og at disse ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om hva man egentlig gjorde. Når man ikke har nok kunnskap om hva innholdet i tjenesten er, så er det for lederne et poeng å kunne overvåke og måle noe som er forståelig, slik som økonomi, innleggelses og lønnsutbetalinger. Dette kan ses i lys av Agent-Prinsipal teorien. Det er en reaksjon på lederstrukturen, hvor man har en Principal som er leder, og en agent som er fagperson. De er like avhengige av hverandre, fordi agenten trenger lønn og budsjett for å utføre sin jobb. Prinsipalen trenger å ansette agenten for å kunne utføre jobben, siden det er agenten som har fagkompetansen. Utfordringen er at Prinsipalen egentlig ikke kan nok om faget til å si om agenten gjør en god jobb eller ikke. Det kan også være en asymmetri med at agenten utnytter Prinsipalens manglende kunnskap om tjenesten. Sanksjonen for dette har vært å innføre en detaljert overvåkning på temaer som er forståelig, slik som budsjetter og aktivitet (Torfing 2016). En av årsakene til dette kan være at lederne har behov for å rapportere noe som er forståelig, slik som aktivitet og økonomi.

Lederne sa at New Public Management i sykehusene har for høyt fokus på økonomi og økonomiske styringsindikatorer. Finansieringen til sykehusene er bestemt på bakgrunn av aktivitetskomponenten (hovedkomponent hvor fordelingen er 60% rammefinansiert og 40% innsatsstyrt finansiering), mobilitetskomponenten (om pasienter mottar spesialisthelsetjenestebehandling på sykehus utenfor sitt eget opptaksområde, da utløses det en oppgjøringsordning mellom helseforetakene), kostnadskomponenten (faktorer som påvirker kostnader slik som forskning, undervisning, reiseavstander for pasientene) og behovskomponenten (basert på befolkning i området ut fra alder og sosioøkonomiske kjennetegn) (NOU 2008:2). Disse komponentene er med på å gi en økonomisk ramme for sykehusene, som i utgangspunktet ikke forandrer seg noe om man har stabil aktivitet over tid. Hvis aktiviteten går ned, mister man en del av den økonomiske finansieringen, gjennom en eller flere av komponentene. Lederne sa at systemet med disse styringsindikatorene oppleves også

som en straff om man ikke klarer å levere innenfor forventet aktivitet, som fører til at man mister finansiering. Hvis man behandler mindre pasienter enn man gjorde året før, så vil man miste midler i budsjettet til neste år, basert på at aktiviteten er gått ned. De følte seg tvunget til å opprettholde en høy aktivitet.

5.1 Hvordan innvirkning har modellen på lederrollen?

En typisk dag på jobben for en leder består av å starte med å orientere seg for hvordan man skal styre ressursene i løpet av dagen, eller om man trenger å hente inn ekstra personell. Så deltar lederne på møter sammen med miljøpersonell og behandlere. Dette møtet er en rapport fra det som har skjedd i enheten for det siste døgnet, hvor man også skal skape et overblikk over hvordan situasjonen er i enheten, om det er mange pasienter og hvordan oppfølging pasientene trenger. Disse møtene er med på å kunne gi lederne et lite overblikk over aktiviteten i enheten. Lederne hadde også en del fast møteaktivitet fordelt på dagene i løpet av uken. Dette kunne for eksempel være møter med sine ledere, det man kaller for ledermøter, for å kunne gå gjennom tall for økonomi og aktivitet. Lederne var involvert i oppfølging av personal, driftsmessige spørsmål og styring av ressurser.

Ledere som ble intervjuet fortalte at måtte fordele oppgaver i forhold til ressursene man har til rådighet, og de måtte også vurdere om man trengte å hente inn mer ressurser i form av mer personell. Man skal som leder sikre seg at oppgavene blir utført på en god, hensiktsmessig og effektiv måte, men innleie av personell har innvirkning på økonomien. Lederne sier de forsøker å drifte slik at man havner i pluss på budsjettet, fordi man er redd for hvilke konsekvenser man kan få om man ikke klarer å levere innenfor den økonomiske rammen. Hvis enheten klarer å levere en aktivitet og tiltak som forventet, vil man kunne få refusjoner av staten i forhold til aktiviteten. Hvis man ikke har nok aktivitet og tiltak, vil man miste en del av finansieringen, fordi man ikke får nok refusjoner. Dette er en form for å lede på som man kan kalle for «*gulrot og pisk*». Myndighetene har forskjellige tiltak som skal regulere om man ikke leverer (pisk), og økonomiske refusjoner om man klarer å levere innenfor aktivitet og budsjett (gulrot). (Bemelmans-Videc et al. 2003)

Informantene fortalte at de følte mye ansvar for det økonomiske budsjettet. Lederne som jobbet i sengeenheter fortalte deres type tjenester har momenter som endrer aktivitet og bruken av ressurser, slik som for eksempel hvor mange pasienter som er innlagt. Det betydde at man hele

tiden måtte se på ressursene som var tilgjengelig, og planlegge så godt man kunne i forhold til de kjente faktorene. Det var veldig vanskelig å skulle gardere seg mot alle de mulige og ukjente faktorene, slik som at det kan komme en ny innleggelse som krever tett oppfølging. Lederne var derfor avhengige av god dialog med fagsiden og spesialistene for å kunne gjøre gode vurderinger. En leder fortalte at de kunne ha full avdeling, men at det opplevdes som rolige vakter for personalet. Mens andre ganger kunne det være noen få pasienter som skapte mye jobb og uro på grunn av at de hadde dårlig fungering eller var veldig syke. Det førte til at de ofte måtte forsvare bruk av midler og ressurser, når det på papiret så ut som om de hadde lav aktivitet, men hadde høyt forbruk av personell og økonomi. Dette opplevde lederne som svært slitsomt, da ledelse lenger opp i systemet hadde dårlig forståelse for det de informerte om i forhold til situasjonen i enhetene. En sa at de måtte informere om dette på oppfølgingsmøter, så forlot de møtet med et inntrykk av at lederne der forstod problemstillingen, så på neste møtet fikk de samme kritiske spørsmålene. Mikkelsen (2019) sier at detaljstyring er utmattende fordi man hele tiden blir fortalt at man må forbedre seg. Hun sier videre at detaljstyring er en trend nå, fordi man er redd for å ikke ha full oversikt og kontroll.

Lederne sa at de har handlingsrom innenfor driften, men er samtidig blitt veldig ansvarliggjort for hvordan de drifter. De har en frihet for å bestemme bemanning og kompetanse, men må samtidig tenke på mange andre faktorer enn bare økonomi. De fortalte om pasienter som skulle følges opp, aktiviteter som skal utføres, møtevirksomhet, reiser, øyeblikkelig hjelp-beredskap for å nevne noen. I tillegg sa lederne at de hadde et stort ansvar for sikkerheten til de ansatte og pasientene på enhetene. Som leder ble de gjort ansvarlig for overforbruk på enheten, som førte til at de ved eventuelle tvilstilfeller for om de skulle forsterke bemanningen eller ikke, kunne la være å forsterke for å unngå overforbruk. Dette ble beskrevet som svært krevende for lederne, og at det gikk veldig inn på dem om de hadde tatt feil avgjørelse. Ansvar handler om å ta arbeidsoppgaver og forpliktelser på alvor, hvor ansvar ikke er noe en har men noe en tar, som gir lederne en følelse av plikt (Karp, 2014).

Lederne som ble intervjuet trakk frem at de hadde et høyt fokus på økonomi og aktivitet. Deres ledere over dem etterlyste endringer og tiltak for at man skulle holde seg innenfor de økonomiske rammene, og at man hadde en aktivitet som sikret inntekter. Lederne fortalte at det i de siste årene har vært svært utfordrende å rekruttere spesialister inn til Nordlandssykehuset, som fører til at man har problemer med å levere innenfor de bestemte fristene for pasientbehandling. Dette fører til at forventet aktivitet går ned, og inntjening gjennom

refusjoner for pasientbehandling går ned. Dette fører til en negativ spiral, som er utfordrende å snu for lederne.

Spesialistene hadde frister de måtte forholde seg til, slik som frist på å skrive ferdig epikrise (standardrapport etter endt opphold/undersøkelse), som de merket et press på for å få ferdig. Spesialistene fortalte at de er fortvilte over det de mener er standardiserte behandlingsopplegg, hvor de er engstelig for at dette skal gå ut over kvaliteten i behandlingen. De fortalte om en følelse av at de har ledere som er veldig opptatt av aktivitet og økonomi, når det er syke mennesker som burde være fokus. Wyller et al. (2013) sier at dagens styringsideologi har en kurs som fører oss bort fra pasientene. Det er blitt for stort fokus på økonomi og effektivitet, noe som har gitt dårligere kliniske tjenester, fordi leger må bruke så mye tid på møter og dokumentasjon. Det er økonomisk ineffektivitet på grunn av mer byråkratisk kontroll, og en kompetanseflukt som følge av styringsideologien New Public Management.

Med New Public Management har intensjonen vært å skape en mer profesjonell lederrolle, dette er en av de filosofiske målene med modellen. Dette er en kontrast til tidligere ledelse – som var mer opptatt av faget (Askvik et al. 2011). Informantene var alle opptatt av fag, som jeg kommer tilbake til, men samtidig oppga lederne at det var viktig å ha en oversikt over aktivitet og økonomi. Det var de som var ansvarlig for driften, og de ble gjort ansvarlige for at enheten leverte innenfor rammene. Det var forventet at de skulle ha oversikt over budsjett, inntjening og lønn til ansatte.

Ledere har fått mer ansvar i forhold til budsjettansvar, og det er blitt flere ledernivå blant annet for å kunne følge opp dette ansvaret. En rapport fra SINTEF fra 2007 viser at det i foretakene innenfor sykehus er valgt en annen organisering i forhold til ledernivå. De fleste sykehus har innført et lederledd med *klinikkjefer*, som kan ha en lederrolle på tvers av geografiske steder (Askvik et al. 2011). En oversikt fra 2009 viser at dette lederleddet var i 71% av sykehusene, og at mange av foretakene hadde gått over til fire lederledd under Direktøren, mot to til tre som var tidligere (Askvik et al. 2011). Dette er tilfellet for Nordlandssykehuset, som har klinikker med klinikkjefer.

Et av intervjuobjektene som var leder trakk frem at jobben har høy psykisk belastning som følge av høye krav. Det var utfordrende og vanskelig å skulle være leder med alle formene for styring, krav og på motsatt side et ønske om å opprettholde et sterkt faglig fokus. Som leder ble man

trukket i mange forskjellige retninger, som til tider gjorde hverdagen svært utfordrende. Det sterke ønske om å kunne være en leder som fremmet fagsiden sin sak, samtidig som det var et ønske om å kunne levere innenfor de forventede rammene, gjorde jobben til en plass hvor man følte seg som en konstant skyteskive. Vedkommende trakk frem et brennende ønske om å være en god leder, som kunne hjelpe ansatte og pasienter. Det kostet til tider mye, og var av en slik art at det kunne gå ut over privatlivet, hvor man var sliten og utkjørt til tider. Det kostet også å hele tiden mobilisere for å kunne gå på jobb, og utføre jobben på en slik måte at man var den bautaen som det er forventet at en leder er. Vedkommende trakk fram at som leder må man representere gode holdninger og håp, hvis man ikke klarte det måtte man revurdere sin egen jobb. Forskning som er gjort generelt på ledere trekker frem ledere som viser psykisk modenhet gjennom selvtillit, balanse og kontroll, selvstendighet og integritet blir sett på som gode ledere som motiverer og samler (Einarson og Skogstad, 2015).

Lederne i undersøkelsen satt i en posisjon hvor det var utfordrende for hvor de skulle legge sin lojalitet. De var klar over at om de ikke leverte innenfor forventede rammer innenfor aktivitet og økonomi, kunne det bli spørsmål om omorganiseringer internt, endret tilbud eller at enheten ble lagt ned og tilbudet overført andre steder. Det var beskrevet at man tidligere hadde mistet midler og stillinger, som ble opplevd som svært utfordrende på de lederne som var involvert. De hadde stor lojalitet til systemet og sine ledere, selv om de ikke var enig i fokuset fra ledelsen og hvordan de tenkte på driften. Samtidig hadde lederne en lojalitet til sine ansatte, og denne oppgaven har fokusert på forholdet mellom ledere og spesialister. For å verne de som drev med fag, tok lederne mange av de store diskusjonene med ledere lenger opp i systemet, hvor de forsvarte driften gang på gang.

5.1.1 Hva er forståelsen av ledelse og lederrollen?

Spesialistene ønsket ledere som kunne tilrettelegge for dem, for at arbeidsdagen skal gå med til mest mulig pasientkontakt. «*Det er ledernes overordnede ansvar at organisasjonen går rundt*» (Informant 1). Spesialistene sier at ledere skal sørge for at enheten er besatt med personell som har rett kompetanse for å behandle pasientene som blir henvist. Det er en forventning at ledere skal iverksette innføringer av forskjellige nye implementeringer, og at lederne tar ansvar i slike prosesser. Samtidig oppleves det vanskelig for spesialistene at de har ledere som detaljstyrer.

Målstyring kan være et godt verktøy, men det må brukes rett. Slik som det brukes nå, så bryter det med tilliten til fagsiden, hvor man har vært overraskende detaljstyrt (Mikkelsen, 2019). Spesialistene følte seg detaljstyrt, og de beskrev fulle timebøker, og beskrev et høyt arbeidspress og dårlig tid. En av spesialistene fortalte at hvis man for eksempel skulle utføre en somatisk undersøkelse for å gå gjennom medikamenter, så hadde man lite avsatt tid. Dette kunne være en pasient som hadde vanskelig for å få relasjon til behandlerne, også på akkurat denne undersøkelsen så klarte pasienten å åpne seg, hvor man da ikke hadde tid for å la pasienten føle seg imøtekommet med sine problemer. Dette var et av flere eksempler på at man hadde utfordringer som følge av at man som spesialist ble styrt på timebøker, avtaler og innhold i avtalene

Lederne trakk frem at de ønsket å være gode rollemodeller for de ansatte, og forsøke så godt de kan å være motiverende for de ansatte. Som leder så er du en rollemodell, og gode relasjoner gir god ledelse (Jonassen, 2017). Lederne så på seg selv som tilretteleggere for å gjøre personellet best mulig, men også styre ressursene på en slik måte at man kunne yte den best mulige behandlingen til pasientene. De ønsket hele tiden å handle til det beste for sykehuset, personalet og pasientene. Dette innebar å ta avgjørelser, også de som kunne bli upopulær blant de ansatte, følge opp personell og fordele oppgaver. Lederne beskrev at de hele tiden ønsket å ta best mulig avgjørelser, og at de derfor ønsket å lytte til hva som kunne være de beste løsningene. Selv om de noen ganger måtte ta en avgjørelse uten denne prosessen. En beskrev lederrollen som en rolle hvor man skulle stå frem når det stormet, og være i bakgrunnen på solskinnsdager.

Det ble også tatt frem at lederrollen hadde forandret seg på de siste årene. Dette innebar at lederne hadde fått mange flere administrative oppgaver enn man kanskje hadde tidligere. Det er mye å sette seg inn i for lederne, for eksempel lovverk, dataprogrammer og kunnskap om drift. En leder skal tilrettelegge for de ansatte, være bevisst på styrkene og svakhetene til de ansatte og styre ressursene på en god måte. Einarson og Skogstad (2015) viser til en rolleteoretisk tilnærming hvor man kan tenke seg at både personen og lederrollen kan sette begrensninger og muligheter innenfor ledelsespraksis innenfor rammen man har som leder. Derfor er det viktig for leder å interagere med de ansatte, og forholdet dem imellom. Utsagnene er med på å vise at det har vært en utvikling for lederne, hvor de beskriver en større profesjonalisering, som har vært et av målene til New Public Management. Lederrolle har i seg selv et sett med instruksjoner, forventninger, fullmakter og ressurser. Disse er ikke fastsatt, men

kan reforhandles, utprøves og fortolkes. Det er også av stor betydning hvordan rolleinnhaveren tolke rollen i forhold til sine egne ressurser og oppfatninger (Einarson og Skogstad, 2015).

Handlingsrommet som lederen har blir ofte dannet av lederens egen oppfatning. En leder har visse faktorer som man må forholde seg til, men de har også mulighet for å påvirke de ansatte og produksjonen i en retning som de ønsker. Lite handlingsrom kan også være et resultat av liten vilje hos leder til å finne ut hva som er mulig, dette kan være en frykt eller usikkerhet for å ta ansvar om det skulle gå galt (Einarson og Skogstad, 2015). Ordet «*fryktkultur*» ble brukt av noen av informantene, hvor man beskrev et system som hadde gitt dem en engstelse for å gjøre feil. Dette kunne for eksempel dreie seg om avgjørelser de tok, som de ikke nødvendigvis mente var rett, men at det var forventet at de gjorde det. De følte at de hadde lite handlingsrom, men det mente de var en følge av hvordan systemet har blitt. Nyseter (2016) mener at New Public Management har ført til en fryktkultur som sprer seg i helsevesenet, som følge av rapportering og kontroll av ansatte, mål- og resultatstyring.

Ledere må gjennom sin rolle ta ansvar for driften og økonomien for å kunne skape gode resultater. Dette er en vanskelig oppgave, som flere av lederne beskriver, hvor de beskriver at en av de største utfordringene er å balansere mellom populære avgjørelser for å fremme de ansatte og faget de jobber med, sett opp mot kravene fra regjering og ledelse i forhold til aktivitet og økonomi. Ledere må ta på seg et ansvar for å sikre resultater, mulighet for medarbeiderne å utføre jobben sin, engasjere og inspirere, og legge til rette for samspill og utvikling (Stenberg, 2014).

Spesialistene ønsket en leder som kunne tilrettelegge for dem, og som hadde en oversikt på et overordnet nivå. De ønsket ikke en leder som kontrollerte dem, men ledere som var en støtte for å få frem det beste i hver medarbeider. Dette betyr at de ønsket ledere som kjente til faglige styrker og svakheter, for å styrke svakhetene og kunne fordele styrkene på hensiktsmessige måter. Etter deres oppfatning var det svært viktig å ha ledere som forstod hvilke ressurser som var til rådighet.

5.1.2 Enhetlig ledelse

En av hensiktene med New Public Management er å kunne få frem rendyrkede ledere som vier seg fullstendig til lederrollen. Man ønsket å komme litt bort fra ledere som hadde delte roller,

det vil si at de innehar en lederrolle og en fagrolle (Askvik et al. 2011). Med å skille på fag og ledelse skulle man få større klarhet i målene man hadde som organisasjon og tjeneste, og dette er en av grunnene til innføring av enhetlig ledelse. Januar 2006 ble det sendt ut 2500 spørreskjema til leger som jobbet på sykehusene for å høre om reformen hadde nærmet seg eller fjernet seg fra målene. I gjennomsnitt svarte legene at man hadde fjernet seg fra målet om bedre organisering og bedre kvalitet. Målsettingen bedre medisinsk kvalitet mente 38% at man hadde fjernet seg fra målet, mens 8% mente at man hadde nærmet seg målet. 58% mente at produktiviteten hadde blitt bedre. 49% sa at reformen hadde hatt negative effekter for sykehusene, mens 18% mente det var positive effekter (Aasland et al. 2007). Enhetlig ledelse er en form for organisering som har blitt sterkere innen helseforetakene i landet. En rapport fra Sintef viser at i 1999 var ca. 12% av enhetene organisert med en enhetlig leder, mens i 2005 hadde dette tallet økt til 87% (Harsvik og Kjekshus, 2007).

Med enhetlig ledelse så har lederroller som krevde kompetansen lege, blitt utvisket, og legene har mistet retten til å kun bli ledet av leger (Askvik et al. 2011). Nå er det blitt mer åpnet hvilken yrkesgruppe som skal være leder, og en av yrkesgruppene som er blitt en stor konkurrent er sykepleierne. Fordeler med dette er at sykepleierne ikke kommer i samme lønnsgruppe som legene, og viktig fagkompetanse ikke blir bundet opp til administrative oppgaver som kan løses av andre yrkesgrupper enn leger. Sykepleiere i lederstillinger har også tatt videreutdanning innen ledelse, som er med på å heve lederkompetansen. Av de intervjuede lederne, hadde alle tatt lederutdanning, og to av dem hadde master innen ledelse. En undersøkelse fra 2009 viser at for avdelingsledere som jobber ved norske helseforetak, hadde 83 % av sykepleierne som var leder en formell lederutdanning, mens hos de lederne som var leger så var det 50% som hadde formell lederutdanning.

Spesialistene sa at de syntes det var rart med å ha oppdelte grupper som skulle jobbe i samme miljø, slik at det ble en leder for miljøpersonalet og en leder for de som jobbet i stab. Samtidig mente de det var utfordrende å jobbe med en leder som ikke hadde en profesjon innenfor faget som vedkommende skulle lede. De mente at det ikke var noen fordeler med at de hadde en leder som hadde annen profesjon, fordi for dem var det viktig å ha en leder som forstod hva de drev på med. En mulig fordel var at med en annen leder så kunne man bruke fagspesialister til å jobbe med pasienter og fag. Kjekshus (2013) sier at ledere som er sykepleier har et stort kontrollspenn, og legene får mindre stedlig ledelse. Legene havner i små legeseksjoner, mens

sykepleierne har ansvar i store avdelinger. Dette fører til at legene synes de får mindre kontakt med leder, enn de tidligere hadde.

Lederne mente at det er fordeler med enhetlig ledelse, og at det kan virke samlende og styrkende for de ansatte. Det er en fordel at alle har samme leder å forholde seg til, og at det er nærhet til leder. En fordel med enhetlig ledelse er at man ikke binder viktige fagpersoner opp i oppgaver som kan gjøres av andre. På tross av fordelene var det svært utfordrende å være leder for spesialister, psykologer og leger. Dette fordi man var avhengig av at de leverte på en slik måte at man var innenfor de økonomiske rammene, og at man har en aktivitet som er bedre enn man forventet. Flere tiltak og aktivitet, er med på å gi mer finansiering. Som leder med treårig utdannelse, slik som sykepleier, var det en oppfatning at man ikke kan bestemme hva spesialistene skal gjøre. De forsøkte å legge et press for å få frem utskrivelser når enheten var full, men selve behandlingen kunne de ikke bestemme over, det har de ikke rett kompetanse for å gjøre. Flere av lederne trakk frem en utfordring med dette, og en brukte ordet *kollisjon* for å illustrere hvordan det kunne oppleves.

5.1.3 Fokus på effektivitet

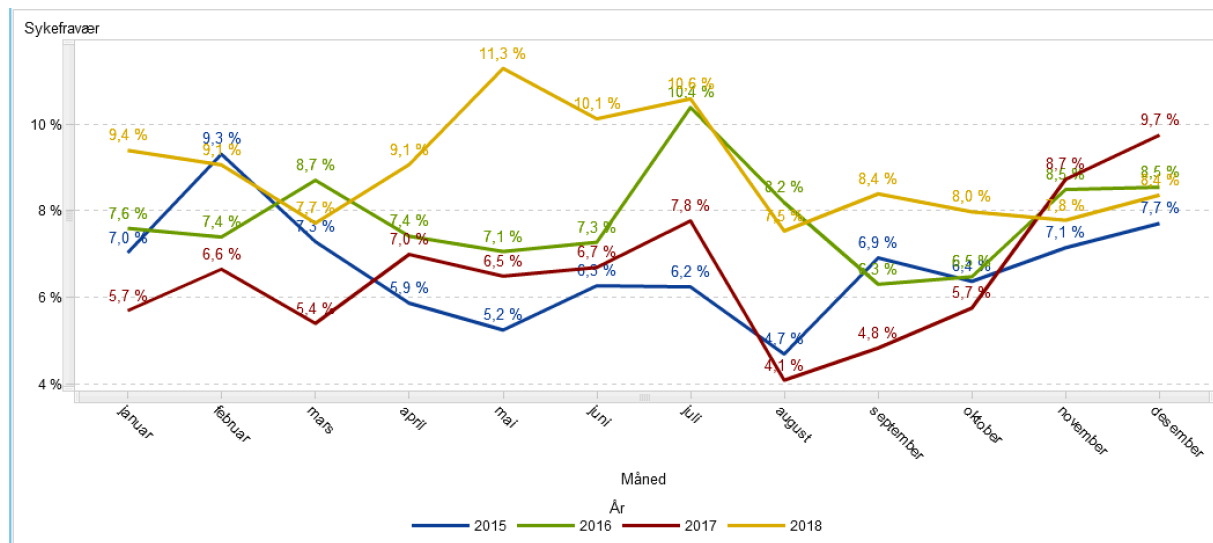
Effektivitet i et New Public Management-perspektiv handler om å yte best mulig behandling billigst mulig. Det er fokus på effektivitet for å kunne behandle flest mulig pasienter og for å sikre inntekter for sykehuset, og man har innført ulike former for ordninger for å bedre effektiviteten. Et eksempel er innføringen av *Innsatsstyrt finansiering (ISF)*, som gir inntekter i forhold til hvor mange pasienter som blir behandlet. Dette systemet bygger på en «*DRG-klassifisering*» (*DRG*), som står for Diagnose relaterte grupper. Det baserer seg på en utregning for hvor mye en spesiell diagnose skal koste, også blir man finansiert etter denne satsen og antall som har mottatt behandlingen (Hatland et al. 2018).

Spesialistene og lederne som ble intervjuet kunne fortelle at det hadde vært en høy aktivitet på arbeidsplassen over lang tid. Det var et høyt press på å ha effektivitet i form av antall behandlede pasienter, antall tiltak og antall innlagt på sengeenhetene. De følte seg sliten og presset, og det var en formening om at dette skapte sykemeldinger og kunne føre til at personell sluttet. Dette stemmer nok mye med hva man ser etter innføringen av ISF, hvor man har sett at det er en stor økt aktivitet. For eksempel så kunne man se på Akuttenhet for Ungdom en økning fra 65 innleggelser i 2006, til 126 innleggelser i 2016 (tall hentet fra leder på enheten). Tabellen under

viser syketallene for BUPA de siste årene. Den viser en økning i 2018, hvor de har et sykefravær på 8,9%.

ÅR	Gjennomsnitt sykefraværprosent
2015	6,7 %
2016	7,5 %
2017	6,5 %
2018	8,9 %

Tabell 4: Snitt i sykefravær BUPA. Kilde: SAS-portalen NLSH



Figur 1: Viser utvikling av syketall i BUPA i tidsrommet 2015 – 2018 per måned. Kilde: SAS-portalen NLSH.

Informantene hadde en opplevelse av at de ble færre ansatte, samtidig som de skulle ha samme aktivitet som om alle var på jobb, eller helst en større aktivitet. Tabellen under, viser stillinger i bruk i avdelingen i tidsrommet 2015 – 2018.

ÅR	STILLINGER I BRUK
2015	151,9
2016	143,3
2017	136,3
2018	137

Tabell 5: Stillinger i bruk i BUPA regnet i gjennomsnitt

Med et økende sykefravær, og et synkende tall på antall stillinger, vil det være en høyere aktivitet på de som er igjen på jobb, noe informantene sa. De opplevde høyt press, og en slitenhet som følge av at de hadde for mye å gjøre. Det er et mål å sikre rask og god behandling, men de intervjuede trakk frem at de ikke følte at de var ferdig med behandlingen før de måtte avslutte den. Dette på grunn av at det var et press på enhetene for å ta imot nye pasienter, man måtte unngå at andre saker fikk fristbrudd, og at aktiviteten ble opprettholdt. Ledere har som oppgave å sikre at medarbeiderne har rett adferd og er effektive (Askvik et al. 2011).

Det vi vet med sikkerhet er at etter innføringen av modellen så er det visse faktorer som har endret seg:

- Sykehusenes aktivitet målt i antall behandlede pasienter har økt.
- Ventetiden har gått i bølger.
- Økonomiske effekten har økt.
- Sykehusene gikk med store underskudd fram til 2009, så snudde det. Nå ser man tendenser til at man har problemer med å holde budsjettene igjen.
- Arbeidsmiljøene varierer. Det er rapporter om at ansatte mener de har manglende medbestemmelse, stress, redusert jobbtrygghet. Det er også rapportert om det motsatte. (Hatland, 2018)

Lederne som ble intervjuet trakk frem kvalitetsindikatorer som et tiltak som ga enda større fokus på effektivitet. På grunn av det er forventet en aktivitet knyttet opp mot disse indikatorene så ble man tvunget til å tenke effektivitet, konsekvensen var at man kunne oppleve å miste midler. En kvalitetsindikator er for eksempel at man skal skrive en sluttrapport, som kalles epikrise, innen 7 dager etter avsluttet behandling. Hvis man ikke klarer det så får man fristbrudd. Slik type aktivitet blir telt opp og målt, og man sammenligner seg også på nasjonalt nivå. Det var en formening fra en av informantene at dette førte til at man ble kreativ i bokføringene, både her og ved andre foretak. Dette fordi man har problemer med å oppnå måltallene, så må lederne sette press på fagfolkene for at de skal levere innenfor styringsmålene. Det tvinger behandlerne og spesialistene til å finne de dyreste tiltakene under behandlingen og forkorte timene slik at de må ha flere og kortere behandlinger (Friberg, 2015).

Fristbrudd på henvisninger og retten til helsehjelp innenfor frister er nye tiltak som man må forholde seg til. Det var forståelse for at det var satt frister, og at intensjonen var at pasienter

skulle få rask hjelp og slippe unødvendig belastning med å stå lenge i helsekø. Det negative med dette ifølge informantene, var at det førte til at man kanskje ble for snar med å gjøre andre saker ferdig. Alle spesialistene stilte ofte seg selv spørsmål om de hadde gjort alt de kunne før behandlingen ble avsluttet. Det var en bekymring for spesialistene å skulle havne i en situasjon hvor de hadde vurdert feil som følge av arbeidspress og tidspress. De følte på det ansvaret de hadde med en behandling, og mente at systemet slik det er nå, med alle kontrollene og byråkratiet, vil føre til at de får liten støtte om de gjør en feilvurdering. Om noe alvorlig skulle skje, så ville man oppleve at arbeidsplassen og eksterne revisjoner går gjennom journaler for å se om det er gitt rett behandling til pasienten. Det var ikke en redsel for å miste jobben de satt med, men en frykt for at de skulle få en tilbakemelding på at de feilbehandlet, og at de ikke fikk noen støtte fra sin arbeidsplass. Det ble referert til en historie med en behandler som følte seg sveket av arbeidsplassen, fordi de var opptatt av å se etter feil som var gjort i behandlingen etter en alvorlig hendelse, når man som arbeidstaker burde få støtte.

En av lederne sa at effektivitet blir satt opp mot aktivitet, og at dette var det er stort fokus på fra regjering, samfunn og arbeidsplassen. Det var mange målinger for aktivitet som var i enhetene, og disse tallene ble sammenlignet på nasjonalt nivå, internt i foretaket eller klinikken. Informanten sa at det ble fokusert bare på de negative tallene, uten at man skjønnte det større bildet. Et eksempel som ble trukket frem var at i et tilfelle så ble det i plenum trukket fram at enheten vedkommende var leder for hadde en synkende aktivitet, som ble beskrevet som bekymringsfullt av topplederen som la det frem. Da ble det av informanten påpekt at dette var en feil måte å måle aktiviteten på, fordi dette målte kun belegget som var i enheten. Sannheten var at aktiviteten var gått opp, med mange flere pasienter som var behandlet i døgnenheten, og man hadde fått ned den gjennomsnittlige liggetiden markant. I ettertid følte informanten seg svært lite imøtekommet, og fikk beskjed om at det var disse tallene som var utgangspunktet. Det ble også spekulert fra informanten om han havnet på «feil» side med lederen som følge av at det var sagt ifra, da denne lederen sluttet å hilse etter dette og var svært avvisende.

Økonomi og effektivitet har en innvirkning på kvaliteten på jobben som skal gjøres.

- *så hvis jeg for eksempel hvis du har et barn som du egentlig bare skal ta en blodtrykkskontroll så har du, eller vekt og sånn, eller du skal egentlig gjøre en kort somatisk kontroll. Også er det kanskje et barn som er vanskelig å komme inn på, som aldri egentlig vi har aldri egentlig fått ordentlig i tale, også hvis dette barnet plutselig åpner eller begynner å fortelle noe på dette undersøkelsesrommet også så*

skal du ha neste pasient om ti minutter så har du, øh så blir effektivitetskravet en sånn stopper (Informant 1)

5.1.4 Fokus på kvalitet

Det er utfordrende å måle kvalitet i en behandling, noe flere av informantene påpekte. En fortalte at det kunne være pasienter som følte de hadde fått god behandling, men at de i realiteten hadde fått en type behandling som kunne gjøre de mer institusjonalisert. Det kunne også være andre tilfeller hvor pasienten hadde fått veldig god behandling, men at pasienten selv var misfornøyd siden de egentlig motsatte seg å være på institusjon. Kvalitet er det vanskelig å finne gode målinger og statistikker på. Ifølge en rapport som er publisert tyder lite på at kvaliteten i sykehusene har endret seg (Hatland, 2018).

Under intervjuene kom det frem at man som spesialist var misfornøyd med kvaliteten de ga til enkelte pasienter, da de følte et press for å være raske og effektive. Det var spesielt to faktorer som spilte inn på presset for å være effektiv, og det var inntekter som følge av aktivitet i poliklinikk, og at man måtte skrive ut pasienter fra døgnenheter for å skape plass til nye innleggelser. Dette hadde ført at en av spesialistene hadde blitt det vedkommende omtalte som *«kreativ i bokføringen»*. Dette fordi at registrering av tiltak gikk på pasienter per time, så om en pasient har tre forskjellige timer så er det tre refusjoner. Om samme pasient har tre timer på en gang, noe som kan være hensiktsmessig i stedet for å dele de opp, så vil man få bare en refusjon, og ikke tre refusjoner som i det andre eksempelet. Det å kunne ha en familie til samtale i flere timer, for å jobbe intensivt med en storfamilie, for å gi en endring i dynamikken i familien ble vanskeliggjort med det nye ISF-systemet. Med stadig press om å ha en viss aktivitet i løpet av uken, måtte man føre flere tiltak på samme samtale. Dette ble opplevd som ubehagelig, men nødvendig av informanten.

Informantene som var ledere trakk frem at de opplevde at det var positive sider med høy effektivitet og at det var negative sider. En positiv er at pasientene får raskere hjelp, og at man er sikret en form for behandling som er standardisert. Det var en mening at uten dette presset så kan man risikere at behandlerne holder unødvendig på pasientene, med fare for at de kan bli institusjonalisert. Det ble presisert at det ikke nødvendigvis var slik, men at det var en høyere risiko for det hvis man ikke hadde frister å forholde seg til. En annen leder trakk frem at presset

kunne føre til at man ikke fikk utredet pasientene tilstrekkelig, og at det var en fare for at pasienter kunne få avsluttet behandling uten å være rett diagnostisert.

5.1.5 Hvor høyt fokus har økonomiske krav?

Det var viktig for lederne å være innenfor de økonomiske rammene, og at man kunne vise til en aktivitet som sikret enheten «livets rett». De fortalte at hvis man ikke tilstrebet god økonomi og aktivitet, så ble man sett i kortene, og som leder måtte man ha gode forklaringer på hvorfor man ikke klarte å levere innenfor de økonomiske rammene. For eksempel så fortalte en leder om en periode hvor det hadde vært lav aktivitet i enheten, da det er en akuttenehet som tar imot øyeblikkelig hjelp, så kan antall inneliggende pasienter variere. I denne perioden hadde enheten innlagt en veldig utfordrende pasient, som ble opplevd som farlig. Atferden til denne pasienten genererte i en periode på 6 måneder over 100 skademeldinger på personell, hvor noen av dem var alvorlige skader. For å ivareta sikkerheten til de ansatte, for at de skulle kunne føle seg trygge, måtte man ha mer personell på vakt som kunne ivareta pasienten på en god måte, også for pasientens sikkerhet. Dette genererte mange timer med ekstra vakter og overtid, samtidig som at man klarte på en god måte å ta vare på de ansatte og pasienten. Denne aktiviteten førte til at enheten brukte mer penger i en periode, som førte til at lederne høyere opp i systemet begynte å stille spørsmål med hva som hadde skjedd. Aktiviteten til enheten var gått markant ned, men antall personell på jobb var gått opp, og man brukte mer penger enn forventet i perioden. Som leder måtte vedkommende forsvare dette, fordi man ikke hadde klart å levere innenfor de forventede økonomiske rammene. Dette eksemplet viser hvor vanskelig det er å forstå driften for dem som er utenforstående, og den viser samtidig at de som jobber nærmest må forsvare sine valg i et system som overvåker. Nyseter (2013) sier at de økonomiske hensynene prioriteres foran behov og faglighet. Det har skapt en fryktkultur som er ødeleggende for arbeidsmiljø, medbestemmelse og åpenhet.

En av spesialistene fortalte en historie om hvor utrygg han følte seg i en situasjon med en pårørende til en pasient. Denne pårørende oppførte seg så truende mot spesialisten at vedkommende følte seg ikke trygg, og mente at man fikk ikke gitt optimal behandling som følge av dette. Spesialisten ba om ekstra ressurser for å ivareta egen sikkerhet og trygghet, noe vedkommende ble nektet. Begrunnelsen var ut fra et økonomisk perspektiv. Lederen hørte ikke på den ansattes bekymring for egen sikkerhet, og ville ikke bruke ekstra ressurser for å ivareta den ansatte. Dette viser at man har en frykt for å gå ut over budsjetttrammene man har fått

fordelt, og at man tar tøffe avgjørelser som i ytterste konsekvens kan føre til alvorlige hendelser. Dette handler også om tillit mellom den ansatte og lederen, hvor man har en kommunikasjon angående en situasjon. Det er vanskelig å si at lederen ikke hadde tillit, men det ble uansett gjort et valg basert på opplysningene hvor man valgte å ikke høre på den ansatte. Det kan være mange grunner til dette, men resultatet er uansett at dette har ført til en skadet tillit mellom den ansatte og lederen. Det var forsøkt med en dialog rundt en alvorlig problemstilling, hvor man endte opp med et resultat som ikke var komfortabelt for spesialisten som følte seg utrygg. En slik mistillit er vanskelig å rette opp igjen, og spesialisten fortalte at forholdet dem mellom ikke ble bra etter denne hendelsen. Tillit tar tid å bygge, og tilliten er sårbar hvor man knytter positive forventninger til den andre (Karp, 2016).

Alle ledere har et budsjett å forholde seg til, hvor de skal forvalte midlene på en best mulig måte som skal dekke for eksempel kurs, lønn, overtid, vikarvakter og drift. Under intervjuene kom det frem et stort dilemma for lederne, fordi man trenger å hente inn mer kompetanse som følge av at man blir mer og mer spesialisert. Det er naturlig å hente inn nye behandlingsmetoder for å kunne møte problematikker og endringer i samfunnet på en best mulig måte. Enhetenes behov for vedlikehold og nyervervet kompetanse måtte ofte vike for andre og viktigere prioriteringer. Lederne følte ikke at de hadde nok ressurser for å kunne utvikle tjenesten på en optimal god faglig måte, noe de måtte forsvare overfor sine ansatte. Fagpersonene hadde en forståelse for dette, men sa samtidig at de var skuffet over at anstrengt økonomi gikk ut over faget.

Hvis man har høy aktivitet, så kan man i realiteten samtidig ha dårlig dekning av spesialistene, som igjen øker presset på de andre behandlerne som er igjen. Det er krav om at man skal ha høy aktivitet for å sikre økonomiske inntekter, men også for å sikre pasientenes rettigheter. Dette arbeidspresset førte til at personell blir slitne og syke, ifølge noen av spesialistene. En av disse hadde nylig sagt opp som følge av høyt arbeidspres og høyt arbeidstempo. Spesialistene sa at det var mange behandlere som hadde sluttet den siste tiden, og begynt andre plasser. Etter deres mening kom dette som følge av et press om å levere for å holde seg innenfor de økonomiske kravene. Når noen sykemeldte seg, så ble det mye press på de som var igjen, og som igjen førte til at nye ansatte som nettopp var utdannet måtte behandle kompliserte saker, for å unngå fristbrudd og opprettholde aktivitet. Lederne trakk frem at det var slitne behandlere og spesialister, og de var engstelig for arbeidsmiljøene og helsen til de som jobbet.

Som tabellen under viser så har det vært stabile tall når det gjelder alle tre profesjonene, med noe slingring. Spesialistene tok opp at det var en følelse av at man mistet fagfolk, spesielt gjelder det erfarne fagfolk. Dette tallmaterialet har kun utgangspunkt i leger og psykologer, og ikke andre yrkesgrupper som jobber med fag. Den tar heller ikke høyde for hvor erfaren de som har stillingene er. Spesialistene trakk frem at mange hadde sluttet, noe som er riktig, men de er blitt erstattet. Det viktige poenget kom fra en av spesialistene, og det er at de som har erstattet dem er nyutdannede. Når man er et miljø med mange nye vil det kunne få flere konsekvenser. Den ene er at de nye ansatte blir satt til svært kompliserte saker, som ikke er heldig for pasienten, noe som ble påpekt av en av spesialistene. For det andre så viser forskning at man må minst ha et halvt år i en stilling før man begynner å bli så erfaren at man har en forventet produktivitet (Sterri, 2015). Med mange utskiftninger kan man også si at produktiviteten er på et slik nivå at det får økonomiske konsekvenser. Det er dermed viktig å integrere disse nyansatte raskest mulig for å skape et faglig godt fellesskap, for å gi en felles plattform i enheten.

ÅR	LEGER	PSYKOLOGER	LEDERE
2015	17,7	32,1	20,8
2016	14,4	30,8	22,8
2017	16,8	32,5	20,5
2018	16,5	32,5	19,4

Tabell 6: Utvikling av gjennomsnittlige månedssverk som er i bruk i BUPA perioden 2015-2018. Kilde: SAS-portalen NLSH.

Lederne fortalte at det var et høyt fokus på økonomi, hvor det var et krav om å være i balanse økonomisk. De sa at dette kunne føre til at man tok avgjørelser som fikk konsekvenser for pasientbehandlingen eller sikkerheten, og dette var en stor byrde for lederne. Det ble også referert til at de forskjellige enhetene hadde mottatt innsparingskrav som var harde å innfri uten at det gikk ut over kvaliteten på tilbudet. De følte ikke de hadde noe å hente inn på i budsjettene, da de var marginalt bemannet i utgangspunktet. Flere runder med å finne tiltak for å spare på økonomien, og levere samme type tjeneste men med mindre midler, begynte å tære på lederne. En av dem refererte til at de hadde vært gjennom så mange runder, at de hadde problemer med å ta prosessene for å spare på alvor. At man bare skrev ned noen tiltak, som man egentlig ikke klarte å følge opp, som resulterte i at de ikke klarte å levere innenfor de økonomiske rammene. En annen av lederne sa at om man skulle klare å levere når det kom stadige innsparingskrav, så

måtte man kutte i stillinger, noe som ville få innvirkninger på driften. Lederen sa at man var kommet til et punkt hvor man måtte gjøre nedskjæring på tilbud og ansatte for å kunne levere, som kom til å få konsekvenser for tilbudet til borgerne i samfunnet.

En studie som var gjort i forhold til økonomistyring og hvordan organisatoriske forhold påvirker dette arbeidet, viste at økonomiske beslutninger ofte påvirkes av profesjonalitet (Hertel og Danielsen 2018). Studien viste at det er vanskelig å forholde seg til kravet om faglig identitet sett opp mot økonomiske krav. Informantene som var ledere fortalte at det var utfordrende å skulle ta avgjørelser om for eksempel innleie av personell, når man visste at man hadde et økonomisk merforbruk. De uttrykte engstelse for å ta avgjørelser som fikk konsekvenser for pasientbehandling og sikkerheten, fordi de følte seg under et økonomisk press. Deres verdier ble utfordret av kravene for effektivitet og lojalitet til systemet og bestemmelsene.

5.1.6 Skjer det mange omorganiseringer og effektiviseringer?

Alle som ble intervjuet hadde opplevd en eller flere omorganiseringer. Kritikken fra intervjuobjektene var at det ble opplevd som et resultat av økonomiske forbedringer, ikke for å oppnå faglige forbedringer. Omstillingene var etter deres mening for korte til at man kunne se en reel effekt, før man måtte i gang med en ny form for omstilling. Noen omstillinger ble opplevd som positive, og spesielt ble det trukket frem at tiltak som ga bedre struktur var positive. En negativ effekt var at antallet med omorganiseringer hadde ført til at personell ikke tok de på alvor, man ble mer passiv og likegyldig, en spesialist beskrev det som en form for *habituering*. I dag er vi fortsatt inne i Sykehusreformen, som ikke har fått en endelig form, og som ikke kommer til å få det selv etter år fremover med kontinuerlige og slitsomme omstillinger (Gaulin, 2016).

Lederne sa at de hadde opplevd å få innsparingskrav som ført til store omorganiseringer, som igjen førte til en del uro blant de ansatte. De hadde blitt tvunget til å være med på å ta ned antall stillinger på enheten, for å kunne spare penger. Det var også referert til at en enhet i avdelingen ble lagt ned som følge av sparetiltak, dette var en langtidsenhet for ungdom. De følte seg ikke trygge på at det ikke kunne skje nye nedleggelse av tilbudet som ble gitt til barn og ungdom, og de hadde en bekymring for hva som kunne skje om man ikke klarte å stabilisere økonomien. Det som ble etterlyst av lederne i forbindelse med omorganiseringer var at man hadde ikke tatt seg tid til å se effekt av en omorganisering, før man begynte å se på neste. Et av målene til New

Public Management er å kunne finne forbedringspunkter gjennom endringer, noe lederne og spesialistene kritiserte. De følte ikke at man fikk mulighet for å se effekter, og hadde en følelse at man omorganiserte bare for å ha en omorganisering. Med en gang man ikke klarte å levere innenfor forventede mål og økonomi, så skulle man begynne å se på forbedringspunkter og endringer. Dette ga lite arbeidsro, og man følte seg presset til å komme med tiltak for å unngå dårlige tall og statistikker. De følte at det som ble gjort var lite evaluert, og at man ble tvunget til å finne tiltak for å bedre økonomien. Etter at man hadde gjort disse øvelsene flere ganger, hadde de en følelse av håpløshet, siden de hadde gjort det de kunne for å bedre økonomien. Når de fikk nye krav for å finne tiltak, satt de med en følelse av å nesten finne på tiltak, siden de hadde tidligere gjort det de kunne for å bedre økonomien. Nye tiltak ga lederne merarbeid, og det skapte uro blant de ansatte. Den største redselen var at man risikerte omorganisering, kanskje til og med nedleggelse av tilbud eller hele enheten. Gaulin (2016) sier at styringsideologien har ført til at man i offentlig sektor har et forrykende tempo på omstillinger, der noen sektorer skal generaliseres og andre skal spesialiseres.

5.1.7 Ledergrupper

Alle lederne som ble intervjuet fortalte at de var med i forskjellige ledergrupper, enten som medlem eller som leder av ledergruppen. Noen var med i to ledergrupper, siden de var medlem i en gruppe, og leder i en annen gruppe. Bare en av disse ledergruppene har et medlem som representerer faget, gjennom å ha med en fagansvarlig spesialist. Lederen i denne gruppen sa at det er utfordringer med å rekruttere fagpersoner inn i denne gruppen, da det er vanskelig å kunne få fagpersoner til å ta en ansvarlig formell rolle for faget. Noe av årsaken til dette er lønn, men den fremste årsaken som fagpersonene fortalte om var at de ønsket ikke å påta seg denne rollen da den er for uklar for dem. Det var ingen formelle retningslinjer for hva det innebærer å ha denne rollen, og de følte at de ble gjort ansvarlig for noe som de ikke hadde mulighet å påvirke slik de ønsket. Fagpersonene satte stort spørsmålstegn med å skulle ha en slik rolle, da det etter deres mening vil resultere i ekstra arbeid, og at de skal være ansvarlig for hva andre behandlere gjør. Forskning viser at ledergrupper som har et mangfold av medlemmer, slik som kjønn, alder og kompetanse, er mer produktive ledergrupper, og fører til at man klarer å belyse sakene på en bedre måte. Godt fungerende ledergrupper bør ha et mangfold (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

De andre gruppene hadde ikke tatt med fagpersoner i sine faggrupper. Noe av årsaken til dette var at dette var ledergrupper på enhetsnivå, som stort sett hadde tema rundt drift, ferier, miljøpersonell og lignende. Små ledergrupper har en fordel av å lettere komme til enighet og kunne ta beslutninger (Jacobsen og Thorsvik, 2016). Lederne i disse små gruppene sa at de kunne invitere fagpersoner inn på sak, men det ble sjeldent praktisert. Det er viktig at medlemmene i ledergruppen informerer hverandre, for at de skal få felles diskusjoner om problemstillinger og gir hverandre råd for løsninger (Einarsen og Skogstad, 2015). En av lederne beskrev ledermøter hvor de annenhver gang hadde med fagpersoner og annenhver gang var uten fagpersoner. Dette fordi de ønsket å kunne ha god dialog mellom fag og ledelse. På møtene som var felles kunne de utveksle utfordringer, og prøve å finne best mulig løsninger sammen. Vedkommende leder sa det er meget positivt å ha med fagpersoner i ledermøtene, fordi det er mange viktige diskusjoner, man ønsker å skape god dialog og snakke et felles språk som involverer både fag, drift og økonomi.

Når lederne fikk spørsmål om fag i ledergruppen, så hadde de en opplevelse av at det er et faglig fokus på disse møtene. Det ble beskrevet å være en miks mellom økonomiske spørsmål og styringsparametere, og faglige spørsmål. En av lederne sa at selv om de forsøkte å ha et faglig fokus, var det en bekymring for at faget druknet litt i økonomiske diskusjoner. De var alle enige om at det er viktig å ha fagpersoner representert i en slik gruppe, men dette kunne organiseres på flere måter. Fagpersoner kunne være med på alle møtene, eller de kunne være med på noen møter, eller bli invitert inn på sak i møtene. Ledergruppene er viktig for å kunne få dialog, noe både ledere og spesialister etterlyste. De må snakke enda mer sammen for å finne felles plattform og bidra med en forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og avgjørelser. At man ikke snakker helt det samme språket, var noe som ble trukket frem av flere informanter, og at det er viktig å forstå hverandre.

5.2 Har modellen New Public Management ført til et endret fokus på fag?

Informantene sa at økonomimodellen hadde ført til et stort fokus på drift og økonomi, og det var et ønske om at det skulle bli mer fokus på fag. Man trenger å skape en viss balanse, slik at det ikke er resultater og økonomi som er gjeldende, men at man gir mer plass til faget. Selv om man drifter med stort fokus på økonomi og resultat, så er det også mulighet for å kunne ha fokus på fag, fagutvikling og god kvalitet. «Kvalitetsindikatorene er der, og man må forholde seg til dem, men man kan fortsatt ha et fokus på kvalitet i tjenesten» (Informant 5). En epikrisetid sier

lite om kvaliteten i behandlingen, den kan ha vært god eller dårlig uavhengig av de fristene som styrer behandlingen. Legene er bekymret for at det er kommet et byråkrati som stjeler tiden deres, slik at de får lite tid til å behandle pasienten. Sykehusleger bruker mye tid på papirarbeid og byråkrati (Flenning, 2011)

En beskrivelse fra informantene var at det hadde oppstått en kunstig deling mellom fag og ledelse. Tidligere var det en overlege som var leder, som var ansvarlig for driften og for faget. Denne totale ledelsen har forsvunnet med andre yrkesgrupper som ledere, og en forvirring blant ledere og spesialiser er hvem som egentlig har det faglige ansvaret. En av informantene fortalte om en tidligere modell som var brukt i Barne- og ungdomspsykiatrien. Da var overlegen enhetsleder, og ass. enhetsleder var en sykepleier. Alt miljøpersonell og behandlere var lagt under disse to lederne. Her var det aldri spørsmål om hvem som hadde det faglige ansvaret, og hvem som hadde myndighet over personal for å fordele arbeidsoppgaver og bestemme pasientbehandling. Lederne hadde fordelt oppgaver mellom seg for å kunne følge opp personell, økonomi og fag. Grunnen til at de ikke kunne fortsette med denne modellen var at systemet rundt ikke ville tilpasse seg denne fordelingen. Det var et problem å kunne gi rett lønn til disse rollene, og det var et problem for systemet at den som var ass hadde lederoppgaver direkte knyttet til oppfølging av ansatte. Slik systemet er i sykehuset så er ass en stedfortreder, ikke en som står i leder-linje. Dette førte til at det ble for mange forventninger til hva enhetslederen skulle ha til oppgave, og det ble problemer å kunne rekruttere til lignende stillinger.

En oppfatning som kom frem under intervjuene av informantene var at det var blitt et endret fokus på fag. Hvis man ser på andelen ledere i de norske helseforetakene, så har de overraskende nok vært stabil over tid. Ved gjennomgang hadde klinikksjefene, divisjonsdirektørene og fagdirektørene medisinsk bakgrunn i 43% av tilfellene, i 2009 var dette tallet 41%. 22 prosent av topplederstillinger var besatt av sykepleiere ved begge målingene (Askvik et al. 2011). Dette viser at det har ikke skjedd en dreining fra at fagpersoner har lederroller i sykehusene. For BUPA sin del, hadde de når intervjuene fant sted, 3 sykepleier, 4 psykologspesialister og en legespesialist i lederstillinger, av totalt 14 lederstillinger. De andre stillingene var besatt av sosionom, barnevernspedagoger og pedagoger, noe man kan si er relevant innenfor faget barne- og ungdomspsykiatri.

5.2.1 Må ledere forstå faget?

Det er forventning fra de som ble intervjuet at ledere skal kunne hjelpe og veilede medarbeiderne til å yte sitt beste, og at de ansatte skal kunne få utvikle seg faglig. Det er også et lederansvar å si ifra til ansatte om jobben ikke blir gjort godt nok. Det er vanskelig å kunne gi god ledelse om man faktisk ikke forstår jobben som de ansatte utfører. Derfor er det viktig at ledere forstår faget. Om man ikke forstår hva man gjør, er det en risiko at dialogen mellom ledelse og fag forsvinner. Man må forstå faget før man kan bli premissgiver (Sæle, 2011).

På spørsmål om spesialistene så utfordringer med å ha en leder som ikke nødvendigvis hadde utdannelse innenfor faget, svarte de at det for dem var nødvendig med en grunnkompetanse for å forstå hvordan man behandler pasienter. For å kunne fordele arbeidsoppgaver på en god måte, ville de ha ledere som visste hva oppgavene egentlig gikk ut på. Det ble trukket frem at personell følte seg utrygg med en leder som ikke visste ordentlig hva man gjorde faglig, og ordet *frykttkultur* ble også brukt. Bjørnbeth (2013) sier at det er en styrke å forstå faget som leder, og at man bør kunne faget om man skal være en god leder. Spesialistene hadde en engstelse for hva som kunne skje med deres arbeidshverdag hvis de ble ledet av ledere med lav faglig forståelse. Faget var for dem svært viktig, og de hadde behov for å ha ledere som kunne faget for å kunne gjøre en optimal jobb for pasientene. Fokuset på fag følte de var godt internt i egen enhet, men ingen av spesialistene kunne se at det var et godt fokus på fag lenger opp i systemet. Det var en av spesialistene som etterlyste det å kunne ha en leder som sa klart og tydelig fra opp i systemet at det var for dårlig fokus på fag.

Lederne sa selv at det var svært viktig at lederne kunne faget de jobbet med, dette fordi de som leder har et ansvar også for faget. Hvis man ikke forstår faget, vil man kun være en administrator. De ønsket å forstå driften, og ha kjennskap til tjenesten man leverte. Videre kjente de et ansvar som strakk seg flere veier. De kjente ansvar for de ansatte som de var leder for, og det kjente et ansvar for det tilbudet pasientene fikk og de kjente et ansvar for å ha en drift som var innenfor de rammene som var gjeldende.

Et funn i intervjuene er at ledere må redegjøre og forsvare driften og økonomisk overforbruk. De fremstår nærmest som forhandlere overfor ledere som har topplederstillinger i foretaket, når det etterspørres aktivitet og tiltak for å bedre økonomien. For å kunne redegjøre for seg på en konstruktiv og god måte, har informantene trukket frem at det er viktig med en forståelse for

det faglige tilbudet til enheten. Det krever mye av lederne for å kunne ha en *helhetsforståelse* av driften til enheten, de må vite hva som er gjort, hvordan det er utført, hvorfor man har gjort de forskjellige valgene. Det kreves en stor forståelse for å kunne videreformidle dette på en måte som blir forstått, både av senderen og mottakeren av budskapet. De faglige vurderingene kan fort bli sekundære kriterier for jobben når man setter den opp mot økonomi (Thomassen, 2012). Lederne jobber for å være en pådriver for å opprettholde en aktivitet, uten at det går på bekostning av de faglige avgjørelsene og behandlingen som skal ytes. Dette er en arbeidshverdag som er tung og utfordrende for de som er ledere.

5.2.2 Tar ledere mange faglige avgjørelser?

En av spesialistene mente at det ikke var mange faglige avgjørelser som ble tatt av sin leder, mens de andre mente at lederne deres hadde en form for makt som de fant utfordrende. Lederne hadde myndighet til å fordele oppgaver, og legge press på de ansatte for å dem til å gjennomføre arbeidsoppgaver. Det var en bekymring for at lederne bare var opptatt av å telle antall på jobb, mens de ikke forstod hva man skulle gjøre på jobb. En spesialist fortalte om en følelse av faglig overprøving ved flere anledninger, som ble opplevd som mer en maktbruk enn en virkelig faglig bestemmelse. Økonomiske motiver ble trukket frem som en sterk faktor som la grunnlaget for avgjørelser som hadde direkte innvirkning på den faglige jobben som skal utføres. Dette gikk etter vedkommende sin mening ut over sikkerheten og kvaliteten på behandlingen som skulle ytes.

Enkelte avgjørelser er det bare fagspesialister som kan ta, spesielt dreier dette seg rundt fag, men også andre avgjørelser er man avhengig av rett kompetanse for å kunne utføre. Noe av dette ble opplevd som unødvendig, at man for eksempel som spesialist måtte godkjenne alle epikriser til de som ikke hadde en spesialitet. Dette var en arbeidsoppgave som var svært tidkrevende. Her er lovverket gjeldende, og man må bruke denne kompetansen til oppgaver som bare de kan løse.

Lederne fortalte at de ikke tok faglige avgjørelser som hadde direkte innvirkning på pasientbehandlingen. De mente at ansvaret for pasientbehandlingen lå hos hver enkelt behandler, og eventuelt hos overlegen tilknyttet enheten. Det er den som utøver faget som i samarbeid med pasienten skal definere faglige avgjørelser (Wyller et al. 2013). Lederne kunne involvere seg om det var faglig uenighet i enheten, hvis for eksempel teamet som var rundt

pasienten ble uenig i faglige spørsmål. Lederne hadde en forståelse for at en del av deres avgjørelser kunne få indirekte konsekvenser for pasientbehandlingen, men de var veldig opptatt av at de stolte på fagpersonene. Det var en informant som presiserte at det var stor tillit til spesialistene, og at det var unaturlig å skulle sjekke opp rundt kvaliteten på jobben som ble utført. Spesielt med tanke på at spesialisten er den med rett kompetanse for pasientbehandling, så kunne det heller virke provoserende å ha en leder som la seg opp i behandlingen. Det var med andre ord ikke et ønske om å detaljstyre spesialistene og behandlerne, og de hadde stor tillit til jobben de gjorde. En av lederne var opptatt av at som leder hadde man et ansvar for å skape en felles plattform hvor man sammen kom fram til hva man legger i faglig forståelse, og hva man legger i de forskjellige faglige begrepene.

5.2.3 Er lederne opptatt av fag?

Lederne mente selv at de var opptatt av fag, men at det lett kunne drukne i de økonomiske kravene som de jobbet mye med. De forsøkte å skjerme de ansatte i enhetene for de største økonomiske diskusjonene, men det var vanskelig å ikke informere om dette. Lederne forsøkte å involvere seg i faglige diskusjoner, og være med på å legge til rette for å gi en god behandling til pasientene. Spesialistene mente at ansvaret for fag forvitret litt på tur opp i lederleddene, og selv om det er kommet fokus fra direktørnivå på pasientsikkerhet, så mente de at det var for lite fokus på fag. På fellesmøter som er i sykehuset med lederne, så er det høyt fokus på økonomi, drift, fristbrudd, aktivitet og stillinger som er i bruk. Det er lite fokus på fag, og spesialistene har nok en del rett i at det faglige fokuset drukner litt i fokuset på økonomi og drift.

Lederne som ble intervjuet var innforståtte med at de har et faglig ansvar som leder, selv om de sa at det var komplisert å ha dette ansvaret. Det som opplevdes som vanskelig var å være en god leder for spesialistene, og det ble trukket frem at man måtte ha høy integritet og opparbeidet seg en tillit før denne dialogen kunne bli konstruktiv. De kunne ikke overprøve de faglige avgjørelsene som var tatt av spesialistene, og lederne var klare på at de mente at ansvaret for behandlingen lå hos spesialistene.

Pasientene skal motta en forsvarlig behandling når de er i kontakt med helsevesenet, og det er et faglig ansvar å gi dem god behandling. Ledere har det formelle ansvaret i sykehuset, men spesialistene har en reell styring over faget med å bestemme behandlingen. En av spesialistene sa at hvis det ble tatt en avgjørelse for behandlingen, kunne det informeres til leder, men leder

har egentlig ikke noen innvirkning på avgjørelsen. Det betyr at lederne er prisgitt å ha spesialister som gjør en jobb innenfor forventede rammer, uten at man kan si noe på kvaliteten til behandlingen. Byråkratiseringen har vært et ledd for å kunne sette mer rammer rundt behandlingen som skal ytes, og som leder har man fått større kontroll på hva spesialistene faktisk skal gjøre.

I stillingsbeskrivelsene til ledere står det at de har ansvar for den faglige utviklingen, i tillegg til ansvaret for økonomi og personalhåndtering. Tidligere var det et skille mellom leger/psykologer og personalet som jobbet i enhetsmiljøene, nå er de satt sammen med en felles leder. En kilde til misnøye kan være at denne organiseringen har ført til en usikkerhet i forhold til hvor ansvaret egentlig ligger. En av informantene fortalte om en midlertidig organisering, hvor overlegen var enhetsleder, og sykepleieren var ass enhetsleder. Denne organiseringen gjorde at det aldri var tvil hvem som kunne ta alle avgjørelser, både når det kom til faglige spørsmål og spørsmål om drift. Gjennom denne undersøkelsen er det kommet frem at det er usikkerhet hvem som er ansvarlig for faget når det er andre enn leder/psykologer som er ledere. Som leder kan man ikke overprøve faglige avgjørelse som er tatt av en spesialist, så da blir det uklart for lederne hvilket ansvar de egentlig har i forhold til fag. Som leder kunne man prøve å påvirke en avgjørelse, og ha indirekte bestemmelser, men ikke ta avgjørelser som er direkte pasientrelatert på individnivå. Så da stilte man seg spørsmål om hvem det var som egentlig var ansvarlig, og hvorfor var det da slik at lederne måtte forsvare den faglige standarden.

5.2.4 Får fagpersoner støtte fra sin leder?

Spesialistene følte at de fikk støtte og forståelse fra sin nærmeste leder. De måtte argumentere for sine avgjørelser hvis det på noen måte gikk ut over aktiviteten, men følte at de møtte forståelse fra sin leder. Samtidig ble det trukket frem at det var en vanskelig diskusjon da lederne egentlig ikke hadde nok faglig kompetanse til å overprøve dem på behandlingsrelaterte avgjørelser.

For lederne så var det forståelse for at de på fagsiden kunne være fortvilet til tider, og lederne ønsket å være en støtte for dem. Ledere bruker mye tid på å få fram en effektiv adferd. De skal motivere, overtale, støtte, oppfordre og overbevise avgjørelsene til de ansatte (Askvik et al. 2011). En av lederne trakk frem at det var frustrasjon blant spesialistene som gikk ut på en motstand mot fokuset på aktivitet og økonomi, og de hadde en motstand mot byråkratiseringen

som de opplevde som kontroll og tidkrevende. Dette var noe som etter spesialistene sin opplevelse gikk ut over kvaliteten på behandlingen, og tiden de fikk sammen med pasientene. Spesialistene uttrykte en frykt til sine ledere for å gjøre feil i forhold til kravene for behandling og dokumentasjon.

En av spesialistene trakk frem at det virket som om systemet er slik det er nå «*fordi lederne skal redde sin egen ræv*» (Informant 4). Det var ikke en følelse av at de ansatte ble ivaretatt, men heller et system som skulle lett finne frem til en syndebukk om noe skulle gå galt. Byråkratiseringen er et resultat av at det skal være et standardisert forløp, hvor man skal få en hjelp som er innenfor retningslinjene og som ikke resulterer i feil behandling. Man skal hele tiden dokumenter alt som blir gjort, og hvilken type behandling som er gitt. Spesialistene fortalte at de brukte mye tid på å dokumentere jobben som de hadde gjort, og at det var mye som var unødvendig, men måtte være dokumentert om noe skulle skje, eller man fikk klage på behandlingen. Spesialistene følte ikke at de fikk støtte om det skulle skje noe, og følte seg alene mot systemet og arbeidsplassen.

Spesialistene følte at deres nærmeste leder var en god støtte, men igjen var det en følelse at man ikke helt hadde en god dialog fordi man hadde forskjellige syn og utdannelser. Det var viktig for spesialistene at de hadde en leder som forstod hvilke utfordringer og dilemmaer de hadde som behandlere, og at dette er en usikker bransje å jobbe i. Så lenge mennesker er med i ligningen kan man ikke si noe med sikkerhet, da det er mange faktorer som skal tolkes på kort tid. Det var viktig for spesialistene at de hadde en leder som de kunne diskutere med, og som kunne støtte dem i avgjørelsene som ble tatt. Dette var komplisert når de hadde ledere som ikke hadde en spesialitet.

5.2.5 Får man utvikle sin faglige kompetanse?

Det er mennesker som står for produksjonen i avdelingen, ikke maskiner. Det betyr at man er avhengig av deres erfaring og faglig kompetanse. Dette er ansatte som har utdannet seg innenfor profesjonene som er tilknyttet avdelingen. Begrepet profesjon brukes om personer som har yrkesutdanning som er basert på spesialisert kunnskap og forskning (Einarson og Skogstad, 2015).

Praktikernes profesjonelle autonomi utfordres med stadig flere retningslinjer, prosedyrer og manualer. Dette ut fra New Public Management sin tanke om at de detaljerte prosedyrene som lages er mer å stole på enn individenes evne til å ta gode avgjørelser og skape en effektiv tjeneste (Einarson og Skogstad 2015). Et faremoment her er at man tar bort faglig integritet til yrkesgruppene, med å trekke bort den autonome behandlingen mennesker med psykisk sykdom mottar. Systemets måte å forholde seg til profesjonen beskrives som en avprofesjonalisering (Clark, 2005).

Det var muligheter for å kunne utvikle egen faglig kompetanse, men dette ble lidende mellom ønske om å utvikle faglig kompetanse opp mot tidspress og økonomiske krav. Det ble lagt til rette for at de skulle oppnå en faglig spesialitet, men etter dette ble det opplevd at det var vanskelig å kunne sette av tid for å innhente mer faglig kompetanse. Dette står i kontrast til at spesialistene har forhandlet seg frem en avtale som gjør at man kan avtalefestet utdanningspermisjon (AFUP). Dette er ca. 28 dager som de kan spare opp i løpet av året, og man kan maksimalt ha oppspart 120 dager samlet. Spesialistene syntes det var utfordrende å kunne ta ut permisjonstid, fordi de visste at det ble større arbeidspress på de som var igjen, og det var vanskelig for ledere å kunne gi fri fordi man hadde så få spesialister i jobb.

5.3 Hva gjør kontroll med tilliten?

Når jeg trekker begrepet kontroll inn i denne oppgaven, så handler det en del om den økonomiske kontrollen som ledere tilstreber, det man kan kalle for revisjon (audit). Begrepet inneholder mer enn dette for de ansatte, de pekte raskt på at man følte seg overvåket av systemet, og at det var behov for kontroll på hva man gjorde, og hva man brukte pengene på. Det er et ansvar for leder å tilse at man bruker midlene på en hensiktsmessig måte, og at det er i samsvar med fastlagte mål. Dette er en form for internkontroll i enhetene (Busch et al. 2017).

Begrepet tillit er brukt for å illustrere hvordan man forholder seg til hverandre i en relasjon. Askvik et al. (2011) definerer tillit som en sårbarhet som innebærer at man er beredt til å ta risiko i forhold til hverandre. Det betyr at man er villig til å utsette seg for en risiko, hvor overlater muligheten for at andre kan gjøre noe som kan resultere i skadelige konsekvenser. Tillit er en interaksjon som blir relevant i situasjoner hvor man har en mulighet for svik, løftebrudd eller frafall (Askvik et al. 2011).

Kontroll i avdelingen og på sykehuset handler om mange faktorer, som informasjon, kommunikasjon, språk og argumentasjon. For å ha kontroll i en slik grad benytter man rapportering, men også det å forklare og rettferdiggjøre de handlinger og avgjørelser som er tatt (Busch et al. 2017). Lederne beskrev at de hadde møter med sine ledere, hvor de måtte rapportere og forklare driften i enheten de ledet. De måtte avlegge en slags rapport til sine overordnede for kunne rettferdiggjøre de avgjørelsene som var tatt, og konsekvensene det hadde fått. De følte seg kontrollert av sine ledere, og det var en form for detaljstyring som ble opplevd som demotiverende. Kontroll koster, og er en form som innbyr til detaljstyring, som flere av objektene fant ubehagelig. Det gikk ut over deres albuerom, og evnen til å fatte gode avgjørelser (Busch et al. 2017). Tillit er av mange beskrevet som et nøkkelord. Busch et al. (2017) sier at en relasjon basert på tillit er en form for kontrakt, og at man da ikke er avhengig av kontrollregimer. Det er en form som sier hva man forventer av hverandre. De som ble intervjuet synes ikke at dagens organisering innbydde til en tillit, og de følte seg kontrollert av systemet og av toppledelse. De følte ikke at de lenger hadde en tillitsfull kontrakt med sin arbeidsgiver.

Den som kontrollerer utfører en kontroll, som i utgangspunktet må bety en form for konsekvens for den som blir kontrollert. Dette er en form for maktrelasjon som man kaller Accountability (Busch et al 2017). Slike maktrelasjoner kan man mistenke er tilstede for å påvirke de som blir kontrollert i en retning eller adferd. Det er ikke en form som innbyr til tillit, og de som jobber føler seg mindre verdsatt med ledere som har behov for å kontrollere dem. Spesialistene fortalte i intervjuet at de ikke hadde fått merke mye til sanksjoner om de ikke leverte innenfor forventede rammer, men en slik form er uansett en form for å stille dem til ansvar når de ikke leverer innenfor forventet aktivitet. Det er viktig å trekke frem at det er en forskjell mellom å ha tillit til personer, og å ha tillit til et system. Dette fordi et system fremstår som et sett med regler og roller som har en eksistens som er uavhengig av individer (Askvik et al. 2011). Dette betyr at vi kan ha en tillit til enkelte regler og roller, og årsaken til at vi har disse rollene og reglene, men vi legger ikke de samme egenskapene i denne tilliten som vi kan gjøre hos en annen person.

5.3.1 Er kontroll en lederoppgave?

Ledere skal ha mer kontroll over økonomien enn andre yrkesgrupper i organisasjonen, de har et større ansvar når det kommer til inntekter og forbruk. Som leder så har du et ansvar for budsjettet man er tildelt. Det er begrensninger tilknyttet denne administreringen, men det er et

ansvar for ledere å forvalte budsjettet på en god og hensiktsmessig måte. Derfor er det viktig at ledere har en form for kontroll.

Einarson og Skogstad (2015) trekker frem følgende punkter om ledere:

- Kan ha noe påvirkning på budsjetter.
- Skjønnsmessig disponering innenfor gitte rammer.
- Ledere har en mulighet for å påvirke enkeltbeslutninger gjennom utredning og strategisk begrunnelse.
- Omdisponering av ressurser fra ett formål til et annet.
- Ledere tar beslutninger i hastesaker og prekære situasjoner, som også kan ha økonomisk innvirkning.
- Noen disposisjoner og tillatelser må gis av leder.
- Skal være et informasjonssenter

Disse punktene viser at ledere må ha en form for kontroll på hva som skjer i avdelingen. Det som man får fram i intervjuene se at lederne er enig i at de må ha kontroll på enheten de er leder for, og det er også forventet av spesialistene at man har kontroll. Det formen på kontroll som har fått frem diskusjoner i fagmiljøene.

Ledere kan fort bli oppfattet å ha en rolle som en overvåker, siden de skal ha en oversikt over driften i enheten. Som følge av fokus på drift, økonomi og aktivitet, hadde de som ledere et ønske om å vite hva som skjer, mens spesialistene fort følte seg overvåket. Lederne utførte interne kontroller fordi de måtte som følge av krav om å levere innenfor punkter man ble målt på, slik som at epikrisen var ferdig innen 7 dager etter avsluttet behandling, og vurderinger på suicidalitet. Disse målingene var viktige fordi de ble etterspurt fra ledere høyere i systemet, og enhetene måtte levere innenfor de forventede rammene som var satt. For å kunne svare godt for seg, for å vise at man som leder hadde kontroll, og for å vise at man forvaltet sine ressurser på en hensiktsmessig måte, var man tvunget til å kunne vise at man hadde kontroll. Den som ble ansvarliggjort hvis fagpersonene og enheten ikke leverte som forventet, var lederne.

Dette kan man sammenligne litt med hvordan et fotballag ledes. Alle lag har en trener (leder), og en stall med spillere (ansatte). De skal spille kamper, og det er forventet at de skal levere innenfor visse rammer. Treneren skal forvalte de ressursene som er tilgjengelig, og dette skal gjøres på en slik måte at hele laget leverer. Lagene har noen spillere som utmerker seg

(spesialistene), og man er avhengig av at disse fungerer optimalt for å kunne levere. Ved motgang vil man spørre seg hva som skjer, og se på hvordan man kan forbedre seg, for eksempel legge om formasjon (omorganisere). Om man ikke klarer å snu den negative trenden, eller man ikke klarer å levere på den forventede måten, så har man et styre (klinikkledelse), som ser på om man har gjort jobben sin godt nok. Med andre ord så er lederen ansvarlig for at enheten klarer å levere, og må forsvare det om man ikke leverer. Spesialistene som ble intervjuet hadde en formening om at det ikke skjedde så mye om man ikke leverte, men de er en viktig ressurs, og man ønsker ikke at de skal slutte siden det er så vanskelig å rekruttere nye. Dette resulterte i at lederne måtte ta mye ansvar, samtidig som at de måtte gjøre så godt de kunne for å få det beste ut av spesialistene. Lederne sa at om man ikke klarte å levere, var det en fare for at de måtte omorganiseres, noe de ville unngå siden de følte et ansvar for enheten.

Lederne hadde et stort ansvar for å ha en forsvarlig drift, noe de merket med fokuset som det var på tellinger, målinger og at de måtte svare for aktiviteten og økonomien. De måtte svare for årsaker til at enheten ikke klarte å levere innenfor den forventede aktiviteten eller om de hadde et økonomisk overforbruk. Lederne fortalte at de opplevde et høyt press for å levere innenfor forventet budsjett, og at det var lite fleksibilitet i forhold til spesielle hendelser slik som høyt sykefravær eller pasienter som krevde mye ressurser. Det var en som fortalte om en engstelse for at dette presset skulle føre til at de tok avgjørelser som baserte seg på økonomi, men som resulterte i skader på personell eller at pasientene fikk dårlig kvalitet på behandlingen. Vedkommende fortalte at en mulig konsekvens når man ikke klarte å levere, var at man kunne bli fjernet fra ledelse, og jobben sin. Lederne hadde en følelse av å være prisgitt personellet som var i enheten, for at de måtte klare å levere, pluss de ytre faktorene som man ikke kunne styre. Det var viktig for lederne å legge til rette for at man skulle gjøre en best mulig jobb, men konsekvensen kunne bli at man i sin engstelse detaljstyrte de ansatte slik at det fikk negativt utfall for jobben som skulle gjøres. Kompliserte saker, og til tider mangel på personell, kunne være med på å gi et negativt bilde, slik at man følte en nødvendighet i å være involvert i alle avgjørelser. Spesialistene tok også dette opp som et problem, de mente det var veldig ødeleggende å ha ledere som detaljstyrte.

5.3.2 Føler fagpersonene seg kontrollert?

Spesialistene følte seg kontrollert av systemet, fordi de måtte dokumentere flere punkter for å vise at de hadde gjort sin jobb etter gjeldende lover, regler og rutiner. De følte at en del av dette

var svært unødvendig, og mye ansvar ble lagt på dem som spesialister. De måtte blant annet selv kontrollere det de andre behandlerne som ikke var spesialister, for å se at de hadde gjort jobben sett fra et faglig perspektiv. En av oppgavene de måtte utføre var å kontrollere epikriser som skulle sendes ut, dette fordi de er et lovmessig krav at epikriser skal kontrolleres og signeres av en spesialist. Informantene fortalte at det var få spesialister i systemet, og dermed ble det mange epikriser og notater som skulle godkjennes av dem, som førte til at prosessene med å få dokumentert ble forsinket siden de hadde mange oppgaver å innfri. En av spesialistene syntes også det var unaturlig å skulle kontrollere andre ansatte på denne måten, da de var erfarne ansatte som hadde hatt mange saker. Spesialister har en type makt som man kan knytte opp mot en spesiell kunnskap som de har, knyttet opp mot deres kompetanse. Disse arbeidsoppgavene er ofte kritisk for å få utført jobben, som gir dem en form for kontroll (Jacobsen og Thorsvik 2016).

Et tegn på at man har en belastende jobb er at man kan oppleve å bli utbrent, eller føre til at personell slutter (Einarsen og Skogstad 2016). Dette kan selvfølgelig også skyldes tilfeldigheter, som at det er naturlig med en viss utskifting av ansatte, og at personell kan bli syke, eller at personell kanskje er i en jobb som ikke passer deres personlighet. Det ble av et av intervjuobjektene fortalt at det var sykemeldinger og personell som sluttet som følge av høyt arbeidspress. De som ble intervjuet dro frem at deres mangel på å kunne påvirke egne arbeidsoppgaver var en årsak for slitasje. I tillegg trakk de frem et høyt arbeidspress med stor aktivitet som et problem i arbeidshverdagen, de følte ikke at de gjorde en god jobb, side de var tvunget til å være effektiv på en slik måte at de fikk for lite tid med hver enkelt pasient. En undersøkelse gjort av Cordes & Dougherty (1993) viser at personell som har mye kontakt med mennesker, hvor kontakten er intens, er de som er mest sårbar for utbrenthet (Einarsen og Skogstad 2016). En annen undersøkelse viste at personell med høye krav og lav kontroll hadde en sammenheng med redusert helse. Denne undersøkelsen er det laget en modell ut av som heter krav-ressurs-modellen (Demerouti et al. 2001).

Spesialistene dro frem at byråkratiseringen de opplevde førte til en samlebåndsproduksjon som de hadde lite kontroll over, enda mer problematisk for dem var at de hadde liten påvirkningskraft over kravene de måtte utføre. De hadde en følelse av å gå på akkord med egen kapasitet og egne ønsker for hvordan en behandling skulle være. De trakk frem at de hadde en følelse av å ikke kunne skape de gode relasjonene med pasientene på grunn av for dårlig tid og feil fokus, noe som igjen førte til at man ikke nødvendigvis klarte å behandle pasientene for det

som de virkelig trengte å bli behandlet for. Det var dårlig tid for å kunne gå i dybden på en problematikk, og det var også dårlig tid for å se på en helhet. Ofte er det kompleks problematikk for pasientene, men mulighet for å behandle flere punkter var vanskelig og til tider umulig for den som hadde behandlingsansvar, da man ofte bare har mulighet å se utelukkende på innleggelsesårsak.

De som ble intervjuet følte at det var et høyt arbeidspress, og en høy turn-over på saker, som igjen kunne føre til dårlig helse og jobbskifte. På spørsmål om de sa ifra til noen så fortalte samtlige at de kunne ta opp denne problematikken med sin leder, og at de også møtte forståelse hos sin leder. På spørsmål om spesialistene diskuterte problemstillingen med sine kollegaer, så fortalte de at dette var ofte et tema mellom dem. Dette er en form for å søke til hverandre for å kunne forebygge stress og utbrenthet. Det er en form for «*sosial støtte*» som er viktig for å kunne få støtte og annerkjennelse. Det er med på å gi en følelse av felleskap og at andre bryr seg om deg (Einarsen og Skogstad 2016).

Det var viktig for spesialistene å føle en form for autonomi når de skulle utføre sin jobb. De hadde en lang og utdannende grunnutdanning og spesialisering, så for dem ble det rart at de skulle bli ledet, og også satt i en ramme, av en leder som hadde mindre fagutdanning enn de hadde. De følte at valgmulighetene de kunne ha når de behandlet en pasient ble begrenset som følge av byråkratiet som de var tvunget inn i. Friberg (2015) sier at man som behandler blir mer opptatt av å sikre egen posisjon overfor ledelse og andre organer som for eksempel Helsetilsynet. Som man kan se i dokumenteringen som man som fagpersonene må gjøre. Autonomi er ikke slik at man som fagperson kan gjøre som man vil, men at man kan gjøre valg i løpet av dagen, da blir jobben mer meningsfylt og man kan bruke seg selv og sin kompetanse (Wennberg, 2018).

5.3.3 Er det mange former for målinger?

Man følte ikke at graden av kontroll var meningsfull. Mange målinger, lite annet mål enn å ha kontroll på de ansatte. Det er viktig for de ansatte at de føler en tillit til at de utfører jobben de er ansatt for å gjøre. Det er viktig at de ansatte føler at målingene som gjøres oppleves meningsfull, at målingen skal være av en kvalitetsfremmende art. Intervjuobjektene følte seg målt på temaer som ikke nødvendigvis ga dem så mye mening, flere trakk frem spørsmålet om hvordan man kan måle kvaliteten i behandlingen som er gitt. Dette er et punkt innenfor

«produksjonsparadokset» som sier at når man fokuserer på resultatmål siden det er lett å måle og observere, så er det en desinformasjon når det kommer til måloppnåelse innen velferdsproduksjon (Einarsen og Skogstad, 2015).

Spesialistene og lederne fortalte i intervjuene at de hadde en hverdag hvor de ble målt på mange forskjellige arenaer. Dette var spesielt knyttet opp til aktivitet og økonomi, men det kunne også være målinger på innhold i behandlingen, slik som suicidvurdering eller vurdering om pasienten har et rusproblem. Modellen New Public Management har et mål om å gi den beste behandlingen billigst mulig, derfor er det høyt fokus på økonomi og aktivitet. Pasientene skal motta en behandling, budsjettene skal holdes, ansatte skal lønnes, og overordnede krav fra myndigheter skal oppfylles (Busch 2014). Ved endringer av premissene, eller hvis man ikke leverer, så må ledelsen se på mulighetene for endringer eller omorganiseringer.

Om man ikke klarer å levere innenfor rammene så står organisasjonen i fare. Det er en lederoppgave å være med på å utvikle organisasjonen, og det er deres ansvar å hele tiden utvikle tjenestene. De ansatte har en kompetanse som må utvikles, og det er fremtidige endringer som organisasjonen hele tiden bør være rustet og klar for å møte (Busch 2014). Spesialistene følte at de ble alene med utviklingen av nye endringer som ligger på det faglige nivået, og følte ikke at de fikk konstruktiv god hjelp av ledere. En av dem fortalte at det var et ønske om at ledere tok ansvar i endringer, også på det faglige nivået, for å sikre en god gjennomføring. Det var tross alt ledere som hadde det største ansvaret, så da ble det opplevd som lite konstruktivt av ledere satt bort denne jobben til fagsiden uten å følge det tilstrekkelig opp. De ønsket ledere som sammen med dem tok ansvar i slike prosesser, og at man hadde en god dialog i endringsarbeid.

Spesialistene viste til internkontroller når de ble spurt om målinger. Det var fokus på hvordan en innkostjournal skulle se ut, og at det var visse punkter som skulle være til stede i alle journaler. Dette ble opplevd som hemmende i arbeidet de hadde, og det gikk bort mye tid i dokumentering for å vise at man hadde gjort disse vurderingene. En av spesialistene sa at dette var unødvendig, da det var så mange individuelle forskjeller hos mennesker. Noen ganger var det for dem åpenbart at man ikke trengte å gjøre enkelte vurderinger, for eksempel vurdering på rus og rusmisbruk, men på grunn av internkontroller og universelle rutiner, så var dette en vurdering som måtte gjennomføres. Dette var for dem litt bortkastet tid, som ga noen uønskede konsekvenser, hvor den ene var at det gikk bort mye tid å dokumentere og at denne tiden heller

kunne vært brukt annerledes. Den andre store uønskede konsekvensen var at tiden de brukte på vurderingen og dokumenteringen tok bort tid de kunne brukt med pasienten for å gå i dybden på punkter de mente var viktigere for å kunne gjøre pasienten bedre. Med et press på hvor mange tiltak en behandling skal inneholde, eller hvor lenge en pasient skal være innlagt, ble tiden sammen med pasienten svært viktig. Ved å gjennomføre rutiner som de beskrev som unødvendig, men et krav, mistet de en viktig del av behandlingsbildet.

Med å måle resultater ønsker man å ha en form for kontroll på jobben som skal gjøres. Spesialistene etterlyste en større frihet for å kunne utføre sine oppgaver på en best mulig måte for pasientene som de skulle behandle. De opplevde fokuset på å måle resultatet satt de i et uønsket press som gikk ut over kvaliteten som de skulle yte, presset gikk ut over deres handlingsrom. Denne bruken av regelstyring kan være med på å redusere spesialistenes mulighet for å utnytte sin spesielle kompetanse. De byråkratiske reglene og kravene må følges og kan gå ut over deres faglige skjønn, som kan resultere i dårligere kvalitet (Busch 2012).

Lederne fortalte at de ble målt på mange forskjellige faktorer, med størst fokus på økonomi, syketall og aktivitet. De fortalte om internkontroller som gikk på HMS arbeid, og internkontroller på at gjeldende retningslinjer var på plass, og at det kunne være eksterne kontroller fra for eksempel fylkesmann eller arbeidstilsynet. Aktivitet hadde mange forskjellige målinger slik som liggedøgn, beleggprosent, antall pasienter og antall tiltak. Andre målinger kunne være antall stillinger i bruk, hva de faktisk brukte i månedsverk, antall ledige vakter og andre som gikk rent på bruk av personell. Disse målingene ble gjennomgått på driftsmøter med klinikkledelse, hvor man måtte redegjøre for endringer og årsaks-forklare avvik.

Lederne forsøkte å demme opp for dette fokuset på målinger mot sine ansatte, for at det ikke skulle bli for lite fokus på faktisk drift og fag. Slik at spesialistene og fagpersonene ikke merket like stort trykk på målinger av aktivitet. En av lederne sa at det ble mye unødvendig fokus på slike målinger, og da tok det bort fokus på oppgavene for behandling som lå hos fagpersonene. Det var en engstelse for at denne informasjonen skulle bli misforstått og skape unødvendig støy på fagsiden. Det har gjennom modellen New Public Management kommet mange tilbakemeldinger fra fagsiden at det er en bekymring for den store byråkratiseringen som er i tjenesten for tiden. Man ønsker å ta tilbake fokuset på fag, og heller bruke en del av ressursene på fag i stedet for kontroller og målinger.

Med å være målorientert i sin produksjon, skjer det en kontroll gjennom hvordan man skal nå disse målene. Man kontrollerer hvordan man skal klare å nå de målene som er satt, og kontrollere hvordan man ligger an for å nå disse målene (Einarson og Skogstad 2016). Spesialistene hadde et ønske om å kunne hjelpe pasientene på en best mulig måte, men de følte at deres ønske var truet av et fokus på økonomi, drift, sjekklister, kontroller og målinger. De hadde mistet en del av sitt faglige skjønn, og det var erstattet med skjemaer og mindre tid med pasientene. På spørsmål om hvor mye tid de brukte på dokumenteringer, svarte de at mye av deres arbeid dreide seg om å dokumentere journaler.

5.3.4 Kontroll og tillit

En av lederne trakk frem at det var viktig med en god dialog med de man var leder for. Vedkommende var leder for spesialister og sa at det var viktig med dialog for å kunne ha en god oversikt over hvordan man bør drifte eller om man bør iverksette tiltak for de ansatte eller pasientene. En av spesialistene sa også at dialog mellom ledelse og fag er svært viktig, for at man skal klare å drive behandling og drifte best mulig, så er det viktig at man snakker med hverandre og at man forstår hverandre. Som leder har man en maktrolle som de er satt til å utøve, dette er en motsetning til tilliten. Som leder kan det være vanskelig og utfordrende å balansere mellom makt og tillit (Askvik et al. 2011).

Dialog var et ord flere av informantene trakk frem, og de mente at det var nødvendig med dialog. De ønsket seg bort fra dagens organisering, med en kontroll som ikke innbydde til tillit, heller tvert imot. De ønsket å kunne få en organisering som er mer tillitsbasert. Det innebærer at lederen stoler på at de ansattes motivasjon og kompetanse fører til at de gjør en best mulig jobb (Kuvaas, 2017). Slik som det er nå, synes ikke informantene at disse to begrepene passer sammen. Kontroll kan være viktig, men det må være meningsfullt (Aasland, 2016)

«Tillit er som kjent vanskelig å få, men lett å miste» (Karp, 2014).

5.4 Oppsummering

Gjennom funnene i oppgaven så kan det virke som at noe av denne frustrasjonen kommer som følge av en profesjonskamp mellom leger og andre yrkesgrupper. De har med modellen og reformen mistet en del av sitt tidligere maktimperium. Annen kompetanse på lederne har ført

til en mer profesjonalisering av rollen, siden de ikke jobber en del klinisk ved siden av å være leder.

Det man kan spørre seg er om enhetlig ledelse har ledet til konflikter mellom yrkesprofesjonene lege og sykepleiere. Etter 2002 har disse yrkesgruppene fått samme tilgang til lederstillinger som er i sykehuset. Man kan tenke seg at en del av usikkerheten kan være knyttet opp mot hva som skulle ligge i lederrollen. Det er vanskelig for en sykepleier å skulle bestemme over en lege/spesialist i faglige spørsmål. Ut fra funnene i denne oppgaven virker det som om spesialistene ønsker at man skal drive med faglig ledelse, mens sykepleierne driver med profesjonell ledelse. Her forplikter man seg til forskjellige mål, hvor man på den ene siden forplikter seg til organisasjonens målsettinger og visjoner, og på den andre siden forplikter man seg til faget.

Det kan virke som om at spesialistene har hatt mer å tape på innføringen av den nye modellen og reformtiltakene. Tidligere så har de hatt en arbeidsplass hvor de så og si uten noen motstand har fått styre og drive faget sitt slik de mente var best. Av informantene så var det flere som fortalte at det tidligere hadde vært en kultur med dårlig økonomisk styring. Det ble også trukket frem at man har en plikt som helsefagarbeider å disponere midlene på en ordentlig måte, for å unngå at det sløses med midlene man har fått tildelt. Innsatsstyrt finansiering (ISF) og Diagnoserelaterte grupper (DRG) er systemer satt i verk for å kunne fordele de økonomiske midlene rettferdig.

Spørsmålet er om hva som har skjedd når tankegangen til New Public Management sin tanke for profesjonalisering har møtt verdigrunnlaget hos profesjonene i sykehuset. Det er tydelig at det oppleves som en kollisjon mellom verdiene hos fagpersonene, hvor det er høyt fokus på pasienten og innhold i behandlingen, opp mot kravet for å kunne yte en tjeneste som er best mulig, billigst mulig. Fagpersonene fant et tydelig ubehag med at de var satt inn i et system som standardiserte hvordan de skulle gjøre behandlingen av pasientene de hadde ansvaret for, hvor de følelsen av autonomi ble revet bort. Et av de mest fremtredende punktene for motstand, var at det var målinger på veldig mange nivåer i forhold til aktivitet og økonomi. Det var en redsel for å gjøre noe feil, da systemet var blitt så kontrollerende at deres jobb ble gjennomgått av deres ledere for å se om behandlingen var gitt innenfor nasjonale og interne krav. For å innfri en del av ideologien til New Public Management må man være villig til å gjøre endringer. Den sier at om man slutter å utvikle seg, slutter man å drifte effektivt og godt.

5.4.1. Hvordan innvirkning har modellen på lederrollen?

Informantene fremhevet følgende faktorer:

- Stort fokus på aktivitet og økonomi.
- Enhetlig ledelse er utfordrende når det gjelder faglige avgjørelser.
- Lederne tar mye ansvar.
- Lederne forsøker å være lojale overfor fag og ledelse.
- Spesialistene ønsket mer faglig fokus. Større autonomi.
- Høyt fokus på effektivitet.
- Lavt fokus på kvalitet.
- For mange omorganiseringer.

5.4.2 Har modellen ført til endret fokus på fag?

Informantene sa at modellen har ført til et endret fokus på fag:

- Ledere tar avgjørelser som har indirekte virkning på behandlingen.
- Mer profesjonsbasert ledelse.
- Utrygghet hos spesialistene. Redd for å gjøre feil.
- Ledere bør forstå faget.
- Lederne er opptatt av fag.
- Lederne prøver å støtte spesialistene.
- Høyt arbeidspress.
- Mindre tid med pasientene.
- Mye dokumentering.

5.4.3 Hva gjør kontroll med tilliten

De som ble intervjuet sa følgende om dette punktet:

- Kontroll inviterte ikke til tillit
- Man følte seg for mye kontrollert.
- Gikk ut over autonomien.
- Fryktkultur – redd for å gjøre feil.
- Kontroll er en lederoppgave.
- Det er for mange målinger.
- Det er viktig med dialog.

5.5 Oppsummering

Jeg har gjennom dette kapitlet drøftet funnene fra empirien opp mot litteratur. Jeg har satt opp delkonklusjoner på funnene som er gjort, og de er organisert etter forskningsspørsmålene.

Jeg vil nå gå over til kritikk av egen oppgave.

6.0 Kritikk til egen oppgave

I denne oppgaven har jeg brukt 7 informanter som bakgrunn for forskningen, noe som har gitt et begrenset datagrunnlag. Derfor er det vanskelig å skulle generalisere funnene mine. Jeg har brukt semistrukturerte intervju, noe som førte til at enkelte av svarene ble ulike. Det har ført til at enkelte intervju har gitt interessante svar, men at funnet har vært vanskelig å finne hos andre informanter. Det var forskjeller på hvor lange svar den enkelte informant ga på spørsmålene.

Det er også en svakhet at grunnlaget for forskningen er hentet fra samme miljø, i samme organisasjon. Konsekvensen av dette kan være at en del av svarene er preget av en kultur, hvor man lufter frustrasjoner sammen, som kan gi en felles forståelse av tema som de ansatte er opptatt av. Funnene kunne vært styrket om de ble hentet fra flere organisasjoner, og at det var flere informanter.

Jeg har benyttet meg av en refleksiv metode, som gir rom for tolkninger av svarene som jeg har fått. Dette kan være en styrke i oppgaven, men det kan også være en svakhet med den, siden tolkninger gir mulighet for feiltolkninger. Selv om jeg har forsøkt å være objektiv i funnene, så har jeg med en forforståelse som kan innvirke på tolkningene. En del av tolkningene vil være preget av hvordan de ble oppfattet av forskeren.

En annen tilnærming som kunne vært brukt er mer observasjoner gjort på arbeidsplassene, for å styrke funnene. Observasjonene kunne vært utført av forskeren, eller av informantene som er involvert i forskningen. Informantene kunne ha brukt notater gjennom en periode, hvor de gjorde egne observasjoner på forskningsspørsmålene, som ville gitt større datagrunnlag. Datagrunnlaget kunne med fordel vært samlet inn i flere runder, over en lengre periode.

Jeg har prøvd å være bevisst på svakhetene med forskningen underveis, for å få en størst mulig validitet på funnene.

7.0 Konklusjon

7.1 Konklusjon

Modellen New Public Management har ført til en bedre kontroll rundt behandling og ansvaret til de forskjellige instansene. Den har gitt en bedre samfunnsøkonomi. Det er stor motstand mot modellen, noe som kom tydelig frem gjennom intervjuene av informantene. Det var frustrasjoner for deres arbeidshverdag som blir knyttet opp mot økonomimodellen, sykehusreformen og enhetlig ledelse. Ved å søke på begrepet «New Public Management» på nettet, får man opp mange artikler, oppgaver og meninger, hvor mange av dem er kritisk til modellen. Det er artikler av fagfolk som ønsker å kvitte seg med modellen, andre har også vært kritiske til modellen, slik som Frank Aarebrot som mente at det måtte «*Bli slutt på galskapen som kalles New Public Management*» publisert i forskerforum.no (Svarstad, 2017).

Kritikken til New Public Management og systemet i denne undersøkelsen er stor, men man kan samtidig stille seg et spørsmål om hva som hadde skjedd om man avskaffet dette systemet. Det hadde nok ikke gitt bedre økonomi, eller ført til færre innleggelser. Det er ikke slik at det blir færre diagnoser eller tomme timebøker. Hva kan styrke tilbudet til pasientene som er på sykehus – er det ytterligere fagressurser eller er det bedre organisering og ledelse? Det er kommet frem et ønske om en større tillit for å utføre jobben sin, uten mange målinger og rapportering. En slik ledelse er mulig, om man avskaffer deler av dagens organisering.

Et av problemene med at ledere må kontrollere sine ansatte på et slikt nivå som beskrives, er at man får demotiverte ansatte. De var lei av å bli kontrollert, de hadde opparbeidet en frykt for å gjøre feil og var slitne av et høyt arbeidspress. Økt kontroll har vært en slik slitasje for de ansatte og lederne, at den vil føre til en selvoppfyllende profeti med at man ikke klarer å levere slik som forventet. De som ble intervjuet var også helt klar på at det gikk ut over kvaliteten på behandlingen og tilbudet.

7.2 Hvordan innvirkning har modellen på lederrollen?

Modellen har hatt stor innvirkning på lederrollen. Det var et høyt fokus på effektivitet, resultater og økonomi. Det er etter informantene sin mening for mange omorganiseringer. Det er utfordrende å være leder etter innføringen av enhetlig ledelse.

7.3 Har NPM ført til et endret fokus på fag?

Ledere bør kjenne faget de skal lede, for å kunne være gode ledere. Lederne er opptatt av fag. Spesialistene følte at man hadde fjernet seg fra en faglig orientering. Det var mindre tid til pasientene, og mange standardiserte krav til dokumentasjon som tok tid.

7.4 Hva gjør kontroll med tilliten?

Tillit og kontroll må utbalanseres. Man trenger målinger, lederne trenger en form for styring. Målingene må bli færre, og kjennes meningsfulle. Personell, både ledere og spesialister kjenner seg overvåket. Det er viktig med dialog mellom fag og ledelse.

7.5 Teoretiske implikasjoner

Gjennom forskningen min har jeg kommet frem til flere funn, som korrelerer med det som eksisterer av litteratur på temaet. Jeg ser at det er begrenset verdi av denne forskningen, siden det er få personer i et lite miljø som har gitt datagrunnlag. Det er mye litteratur på at man skal bli mer faglig orientert i helsevesenet, mens det er lite litteratur på at dette er en modell som man har lykket delvis med. Det er forsket på kontroll og målinger, noe som har likheter med mine funn i denne forskningen. Litteraturen som er tilgjengelig dreier seg mye om å fjerne styringsideologien fra det norske helsevesen.

7.6 Praktiske implikasjoner

Mine funn viser at modellen har innvirkning på lederrollen, et endret fokus på fag, og kontroller fører til svekket tillit. Det er nødvendig med dialog mellom ledelse og fag for å kunne bygge ny tillit, og finne et felles mål som alle forstår.

Lederne forsøkte å forsvare de faglige interessene til fagpersonene, men de ble ikke helt forstått i systemet. Dette er en organisering som legger opp til en høy grad av kontroll, som har ført til at man er engstelig for å gjøre feil. Høyt arbeidspress, lav autonomi har ført til slitne arbeidstakere, som kan ha ført til at personell slutter eller blir sykemeldt. Det er nødvendig for faget at man igjen fokuserer mer på kvalitet i tjenesten.

7.7 Anbefalt videre forskning

Det er et behov for å forske videre på hvordan ledere kan forstå egen rolle i New Public Management. Det er også behov å forske videre på om modellen har innvirkning på faget, da denne oppgaven har for lite empiri til å kunne konkludere.

En faktor som kom frem flere plasser er at det er behov for dialog mellom ledelse og fag. Jeg ser gjerne at noen forsker videre på dialog i helsevesenet. Også er det interessant å kunne forske videre på hvor mange former for kontroll og målstyringer man har i helsevesenet.

Det er også ønskelig å forske videre på om det er slik at arbeidspress og dagens organisering har ført til at personell slutter, eller at det er blitt flere sykemeldinger som følge av styringsmodellen.

Litteraturliste

Aasland, Sigrun. «Skal jeg telle deg også?» Agendamagasinet.no 26.02.2016. Internett. Lastet ned 03.04.2019 fra: <https://agendamagasinet.no/artikler/skal-jeg-telle-deg-ogsa/>

Alvesson, M. og Skoldberg, K. *“Reflexive Methodology: New vistas for Qualitative Research.”* 2.utg. London, SAGE Publications Ltd 2009.

Askvik, Steinar. Espedal, Bjarne. Gammelsæter, Hallgeir. «*Kunnskap om ledelse.*» Fagbokforlaget 2011.

Bemelmans-Videc, Marie-Louise. Rist, Ray C. Vedung, Evert. «*Carrots, Sticks & Sermons.*» Routledge 2003.

Bjørnbeth, Bjørn Atle. «*Må kunne faget for å lede.*» Tidsskriftet.no 19.03.2013. Internett. Lastet ned 02.02.2019 fra: <https://tidsskriftet.no/2013/03/aktuelt-i-foreningen/ma-kunne-faget-lede>

Brandvold, Ellen Beccer. «*Oversykepleier i en enhetlig ledelsesmodell. Muligheter og utfordringer.*» Sykepleien.no 11.03.2009. Oppdatert 13.12.2018. Internett. Lastet ned 02.16.2019 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/oversykepleier-i-en-enhetlig-ledelsesmodell-muligheter-og-utfordringer>

Braut, Geir Sverre. «*Spesialisthelsetjeneste.*» Store Norske Leksikon 04.12.2018. Internett. Lastet ned 02.02.2019 fra: <https://sml.snl.no/spesialisthelsetjeneste>

Busch, Tor. Johnsen, Erik. Klausen, Kurt Klaudi. Vanebo, Jan Ole (red.). «*Modernisering av offentlig sektor.*» Universitetsforlaget 2017.

Busch, Tor. «*Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner.*» Fagbokforlaget 2012.

Busch, Tor. «*Ledelse, kultur og verdier.*» Fagbokforlaget 2014.

Clark, C. «*The Deprofessionalisation thesis, accountability and professional character.*» Socwork.net 2005 (ingen dato) Internett. Lastet ned 12.10.2018 fra: <https://socwork.net/sws/article/download/193/253>

Demerouti, E. Bakker, A.B. Nachreiner, Friedhelm. Schaufeli, Wilmar B. "The job demands-resources of burnout." Journal of Applied Psychology 2001, vol. 86. No 3. s. 499-512. Internett. Lastet ned 12.10.2018 fra:

<https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/160.pdf>

Den offentlige. «Danmarks første phd om tillit og kontroll, toppstyring er ødeleggende.» Denoffentlige.dk 21.11.2016. Internett. Lastet ned 04.03.2019 fra:

<http://www.denoffentlige.dk/danmarks-foerste-phd-om-tillid-og-kontrol-topstyring-er-oedelaeggende>

Einarsen, Ståle og Skogstad, Anders. «Det gode arbeidsmiljø – krav og utfordringer.» Fagbokforlaget 2016.

Einarsen, Ståle og Skogstad, Anders. «Ledelse på godt og vondt – effektivitet og trivsel.» Fagbokforlaget 2015.

Flenning, Ruth Foseide. «Byråkrati stjeler mer av sykehuslegers tid.» Aftenposten.no 25.05.2011 Internett. Lastet ned 02.02.2019 fra:

<https://www.aftenposten.no/norge/i/2p1p4/Byrkrati-stjeler-mer-av-sykehuslegenes-tid>

Friberg, Johanne Horgen. *New Public Management og helseprofesjonens ansvar* Matrixtidsskrift.no 2015. (Internett. Lastet ned 12.01.2019)

http://matrixtidsskrift.no/wp-content/uploads/2015/10/Matrix_2_2015_J.H.Friberg_NewPublicManagement.pdf

Friberg, Johanne Horgen. «Hvor står NPM-debatten nå?» Psykologtidsskriftet.no nr. 2, 32.årgang 2015. Internett. Lastet ned 01.02.2019 fra:

<https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2015/06/hvor-star-npm-debatten-na>

Gaulin, Grete. «Vill i reformkorridoren.» Aftenposten.no 27.03.2016. Internett. Lastet ned 03.03.2019 fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/bKzWe/Vill-i-reformkorridorene>

Gjerløw, Olaf. Hagen, Terje P. Martinussen, Pål E. «Sykehuslegenes syn på sykehusreformen.» 06.09.2007. Internett. Lastet ned 13.03.2019 fra: <https://tidsskriftet.no/2007/09/originalartikkel/sykehuslegenes-syn-pa-sykehusreformen>

Hagen, Unni. «*Utvalg freder omdiskutert sykehusmodell.*» Fagbladet.no 02.02.2017. Internett. Lastet ned 04.03.2019 fra: <https://fagbladet.no/faglig-fokus/utvalg-freder-omdiskutert-sykehusmodell-6.91.444382.5f448caa71>

Harsvik, Trond og Kjekshus, Lars Erik. INTORG – «*Organisasjon og ledelsesstrukturer ved norske sykehus*» SINTEF Helse Februar 2007. Internett. Lastet ned 03.04.2019 fra: https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30324/HORN_2007_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hatland, Aksel. Kuhnle, Stein. Romøren, Tor Inge (Red.). «*Den norske velferdsstaten.*» Gyldendal 2018.

Helsetjenesteaksjonen.no. Ingen dato. Internett. Lastet ned 02.03.19 fra: <http://helsetjenesteaksjonen.no/V01/om-aksjonen-2/>

Helsedirektoratet.no Ingen dato. Internett. Lastet ned 02.02.19 fra: <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet#om-drg-systemet>

Hertel, Jens Kristoffer. Danielsen, Runar. «*Sykepleieledere utfordres når økonomistyring møter faglige idealer.*» Sykepleien.no 03.08.2018. Internett. Lastet ned 21.03.2019 fra: <https://sykepleien.no/meninger/innsatt/2018/08/sykepleieledere-utfordres-nar-okonomistyring-moter-faglige-ideal>

Hood, Christopher (1991): «*A public Management for all seasons?*» Public administration, 69 (Spring): 3-19.

Jacobsen, Thorsvik. «*Hvordan organisasjoner fungerer.*» Fagbokforlaget 2016.

Johannessen Asbjørn, Christoffersen Line og Tuft Per Arne. «*Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag.*» Abstrakt forlag, 2011.

Johannessen Jon-Arild, Olsen Bjørn. «*Positivt lederskap.*» Fagbokforlaget 2017.

Jonassen, Trine. «Som leder er du en rollemodell enten du er klar over det eller ikke.» Barnehage.no 05.09.2017. Internett. Lastet ned 13.12.2018 fra: <https://www.barnehage.no/artikler/som-leder-er-du-en-rollemodell-enten-du-er-klar-over-det-eller-ikke/427991>

Karp, Tom. «Endringer i organisasjoner, ideologi, teori og praksis.» Cappelen Damm akademisk, 2014.

Karp, Tom. «Til meg selv – om selvledelse.» Cappelen Damm Akademisk 2016.

Kaufmann, Geir og Kaufmann, Astrid. «Psykologi i organisasjon og ledelse.» Fagbokforlaget 2004.

Kjekshus, Lars Erik. «Ta ledelse tilbake!» Tidsskriftet.no 07.05.2013. Internett. Lastet ned 02.02.2019 fra: <https://tidsskriftet.no/2013/05/kommentarartikkel/ta-ledelsen-tilbake>

Kotter, John P. “Force for change: How leadership differs from management.” The free press 2008.

Kuvaas, Bård. «Mål- og resultatstyring brukes mest der den gjør størst skade.» Bi.no 14.11.2018. Internett. Lastet ned 01.02.2019 fra: <https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2018/11/mal--og-resultatstyring-pa-feil-sted/>

Kvale, Steinar. Brinkmann, Svend. «Det kvalitative forskningsintervju.» Gyldendal akademisk 2018.

Laffont, Jean-Jacques. Martimort, David. “The theory of incentives – the principal-agent model.” Princeton University Press 2002.

Lindseth, A. og Norberg, A. (2004): “A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience.” Scandinavian journal of Caring Science, 18, 145-153.

Lovdata.no “Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)». Ikrafttredelse 01.01.2001, 01.07.2001. Internett. Lastet ned 12.03.2019 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_3

Madison, G. B. *“The Hermeneutics of Postmodernity.”* Bloomington, Indiana University Press 1988.

Malterud, K. *«Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring.»* Universitetsforlaget 2003.

Mikkelsen, Solveig. *«Målstyring er et fantastisk verktøy, men det brukes feil.»* Universitetsavisa.no 12.03.2019. Internett. Lastet ned 03.04.2019 fra: <https://www.universitetsavisa.no/politikk/2019/03/12/M%C3%A5lstyring-er-et-fantastisk-verkt%C3%B8y-men-det-brukes-feil-18620815.ece>

Nilsen, Lisbeth. Dagens Medisin. *For noen er New Public Management blitt et skjellsord, og det kan de legge bort.* Dagensmedisin.no 05.01.2018. Internett. Lastet ned 02.01.2019 fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/05/For-noen-er-New-Public-Management-blitt-et-skjellsord-og-det-kan-de-legge-bort/>

Norges lover, *«Spesialisthelsetjenesteloven.»*

NOU 2008:2 *«Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak* Internett. Lastet ned 24.04.2019 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d36f4ddb70f04af19182a582d0878da0/no/pdfs/nou200820080002000dddpdfs.pdf>

Nyseter, Tore. *«Vekk med New Public Management.»* Dagensmedisin.no 11.04.2016. Internett. Lastet ned 02.02.2019 fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/11/vekk-med-new-public-management/>

Nyseter, Tore. *«Velferd på avveie. Reformen. Verdier. Veivalg.»* Res Publica 2015.

Nåden Dagfinn, Braute Eldbjørg. *«Fenomenologisk – Hermeneutisk tilnærming.»* Universitetsforlaget, 1992

Regjeringen.no «Oversikt over landets helseforetak.» 10.05.2016. Internett. Lastet ned 24.04.2019 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>

Regjeringen.no «Resultatevaluering av sykehusreformen» 2007. Norges Forskningsråd. Internett. Lastet ned 29.03.2019 fra:

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/sykehusreformen-endelig-rapport-evaluering.pdf>

Stenberg, John-Erik. «Resultatledelse – i teori og praksis.» Considium Consulting Group AS 2014.

Sterri, Erika Braanen. «Første halvår i jobben er avgjørende.» Forskning.no 09.11.2015. Internett lastet ned 25.03.2019 fra: <https://forskning.no/ledelse-og-organisasjon-arbeid-fafo/forste-halvar-i-jobben-er-avgjorende/1203671>

Strand, Torodd. «Ledelse, organisasjon og kultur.» Fagbokforlaget 2007.

Svarstad, Jørgen. «Må bli slutt på galskapen som kalles New Public Management» Forskerforum.no 03.09.2017. Internett. Lastet ned 12.01.2019 fra: <https://www.forskerforum.no/ma-bli-slutt-pa-galskapen-som-kalles-new-public-management/>

Sæle, Renate. «Forstå faget du skal lede.» E24.no 23.02.2011. Internett. Lastet ned 04.02.2019 fra: <https://e24.no/jobb/forstaa-faget-du-skal-lede/20027311>

Thomassen, Ole Jacob. «Psykologers integritet står på spill.» Psykologtidskriftet.no 05.07.2012. Internett. Lastet ned 02.01.2019 fra: <https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2012/07/psykologers-integritet-star-pa-spill?redirected=1>

Torfinning, Jacob. «Collaborative innovation – in the public sector.» DJOFPublishing 2016.

Torring, Jacob. «*Offentlig ledelse i et styringsperspektiv: før, nu og i fremtiden.*» dpsa.dk 2012 (ingen dato). Internett. Lastet ned 10.11.2018 fra:
http://dpsa.dk/papers/Jacob%20Torring,%20Offentlig%20ledelse%20i%20et%20styringsperspektiv_RED.pdf

Veggeland, Noralv. «*Reformer i norsk helsevesen, veien videre.*» Fagbokforlaget 2018.

Veggeland, Noralv. «*Hva er New Public Management konkret?*» Dagensperspektiv.no 02.08.2018. Internett. Lastet ned 02.01.2019 fra:
<https://www.dagensperspektiv.no/2018/hva-er-new-public-management-konkret>

Wennberg, Anne. «*Leder eller kontrollsjef?*» Lederne.no 28.05.2018. Internett. Lastet ned 03.04.2019 fra: <https://lederne.no/2018/05/28/kontroll-leder-eller-kontrollsjef/>

Wikipedia.no «*New Public Management.*» Wikipedia.no 03.07.2017. Internett. Lastet ned 02.01.19 fra: https://no.wikipedia.org/wiki/New_public_management

Wyller, Vegard Bruun. Gisvold, Sven Erik. Hagen, Egil. Heggedal, Rune. Heimdal, Arnulf. Karlsen, Kjetil. Mellin-Olsen, Jannicke. Størmer, Jan. Thomsen, Ivar. Wyller, Torgeir Bruun. «*Ta faget tilbake.*» Tidsskriftet.no Norsk legeförening nr.6 2013 19.03.2013. Internett. Latet ned 22.02.2019 fra: <https://tidsskriftet.no/2013/03/kronikk/ta-faget-tilbake>

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Intervju av fagperson:

1. Kan du fortelle meg kort om din bakgrunn?
 - a. Stilling
 - b. Utdanning
 - c. Tidligere stillinger ved foretaket
2. Kan du fortelle om en typisk dag på jobben for deg?
3. Hvordan vil du beskrive modellen New Public Management?
4. Hvordan innvirkning tror du at modellen NPM har på din arbeidshverdag?
5. Hva tror du er årsaken til at man innførte NPM som modell?
6. Hva tenker du om «enhetlig ledelse»?
7. Med enhetlig ledelse er det på mange arbeidsplasser ledere som har annen grunnutdanning enn de man er leder for. Noen plasser kan det også være slik at lederen ikke har noen formell utdanning innenfor det faget han/hun er ansatt for å lede.

Hva tenker du er fordeler med ledere som ikke nødvendigvis har utdanning i forhold til faget?

Hva tenker du kan være utfordrende med ledere som ikke nødvendigvis har utdanning i forhold til faget?

8. Hvilket fokus føler du at fag har i den daglige jobben?
9. Hvor viktig er det å for en leder å forstå faget?
10. Tar ledere (på ditt nivå) mange faglige avgjørelser?
 - a. Hvis ja, hvilke?
11. Har NPM-modellen ført til et høyere fokus på effektivitet?
 - a. Hvis ja, hvordan?
12. Har effektivitet gått ut over kvaliteten på behandlingen?
 - a. Hvis ja, hvordan?
13. Føler du at lederne er opptatt av å høyne kvaliteten på jobben som du gjør?
 - a. Hvis ja, hvordan?
 - b. Hvis nei, hvordan merker du at lederne ikke er opptatt av å høyne kvaliteten?

14. Har dere gjort noen endringer det siste året for å høyne kvaliteten på jobben som du gjør?
- Hvis ja, hvilke?
15. Merker du til noe angående økonomiske krav i forhold til jobben som du gjør?
- Hvis ja, hvordan merker du det?
16. Opplever du at kvaliteten på tilbudet har endret seg de siste årene?
- Hvordan har det eventuelt endret seg?
17. Har du selv hatt mulighet til å utvikle din faglige kompetanse? Legger eventuelt arbeidsplassen til rette for dette?
- Hvis ja, hvordan?
 - Hvis nei, hva hindrer utvikling?
- Legger eventuelt arbeidsplassen til rette for faglig utvikling?
- Hvis ja, hvordan?
 - Hvis nei, hva er årsaken til at det ikke tilrettelegges?
18. Er noe av jobben din styrt av kvalitetsindikatorer?
- Hvis ja, hvilke?
19. Opplever du noen ganger en konflikt mellom kravene for effektivitet og økonomi opp mot kvaliteten på jobben som du skal gjøre?
- Om det er slik, er det da forståelse fra din leder hvis du må bruke mer tid?
 - Diskuteres dette mye blant dine kollegaer?
 - Sier du ifra til noen? Eventuelt hvorfor ikke?
20. Hva er din forståelse av ledelse og lederrollen?
21. Hva tenker du om det faglige ansvaret en leder har?
22. Har din leder en annen fagprofesjon enn det du har?
- Hvis ja, er det noen ganger utfordrende at leder har en annen fagbakgrunn?
23. Har du opplevd noen former for omorganiseringer eller krav om endringer for effektivisering?
- Hvis ja, hva tenker du om omorganiseringer og effektivisering?
24. Er det krav til produktivitet på din arbeidsplass?
- Hvis ja, hvordan blir produktiviteten målt?
25. Hvor mye av din dag går med til å dokumentere jobben du gjør?
26. Har din arbeidsplass former for å kontrollere arbeidsinnsats?
- Hvis ja, hvilke former for kontroll?
 - Bli resultater målt?

- c. Blir kvalitet målt?
27. Har du en leder som er opptatt av fag?
28. Har din leder oppgaver som går ut på å kontrollere jobben som gjøres?
29. Hva tenker du hvis det er slik at din leder ikke forsvarer de faglige interessene dere har til ledere høyere opp i systemet?
30. Føler du deg kontrollert på noen måte av din leder?
- a. Hvordan måles du på effektivitet?
 - b. Finnes det noen måte å måle kvaliteten på jobben?
 - c. Hva skjer om jobben ikke blir utført på forventet måte?
31. Føler du at systemet og ledelsen har tillit til hvordan du utfører din jobb?
- a. Hvordan viser dine ledere at de har tillit til jobben du gjør?
 - b. Hvordan tilbakemeldinger får du om du ikke leverer som forventet?

Intervju av leder:

1. Kan du fortelle meg kort om din bakgrunn?
 - a. Stilling
 - b. Utdanning
 - c. Tidligere stillinger ved foretaket
2. Kan du fortelle om en typisk dag på jobben for deg?
3. Hvordan vil du beskrive modellen New Public Management?
4. Hva er din forståelse av ledelse og lederrollen?
5. Hvilke øvre føringer må du forholde deg til som leder?
 - a. Hva er det fokus på fra dine ledere?
6. Tror du NPM-modellen har innvirkning på din arbeidshverdag?
 - a. Hvis ja, på hvilken måte?
7. Hva tror du er årsaken til at man innførte NPM som modell?
8. Hva tenker du om begrepet «enhetlig ledelse»?
9. Med enhetlig ledelse er det på mange arbeidsplasser ledere som har annen grunnutdanning enn de man er leder for. Noen plasser kan det også være slik at lederen ikke har noen formell utdanning innenfor det faget han/hun er ansatt for å lede.
 - a. Hva tenker du er fordeler med ledere som ikke nødvendigvis har utdanning i forhold til faget?
 - b. Hva tenker du kan være utfordrende med ledere som ikke nødvendigvis har utdanning i forhold til faget?
10. Hvilket fokus føler du at fag har i den daglige jobben?
11. Hvor viktig er det for en leder å forstå faget?
12. Tar ledere (på ditt nivå) mange faglige avgjørelser?
 - a. Hvis ja, hvilke?
13. Hva tenker du om det faglige ansvaret du har som leder?
 - a. Hvordan løser du dette ansvaret?
14. Har NPM-modellen ført til et høyere fokus på effektivitet?
 - a. Hvis ja, hvordan?
15. Har effektivitet gått ut over kvaliteten på behandlingen?
 - a. Hvis ja, hvordan?
16. Merker du til noe angående økonomiske krav i forhold til jobben som du gjør?
 - a. Hvis ja, hvordan merker du det?

17. Opplever du at kvaliteten på tilbudet har endret seg de siste årene?
 - a. Hvordan?
18. Opplever du noen ganger en konflikt mellom kravene for effektivitet og økonomi opp mot kvaliteten på jobben som de ansatte skal gjøre?
 - a. Om det er slik, har du forståelse for de ansatte?
 - b. Diskuteres dette mye med deg som leder?
 - c. Sier du ifra til noen? Eventuelt hvorfor ikke?
 - d. Har dine ledere forståelse for problemstillingen?
19. Hvilke øvre føringer må du forholde deg til som leder?
 - a. Hva er det fokus på fra dine ledere?
20. Er du leder for andre fagprofesjoner enn din egen?
21. Er du medlem av en ledergruppe?
 - a. I så fall kan du fortelle meg hvordan du opplever at denne gruppen forholder seg til faget?
 - b. Er det noen som representerer faget i gruppen?
22. Kan du fortelle noe om hvilke innvirkninger NPM har på lederrollen?
23. Har du opplevd noen former for omorganiseringer eller krav om endringer for effektivisering?
 - a. Hvis ja, hva tenker du om omorganiseringer og effektivisering?
24. Er det krav til produktivitet på din arbeidsplass?
 - a. Hvis ja, hvordan blir produktivitet målt?
25. Hvor mye av dagen går med til å dokumentere jobben som gjøres?
26. Har du arbeidsoppgaver som går ut på å kontrollere jobben til dine ansatte?
 - a. Hvordan kontrollerer du eventuelt jobben til dine ansatte?
 - b. Blir resultater målt?
 - c. Blir kvalitet målt?
27. Opplever du som leder at du blir kontrollert? Forventer du negative reaksjoner fra dine ledere om du ikke leverer innenfor økonomiske krav?
28. Er du som leder opptatt av fag?
29. Forventer du negative reaksjoner fra dine ledere om du ikke leverer innenfor økonomiske krav?
30. Forventer du negative reaksjoner fra de du er leder for om du ikke forsvarer deres faglige interesser?
31. Hvilken tillit har du til dine ansatte?

- a. Hvordan viser du at du har tillit til dine ansatte?
32. Hvordan forsikrer du deg at jobben utføres effektivt og med kvalitet?
33. Har du som leder kontroll på kontrollen som utføres?

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema

MBA Ledelse – 15.04.2019

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”MBA Ledelse, Handelshøyskolen, Universitetet Nord”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se på hvordan New Public Management kan virke inn på lederrollen i et helseforetak. I den forbindelse har jeg valgt å bruke intervjuer som kilde for forskningen min. Dette er en oppgave som primært skal se på lederrollen, derfor er ledere plukket ut som kandidater for intervju. Det er også et spørsmål om hvordan innvirkning modellen har på faget, derfor er også fagspesialister kandidater for intervju. Studien skal foregå i Nordlandssykehuset. Dette er en oppgave som er et ledd i Masterutdanningen som er ved Handelshøyskolen, Universitetet Nord.

Hva innebærer studien?

Hovedtrekkene av studiet skjer gjennom intervjuer av aktuelle kandidater. Det er en anonym undersøkelse, og det kommer ikke til å bli gitt ut personlige opplysninger. Jeg har laget en intervjuguide som dere får tilgang til i forkant. Intervjuet skjer med personlig møte, eller med telefon. Du kommer til å få tilgang til intervjuet når det er ferdig transkribert. Da har du anledning til å komme med ytterligere kommentarer eller utdypninger, eller om det er deler du ikke ønsker skal bli brukt. Det er mulighet å trekke seg fra studiet når som helst, med øyeblikkelig virkning. Lydfilen fra intervjuet, og det transkriberte materialet, vil bli slettet etter at studiet er ferdig. Sitater fra intervjuet kan bli brukt i oppgaven.

Mulige fordeler og ulemper

Dette er et studium rundt innvirkning en modell har på lederrollen og fag. Det er ikke slik at undersøkelsen har noen fordeler. Det er heller ikke slik at deltakelsen kommer til å føre til ubehag. Arbeidsgiver er informert og har samtykket til undersøkelsen. Det er flere personer som deltar i undersøkelsen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Innsamlingen av informasjon skjer gjennom intervju. Det kommer til å bli brukt opptaker for å lage en lydfil fra intervjuet. Så blir intervjuet transkribert for å kunne forske på funn fra intervjuene. Sitater fra intervjuet kan bli brukt i oppgaven. Lydfilen og transkriberte intervju blir slettet etter at oppgaven er ferdig. Oppgaven skal være innlevert innen 15.05.2019.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Opplysningene er anonymisert.

Frivillig deltakelse Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte min veileder Trude Furunes, telefon 905 30 053

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern, biobank og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A – Utdypende forklaring av hva studien innebærer

Hvorfor gjøres studien?

De siste årene jeg har jobbet som leder i Nordlandssykehuset har det vært et økende fokus på økonomi og andre styrende faktorer for drift. Det har blitt innført ISF og DRG for å nevne noen innsatsstyrte finansieringer. Det har vært omorganisert som følge av innsparingskrav, og vi har opplevd at man har lagt ned en enhet for ungdom i psykiatrien. Det har også vært diskusjoner rundt faglig innhold i behandlingen som gis til ungdommene som er i kontakt med tjenesten. En del av de negative opplevelsene blir knyttet opp mot modellen New Public Management. Det er også en mening at det stadige økonomiske presset, og presset på aktivitet, har gått ut over hvordan man leder enhetene og det faglige innholdet i behandlingen. Jeg ønsker med denne undersøkelsen å forske på om denne modellen har hatt innvirkning på lederrollen, og om den har gitt konsekvenser for faget.

Kriterier for å delta i studien

Informasjon samles inn fra personlig intervju av personer som jobber i foretaket. Intervjuobjektene er ledere og fagspesialister. Alderen 25 – 65 år og som har arbeidsforhold i Nordlandssykehuset.

Hvordan gjennomføres studien?

Studien gjennomføres som personlig intervju. Det er også mulighet for å delta i studien gjennom telefonintervju. Intervjuguiden vil bli gjort tilgjengelig for deltakerne, slik at det er mulighet for å forberede seg til intervjuet. Informasjonen som kommer frem i intervjuet, vil kunne bli brukt i oppgaven.

Når gjennomføres studien?

Dette er et studie som er en del av min Masteroppgave. Det er oppstart med intervjuer i februar 2019. Oppgaven skal være ferdig innlevert 15.05.2019. Etter dette kommer lydfilene fra intervjuet og transkriberte intervju til å bli destruert. Opplysningene kommer ikke til å bli brukt til noe annet enn denne oppgaven.

Hva er studiedeltakernes ansvar?

De som velger å delta i studien har ansvar for å gi så riktige og fullstendige opplysninger som mulig for at forskningen skal bli korrekt.

Hva er studieleders ansvar?

Studieleder har ansvar for å gjennomføre studien slik som lovet, for å beskytte opplysningene som bli samlet inn. Alle deltakere er anonymisert, og det er studieleders ansvar å destruere innsamlet informasjon etter at studien er ferdig.

Kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forskning

Personvern

Opplysningene som registreres behandles konfidensielt. Veileder har innsyn i opplysningene som blir gitt gjennom det transkriberte intervjuet. Det er for studien sin del ikke relevant å dokumentere navn eller andre personopplysninger.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Det kommer til å være mulighet for å få tilgang til den ferdige oppgaven om det er ønskelig.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

Signert av prosjektdeltaker, dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Signert av prosjektleder, dato

Vedlegg 3 – Utdrag fra transkribert intervju

Hvordan fokus føler du at fag har den daglige jobben?

Ehum. Jeg føler at fokuset er ganske mye på fag. Og på de tjenestene man leverer, som enhetsleder er man aktivt involvert i forhold til faglige diskusjoner rundt pasienter. Og der opplever jeg kanskje, ja min erfaring her nå at der har jeg vært involvert av, av alle profesjoner. Mine betraktninger har vært like mye verdsatt som det som kommer fra en psykolog eller lege spesialist. Det er nå min erfaring da men, det er greit, fra sted til sted og, person til person?

Tar ledere på ditt nivå mange faglige avgjørelser?

Nei kanskje ikke så mange faglige avgjørelser, det som er rundt pasientbehandling er ofte, de fleste beslutninger rundt det ligger vel til de som står som behandlere, altså stab, de som står som ansvarlig der og da for den behandling som gis, selv om du som leder har det overordnede faglig ansvar. Det er jo mer at man som leder hvis at man, har en faglig uenighet Mellom, fagpersoner så kan man komme inn og beslutte mer faglig. Ellers man tar jo, man tar jo Mange beslutninger, som får mer indirekte faglige konsekvenser da. Altså sett rundt økonomi, rekruttering, for å ta de enkleste eksemplene. Hvis man velger å ikke tilsette, tilsette en spesialist når man har for få spesialister, så vil man jo, ville ha litt mer sånn indirekte konsekvenser i forhold til faget beslutningen videre. Ehm, ja. Jeg tror det er det jeg har å gi Her og nå.

Har New Public Management modellen ført til et Høyere fokus på effektivitet?

Eh... Ja.

Hvordan?

Det tenker jeg at den har fordi den er, så, i, det her med kvalitetsindikatorer som vi var inne på i forhold til epikrise tid og frist brudd. Det er jo åpenbare ting som har med effektivitet og gjøre, at man skal ha, ja for så vidt vurdere vurderingsfrist, man skal ha vurdert henvisning innen gitt tidsfrist, man skal ha startet opp behandling innen gitt tidsfrist i henhold til prioriteringsveileder. Man skal ha skrevet epikrise og fått sendt den ut innen gitt tidsfrist. Så vi stiller jo noen krav til effektivitet. Ja, hvor, hvis man skulle tenke på, den ene plassen når jeg jobbet hvor det var til

tider ekstremt få spesialister, og de her skulle stå som godkjenner på, på epikriser, så hadde man turnus leger som hamret ut epikriser i full fart, men måtte sende den til godkjenning til spesialist, og så var det spesialist som gikk gjennom den og sikret det faglige innholdet i den. Og når det her var bare en spesialist for eksempel som var på jobb i denne perioden så, var det jo naturlig å tenke at vedkommende fikk et visst etter slep. I tillegg til at han var ganske grundig med innholdet i dem. Og det vil jo da føre til, frist brudd, og da endte det opp med at man innførte epikrise ved utskrivelse for eksempel, som ikke måtte godkjennes av spesialist, for å klare og innfri de her fristene. Eller så har man jo i alt, eller mye av rapporteringen også man skal inn med videre, I dialogen med ledere over I forhold til drift, drifts møter og sånt, et stort fokus på aktivitets tall. Hvorfor har man en økning eller nedgang i forhold til pasienter? Hvorfor er epikrise tiden deres dårlig nå når dere har så mange i stab? Så det er helt klart et tydelig fokus mot, mot produktivitet og effektivitet.

Har effektiviteten gått ut over kvaliteten på behandlingen?

Ehm. Sikkert både ja og nei. Jeg tenker at, at, effektiviteten har ført til bedre kvalitet i den forstand at jeg tror flere pasienter får raskere hjelp, man tar et tydeligere fokus gjennom behandlings for løpet, på at man skal være effektiv og gi god behandling. Så man prioriterer å fortsatt gode faglige beslutninger. I motsetning til at pasienter er i behandling veldig lenge, fordi at man ikke har noe press på seg, hverken til å få de ut eller til å skaffe rom til nye pasienter. Når man ikke har frist brudd så, jeg tenker på at når man ikke har frist brudd indikatoren å forholde seg til, så er det jo ikke noe, det er ikke noe press. Du kan jo, du kan jo bare ha pasientene du har i behandling. Det er jo bekvemt, man har kanskje fått en god relasjon med dem. Man går kanskje ut over det man er pålagt å lever I fra tjenesten, man har den gode relasjonen med pasienten og tenker; nei men når vi har pasienten her og sånt, så kan vi jo hjelpe han med det og det og det og. Selv om det kanskje er andre sine oppgaver, for eksempel kommunen. Jeg tenker at det kan være positivt I den forstand at flere av pasientene får hjelp til å sette et press på helsetjenestene I forhold til å ha et visst omløp. Og det er jo fagpersoner som har vært mer, som har bestemt de her kvalitetsindikatorene. Det har vært mulig og komme med innspill og så videre. Så det er jo noen gode tanker bak det her. Det er ikke tanken at, at man skal levere en dårlig helsetjeneste lenger kostnadseffektivt. Det er jo et forsøk på å prøve å kombinere de to. I forhold til nedgang, eller negativ innvirkning på det, så, så kan du jo være at det her tidspresset som er, gjør at man kanskje avslutter pasientene tidligere man burde ha gjort. Kanskje tar beslutninger før man har det grunnlaget man kunne ha fått. Så ja, vil kunne

potensielt øke risikoen for, for feil. En annen fordel med kvalitetsindikatorerne I New Public Management, det er jo, epikrise tider det å få ut epikriser til fastlegen når pasientene sendes ut. Det er jo veldig dumt hvis man har vært til behandling på sykehuset, og trenger eventuell oppfølging i etterkant, også tar det en måned før fastlegen får epikrisen din. Og du var selv vi såpass dårlig forfatning psykisk eller fysisk, at du har ikke klart å få med deg alle beskjedene som legen har formidlet muntlig, du fikk en gul lapp hos sykepleier få legen til å sjekke det her, for eh ja. Jeg tror det kan være både og.

Merker du til noe i forhold til økonomiske krav i forhold til jobben som du gjør?

Ja, krav om å, om å være i balanse. Drifte så nøkternt som mulig. Fokus på å holde, holde innleie så lavt som mulig. Det gjør jo, det blir litt svar på forrige spørsmål og, hvis man tenker i forhold til innleie hvis man, til enhver tid prøver å holde innleie så lavt som mulig, ved sykefravær eller vakanser, så får man færre folk på jobb, og kanskje kan det og forringer den faglige kvaliteten på tilbudet, selv om du leverer en forsvarlig helsetjenester. Du er innenfor de juridiske rammene, men, men du får ikke den kvaliteten du kan, kunne ha fått med en ekte person på jobb. Men ja, Fokus på økonomi helt klart. Fokus på økonomi i driftsmøter, når det kommer innsparing krav opplever jeg at de blir smurt tynt utover, selv om for eksempel klinikken eller avdelingen eller enheten ikke nødvendigvis er skyld i at det går dårligere med sykehusets økonomisk, fordi at man ikke klarer å holde epikrise tiden, eller har for mange fristbrudd, så blir man rammet, av det. Så får man plutselig et innsparingskrav på, på toppen av art 9000 for eksempel, av det man allerede har. Og, ja bare det her, art 9000 når den kom, ikke sant at man, 5090 5099, at man valgte å distribuere dem ned på enhetsnivå, selv om han vet at, for eksempel ved akutenhet sør får et innsparingskrav som egentlig tilsvarer ei 100 % stilling for en treåring med videreutdanning, ser man at man kan ikke, man har ikke mulighet til å ta ned dette årsverket at fordi bemanningen er helt marginal i utgangspunktet, man har ingenting å hente inn på driftsbudsjett. Så det kravet må bare ligge der så må man krysser fingrene for at man får så mye sykepenger refusjoner i løpet av året, opprøret var været som nøktern man klarer på innleie for å innfri dette kravet, fordi er det som er forventningen fra ledere over. Så det, det er jo et av de kravene, som kanskje burde vært løyst på litt andre måter.

Er du medlem av en leder gruppe?

Ja

I så fall kan du fortelle meg hvordan du opplever at denne gruppen forholde seg til faget?

Nei jeg opplever at det er, I ledergruppen på, holdt på å si seksjon nivå, og på avdelingsnivå så synes jeg at det er en, egentlig en fin miks av, av fag og holdt på å si økonomiske styringsparametere eller andre styringsparametere. Jeg synes det er, det er en del praktiske diskusjoner, ser man bort ifra de så ville si at, at det er flere diskusjoner rundt fag, og det faglige tilbud på enhetene. Forbedring prosjekter. Også er det og fokus på økonomi og aktivitet. Men jeg synes egentlig at de ledergruppen jeg har vært i så har det vært en viss balanse I det der. Jeg tenker ikke at på, er skadelidende, jeg tenker man har fått holdt et fokus på begge de tingene som er viktig.

Vi har snakket litt om at det er et press og konflikter noen ganger Mellom kvaliteten på behandlingen og økonomiske krav. Men sier du i så fall ifra til noen?

Ja. Det har jeg gjort.

Har dine ledere forståelse for problem stillingen?

Ja det kommer litt an på hvilket nivå det er på. Jeg har opplevd at man har fått forståelse på for eksempel avdelings nivå mens jeg jobbet på akutt, god forståelse for faglige utfordringer, på seksjonsnivå på den siden jeg var i Barne- og Ungdoms psykiatri så synes jeg det var god forståelse for det. Klinikknivå så jeg jeg Opplever jeg at du får tilsynelatende god forståelse når du går nøye gjennom det, og forklarer det hvorfor det er sånn. Men at det blir glemt ved neste gang. Eller så må man gjenta akkurat det samme på nytt igjen, samme forklaringen. Om det er en strategi for å, for å hele tiden holde oss skjerpet i forhold til det økonomiske perspektivet, eller om at det er rett og slett at man ikke husker forklaringen fra sist gang, det vet jeg ikke.

Vedlegg 4 – Resultat av meldeplikttest NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvordan påvirkes helseledelse av New Public Management?

Referansenummer

479168

Registrert

10.04.2019 av Frode Hansen - frode.hansen@student.nord.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord universitet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Ledelse og innovasjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Frode Soelberg, frode.soelberg@nord.no, tlf: 75517690

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Frode Hansen, bendosak@online.no, tlf: 95075819

Prosjektperiode

01.10.2018 - 15.05.2019

Status

16.04.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

16.04.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 16.04.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD 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://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2019.

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

NSD 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD 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

NSD 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).

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Steinsvåg Hansen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)