

MASTERA VHANDLING

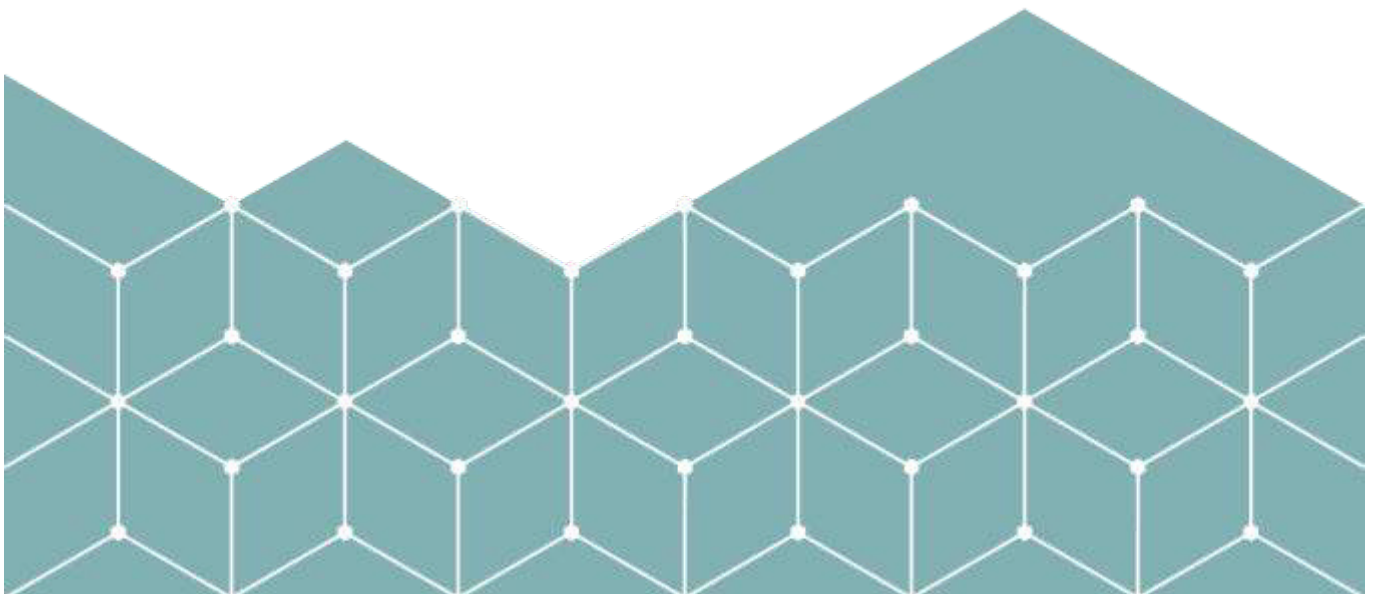
Pakkeforløp i psykisk helsevern – En god ide, men...

En kvalitativ studie av hvordan pakkeforløp i psykisk helsevern påvirker behandleres kliniske autonomi

Helena Wallin Nilsen

15.01.23

Masterstudium i organisasjon og ledelse
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag



Forord

Med denne avhandlingen markeres slutten på masterutdanning i organisasjon og ledelse. Det har vært fire spennende, lærerike men også krevende år.

Jeg vil først og fremst takke mine informanter, som i hektisk hverdag tok seg tid å delta. Takk for alt dere har delt og for at dere tillot meg å få innblikk i deres hverdag.

Jeg vil rette et stort takk til min engasjerte og eminente veileder Jan Moren. Takk for at du har delt av all din kunnskap og for verdifulle innspill og støtte underveis, dette ville jeg aldri ha klart uten deg!

Et stort takk til min kjære mann Frank, for at du har stått i dette sammen med meg. Uten din støtte og hjelp hadde ikke dette vært mulig! Kjære David, nå er mamma endelig ferdig og du skal få all den oppmerksomhet som du fortjener.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver ved Sykehuset Østfold som har lagt til rette for at jeg skal kunne gjennomføre dette studiet.

Nå er jeg endelig i mål!

Sarpsborg, januar 2023

Helena Wallin Nilsen

Sammendrag

Pakkeforløp i psykisk helsevern representerer en stor endring av tjenestetilbudet. Hensikten med studien er å se nærmere på hvordan en slik endring kan påvirke behandlernes kliniske autonomi, og med dette undersøke hvilke faktorer som i denne sammenhengen er av betydning.

Undersøkelsen har et kvalitativt design. Seks behandlere ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS) - poliklinikk har deltatt.

Funnene i studien tyder på at Pakkeforløp i psykisk helsevern har bidratt til økt grad av standardisering og effektivisering av tjenestene. Økt grad av standardisering vil til en viss grad kunne påvirke behandlernes makt og myndighet i beslutningsprosesser, slik at handlingsrommet begrenses. Derav vil den kliniske autonomi kunne reduseres som en konsekvens av dette. Pakkeforløp har i tillegg ført til økt grad av styring og kontroll av tjenestene. Gjennom innføring av forløpskoder og kontrollsystemer måles etterlevelse. Dette har i noen tilfeller bidratt til at behandlerne føler seg presset og styrt til å ta faglige beslutninger på et for dårlig faglig grunnlag. Gjennom at behandlerne benytter seg av ulike tilpasninger vil graden av påvirkning imidlertid kunne begrenses.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	I
Sammendrag.....	II
Innholdsfortegnelse	III
1.0 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.3 Avhandlingens oppbygging og struktur	3
2.0 Pakkeforløp i psykisk helsevern	4
2.1 Hva er pakkeforløp?	4
2.2 Evaluering av pakkeforløp	5
3.0 Teori	9
3.1 Faktorer som påvirker klinisk autonomi - En overordnet modell	9
3.2 Organisasjonsformer	12
3.2.1 Det profesjonelle byråkratiet.....	12
3.2.2 Maskinbyråkratiet	14
3.3 Standardisering.....	17
3.4 Mål -og resultatstyring	19
3.5 Klinisk autonomi	20
3.6 Organisatorisk ulydighet.....	23
4.0 Forskningsdesign og metode.....	26
4.1 Kvalitativt forskningsdesign og metode	26
4.2 Datainnsamling	26
4.2.1 Utvalg av respondenter	26
4.2.2 Kvalitativt forskningsintervju	28
4.3 Analyse	30
4.4 Forskningsetikk	31
4.4.1 Etske vurderinger	31
4.4.2 Validitet, relabilitet og generalisering	32
5.0 Presentasjon av funn fra undersøkelsen	35
5.1 Klinisk autonomi	35
5.1.1 Faglige beslutninger er styrende for pasientbehandlingen.....	35
5.1.2 Pakkeforløpet samsvarer med egen faglig praksis.....	37
5.1.3 Pakkeforløpet utfordrer klinisk autonomi	38
5.1.4 Klinisk autonomi - Noen sentrale av funn	39
5.2 Standardisering og effektivisering	40

5.2.1 Klinisk praksis satt i system	40
5.2.2 Det går mye raskere nå	42
5.2.3 Standardiseringens uheldige sider	43
5.2.4 Standardisering – Noen sentrale funn	45
5.3 Målstyring og kontroll	46
5.3.1 Systemer trengs	46
5.3.2 Måleproblemer – Kvalitet og kvantitet	48
5.3.3 Målstyring og kontroll – Noen sentrale funn	49
5.4 Tilpasninger	50
5.4.1 Kunsten å tilfredsstille et system	50
5.4.2 Miksing og triksing	52
5.4.3 Tilpasninger – Noen sentrale funn	53
5.5 Administrative aspekter	53
5.5.1 Vi skriver oss nesten i hjel	54
5.5.2 Psykologisk påvirkning	55
5.5.3 Administrative aspekter – Noen sentrale funn	56
6.0 Diskusjon og drøfting	57
6.1 Hvordan påvirker organisasjonsformen behandlernes utøvelse av klinisk autonomi	57
6.1.1 Standardisering av arbeidsprosesser	57
6.1.2 Effektivisering, behandling på samleband	59
6.2 Hvordan påvirker organisasjonens styringssystemer behandlingens kliniske autonomi?	60
6.2.1 Mål -og resultatstyring i helsetjenesten	60
6.3 Hvilke tilpasninger gjør behandlere for å opprettholde sin kliniske autonomi	62
6.3.1 Motstand, tilpasninger og organisatorisk ulydighet	62
7.0 Avslutning og konklusjon	65
7.1 Svar på problemstillingen	65
7.2 Oppsummerende konklusjoner	66
7.3 Studiens begrensninger og videre forskning	67
Referanseliste	69
Figuroversikt	74
Tabelloversikt	74
Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD	75
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	78
Vedlegg 3 – Intervjuguide	81

1.0 Innledning

«Pakk opp da, vel!» var overskriften på innlegget til helseminister Bent Høie i Tidsskrift for Norsk psykologforening, november 2015. Han oppfordret både pasienter og fagfolk til å ta del i arbeidet med å utvikle pakkeforløp innenfor psykisk helse, som skulle bidra til en bedre helsetjeneste for pasienter i psykisk helsevern (Høie, 2015). Pakkeforløp ble i første omgang innført som et tilbud for kreftpasienter og i 2016 ble det besluttet at et slik tilbud også skulle benyttes innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Helsedirektoratet fikk med dette i oppdrag å utarbeide og implementere pakkeforløpene. Pakkeforløpene tar utgangspunkt i både nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling. I 2019 ble pakkeforløp innført ved samtlige sykehus i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Etter tre år med pakkeforløp har ny regjering varslet at det vil bli endringer og pakkeforløpet har endret navn til Nasjonale pasientforløp (Regjeringen, 2022).

1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema

Gjennom mitt arbeid som spesialrådgiver i Sykehuset Østfold fikk jeg i oppgave å være implementeringsansvarlig for pakkeforløp i min organisasjon. Pakkeforløpet fikk en blandet mottakelse i organisasjonen. Det var stor enighet blant behandlerne om de overordnede målsetningene i pakkeforløpet, samtidig var de usikre på om en slik organisering vill kunne bidra til et bedre behandlingstilbud. Enkelte tok til orde for at pakkeforløp ikke egnet seg for psykisk helsevern og jeg møtte til dels stor grad av motstand. Det var gjennom mine erfaringer som implementeringsansvarlig at jeg fattet interesse for styring og styringssystemer i offentlig sektor. Politiske mål blir gjennom nasjonale retningslinjer implementert i organisasjonen med krav om etterlevelse. Jeg finner det svært interessant å undersøke hvordan denne formen for styring påvirker de ansatte i organisasjonen.

I 1985 ble det vedtatt at alle norske statlige bedrifter skulle benytte mål -og resultatstyring (MRS) som styringsprinsipp (NOU 2003:06, s. 31). De siste årene ser vi tydelig konturene av dette, blant annet gjennom det økte fokus på effektivisering og standardisering av tjenestene samt målstyring og kontroll

(Ekeland, 2011, s.2) og (Christensen et al, 2015, s.111). Det økte fokuset på styring og kontroll har bidratt til flere omfattende reformer innenfor offentlig sektor. NAV reformen, Kvalitetsreformen innenfor høyere utdanning, og helseforetaksreformen for å nevne noen. Effektivisering har vært hovedfokus innenfor samtlige av disse reformene (Pettersen & Fallan, 2010, s 99-100).

Gjennom Helseforetaksreformen ble sykehusene organisert som helseforetak, noe som bidro til at staten fikk stor innflytelse og påvirkningskraft til å styre spesialisthelsetjenesten (NOU 2016:25, s.9). I min organisasjon ser vi tydelig konturen av dette blant annet gjennom de årlige oppdrag og bestillingsdokumentene fra helse -og omsorgsdepartementet, hvor oppgaver og krav til organisasjonen foreligger (Regjeringen, 2021). Fokus på styring og kontroll ses i tillegg gjennom ulike metoder og modeller som organisasjonen benytter seg av, hvor effektivisering i tillegg er et hovedanliggende. Kontinuerlig forbedringsarbeid gjennom metoder som eksempelvis Lean, hvor hensikten er å avdekke eventuell sløsing av ressurser i arbeidsprosesser for å skape bedre flyt er eksempler på dette (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 51) Pakkeforløp er i denne sammenhengen det ferskeste eksemplet på en slik metode (Helsedirektoratet, 2020).

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Pakkeforløp i psykisk helsevern utgjør en av de største endringene som har blitt gjennomført innenfor psykisk helsevern, en endring som utgjør en stor forskjell for organiseringen av pasienttilbudet. Med dette ønsker jeg undersøke hvordan disse endringene påvirker behandlerne som skal yte helsehjelpen.

På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan påvirker pakkeforløp i psykisk helsevern behandlernes utøvelse av klinisk autonomi?»

Dette ønsker jeg å undersøke dette gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan påvirker organisasjonsformen behandlernes utøvelse av klinisk autonomi?
2. Hvordan påvirker organisasjonens styringssystemer behandlernes utøvelse av kliniske autonomi?
3. Hvilke tilpasninger gjør behandlere for å opprettholde sin kliniske autonomi?

1.3 Avhandlingens oppbygging og struktur

Avhandlingen er inndelt i 7 hovedkapitler med tilhørende underkapitler. I *kapittel 1* har jeg redegjort for bakgrunnen for valg av tema og presentert avhandlingens problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg vil først i *kapittel 2* gi en kort beskrivelse av hva pakkeforløp i psykisk helsevern er, for så å presentere en tidligere undersøkelse (evaluering) som er gjennomført innenfor dette tema. I *kapittel 3* presentere avhandlingens teoretiske rammeverk. Hvor jeg først presenterer en overordnet modell som i hovedsak vil fungere som et strukturerende rammeverk. Deretter vil jeg presentere teori som er sentral for å kunne besvare avhandlingens problemstilling og forskningsspørsmål. I *kapittel 4* beskrives den vitenskapelige metoden som er benyttet. I *kapittel 5* presenteres de empiriske funnene fra min undersøkelse. Funnene vil i *kapittel 6* bli drøftet og diskutert opp mot studiens teoretiske rammeverk, og vil med dette besvares mine forskningsspørsmål. Avslutningsvis vil jeg i *Kapittel 7* presentere avhandlingens konklusjon og forslag til videre forskning.

2.0 Pakkeforløp i psykisk helsevern

Som en innledning og for å gi en tydelig definisjon av pakkeforløp, vil jeg i dette kapitlet starte med å gi en kort innføring av hva pakkeforløp i psykisk helsevern er. Det er få undersøkelser som eksplisitt tar for seg pakkeforløp. For å berede grunnen og for gi et bilde av tidligere erfaringer knyttet til pakkeforløpets påvirkning på organisasjonen, vil jeg presentere en av de få undersøkelsene om er gjennomført innenfor tema. Kapitlet vil med dette fungere som et teoretisk bakteppe for avhandlingen.

2.1 Hva er pakkeforløp?

Pakkeforløp i psykisk helsevern er et nasjonalt standardisert pasientforløp. Hensikten er å gi pasienter/pårørende et helhetlig og forutsigbart utrednings -og behandlingstilbud. Det er to ulike former for pakkeforløp, *Tilstandsspesifikke pakkeforløp*, som beskriver pasientforløpet til pasienter med en spesifikk diagnose og *generelle pakkeforløp*, som omhandler flere ulike pasientgrupper og diagnoser som ikke omfattes av de tilstandsspesifikke forløpene (Helsedirektoratet, 2020).

Målet med pakkeforløpet er:

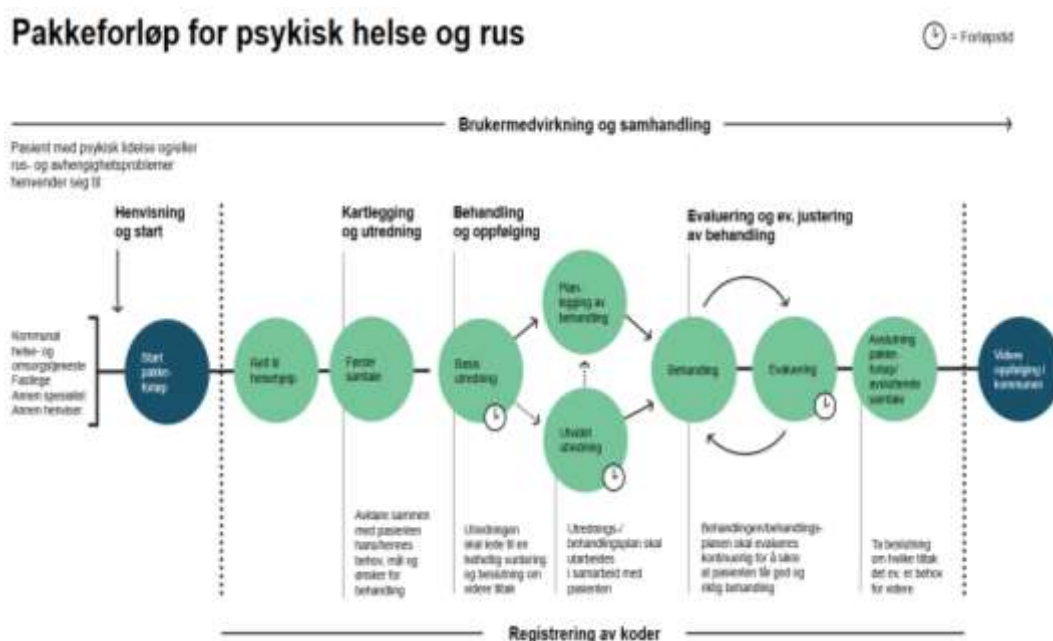
- Økt brukermedvirkning
- Ivaretagelse og involvering av pårørende
- Redusert ventetid før, under og gjennom utrednings -og behandlingsforløpet
- Å tilby et likeverdig behandlingstilbud uavhengig av hvor pasienten er bosatt
- Koordinerte og sammenhengende helsetjenester

(Helsedirektoratet, 2020)

Pakkeforløpet gir en tydelig beskrivelse av hvilke krav som stilles til helsetjenesten med tanke på innhold og organisering av utrednings -og behandlingsforløpet, ansvar og roller, kontaktpunkter mellom pasient og behandler. Videre inneholder pakkeforløpet forløpstider som beskriver den maksimale tiden for utredning og mellom evalueringer av behandlingen

(Helsedirektoratet, 2020). For å kunne følge med på om målene i pakkeforløpene er oppnådd er det opprettet pakkeforløpskoder i Norsk pasientregister (NPR). Aktivitetene i pakkeforløpene skal kodes og resultatene publiseres offentlig (Helsedirektoratet, 2018).

Figur 1. Pakkeforløp – psykisk helse og rus



(Helsedirektoratet, 2020)

2.2 Evaluering av pakkeforløp

I perioden 2019-2020 gjennomførte SINTEF to evalueringer av pakkeforløp. I den første evalueringen ble fagfolks erfaringer med pakkeforløp det første året evaluert. Den andre rapporten inkluderte i tillegg pårørendes og brukernes erfaringer med pakkeforløpet, det andre året etter implementering (Ådnanes et al., 2020, s. 2).

I den første evalueringen ble det konkludert med at pakkeforløpene ikke har virker etter sin opprinnelige hensikt og liten grad oppnår målsetningene som er satt (Ådnanes et al., 2020, s. 8-10).

Et flertall av de ansatte opplever at pakkeforløp har bidratt til en stor økning i administrative oppgaver og trekker frem registrering av forløpskoder som et eksempel på dette (Ådnanes, Kaspersen, Melby & Lassemo, 2020, s.50).

Oppgavene beskrives som svært tidkrevende og har i tillegg bidratt til økt arbeidsbelastning, samt et negativt tidspress. Registrering av forløpskoder skaper både stress og frustrasjon. Systemet oppleves som rigid og lite fleksibelt og det tar ikke hensyn til situasjoner som kan oppstå som eksempelvis sykdom eller at pasienten ikke møter. Det stilles også spørsmål knyttet til kvaliteten på dataene som samles inn og om disse er sammenlignbare data, internt og eksternt. I denne sammenhengen nevnes også strategisk koding som en faktor som er av betydning og som vil kunne gi et ukorrekt bilde av virksomheten (Ådnanes et al., 2020, s.12-17).

Pakkeforløp har bidratt til store strukturelle endringer av tjenestetilbudet. Det vises til at et flertall av de ansatte er positive til strukturen i pakkeforløp.

Likeverdige tjenester og økt struktur i utredningsforløpet trekkes i denne sammenhengen frem som positivt (Ådnanes et al., 2020, s.54). Det fremkommer imidlertid en bekymring blant ansatte for at de strukturelle endringene skal påvirke faglig praksis på måte som fører til dårligere pasientbehandling (Ådnanes et al., 2020, s.69). Videre viser evalueringen at de ansatte opplever det som problematisk å forholde seg til pakkeforløp ut fra et faglig perspektiv, og det stilles spørsmål tegn ved den faglige begrunnelsen for innføring av pakkeforløp (Ådnanes et al., 2020, s.56-57).

Evalueringen som ble gjennomført etter to år avdekket at ansatte, pårørende og pasienter var enige i pakkeforløpenes overordnede målsetninger, men konkluderer i likhet med den første rapporten med liten grad av måloppnåelse og viser til at det er mye som gjenstår for å nå målene.

Tilbakemeldingene fra de ansatte vedrørende tidsbruk, tidspress og administrative oppgaver er i stor grad uendret. Det er fortsatt stor frustrasjon hos de ansatte knyttet til koding og registrering, men i et mindre omfang enn tidligere. Flere ansatte gir uttrykk for at det er behov for et mer effektivt system (Ådnanes et al., 2021, s.14-16).

Økt grad av struktur er ønsket og det vises til at pakkeforløpet kan brukes som en sjekkliste for aktivitet som skal gjennomføres i pasientforløpet (Ådnanes et al., 2021, s.50). Det fremkommer også en bekymring for at økt standardisering vil kunne gå ut over individuelle behandlingsbehov (Ådnanes et al., 2021, s.95).

Pakkeforløpenes krav om koding/registrering og tidspress oppleves av ansatte å gå ut over kvaliteten i pasientbehandlingen, faglige vurderinger og relasjonsbygging. Opplevelsen støttes av pasienter og pårørende som viser til at tidspress og effektivisering i tjenesten er merkbar og trekker frem eksempler som færre timer, kortere konsultasjoner, økt stress og press om å bli frisk, samt at behandlingsforløp avsluttes tidligere når behandlingsresultater uteblir. Tidspress og stress har for noen pasienter medført at de har blitt sykere og har i noen tilfeller før til re- henvisninger (Ådnanes et al., 2021, s.14). Videre vises det til at økningen av administrative oppgaver oppleves som en byråkratisering av tjenesten. Koding og registrering er oppgaver behandlerne ikke ønsker og som anses å gå ut over tiden til klinisk arbeid. Det hevdes i tillegg at en økning i administrativt arbeid fører til at ansatte velger å avslutte arbeidsforholdet. Ledere av tjenesten oppgir i tillegg at de vegrer seg for å legge for stort press på behandlerne om å utføre administrative oppgaver, i frykt for å miste nødvendig kompetanse (Ådnanes et al., 2021, s.97-99).

Evalueringen avdekket at ansatte forholder ulikt til pakkeforløpene. Noen steder anses pakkeforløpene å være anbefalinger, og med dette påvirkes behandlingssystemet i liten grad. Andre steder anser man pakkeforløpene som et pålegg som skal føles og med dette en større påvirkning på organisasjonen. Videre fremkommer det at pakkeforløpet på ulike måter tilpasses for å forenkle og for å gjøre det mer gjennomførbart (Ådnanes et al., 2021, s.14). Tilpasninger som eksempelvis å fortsette med utredning i behandlingsforløpet utføres for å oppfylle pakkeforløpenes krav og for å kunne vise til gode resultater, samtidig med at ønsket praksis og faglig kvalitet opprettholdes. En slik praksis vil imidlertid bidra til å dekke over de aktivitetene som i realiteten gjennomføres (Ådnanes et al., 2021, s.95).

Videre fremkommer det at de ansatte har streke motforestillinger og i stor grad er negativt innstilt til pakkeforløpets krav og administrative oppgaver. De beskriver dette med ord som *vagt, belastning, uforståelig, ingen funksjon, ikke meningsfullt og til bry*. I tillegg fremkommer det at krav om registrering og koding oppfattes som en mistillit til utøvelse av faget. (Ådnanes et al., 2021, s.15).

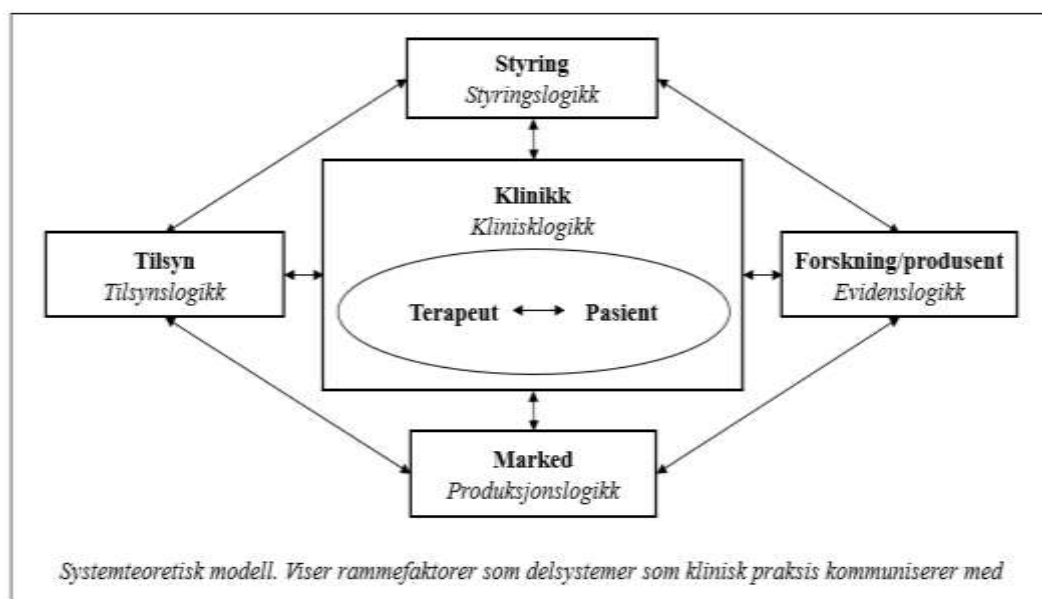
3.0 Teori

I dette kapitlet presenteres en overordnet modell som i hovedsak vil fungere som et strukturerende rammeverk, men vil også benyttes for å belyse hvordan ulike faktorer påvirker klinisk praksis. Med denne modellen som felles referansepunkt presenteres teoriene som er sentrale for å kunne besvare avhandlingens problemstilling og forskningsspørsmål. Følgende teorier *Organisasjonsformer, standardisering, mål -og resultatstyring, klinisk autonomi og organisatorisk ulydighet* vil senere anvendes i analysen og ved drøfting av funn.

3.1 Faktorer som påvirker klinisk autonomi - En overordnet modell

Velferdsstaten har de siste årene vært i endring. Økt fokus på Mål -og resultatstyring, kvalitetssikring og evidensbasert praksis er endringer som i denne sammenhengen er sentrale (Ekeland, 2011, s.4). For å beskrive og analysere hvordan disse endringene har hatt innvirkning på profesjonsutøveres kliniske autonomi, har jeg valgt å benytte meg av en systemteoretisk modell. Gjennom en systemteoretisk innfallsvinkel kan variablene belyses separat og med utgangspunkt i dette kan interaksjonen mellom variablene analyseres og drøftes. Modellens tar utgangspunkt i ***klinikk*** som i denne sammenhengen anses å være den viktigste virksomheten ved at det er her helsehjelpen ytes. Klinikk er omgitt av fire variabler: ***styring, tilsyn, forskning og marked***. Variablene representerer ulike funksjonsområder som er i et nødvendig samspill med hverandre. Variablene har alle sine egne logikker (tankesett) og modeller, som til tider erstatter og/eller konkurrerer med hverandre.

Figur 2. Systemteoretisk modell.



(Ekeland et al., 2011, s.6)

Innenfor **klinisk logikk** er profesjonsutøveren og pasienten i sentrum.

Profesjonsutøveren befinner seg i spenningsfeltet mellom styring utenfra, med en forventning om økt standardisering og brukermedvirkning, med krav om et individuelt tilpasset tilbud. Klinisk autonomi er innenfor denne logikken sentralt og blir definert som noe som finner sted i relasjon mellom behandler og pasient. Klinisk autonomi bygger på spesialisert fagkunnskap, men omhandler også profesjonsutøverens administrering av kunnskap i kliniske situasjoner.

Profesjonsutøverens lojalitet forventes å ligge hos pasienten, og med dette beskytte den kliniske relasjonen mot ytre påvirkning. Forholdet er basert på tillit til at profesjonsutøveren kan hjelpe, er kvalifisert til å yte helsehjelpen og er innstilt på å hjelpe pasienten uten begrensninger. Graden og omfanget av klinisk autonomi har derav en sentral rolle (Ekeland, 2011, s. 3-4).

Styringslogikk stammer fra privat sektor med et markedsorientert styringsideal.

Sentrale premisser innenfor tilnærmingen er overføring av makt fra fag og profesjon, til økonomi og administrasjon. Bedre ressursutnyttelse er et hovedanliggende. Det er en overordnet tanke om at faglig kvalitet og økonomisk effektivitet kan forbedres gjennom konkurranse og ved å benytte markedsorienterte styrings modeller. Bruk av resultatindikatorer og

effektivitetsmål er nødvendig for å kunne følge utviklingen. Videre er det en målsetning om at aktørene i organisasjonen ikke bare skal ha et fagligfokus, men skal i tillegg være økonomiske aktører. Pasientbehandling ansees ikke for å bare være et klinisk anliggende og behandling blir derav produksjon hvor resultater må kunne synliggjøres og skal kunne sammenlignes (Ekeland, 2011, s 4.).

Tilsyn og kvalitetssikring er sentralt elementer innenfor *tilsynslogikken*. Det er innenfor denne logikken et overordnet prinsipp at kvalitetssikring og kontroll er nødvendig for å sikre at pasienten mottar fagligforsvarlige helsetjenester. I dette ligger det en oppfatning om at forholdene i tjenesten ikke alltid er optimale og at gode intensjoner ikke alltid er tilstrekkelig for å sikre gode helsetjenester. Kvalitetssikring er derfor i denne sammenhengen sentralt. Kvalitetssikring opptrer i mange ulike former og vil i hovedsak omhandle ulike metoder for overvåking og kontroll av praksis, både internt i profesjonen og eksternt fra arbeidsgiver og myndigheter. Begrepet accountability er et begrep som beskriver en endring innenfor dette området. Det vises til at rutiner og retningslinjer ikke lenger er tilstrekkelig og at det nå i større grad kreves at praksis skal dokumenteres på en måte som gjør det mulig å evaluere og vurdere hvordan rutiner og retningslinjer etterleves. I dette ligger det ikke bare et element av økt ansvarliggjøring, men også mulighet for å bli stilt til ansvar (Ekeland, 2011, s 4-5).

Evidensbasert praksis (EBP) har sine røtter i legevitenskapen og var opprinnelig ment å virke som et tiltak for å forbedre integrasjon mellom forskning og kliniskpraksis. Det er en overordnet holdning innenfor *evidenslogikken* at behandlingsformer som benyttes skal ha gjennomgått randomiserte kliniske studier som viser til at behandlingen er å det beste alternativet, og skal benyttes fremfor behandling som predikerer dårlig validitet. Gjennom å utvikle systematiske oversikter og metodiske standarder/samlinger av forskning som kan vise til effekten av tiltak og resultater i databaser, vil kunne forbedre kvaliteten på tjenestene, forhindre at feil oppstår og vil samtidig bidra til en mer effektiv behandling. Sentralt innenfor denne logikken er standardisering av metodebruk for å styre praksis (Ekeland, 2011, s. 5-6).

3.2 Organisasjonsformer

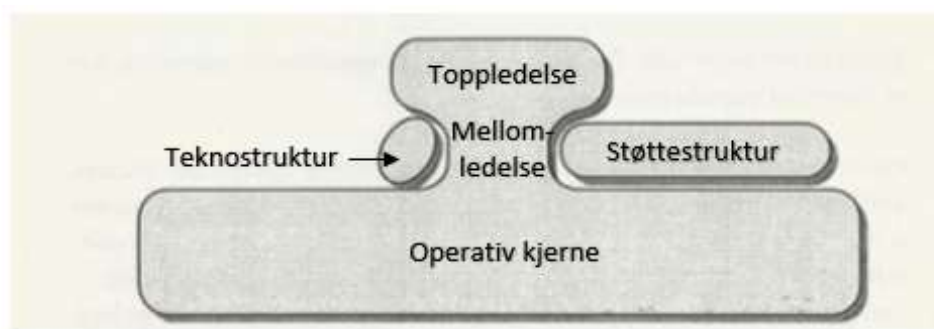
En organisasjon har ulike formelle organisasjonsformer. Utforming og struktur har en sammenheng med hvilke oppgaver organisasjonen er satt til å løse. I dette kapitlet vil jeg presentere to typer av organisasjonsformer som begge vil kunne være til hjelp for å forstå hvordan ulike organisasjonsformer kan påvirke individene i organisasjonen. Jeg har lat meg inspirere av Henry Mintzbergs beskrivelse av organisasjonsformer og har valgt å ta for meg, *Det profesjonelle byråkratiet og maskinbyråkratiet* (Mintzberg, 1979). Sykehus blir beskrevet som et klassisk eksemplene på det profesjonelle byråkratiet og vil derav være sentralt da det er denne organisasjonen som er utgangspunktet for min avhandling (Mintzberg, 1979, s. 348). Maskinbyråkratiet har en struktur som er typisk for industri og masseproduksjon (Mintzberg, 1979, s. 315). Strukturen har samtidig flere elementer vi i økende grad ser i sykehus og har i tillegg flere likhetstrekk til Pakkeforløp i psykisk helsevern. En presentasjon av de to organisasjonsformene er derfor relevant for å forstå hvordan ulike tankesett, holdninger og strukturer kan påvirker hverandre.

3.2.1 Det profesjonelle byråkratiet

Det profesjonelle byråkratiet er en styringsform som kjennetegnes ved at den operative kjernen i organisasjonen består av profesjonelle ansatte med høy grad av fagkompetanse innenfor sitt fagfelt. Med dette følger en betydelig grad av beslutningsmyndighet og kontroll over egen arbeidssituasjon. En slik styringsform ses ofte i organisasjoner hvor den operative kjernen er satt til å løse komplekse arbeidsoppgaver som krever at disse styres og kontrolleres av den som skal løse oppgaven. Styringsformen har derfor en desentralisert struktur hvor den operative kjernen utgjør den viktigste delen i organisasjonen (Mintzberg, 1979, s. 348-349). Ved siden av den operative kjernen finner vi støttestrukturer med støttepersonell som har til hensikt å bistå den operative kjernen med rutineoppgaver som kan formaliseres. Behovet for koordinering av oppgaver er begrenset og derav vil konfigurasjoner som teknostruktur og mellomledelse spille en mindre rolle i det profesjonelle byråkratiet (Mintzberg, 1979, s. 355). Toppledelsen har i slike konfigurasjoner mindre makt og innflytelse sammenlignet med andre byråkratier.

Samtidig har ledelsen en sentral rolle med tanke på å håndtere administrative oppgaver som både er tidkrevende og som krever kunnskap om systemer i organisasjonen. Ledelsen vil i tillegg ha en funksjon knyttet til å håndtere eventuelle konflikter eller andre utfordringer som oppstår (Mintzberg, 1979, s. 362-364).

Figur 3. Profesjonsbyråkratiet



(Mintzberg, 1979, s. 355).

Det profesjonelle byråkratiets struktur er i all hovedsak byråkratisk, men skiller seg fra andre byråkratier ved at beslutningsmyndigheten ligger hos den profesjonelle utøveren (Mintzberg, 1979, s. 351). Standardisering av kunnskap og ferdigheter er den primære samordningsmekanismen innenfor denne styringsformen. Det vil i denne sammenhengen bety at det benyttes standardprosedyrer for oppgaveløsning, rekruttering av profesjonelle med et felles kunnskapsgrunnlag, standardisert opplæring og trening. Videre vil kompleksiteten og behovet for individuell tilnærming medføre et behov for høy grad av frihet og bruk av faglig skjønn med hensyn til hvordan oppgaven best skal løses (Mintzberg, 1979, s.348-354). Kompleksiteten i arbeidsoppgavene og den store etterspørselen av den profesjonelles kompetanse gjør de utfordrende for de som ønsker å kontrollere og standardisere arbeidet til den profesjonelle. De samme elementene vil i tillegg bidra til at utøveren kan kreve autonomi i sitt arbeid (Mintzberg, 1979, s.357).

Høy grad av autonomi med liten grad av forstyrrelser fra omgivelsene blir ansett som en stor fordel i det profesjonelle byråkratiet. Samtidig er det akkurat denne fordel som også skaper utfordringer i organisasjonen. Tilsyn og forsøk på endring av praksis vil kunne oppleves som en inngripen i den faglige autonomien.

(Mintzberg, 1979, s.371-372). I denne sammenhengen vises det til at standardisering av ferdigheter og kunnskap ikke alltid er tilstrekkelig for å ivareta organisasjonens behov, som eksempelvis samhandling og koordinering av oppgaver mellom de profesjonelle, og mellom de profesjonelle og støttepersonell. (Mintzberg, 1979, s.371-372). For å kunne løse de komplekse oppgavene i organisasjonen kreves det at de profesjonelle benytter stor grad av skjønn. Dette vil fungere godt i situasjoner hvor de profesjonelle er kvalifiserte og samvittighetsfulle, men vil kunne bli en utfordring når den profesjonelle er inkompetent eller uaktsom og vil kunne føre til at både organisasjonens og kundens behov svekkes (Mintzberg, 1979, s.373-374).

Utfordringer knyttet til koordinering av oppgaver og bruk av skjønn vil av andre utenfor organisasjonen (regjering og samfunn) kunne oppfattes som mangel på kontroll. En reaksjon på dette vil kunne være økt grad av kontroll og iverksettelse av tiltak i som eksempelvis tilsyn, overvåking, standardisering av arbeidsprosesser og resultater. For høy grad av ekstern kontroll vil imidlertid vil kunne medføre at strukturen i organisasjonen forskyves over til maskinbyråkrati, som innebærer at beslutninger flyttes fra de profesjonelle over til ledelse og teknostruktur. Høy grad av kontroll vil ofte kunne medføre konflikter og økt misnøye hos de profesjonelle. I tillegg vil dette kunne forstyrre relasjonen mellom de profesjonelle og brukerne av tjenestene, med den konsekvensen at tjenestene blir mindre effektive. Tap av kontroll vil også kunne føre til passive fagfolk. Kompleksiteten i arbeidet til de profesjonelle gjør det utfordrende for andre å kontrollere og det hevdes at slikt arbeid heller ikke lar seg styres på en effektiv måte av andre enn den som utfører oppgavene. Endring av praksis i slike strukturer er vanskelig å gjennomføre kun på bakgrunn av rutiner og økt kontroll fra ledelsen. Motstand mot endring løses best ved å henvende seg til de profesjonelles ansvarsfølelse knyttet til ønsket om å gi gode tjenester (Mintzberg, 1979, 376-379).

3.2.2 Maskinbyråkratiet

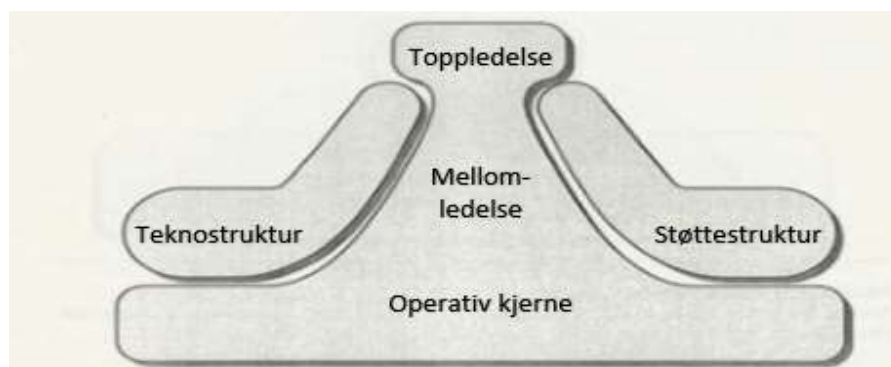
Standardisering av arbeidsprosesser er den primære samordningsmekanismen innenfor masinbyråkratiet. Spesialisering av arbeidsprosesser, høy grad av formalisering gjennom formaliserte kommunikasjonskanaler, med utstrakt bruk av

regler og prosedyrer er sentrale kjennetegn ved denne styringsformen (Mintzberg, 1979, s. 314-315). Slike strukturer finner vi ofte i organisasjoner med et relativt enkelt og stabilt miljø, som er store nok til standardisering av arbeidet er nødvendig. Organisasjonen bør i tillegg eksistert lenge nok til at det er en enighet om hvilken standard de ønsker å bruke. Masseproduksjonsfirmaer blir trukket frem som det mest kjente eksemplet på et maskinbyråkrati (Mintzberg, 1979, s. 325-326). En slik struktur anses for å være lite fleksibel og tilpasningsdyktig og vil derfor ikke være egnet i organisasjoner som er satt til å løse komplekse oppgaver (Mintzberg, 1979, s.347).

Det operative nivået er ofte inndelt i store spesialiserte enheter. Arbeidet til den operative kjernen består i stor grad av enkle, repeterende og rutinemessige oppgaver som i hovedsak krever et minimum av opplæring, kunnskap og bruk av skjønn fra den operative kjernen. Høy grad av standardisering og regulering av arbeidet i den operative kjernen forutsetter en god administrativ struktur. I dette ligger det blant annet en velfungerende mellomledelse som kan håndtere uenigheter og konflikter som kan oppstå mellom medarbeiderne i den operative kjernen. Videre har mellomledelsen en sentral funksjon i arbeidet med implementering av de standarder som er utviklet av analytikerne og støttepersonell i teknostrukturen. Mellomledelsen har i tillegg funksjonen som talsmann mellom ledelse og den operative kjernen (Mintzberg, 1979, s. 315-316).

Masinerbyråkratiet er avhengig av standardisering for å fungere optimalt. Konfigurasjonen er med dette i behov av en forholdsvis stor teknostruktur bestående av analytikere og støttepersonell som har ansvar for utviklingen av systemer og struktur for standardisering. Avhengigheten av velfungerende systemer for standardisering gir disse medarbeiderne en ikke ubetydelig innflytelse i organisasjonen (Mintzberg, 1979, s. 317). Videre har maskinbyråkratiet en tydelig hierarkisk struktur, med et klart skille mellom under og overordnet. Makt og beslutningsmyndighet er forbeholdt toppledelsen. Ledelsen er i stor grad opptatt resultater og har kontinuerlig fokus på effektivisering og forbedring av måloppnåelse (Mintzberg, 1979, s. 321-322).

Figur 4. Maskinbyråkratiet



Typisk for slike konfigurasjonen er at de er betydelig mer formalisert enn andre byråkratier. Dette vises blant annet gjennom at oppgavene i den operative kjernen er svært avgrenset og har en tydelig arbeidsdeling i alle ledd av arbeidsprosessen (Mintzberg, 1979, s. 319).

Maskinbyråkratiet hevdes å være den mest effektive strukturen for organisasjoner der arbeidet i hovedsak består av enkle, rutinemessige og repeterende oppgaver som i tillegg må utføres med presisjon av menneskelige ressurser. Effektivitet, presisjon og kostnadseffektivitet er i tillegg elementer som blir trukket frem som fordeler ved maskinbyråkratiet. Faktum er at ingen annen struktur er bedre egnet for organisasjoner hvor oppgaven er masseproduksjon (Mintzberg, 1979, s. 333). Samtidig vises det til at høy grad av arbeidsdeling, rutine preget arbeid og det rigide skillet mellom under og overordnet er også en kilde til konflikt (Mintzberg, 1979, s. 320). Denne formen for arbeid oppleves av enkelte som positivt da dette skaper orden og struktur, men blir samtidig kritisert av andre som ønsker høyere grad av autonomi i arbeidet (Mintzberg, 1979, s. 336-337). De menneskelige utfordringene oppstår når strukturer vi kjenner fra industri (maskiner) innebefatter menneskelige ressurser. I denne sammenhengen pekes det på Scientific Management og dens grunnlegger Fredrik W. Taylor som en medvirkende faktor til de menneskelige problemene som oppstår i strukturen. Det er særlig fokuset på kontroll og måten menneskelige ressurser ble sammenlignet og fremstilt som deler i en maskin som er problematisk. At mennesker blir behandlet som «midler» fremfor «individer» (Mintzberg, 1979, s. 334-335).

Maskinbyråkrati er en struktur som i stor grad er opptatt av kontroll. Hensikten med dette er å sikre best mulig flyt uten forstyrrelser fra omgivelsene. Med dette følger et utstakt behov for regler, rutiner og kontrollsystemer (Mintzberg, 1979, s. 219-220). Det vises til maskinbyråkratiets gjennomgripende kontrollmentalitet og holdning til at problemer som oppstår løses gjennom ytterligere kontroll ser ut til å forsterke konfliktene ytterligere (Mintzberg, 1979, s. 338). I dagens samfunn med en økning av utdanningsnivå i befolkningen og økte ambisjoner hos den enkelte medarbeider, vil strukturer som masinbyråkratiet kunne oppleve økt motstand fra medarbeiderne som ikke ønsker å arbeide under slike forhold og som avslutter arbeidsforholdet (Mintzberg, 1979, s. 337).

3.3 Standardisering

Standarder og standardisering kan beskrives som hjelpeverktøy som kan bidra til å justere og regulere det sosiale livet, slik at det forsås tilnærmet likt (Timmermans & Epsteins, 2010, s. 70). Videre kan en standard forstås som en form for regel som beskriver hvordan en oppgave skal løses og som bidrar til at oppgaven løses tilnærmet likt (Brunsson & Jacobsson 1998, s.13). Regler kan i hovedsak deles inn i tre hovedkategorier: **Direktiv, normer og standarder**. **Direktiv** er regler som må følges slik som eksempelvis lovverk. **Normer** kan forklares som en uskreven regel som det er naturlig og frivillig å følge, men som er utfordrende å bryte da det er en forventning om at den skal følges. **Standarder** kan beskrives som en form for anbefaling. I hvor stor grad en standard følges er avhengig av om mottakeren ser nytten av å benytte denne (Brunsson & Jacobsson, 1998, s.15). Standarder er formelt sett frivillig å følge. Dette vil imidlertid ikke bety at det er uproblematisk å ikke følge standarden. Selv om dette ikke medfører juridiske sanksjoner vil det allikevel kunne medføre andre sanksjoner i form av at de som har en overordnet posisjon og makt over utøvere kan pålegge disse å overholde standarden (Brunsson & Jacobsson, s.15). Standarder kan videre dels in i flere undergrupper som eksempelvis resultatstandarder, som definerer grensen for når et resultat kan aksepteres og prosedyrestandarder, som er en trinnvis beskrivelse av hvordan en oppgave skal gjennomføres (Timmermans & Epsteins, 2010, s. 72).

I en organisasjon vil standarder i hovedsak benyttes for å sikre at oppgaver blir utført og for å sikre styring og kontroll av virksomheten. (Brunsson & Jacobsson 1998, s.19). Standarder vil i tillegg kunne være et effektivt verktøy for blant annet å sikre overføring av informasjon. Der hvor standarden i tillegg er kjent vil den også kunne redusere behovet for informasjon. Videre er standarder sentralt for å underlette koordineringen av oppgaver. Kjennskapen til at en standard benyttes gir aktørene automatisk informasjon om andre aktørers oppgaver og vil på bakgrunn av dette kunne forutse og tilpasse seg den andre. En standard vil begrense valgmuligheter og vil med dette kunne bidra til en forenkling av både informasjonsinnhenting og koordinering av oppgaver. Dette vil i tillegg kunne skape orden og struktur (Brunsson & Jacobsson 1998, s. 23-24). Standardisering er en form for styring og koordinering som hevdes å være av like stor betydning som hierarkier (Brunsson & Jacobsson 1998, s.12). I situasjoner hvor en organisasjon eller stat ikke er i stand til å styre adferd gjennom å beordre, vil standarder kunne benyttes for å koordinere aktiviteten (Timmermans & Epsteins, 2010, s.71).

Standardisering vil kunne være et nyttig virkemiddel for å oppnå effektivitet i en organisasjon (Skorstad, 2021, s. 69). Det vil i denne sammenhengen handle om standardisering for å utnytte ressurser best mulig for å oppnå effektivitet, gjennom å tilegne seg metoder fra blant annet fra masseproduksjon i industri (Skorstad, 2021, s.23-24). LEAN er et eksempel på en slik metode, som i stor grad omhandler standardisering av arbeidsprosesser for å oppnå best mulig effektivisering og flyt (Røvik, 2007, s.186-187).

Standarder blir imidlertid ikke beskrevet som utelukkende positivt. Bruk av standarder vil også medføre at variasjon uteblir, som igjen bidrar til en ensartet og rigid praksis som går på bekostning av individuelle hensyn og behov. Det stilles i tillegg spørsmål om hvordan det er mulig å vite at en standard er den beste løsningen fremfor en annen, og hvem som beslutter hvilken standard som skal benyttes (Brunsson & Jacobsson 1998, s. 25-26). Motsatsen til standardisering vil dermed kunne beskrives med begreper som: individualisme, skjønn, fleksibilitet, tolkning, mangfold, særegenhet, tilfeldighet, autonomi, eller kaos (Timmermans & Epsteins, 2010, s. 71).

3.4 Mål -og resultatstyring

De siste 20 årene har vist et stadig økende fokus mot mål -og resultatstyring (MRS). Utviklingen har i stor grad koblinger til New Public management (NPM) (Christensen et al., 2015, s. 111). NPM beskrives som en reformbølge som vokste frem på 1980-tallet hvor fokus i stor grad er rettet mot ressursstyring og kontroll ved hjelp av tydelig ledelse og detaljerte standarder med presisering av måloppnåelse (Hood, 1991, s. 4-5). Videre beskrives NPM å være en samling av ulike typer forretnings inspirerte ideer fra privat sektor, overført til offentlig forvaltning (Røvik, 2007, s.34). MRS kan kobles til NPM men vil også kunne spores tilbake til 1970-tallet og begreper som, Management by objectives, som omhandler systemer for planlegging og styring ressurser (Christensen et al., 2015, s.111).

Industrien har hatt en stor betydning for det økte fokuset på ressursutnyttelse og effektivisering som vi i ser i offentlig sektor i dag. Effektivisering har igjen bidratt til et økt behov for kontroll, hvor måling av resultater er sentralt (Skorstad, 2021, s. 23-25). Det finnes mange ulike former for resultatsyringsmodeller innenfor MRS. Ved *Målstyring* er fokuset rettet mot organisasjonens mål. Dette innebærer en kontinuerlig vurdering av egne resultater og evnen til å oppnå målsetningene. Gjennom ulike former for *overvåking* vil organisasjonen kunne følge og sammenligne egne resultater og måloppnåelse. Resultater som sammenlignes med andre, hvor det benyttes systemer som gjør det mulig å vurdere dataene ut fra samme sammenligningsgrunnlag blir omtalt som *sammenligninger*. I praksis vil imidlertid disse modellene gjerne benyttes i form av en kombinasjon med hverandre (Johnsen, 2010, s. 7-8).

MRS er et instrumentelt system som tar utgangspunkt i politiske mål som er utviklet som et resultat av behov og ønsker fra befolkningen. Målene implementeres i organisasjonen med et krav om rapportering av oppnådde resultater. For å oppnå ønskede resultater blir straff og belønningssystemer benyttet for å korrigere adferd i organisasjonen. MRS blir beskrevet som både positivt og negativt. Blant annet oppleves MSR som en klar forbedring fra tidligere mer tradisjonelle styringsformer og vurderes i tillegg å være et nyttig et

nyttig hjelpemiddel for ressursstyring i offentlig sektor. Samtidig er MRS komplekst og det stilles spørsmål om slike systemer passer til bruk i offentlig sektor, om disse egentlig er ønsket. Det hevdes at økt fokus på måloppnåelse i tillegg vil kunne medføre at mål som er enkle å måle bli prioritert og at mål av en mer kvalitativ karakter blir ned prioritert eller oversett. DRG (diagnose relaterte grupper) systemet er et godt eksempel på dette. Enkelte diagnoser belønnes med høyere takster enn andre og vil med dette kunne gå på bekostning av kvaliteten på tjenestetilbudet. MRS vil i tillegg kunne påvirke arbeidstakeren i ulik grad. Det vises i denne sammenhengen til at slike systemer kan oppfattes som kontrollerende og med dette påvirke arbeidstakers motivasjon negativt (Christensen et al., 2015, s. 111-112). Videre hevdes det at MRS vil kunne gi noen uheldige konsekvenser og at disse i mange tilfeller er større enn gevinsten (Ordóñez, 2009, s. 7). Det vises blant annet til en økende tendens til uetisk adferd som eksempelvis å gi et uriktig bilde av resultater gjennom å lyve om at de oppnådd ønskede resultater (Ordóñez, 2009, s.10).

3.5 Klinisk autonomi

Autonomi kan beskrives som en form for selvstyre og selvbestemmelsesrett som tar utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget innenfor en spesialitet (Ekeland et al., 2011, s. 3). Begrepet er tett koblet til utøvelse av faglig skjønn og blir beskrevet som det handlingsrom som de profesjonelle har i situasjoner hvor generell kunnskap og retningslinjer ikke er tilstrekkelig for å kunne løse en problemstilling. Bruk av skjønn er derfor sentralt for å sikre fleksibilitet og for å tilfredsstille pasientens individuelle behov (Molander, 2013, s.44-45). Autonomi er i tillegg tett sammenkoblet med en opplevelse av verdighet i arbeidet og er av stor betydning for at arbeidet skal oppleves som tilfredsstillende og meningsfylt (Karlsson, 2008, s. 9).

Klinisk autonomi er i denne sammenhengen begrenset til å omhandle kliniske situasjoner (Ekeland, 2011, s. 3). Klinisk autonomi defineres som det handlingsrom profesjonsutøveren har i et utrednings -og behandlingsforløp og tar utgangspunkt i utøverens faglige premisser, pasientens forutsetninger og ønsker

(Dimmen & Ødegård, 2012). En forutsetning for klinisk autonomi er at profesjonsutøveren har tilstrekkelig makt og myndighet for å kunne utøve den helsehjelp som utøveren anser som optimalt (Ekeland, 2011, s. 3-4). Dette vil i praksis bety at profesjonsutøveren med utgangspunkt i en klinisk vurdering av pasientens tilstand, på et selvstendig grunnlag har mulighet for å beslutte hvilke utrednings -og behandlingsmetoder som skal benyttes, samt rekkefølge og tidsramme (Utvåg et al., 2014).

Videre er det sentralt å skille klinisk autonomi fra profesjonsautonomi, som handler om profesjonenes forhold til samfunnet. Disse er tett sammenkoblet, men endringer på den ene faktoren vil ikke nødvendigvis påvirke den andre. Motsatsen til klinisk autonomi vil i denne sammenhengen være en regelstyrt praksis kontrollert av andre (Ekeland et al., 2011, s. 3).

Kliniske autonomi påvirkes og begrenses av flere ulike faktorer. Juridiske, økonomiske og institusjonelle rammer samt egne faglige og etiske retningslinjer er eksempler på slike begrensninger (Ekeland et al., 2011, s. 3). Ut fra et historisk perspektiv har profesjonsutøverens handlingsrom endret seg. Tidligere kunne utøveren i større grad praktisere sitt yrke med utgangspunkt i kompetanse og etiske retningslinjer uten administrativ og politisk kontroll. Tanken var at minimal grad av ytre begrensninger vil bidra til at beslutninger fattes med utgangspunkt i profesjonsutøverens faglige og praktiske kompetanse, etikk og faglig skjønn. Endringer i helsevesenet med økt grad av politisk og byråkratisk styring har imidlertid ført til en reduksjon i profesjonsutøverens makt (Lian, 2007, s. 13).

Over en lengre tidsperiode har **Mål -og resultatstyring** vært den dominerende styringsideologien i offentlig sektor. Psykisk helsevern har imidlertid i stor grad vært unntatt slike styringssystemer. Innføringen av denne formen for styringssystemer har medført til at behandling ikke bare ses på som et klinisk anliggende, men måles og evalueres slik som andre styringsdata (Ekeland, 2011, s. 4). I en undersøkelse vises det til at denne formen for standardisering og styring av helsetjenester har medført en endring av rammebetingelsene i form en reduksjon i profesjonsutøverens kliniske autonomi (Dimmen & Ødegård, 2012).

Andre undersøkelser viser til en svekket tillit til profesjonsutøvere i helsevesenet (Lian, 2007, s.195). Økt fokus fra omgivelsene knyttet til dårlig kvalitet, feilbehandling og manglende pasientrettigheter hevdes å være medvirkende årsaker til at det har oppstått en tillitsbrist mellom profesjon og samfunn. Dette har medført et økt fokus mot **kvalitetssikring**, med tiltak som tilsyn og kontrollsystemer for å gjennomrette tilliten (Ekeland et al., 2011, s.4). Dette ser vi blant annet gjennom helsedirektoratets lovpålagte oppgave om å utarbeide standarder som eksempelvis nasjonalfaglige retningslinjer og kvalitetsindikatorer (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 7–3). Retningslinjene har til hensikt å gi råd og anbefalinger som skal bidra til god kvalitet på tjenestene som tilbys. Retningslinjene er ment å være en faglig støtte til profesjonsutøvere og pasienter for å ta gode beslutninger ved utøvelse av i helsehjelp. Retningslinjene er ikke lovpålagte oppgaver, men må allikevel anses å være retningsgivende for hva som er faglig forsvarlig helsehjelp og god praksis. Samtidig er det en forventning om at profesjonsutøveren skal bruke faglig skjønn i pasientbehandlingen for å ta hensyn til pasientens individuelle behov (Helsedirektoratet, 2012). Det vises imidlertid til at slike tiltak kan være svært utfordrerne og at for stor grad av kontroll vil kunne medføre at profesjonsutøverens kliniske autonomi reduseres. Slike systemer vil i tillegg kunne føre til en oppleves av mistillit og virke demotiverende på profesjonsutøveren. Derav vil de kunne virke mot sin hensikt (Ekeland et al., 2011, s.5).

Bruk av metoder som er utarbeidet på bakgrunn av randomiserte kliniske studier er utgangspunktet for **Evidensbasert praksis**. I et medisinsk perspektiv anses evidensbasert praksis å være svært viktig og bidrar til bedre kvalitet i helsetjenesten. Det er i denne sammenhengen sentralt hvordan slik kunnskap benyttes. Det vises til store forskjeller mellom anbefalinger på populasjonsnivå og klinisk praksis. Dette er spesielt problematisk i situasjoner hvor metoden som benyttes ikke kan påvise statistisk signifikans. I psykisk helsevern foreligger stor variasjon innenfor en enkelt diagnose og det er i tillegg usikkerhet knyttet til hvilken behandling som er best egnet. Studier innenfor dette området viser til at ved noen behandlingsformer er metoden som benyttes underordnet og at utøvereffekten er det mest avgjørende faktoren for resultatet. Usikkerheten knyttet

til validitet kan reduseres ved at profesjonsutøverens gis anledning til å legge til rette for et fleksibelt og individuelt behandlingstilbud (klinisk autonomi) (Ekeland et al., 2011, s. 5-6).

3.6 Organisatorisk ulydighet

Organisatorisk ulydighet (OMB) blir av Ackroyd og Thompson definert om «alt du gjør på jobb som du ikke skal gjøre» (Ackroyd & Thompson, 1999, s. 2). Med dette som utgangspunkt vil organisatorisk ulydighet kunne omhandle alt fra helt alminnelige ulydighet til ulydighet av en mer alvorlig karakter. Forskning på området viser til at OMB er noe som forekommer på alle arbeidsplasser og at det er en økning i omfang. Til tross for at OMB er svært vanlig er det allikevel ikke like enkelt oppdage, da dette ofte holdes skjult. På en arbeidsplass er organisatorisk ulydighet noe arbeidstakerne vet forekommer og selv om ikke alle er direkte involvert, er dette noe de medvirker eller er medskyldige til (Barnes & Taksa, 2012, s. 3-4).

Ackroyd og Thompson har utarbeidet en oppsummering av funn fra studier som omhandler OMB. Denne viser at arbeidsprestasjon, tidsbruk og arbeidstakers tilgang til organisasjonens produkter er de områdene hvor arbeidsgiver og arbeidstaker i hovedsak strides, og hvor OMB som oftest begås. Her blir klassiske eksempler som fravær, tyveri, arbeidsbelastning, ulike former for sløseri av tid og ulike forstyrrelse av arbeidsprosessen med hensikten for å forsinke produksjon, trukket frem som eksempler på dette (Barnes & Taksa, 2012, s.7-8). Noen av disse typene for OMB har i senere tid blitt utvidet som et resultat av endringer i organisasjoner og samfunnsutviklingen. Eksempelvis definere Walter Block (2001) privatbruk av internett på arbeidsplassen til gjøremål som shopping, besøke nyhetssider, ferieplanlegging og chatting som en form for tyveri. Arbeidstakeren vil her benytte bedriftens tid og ressurser på annet enn arbeid og dette vil kunne medføre økte kostnader for organisasjonen, eksempelvis ekstra bredbånd (Block, 2001, s. 225-226). Videre trekker Vardi og Wiener (1996) frem sabotasje, trakassering, villedning av brukere/kunder og det å lure myndighetene som eksempler på OMB (Vardi & Wiener 1996, s.151).

OMB er et vidt begrep og blir av Jan Ch. Karlsson (2008) definert som en overordnet kategori med tre underkategorier: **Motstand, antisosial atferd og private gjøremål**. Motstand blir ofte trukket frem som en reaksjon på arbeidstakers frykt for endring. I denne sammenheng vises det til at endringens innhold og konsekvenser for den enkelte medarbeider er av betydning for om endringen blir møtt med motstand eller ikke. Videre har motstandsbegrepet en tendens til å bli beskrevet som noe utelukkende negativt. Karlsson hevder imidlertid at motstand ikke alltid er en dysfunksjonell handling (Karlsson, 2008, s. 15-16). Han defineres motstand som motreaksjon hos arbeidstakeren for å påvirke ledelsens kontroll og på bakgrunn av dette opprettholde verdighet og autonomi (Karlsson, 2008, s. 133-134). Antisosial adferd blir definert som «*det som ansatte gjør, tenker og er som deres leder ikke ønsker at de skal gjøre, tenke eller være og som retter seg nedover eller til siden i det organisatoriske hierarkiet*» (Karlsson, 2008, s. 135). Det vises til at antisosial adferd ovenfra og ned (fra leder til underordnet) ofte forskyves til å omhandle de underordnede, der motstanden som oppstår forklares som en reaksjon på den overordnede atferd. Antisosial adferd vil også kunne forekomme mellom arbeidstakerne, eksempelvis i form mobbing, trakassering og utfrysing. Det å utføre private gjøremål i arbeidstiden blir også av Karlsson beskrevet som en type OMB og viser til situasjoner hvor private gjøremålene påvirke arbeidet som utførers eksempelvis å «late som» å være hardtarbeidende med at tiden i realiteten benyttes til private gjøremål som å ringe private samtaler, bruk av internett til private gjøremål og bestille time til legen med mere (Karlsson, 2008, s.134-137).

Ese (2019) trekker inn begrepet akademisk motstand som blant annet omhandler å gjøre seg utilgjengelig, eksempelvis jobbe hjemme for å få tid og ro til arbeidsoppgaver den enkelte vurderer som viktig. (Ese, 2019, s. 121-122). En annen form for motstand er late som man ikke skjønner eller å ignorere regelverket for å unngå regler eller retningslinjer som den enkelte er uenig i. (Ese, 2019, s. 123-125). De å overprestere blir i tillegg presentert som en motstandsform som handler om å intensivere arbeidsinnsats, bruke mer tid enn det som er tillat med den hensikt om å prestere bedre resultater (Ese, 2019, s. 126-127).

OMB er nært knyttet til selvorganiseringsprosesser. Selvorganisering kan best forklares som en gruppes tilbøyelighet mot å utvikle felles interesser og identitet, hvor autonomi er resultatet av dette. En gruppe skaper sin identitet og autonomi blant annet gjennom å definere seg selv i forhold til andre grupper og/eller gjennom å dyrke sine egne interne normer. Selvorganisering fungerer som en form beskyttelse av egne interesser og vil i stor grad være et resultat de formelle strukturene i en organisasjon. Videre er en gruppes identitet og interesser av betydning for adferd på arbeidsplassen. I denne sammenhengen skiller vi mellom selvorganisering som er rettet utover, hvor resultatet vil være motstand mot andre grupper, og selvorganisering som er rettet innover hvor resultatet er selvregulering. Autonomi er sentralt i selvorganisering og er til stede ved alle former for OMB (Aykroyd & Thompson, 1999, s.54-57).

Organisatorisk ulydighet forklares som en reaksjon som kommer på bakgrunn av ønsket om å ta kontroll over egen arbeidssituasjon og med dette et ønske om å sikre individet/gruppen autonomi (Barnes & Taksa, 2012, s.4). Autonomi og verdighet er av stor betydning i for at arbeidssituasjonen til den enkelte skal oppleves tilfredsstillende og meningsfylt. Arbeidsgivers krav om effektivitet og ønske om økonomisk gevinst vil ofte kunne komme i konflikt og utfordre disse elementene. Motstand og organisatorisk ulydighet vil da kunne være en naturlig respons for å opprettholde verdighet og autonomi (Karlsson, 2008, s. 9-10).

4.0 Forskningsdesign og metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive den vitenskapelige metoden som er benyttet for å få svar på min problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg vil først gi en presentasjon av forskningsdesign og valg av metode. Deretter vil gjøre rede for min fremgangsmåte for datainnsamling og analyse. Avslutningsvis vil jeg presentere forskningsetiske vurderinger

4.1 Kvalitativt forskningsdesign og metode

Valg av forskningsdesign avgjøres på bakgrunn av problemstillingen. Dette vil kunne lede oss i to ulike retninger og er avhengig av hva som vil gi best informasjon til å svare på problemstillingen. *Kvantitative metoder* er godt egnet for å beskrive omfanget av et fenomen og vil ofte kreve at et flertall enheter undersøkes. *Kvalitativ metode* er en hensiktsmessig fremgangsmåte når vi ønsker å utvikle ny kunnskap og en dypere forståelse av et fenomen og er gjerne rettet mot et fåtall enheter (Jacobsen, 2010, s. 23-25). Ved kvalitativ forskning er fokus rettet mot å forsøke å forstå hvordan mennesker tolker sine erfaringer, konstruerer sin virkelighet og søker å finne mening med sine opplevelser (Merriam & Tisdell, 2016, s. 25).

I min undersøkelse ønsker jeg å få tak i den enkelte behandleres opplevelse og oppfatning av hvordan pakkeforløpet påvirker den kliniske autonomien. Jeg ønsker å gå i dybden og med dette forsøke å få en så helhetlig forståelse som mulig av dette forholdet. Derav har jeg vurdert at et kvalitativt design og en kvalitativ metode som best egnet for å belyse mine problemstilling og forskningsspørsmål (Jacobsen, 2010, s.55-56).

4.2 Datainnsamling

4.2.1 Utvalg av respondenter

Gjennomføring av intervjuer er tidkrevende, og det vil derfor være nødvendig å begrense utvalget. Dette innebærer at det må settes tydelige kriterier for hvem

som er kvalifisert til å delta og hvem som skal ekskluderes (Jacobsen, 2015, s. 178- 180). Problemstillingen er førende for hvem som utgjør utvalget, derav er formålet med undersøkelsen avgjørende for hvem som skal delta. (Jacobsen, 2015, s. 178-181). I denne undersøkelsen ønsker jeg å få svar på hvordan behandleres autonomi påvirkes av pakkeforløpet og derav er behandlerne et naturlig utvalg. Videre er det behandlere ved distriktpspsykiatrisk poliklinikk (DPS) som i størst grad er berørt av pakkeforløpet og som i tillegg har det største omfanget av pasienter per behandler. På bakgrunn av dette vurderte jeg at behandlere i DPS poliklinikk var det utvalget som oppfylte kriteriene for å best kunne belyse min problemstilling.

I første omgang vurderte jeg om undersøkelsen kunne gjennomføres i min egen organisasjon, da jeg her var kjent og på en enkel måte ville kunne få tak i respondenter. I kraft av min rolle som spesialrådgiver for klinikkledelsen og implementeringsansvarlig for pakkeforløp så jeg at det kunne bli utfordrende å opprettholde den kritiske avstanden og den nøytrale holdning som kreves av meg som forsker. Faren ville vært stor for at behandlerne i organisasjonen da ikke ville opplevd meg som en nøytral forsker, noe som også vill kunne påvirke resultatene (Jacobsen, 2018 s. 57). Jeg valgte derfor å gjennomføre undersøkelsen utenfor min egen organisasjon.

Respondentene ble rekruttert ved at jeg først sende en forespørsel til klinikkledelsen ved et sykehus i et annet fylke, og ba om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen. Etter at tillatelse ble gitt fikk jeg tilsendt kontaktinformasjon til ledere ved samtlige DPS poliklinikker på de aktuelle sykehuset. Deretter valgte jeg å ta kontakt med lederne ved to allmenpolikliniske poliklinikker, hvor jeg etterspurte kontaktinformasjon til samtlige behandlere ved poliklinikken. For å få variasjon i utvalget plukket jeg ut tolv tilfeldige respondenter fra navnelistene. Tre legespesialister, tre leger i spesialisering, tre psykologspesialister og tre psykologer. Deretter sendte jeg en forespørsel til respondenten om å delta, sammen med samtykkeskjema og informasjonsskriv om undersøkelsen. Det ble presiseres at det var frivillig å delta og at respondenten når som helt kunne å trekke seg fra undersøkelsen.

Jeg fikk rask respons fra fem respondenter. Etter noe tid sendte jeg en ny forespørsel til fire respondenter. Da jeg hadde flest respondenter fra psykolog gruppen valgte jeg å kun sende denne henvendelsen til lege/ legespesialister. Av disse var det en som ønsket å delta. Det totale antallet ble seks respondenter, fire av disse var kvinner og to menn. Av disse var det to legespesialister, en lege under spesialisering, en psykologspesialist og to psykologer.

4.2.2 Kvalitativt forskningsintervju

En kvalitativ metode åpner opp for flere ulike alternative måter å samle data, hvor intervju er den mest brukte fremgangsmåten (Merriam & Tisdell, 2016, s. 107). Det finnes flere ulike typer av intervjuer med ulik grad av åpenhet og struktur (Merriam & Tisdell, 2016 s. 110). Jeg vurderte at semistrukturert intervju egnet seg best i mitt tilfelle. Fokusgruppeintervju ble også vurdert som et alternativ, men ble valgt bort da jeg i min studie ønsket å få tak i den enkelte behandleres behandleres opplevelse, uten mulig påvirkning fra andre. Gjennom å benytte et semistrukturert intervju vil spørsmålene være utarbeidet i forkant av intervjuet i form av en intervjuguide. Fordelen med et semistrukturert intervju er at spørsmålene i noen grad virker begrensende i form av at respondenten holder seg til et gitt tema, samtidig med at respondenten gis anledning til å bringe inn nye momenter som kan belyse tematikken ytterligere og derav bidra til en dypere forståelse (Flik, 2015, s. 140-141).

I forbindelse med intervjuene benyttet jeg meg av en intervjuguide (Vedlegg 1.). Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av en Ekelands (2011) systemteoretisk modell, som beskriver hvordan ulike faktorer kan bidra til å endre grunnlaget for klinisk praksis og hvordan disse endringene har påvirket profesjonsutøverens kliniske autonomi (Ekeland et al., 2011, s.6). Intervjuguiden inneholdt fjorten spørsmål, hvor tolv av disse var fordelt under tre hovedtemaer. Jeg hadde i tillegg to avslutningsspørsmål hvor respondenten kunne komme med noen generelle betraktninger til slutt. Intervjuguiden ble drøftet med min veileder for å sikre at mine spørsmål ville gi den informasjon jeg trengte for å belyse problemstillingen. I forkant av intervjuene gjennomførte jeg to testintervjuer. På denne måten fikk jeg anledning til å øve på intervjusettingen som for meg var

uvant og jeg fikk testet ut om jeg behersket teknikken med opptak. I tillegg fikk jeg undersøkt hvordan mine intervju spørsmål fungerte i praksis og om spørsmålene ga relevant informasjon. På bakgrunn av testintervjuene endret jeg noen av spørsmålene som respondentene opplevde som uklare.

Intervjuene ble i gjennomført etter respondentens ønsker. Derav ble alle intervjuer med unntak av et gjennomført på respondentens arbeidsplass. Sistnevnte intervju ble gjennomført digitalt på bakgrunn av gjeninnførte koronarestriksjoner. I ettertid har jeg vurdert om dette kan ha påvirket intervjuet i noen grad. Dette intervjuet var noe kortere enn de andre intervjuene og ga i tillegg mindre informasjon sammenlignet med de andre. Det var imidlertid også det første intervjuet jeg gjennomførte slik at dette vil også kunne være en medvirkende årsak. Samtlige intervjuer ble tatt opp med mobiltelefon i henhold til retningslinjer ved Høgskolen i Østfold, mobilappen Nettskjema-diktafon (Universitetet i Oslo, 2022). Jeg erfarte at det å bruke opptak under intervjuene gjorde det lettere å fokusere på samtalen. Intervjuene ble innledet med en kort presentasjon av meg selv, hensikten med studiet og tidsrammen for intervjuet. Videre ble mitt ønske om å bruke lydopptak formidlet. Jeg informerte om hensikten med lydopptakene, hvem som har tilgang til dette og hvordan dataene blir håndtert i etterkant av studiet. Samtlige respondenter ga muntlig samtykke til bruk av lydopptak. Intervjuguiden ble benyttet som en huskeliste slik at alle temaer ble belyst. I tillegg benyttet jeg meg av notater underveis i intervjuene, hvor jeg noterte visuelle observasjoner og oppfølgingsspørsmål jeg stilte senere i intervjuet. Intervjuguiden ble ikke fulgt etter sin opprinnelige rekkefølge, da noen av spørsmålene ble besvart underveis i intervjuet. Intervjuene hadde en tidsramme på 1-1,5 timer.

Ordrett transkripsjon av innspilte intervjuer anses for å være en god fremgangsmåte med tanke på fremtidig analyse av data. Det anbefales at nye forskere selv gjennomfører transkriberingen og med dette vil analysearbeidet kunne starte i forbindelse med transkriberingen (Merriam & Tisdell, 2016, s. 131-132). Jeg valgte å følge disse rådene. Transkribering viste seg å være en svært tidkrevende, men også en betydningsfull prosess hvor jeg ble godt kjent med mine data. Intervjuene ble transkribert forløpende etter hvert intervju. To av

transkripsjonene ble i tillegg sendt til veileder, hvor jeg fikk råd og veiledning med tanke på hvordan forbedre intervjuene.

4.3 Analyse

Analysearbeidet har vært en krevende prosess, selv om jeg allerede før intervjuene hadde gjort meg noen tanker om dette i forbindelse med utarbeidelse av intervjuguiden. Jeg valgte å følge fremgangsmåten beskrevet av Malterud (2011), Systematisk tekstkondensering (STC) (Malterud, 2011, s. 98). Denne fremgangsmåten består av fire trinn: *Å danne seg et helhetsinntrykk, identifisering av meningsbærende enheter, Abstrahere innholdet i meningsdannende enheter og sammenfatte betydningen av dette*. Med dette som utgangspunkt så startet jeg prosessen med å lese gjennom transkripsjonene flere ganger for å bli godt kjent med datamaterialet. Jeg oppsummerte hvert intervju med noen midlertidige temaer som dannet grunnlaget for noen foreløpige hovedkategorier. Jeg opprettet et Excel-dokument, som ble mitt arbeidsdokument. Deretter startet arbeidet med å identifisere meningsdannende enheter. Gjennom å ta for meg hvert enkelt intervju, linje for linje opprettet jeg koder, dvs. jeg trakk ut ord og setninger som på en eller annen måte var av interesse for å belyse problemstillingen og klypte ut disse og plasserte de i arbeidsdokumentet. Etter hvert som jeg jobbet meg igjennom intervjuene så økte antallet koder betraktelig og det ble etter hvert svært mange koder. For å skille intervjuene fra hverandre markerte jeg utsagn og meninger i farger, hvert intervju fikk sin unike farge. Dette hjalp meg å se om noen av kodene gikk igjen hos flere respondenter. Deretter gikk jeg systematisk gjennom samtlige koder på nytt, koder som lignet på hverandre i innhold ble gruppert under samme underkategori. Jeg ente opp med seks hovedkategorier med tre til fire underkategorier under hver. Hovedkategoriene dannet utgangspunkt for mine temaer som presenteres under analysekapitlet i kapittel 5. Tabellen under viser et eksempel fra arbeidsdokument hvor en av hovedkategoriene er øverst i dokumentet med tilhørende underkategorier. Arbeidsdokumentet ble etter dette benyttet i arbeidet videre med analysen.

Tabell 1. Koding og kategorisering

Standardisering og effektivisering			
1 Standardisering bidrar til struktur i pasientbehandlingen	2. Standardisering bidrar til kvalitetssikring av pasientbehandling	3. Standardiseringens uheldige sider	4. PF bidrar til effektivisering
Det blir jo mindre sånn fritt flytende og vi legger fokus på en måte en på hva vi skal behandle.	At de har en evaluering og igjen da der vi går igjennom standardiserte spørsmål. Tror også at det kan fange opp Eksempel om at dette foregikk i traume eller at det er feil behandlingsmetode eller effekt	Når du har hatt depresjon i 15 år så forstår kanskje ikke jeg hvorfor det haster like mye som en som kanskje har noe annet som er mer alvorlig i pakkeforløp	Det tok for lang tid før med utredning
Behandlingsplan er lurt for å, for å liksom, for å få et mål på behandlingen og få med pasienten på hva vi egentlig driver med.	Det virker som det er en kvalitetssikring av. Utredning, kartlegging, utredning, diagnostisering.	Det er prioriterer jo folk som ikke kanskje er så syke overfor folk som er sykere Sånn sett så synes jeg ikke nødvendigvis at det er så rettferdig da.	Jeg tenker at det var en ulempe kanskje for 10 år siden da folk kunne gå, og gå, og gå, og snakke. De kunne gå å snakke, snakke, snakke. Uten at vi definerte hva det var som vi skulle behandle da

4.4 Forskningsetikk

4.4.1 Etiske vurderinger

Det å kunne stole på at forskningsresultater er troverdige er sentralt innenfor forskning. Troverdighet vil i denne sammenhengen bety at forskeren følger forskningsetiske retningslinjer (Merriam & Tisdell, 2016, s. 237). I denne studien er Høgskolen i Østfolds forskningsetiske retningslinjer for forskere og generelle krav fra Den nasjonale forskningsetiske komité (NESH) lagt til grunn for arbeidet.

Dette innebærer blant annet at studien i forkant av datainnsamlingen er meldes inn og godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS (Høgskolen i Østfold, 2018). Dette ble gjort i min undersøkelse og NSD vurderte at behandlingen av personopplysninger i prosjektet å være i samsvar med personvernlovgivningen og derav godkjent (Vedlegg 2). Med dette følger også et krav om at prinsippene om informert samtykke skal følges. Dette innebærer bland annet at respondenten skal være informert om hensikt og formål med undersøkelsen, at det er frivillig å delta. Respondenten skal i tillegg gjøres oppmerksom på gevinster og eventuell risiko samt fordeler og ulemper en eventuell deltakelse kan forårsake (Jacobsen, 2015, s. 46-47). I min undersøkelse ble disse elementene ivaretatt gjennom samtlige respondenter i forbindelse med forespørsel om deltakelse fikk tilsendt et informasjonsskriv med informasjon om formålet med studien og hvordan personvernet til den enkelte ivaretas, herunder bruken av datamaterialet, hvem som har tilgang til dette, anonymisering og sikring av dataene samt informasjon om muligheten for å trekke seg fra studien. I forbindelse med intervjuene ble denne informasjonen gjentatt for at jeg skulle forsikre meg om at informasjonen var lest og forstått.

Ved all forskning som inneholder personopplysninger må forskeren sikre at personvernet blir ivaretatt. For å hensynta dette kravet er personopplysninger som kan bidra til å identifisere respondenten som navn, stedsnavn, seksjon og organisasjonsnavn utelatt. Datamaterialet er forsvarlig oppbevart gjennom at opplysninger om respondenten og opplysninger kan identifisere respondenten er holdt adskilt og oppbevart et sted hvor ikke uvedkommende har hatt adgang.

4.4.2 Validitet, reliabilitet og generalisering

Det faktum at forskeren skal følge forskningsetiske retningslinjer er en forutsetning for å sikre validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning (Merriam & Tisdell, 2016, s. 237).

Validitet omhandler gyldigheten ved studien og vi skiller på intern og ekstern gyldighet. Intern gyldighet handler om hvorvidt forskerens beskrivelse og konklusjoner er i samsvar med virkeligheten. I denne sammenhengen er

datainnsamling sentralt. Har man fått tak i de kildene som kan gi den informasjons som er nødvendig for å belyse problemstillingen, hvorvidt kilden har vært ærlig, i hvor stor grad forskeren har undersøkt om sine fortolkninger er riktige og om disse gjenspeiler virkeligheten (Jacobsen, 2015, s. 228-234). I min undersøkelse har disse momentene blitt hensyntatt gjennom at utvalget av respondenter består av behandlere i psykisk helsevern som alle er pålagt å jobbe i henhold til pakkeforløp, dette er tidligere redegjort for i kapitlet om utvalg. Gjennom min funksjon som spesialrådgiver i psykisk helsevern har jeg erfart at pakkeforløpet i noen grad har skapt sterke reaksjoner og motstand mot denne formen for styring. Med dette kan det foreligge en viss fare for at kildene kan ha en egeninteresse av å tegne et skjevt bilde av virkeligheten som vil kunne påvirke undersøkelsen. Videre har jeg gjennom undersøkelsen vært opptatt av å fange et så riktig bilde av virkeligheten som mulig. For å kvalitetssikre dette har jeg i samtlige intervjuer stilt følgende spørsmål og repetert noen av svarene for å forsikre meg om at jeg har forstått respondenten riktig.

Ekstern gyldighet omhandler i hvilken grad funn fra undersøkelsen er overførbare til andre enn de som undersøkes (generaliseres). Gjennom en kvalitativ tilnærming undersøkes kun noen få enheter til et eksplisitt formål. På bakgrunn av utvalget størrelse kan en generell generalisering være vanskelig. En av styrkene med kvalitative metoder er imidlertid muligheten for teoretisk generalisering (Jacobsen, 2015, s. 237). Dette betyr at vi igjennom å analysere få enheter kan avdekke hvordan fenomener henger sammen og med dette etableres en generell teori om hvordan virkeligheten kan forstås (Jacobsen, 2015, s. 90). Pakkeforløp i psykisk helsevern er et standardisert pasientforløpet som alle behandlere må forholde seg til. Med dette som utgangspunkt vil funn fra min undersøkelse i noen grad kunne være overførbare til behandlere med lik funksjon som utvalget i denne undersøkelsen.

Reliabilitet er basert på en antagelse om at det finnes en virkelighet og hvis denne studeres gjentatte ganger vil man oppnå samme resultat. Dette resonnement er imidlertid problematisk innenfor samfunnsvitenskapen da menneskelig atferd aldri er statisk og med dette vil ikke nødvendig replisering av en studie gi det samme resultatet. Pålitelighet i kvalitativ forskning er med dette et spørsmål om

resultatene er i overenstemmelse med datainnsamlingen og om det foreligger en enighet om at resultatene gir mening. Dette innebærer at det samme datamaterialet kan tolkes ulik, derav er resultatene gjellende frem til det foreligger nye bevis som motbeviser tidligere forskning. Derav vil en undersøkelse kunne anses som pålitelig så lenge forskningsresultater fra en undersøkelse er i samsvar med resultatene (Merriam og Tisdell, 2016, s.250- 252).

5.0 Presentasjon av funn fra undersøkelsen

I dette kapitlet vil jeg presentere de empiriske funnene fra min undersøkelse. Gjennom analysen fant jeg fem hovedkategorier: *Klinisk autonomi, standardisering og effektivisering, tilpasninger, administrative aspekter og målstyring og kontroll*. Jeg har valgt å strukturere kapitlet etter disse hovedkategoriene med tilhørende underkategorier og vil avslutningsvis under hver hovedkategori gi en kort oppsummering av de mest sentrale funnene.

5.1 Klinisk autonomi

Pakkeforløp i psykisk helsevern og rusbehandling legger tydelige føringer for hvordan utredning, behandling og oppfølging i helsetjenesten skal organiseres. Med dette følger krav om dokumentasjon, innhold og tidsfrister for de ulike fasene. Avhandlingens hovedtema er å undersøke hvordan disse momentene påvirker behandlers kliniske autonomi.

5.1.1 Faglige beslutninger er styrende for pasientbehandlingen

Samtlige respondenter var tydelige på at de ikke lar seg påvirke av pakkeforløpet når det omhandler faglige vurderinger og beslutninger knyttet til pasientbehandling. De ga alle uttrykk for at de i situasjoner hvor pakkeforløpets krav og frister ikke er i tråd med det de vurderer å være til det beste for pasienten, vil pakkeforløpet måtte vike for behandlernes faglige beslutninger. De ga flere eksempler på dette og viste i denne sammenhengen i hovedsak til krav om forløpstid, dokumentasjon, tidspunktet for å utarbeide behandlingsplan og evaluering. En av respondentene sa:

Jeg respektere pakkeforløpet. Men hvis det skulle være at jeg måtte velge mellom hva jeg mener er riktig for pasienten og pakkeforløpet, så velger å gå ut fra mine faglige vurderinger og tar en beslutning ut fra det

Videre var at det er en enstemmig oppfatning om at faglige vurderinger og beslutningene knyttet til pasientbehandling, skal være begrunnet i

kunnskapsbasert praksis og med utgangspunkt i dette styres av den behandler som er ansvarlig for pasientbehandlingen. Her trekker to av respondentene frem at de i kraft av sin utdanning og det faglige ansvaret de har overfor pasienten, kan påberope seg retten til å ta slike avgjørelser.

Jeg gjør det jeg tenker jeg burde gjøre, uavhengig av pakkeforløpskravene. Det påvirker ikke hva jeg tenker er riktig behandling eller hva som skulle være hjelpsomt for den her pasienten, eller i utredning sammenheng. Så jeg tar de beslutningene jeg mener er riktige ut fra en faglig vurdering

Tre av respondentene i undersøkelsen fremhevet at det for dem går en grense for hvor mye de kan tillate at andre faktorer påvirker pasientbehandlingen. Her trekkes politiske føringer, økonomi og ressurser frem som eksempler. De mente at dette er elementer som må tas hensyn til og at dette er noe som må kunne forventes at behandlere forholder seg til, når det kommer til å forvalte samfunnets ressurser. Samtidig var de imidlertid tydelige på at slike faktorer ikke kan underminere faglige vurderinger og god faglig pasientbehandling.

Flere av respondentene fortalte at de ikke var likegyldige til pakkeforløpet og at dette var noe de tilstreber å følge. De var i hovedsak positive til pakkeforløpet, men fremhevet at det i psykisk helsevern kan være utfordrende å følge et standardisert pasientforløp. De viste til at det er stor variasjon knyttet til hva som er virksomt for den enkelte pasient og at det derfor må være rom for behandler å bruke faglig skjønn og vike fra standarden der dette vurderes nødvendig.

Ressursspørsmålet, som også må tas hensyn til. Kost - nytte vurderinger og sådanne ting, men, men primært tenker jeg at det faglige skal være styrende. Jeg presser ikke inn dårlige pasienter i et standard system på en måte.

5.1.2 Pakkeforløpet samsvarer med egen faglig praksis

Samtlige respondenter uttalte at det er flere elementer i pakkeforløpet som samsvarer med det de mener er god faglig praksis og at dette også er i tråd med egen faglig standard. Her viser de blant annet til den struktur og orden som pakkeforløpet representerer og fremhevet at dette i stor grad passet godt sammen med hvordan de mener at praksis generelt skal fungere.

Jeg er nok litt sånn som person, jeg liker når det er orden og struktur. Det passer med sånn som jeg tenker det burde være

Fem av respondentene er av den oppfatning at pakkeforløp også er i samsvar med hvordan behandler tidligere har praktisert og at pakkeforløpene derav ikke har bidratt til en vesentlig endring av praksis. Utsagn som: *Mye som samsvarer med ting man har drevet med tidligere, det samsvarer egentlig godt sammen med sånn som jeg har praktisert fra før og det er ikke så stor forskjell egentlig* er eksempler på hvordan dette blir beskrevet. I denne sammenhengen refererer de til det faglige innholdet i pakkeforløpet. Fire av respondentene uttrykte at de er positive til kravet om behandlingsplan og evaluering av behandling, samt at dette er i tråd med det respondenten anså som god faglig praksis. De fortalte at de ikke opplever at pakkeforløpet påvirker eller legger noen føringer for selve behandlingen og viser til at de fritt kan velge behandlingsmetode og lengden på behandlingsforløpet. Videre nevner tre av disse at pakkeforløpets fokus på pasient og pårørendemedvirkning er noe de støtter

Veldig mange forventning om involvering av pasienter, pårørende og barn. Det tenker jeg er et fint tankesett. Jeg tenker det er riktig og viktig å gjøre det mange ganger

Fire av respondentene var av den oppfatning at kravet om at utredning skal gjennomføres innen en gitt tidsfrister er en god grunntanke. De så seg enige i at utredning innenfor en viss tidsfrist er en praksis som pasienten må kunne forvente av helsevesenet og at dette representerer god praksis. Videre ga de uttrykk for at en slik praksis i stor grad er uproblematisk å forholde seg til og at forløpstidene

egner seg godt for den pasientgruppen som de i hovedsak behandler. De understreket samtidig at det ikke er slik for alle diagnosegrupper. En av disse sa følgende:

Tre måneder er jo ofte god nok tid da, det synes jeg. For våre pasientgrupper så synes jeg at det er rimelig å forvente at de fleste tilstander skal jeg klare å ha fått avklart da, innen tiden der.

5.1.3 Pakkeforløpet utfordrer klinisk autonomi

Intervjuene avdekket at flere elementer i pakkeforløpene utfordrer klinisk autonomi. Fire av respondentene fortalte at de standardiserte tidsfristene og kravet om å innfri i forhold til tidsfrister har bidrar til å fremskynde faglige beslutninger. Tre av disse mente at forløpstidene har bidrar til et press om å foreta seg noe uten av det foreligger faglig begrunnelse for dette. De viste til at de i situasjoner hvor fristen for utredning har utløpt før de er ferdig med utredningen, har et press på seg om å ta en beslutning før de har landet på en konklusjon.

Nå er fristen der, nå må jeg bare liksom sette en diagnose. Så det kan jo være ulempen ved det

Fire av respondentene opplevde strukturen i pakkeforløpene som positiv men samtidig rigid. Pakkeforløpet oppleves å i liten grad tar hensyn til pasientens individuelle behov eller andre momenter som kan forsinke pasientforløpet. I denne sammenhengen nevnes pasienter som ikke møter, trenger lengre tid i utredningsforløpet og pasienter som er for syke til at behandling kan startes opp. De beskrev at det i slike situasjoner var i behov for lengre tid, men at det ikke er rom for dette i pakkeforløpet.

Jeg hadde ønsket meg en sånn større fleksibilitet der hvor det ikke er mulig eller hensiktsmessig og følge hva som er lagt da

Videre oppga samtlige respondentene at tidsfristene i hovedsak kan bli problematiske i de kompliserte pasientsakene som er mere krevende, utredning og

behandlingsmessig. Samtlige hadde erfart at det i slike situasjoner nesten uten unntak var vanskelig å overholde fristene. En av disse opplevde i tillegg seg tvunget til å ta en beslutning uten et faglig grunnlag for dette. Respondenten beskrev dette slik:

Når det er mer sånn langvarig sammensatte lidelser hvor det ikke finns noe sånn enkelt svar. Da føler jeg at det noen ganger, at det tvinges liksom frem en beslutning om å foreta noe før jeg egentlig vet hva vi skal gjøre. At jeg liksom måtte late som at vi gir behandling på et vis. Selv om jeg egentlig følte jeg ikke kan stå inne for det

To av respondentene oppga at tidsbrist og krav om å innfri innen en gitt tid, i noen tilfeller har bidratt til at faglige vurderingene tas på bakgrunn av et for dårlig vurderingsgrunnlag og derav indirekte påvirker deres faglige vurderinger.

Når det blir det litt sånn mere uavklart diagnostisk så kan det bli knapt med tid. Så kan det jo være at man gjør en for rask utredning. Altså man kanskje skulle ha gjort noe mere. Eller fulgt de over lengre tid. Da kan det hende at man setter den før tiden man burde kanskje. At man enten setter den for tidlig, basert på spinkelt grunnlag eller at man ikke gjør det, det kan også være. Og at man da gjennom det ikke blir riktig diagnose og så går glipp av behandling som følger med det

5.1.4 Klinisk autonomi - Noen sentrale av funn

Det viktigste funnet fra intervjuene var respondentenes enstydige oppfatning av at pakkeforløpet ikke påvirker deres faglige beslutninger og at situasjoner hvor pakkeforløpets krav er i konflikt med faglige beslutninger, så må pakkeforløpet vike. Samtidig med dette utryktes en opplevelse av at pakkeforløpets retningslinjer og krav bidra til et press på behandlerne om å raskere komme til en konklusjon uten at det foreligger et faglig grunnlag for beslutningen.

Et annet sentralt funn var at respondentene oppfattet at pakkeforløpet representerte god faglig praksis. Struktur og krav i pakkeforløpene opplevdes som

positiv og i tråd med ønsket praksis. Samtidig oppleves pakkeforløpet som rigid med en standardisering som liten grad hensyntar pasienten individuelle behov og som i ikke gir rom for rom for behandler å bruke faglig skjønn. Respondentene var av den oppfatning at behandlers faglige beslutninger i pasientbehandlinger må vektlegges fremfor politiske og økonomiske føringer.

Et interessant funn var at forløpstider oppleves som nyttig og uproblematisk å forholde seg til innenfor i de fleste pasientforløp, men oppleves i samtidig som vanskelig å etterleve i krevende pasientsaker. Tidsfristene fører til at behandlere i enkelte situasjoner tvinges til å ta en faglige beslutninger på et for tidlig tidspunkt og på et sviktende vurderingsgrunnlag. Derav vil tidsfristene i pakkeforløpet indirekte kunne påvirke behandlers kliniske autonomi.

5.2 Standardisering og effektivisering

Standardisering og effektivisering er sentrale momenter i pakkeforløpet. Et av målene med undersøkelsen var å finne ut om hvordan disse elementene påvirker behandlers kliniske autonomi. Følgende presenteres behandlernes opplevelse av temaene.

5.2.1 Klinisk praksis satt i system

Samtlige respondenter opplevde at rammene og strukturen i pakkeforløpet har bidratt til å skape en bedre systematikk i pasientforløpene. De fremhevet at pakkeforløpene har medvirket til økt forutsigbarhet og en tydeliggjøring av roller og ansvar. Fire av disse fortalte at pakkeforløpets standardisering har bidratt til en tydeliggjøring av krav og forventninger til den enkelte behandler og at dette har ført til et mere målrettet og strukturert pasientforløp. To av disse nevner i tillegg at pakkeforløpene har bidratt til orden i pasientforløpene. En av respondentene eksemplifiserer dette gjennom å trekke frem retningslinjene fra helsedirektoratet som beskriver de ulike trinnene i pakkeforløpet og minimumskravet til behandler under hvert av trinnene.

Pakkeforløp er et standardisert pasientforløp. Samtlige respondenter oppga at de i hovedsak var positive til en viss grad av standardisering i helsetjenesten. De opplevde at intensjonen bak pakkeforløpene som god og benyttet seg i denne sammenhengen av ord som *en god ide, mye som er bra med standardisering og fint at ting er standardisert*. Ingen ga direkte uttrykk for at de var negative til denne formen for standardisering. To av disse fortalte at standardisering for dem fungerer som en form for sjekklister for hva som skal gjennomføres innenfor ulike tidsrammer. En respondent syntes i tillegg at standardisering bidrar til at pasientbehandlingen blir mere rettferdig da de overordnede rammene og retningslinjene for utredning og behandling er lik for alle pasienter.

Alle respondentene mente at de overordnede rammene og retningslinjer i spesialisthelsetjenesten bør være standardisert og at helsevesenet trenger denne strukturen for å fungere. Samtidig understreket samtidig at det innenfor disse rammene må det være rom for en viss grad av fleksibilitet. De var tydelige på at det må være rom for at behandler med utgangspunkt i sine faglige vurderinger kan legge til rette for et individuelt tilpasset behandlingstilbud.

Fire av respondentene mente at det var viktig at pasienter som møter spesialisthelsetjenesten skal kunne forvente at det foreligger en viss grad av struktur og standardisering av behandlingstilbudet. De mente at dette ikke skal være tilfeldig og opp til den enkelte behandler å selv bestemme innholdet.

Når man kommer til en behandling så kan man forvente seg noe standardisert tenker jeg. Ikke at behandlingen i seg selv alltid skal være standard, fordi det er jo egentlig kjernen i det jeg gjør. At det meste av all behandling skreddersys til deg. Men møtet med helsevesenet, tenker jeg er en fordel at det er ikke overlatt til tilfeldighetene da

Tre av respondenter var av den oppfatning at innføring av standardiserte maler med et felles innhold for dokumentasjon samt tydelige retningslinjer for innholdet i pasientbehandlingen har bidratt til et kvalitetsløft og at dette er en form for kvalitetssikring av behandlingstilbudet. Kravet om at det skal foreligge en behandlingsplan og at dette skal evalueres jevnlig blir trukket frem som et

eksempel på dette. En av disse hevder i tillegg at denne formen for kvalitetssikring vil kunne gi et bedre behandlingstilbud.

5.2.2 Det går mye raskere nå

Pakkeforløp blir av alle nevnt som en av årsakene til effektivisering av helsetjenesten. Samtlige ga flere ulike eksempler på at systematikk og struktur har bidratt til økt fremdrift og effektivisering av tjenestene. Videre er det en felles opplevelse av det er et høyt fokus på effektivisering i arbeidshverdagen. I denne sammenhengen oppgir respondentene at forløpstidene i pakkeforløpene har vært det sterkeste virkemidlet for å oppnå dette og at pakkeforløpets krav om at utredning, evaluering og behandlingsplan skal gjennomføres innen gitte frister har vært sentralt for effektivisering av tjenestene. En av respondentene beskriver dette slik:

Det er et standardisert opplegg. Du har 6 eller 12 uker på deg. Gjør en kort og effektiv utredning, beslutt på en måte og kom deg videre.

Fire av respondentene ga tydelig uttrykk for at det var positive til en viss grad av effektivisering og viser til at det tidligere i mange tilfeller har tatt for lang tid. I denne sammenhengen ga de eksempler på pasientforløp som har vart over svært lang tid uten at det foreligger et klart definert mål for pasientbehandlingen og hvor bedring og fremgang har uteblitt. De var tydelige på at pakkeforløpets struktur og systematikk har bidratt til at pasientene i psykisk helsevern får raskere og mer effektiv behandling nå enn tidligere. I intervjuene ble kravet om at behandleren skal utarbeide en behandlingsplan som skal evalueres innen et gitt tidspunkt, trukket frem som et element som har ført til at behandleren jevnlig må ta stilling til og evaluere behandlingsforløpet. Gjennom evalueringene kan behandlingen justeres, noe som oppleves å ha bidratt til et mere effektivt helsevesen. En av respondent beskriver dette slik:

Jeg tenker jo at det er mere systematikk i det da. Det å ha en systematikk i det og ha en plan som skal evalueres, gjør i hvert fall at vi ikke har

sådanne pasienter som bare skurer og går da. Det går raskere nå på en måte

Videre fortalte to av disse at kravet om en behandlingsplan som jevnlig må evalueres også har vært til hjelp for å tidligere fagne opp når pasienten er klar for avsluttes og at dette har bidratt til et mere effektivt pasientforløp.

Det faktum at det blir satt frister i pasientforløpet blir av tre respondentene beskrevet som positivt og nødvendig for at pasientforløpene skal bli mere effektive. De fortalte også at de stort sett opplevde å ha god nok tid og at fristene ikke opplevdes som problematiske å forholde seg til. Samtlige hadde en tanke om at dette kan forklares med at de i hovedsak behandler den pasientgruppen som kan defineres som «de mindre kompliserte» og derav er tilmålt tid tilstrekkelig.

En av respondentene forklarte at logistikken i pasientforløpet som er fastsatt gjennom rammene og retningslinjene i pakkeforløpet er en medvirkende årsak til raskere og mere effektive pasientforløp.

5.2.3 Standardiseringens uheldige sider

I undersøkelsen fremkom det at standardisering og effektivisering kan få noen uheldige konsekvenser. Tre av respondentene trekker frem at standardisering i form av at alle skal få et likeverdig tilbud, i noen situasjon vil kunne gå på bekostning av pasientens individuelle behov. De var tydelige på at ikke all helsehjelp kan standardiseres og at et for rigid system vil kunne medføre at noen pasienter vil få et dårligere behandlingstilbud. Videre nevnte en av disse at det i pakkeforløpet ikke skilles mellom hva som haster og hva som kan vente, og at dette kan gå ut over de pasientene som trenger rask helsehjelp. Vedkommende var av den oppfatning at lik behandling ikke nødvendigvis er riktig og rettferdig.

Alt haster like mye på en måte, pakkeforløpet skiller ikke på det. Jeg mener det kan gå ut over de som trenger det mest

Fire av respondentene hadde en opplevelse av at et raskt og effektivt pasientforløp ikke alltid er til det beste for pasientene. Det er spesielt de kompliserte pasientsakene som trekkes frem som eksempel på dette og nevner at det i situasjonene hvor de står ovenfor en svært syk pasient, kan det være uheldig med en for rask prosess i pasientforløpet.

Videre hadde to av respondentene erfart at kravet om å bli tatt imot og utredet innen en viss tidsfrist har sørget for at pasientene får raskere helsehjelp, men fremhever samtidig at dette har bidratt til at pasientene må forholde seg til flere ulike behandlere og at kontinuiteten i pasientbehandlingen derav svekkes. En av disse hevdet også at dette har ført til en merbelastning for pasienten.

Tre av respondentene opplevde at effektivisering har bidratt til å skape stress i pasientbehandlingen, både for pasienter og behandlere. De fortalte at arbeidssituasjonen over tid har forandret seg og at det nå i større grad en tidligere opplever et press om raskere og mere effektive pasientforløp. Samtlige av disse hadde også en formening om at dette presset ikke er en konsekvens av pakkeforløpet alene, men at dette kan tilskrives en utvikling som har pågått over tid. De ga imidlertid uttrykk for at de hadde forståelse for og i stor grad var enige i at det er nødvendig å iverksette tiltak for å sikre fremdrift i pasientbehandlingen, men at ulempen var at det til tider går for fort. En av respondentene beskrev dette slik:

Vi vil jo ikke havne der at vi utreder i det evige liksom, det har jo ingenting for seg. Men jeg tror nok at jeg kan kjenne meg igjen i at der blir jeg nok litt sånn stressa av det. Det går litt fortere enn man kanskje hadde tenkt at det skulle gjøre

I tillegg til dette ga tre av respondentene uttrykk for at kravet om effektivisering i noen situasjoner har bidratt til at viktige momenter for god pasientbehandling blir oversett og at kvaliteten på helsetjenestene derav svekkes. De fortalte at de på grunn av tidspress har mindre tid til drøfting av pasientsaker med kollegaer og at kravet om å følge en viss struktur ikke tillater at man stopper opp og tar en ny

grundig vurdering av om man er på rett vei. En av respondentene beskrev dette slik:

Det skal være kjapt, veldig kjapt inn. Jeg må kjapt ta beslutninger. I de fleste tilfeller går det fint og i andre tilfeller overser vi ting som kan være viktig for god pasientbehandling. Vi overser ting fordi du må følge en viss struktur. På grunn av tidsaspektet går det litt for fort imellom. At man kanskje kunne, at det hadde vært en fordel for pasientene, skal vi ta en gang til og se litt på det for å komme med en sikrere konklusjon

5.2.4 Standardisering – Noen sentrale funn

Det viktigste funnet er at respondentene i hovedsak var positive til pakkeforløpets overordnede rammer og retningslinjer. Flertallet var positive til denne formen for standardisering av helsetjenesten og ga sin støtte til at pasientens møte med helsetjenesten i stor grad bør være standardisert. Intensjonen bak pakkeforløpet oppleves som god, noe som bidratt til struktur og orden som fungerer som en kvalitetssikring av tjenestene. Samtidig fremkommer det et behov for at det innenfor disse rammene må være en viss grad av fleksibilitet for å kunne tilby et individuelt tilpassede behandlingstilbud.

Datamaterialet viser til et annet sentralt funn. Pakkeforløpene oppleves som en av hovedårsakene til raskere pasientforløp i helsetjenesten og peker på forløpstider som det sterkeste virkemidler for å oppnå dette. Behandlingsplaner og kravet om jevnlig evaluering av disse nevnes i tillegg som en sterkt medvirkende årsak til effektivisering. Et flertall av respondentene er positive til effektivisering av tjenestene og var av den oppfatning at det har tatt for lang tid tidligere.

Et annet strekt funn var at standardisering har vist seg å ha noen uheldige konsekvenser. Et flertall tar til orde for at en for høy grad av standardisering i pasientforløpene uten mulighet for fleksibilitet vil gå ut over individuelle behov. Det fremheves at raske og effektive pasientforløp ikke alltid er til det beste for pasienten og at dette særlig utfordrende i kompliserte pasientsaker. Halvparten av

respondentene var av den oppfatning at et for høyt fokus på effektivisering bidrar til at stress og i noen situasjoner dårligere pasientbehandling.

5.3 Målstyring og kontroll

Pakkeforløp er et system for styring og kontroll av helsetjenesten og kommer med klare og tydelige føringer av hvordan tjenestene skal organiseres. Gjennom målkrav og kontroll av etterlevelse skal pakkeforløpet sikre gode og sammenhengende pasientforløp. Hvordan disse faktorene påvirker behandlers kliniske autonomi vil i dette kapitlet bli presentert.

5.3.1 Systemer trengs

Samtlige respondentene er av den oppfatning at det er et behov for å ha en viss grad av styring og kontroll i helsevesenet. Fem av disse oppga at de så nytten av dette og var av den oppfatning at dette var helt nødvendig for at en så stor institusjon, med et så stort antall medarbeidere skal fungere. Utfordringen er å finne gode kontrollsystemer som gir et riktig bilde av praksis.

En viss grad av kontroll må vi jo ha, ellers ville det jo ikke fungert. Jeg skjønner og har sansen for at det skal finnes et visst system. Det vanskelige er å finne det optimale. Hva skal vi måle?

Tre av respondentene fortalte at de så flere positive sider med bruk av styringssystemer i helsevesenet. I dette tilfelle trakk respondentene frem at slike systemer gjør det mulig å måle i hvilken grad tiltak som blir iverksatt etterleves og om tiltakene fungerer etter sin hensikt. To av respondentene trekker frem at koding og registrering av forløpskoder bidrar til at behandler får en bedre oversikt og kontroll over pasientforløpet. Videre nevner en av disse at kontrollsystemer er en god måte å følge med på hva ressursene brukes til og med dette kan legge til rette for god utnyttelse av ressurser til det beste for alle.

Jeg synes jo at det er fint at man følger med på et vis på et vis da. At vi prøver å holde oss innenfor det vi skal gjøre. Fordele ressursene på riktig

pasienter og, jeg tenker det en fint da at vi måler om ting er virksomt. At det liksom skal finnes et system, som gjør at vi kan fange opp hvordan ting funker.

Ingen av respondenter opplever kontrollsystemer har bidratt til at de ikke følte seg overvåket eller kontrollert. Samtidig fortalte fire av disse at de har en opplevelse av å bli fulgt med på. De ga flere eksempler på dette og fortalte blant annet at forløpskoordinator i stor grad bidrar til denne opplevelsen. De beskrev forløpskoordinator som en form for kontrollfunksjon som følger med på at registrering av forløpskoder bli gjennomført, men også som er funksjon som og minner om at frister nærmer seg. Videre fortalte de at dersom ikke oppgavene blir utført videreformidles dette til ledelsen.

Jeg føler meg ikke kontrollert, det gjør jeg ikke, men vi blir jo fulgt opp. Vi får jo først mail fra pakkeforløpskoordinator, hver eneste dag. Hvis jeg ikke har gjort oppgavene så får jeg etter hvert mail fra sjefen også, for hun er da satt på kopi

Samtlige respondenter opplevde at det er en stor forventning fra ledelsen om at pakkeforløpene skal følges og at frister skal overholdes. Tre av disse fortalte at de følte det var lite aksept for å ikke følge pakkeforløpene og at etterlevelse ble etterspurt. Med dette mener de at det ble stilt spørsmål om hvorfor kravene ikke er oppfylt. Samtidig viste de til at brudd på pakkeforløpskrav som kan begrunnes med faglig argumentasjon i stor grad ble godtatt av leder. To av disse trakk i tillegg frem at måten dette forvaltes på av leder er avgjørende for opplevelsen av å bli kontrollert. En av respondentene beskrev dette på følgende måte:

Hadde det vært en sånn ledelsesstil, kultur som hadde vært veldig mye mer strenge på det så hadde jeg følt mere på det. Hvordan det forvaltes er avgjørende for det. Hadde det vært sånn veldig rigid, og man hadde fått.. At det hyppige ble stilt spørsmålstegn ved det jeg gjør. Det hadde ikke vært greit

5.3.2 Måleproblemer – Kvalitet og kvantitet

I intervjuene fremkommer det en skepsis knyttet til systemene som benyttes for måling av resultater i helsetjenesten. Fire av respondentene var av den oppfatning at måling av resultater i helsetjenesten er problematisk. De ga uttrykk for en usikkerhet for hva måleparameterne i pakkeforløp egentlig forteller oss og om dataene som hentes ut reflekterer faktisk aktivitet. I denne sammenhengen vises det til at det er svært mange koder som skal registreres og at det er mye å huske på. Med dette vil feilkoding eller forglemmelser lett kunne oppstå og med dette vil det alltid være en viss risiko for feilrapportering.

Fire av respondentene fortalte at de særlig var skeptiske til målinger knyttet til kvalitet og var av den oppfatning at kvalitet vanskelig lar seg måle. De trakk frem behandlingsplan og evaluering som eksempler på kvalitetsparametere i pakkeforløp og viser til at kravet om å registrere at aktiviteten er gjennomført ikke nødvendigvis sier noe om innholdet eller kvaliteten på arbeidet. Registrering av aktivitet er ikke heller noen garanti for at aktiviteten er utført. En av respondentene uttrykte dette slik:

Jeg tenker at det er bra med kontroll av etterlevelse og så, Jeg er vel kanskje litt usikker på hva den kontrollen sier på en måte. Ja, de holder seg til pakkeforløpsfrister, men hva innebærer det? Det sier jo ikke nødvendigvis noe om kvalitet. Det som, det er det som jeg er skeptisk til i forhold til de tingene der. Man kan jo tilfredsstiller mange kriterier uten at uten at det nødvendigvis liksom sier noe om kvaliteten på behandling. Det kan se bra ut på papiret, men det er ikke nødvendigvis at det behøver å være så bra

Videre ga respondentene uttrykk for usikkerhet knyttet til hvordan resultater leses og tolkes av andre. Her viser de til at resultater fra pakkeforløpene videresendes til helsedirektoratet og legges ut offentlig. Tre av respondentene var av den oppfatning at denne formen for målinger fort kan feiltolkes og viser til feilkildene beskrevet over. Derav vil de som leser statistikkene ikke nødvendigvis vil få et riktig bilde av praksis. En av respondenter sa følgende:

Hvis man skal sammenligne 2 DPS for eksempel. Så kan det bli at de har sitt tall, og de har sitt tall. Så er det jo ikke det nødvendigvis liksom riktig. Det kan være måten de rapporterer på, det kan være feil rett og slett ikke riktig.

To av respondentene var skeptiske til offentliggjøringen av resultater og var av den oppfatning at når det foreligger så mange usikkerhetsmomenter knyttet til statistikk, er det ikke riktig å sammenligne institusjonene og seksjoner ovenfor hverandre. De viste til at det foreligger en risiko for at dårlige resultater vil kunne medføre uheldige konsekvenser som eksempelvis at institusjonen får et dårlig omdømme eller at det blir en psykisk påkjenning for den enkelte behandler. En av respondentene beskrev dette slik:

Jeg tenker sånn personlig at hvis jeg får høre at.. Altså selv om man som behandler jobber liksom effektivt, jevnt og trutt, samvittighetsfullt og så viser tallene at vi ikke står på.. Og så får man høre sånn.. Ja, denne enheten klarer det jo. Men vi, dere klarer det ikke. Det ville ikke vært greit

5.3.3 Målstyring og kontroll – Noen sentrale funn

Et sentralt funn var at samtlige respondenter så behovet for målstyring og kontroll og vurderte dette som nødvendig for at helsevesenet skal fungere optimalt. Metoden som benyttes anses som nyttig og har bidratt til organisasjonen får oversikt over ressursbruk og pågående pasientforløp. Videre regnes metoden som god for å følge opp om målene i pakkeforløpene nås og or å evaluere om eventuelle tiltak har ønsket effekt. Samtidig med dette fremkommer det en skepsis knyttet til bruken av slike systemer når det kommer til måling av kvalitet på tjenestene. Det vises til at kvalitet vanskelig lar seg måle og at systemene som benyttes er lite egnet til dette formål. Risikoen for feilregistrering og at resultater feiltolkes er stor.

5.4 Tilpasninger

Pakkeforløp har som overordnet målsetning å forbedre kvaliteten på helsetjenester til pasienter i psykisk helsevern. Med dette følger krav og retningslinjer for organisering av tjenestene. En naturlig konsekvens av dette er at organisasjonen må endres for å kunne oppfylle kravene som stilles. I kapitlet under vil jeg beskrive hvordan dette har påvirket behandlerne i psykisk helsevern

5.4.1 Kunsten å tilfredsstille et system

I intervjuene forteller samtlige av respondenter at de på ulike måter foretar tilpasninger slik at pakkeforløpet skal passe sammen med ønsket praksis. Tre av disse fortalte at de så på deler av registrerings -og dokumentasjons arbeidet som en ren formalitet og at dette blir gjennomført kun for å tilfredsstille systemet. De forklarte at det i pakkeforløpet er svært mange forløpskoder som skal registreres og at de ikke alltid ser hensikten med så omfattende registrering. Registreringen blir sett på som unødvendig og en av respondentene sa:

Det føles meningsløst. Virkelig som administrasjon bare for administrasjonens skyld på en måte.

I tillegg fortalte de at pakkeforløpets retningslinjer for hva pasientjournalen skal inneholde, ikke alltid er i samsvar med behandlers opplevelse av hva som er nødvendig for god journalføring. Journalnotater skrives da på bakgrunn av at det foreligger et krav om dokumentasjon og ikke på bakgrunn av et faglig begrunnet behov.

I psykisk helsevern gjør man det egentlig fordi det ligger et krav om å gjøre det og kanskje ikke noe du ville ha gjort hvis du kunne ha valgt. Det blir mest at vi lager dokumentet fordi at pakkeforløpet sier vi skal det eller at man bare skrive ting som kanskje ikke har så mye betydning.

Videre fortalte tre av respondentene at de opplever en tydelig forventning fra ledelsen om etterlevelse av pakkeforløp og at dette har vært en medvirkende faktor til at respondentene må gjøre tilpasninger for å innfri kravene som stilles.

De fortalte at de i enkelte situasjoner tilpasser registreringen av forløpskoder slik at det ser ut til kravene er oppfylt. I denne sammenhengen vises det i hovedsak til mindre tilpasninger som eksempelvis å registrere kode for evaluering dagen før konsultasjonen i realiteten blir gjennomført eller at kodene registreres selv om bare deler av kravet er innfridd. En av disse fortalte at det har hent at pasienter blir innkalt til en konsultasjon for å oppfylle et krav, uten at det foreligger en faglig begrunnelse for dette.

Man må liksom ordne litt. For eksempel innkalle til en evaluering for å tilfredsstille pakkeforløpet

Helsedirektoratet har valgt ut fire kvalitetsindikatorer som særlig vektlegges og måles. To av respondentene over fortalte at det er disse indikatorene som i hovedsak prioriteres oppfylt. Gjennom dette unngår behandlere og ledere videre oppfølging med krav om gjennomføring og måloppnåelse. En av disse sa følgende:

De elementene i pakkeforløpene gjøres jo for å tilfredsstille et system, for å klare et system. Hvis jeg gjør det så slipper jeg mas fra merkantil. Så slipper hun mas fra sin leder. Hvis vi liksom har tallene i orden, så slipper hun mas fra sin leder også

Tre av respondentene forteller i tillegg om at det er gjort noen organisatoriske endringer i et forsøk på å tilpasse seg pakkeforløpets krav og retningslinjer. Her nevnes strukturelle endringer i konsultasjonshyppighet og lengde for enkelte diagnosegrupper. Samtlige av disse var svært positive til endringene som er gjort og oppfatter dette som gode tiltak som tilfredsstiller både faglige kriterier og pakkeforløpet. En av disse var tydelig på at slike endringer er en lederoppgave og at det må kunne forventes at det legges til rette for strukturer som gjør det mulig for behandlerne å oppnå kravene.

Vi har på en måte lagd en struktur her da, med halvdagsutredninger. Som passer til pakkeforløpene egentlig. Vi har tilpasset driften etter det

5.4.2 Miksing og triksing

For å opprettholde ønsket praksis samtidig med at pakkeforløpet innfris, gjøres det tilpasninger som er av en litt mer inngripende karakter enn det som er beskrevet tidligere. To av respondentene fortalte at de i noen situasjoner tilpasser registreringen (forløpskoder) på en måte som bidrar til at reel aktivitet skjules. Her refereres det blant annet til at det i utredningsfasen kan være behov for lengre tid og at tilpasningene gjøres for å forlenge denne uten at dette blir synlig for andre. En av disse respondentene forklarte at dette var en bevisst handling og at de vurderer dette som helt nødvendig for å få et bedre vurderingsgrunnlag med tanke på videre behandling.

Jeg må liksom trikse det til. Jeg lager behandlingsplan og behandlingsplan er å finne ut mere liksom. Det harmonerer ikke helt da, egentlig gjør jeg mere utredning. Jeg må jo bare forlenge tiden, fordi jeg vet ikke hva behandlingen skulle vært hvis ikke jeg får mere tid

Videre fortalte tre av respondentene at de i noen situasjoner registrerer forløpskoder for en aktivitet slik at det ser ut til at pakkeforløpet løper slik det skal, uten at de i realiteten har utført oppgaven. Dette gjøres for å tilfredsstille systemet og for å unngå fristbrudd.

Noen ganger registrerer jeg ting for å rekke frister og sånn. Så ser det bra ut. Så har man ikke i realiteten gjort det man sagt at man har gjort. Vi sier vi koder evaluering, så det er sånn vi gjør. Men vi gjør det ikke. Da blir det litt sånn triksing og miksing

Videre fremkommer det i intervjuene at enkelte behandlingsformer er strukturert etter en faglig standard med gitte tidsintervaller og at disse ikke alltid passer sammen med pakkeforløpene. Tre av respondentene fortalte at når disse tidsintervallene kommer i konflikt med pakkeforløpets frister tilpasses registreringen slik at pakkeforløpet krav ser ut til å være oppfylt. Ved å benytte seg av denne fremgangsmåten unngår behandler fristgrudd og kan samtidig gjennomføre og opprettholde behandling etter en anbefalt faglig standard. En av

disse fremhevet at en slik praksis bidrar til at pasienten har to parallelle forløp. Et administrativt pasientforløp som går parallelt med det reelle behandlingsforløpet.

Behandlingen og behandlingsinnholdet består, men ikke pakkeforløpstiden. Vi liksom jukser det til der. Litt for å tilfredsstille pakkeforløpet. Så går det litt på siden, og det reelle forløpet gjøres uavhengig av det i tillegg

5.4.3 Tilpasninger – Noen sentrale funn

Et sentralt funn var at av behandlere på ulike måte og i ulikt omfang foretar tilpasninger slik at krav i pakkeforløpet kan tilfredsstilles samtidig med at klinisk autonomi opprettholdes. Tydelige forventninger til etterlevelse av pakkeforløpene har i tillegg bidratt til at registerings og dokumentasjonsarbeidet i enkelte situasjoner gjennomføres kun for å tilfredsstille et krav og ikke på bakgrunn av et faglig begrunnet behov. Videre vises det til tilpasninger hvor forløpskoder som måles prioriteres og at tidspunktet for registrering av forløpskoder justeres slik at frister overholdes. I noen situasjoner registreres også aktiviteter i pakkeforløpet som utført, uten at dette i realiteten er gjennomført. Her dreide det seg om situasjoner hvor behandler av ulike årsaker ikke klarer å oppfylle kravene eller hvor tidsfrister i pakkeforløpet er i konflikt med behandlingsmetodenes tidsintervaller. Pakkeforløpet har tillegg ført til organisatoriske og strukturelle tilpasninger som gjør det mulig for behandlerne å oppfylle pakkeforløpets krav samtidig som et faglig godt pasienttilbud opprettholdes.

5.5 Administrative aspekter

Innføring av pakkeforløp har medført økte krav til dokumentasjon og registrering, med dette følger en økning i administrative oppgaver. Hvordan dette påvirker behandlerne vil i dette kapitlet beskrives.

5.5.1 Vi skriver oss nesten i hjel

Datamaterialet viser at alle respondentene opplever at pakkeforløpet har bidratt til en økning av administrative oppgaver. De administrative oppgavene oppleves i tillegg som svært tidkrevende og respondentene bruker ord som: *Vi skriver oss nesten i hjel og det blir vanvittig mye dokumentasjon*, for å beskrive situasjonen. De forteller at oppgavene de tidligere har hatt har økt i omfang og at de i tillegg har fått nye oppgaver.

Fire av respondentene forteller at de opplever pakkeforløpets krav til innhold i pasientjournal som svært omfattende. Videre fortelle de at kravene til dokumentasjon er en pålagt oppgave og at det ikke alltid er samsvar mellom krav og hva de som behandlere vurderer som nødvendig og relevant. Dette beskrives på følgende måte:

Det er jo mere, mere jobb. Sånn som systemet ser ut nå er det ikke lagt opp til at det her skal vi ha tid til liksom. Det er ikke sånn at vi sitter og har masse tid til overs for å administrere pakkeforløpet på en måte. Så det er egentlig den totale mengden. At det er en av mange ting som man må holde i hodet, holde på med rett og slett

Registrering av forløpskoder er en oppgave som samtlige var svært opptatt av. Forløpskoder oppleves som nyttig for å få oversikt over pasientforløpet, men oppleves samtidig som rigid og svært tidkrevende. To av respondentene viser til at det er veldig mange koder som skal registreres og sammenligner det med andre somatiske pakkeforløp hvor omfanget av koder er betydelig mindre. Samtlige beskriver registrering av forløpskoder som tungvint og viser til at registreringen ikke er automatisert og krever manuell registrering. Tre av disse er kritiske til at de er pålagt flere administrative oppgaver uten at det er lagt til rette et system for å håndtere dette og uten økte ressurser.

Fire av respondentene anser forløpskoding som lite medisinsk relevant og oppgir at det bruke mye tid og ressurser på registrering. Samtlige av disse er skeptiske til

at det brukes behandlerressurser på en slik oppgave og er av den oppfatning at det ville vært mer hensiktsmessig å benytte administrativt personell til dette.

Jeg må gjøre ting som jeg ikke trenger å gjøre ellers som jeg ikke burde gjøre kanskje, med skriving og sånn. Det er veldig rart for meg å drive med det jeg kaller for sekretær jobbing, koding og sånn. Jeg føler det som veldig lite medisinsk, ikke som en legeoppgave i det hele tatt. Det er mer som en sånn administrasjons jobb. For det går mye tid på det. Som jeg tenker, egentlig er litt bortkastet tid av ressurser. Tid jeg kunne brukt på pasientene

5.5.2 Psykologisk påvirkning

Pakkeforløpet viser seg å ha en psykologisk påvirkning på respondentene. Fem av disse ga uttrykk for at det påvirket dem i en eller annen form. De administrative oppgavene som er tilkommet i forbindelse med pakkeforløpene blir oppgitt som den faktoren som påvirker respondentene mest. Videre trekket tre av disse frem at pakkeforløpene har bidratt til en opplevelse av stress. De viser til at kravene som stilles til dokumentasjon, registrering av forløpskoder og forventning om fremgang og fortgang som årsaker til dette.

*Det er jo klart at det administrative bidrar jo til litt stress på en måte.
Det stresset liksom. Her skal vi evaluere, her skal vi se fremgang og sånn.*

Av de administrative oppgavene som tidligere er nevnt så fremheves særlig registrering av forløpskoder den oppgaven som respondentene opplever som mest belastende. Siden registrering av forløpskoder ikke anses som medisinsk relevant har dette har skapt både frustrasjon og irritasjon og de benytter ord som: *det er et irritasjonsmoment, irriterende, jeg blir provosert og jeg kjenner jeg blir sint* når de omtaler dette tema. Tre av respondentene fortalte at økningen av administrative oppgavene har resultert i at de tvinges til å bruke mindre tid på direkte pasientarbeid. Videre er de svært kritisk til at det brukes behandlerressurser til en slik oppgave.

Jeg blir provosert av det. Det er ikke derfor jeg har studert. Det har jeg ikke gjort for å sitte å kode å sende meldinger om feil koder. Det er et irritasjonsmoment da

En annen av respondentene ga i tillegg uttrykk for at omfanget av oppgaver har nådd en grense for hva vedkommende kan godta og understreket at dersom oppgavene øker ytterligere i omfang vil vedkommende vurdere å avslutte arbeidsforholdet.

Mye sånn registrering. Aldri om jeg gidder og rekker. Lurer jo litt av og til. Okay, skal jeg finne meg en annen jobb et annet sted hvor det ikke er så mye sånn. Og blir det mer, så kommer jeg til å tenke det oftere. Jeg kommer til å være mer på FINN å søke andre jobber hvor det ikke tilsvarende krav

5.5.3 Administrative aspekter – Noen sentrale funn

Pakkeforløpene har bidratt til en økning i administrative oppgaver. Oppgavene oppleves som svært omfattende og tidkrevende. Registrering av forløpskoder vurderes som lite medisinsk relevant og det stilles spørsmål ved at man har valgt å pålegge behandlere denne oppgaven. Det påpekes at dette vil føre en reduksjon av pasienter arbeid.

Et sentralt funn var at de administrative oppgavene i pakkeforløpet oppgis som en kilde til stress. Det er særlig registrering av forløpskoder som skaper mest reaksjoner. Oppgaven anses som ikke medisinsk relevant og bidrar til irritasjon, sinne og oppleves provoserende.

6.0 Diskusjon og drøfting

Dette kapittelet består av tre delkapitler. Hver del besvarer og drøfter mine tre forskningsspørsmål. I starten av hvert delkapittel oppsummerer jeg de av mine funn som er mest relevante for å besvare forskningsspørsmålet. Hvert enkelt forskningsspørsmål vil bli drøftet og diskutert i lys av mine empiriske funn og relevant teori. Dette vil igjen danne grunnlag for endelig konklusjon og svar på problemstillingen, presentert i kapittel 7.

6.1 Hvordan påvirker organisasjonsformen behandlernes utøvelse av klinisk autonomi

Organisasjonens formelle struktur kjennetegnes gjennom de oppgavene som skal løses (Mintzberg, 1979). Innføring av pakkeforløp har bidratt til at arbeidsoppgavene til behandlerne i viss grad har endret seg og med dette en endring av strukturen i organisasjonen. Funnene fra analysen viser at det er særlig to faktorer som påvirker behandlerens kliniske autonomi. Det ene er *standardisering av arbeidsprosesser* og det andre er *effektivisering*

6.1.1 Standardisering av arbeidsprosesser

Respondentene fremhever at pakkeforløpet har medført økt grad av standardisering av arbeidsprosesser. I denne sammenhengen viser de blant annet til at pakkeforløpets standardisering av innholdet i utrednings- og behandlings tilbudet, rekkefølge og tidspunkt for når ulike aktiviteter skal gjennomføres og avsluttes. Flertallet av respondentene er i hovedsak positive til denne formen for standardisering. De opplever at pakkeforløpene i stor grad samsvarer med deres oppfatning av god faglig standard og er i tråd med egen praksis. Med dette som utgangspunkt vil man kunne anta at pakkeforløpene i liten grad påvirker behandlerens kliniske autonomi. Funn fra analysen viser imidlertid til at det er en generell oppfatning blant behandlerne om at en for høy grad av standardisering er problematisk og at fleksibilitet er nødvendig for å kunne tilpasse behandlingen etter pasientens individuelle behov. De er en tydelig formening om at det må være

rom for bruk av faglig skjønn og mulighet for å vike fra standarden, spesielt i kompliserte pasientsaker. Dette er også noe Dimen & Ødegård trekker frem som en forutsetning for klinisk autonomi (Dimen & Ødegård, 2012). Høy grad av standardisering av arbeidsprosessene vil kunne medføre at makt og myndighet i beslutningsprosesser forskyves fra behandlerne, mot administrasjon (ledelse). Derav vil organisasjonsformen endres fra det Mintzberg, 1979 beskriver som en profesjonsbyråkratisk struktur i retning av et maskinbyråkrati (Mintzberg, 1979, s. 376-379). Er slik struktur vil kunne medføre at handlingsrommet til behandlerne reduseres, og med dette en reduksjon av behandlernes kliniske autonomi. Dette er også noe Lian (2007) fremhever når hun hevder at politiske føringer har ført til en reduksjon av i behandlernes makt og myndighet (Lian, 2007, s. 13).

Videre viser funn fra analysen at standardens innhold og konsekvenser for den enkelte er av betydning for om standarden følges eller ikke. Respondentene gir uttrykk for at standardisering som omhandler struktur og som skaper orden er ønsket og oppleves nyttig, men at standardisering som beveger inn på det behandler oppfatter som sitt ansvarsområde, som berøre faglige vurderinger og beslutninger blir imidlertid utfordrende. Etterlevelse av pakkeforløp vil med dette kunne forklares med utgangspunkt Brunsson og Jacobsson (1998) som beskriver standarder som en anbefaling som er frivillig å følge, men som i dette tilfelle er et pålegg fra Helsedirektoratet og derav problematisk å ikke følge (Brunsson & Jacobsson, 1998, s. 15). Respondentene ønsker å være lojale ovenfor pakkeforløpene, men er samtidig tydelige på at det er de faglige vurderingen som må være styrende for pasientbehandlingen, selv om dette innebærer å ikke følge standarden. Det å bryte med standarden for å ta kontroll over sin egen arbeidssituasjon vil kunne betegnes som en form for ulydighet, men vil også kunne bidra til at klinisk autonomi opprettholdes (Ackroyd, 1999, s. 54-57). Med dette som utgangspunkt vil utfordringen her være å finne en balanse mellom standardisering og fleksibilitet som bidrar som bidrar til å ivareta klinisk autonomi.

6.1.2 Effektivisering, behandling på samleband

Funn fra undersøkelsen viser at pakkeforløpet har bidratt til god systematikk og struktur. Standardisering av de ulike aktivitetene, med tydelige krav til innhold i pasientforløpet har bidratt til økt fremdrift og flyt. Respondentene erkjenner at en effektivisering av tjenestene har vært helt nødvendig og at «ting» tidligere har tatt for lang tid. I denne sammenhengen blir forløpstider nevnt som det sterkeste virkemidlet for å oppnå dette. Bruk av slike standarder som her nevnes blir av Brunsson og Jacobsson (1998) beskrevet som et effektivt verktøy for å sikre styring og kontroll i organisasjonen (Brunsson & Jacobsson, 1998, s. 19). Samtidig hevder Mintzberg, 1979 at for høy grad av ekstern kontroll vil kunne føre til økt misnøye og konflikt (Mintzberg, 1979, 376-379). Dette vil slik jeg ser det kunne være en mulig forklaring på opplevelsen av frustrasjon, irritasjon og sinne som respondentene beskriver

Funnene viser at forløpstidene i pakkeforløpet i stor grad som akseptable og mulige og oppnå. Samtidig oppleves kravet som utfordrende, spesielt i saker der pasientens tilstand er uavklart og komplisert. Pakkeforløpet blir av respondentene kritisert for å være rigid, lite fleksibelt og for å ikke hensynta individuelle behov. Dette blir særlig utfordrende der hvor pasienten trenger lengre tid enn det strukturen i pakkeforløpet legger opp til. Pakkeforløpet har en struktur hvor hvert ledd er standardisert og har et tydelig fokus på kvalitet, flyt og effektivitet i pasientforløpet. Denne strukturen har flere likhetstrekk med metoder som eksempelvis LEAN (Skogstad, 2021, s. 22-23). Dette er en struktur vi gjenkjenner fra industrien, som i stor grad minner om masseproduksjon. (Mintzberg, 1979, s. 325-326). En styringslogikk hvor bedre ressursutnyttelse er sentralt og hvor makt overføres fra fag til administrasjon (Ekeland et al., 2011, s.4). Dette vil slik jeg ser det også kunne forklare noen av de utfordringene som kan oppstå når elementer fra en slik organisasjonsform overføres til helsevesenet.

Funn fra analysen viser at det økte fokuset knyttet til effektivitet, har bidratt til en opplevelse av stress og tidspress i pasientforløpene. Forløpstidene vært en medvirkende årsak til en endring av arbeidssituasjonen som har ført til at behandlerne i noen tilfeller føler seg presset til å fremskynde faglige beslutninger

på et for tynt faglig grunnlag. Dette viser hvordan organisasjonens struktur kan begrense den profesjonelles handlingsrom og beslutningsmyndighet, som ifølge Ekeland et al. (2011) er helt avgjørende for klinisk autonomi (Ekeland et al., 2011, s. 3-4). Den profesjonelle befinner seg i et spenningsfelt mellom styring utenfra og behovet for å opprettholde klinisk autonomi. Autonomi er sentralt i organisasjonsformer med en profesjonsbyråkratisk struktur, forsøk på endring vil kunne oppleves som et angrep på de kliniske autonomiene (Mintzberg, 1979, s. 371-373). Funn fra undersøkelsen kan tyder på at en dreining mot en maskinbyråkratisk struktur bidrar til at de profesjonelle i ulike former yter motstand som et nødvendig tiltak for å beholde en viss grad av fleksibilitet i pasientforløpene og med dette opprettholde klinisk autonomi.

6.2 Hvordan påvirker organisasjonens styringssystemer behandlernes kliniske autonomi?

Mål -og resultatstyring har i økende grad fått fotfeste innenfor offentlig sektor. Dårlig kvalitet og feilbehandling hevdes å være en medvirkende faktor for økt fokuset på kvalitetssikring og av tjenestene, hvor tilsyn og kontrollsystemer benyttes som tiltak for å forbedre pasienttilbudet (Ekeland et.al, 2011, s. 4-6). Pakkeforløp er et system som har til hensikt å øke kvaliteten og innehar flere av disse elementene. Funn fra analysen viser at bruk av *mål -og resultatstyring* i offentlig sektor kan påvirke behandlers kliniske autonomi.

6.2.1 Mål -og resultatstyring i helsetjenesten

Funn fra analysen viser at respondentene har en positiv holdning til at det settes tydelige mål og at det stilles krav om kvaliteten på tjenestene som ytes. En viss grad av styring og kontroll vurderes som nødvendig for at helsetjenesten skal fungere og det fremkommer en slags enighet i at praksis ikke alltid har fungert optimalt. Pakkeforløpet skal bidra til at kvaliteten innenfor psykisk helsevern heves, hvor blant annet innføring av registrering av forløpskoder har gjort det mulig å måle, kontrollere måloppnåelse og evaluere etterlevelse (Helsedirektoratet, 2020). Denne formen for styring har flere likhetstrekk med styringssystemer vi finner innenfor privat sektor og som er tydelig inspirert av markedsorienterte styringsmodeller, eksempelvis NPM (Christensen et al., 2015,

s. 111). Hvordan denne formen for styring påvirker behandlernes kliniske autonomi er i denne sammenhengen interessant.

Funn fra undersøkelsen viser at denne formen for styring har bidratt til økt fokus på ressursstyring og effektivisering av tjenestene. Her nevnes særlig bruken av forløpstider som en av årsakene til dette. Det er en tydelig forventning fra ledelsen om at mål skal oppnås har bidratt til en opplevelse av stress og tidspress i pasientforløpene. Også i denne sammenhengen vises det til at dette presses har medført at behandlerne føler seg presset til å ta en avgjørelse før de har landet på en faglig konklusjon. Gjennom at resultater for måloppnåelse publiseres offentlig, med en rangering av hvilke sykehus som oppnår best/ dårligst resultat (helsedirektoratet, 2020). Dette kan slik jeg ser det øke presset ytterligere og er et godt eksempel på hvordan straff og belønningssystemer benyttes for å korrigere adferd i organisasjonen (Christensen et al., 2015, s. 111-112).

Videre viser funn fra analysen at denne formen for styring har ført til en økning i administrative oppgaver. Respondentene viser til at pakkeforløpets krav til dokumentasjon og registrering av forløpskoder har utviklet seg til å bli svært omfattende. Det er ikke alltid er samsvar mellom krav til innhold i pasientjournalen og det respondenten opplever som nødvendig og relevant. Derav skrives journalnotatet på bakgrunn at det foreligger et krav og ikke på bakgrunn av et faglig behov. Utviklingen med økte krav til dokumentasjon vil slik jeg ser det til dels kunne forklares på bakgrunn av det Ekeland, 2011 beskriver som en oppstått en tillitsbrist mellom profesjon og samfunn, med et økt fokus og behov for kvalitetssikring av tjenestene (Ekeland et al., 2011, s.4). Videre vil et slikt krav kunne begrense behandlernes handlingsrom for selvbestemmelse og vil slik Dimen & Ødegård (2012) beskriver, også kunne endre rammebetingelsene i form en reduksjon behandlerens kliniske autonomi (Dimmen & Ødegård, 2012).

Registrering av forløpskoder blir fremhevet som den administrative oppgaven skaper flest reaksjoner. Kravet om registrering av forløpskoder har riktig nok bidratt til at behandlerne har fått en bedre oversikt og kontroll over pasientforløpene, som også oppleves som positivt. Samtidig fremkommer det en viss skepsis for hvordan resultater måles. Det er en generell oppfatning av at

måling av resultater knyttet til kvalitet er komplisert og at det er utfordrende å finne gode kontrollsystemer som gir et riktig bilde av praksis. Det vises til en usikkerhet knyttet til hvordan disse resultatene leses av andre. Dette er også noe jeg gjenkjenner fra egen praksis, hvor jeg i tillegg har opplevd at dårlige resultater ofte medfører strengere kontroller og tydeligere krav til etterlevelse. Dette viser tydelig hvordan styringssystemer har bidratt til en endring, hvor pasientbehandling i større grad anses som produksjon og med dette ikke bare er noe som finner sted mellom pasient og behandler (Ekeland et. al., 2011, s. 4-5). Registrering av forløpskoder er den oppgaven som anses som mest belastende og som har skapt både irritasjon og frustrasjon. Registreringsarbeidet oppleves som svært tidkrevende og som lite medisinsk relevant. Det oppleves i tillegg å ha ført til at behandlerne tvinges bort fra pasientrettet arbeid, til å bruke mere tid og ressurser på administrasjon. Reduksjon av klinisk autonomi vil kunne være en mulig konsekvens av dette.

6.3 Hvilke tilpasninger gjør behandlere for å opprettholde sin kliniske autonomi

Klinisk autonomi kan påvirkes og begrenses av flere ulike faktorer. De to delkapitlene som tidligere er presentert viser at organisasjonsformen og styringssystemer i viss grad påvirker de profesjonelles kliniske autonomi. Motstand er en naturlig reaksjon når den kliniske autonomien er truet (Karlsson, 2008, s. 133-134). Funn fra analysen viser at det er særlig to fremgangsmåter som benyttes for å opprettholde klinisk autonomi. *Ignorering av regelverk og tilpasning av registreringspraksis*

6.3.1 Motstand, tilpasninger og organisatorisk ulydighet

Pakkeforløp i psykisk helsevern inneholder momenter som på ulike måter og i ulik grad påvirker de profesjonelles kliniske autonomi. Funn fra analysen viser at behandlerne i stor grad er lojale ovenfor pakkeforløpets føringer, men at kravet om etterlevelse har bidratt til at behandlerne i noen situasjoner godtar krav i pakkeforløpet kun for å tilfredsstille systemet, uten at det foreligger noen god faglig begrunnelse for dette.

Videre fremkommer det at samtlige av respondentene er tydelig på at det også en grense for hva som kan aksepteres av påvirkning utenfra, når det kommer til helsehjelpen som ytes. Det vises i denne sammenhengen til de situasjonene hvor pakkeforløpets krav og behandlers faglige vurderinger er i direkte konflikt med hverandre. I slike situasjoner er behandlerne tydelige på at pakkeforløpet må vike til fordel for de faglige vurderingene. Gjennom at behandlerne ignorerer regler og retningslinjer om å følge pakkeforløpet, opprettholdes ønsket praksis. Karlsson (2008), beskriver dette som en slags motreaksjon hvor hensikten er å påvirke ledelsens kontroll og med dette opprettholde klinisk autonomi (Karlsson, 2008 s. 133-134). En forklaring på motstanden som oppstår finner vi muligens innenfor den kliniske logikken, hvor det er en overordnet holdning om at den profesjonelles lojalitet skal ligge hos pasienten og med dette hjelpe pasienten uten begrensinger fra omgivelsen. Økt grad av standardisering vil med dette utfordre de profesjonelle på dette området (Ekeland, 2011, s. 3-4).

Pakkeforløpet innehar elementer av mål -og resultatstyring. Funnene viser at en betydelig del av motstanden mot pakkeforløpene fremkommer i forbindelse med, og som et resultat av dette. Motstanden vil delvis kunne forklares av at strukturen som pakkeforløpet representerer er til dels rigid og lite fleksibel. Mintzberg (1979) viser til at en slik struktur ikke er egnet for organisasjoner som er satt til å løse komplekse oppgaver, slik som et sykehus (Mintzberg, 1979, s.374). Det er særlig i forbindelse med kravet om å overholde forløpstider at motstanden er størst. Også i denne situasjonen vises det til de kompliserte pasientsakene hvor behov for et individuelt behandlingstilbud er størst. For å kunne løse komplekse oppgaver kreves en viss grad av frihet og bruk av faglig skjønn (Mintzberg, 1979, s. 348-354). Det kan det se ut til at rigiditeten som pakkeforløpet i viss grad representerer virker begrensende på friheten slik at avstanden mellom det behandler vurderer som optimalt og kravene i pakkeforløp blir for stor. På bakgrunn av dette gjøres individuelle tilpasninger for å oppfylle pakkeforløpets krav.

Funn fra analysen viser at det er særlig registreringer av aktivitet som måles og hvor det foreligger en frist for når aktiviteten skal være utført (forløpstid), som

tilpasses. Strategisk koding var også et funn i evalueringsrapporten fra SINTEF (Ådanes et al., 2020, s. 15-17). Registrering av aktivitet dagen før aktiviteten i realiteten gjennomføres eller at aktivitet registreres som gjennomført uten at aktiviteten er utført er eksempler registreringspraksis som benyttes for at pakkeforløpet skal se ut til å være oppfylt. Gjennom å benytte seg av en slik fremgangsmåte kan ønsket praksis opprettholdes samtidig med at pakkeforløpet krav ser ut til å være innfridd, uten at de i realiteten er dette. Fremgangsmåten blir av Ordóñez (2009) beskrevet som uetisk atferd som kan være en konsekvens i organisasjoner som benytter seg av mål- og resultater som et styringssystem (Ordóñez, 2009, s. 10). Dette er i tillegg gode eksempler som faller inn under kategorien av organisatorisk ulydighet (Barnes & Taksa, 2012, s.7-8), som benyttes for å opprettholde klinisk autonomi.

7.0 Avslutning og konklusjon

Med utgangspunkt i mitt drøftingskapittel vil jeg først i dette kapittelet besvare min problemstilling. Med utgangspunkt i mine forskningsspørsmål vil jeg deretter gi en oppsummering av hovedpunktene i drøftingskapitlet gjennom en oppsummerende konklusjon. Jeg vil avslutningsvis gjøre rede for studiens begrensninger og presentere mine forslag til videre forskning.

7.1 Svar på problemstillingen

Problemstilling:

«Hvordan påvirker pakkeforløp i psykisk helsevern behandlers utøvelse av klinisk autonomi?»

Pakkeforløp i psykisk helsevern har bidratt til økt grad av standardisering og effektivisering, dette har medført en endring i den organisatoriske strukturen. Økt grad av standardisering av behandlernes arbeidsprosesser og arbeidsoppgaver, påvirker i viss grad behandlernes makt og myndighet i beslutningsprosessene. Konsekvensen er at handlingsrommet til behandlerne kan reduseres, og med dette en reduksjon av behandlernes kliniske autonomi. For å sikre at pakkeforløpet virker etter sin hensikt benyttes kontrollsystemer. Denne formen for styring har i enkelte situasjoner bidratt til en opplevelse av stress og at behandlerne føler seg presset og styrt til å ta faglige beslutninger, før de har landet på en faglig konklusjon. Med dette som utgangspunkt vil vi kunne konkludere med at pakkeforløp i noen grad bidrar til å redusere behandlers kliniske autonomi. Behandlerne er avhengig av å benytte seg av en viss grad av frihet og faglig skjønn for å kunne løse oppgavene. I situasjoner hvor pakkeforløpets krav og behandlers faglige vurderinger er i direkte konflikt med hverandre, foretas tilpasninger slik at pakkeforløpet skal passe sammen med ønsket praksis. Dette som et nødvendig tiltak for å beholde en viss grad av klinisk autonomi. Med dette vil vi kunne konkludere med at pakkeforløpet i noen grad påvirker behandlers kliniske autonomi, men at behandlerne gjennom tilpasninger kan begrense graden av påvirkning.

7.2 Oppsummerende konklusjoner

Pakken er åpnet! Gjennom drøftingen av mine forskningsspørsmål se ut til at pakkeforløp i psykisk helsevern i ulik grad påvirke behandlers kliniske autonomi.

Studien viser at implementering av pakkeforløp i psykisk helsevern har bidratt til flere organisatoriske endringer. Pakkeforløp har en struktur hvor hvert ledd i pasientforløpet er standardisert og hvor fokus er rettet mot kvalitet, flyt og effektivitet i pasientforløpet. Dette er elementer som vil kunne bidra til at makt og myndighet i beslutningsprosesser forskyves fra behandlerne og mot administrasjon, hvor organisasjonsformen endres fra en profesjonsbyråkratisk struktur i retning av et maskinbyråkrati. Er slik struktur vil kunne medføre at handlingsrommet til behandlerne reduseres, og med dette en reduksjon av behandlernes kliniske autonomi. Høy grad av standardisering vil kunne påvirke den fleksibilitet som er nødvendig for å kunne tilpasse behandlingen etter pasientens individuelle behov. Klinisk autonomi er sentralt i organisasjoner med en profesjonsbyråkratisk struktur. Faglige vurderinger og bruk av faglig skjønn er avgjørende for god pasientbehandling. Funn fra undersøkelsen tyder på at dreiningen mot en maskinbyråkratisk struktur bidrar til at de profesjonelle i ulike former yter motstand, som et nødvendig tiltak for å beholde en viss grad av klinisk autonomi. I hvor stor grad organisasjonsformen påvirker behandlers kliniske klinisk autonomi er imidlertid avhengig av i hvilken grad behandlerne følger pakkeforløpets struktur.

Pakkeforløpet skal bidra til at kvaliteten innenfor psykisk helsevern heves. For å kunne kontrollere om pakkeforløpet virker etter sin hensikt benyttes registrering av forløpskoder, som ved hjelp kontrollsystemer gjør det mulig å kontrollere måloppnåelse og evaluere etterlevelse. Denne formen for styringssystemer er tydelig inspirert av markedsorienterte styringsmodeller slik som mål -og resultatstyring hvor fokus er rettet mot ressursstyring, effektivisering av tjenestene og kontroll. Brudd på forløpstider blir fulgt opp med et tydelig krav til forbedring. Studien viser at slike styringssystemer har bidratt til en opplevelse av stress og tidspress i pasientforløpene hvor behandlerne i noen situasjoner føler seg presset til å ta en avgjørelse før de har landet på en faglig konklusjon. Dette vil kunne medføre at behandlers handlingsrom begrenses og rammebetingelsene endres,

derav vil behandlers kliniske autonomi kunne reduseres. De administrative oppgavene har økt som følge av pakkeforløpets krav til dokumentasjon og registrering av forløpskoder. Studien har avdekket at det er ikke alltid er samsvar mellom krav til innhold i pasientjournalen og det respondentens vurdering av hva som nødvendig og relevant. Derav skrives journalnotatet på bakgrunn at det foreligger et krav og ikke på bakgrunn av et fagligbehov. Registreringsarbeidet knyttet til forløpskoder oppleves i tillegg som svært tidkrevende og som lite medisinsk relevant, og medfører at behandlerne tvinges bort fra pasientrettet arbeid, til å bruke tid og ressurser administrasjon. Med en reduksjon av klinisk autonomi som en mulig konsekvens av dette.

Organisasjonens form og styringssystemer har vist seg å i viss grad kunne påvirke de profesjonelles kliniske autonomi. Pakkeforløpet inneholder elementer som bidrar til økt styring og kontroll. En betydelig del av motstanden fremkommer i forbindelse med dette. Motstanden vil delvis kunne forklares av at strukturen som pakkeforløpet representerer er til dels rigid og lite fleksibel. For å kunne løse komplekse oppgaver har behandler et behov for en viss grad av frihet og bruk av faglig skjønn som med dette begrenses. Motstand betegnes som er en naturlig reaksjon når den kliniske autonomien er truet. Studien viser at de situasjonene hvor pakkeforløpets krav og behandlers faglige vurderinger er i direkte konflikt med hverandre, er behandlerne tydelige på at pakkeforløpet må vike til fordel for de faglige vurderingene. På bakgrunn av dette gjøres individuelle tilpasninger for å oppfylle pakkeforløpets krav. Gjennom å ignorere regler og retningslinjer om å følge pakkeforløpet og tilpasninger i form av strategisk koding, kan ønsket praksis opprettholdes. Med dette benyttes organisatorisk ulydighet for å opprettholde klinisk autonomi.

7.3 Studiens begrensninger og videre forskning

Denne studien ta kun for seg et svært begrenset antall behandlere i psykisk helsevern. Behandlerne er fra ulike poliklinikker med er alle fra samme sykehus. De er til en viss grad kjent med hverandre noe som vil kunne bidra til at de utviklet den samme forståelsen og opplevelsen av pakkeforløpene. Videre har de

den samme ledelsen som også vil kunne bety at de også har de samme overordnede rammene og reglene for hvordan pakkeforløp skal etterleves. På bakgrunn av dette vil ikke studien kunne regnes for å være generaliserbar, til dette måtte jeg ha inkludert et mye større antall respondenter, kanskje også fra flere andre steder i landet. Studien er imidlertid til stor nytte for meg i mitt arbeid som implementering ansvarlig for pakkeforløpet i min organisasjon og vil også kunne være et nyttig bidrag for andre med tanke på videreutvikling av pakkeforløpene.

Undersøkelsen har bidratt til at jeg har tilegnet meg verdifull kunnskap om hvordan pakkeforløpet kan påvirke behandlernes kliniske autonomi og vil slik jeg ser det være verdifull kunnskap i møte med behandlerne. Funnene i avhandlingen knyttet til organisatorisk ulydighet finner jeg svært interessant og er et tema jeg selv kunne tenkt meg og forsket videre på. For meg har det i tillegg vært viktig å kunne bidra til at å belyse et viktig tema fra behandlernes ståsted og med dette gi de med «skoene på» en stemme. Jeg håper studien min er av interesse for andre å bygge videre på.

Referanseliste

Ackroyd, S. & Thompson, P. (1999). *Organizational misbehaviour*. Sage.

Barnes, A. & Taksa, L. (Red.). (2012). *Rethinking misbehavior and resistance in organization*. Emerald.

Block, W. (2001). Cyberslacking, Business Ethics and Managerial Economics. *Journal of Business Ethics*, 33(3), 225–231.
<https://doi.org/10.1023/A:1012002902693>

Brunsson, N. & Jacobsson, B. (1998). Standardisering (p. 239). Nerenius & Santerus Förlag.

Brunsson, N., Rasche, A., & Seidl, D. (2012). The Dynamics of Standardization: Three Perspectives on Standards in Organization Studies. *Organization Studies*, 33(5-6), 613–632. <https://doi.org/10.1177/0170840612450120>

Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg., s. 240). 2012Universitetsforlaget.

Dimmen, Ø. & Ødegård, A. (2012). Du må vite hvordan kassaapparatet virker: en kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(11), 1061-1066.
Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/11/du-ma-vite-hvordan-kassaapparatet-virker-en-kvalitativ-studie-om-endringer-i-et>

Ekeland, T-J., Stefansen, J. & Steinstø, N-O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1), 2–14.

Ese, J. (2019). *Defending the university? Academics' reactions to managerialism in Norwegian higher education* (Vol. 2019:9, p. 213). Faculty of Arts and Social Sciences, Working Life Science, Karlstad University.

Fallan, L & Pettersen, I.J. (2010). Mål og mening? Om styringsdilemmaer i offentlig sektor. *Praktisk økonomi og finans*, 27(1), 99-111. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/38976945/pof_2010_01_pdf.pdf

Flick, U. (2015). *Introducing research methodology: a beginner's guide to doing a research project* (2nd ed., pp. XXII, 295). SAGE.

Helsedirektoratet. (2018, 5. juni). Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020. [Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020 \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter)

Helsedirektoratet. (2019, 6. februar). Om Helsedirektoratets normerende produkter. Beskrivelse av alle normerende produkter Helsedirektoratet utgir, og hva som er forskjellen på dem. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

Helsedirektoratet. (2020, 4. desember 2020). Psykiske lidelser – voksne. Pakkeforløp. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>

Hood, C. (1991) A public management for all seasons? *Public administration*, (69), 3-19 <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>

Høie, B. (2015, 4. november). *Pakk opp da, vel!*. Tidsskrift for norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2015/11/pakk-opp-da-vel>

Høgskolen i Østfold (2018. 9 mai). *Retningslinjer for forskeren*.

<https://www.hiof.no/for-ansatte/arbeidsstotte/forskningsstotte/regelverk-personvern%20og-etikk/forskningsetikk/forskningsetiske-krav-til-forskere-ved-hio/>

Jacobsen, D.I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Høyskoleforlaget

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Jacobsen, D. I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Johnsen, Å. (2010). Resultatstyringens mytologi : hvorfor bruker forvaltningen mål- og resultatstyring når dette er så omstridt? *Nordiske organisasjonsstudier*.

Karlsson, Jan Ch. (2008). Den smidiga mellanchefen – och andra motståndsberättelser. Malmö: Gleerups Utbildning AB

Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utg., p. 263). Høyskoleforlaget

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget

Merriam, S. B & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: a guide to design and implementation* (Fourth edition.). Jossey-Bass, a Wiley Brand.

Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: a synthesis of the research* (pp. XVI, 512). Prentice-Hall.

Molander, A. (2013). Profesjonelt skjønn i velferdsstaten: Mekanismer for ansvarliggjøring. I Molander, J. & Smeby, J-C (Red.), *Profesjonsstudier: 2* (s. 44-55). Universitetsforlaget.

NOU:2003:06. (2003). *Hva koster det? Bedre budsjettering og regnskapsføring i staten*

NOU 2016:25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/sec4?q=organisering%20og%20styring%23match_0

Ordóñez, L.D., Schweitzer, M. E., Galinsky, A. D., & Bazerman, M. H. (2009). Goals Gone Wild: The Systematic Side Effects of Overprescribing Goal Setting. *Academy of Management Perspectives*, 23(1), 6–16. <https://doi.org/10.5465/AMP.2009.37007999>

Regjeringen. (2021, 14. januar). Helsedirektoratet. (2016, 24. oktober). Oppdragsdokument. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

Regjeringen (2022, 19. september). *Pakkeforløp psykisk helse og rus endrer namn*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus-endrar-namn/id2927994/>

Røvik, K. J. (2007). *Trender og translasjoner : Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Skorstad, E. J. (2001). *Organisasjonsformer. Arbeidsvilkår og effektivitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*(LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjeneste>

Timmermans, S. & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 69–89. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102629>

Universitetet i Oslo. (2022, 4. november). Hentet fra:

<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

Utvåg, Steinkopf, S., & Holgersen, H. (2014). Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(10), 861-867)

Vardi, Y. & Wiener, Y. (1996). Misbehavior in Organizations: A Motivational Framework. *Organization Science*. 7(2), 151–165.

<https://doi.org/10.1287/orsc.7.2.151>

Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L & Lassemo, E. (2020). Rapport - Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året (2020:00064) https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf

Ådnanes, M., Høiseth, J.R., Magnussen, M., Thaulow, K., Kaspersen, S.L. (2021). Rapport - Pakkeforløp for psykisk helse og rus - brukere, pårørende og fagfolks erfaringer (2021:00090)

https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf

Figuroversikt

Figur 1 - Pakkeforløp for psykisk helse og rus, flytskjema

Figur 2 - Systemteoretisk modell

Figur 3 - Profesjonsbyråkratiet

Figur 4 – Maskinbyråkratiet

Tabelloversikt

Tabell 1. Koding og kategorisering

Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD

Vurdering

Referansenummer

289246

Type

Standard

Dato

02.11.2021

Prosjekttittel

Pakkeforløp i psykiskhelsevern - Behandlers opplevelse

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Fakultet for helse, velferd og organisasjon / Institutt for velferd, ledelse og organisasjon

Prosjektansvarlig

Jan Moren

Student

Helena Wallin Holm

Prosjektperiode

01.11.2021 - 30.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

Kommentar

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 med vedlegg den 2.11.2021 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.6.2023.

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: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og 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.

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 typer endringer det

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet ***”Pakkeforløp i psykisk helsevern, voksne*** ***– Behandleres opplevelse”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan pakkeforløp påvirker behandlere i psykisk helsevern. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I 2019 ble pakkeforløp i psykisk helsevern og rusbehandling iverksatt. Denne studien har til hensikt å gi økt kunnskap og innsikt i hvordan ulike momenter i pakkeforløpene påvirker behandlere i Psykisk helsevern. Forskningsprosjektet er en del av en masteravhandling med følgende problemstilling:

«Hvordan påvirker pakkeforløp i psykisk helsevern behandlers utøvelse av faglig autonomi?»

Forskningsprosjektet har et kvalitativt design hvor datainnsamlingen vil bestå av et intervjuer av enkeltpersoner. Utvalget av respondenter er behandlere (Lege/ Legespesialist, Psykolog/psykologspesialist) ved to ulike DPS Poliklinikker, 6-8 behandlere.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet. Førsteamanuensis Jan Moren er min veileder

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Pakkeforløp i psykisk helsevern legger føringer som påvirker behandlere i spesialisthelsetjenesten. Du er behandler ved DPS poliklinikk, og er derav i målgruppen

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelsen vil innebære å medvirke i et intervjuet på ca. 1 time. Intervjuet vil omhandle din opplevelse knyttet til pakkeforløp i psykisk helsevern. Under intervjuet vil jeg benytte meg av lydopptaker samt at jeg fører notater fra samtalen. Jeg ønsker å gjennomføre intervjuet på din arbeidsplass.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

I tillegg til at jeg vil ha tilgang til dataene, vil veileder Jan Moren ved Høgskolen i Østfold ha tilgang.

For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene vil ditt navn og kontaktopplysningene om deg, bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på kryptert og passordbelagt harddisk.

Opplysningene som publiseres er anonymiserte data fra intervju. Det vil tilstrebes at deltakerne ikke på noen måte skal bli gjenkjent i oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juli 2021. Når prosjektet avsluttes, vil alle notater og lydfiler bli slettet.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med Høgskolen i Østfold ved:

- Masterstudent Helena Wallin
e-post: heawallin@gmail.com
tlf: 994 61 926
- Førsteamanuensis Jan Moren
e-post: jan.moren@hiof.no
tlf: 696 08 319/ 478 84 797

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost
(personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Jan Moren
(Forsker/veileder)

Helena Wallin
(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Pakkeforløp i psykisk helsevern, voksne – Behandlers opplevelse og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i intervju
- ☐ at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Intervjuguide
Innledning • Presentere meg selv • Presentere temaet for samtalen (bakgrunn, formål, hensikt). • Informasjon om opptak • Innhente samtykke til opptak og bruk av data • Informasjon om taushetsplikt og anonymitet
1. Person/bakgrunnsdata Utdanning: Ansiennitet: Alder: Kjønn:
Standard/standardisering
1. Hvordan ser du på en slik standardisering i helsetjenesten? 2. Hvordan opplever du at denne typen av standardisering passer sammen med de faglige standardene du ønsker å arbeide etter? 3. Påvirker dette i noen grad dine faglige vurderinger? Ja – På hvilken måte? Kan du beskrive en situasjon som et eksempel på dette? Nei- Kan du utdype dette. 4. Påvirker dette i noen grad pasientbehandlingen? Ja – på hvilken måte? Kan du beskrive en situasjon som et eksempel på dette? Nei- Kan du utdype dette.
Effektivisering
1. Hvordan ser du på dette med pakkeforløp som en form for styring av helsetjenesten? 2. Krav om forløpstider for utredning kan ses på som et forsøk på effektivisering. Hvordan ser du på dette med forløpstider i pakkeforløpene? Mål (unngå faglig ubegrunnet ventetid)

3. Påvirker dette forløpstider på noen måte dine faglige vurderinger?
Ja – på hvilken måte? Kan du beskrive en situasjon som et eksempel på dette?
Nei- Kan du utdype dette
4. Påvirker kravet om forløstider i noen grad pasientbehandlingen?
Ja – på hvilken måte? Kan du beskrive en situasjon som et eksempel på dette?
Nei- Kan du utdype dette.

Tilsyn/Kontroll

1. Hvordan ser du på dette med kontroll og overvåkning av aktiviteter?
2. Hvilken påvirkning har denne form for kontroll for at pasienten skal få det behandlingstilbudet han/hun er i behov av?
3. Hvordan påvirker en slik kontroll dine faglige vurderinger?
Ja – på hvilken måte? Kan du beskrive en situasjon som et eksempel på dette?
Nei- Kan du utdype dette.
4. Påvirker en slik type kontroll behandlingstilbudet til pasienten?
Ja – på hvilken måte? Kan du beskrive en situasjon som et eksempel på dette?
Nei- Kan du utdype dette.

Annet

1. Av de temaene vi har vært inne på, er det noe du ønsker å legge til?
Standardisering, styring, kontroll
2. Er det andre ting du ønsker du ønsker å legge til?