

Mål- og resultatstyring i offentlig psykisk helsevern for voksne: En casestudie av tre voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker

Souhail Mahdi



Masteroppgave ved institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2016

Mål- og resultatstyring i offentlig psykisk helsevern for voksne: En casestudie av tre voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker

Souhail Mahdi

Masteroppgave i statsvitenskap

Universitetet i Oslo

© Souhail Mahdi

2016

Mål- og resultatstyring i offentlig psykisk helsevern for voksne: En casestudie av tre voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker

Souhail Mahdi

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Activ print og kopi

Sammendrag

Denne oppgaven undersøker styringspraksisen og de mulige effektene av denne i offentlig psykisk helsevern for voksne. Særlig studeres bruken av styringsverktøyet mål- og resultatstyring (MRS) og virkninger verktøyet har på behandlere i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikkene. Fokuset i studien ligger på hvorvidt MRS har svekket kvalitetsaspekter i behandlingen som ytes ved poliklinikkene og hvorvidt behandlerne opplever begrensninger i faglig autonomi.

De empiriske funnene i oppgaven er basert på en casestudie av mål- og resultatstyring i tre distriktpsikiatriske sentre (DPS) og deres underliggende voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker. Gjennom intervjuer med ledere og behandlere ved de tre enhetene, har jeg søkt å belyse hvordan MRS praktiseres ved DPSene, og hvordan og hvorfor behandlerne i poliklinikkene påvirkes av styringspraksisen. Samtidig har jeg sett nærmere på konsekvensene av denne påvirkningen. Det empiriske datagrunnlaget er analysert ved hjelp av et sammensatt teoretisk rammeverk, hvor fundamentet utgjøres av prinsippal-agent-teori. I tillegg har andre teoretiske tilnærminger blitt trukket inn for å utdype og problematisere antakelsene som gjøres i prinsippal-agent-teorien.

Studien viser at styringssystemet- og praksisen i de tre enhetene på enkelte områder avviker fra den idealtypiske formen for MRS. På andre områder samsvarer imidlertid styringssystemet med prinsippene bak MRS. Lederne ved DPSene styrer behandlerne ved de underliggende poliklinikkene gjennom tre spesifikke målkrav. Av disse tre, er ett av målene et resultatmål, mens de to andre kategoriseres som adferdsmål. Alle tre forstås imidlertid som kvantitetsfokuserede, og lite rettet mot behandlernes kvalitative kjerneoppgaver. Studien tyder på at styringssystemet påvirker behandlernes adferd, motivasjon og handlinger. Dette gir igjen utslag på kvaliteten i arbeidet som utføres, og på behandlernes autonomi. Studien indikerer at visse kvalitetsaspekter i behandlingsarbeidet svekkes. Dette skyldes målforskyvning og at behandlerne er tvunget til å nedprioritere enkelte kvalitetsaspekter for å innfri målkravene. Studien viser også at behandlernes faglige autonomi begrenses som følge av styringssystemet. Siden enkelte handlinger og beslutninger behandlerne gjør passer bedre enn andre for å innfri målkravene, legger styringssystemet føringer på hvilke handlingsvalg og beslutninger som er hensiktsmessige å gjøre. Styringssystemet synes dermed å innskrenke behandlernes mulighet til å foreta individuelle tilpasninger til pasientene og egne skjønnsvurderinger.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en interessant og lærerik tid. Til tider har det også vært en svært utfordrende og frustrerende prosess. Mange fortjener derfor en takk for at jeg nå er ferdig med oppgaven. Jeg vil først og fremst takke min veileder Jostein Askim for god faglig oppfølging, nyttige innspill og moralsk støtte. Det har vært inspirerende å ha en så dyktig, engasjert og kompetent veileder. Takk for alle oppmuntrende ord!

Jeg vil gjerne rette en takk til informantene ved de tre DPSene for at de stilte opp til intervjuer. Oppgaven ville ikke vært mulig uten dem.

En stor takk går til mine studievenner for oppløftende samtaler og støtte i arbeidet med denne oppgaven. Dere har gjort prosessen lettere å svelge. Jeg vil også rette en takk til Synnøve, Amelia, Kaja og Ragnhild for at de alltid heier og tror på meg – selv i de situasjonen hvor jeg ikke tror på meg selv. Familien min fortjener selvfølgelig også en takk for den store troen de har på meg! Til min tvillingbror Latif; –det går an habibi!

En siste takk går til Ronny for støtte, gjennomlesning og diskusjoner. Takk for at du nekter å la meg gi opp, for at du hindrer meg fra å synke ned i selvmedlidenhet og for de høye tankene du har om meg.

Jeg tror ikke det finnes et bedre sitat for å oppsummere den perioden jeg endelig har lagt bak meg enn følgende:

«It was the best of times, it was the worst of times, it was the age of wisdom, it was the age of foolishness, it was the epoch of belief, it was the epoch of incredulity, it was the season of Light, it was the season of Darkness, it was the spring of hope, it was the winter of despair..»

- Charles Dickens, *A Tale of Two Cities*

Eventuelle feil og mangler i oppgaven er mitt ansvar alene.

Blindern, juni 2016

Souhail Mahdi

Antall ord i oppgaven: 33892 (ekskl. referanseliste, vedlegg og forsidene). (37281, hele dokumentet)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Problemstillinger, teori og metode	2
1.2	Oppgavens videre struktur	5
2	Styring i det psykiske helsevernet for voksne	6
2.1	New Public Management og reformer i helsesektoren	6
2.1.1	Kritikk av NPM i det psykiske helsevernet	9
2.2	Mål- og resultatstyring	10
2.2.1	Vid og smal mål- og resultatstyring	12
2.2.2	Praktisering av mål- og resultatstyring	15
3	Teoretisk rammeverk	18
3.1	Prinsipal-agent-teori	18
3.2	Tilpasningsstrategier- og effekter	23
3.2.1	Insentiv, motivasjon og adferd	23
3.2.2	Målforskyvning	25
3.2.3	Gaming	28
4	Data og metode	31
4.1	Forskningsdesign og casevalg	31
4.2	Intervju	33
4.3	Dokumentstudier	36
4.4	Datakvalitet	38
5	Mål- og resultatstyring i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker	41
5.1	Distriktpsikiatriske sentre og voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker	41
5.1.1	Arbeidsoppgaver, aktiviteter og fremgangsmåter	44
5.1.2	Finansieringsordning	48
5.2	Styringspraksis	50
5.2.1	Antall polikliniske konsultasjoner	50
5.2.2	Fristbrudd og ventelistetid	53
5.2.3	Epikrisetid	57
5.2.4	Registrering og rapportering	58

5.3	Betraktninger og tilpasninger tilknyttet målkravene og styringssystemet	61
5.3.1	Press, telling og prestasjon	61
5.3.2	Forholdet mellom kvantitet og kvalitet	63
6	Analyse	67
6.1	Interessemotsetninger	67
6.2	Resultat- og adferdsstyring	69
6.3	Målkrav og prioriteringer	72
6.4	Insentiver og motivasjon	74
6.5	Målforskyvning	76
6.6	«Gaming» av styringssystemet	80
7	Konklusjon	83
7.1	Studiens hovedfunn	83
7.2	Begrensninger i studien og generalisering av funn	89
7.3	Videre forskning og veien videre	90
	Litteraturliste	92
	Vedlegg 1 – Intervjuguidene	99
	Vedlegg 2 – Liste over informanter	103

Liste over figurer og tabeller

Figur 2.1:	Styringshjulet	13
Figur 2.2:	Egenskaper i virkningskjeden	16
Figur 5.1:	Organisering av spesialisthelsetjenesten	44
Figur 5.2:	Flytskjema – behandlingsforløp	46
Tabell 6.1:	Forventninger og funn	68

1 Innledning

Det antas at rundt en tredjedel av den voksne befolkningen opplever psykiske lidelser eller plager i løpet av et år (Folkehelseinstituttet 2009), og stadig flere oppsøker og får behandling for sine psykiske plager i offentlig psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet 2014). Ubehandlete psykiske lidelser har store samfunnsmessige og personlige konsekvenser (ibid.). Det finnes imidlertid gode behandlinger for lidelsene, men Folkehelseinstituttet (2009) peker på fem utfordringer for å få disse ut til mennesker som lider; 1) å få individer med psykiske lidelser og plager til å søke profesjonell hjelp, 2) å øke kvaliteten på hvordan behandlingstrengende fanges opp i førstelinjen, slik at en unngår overbehandling av friske og underbehandling av syke, 3) å styrke tilgjengeligheten av gode psykiatriske behandlinger utover psykofarmaka, 4) å redusere avbrudd og tidlig utskrivninger ved iverksatt behandling, og 5) å øke faglig kompetanse blant klinikere og en tydeligere faglig ledelse. Mens de to første punktene retter seg mot aktører utenfor det psykiske helsevernet, vil de tre siste påvirkes av styringspraksisen i offentlig psykisk helsevern. Denne oppgaven retter seg nettopp mot styringspraksisen og de mulige effektene denne gir i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker (VOP) innenfor offentlig psykisk helsevern for voksne.

Det psykiske helsevernets oppgaver har på flere områder vært regulert av lover, forskrifter og veiledere (Riksrevisjonen 2008, Høstmølingen 2014, Utvåg m.fl. 2014). Disse regulerer fortsatt deler av arbeidet. De psykiatriske klinikkene har likevel hatt betydelig autonomi i styring og utforming av virksomhetene, og behandlerne som arbeider i klinikkene har hatt vide muligheter til å utøve skjønn basert på klinisk ekspertise. Denne muligheten for skjønnsutøvelse er avgjørende på det psykiatriske feltet. Særlig siden overordnet fagkunnskap og pasientenes symptombeskrivelser ikke gir behandler grunnlag nok til å avgjøre hva som er hensiktsmessig pasientbehandling (Høstmølingen 2014, Utvåg m.fl. 2014). Pasientbehandling må i mange tilfeller tilpasses individuelt til den aktuelle pasientens tilstand, forutsetninger og preferanser (ibid.). Disse aspektene er ikke nødvendigvis stabile i løpet av et behandlingsforløp. Dette skaper rom og behov for fortolkning, individuelle beslutninger og vurderinger (Høstmølingen 2014). Det psykiske helsevernet for voksne har på den måten hatt et lang tradisjon for å være en profesjonsstyrt tjeneste basert på faglige standarder og klinisk ekspertise.

Som en del av spesialisthelsetjenesten er de psykiatriske virksomhetene underlagt Reglement for økonomistyring i staten, som setter klare rammer og regler for styringen av statlige virksomheter. Mål- og resultatstyring (MRS) er her definert som statsforvaltningens grunnleggende styringsprinsipp (Reglement for økonomistyring i staten §4, Finansdepartementet 2015). Bestemmelsen innebærer at departementene skal fastsette mål- og resultatkrav og tilegne seg tilstrekkelig styringsinformasjon fra de underliggende organisasjonsenhetene som utsettes for styringssystemet (Askim m.fl. 2014). Hensikten med MRS er å sikre at myndighetenes mål oppnås, samt øke effektiviteten i de offentlige virksomhetene. Dette gjøres ved at underliggende virksomheter selv får velge passende virkemidler for å nå målsetninger fastsatt av det overordnede nivået.

Enkelte klinikere hevder at mål- og resultatstyring, slik det er innført i det psykiske helsevernet gjennom flere reformer, kolliderer med profesjonenes faglige autonomi og muligheter for å utøve skjønn (Strand 2012, Løkke 2014, Friberg 2015a, Utvåg m.fl. 2014, Dimmen og Ødegård 2012). Faglig autonomi kan her forstås som handlingsrommet klinikerer har i behandlingen som tilbys ut fra faglige betingelser og pasientens forutsetninger og preferanser (Utvåg m.fl. 2014). I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* har flere psykologer påpekt at mål- og resultatstyringen i sin nåværende form er inkompatibel med deres ønske om best mulig behandling, da styringssystemet fortrenger denne autonomien til fordel for målsetninger og resultatkrav som plasseres *utenfor* profesjonenes kontroll (Høstmælingen 2014). De påpeker at de psykiatriske klinikkene underlegges omfattende produksjonskrav som truer kvaliteten av behandlingstilbudet i det psykiske helsevernet (Strand 2012, Løkke 2014, Høstmælingen 2014). Klinikene og behandlerne i det offentlige psykiske helsevernet for voksne har tilsynelatende havnet i skvis mellom den tradisjonelle (og idealiserte) måten feltet har vært styrt på og den moderne mål- og resultatstyringen (Strand 2012, Friberg 2015a).

1.1 Problemstillinger, teori og metode

Formålet med denne studien er å undersøke hvordan mål- og resultatstyring påvirker behandlerne i det psykiske helsevernet for voksne. Det finnes en omfattende litteratur med studier av mål- og resultatstyring i forskjellige deler av offentlig sektor (Lægreid m.fl. 2006, Christensen m.fl. 2006, Askim m.fl. 2015, Pettersen og Fallan 2010), men lite innenfor det psykiske helsevernet. Siden tjenestene som tilbys berører svært mange mennesker, både

pasienter og deres pårørende, er det problematisk at det knapt finnes studier av styringssystemer i psykiatrien. For å kunne tilby gode psykiatriske tjenester til befolkningen som har behov og rett på disse, er vi avhengig av en styring som legger til rette for og understøtter dette (Folkehelseinstituttet 2009). Det er derfor viktig å undersøke hvordan klinikkene i det psykiske helsevernet for voksne styres, og hvordan og på hvilken måte styringssystemet påvirker tjenesteytingen. Denne oppgaven søker således å være et beskjedent bidrag til å tette et kunnskapshull i forskningen.

Flere hevder at MRS ikke passer i virksomheter hvor de overordnede målene er kvalitative heller enn kvantitative og hvor omgivelsene er komplekse (Christensen m.fl. 2010, Hood 2006). Psykiatrien er derfor et spennende felt å undersøke styringssystemet i. Feltets kjerneoppgaver kjennetegnes av en høy grad av kompleksitet, og de kvalitative aspektene i arbeidet kan kollidere med effektivitetshensyn (Friberg 2015a, Høstmælingen 2014). Til forskjell fra behandling av somatiske lidelser, er det vanskelig å fastslå en nøyaktig tidshorisont for behandling av psykiske lidelser og akkurat hvilke verktøy som vil gi et tilfredsstillende behandlingsresultat. Dette tilsier derfor at instrumentelle styringssystem, slik som MRS, kan ha vanskeligheter med å passe inn i feltet. På denne bakgrunn formuleres oppgavens problemstillinger som følger:

- 1) *Svekkes kvalitetsaspekter i behandlingsarbeidet som følge av MRS-systemet?*
- 2) *Begrenses behandleres faglige autonomi som følge av MRS-systemet?*

Det første trinnet på vei mot å svare på disse problemstillingene er å undersøke og beskrive styringssystemet som benyttes i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker. Et spørsmål som reiser seg er hvorvidt dette faktisk er MRS, og i så tilfelle er det behov for en nærmere presisering av hvordan dette styringssystemet fungerer. Trinn to retter seg mot å studere hvordan denne styringspraksisen håndheves og påvirker behandlerne. Dette vil undersøkes i form av hvorvidt mål- og resultatfokuset innebærer en svekkelse av kvalitetsaspekter og faglige hensyn i pasientbehandlingen. Det siste trinnet retter seg mot spørsmålet om behandlerne opplever begrensninger i faglig autonomi og muligheter for å utøve klinisk skjønn. Altså om de opplever en innskrenket mulighet til å tilpasse seg pasientenes behov og egne faglige vurderinger som følge av styringssystemet.

Denne studien er en casestudie som er avgrenset til å undersøke MRS i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker (VOP). Det er valgt ut tre distriktpsikiatriske sentre (DPS) innenfor ett enkelt helseforetak, med tre underliggende poliklinikker som er studert nærmere. Data er innhentet gjennom kvalitative intervjuer med behandlere og deres overordnede, og gjennom studier av relevante offentlige dokumenter, evalueringsrapporter, avtaledokumenter og skjemaer.

Som teoretisk ramme benyttes prinsipal-agent-teori (heretter: PA-teori), en av de mest brukte teoriene i studier av MRS i offentlig sektor (Heinrich og Marschke 2010). Teorien omhandler hvordan en overordnet aktør, prinsipalen, ved hjelp av insentiver og kontrakter kan få kontroll over adferden til en underordnet aktør, agenten, i forhold preget av usikkerhet, informasjonsasymmetri og målinkongruens (Eisenhardt 1989). I denne studien betraktes behandlerne i VOP som underordnede og DPS-lederne som overordnede. Det må imidlertid bemerkes at en DPS-leder både kan være prinsipal og agent avhengig av hvilken relasjon en studerer, siden DPS-lederen også forvalter helsemyndighetenes ønsker. Likevel, siden oppgavens fokus ligger på behandlerne i VOP, vil den respektive DPS-lederen være prinsipalen i relasjon til disse, og det spiller for oppgavens del ingen rolle hvorvidt målene og ønskene som forfektes er lederens eller helsemyndighetenes.

Prinsipal-agent-teori er spesielt egnet til analyse av hvordan prestasjon- og resultatmålingssystemer og overordnede målsetninger påvirker og influerer agentenes respons og tilpasning. Dette gjør teorien i utgangspunktet velegnet for denne studien, som nettopp søker å forklare adferd som følge av et styringssystem. Bruken av resultat- og prestasjonsmål basert på eksplisitte kriterier og krav har lenge vært en grunnleggende del av offentlige insentivsystemer slik som MRS (Heinrich og Marschke 2010). Resultatrapportering til overordnet nivå og ulike mekanismer for straff/belønning skal sikre at mål blir nådd. Dette skal i teorien ha stor betydning for styring av adferd (Christensen m.fl. 2010). Ved å undersøke hvordan insentiver og motivasjon teoretisk fungerer og former adferd kan vi forklare hvordan og hvorfor MRS påvirker klinikkene og behandlerne som utsettes for styringspraksisen. Dette gir samtidig muligheter til å utvikle forventninger til hva denne adferden resulterer i. Selv om PA-teori er det eneste helhetlige teoretiske perspektivet som skisseres i oppgaven, vil det også trekkes inn andre teoretiske tilnærminger og forståelser relatert til adferd, motivasjon og tilpasning. Dette vil gi en dypere innsikt i problematikken som denne masteroppgaven omhandler.

1.2 Oppgavens videre struktur

Kapittel 2 har som formål å redegjøre for relevante organiserings- og styringsendringer på feltet. Her skisseres det hvordan det psykiske helsevernet for voksne er organisert og styrt i dag og problemer dette tilsynelatende har gitt. Kapitlet gir også en grundig presentasjon av mål- og resultatstyring. Dette er nødvendig for å forstå hva MRS er, hvordan det fungerer og hvilke begreper som er sentrale. I kapittel 3 vil PA-teorien bli redegjort for og knyttet til feltet som undersøkes i oppgaven. Jeg vil her vektlegge og forklare teoriens forståelse av insentiv, samt trekke inn andre teoretiske tilnærminger til insentiv og motivasjon for å forklare og problematisere adferden til ledelsen og behandlerne ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene. Her vil jeg også utlede forventninger til empirien. I kapittel 4 vil jeg diskutere de metodiske tilnærmingene i studiet og valg av forskningsdesign. Her redegjøres det først for det valgte forskningsdesignet, deretter for hvor og hvordan datainnsamlingen har foregått, før jeg avslutningsvis vurderer oppleggets validitet og reliabilitet. Oppgavens empiri presenteres i kapittel 5, mens analysen finner sted i kapittel 6. I sistnevnte kapittel kobles de empiriske dataene med forventningene og det teoretiske rammeverket. I kapittel 7 oppsummeres og vurderes oppgavens funn og konklusjoner. Avslutningsvis gis forslag til videre forskning, samt en vurdering av generaliserbarheten av de empiriske funnene.

2 Styring i det psykiske helsevernet for voksne

I dette kapitlet skal vi først se nærmere på helsereformene som førte til at staten overtok eierskapet av sykehusene og spesialisthelsetjenesten, og som dermed førte til at det psykiske helsevernet for voksne ble underlagt mål- og resultatstyringsregimet. Deretter ser vi nærmere på hva MRS er, hvordan det er ment å fungere, og hvorfor praktisering kan avvike fra den idealtypiske skisseringen. Beskrivelsen av MRS og organiseringen av feltet er nødvendig for å forstå fremstillingen og problematiseringen av mål- og resultatstyring i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker i senere kapitler.

2.1 New Public Management og reformer i helsesektoren

Helsesektoren som en helhet, og det psykiske helsevernet for voksne som en del av denne, er ikke løsrevet fra resten av offentlig sektor, og reformer i helsesektoren vil derfor i store trekk reflektere en *generell reformtrend* i samfunnet (Pettersen og Fallan 2010).

Styringsrelasjonene mellom de øverste myndighetene og de underliggende virksomhetene i offentlig sektor har på et generelt grunnlag endret seg betydelig de siste tiårene som følge av reformer som forbindes med New Public Management (NPM).

Med sykehusreformen (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)) fra 2002 ble ideer og instrumenter mange forbinder med New Public Management implementert i drift og forvaltning av sykehusene i Norge (Høstmælingen 2014, Pettersen og Fallan 2010, Læg Reid m.fl. 2005). Frem til 2002 var de offentlige sykehusene forvaltningsorganer direkte underlagt politisk kontroll i fylkeskommunene (Pettersen og Nyland 2008). Med sykehusreformen overtok staten eierskapet av de offentlige sykehusene, og opprettet fem (senere fire) semi-autonome regionale helseforetak (RHF). Disse fikk ansvaret for planlegging, drift og utbygging av helsevirksomhetene, samt ansvaret for spesialisthelsetjenesten utenfor institusjonene. De regionale helseforetakene, som er eiere av underliggende (delvis fristilte) lokalsykehus

innenfor den aktuelle regionen – nå kalt helseforetak (HF), er egne juridiske enheter, men staten som eier utøver den øverste myndigheten gjennom foretaksmøtet (Pettersen og Nyland 2008). Her kan departementet, ved helseministeren, instruere i overordnede saker, i tillegg til å stille krav til de regionale helseforetakene. Det følges en utpreget bestiller-utførerlogikk i den reformerte helsesektoren. Dette kommer til uttrykk i oppdragsdokumentet, der departementet stiller krav og vilkår til RHFene tilknyttet det aktuelle årets bevilgning (Pettersen og Nyland 2008, Pettersen og Fallan 2010). I styringskravene som så følges opp i dialog mellom RHF og departement, bestemmes og benyttes flere resultatindikatorer og måltall basert på de fastsatte målsettinger (ibid.).

Før sykehusreformen ble vedtatt, hadde det allerede blitt implementert en reformprosess i det psykiske helsevernet. Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp nr. 63 (1997-98)) pekte på vesentlige mangler i det psykiske helsevernet og et behov for å styrke, effektivisere og omstrukturere feltet. Opptrappingsplanen resulterte i en betydelig ressursøkning til feltet psykisk helse, samt en strukturell omstilling av det psykiske helsevernet gjennom desentralisering av de psykiatriske spesialisthelsetjenestene (Norsk psykiatrisk forening 2010). Med Opptrappingsplanen ble hovedansvaret for det psykiske helsevernet for voksne (innenfor et gitt geografisk område) overført til distriktpspsykiatriske sentre (DPS) (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Sentrene ble i kjølevannet av sykehusreformen så koblet til overordnede lokale helseforetak (HF) (Norsk psykiatrisk forening 2010, Sosial- og helsedirektoratet 2006). Reformprosessen i det psykiske helsevernet for voksne bygger på en målsetning om å forskyve deler av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten fra sykehus til DPS, og fra døgnvirksomhet til polikliniske tilbud (Helsedirektoratet 2013a). Disse målsetningene og endringene blir videre understøttet av mål av en hovedsakelig kvantitativ karakter, med måltall og resultatkrav på en rekke områder (Norsk psykiatrisk forening 2010). Opptrappingsplanen har langt på vei lyktes med å etablere en desentralisert struktur med godkjente DPSer over hele landet (ibid.). Tall fra Helsedirektoratet avslører samtidig at den polikliniske aktiviteten i perioden 1998-2013 har økt markant, og at denne veksten i sin helhet har kommet ved DPSene. Samtidig viser tallene at antallet døgnplasser er redusert. Dette er i tråd med de helsepolitiske føringene på feltet (Helsedirektoratet 2014).

Behovet for reform i helsesektoren ble delvis presset frem på grunn av sykehusenes mangelfulle evne til å løse problemene tilknyttet økende kostnader, ressursallokering, variasjon i tilbud og kvalitet, men også på bakgrunn av uklare ledelseslinjer og

ansvarsplassering (Høstmølingen 2014, Pettersen og Fallan 2010, Christensen m.fl. 2006, Lægneid m.fl. 2005). Den NPM-baserte foretaksformen ble her presentert som løsningen på flere av disse problemene (Høstmølingen 2014, Pettersen og Nyland 2008). Utviklingen i helsesektoren fremhever styringsmodeller som vektlegger målstyringskonseptet, eksplisitte resultatkrav og en lederstil som orienteres mot resultater, økonomiske insentiver og administrativ profesjonalisme (Pettersen 2001). Relasjonsforholdet og organiseringen av helsesektoren samsvarer på mange måter med NPMs syn på politikkenes rolle i offentlig sektor, hvor det argumenteres for en fristilling av underliggende offentlige institusjoner, delegering av budsjettfullmakter og innføring av mål- og resultatstyring (Pettersen 2001, Christensen m.fl. 2006).

NPM som kan karakteriseres som en reformbevegelse med tiltak som trekker i ulike retninger, har som hovedformål å effektivisere offentlig sektor (Christensen m.fl. 2010). NPM er ikke en helhetlig teori, men dens tankemessige grunnlag eller plattform kan knyttes til management-teori og ny-institusjonell økonomisk teori, hvor vi bl.a. finner public choice-teori og prinspal-agent-teori. NPM kan videre forstås som en tilnærming til, og et argument for, en mer markedsorientert form for styring, hvor verdier og mål som tradisjonelt forbindes med privat sektor innlemmes i offentlig ledelse (Christensen m.fl. 2010, Pettersen og Fallan 2010). Forkjemperne for bevegelsen tar her til orde for en strukturell fristilling og autonomisering av offentlige virksomheter, eksemplifisert ved foretaksformen i helsesektoren og desentraliseringen av det psykiske helsevernet. Dette fører til at ansvarliggjøring av enhetene blir mulig. Samtidig argumenteres det for et skifte i offentlig styring; fra et fokus på innsatsfaktorer (input) til å legge større vekt på produksjon (output). De kritiske målsetningene for både organisering og styring sentrerer rundt effektivitet og produktivitet, gjerne definert i funksjonelle og teknologiske termer (Diefenbach 2009). Endringsforslagene begrunnes med at et større fokus på output og målsetninger som kretser rundt effektivitet/produktivitet vil redusere offentlig pengebruk, øke ledernes ansvarlighet, samt føre til en mer tjenesteeffektiv offentlig sektor (O'Flynn 2007, Diefenbach 2009). Dette er i tråd med hovedargumentene for eierskapsreformen i helsevesenet, hvor en ønsket tydeligere ansvarslinjer mellom sykehuseier (stat) og utøver (sykehusene og andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten), transparens og bedre ressurs- og resultatkontroll (Pettersen 2001, Høstmølingen 2014, Lægneid m.fl. 2005).

I Norge har altså reformene i helsesektoren, som i resten av samfunnet, vært konsentrert rundt budsjett-, organiserings- og styringsformer (Pettersen og Fallan 2010). De to elementene som har fått sterkest gjennomslag – strukturell fristilling og mål- og resultatstyring – kan ses i sammenheng, da det første legitimerer og aktualiserer det andre. I tråd med NPM-doktrinen, hvor en søker en klarere separasjon mellom politikk og administrasjon, utskilles altså enheter/virksomheter fra en integrert formasjon og tildeles en større grad av (formell) autonomi. Likevel, for å kunne opprettholde tilstrekkelig politisk styring og øke effektiviteten innenfor et mer organisatorisk desintegrert system innføres MRS som et motsvar (Askim m.fl. 2014).

2.1.1 Kritikk av NPM i det psykiske helsevernet

De siste årene har kritikken av NPM-tilknyttede ideer, konsepter og tiltak styrket seg, ikke minst i det psykiske helsevernet for voksne (O’Flynn 2007, Høstmælingen 2014, Strand 2012, Løkke 2014, Friberg 2015a). Det blir hevdet at reformbevegelsen ikke tar hensyn til at enhetene i offentlig sektor betinges av en multifunksjonalitet og egenart som skiller dem fra virksomhetene i privat sektor (Christensen m.fl. 2010, O’Flynn 2007, Diefenbach 2009). Offentlige virksomheter, slik som DPSer med deres underliggende seksjoner, må i motsetning til mange private, ivareta et bredt spekter av dels motstridende hensyn. Dette er hensyn slik som politisk styring og kontroll, offentlig innsyn, faglige betingelser, medbestemmelse fra de ansatte og berørte parter, tjenestekvalitet – i tillegg til effektivitet og produktivitet (Christensen m.fl. 2010). Siden det offentlige på den måten skiller seg fra det private, er det ikke slik at økonomiske organisasjonsmodeller og ledelsesteknikker utbredt i det private markedet automatisk kan fungere i offentlig sektor. Mens de private virksomhetenes hovedmål primært er overskudd gjennom økning i produktivitet og effektivitet, er det overordnede prinsippet for de offentlige altså langt mer mangfoldig og sammensatt. Det blir derfor hevdet at NPMs orientering er for smalt, som i neste omgang fører til et snevert fokus på hva som skal måles og vurderes i en gitt virksomhet (Diefenbach 2009). Konsekvensen av denne orienteringen, og den påfølgende målingen, er at viktige og helhetlige hensyn må vike for effektivitet og produktivitet (ibid).

Kritikken som rettes mot NPM fra klinikere i det psykiske helsevernet reflekterer i stor grad det overnevnte. Her oppleves en innskrenkning av faglig, eller klinisk, autonomi og skjønnsutøvelse gjennom det som betegnes som en forskyvning fra selvbestemmelse til

standardisering, og fra selvstendige kvalitative avgjørelser til forhåndsdefinerte kvantitative størrelser (Strand 2012, Høstmælingen 2014, Standal m.fl. 2014, Friberg 2015a, Friberg 2015b). Klinisk autonomi og faglig skjønn er i psykiatrien knyttet til relasjonen mellom behandleren og den aktuelle pasienten, og forstås som handlingsrommet behandleren har i behandlingen utfra faglige premisser og pasientens forutsetninger og preferanser (Utvåg m.fl. 2014, Dimmen og Ødegård 2012). Faglig autonomi og skjønnsutøvelse referer altså til behandleres selvstendige mulighet til å kunne velge utredningsmetodikk og behandlingsform, men også til å fastsette tidsrammer for behandling basert på pasientens tilstand og utsikter (Utvåg m.fl. 2014). For å kunne forvalte sin kliniske ekspertise i møte med pasientene, har behandleren behov for en tilstrekkelig grad av faglig autonomi for å være i stand til å ta beslutninger til det beste for pasientene (ibid.). Det hevdes imidlertid at målstyringen, det påfølgende registrerings- og rapporteringsregimet og output-fokuset begrenser muligheten for individuell tilpasning til pasientenes behov. Samtidig påpekes det at styringen klinikkene utsettes for mangler vesentlige forutsetninger for å fange opp kvalitativ fagutøvelse (Friberg 2015a, Utvåg m.fl. 2014, Standal m.fl. 2014).

NPMs inntog i det norske helsesystemet har på den ene siden innført styringsformer som sikrer institusjonell autonomi, men har samtidig ført til en økt ressursbruk knyttet til måling, kontroll, evaluering og rapportering (Pettersen og Fallan 2010). Rapportering- og registreringskrav som fremsettes fra statlige tilsynsorganer, direktorater og departement utgjør i dag et gjennomgående kontrollsystem i sektoren (ibid.). Helseforetakene møter disse ytre kontrollkravene med å utvikle og utvide sine egne kontrolltiltak ovenfor underliggende enheter (eksempelvis ovenfor DPSer), da det blir vesentlig med standardiserte rapportering- og registreringsrutiner som skal sikre «riktig» informasjon til kontrollorganene. Den omfattende og ressurskrevende rapporteringen har i neste rekke ført til en fornemmelse av at også arbeidsoppgavene det rapporteres om ønskes standardisert (ibid.). For enkelte behandlere i det psykiske helsevernet for voksne har dette gitt utslag i en opplevelse av at tjenesteytingen deprofesjonaliseres (Løkke 2014, Friberg 2015b).

2.2 Mål- og resultatstyring

Mål- og resultatstyring (MRS) blir ofte sett i sammenheng med NPM. Mål- og resultatstyring, som styringsteknikk, er imidlertid eldre enn NPM (Johnsen 2013). Styringsteknikken har uformelt vært benyttet i norsk offentlig sektor siden midten av 1970-tallet, men prinsippene

for MRS ble ikke formalisert og inkludert i de statlige styringsdokumentene før budsjettreformen fra 1986 trådte i kraft. Budsjettreformen ga statlige virksomheter større budsjettmessig autonomi og kontroll over egne finansielle midler, men virksomhetene ble til gjengjeld underlagt krav om systematisk resultatmåling og jevnlig rapportering (Askim m.fl. 2014). Parallelt med at ideene som springer ut ifra NPM ble mer fremtredende i statlige myndigheters praksis på 90-tallet, ble MRS forsterket som det styrende prinsippet i staten. I 1996 ble mål- og resultatstyring nedfelt som det grunnleggende styringsprinsippet i «Reglement for økonomistyring i staten» (§4). Alle statlige virksomheter ble pålagt å fastsette mål- og resultatkrav for enhetenes aktiviteter og produksjon.

Mål- og resultatstyring er i dag det overordnede styringsprinsippet på og mellom alle nivåer i staten. Det vil si at MRS benyttes i, og mellom; Helse- og omsorgsdepartementet og regionale helseforetak, regionale helseforetak og lokale helseforetak, lokale helseforetak og distriktpsikiatriske sentre (DPS), og avslutningsvis, i og mellom DPS og underliggende seksjoner – som er denne oppgavens studiefelt. Styringsteknikken er ikke nøytral i den forstand at den legger større vekt på visse elementer i forvaltningens verdigrunnlag relativt til andre (Askim m.fl. 2014). Formålet med MRS er både å sørge for at myndighetenes mål oppnås, samt å øke effektiviteten gjennom desentralisering av makt og tildeling av autonomi til underliggende enheter. Myndighetenes kontrollbehov bevares gjennom fremsettelse av rapporteringskrav. På den måten opprettholdes og styrkes spesielt to av de fire elementene i forvaltningens verdigrunnlag: demokrati (lojalitet til sittende regjering), og effektivitet (Askim m.fl. 2014). Det tredje elementet, faglig integritet, som denne oppgaven kretser rundt, er uavklart. Dette knyttes til at økt autonomi teoretisk sett vil gi underliggende virksomheter mulighet til vektlegge faglige hensyn høyere, samtidig som MRS gir øvre myndighet et kraftig verktøy for styre underliggende virksomheter mot å nå politisk vedtatte mål. Det er svekkelsen av dette verdigrunnlaget kritikken som fremsettes av behandlerne i det psykiske helsevernet synes å omhandle. Vi vil i senere kapitler se nærmere på hvorvidt dette er tilfellet. Rettsikkerhet, det fjerde elementet i verdigrunnlaget, vil teoretisk sett svekkes som følge av at regelstyring (som reguleres gjennom lover vedtatt og behandlet i Stortinget) reduseres til fordel for målstyring som regjeringen har full råderett over (ibid.).

2.2.1 Vid og smal mål- og resultatstyring

For å kunne forklare hvordan MRS fungerer i voksenpsykiatriske poliklinikker, kan vi ta utgangspunkt i et skille mellom en vid og en smal teoretisk forståelse av det nevnte styringssystemet. I den vide forståelsen ses mål- og resultatstyring mer som en overordnet styringsidé eller styringsfilosofi for offentlig sektor. Grunntanken bygger på at offentlige virksomheter i større grad bør rette arbeidet mot å oppnå faktiske resultater, og at dette arbeidet i mindre grad bør være innadrettet og innstilt mot å etterleve fastsatte regler og prosedyrer (Askim m.fl. 2014). Synet bygger samtidig på en tydeligere avgrensning mellom politisk myndighet og administrativt ansvar, hvor den politiske ledelsen stipulerer de overordnede målene, mens de underliggende enhetene gis frihet og ansvar for å realisere disse. DPSer og poliklinikker skal med andre ord ha tilstrekkelig myndighet til å velge de virkemidlene og verktøyene som de mener er best egnet for å gi de ønskede resultatene. Denne delegeringen av beslutningsmakt fra overordnet til underordnet nivå er en nødvendighet for å kunne holde virksomhetenes ledelse ansvarlig for resultatene som produseres. I dette formålet trenger en dermed målsettinger, men også rapporterings- og registreringskrav som har til hensikt å blottlegge svakheter, styrker og svikt relatert til mål- og resultatoppnåelse (Johnsen 2013). Mål- og resultatstyring kan på den måten ses på som en paradoksal styringsidé; på den ene siden er den rettet mot en liberalisering av regelverk, delegering av driftsmessige fullmakter og autonomi, samtidig som dette tilsynelatende utjevnes av et større innslag av resultatrapportering og økt resultatkontroll (Christensen m.fl. 2010).

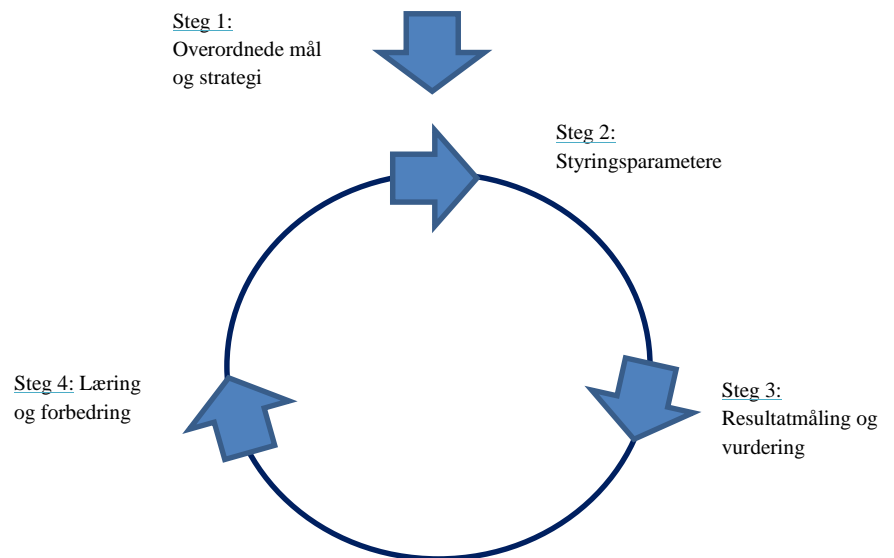
Mens den vide forståelsen av MRS kan beskrives som en tankegang om formålsrasjonelle planleggings- og styringsprosesser, kan den smale forståelsen knyttes til en faktisk modell eller et verktøy for styring og ledelse (Johnsen 2013). Direktoratet for økonomistyring (DFØ) (tidligere Senter for statlig økonomistyring, SSØ), som er statens ekspertorgan innenfor statlig styring, knytter denne typen MRS til en operativ styringsteknikk som omhandler fastsettelse av mål og styringsparametere, samt innhenting av rapporter og vurdering av måloppnåelse. (SSØ 2010). I DFØs veileder til statlige virksomheter deles denne formen for mål- og resultatstyring inn i fire steg eller komponenter skissert i et styringshjul (SSØ 2010). Styringshjulet refereres også til i Riksrevisjonens (2008) undersøkelse av det psykiske helsevernet for voksne, hvor både Helse- og omsorgsdepartementet og RHFene ble kritisert for en mangelfull og svak (operativ) styring overfor DPSene. Helse- og

omsorgsdepartementet besvarte kritikken med at de ville:

«(...) intensivere arbeidet med å gjere både rapporteringa og oppfølginga av styringshjulet klarare. [Og] (...) vidareutvikle mål- og resultatstyringa for å få ei god styring av området, og for å unngå at styringsautoriteten til departementet og dei regionale helseføretaka blir undergraven» (Riksrevisjonen 2008:15).

Jeg legger her til grunn at «oppfølging av styringshjulet» og «videreutvikling av mål- og resultatstyring» sikter til en

operativ MRS som bygger på DFØs inndeling. Når jeg senere skal undersøke i hvilken grad behandlere i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker påvirkes av MRS, legger jeg denne inndelingen og styringshjulet (gjengitt i figur 2.1) som fremstiller de fire stegene som sykliske til grunn.



Figur 2.1: Styringshjulet (SSØ 2010:10)

Det første steget i

målstyringshjulet omhandler formulering av overordnede mål og strategi for virksomheten. Målene skal ifølge DFØ klargjøre hva som er den aktuelle virksomhetens formål og bør forankres i virksomhetens strategi, ønsket tilstand eller resultat (SSØ 2010). Disse skal altså være forestillinger om noe en ønsker å oppnå eller virkeliggjøre med arbeidet i fremtiden (Christensen m.fl. 2010). Virksomhetenes mål baseres på de politiske målene formulert og muligens operasjonalisert av det tilknyttede departementet i de årlige tildelingsbrevene eller oppdragsdokumentene til virksomhetene. De overordnede målene skal gi rammer og retning for aktivitetene i organisasjonene. Som tidligere skissert vil de viktigste styringssignalene og styringskravene fra staten til helsesektoren og det psykiske helsevernet for voksne være stipulert i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene (RHF). RHFene oversetter så disse til mer konkrete mål for de lokale helseforetakene (HF), som igjen fremsetter (mer eller mindre eksplisitte) krav til sine tilknyttede DPSer (Pettersen og Fallan 2010). Når mål spisses og konkretiseres, slik de gjerne blir når de filtreres nedover styringshierarkiet, blir det klarere hvilke oppgaver, hensyn og målgrupper en underordnet virksomhet skal eller bør prioritere.

MRS som styringsteknikk, slik det beskrives i DFØs veileder, omfatter et sterkere forsøk på å operasjonalisere og konkretisere mål for offentlige enheter. I steg to skal en på bakgrunn av de overordnede målformuleringene utvikle og operasjonalisere styringsparametere eller resultatindikatorer som gjør det mulig å måle virksomhetenes resultater og vurdere grad av måloppnåelse, enten direkte eller indirekte (SSØ 2010). For å hindre neglisjering av viktige sider ved drift mener DFØ at alle aspekter av virksomhetens aktiviteter bør inngå i det samlede styringssystemet. Dette vil gi et helhetlig bilde av enhetens resultater sett opp mot de overordnede målsetningene. Det gjøres likevel klart at styringsparameterne skal fungere som klare indikatorer på måloppnåelse, resultatutvikling over tid, samt være et signal om hva virksomhetens ledelse retter oppmerksomhet mot og prioriterer (SSØ 2010). I veilederen påpekes det at «å måle og følge opp alt ikke er styring» (SSØ 2010: 27). Måling må gi nøkkeltall og relevant styringsinformasjon, hvor de viktigste målekvalitetene knyttes til virksomhetenes tjenesteproduksjon, effektene disse gir og hvorvidt ressursbruken er effektiv (SSØ 2010). For mange virksomheter, slik som i voksenpsykiatriske poliklinikker, er det imidlertid vanskelig å observere og måle effekter utfra den tjenesteytingen som utføres (Utvåg m.fl. 2014). Det er derfor vanskelig å utvikle (kvalitativt) gode og informative styringsparametere som fanger opp *innholdet* i tjenesteytingen (Friberg 2015a, Høstmølingen 2014). Dette trekkes også frem i Riksrevisjonens undersøkelse av det psykiske helsevernet for voksne (2008), som viser til at alle undersøkte foretak og DPS benyttet indikatorer og «nøkkeltall» som faller innenfor; aktivitetsdata, såkalte kvalitetsindikatorer, produktivitet, regnskap- og økonomidata. Det legges imidlertid til at;

«Fleire har sagt at det kan setjast spørsmålsteikn ved kvaliteten til fleire av dei indikatorane som alt er i bruk, og at [de overordnede styrings-]krava i for stor grad er knytte til kvantitet og ikkje kvalitet» (Riksrevisjonen 2008: 67)

Det tredje steget i målstyringshjulet handler om resultatmåling, rapportering og vurdering (SSØ 2010). Styringsparameterne spiller her en sentral rolle, da de er indikatorer på resultatoppnåelse. Resultatene som genereres og som det innhentes informasjon om, uttrykker om enhetene har nådd sine mål, og om dette er gjort på en effektiv og ressursbesparende måte. Den påfølgende rapporteringen følger den hierarkiske styringslinjen, aggregeres (hvis flere enheter operer på samme nivå) og sendes opp til ansvarlig departement som så rapporterer videre til Stortinget. I feltet som studeres i denne oppgaven, vil resultatene i VOP innhentes av DPS-lederen og senterets administrasjon, som rapporterer videre til tilhørende HF. HFet innhenter data fra alle DPSene innenfor sitt geografiske område og sender dette til ansvarlig

RHF. Det kreves her at rapporteringen som så sendes til Helse- og omsorgsdepartementet samsvarer med oppdragsdokumentenes resultatkrav og styringsparametere. Slik dette systemet skisseres, ser vi at hvert ledd i styringskjeden ikke bare er ansvarlig for egne resultater og produksjon, men også for underliggende virksomheters resultater og produksjon.

Det fjerde og siste steget i prosessen er læring og forbedring. I DFØs veileder blir disse punktene definert som selve hensikten med resultatmålingen (SSØ 2010). Her skal resultatene fungere som et grunnlag for utvikling og igangsettelse av eventuelle forbedring- og endringstiltak. Oppfølging av resultater blir dermed avgjørende for at virksomhetene skal finne nye løsninger og en mer effektiv ressursanvendelse. Samtidig gir dette overordnede nivåer både internt og eksternt mulighet for å kontrollere underordnet virksomhet i forhold til avtalte mål, samt holde disse til ansvar for produserte resultater (SSØ 2010). Riksrevisjonen har her kritisert RHFene og Helse- og omsorgsdepartementet for å ikke følge opp sitt ansvar for å innhente kvalitetssikrede og passende data i sin undersøkelse av det psykiske helsevernet for voksne (Riksrevisjonen 2008). Departementet har besvart kritikken med at de vil spisse og konkretiser kravene overfor RHFene, utarbeide flere retningslinjer, samt utarbeide et standardisert system for rapportering (Riksrevisjonen 2008).

2.2.2 Praktisering av mål- og resultatstyring

Slik det skisseres, kan MRS både forstås som en tankemåte for å få til en mer rasjonell styring, og/eller som et verktøy som bygger på prinsipper om at ledelsen i de offentlige virksomhetene skal formulere mål, måle enhetenes og medarbeidernes prestasjoner, følge opp og vurdere deres bidrag til virksomhetens resultat (Johnsen 2013). I praksis avviker imidlertid styringsteknikken vesentlig fra slik den er beskrevet ovenfor. For enkelte vil mål- og resultatstyring referere til enhver styringsmetode som inneholder målformuleringer, målinger og rapportering helt uavhengig av hvilke egenskaper som faktisk måles (Johnsen 2013). Dette tilsier at mål og målinger i enkelte virksomheter innrettes mot forhold utover resultater og effekter. Slike styringssystemer som i tillegg er utformet med altomfattende målformuleringer og detaljerte aktivitetsregistreringer er imidlertid ikke målstyring slik vi kjenner det fra litteraturen, men kan heller karakteriseres som aktivitetsstyring eller politisk detaljstyring (Johnsen 2013). Siden jeg i denne studien undersøker hvilke virkninger bruken av *mål- og resultatstyring* i voksenpsykiatriske poliklinikker har på behandlerne, er det nødvendig med en nærmere presisering av egenskapene en kan måle i en gitt virksomhet. Dette gjør det mulig

å presisere hvilke måltyper og måleaspekter som faller inn under en idealtypisk forståelse av MRS, og hvilke som ikke gjør det. Figur 2.2 er en modell av virkningskjeden, og viser hvilke egenskapene en kan innrette mål og målingen mot.



Figur 2.2: Egenskaper i virkningskjeden (Basert på Askim 2013)

Vi ser altså at en kan innrette resultatmålingen mot forhold som omhandler innsats, adferd, resultater og effekter. Innsatsmål- og måling (input) viser til virksomhetens ressurser, bemanning og kompetanseforhold. Adferdsmål- og måling referer til arbeidsmetoder, arbeidsprosesser og aktiviteter i virksomheten. Resultatmål og (faktisk) resultatmåling (output) knyttes til produksjonen og utfallet av aktivitetene – det vil her si den tjenesten virksomheten yter. Avslutningsvis viser effektmål- og måling (outcome) til de eller den endelige effekten(e) av virksomhetens arbeid og ytelse. Selv om en altså kan formulere mål og forta måling av alle disse egenskapene, er det en bred enighet om at faktisk eller reell mål- og resultatstyring er styring som innrettes mot en gitt virksomhets resultater og effekter (Johnsen 2013, Bevan og Hood 2010, Lægneid m.fl. 2006).

Til tross for at alle statlige virksomheter skal benytte MRS, har virksomhetene mulighet til å foreta en fleksibel og pragmatisk tilpasning av styringssystemet i driften. Dette knyttes til en bestemmelse i §4 i økonomiregelverket som sier at; «*styring, oppfølging, kontroll og forvaltning må tilpasses virksomhetens egenart, samt risiko og vesentlighet*» (Finansdepartementet 2015:15). Styringsverktøyet, slik det praktiseres, vil altså variere mellom virksomheter (Johnsen 2013, Christensen m.fl. 2010). Siden MRS ofte benyttes som en støtte- eller tilleggspraksis for andre forvaltningssystemer, vil utforming og praktisering av MRS være avhengig av hva teknikken kobles sammen med (Askim m.fl. 2014, Johnsen 2013). I helsesektoren er eksempelvis MRS koblet sammen med allokering av midler

(Christensen m.fl. 2006). Det vil si at finansieringen av virksomhetene som opererer i sektoren til dels avhenger av resultatoppnåelse og rapporteringen av disse. Et slikt sammenkoblet finansieringssystem finner en spesielt i den somatiske helsetjenesten, mens det er mindre omfattende i det psykiske helsevernet. DPSer og underordnede voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker vil imidlertid delvis være finansiert av en slik praksis gjennom finansieringsordningen de er underlagt. Hvordan finansieringsordningen fungerer i praksis beskrives nærmere i empirikapittelet.

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi først se på det teoretiske fundamentet studien bygger på, deretter se nærmere på tilpasningsstrategier og mulige effekter av disse. Her trekkes det også inn andre teoretiske tilnærminger (tilknyttet bl.a. stewardship-teori) til mulige adferdsmønstre og effekter. Disse har til hensikt å problematisere og utfylle antakelsene prinsipal-agent-teorien gjør om adferd og insentiv. Gjennomgangen av disse vil også munne ut i forventninger til empirien. Det teoretiske rammeverket benyttes for å fremheve ulike sider ved empirien, og vil sammen forklare trekk ved utformingen og konsekvensene av mål- og resultatstyringen i de undersøkte poliklinikkene.

3.1 Prinsipal-agent-teori

Teoretiske modeller som har blitt anvendt i studier av mål- og resultatstyring spenner fra modeller av «relevante faktorer» i målstyringssystemer, til mer utviklede økonomiske og sosio-psykologiske rammeverk som inkluderer flere prinsipaler og maktnivåer, gruppedynamikk, indre og ytre motivasjon, økonomisk og ikke-økonomisk belønning og politisk innflytelse (Heinrich og Marschke 2010). Flere av disse faktorene vil være relevante å trekke frem i oppgaven. Prinsipal-agent-teori, også kalt agentteori, som er denne oppgavens teoretiske rammeverk, er ikke bare en av de mest brukte i undersøkelser av mål- og resultatstyring, men den gir også innsikter som er vesentlige i design og dynamikk i systemer hvor insentiver utgjør en viktig dimensjon (ibid.). Teorien gir eksempelvis et godt rammeverk for å studere asymmetrisk informasjon, som er et av de vanligste problemene ved vurdering av aktørers innsats og prestasjoner. Prinsipal-agent-teori er også velegnet for analyse av hvordan organisasjonsstrukturer, prestasjon- og resultatmålingsystemer, og overordnede strategier påvirker og influerer agentenes (det være seg individer eller organisasjoner) respons på insentiver i styringssystem. I denne oppgaven er det siste helt sentralt.

Offentlige virksomheter kjennetegnes av mange ulike hensyn som skal ivaretas, og behov for å balansere motstridende målsettinger. I helsesektoren generelt og det psykiske helsevernet spesielt, kommer målkonflikter ofte til syne i forbindelse med budsjettforhandlinger og

fordeling av ressurser, hvor avveining mellom produktivitetshensyn og kvalitetsmål er spesielt vanskelig (Pettersen og Fallan 2010, Friberg 2015b). I slike situasjoner åpnes dørene for politisk spill og strategiske tilpasninger (Pettersen og Fallan 2010). Beslutningssituasjoner hvor det er ulike interesser, og i tillegg måleproblemer, baner vei for motspillproblemer og opportunistisk adferd (ibid.). Dette skaper store utfordringer for økonomistyringen i det offentlige (ibid.). I PA-teori antas aktørene i en gitt relasjon for å være rasjonelle, nyttemaksimerende og motivert utfra egeninteresse (Heinrich og Marschke 2010, Eisenhardt 1989). Overført til de øverste relasjonene (helsemyndighetene) i helsesektoren vil Helse- og omsorgsdepartementet spille prinsipalrollen, mens de underliggende RHFene vil være agentene som utfører oppgavene de er satt til å utføre (Pettersen og Fallan 2010). I denne oppgaven betraktes som nevnt innledningsvis DPS-lederne som prinsipaler og de ansatte med behandlingsansvar i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker som agenter.

Den grunnleggende antakelsen i prinsipal-agent-teori er at agentens mål er forskjellig fra prinsipalens mål. Dette kalles et agentproblem (Eisenhardt 1989). Hvis agentens preferanser hadde vært helt i tråd med prinsipalens, ville det ikke vært behov for insentivbaserte resultat- og målstyringssystemer innenfor denne teoretiske rammen (Heinrich og Marschke 2010). Her kan vi anta at målet for prinsipalen er å maksimere organisasjonens totale verdi, mens agentenes mål kan være det samme (men definert på en annen måte) eller noe helt annet. Som indikert kan «organisatorisk verdi» knyttes til flere, muligens konkurrerende målsettinger. På dette punktet kan prinsipalens mål og ønsker, og agentens mål og ønsker avvike. *Verdi* i det psykiske helsevernet for voksne kan eksempelvis forstås som gjennomstrømming av pasienter, rettferdig tilgang til tjenestene, lydhørhet ovenfor pasienter, effektive behandlingsforløp og kvalitetssikret behandling (Høstmælingen 2014, Friberg 2015a, Tessand 2015, Strand 2009, Heinrich og Marschke 2010, Pettersen og Fallan 2010).

Et agentproblem forutsetter også en asymmetrisk informasjonssituasjon mellom partene (Eisenhardt 1989, Pettersen og Fallan 2010, Heinrich og Marschke 2010). Den overordnede myndigheten (prinsipalen) kan ikke observere utførers (agenten) handlinger direkte, og heller ikke lese handlingene utav målinger av organisatoriske resultater eller sluttprestasjoner (Eisenhardt 1989, Heinrich og Marschke 2010). Prinsipalen vet ikke om agentens maksimale og «riktige» ytelse har ført til gitte resultater, eller om agenten holder igjen eller omfordeler innsats i tråd med sine egne mål og ønsker. Eksempelvis har det i offentlig psykisk helsevern vært spesielt problematisk for helsemyndighetene å vite om pasientene har gjennomgått et

effektivt behandlingsforløp, hvilke verktøy klinikerne har benyttet, om nytteverdien står i stil med ressursbruken og om kvaliteten av behandlingen har vært tilfredsstillende eller ikke (Høstmælingen 2014, Tessand 2015). Forholdet mellom aktørene i en PA-relasjon preges altså av usikkerhet og ubalanse siden partene har ulik grad av informasjon og kontroll over produksjonsprosessen. Denne usikkerheten forsterkes ytterligere ved at prinsipalen ikke har noen garanti for at agenten vil handle i tråd med prinsipalens målsetninger (Pettersen og Fallan 2010). Agenten kan her handle på en måte som maksimerer egen nytte siden prinsipal ikke har mulighet til å følge opp og eventuelt «straffe» uønsket adferd. Antakelsen om at prinsipalen ikke kan avdekke og derfor straffe eller belønne innsats, og at en innsats i tråd med prinsipalens ønsker er kostbart og innebærer et nyttetap for agenten, tilsier at agenten vil utøve et suboptimalt eller «feil» nivå av innsats på tvers av oppgaver (Heinrich og Marschke 2010). Suboptimalt nivå vil her bety at allokering av innsats avviker fra den distribusjonen prinsipalen ville dirigert hvis prinsipalen hadde vært i stand til å observere agentens handlinger (ibid.). Kritikken av MRS skissert i de to foregående kapitlene, tyder på en motsetning mellom agentenes, altså behandlernes, mål og ønsker, og prinsipalens, DPS-lederens, mål og ønsker. Dette tilsier, utfra prinsipal-agent-teori, at vi kan forvente klare styringsutfordringer knyttet til at aktørene i det psykiske helsevernet for voksne har ulike interesser. I DPSene og de voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikkene som studeres kan en forvente en interessemotsetning mellom behandlernes ønske om mer autonomi og vektning av kvalitative skjønnsvurderinger og DPS-ledelsens ønsker om å nå de overordnede målene og resultatkravene (gitt at disse er avvikende fra behandlernes ønsker). Med dette formuleres oppgavens første forventning:

H1: Det er en interessemotsetning mellom behandlerne i VOP og DPS-lederne

Prinsipalens begrensede mulighet til å kontrollere utførers aktiviteter resulterer i at prinsipalen må utforme kontrakter som regulerer forholdet til agentene, og som ivaretar prinsipalens mål og ønsker (Eisenhardt 1989, Pettersen og Fallan 2010). Kontraktene, som oppdragsdokumentet fra stat til RHF er et eksempel på, kan bli svært omfattende og kompliserte, da enhetene som reguleres er store og sammensatte (Pettersen og Fallan 2010). Det vil si at de ofte inneholder mange ulike mål. Disse kontraktene vil som nevnt strukturere og organisere styringskjeden i det psykiske helsevernet gjennom å gi det et kollektivt formål. Slike kontrakter innvikles ytterligere ved at prinsipal og agent kan ha ulik innstilling og syn

på risiko. Dette poengteres i tilfeller hvor agenten prioriterer tiltak som innebærer økonomiske tap for prinsipal, eksempelvis ved å gi pasienter et kvalitativt bedre tilbud enn planlagt eller ved å unndra seg oppgaver (ibid.). I finansieringssystemet som DPSene og de voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikkene er underlagt vil (det enkelte kaller) et kvalitativt bedre tilbud innebære en alternativkostnad for DPSene. Informasjonsasymmetrien gir altså agenten en mulighet til å utnytte situasjonen og maksimere egen vinning eller egeninteresse også etter innføring av kontrakter. Dette kalles gjerne for *moralsk hasard*; dvs. situasjoner hvor agenter unnlater å forfølge prinsipalens interesser fordi prinsipalen ikke kan observere agentens ytelse og adferd direkte (Eisenhardt 1989, Pettersen og Fallan 2010). Det som dermed blir vesentlig her, er å utarbeide en kontrakt, et styringssystem, som gir prinsipalen en mest mulig effektiv styring av agenten (Eisenhardt 1989). I utformingen av kontrakten vil prinsipalen søke å etablere en målkongruens. Det vil si at prinsipalen søker å forene (engelsk: align) sine mål med agentens. En vil med dette at agenten skal handle i tråd med prinsipalens målsettinger og dermed handle på en måte som maksimerer prinsipalens nytte (Eisenhardt 1989). Utfordringen blir dermed å finne frem til og utforme incentivbaserte systemer som vil sørge for at det også er i agentens egeninteresse å forfølge prinsipalens (og virksomhetens) overordnede mål, og/eller utforme kontrakter som gir prinsipalen en viss kontroll over agentens adferd.

Pettersen og Fallan (2010) skisser tre måter eller strategier en kan regulere virksomheter på gjennom kontrakter: 1) en kan regulere arbeidsprosessene i virksomheten (*adferdsstyring*), 2) en kan evaluere resultatet av det som produseres (*resultatstyring*), og 3) en kan delegerer selve virksomhetsutformingen til aktørene ved fremsettelse av kunnskapskrav (*norm-/profesjonsstyring*). Hvilken styringsform som vil være mest effektiv bestemmes av kunnskapen man har om koblingen og sammenhengen mellom mål og middel, og mulighetene en har for å måle resultatet (Pettersen og Fallan 2010). En lite gjennomtenkt kombinasjon mellom egenart ved tjenesteproduksjon og styringsform vil føre til ressurstap, mens en hensiktsmessig sammensetning vil øke organisasjonens effektivitet (ibid.). I mange tilfeller betyr dette at en må ta stilling til om en ønsker å bruke kontroll (som knyttes til de to første styringstypene) eller tillit (som knyttes til den siste typen) som koordineringsmekanisme (ibid.).

Resultatstyring vil være den mest hensiktsmessige styringsformen hvis resultatkriteriene kan defineres allerede i kontraktbetingelsene (Eisenhardt 1989, Pettersen og Fallan 2010). Her kan

prinsipalen sikre seg at agentene utfører de oppgavene de er satt til å utføre ved å utforme kontroll- og styringsmekanismer, eksempelvis gjennom resultatkontrakter og resultatinformasjonssystemer. Prinsipalens kontrollbehov ovenfor underliggende virksomhet vil dermed ivaretas gjennom fastsettelse av veldefinerte resultatmål, samt observasjon og evaluering av resultatene til den aktuelle enheten eller de aktuelle individene.

Resultatinformasjon blir på denne måten surrogatmål på adferden. I tråd med logikken i MRS, vil kontraktene derfor inneholde mål og resultatkrav som agenten skal innfri, og måloppnåelse tilknyttes et disiplinerende system med straff og belønning. Dette skal fungere skjerpene, og utsetter de underordnede enhetene for et spesifisert ansvar og press for å innfri de overordnede målene og eventuelt bedre resultatene. Er det derimot vanskelig å måle resultatet, men en har god kunnskap om koblingen mellom virkemidler/adferd og mål, vil det være mest effektivt for prinsipalen å ta utgangspunkt i adferdsstyring når kontrakten utformes (Pettersen og Fallan 2010). En adferdskontrakt vil regulere agentens handlinger og adferd, og er særlig hensiktsmessig i situasjoner hvor det finnes målkonflikter mellom prinsipal og agent (Eisenhardt 1989). Her vil en ta grep for å sikre at agenten handler i tråd med prinsipalens interesser ved å implementere kontrollmekanismer og regler som er designet for å øke sannsynligheten for at agentens adferd samsvarer med og resulterer i at målene til prinsipalen nås. Prinsipalen vil søke å skaffe informasjon om adferden, og belønne en ønsket adferd. Er derimot koblingen mellom innsats og resultat tvetydig, og det er vanskelig å måle og finne gode resultatkriterier, er norm- eller profesjonsstyring den mest hensiktsmessige styringsformen (Pettersen og Fallan 2010). Her styrer altså prinsipalen på tillit til at agenten kan utføre kjernevirksomheten utfra faglige normer og profesjonelle kriterier. Disse profesjonelle kriteriene og normene forventes å være internalisert gjennom profesjonenes utdanning, og kontraktene som utarbeides vil tradisjonelt være svært generelle (ibid.). Slike kontrakter vil altså gi agentene stor grad av autonomi og vide muligheter til å utøve skjønn.

Når vi her skal utvikle en forventning til hvordan kontrakten eller styringssystemet i de voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikkene (VOP) ser ut, er det gode grunner til å vente seg en kombinasjon av styringsmåtene eller strategiene. Jeg har tidligere antatt at det finnes vesentlige interessekonflikter mellom helsemyndighetene og behandlerne på det operative nivået, med DPS-lederen som en forvalter av helsemyndighetenes verdier, mål og resultatkrav. Det er derfor rimelig å vente seg at styringen av behandlerne i VOP vil baseres på kontroll som koordineringsmekanisme. Vi vet samtidig at MRS benyttes i helsesektoren og det psykiske helsevernet, og at klinikerne er utsatt for et omfattende registrerings- og

rapporteringsystem. Det er derfor nærliggende å forvente at kontraktene i VOP vil være et styringssystem basert på både resultat- og adferdsstyring. Siden virksomhetene i det psykiske helsevernet tradisjonelt har utført sin kjernevirksomhet utfra faglige normer og kriterier (pga. tvetydighet mellom tiltak og resultat/effekt i psykiatrisk behandling), gir det grunn til å forvente at styringssystemet også kan ha innslag av profesjonsstyring. Likevel tyder misnøyen skissert i foregående kapittel på at profesjonenes styrende stilling er noe svekket, og vi kan derfor forvente at styringen (i dag) er mer basert på kontroll enn tillit:

H2: Styringssystemet i VOPene vil være basert på både resultat- og adferdsstyring

3.2 Tilpasningsstrategier- og effekter

Mål- og resultatstyring er et styringssystem som baserer seg på insentiver som kontroll- og koordineringsmekanisme. Når agenter, altså ansatte, vet at ulike oppgaver blir målt, og at dette forholdet blir rapportert til eller observert av prinsipal, altså ledelsen, vil de ha betydelige insentiver for å innrette sin adferd for å forbedre egne resultater (Johnsen 2007). Her antas det altså at prinsipalen kan måle og evaluere resultater, og at belønning og/eller frykten for sanksjoner vil være førende for agentens fremferd. Mål- og resultatstyringssystemene som er iverksatt i helsesektoren følger langt på vei PA-teoriens antakelser om at styringsutfordringene mellom staten som prinsipal og RHF som agenter må løses gjennom kontrakter, resultatbetingelser og insentiver (Pettersen og Fallan 2010). Et slikt forhold finner vi også mellom partene på de lavere nivåene i styringshierarkiet som det psykiske helsevernet for voksne er en del av.

3.2.1 Insentiv, motivasjon og adferd

Resultatkontrakten(e) mellom overordnet myndighet og underordnet virksomhet kan forstås som en overenskomst mellom partene, der agenten påtar seg ansvaret for å gjennomføre bestemte oppgaver i bytte mot godtgjørelser fra prinsipalen. En slik relasjon finner vi mellom stat og RHF, mellom HF og DPS, men også mellom DPS og de ansatte i VOP. Slik belønning kan f.eks. være delegering av høyere nivåer av autonomi, ros og andre ikke-finansielle goder, eller være av en monetær art innbakt i finansieringssystemet. Hensikten med slike avtaler er at enhetene i større grad skal stimuleres og påvirkes til å oppnå resultater enn å følge

egeninteresser, rutiner og prosedyrer. De grunnleggende konseptene bak en slik kompensasjonsmodell – at de ansatte vil prestere bedre når deres kompensasjon er tettere tilknyttet deres innsats og produksjon – er bredt anvendt i utformingen av mål- og resultatsystemer i offentlig sektor (Heinrich og Marschke 2010). Her forventes det at organisatorisk prestasjon som helhet vil bedres når agentenes insentiver sammenfaller med virksomhetens målsetninger

Ved å knytte agentenes kompensasjon til resultatmål, kan prinsipalen øke utførernes oppmerksomhet mot handlinger og hensyn som øker organisasjonens verdi og nytte (slik dette defineres av prinsipalen) (Heinrich og Marschke 2010). Agentene får her insentiver til å prestere særlig godt på de områdene som det er utviklet måleindikatorer for. På de forholdene som prinsipalen ikke måler eller kontrollerer like nøye kan imidlertid agentene forfølge egne interesser eller tilbakeholde innsats. I et slikt system får agenten derfor et insentiv for å forfølge de oppgavene som observeres av prinsipal og/eller bærer med seg en belønning, mens de oppgavene som ikke måles, og som derfor ikke belønnes, kan nedprioriteres. Utfra dette er det rimelig å anta at behandlerne i VOP vil tilpasse seg styringssystemet ved å forfølge de oppgavene det er utviklet måleindikatorer for, mens andre oppgaver som ikke måles nedprioriteres.

H3: Behandlerne i VOP vil forfølge definerte målkrav og nedprioritere andre oppgaver

Slike målinsentivsystemer, hvor eksterne belønninger og sanksjoner former og forsterker den individuelle adferden, knyttes gjerne til det som betegnes som ekstern eller *ytre motivasjon* (Heinrich og Marschke 2010). Ytre motivasjon finner sted når en person gjør noe fordi vedkommende ønsker å oppnå en belønning utenfor aktiviteten som utføres (Askim m.fl. 2014). I dette legges det til grunn at individer (/agenter) er rasjonelle, og at motivasjon avhenger positivt med oppfatninger om i hvilken grad økt innsats vil føre til økte resultater, samt intensiteten og verdien av (den eksterne) belønningen som mottas (Heinrich og Marschke 2010). Hvis en person derimot gjør en aktivitet på grunn av faglige eller personlige interesser for selve aktiviteten, og utførelse av denne aktiviteten er en belønning nok i seg selv, kan motivasjonen klassifiseres som *indre motivasjon* (Askim m.fl. 2014). En slik underliggende tankegang kobles også til stewardship-teori, som viser til at individuell adferd og innsats vil påvirkes av aktivitetens egenverdi og autonom motivasjon (Heinrich og

Marschke 2010). Her legger en til grunn at ansatte (/agenter) ikke motiveres av individuelle mål og belønninger, men av virksomhetens kjerneoppgaver. Det vil si at deres individuelle interesser og mål imøtekommes av å oppnå organisasjonens mål (Heinrich og Marschke 2010). Gjennom en slik teoretisk forståelse blir offentlige tjenesteytere som psykologer og psykiatere sett på som mindre motiverte av eksterne insentiver, da de genuint ønsker en bedret psykisk helse for sine pasienter og har en indre motivasjon for å drive frem et tilfredsstillende resultat. Dette indikerer altså at enkelte offentlige ansatte motiveres og engasjeres av deres forpliktelse for felleskapets beste i motsetning til egeninteresse. Implikasjonen dette har for utforming av insentivsystemer er at det å belønne/straffe slike internt motiverte ansatte kan virke kontraproduktivt, da de kan utøve *mindre* innsats gitt at organisasjonens mål- og resultatkrav er uforenelig med deres indre motivasjon og faglige etos (Heinrich og Marschke 2010). Forskning har også vist at kontroll- og insentivsystemer som legger til grunn at de kontrollerte påvirkes og drives av ytre motivasjon, kan svekke de kontrollertes indre motivasjon og profesjonsetikk (Askim m.fl. 2014, Heinrich og Marschke 2010).

Siden vi antar at styringssystemet i VOP i større grad er basert på resultat- og adferdsstyring enn på profesjonsstyring, er det altså trygt å forvente at det legges eksterne insentiver til grunn for å drive de ansatte mot å nå ønskede mål og resultater. Denne antakelsen kan også fremstilles med at kontroll benyttes som koordineringsmekanisme, som igjen tilsier at det finnes en manglende tillit til at klinikerne i VOP har en (indre) motivasjon til å nå de organisatoriske målene.

H4: Det benyttes eksterne insentiver for å motivere behandlerne til å oppnå målkrav

3.2.2 Målforskyvning

Som nevnt kan prinsipalen gjennom fastsettelse av resultatmål og (ekstern) belønning av agentene for måloppnåelse, fremme en adferd som øker organisasjonens verdi og nytte. Men effekten av en agents handling på resultatmål kan imidlertid avvike fra handlingens effekt på organisasjonens nytte (Heinrich og Marschke 2010). Her må en altså anerkjenne muligheten for at enkelte handlinger som øker en organisasjons ytelse og resultat samtidig kan *redusere* verdiskapningen (ibid.). En slik handling relatert til det psykiske helsevernet kan for eksempel, gitt at resultatmålet er en høy gjennomstrømning av pasienter, være en behandler som skriver inn pasienter, for så å skrive dem ut, og deretter inn, helt uavhengig av faglige

kriterier. Heinrich og Marschke (2010) mener dette tilsier at en agents kompensasjon med hensyn til resultatprestasjoner bare bør finne sted hvis en økning i innsatsen er *gunstig* for virksomhetens formål. Det vil si at en økning i styrken eller størrelsen på insentiver kun gir mening hvis en økning i innsats korresponderer til en økning i organisasjonens nytte eller verdiskapning, ikke nødvendigvis resultatprestasjoner (ibid.). Samtidig legger de til, alt annet likt, at vektingen av kompensasjon (og/eller sanksjoner) av en agent med hensyn til resultater bør være lavere hvis det finnes «støy» i målingen, det vil si:

«(...) the less informative measured performance is about the agent's effort, the less the principal should rely on it as a signal of effort» (Heinrich og Marschke 2010:189)

Sterke insentiver bør altså brukes i virksomheter hvor agenter faktisk kan besvare dem. En innføring av prestasjon- og resultatinsentiver i tjenesteproduksjon som påvirkes av faktorer utenfor agentenes kontroll utsetter agentene for en unødvendig høy risiko for en lavere kompensasjon (Heinrich og Marschke 2010).

Resultatmål, resultatindikatorer og vektlegging av disse, kompliseres av at (offentlige) virksomheter som regel verdsetter innsats og prestasjoner på en rekke ulike oppgaver (ibid.). Utførere må altså fordele innsats på tvers av oppgaver. En optimal resultatkontrakt vil derfor kompensere innsats som utøves på *alle* de ønskelige oppgavene, og en agent vil respondere på disse insentivene ved å fordele innsatsen (hensiktsmessig). Dette tilsier, gitt at virksomhetene ønsker at agentene skal fordele innsatsen utover flere oppgaver eller mål, at hver oppgave og hvert mål må gi agenten samme avkastning med hensyn til innsats. Hvis ikke vil agenten kun vie oppmerksomhet mot de oppgavene og målene som gir høyest belønning (ibid.). Det som imidlertid er tilfellet for mange offentlige virksomheter er at de kun har informative mål- og resultatindikatorer for et knippe oppgaver. I overført betydning vil dette si at kompensasjon/sanksjoner kun følger enkelte oppgaver og resultater.

Ofte omhandler kritikken av resultatkontrakter og mål- og resultatstyringssystemer nettopp dette. Enkelte klinikere i det psykiske helsevernet for voksne hevder at MRS og liknende insentivsystem bidrar til målforskyvning. Det vil si at innføringen av enkelte resultatmål på det psykiatriske feltet flytter fokus og innsats bort fra hensyn og prioriteringer som ikke måles (Strand 2012, Friberg 2015ab, Løkke 2014, Standal m.fl. 2014, Norsk psykiatrisk forening 2010). De hensyn og forhold som ikke måles kan imidlertid være av en essensiell betydning for virksomhetene, eksempelvis effekten og kvaliteten av behandlingen som tilbys. Den manglende målingen av disse skyldes ikke nødvendigvis at de er uviktige, men fordi det er

vanskelig å utvikle informative måle- og resultatindikatorer for dem (Tessand 2015, Friberg 2015a). Konsekvensene av dette kan likefullt være dramatiske. Siden alt ikke (kan) måles, vil muligens ikke prinsipalen kompensere/sanksjonere prestasjoner og innsats som han/hun ikke kan «observere». Agentene har dermed ingen (eksterne) insentiver til å yte innsats på de områdene som faller utenfor målsystemet eller som ikke korrelerer med målte prestasjoner. Insentivsystemet vil her drive agentens innsats mot det som observeres og innrapporteres, altså mot resultatindikatorer som prinsipalen muligens finner enklere å måle. I henhold til dette kan MRS muligens gi mer av det som faktisk måles, men ikke nødvendigvis det som trengs eller er ønskelig (Askim m.fl. 2014). Spesielt problematisk er det hvis prinsipalen fastsetter mål som bommer på organisasjonens formål eller det virksomheten er satt til å utføre (ibid.). Dette kan få konsekvenser for virksomhetens totale nytte og verdiskapning, fordi faktorer som faktisk øker nytten, men som ikke inngår i målstyringen, lett nedprioriteres.

I forlengelsen av diskusjonen ovenfor, mener Heinrich og Marschke (2010) at dersom det finnes oppgaver som øker en virksomhets nytte, men hvor prestasjon med hensyn til disse ikke kan måles (og derfor belønnes), bør belønning /straff med hensyn til *andre* målbare aktiviteter settes til null. Denne strategien skal teoretisk sett hindre målforskyvning, da insentivene som vrir arbeidet i retning det målbare svekkes.

Kvaliteten og effekten av psykiatrisk behandling er vanskelig å måle. Det er imidlertid langt lettere å registrere og måle kvantitative forhold tilknyttet produktivitet, aktivitet og resultater (definert som f.eks. antall utskrivninger) (Friberg 2015b). Det er derfor nærliggende å forvente en oppfatning blant behandlere om at styringssystemet bidrar til dreie arbeidets fokus mot det kvantifiserbare på bekostning av andre ikke-kvantifiserbare aspekter – en målforskyvning. Vi kan altså forvente at hensyn som ikke kan kvantifiseres vil tape i kampen mot mer kvantifiserbare hensyn. Dette vil, i tråd med Heinrich og Marschkes (2010) argumentasjon, trolig føre til en misnøye med systemet og et ønske fra behandlerne om en avvikling av MRS-systemet og målene det styres etter. Det vil si; et ønske om at telling, belønning og sanksjonering av de målbare aktivitetene settes til null.

H5: Målkravene fører til en målforskyvning

H6: Behandlerne vil ønske en avvikling av målkravene

3.2.3 Gaming

De samme perverse insentivene som driver frem målforskyvning, kan samtidig drive frem strategisk adferd som resulterer i andre konsekvenser. Perverse insentiver betegner insentiver som fører til utilsiktede eller uønskede resultater som er i strid med det som er intendert med utformingen av disse. Disse insentivene kan igjen knyttes til ekstern motivasjon. Her vil prinsipalens myndighet til å straffe og belønne de ansvarlige agentene for gitte innrapporterte resultater og prestasjoner, gi virksomheter og individer et insentiv til å strategisk justere tjenesteytingen til rapporteringssystemet ved å trikse med resultatindikatorene, manipulere statistikk eller på en annen måte tilpasse rapporteringen (Hood 2006). Dette betegnes i litteraturen som «gaming» (Hood 2006, Bevan og Hood 2006, Guilfoyle 2012).

Styring av komplekse offentlige organisasjoner ved hjelp av resultatkontrakter, og mål- og resultatstyring slik dette skisseres i kapittel 2, har to sentrale svakheter relatert til muligheter for gaming; det hviler på synekdoke, og det antas at målproblemer og gaming ikke er et alvorlig problem (Bevan og Hood 2006, Guilfoyle 2012). Synekdoke vil her si at en tar en del av noe for å representere det hele. Overført til mål- og resultatstyring, finner dette sted når en tolker prestasjoner og resultater på ett delmål eller i én del av systemet som et surrogatmål på *hele* systemets ytelse og prestasjon (Guilfoyle 2012). Samtidig antas det at målproblemer er av liten betydning så lenge en klarer å måle prestasjoner/resultater relatert til dette delmålet (Bevan og Hood 2006). Videre antas det at eventuell gaming kan holdes i sjakk så lenge en måler mange nok resultater og aspekter (ibid.).

Bevan og Hood (2006) hevder derimot at gaming og etablering av perverse insentiver er uunngåelige biprodukter av resultatstyring. De mener at aktører vil endre og tilpasse sin adferd når de blir bevisste på at resultatene og dataene de produserer blir brukt for å kontrollere, belønne og/eller straffe dem (ibid.). Her kan en anta at agentene reagerer på disse stimuliene ved å forfølge en eller flere av følgende strategier: De vil arbeide for å forbedre sine prestasjoner, de vil fordreie og forvrengte adferden og sine prestasjoner, de vil forvrengte rapportene og dataene som produseres (Guilfoyle 2012). Mens proponentene av mål- og resultatstyring forventer (og forutser) at den første strategien vil manifestere seg, argumenterer andre som eksempelvis Bevan og Hood (2006) og Heinrich og Marschke (2010) for at de to siste strategiene unektelig vil markere seg i en eller annen grad. I forlengelse av dette identifiseres tre gaming-typer tilknyttet de siste agent-responsene, hvor to av disse er relevante for studien (gaming-typen «ratchet effects» er utelatt):

1. Threshold effects

- Sikter til praksis hvor resultatmål settes uniformt for alle enheter, og hvor resultater rapporteres som helhet. Dette resulterer i at de som yter under resultatmålet presses til bedring, men også i et perverst insentiv for dem som yter utover resultatmålet til å svekke sine prestasjoner til normalen/gjennomsnittet. Innsats trekkes altså i retning av det satte resultatmålet. Slike effekter har utilsiktede konsekvenser ved at det straffer agenter med svært gode generelle prestasjoner, men med noen mangler (tilknyttet det aktuelle resultatmålet), mens det belønner dem med middelmådig prestasjoner nær målområdet.

2. Output distortions

- Sikter til effekter hvor resultatmål nås på bekostning av viktige, men umålte eller ikke-målbare prestasjons- og resultatasppekter. Dette resulterer i utilsiktede effekter og endringer i produktenes eller tjenestenes karakter i forhold til ønsket eller forespeilet karakter. Her forvrenges produktet eller tjenestene som produseres for å nå målene eller resultatkravene som er satt.

(Tilpasset fra Bevan og Hood 2006:521, og Guilfoyle 2012:3)

Ansvarlighet, en klar hensikt og et klart formål, samt en effektiv tjenesteyting, er utvilsomt positive og ønskelige egenskaper mål- og resultatstyring kan frembringe i offentlig sektor og det psykiske helsevernet for voksne (Guilfoyle 2012, Høstmælingen 2014, Tessand 2015). Gaming er imidlertid en potensiell svakhet ved denne styringsteknikken. Tilfeller av de gaming-typene identifisert av Bevan og Hood (2010), samt andre eksempler på pervers adferd og manipulering av statistikk, er avdekket innenfor en rekke felt i offentlig sektor. Både innenfor helsevesenet, skolevesenet, politivesenet og sosialtjenestene har en sett eksempler på gaming (Hood 2006, Guilfoyle 2012, Askim m.fl. 2014, Heinrich og Marschke 2010, Høstmælingen 2014). Den tradisjonelle responsen på identifiserte eller mistenkte tilfeller av gaming har vært å innføre mer rapportering og registrering, flere regler, og større innslag av kontroll og inspeksjon (gjerne i form av uavhengige tilsynsorgan) (Guilfoyle 2012, Hood 2006, Pettersen og Fallan 2010). Likevel er det lite som tyder på at denne lav-tillitstilnærmingen reduserer gaming-adferd (Guilfoyle 2012).

Enkelte behandlere indikerer at gaming og strategisk adferd også er et problem i det psykiske helsevernet (Strand 2012, Friberg 2015a, Standal m.fl. 2014). Disse problemene hevdes å være en konsekvens av styringssystemets utforming:

«De fleste ønsker ikke å jukse – eller ty til «kreativ bokføring» (...) Men mange arbeidssteder opplever at kapasiteten presses, noen steder er avhengige av å vinne anbud, eller de sliter med å oppfylle enkelte måltall. I slike situasjoner tvinges mellomledere til å presse fagfolkene til å prioritere på en slik måte at man oppfyller styringsmålene (...). Det fører til behandlingsanbefalinger basert på hvilke tiltak som utløser dyrest takst, kortere timer for å få plass til flere pasienter og mindre langvarig og mer lavfrekvent behandling (...). Dette hindrer fristbrudd og gir gode produksjonstall» (Friberg 2015a: 523)

Behandlere frykter at press på effektivitet reduserer kvaliteten i møtet med pasienten (Strand 2012). Samtidig advares det om at vi risikerer at behandlingstilbud som er lite «lønnsomme» med hensyn til produksjon- og resultatkrav bygges ned til fordel for mer lønnsomme tilbud, på tvers av behandlingmessig nytte (Standal m.fl. 2014). Altså at tilbudet til pasientene blir mer styrt av økonomi og effektiv bruk av ressurser enn av kliniske vurderinger, og hvor tilpasning til systemet blir viktigere enn å tilpasse seg pasientens behov (Strand 2012). Dette antyder i så fall at det vil være tenkelig å finne gaming i form av «output distortions» i de voksenpsykiatriske poliklinikkene som undersøkes, dvs. at kvantitative produksjonsmål vil nås på bekostning av umålte eller ikke-målbare prestasjons- og resultatasperter. Også konsekvensene av gaming-typen «threshold effects» kan vi forvente å finne, da et telt hode eller en utført kartlegging tilknyttes kvalitetsindikatorer uavhengig av innholdet i konsultasjonen eller hvorvidt kartleggingen er godt utført eller ikke (Strand 2012, Friberg 2015a). Siden det hevdes at kvaliteten av behandling ikke gjenspeiles i aktivitetstallene vil det:

«I dagens system (...) [vil det] lønne seg å masseprodusere middelmådig behandling (...)» (Standal m.fl. 2014: 490)

H7: Behandlerne vil «game» styringssystemet i form av output distortions og threshold effects

4 Data og metode

I det følgende skal vi se nærmere på oppgavens metodiske valg, samt avveininger gjort med hensyn til dette. Først vil forskningsdesignet studien har lagt til grunn bli redegjort for, før oppgavens datagrunnlag- og innsamling blir beskrevet og problematisert. Her vil det også skisseres hvordan datamaterialet er bearbeidet. Avslutningsvis vil oppleggets datakvalitet, samt utfordringer ved forskningsdesignet og metodene som er benyttet, diskuteres.

4.1 Forskningsdesign og casevalg

Problemstillingene og det teoretiske rammeverket jeg har lagt til grunn for oppgaven har vært førende for forskningsdesignet som er valgt for studiet. Det at jeg studerer et avgrenset fenomen – MRS i voksenpsykiatriske poliklinikker – og ønsker å gå i dybden for å forstå og forklare de individuelle mekanismene styringssystemet utløser i slike klinikker, gjør casestudium til et hensiktsmessig design for oppgaven. En casestudie er en empirisk dybdestudie av ett eller et fåtall case, hvor en undersøker et fenomen i dets/dennes naturlige kontekst (Yin 2014). Casestudier egner seg spesielt i studier hvor grensen mellom fenomenet som studeres og konteksten ikke er tydelig avgrenset (Yin 2014). Dette gjør altså casestudiet til et godt egnet forskningsdesign for denne oppgaven; nettopp fordi studien søker å belyse, forstå og forklare komplekse sammenhenger og detaljerte kvaliteter ved fenomenet som studeres. Samtidig antas det at en slik forståelse er avhengig av de kontekstuelle forholdene som er relevante for caset. Casestudier klassifiseres gjerne etter hvorvidt de har eksplorerende, deskriptive eller forklarende formål (Yin 2014). Disse formålstypene er ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende, og elementer ved denne studien vil passe inn i alle de tre typene (Yin 2014). Likevel, siden oppgavens problemstillinger gjelder påvirkningen MRS har på behandlerne i VOP, kan studien først og fremst forstås som en forklarende casestudie. I slike casestudier søker en å fremstille forklaringer på hvordan og/eller hvorfor et årsaksforhold skjer (Yin 2014). Det teoretiske rammeverket har «guidet» datainnsamlingen, og vil i senere kapitler benyttes for å forklare funnene. En slik studie vil ifølge Yin (2014)

kunne kaste et empirisk lys over de teoretiske resonnementene, og studien vil således kunne være av interesse også utover det spesifikke caset som studeres.

Ambisjonen med casestudier er ofte todelt – både å belyse det enkelte case, og å gi innsikter om klassen av fenomener som caset representerer (Gerring 2007). Alle casestudier vil til en viss grad kunne si noe om liknende case, men det er lettere for en leser å generalisere dersom forfatteren selv har klassifisert det aktuelle caset og spesifisert sin forståelse av gyldighetsområdet for studien (Gerring 2007). Denne studien vil eksempelvis være en del av et større univers av styringsrelasjoner i tjenesteytende profesjonsvirksomheter med en overordnet styrende enhet og en underordnet operativ enhet. Den kan således gi innsikter om styringsrelasjoner- og virkninger i slike virksomheter. Hensikten med oppgaven er ikke å generalisere til *alle* offentlige profesjonsvirksomheter som benytter MRS. Det denne oppgaven først og fremst ønsker å si noe om, er hvordan MRS fungerer i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker og hvilke effekter styringen har på klinikkens behandlere og hensynene disse forfølger. Det er likevel ønskelig at studiet og oppgavens funn skal bidra til økt kunnskap og innsikt i hvordan MRS som styringsredskap kan påvirke adferd i tjenesteytende virksomheter som operer under høyst komplekse forhold og hvor ukontrollerbare eksterne faktorer påvirker arbeidet.

For at et casestudie skal bidra til innsikter i det en antar er et utbredt fenomen, må de aktuelle utvalgsenheter som studeres være representative for et større sett av liknende enheter som *ikke* studeres (Gerring 2007). Flere forskrifter, retningslinjer, regelverk og styringsbestemmelser regulerer og legger rammer rundt aktivitetene og de driftsmessige og organisatoriske forholdene ved DPSene og de polikliniske seksjonene (Utvåg m.fl. 2014, Høstmølingen 2014, Statens helsetilsyn 2001). Disse reguleringene, som skisseres i neste kapittel, resulterer i at ulike DPSer og VOP-seksjoner er tilnærmet like på flere områder – uavhengig av deres beliggenhet og eventuelle intern-organisering. Det vil si at DPSer over hele landet har en rekke karakteristikk og verdier som kan knyttes til det fenomenet som studeres i denne oppgaven til felles. På den måten vil hvert enkelt DPS og hver VOP-seksjon i populasjonen av DPSer og tilknyttede VOP-seksjoner kunne karakteriseres som delvis representative og typiske enheter. Siden dette tilsier at hvilket som helst DPS og VOP jeg velger å studere kan forstås som en muligens representativ enhet, har andre hensyn vært bestemmende for utvalgsenheter jeg har valgt å studere MRS nærmere i.

Hensynet til pragmatikk og ressurser en har til rådighet spiller en rolle i all forskning (Tjora 2010), også i denne oppgaven, hvor geografisk nærhet har spilt en viktig faktor i valg av DPSer og tilhørende poliklinikker. Av ressurs-hensyn har jeg begrenset valg av utvalgsenheter til DPSer som befinner seg på Østlandet og Helse Sør-Øst RHF. I denne oppgaven er det valgt ut tre enheter som studeres nærmere. Alle de tre enhetene som undersøkes, altså DPSene og de tilhørende VOP-seksjonene, er organisert under ett og samme helseforetak, men jeg navngir hverken DPSene eller HFet av anonymitetshensyn. HFet et gitt DPS er underordnet kan påvirke hvordan DPSet og VOP-seksjonen utfører sine oppgaver og hvordan styringssystemet utfolder seg innad i DPSet. Ved å studere tre DPSer innenfor ett enkelt helseforetak kan jeg imidlertid kontrollere for eventuelle HF-relaterte effekter.

Selv om denne oppgaven ser på flere enheter gjøres det her klart at studien ikke er komparativ casestudie. Studien gjør ikke en systematisk sammenlikning av utvalgsenheter langs ulike variabler, men tar heller sikte på å fremskaffe mest mulig informasjon om MRS i de ulike DPSene, og hvordan denne styringen påvirker behandlerne i VOP-seksjonene. Inkluderingen av flere enheter er gjort med tanke på å studere om styringssystemet benyttes på tilnærmet lik måte i de forskjellige DPSene, og hvorvidt behandlernes opplevelser av styringssystemet er sammenfallende og dermed gyldige for flere enheter – altså i hvilken grad studiens funn og resultater kan generaliseres. Ved å undersøke forholdene i flere enheter forfølger jeg en robusthetsstrategi, som innebærer at jeg kan kontrollere for flere faktorer enn det som er mulig i en én-enhetsstudie. Dette gir samtidig et bredere og mer sammenfattende bilde av forholdene i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker, da undersøkelsen av styringssystemet og opplevelsene til behandlerne er knyttet til og innhentet fra flere enheter. Ifølge Yin (2014) vil et slikt fler-enhets casedesign være et sterkere forskningsdesign enn en casestudie med en enkelt enhet. Dette knyttes til at evidens innhentet fra flere enheter ofte blir betraktet som mer overbevisende, og den helhetlige studien blir derfor ansett som mer robust.

4.2 Intervju

Det empiriske hovedmateriale som benyttes i denne studien er innhentet gjennom kvalitative intervjuer med ledere og behandlere ved de tre utvalgte DPSene og tilhørende VOP-seksjonene. Ved hver utvalgsenhet ble det foretatt ett intervju med en leder, og minst ett intervju med en behandler fra VOP-seksjonen. Totalt er det gjennomført åtte intervjuer. To intervjuer er foretatt med to av DPSenes respektive ledere, ett med det siste/tredje DPSets

VOP-seksjonsleder, og fem med behandlere som arbeider ved de tre VOPene (Se vedlegg 2). Samtlige informanter er anonymiserte i studien. I forkant av intervjuene ble det i tillegg foretatt et bakgrunnsintervju med en psykologspesialist i klinisk samfunnspsykologi. Bakgrunnsinformanten arbeider utenfor utvalgsenhetene som studeres i oppgaven. Alle intervjuene hadde en varighet på mellom 60 og 90 minutter. Intervjuene ble gjennomført som individuelle intervjuer, tatt opp (lydopptak på mobil) og transkribert i etterkant.

I intervjuundersøkelser er det viktig og ofte krevende å identifisere og oppdrive de *riktige informantene* (Beckmann og Hall 2013). I denne studien ble DPS-lederne og seksjonslederne ved VOP ansett som de mest hensiktsmessige intervjuobjektene for å få presis informasjon om MRS-systemets utforming og praktisering i DPSene. Behandlerne/klinikerne ble ansett som de riktige informantene for å innhente mer subjektiv informasjon om hvordan styringssystemet påvirker deres oppgavehåndtering, autonomiopplevelse, og hvilke hensyn som tas i arbeidet de utfører. Siden informantene besitter en spesifikk kunnskap, erfaring og informasjon som er essensiell for å kunne besvare problemstillingene som er lagt til grunn for oppgaven, kan de kategoriseres som nøkkelinformanter.

Informantene er valgt ut gjennom målrettet utvelging – en ikke-sannsynlighetsutvelging som innebærer at forsker velger informanter med hensyn til problemstillingen, og utfra spesifikke karakteristika som anses som relevante for analysen og studien (Lynch 2013, Bryman 2004). Siden det kun finnes én DPS-leder og én VOP-seksjonsleder ved hvert DPS var det enkelt å identifisere disse. Jeg kunne valgt å intervju DPS-lederne ved alle de tre utvalgte enhetene (som var det opprinnelige siktemålet), men jeg anså underveis i empiriinnsamlingen at det var behov for et intervju med en VOP-seksjonsleder. Et slikt intervju ville bidra med et viktig perspektiv på forholdene og en mer valid studie som helhet – spesifikt fordi informasjon fra alle leddene i styringskjeden (innad i et DPS) blir innhentet. Behandlerne som er intervjuet i denne studien er ikke forespurt eller valgt ut av meg, men av seksjonslederne ved de tre VOPene. Disse informantene oppfylte imidlertid mine tre behandlerrelaterte utvalgskriterier; behandlere med behandlingsansvar, ansiennitet (over 5 år), og representasjon av begge de to dominerende kliniske bakgrunnene ved en VOP (psykologer og leger/psykiatere).

Jeg vurderte kvalitative intervjuer som den mest hensiktsmessige metoden for innsamling av empirisk data til denne oppgaven, siden data som innhetenes gjennom kvalitative intervjuer har spesifikke fortrinn sammenlignet med data innhentet gjennom andre metoder (Lynch 2013). Velgjennomførte og kvalitetssikrede intervjuer gir tilgang til informasjon om

individens handlinger som vanskelig kan leses ut av de offentlige dokumentene som finnes på feltet. De gir også innsyn i oppfatninger og tankeprosesser på et (detalj-) nivå som sjeldent fanges opp i surveyundersøkelser eller kvantitative analyser (Lynch 2013, Martin 2013). De tolkninger og tankeprosessene individer gjør seg, som betinger og påvirker adferd/handlinger, er avgjørende for å kunne forstå hvordan og hvorfor sammenhenger har seg. Det er her styrken i kvalitative intervjuundersøkelser ligger – de kan benyttes for å avdekke intervjuobjektens underliggende oppfatninger som er utslagsgivende og formende for adferden deres. Denne typen informasjon gir dermed anledning til å forstå hvordan eksterne elementer og kontekstuelle faktorer virker inn i individuelle rasjonaliseringsprosesser. Kvalitative intervjuundersøkelser er således godt egnet til å fremskaffe data for å besvare denne oppgavens problemstillinger, da undersøkelsesmetodens fordel nettopp ligger i dens sensitivitet overfor virkelighetsoppfatningene til intervjuobjektene (Martin 2013).

I denne studien er den semi-strukturerte intervjuformen anvendt ved alle de foretatte intervjuene. Semi-strukturerte intervjuer er et godt egnet intervjuformat i studier med et klart fokus, og hvor det er ønskelig med en viss sammenliknbarhet i informasjonen som utledes (Bryman 2004). I denne intervjuformen utformer forsker en intervjuguide før intervjuene foretas, bestående av flere fastlagte og etterfølgende spørsmål som ønskes besvart. Spørsmålene er relativt åpne, og de gir dermed informantene betydelig frihet til å besvare dem ut fra sine virkelighetsoppfatninger, formulert på en selvstendig måte (Leech m.fl. 2013). Intervjusituasjonen under semi-strukturerte intervjuer betegnes gjerne som fleksibel, da avvik og rekkefølgeendringer av spørsmål fra intervjuguiden tillates. Likevel vil intervjuguiden systematisere intervjuene som foretas, siden den er utformet med et sett spørsmål som har som hensikt å utlede informasjon og betraktninger som kan kobles direkte til studiens formål og problemstillinger (Beckmann og Hall 2013). Betegnelsen «semi-strukturert» dekker en mengde innfallsvinkler, og semi-strukturerte intervjuer kan ha ulike grader av struktur for å utlede ønsket data (Leech m.fl. 2013, Gallagher 2013). Dette knyttes til såkalt «intervjustil» (Gallagher 2013). Struktur vil her benevne nivået av forskerstyring som utvises gjennom intervjuguiden og spørsmålsformuleringene – altså hvor åpne eller spesifikke spørsmålene er, antallet spørsmål som er formulert og antallet oppfølgingsspørsmål som stilles. De to intervjuguidene som ble benyttet under intervjuene (se vedlegg 1) reflekterer en relativt strukturorientert intervjustil. De inneholder mange spørsmål, oppfølgingsspørsmål og «probes», som etterlyser spesifikke, men likevel detaljert og fyldig informasjon fra informantene (Beckmann m.fl. 2013).

Begge intervjuguidene ble utviklet etter intervjuet med bakgrunnsinformanten, som nevnt over. Dette intervjuet ga ikke bare viktig informasjon om generelle styringsforhold i det psykiske helsevernet, men også muligheten til å teste ut en foreløpig intervjuguide. De endelige intervjuguidene ble differensiert med tanke på stillingsnivåene til informantene – en rettet seg mot informantene i lederposisjoner, og en mot behandlerne. Siden innsamlingen av valide data er avhengig av at en skreddersyr intervjuguiden og spørsmålene til informantenes arbeid, nivå og erfaring (Beckmann og Hall 2013), valgte jeg å stille mer faktaorienterte spørsmål om styringsrelasjoner, prestasjon og MRS i klinikkene til lederne. Behandlerne ble på sin side stilt spørsmål som i større grad hadde som hensikt å utlede betraktninger, erfaringer, adferd og opplevelser med styringssystemet. Enkelte spørsmål ble imidlertid stilt til begge informantgruppene for å få samlende beskrivelser, for å fange opp eventuell variasjon og for å kunne kontrollere svarene til de to gruppene opp mot hverandre.

4.3 Dokumentstudier

Mens intervjudata gir dypere innsikt i styringssystemets utforming i de ulike enhetene, samt de individuelle opplevelsene, forståelsene og handlingsprosessene som formes av MRS, gir sentrale dokumenter informasjon som tilfører studien en bredde og en oversikt. Det siste er nødvendig for å forklare og aktualisere fenomenet som studeres. Data fra dokumentstudiene benyttes både for å forankre intervjudataen kontekstuellt, og for å forklare hvordan eksterne forhold virker inn i DPSene og VOPene. Dokumentstudier er en metode for informasjonsinnsamling fra foreliggende skriftlige kilder, dvs. av sekundærdata.

Dokumentene som har vært studert i denne oppgaven er rapporter, veiledere, skjemaer, forskrifter og lover, høringsnotater, oppdragsdokumenter og driftsavtaler.

For å skissere den takstbaserte finansieringsordningen som benyttes ved VOPene er *Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak* (heretter kalt poliklinikkforskriften) studert, i tillegg til et skjema jeg fikk tilsendt fra et av utvalgs-DPSene hvor kun de VOP-relevante takstene var oppstilt og beskrevet. Helsedirektoratets høringsnotat (2016) om mulig omlegging av den aktivitetsbaserte finansieringsordningen for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern fra 2017 er benyttet for å problematisere den nåværende finansieringsordningen. Det samme DPSet som sendte oversikten over de VOP-relevante takstene, sendte også et figurativt flytskjema for behandlingsforløp og registrering av

pasientadministrative data. I empirikapittelet skisseres og forenkles dette flytskjemaet. Beskrivelsen av generelle polikliniske behandlingsforløp ved DPSene tar utgangspunkt i skjemaet.

Andre sentrale dokumenter er oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2016 fra Helse Sør-Øst RHF til det aktuelle HFet og driftsavtale for 2016 mellom HFet og ett av DPSene. I all hovedsak er driftsavtaledokumentet likt for alle utvalgs-DPSene. I tillegg har jeg studert et av DPSenes (interne) styringskjema med måleparametere og indikatordata utformet etter resultat- og målkravene i driftsavtalen. Disse dokumentene gjør det mulig å spore og skissere hvordan mål- og resultatkrav filtreres nedover styringskjeden, fra RHF og ned til det operative leddet, og hvordan de tilknyttede indikatorene er utformet.

Rapporter og veiledere utgitt av Helsedirektoratet og Statens Helsetilsyn benyttes for å sammenfatte sentrale arbeidsoppgaver og organiserings- styrings- og utviklingstrekk i det psykiske helsevernet for voksne. Disse dokumentene hjelper oss altså med å løfte blikket utover de individuelle opplevelsene og enhetsspesifikke forholdene – innhentet gjennom intervjuer, og rette blikket mot det generelle og overordnede på feltet. Helsetilsynets «*Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*» (2001) skisserer organiseringen og oppgavefordelingen i DPSene, samt styringsindikatorene –og parameterne det (bør) styres etter, mens Helsedirektoratets rapporter (2013, 2014, 2015a) viser til kvantitativ styring- og ressursdata som dokumenterer omstillingen i det psykiske helsevernet for voksne. Sistnevnte rapporter benyttes i oppgaven for å beskrive resultatmønstrene som observeres på et makronivå. Videre har dokumenter slik som Riksrevisjonens (2008) undersøkelse av det psykiske helsevernet for voksne blitt brukt for å beskrive styringsrelasjonene i helsesektoren, mens DFØs (SSØ 2010) veileder til statlige virksomheter har fungert som bakgrunnsmateriale for å forstå og beskrive MRS som operativ styringsteknikk. Disse dokumentene er særlig benyttet i bakgrunnskapittelet, men vil også brukes i de neste kapitlene for å koble intervjudata til styringssystemet som studeres.

Andre dokumenter som anvendes, og som er tett tilknyttet fenomenet som studeres i oppgaven, er kronikker og artikler forfattet av ulike klinikere/behandlere. Enkelte av disse artiklene ble benyttet i kapittel 2 for å skissere problemområdene relatert til organiseringen og styringen av det psykiske helsevernet for voksne. Kronikkene og artiklene benyttes også aktivt i analysekapittelet, sammen med intervjudata, for å utforske og dokumentere fenomenet som studeres, og for å besvare de problemstillingene som ligger til grunn.

4.4 Datakvalitet

Ifølge Yin (2014) kan man bedømme en undersøkelses datakvalitet på bakgrunn av begrepsvaliditet, intern validitet, ekstern validitet og reliabilitet. Begrepsvaliditet, viser til hvorvidt undersøkelsen måler det den faktisk ønsker og tror den måler. God begrepsvaliditet forutsetter en identifisering av riktige operasjonelle mål for konseptene som studeres (Yin 2014). For å kunne trekke valide slutninger, må variablene i studien fange opp det eller de underliggende begrepene de er ment å fange opp. I tillegg til en grundig redegjørelse av MRS og de ulike egenskapene som faller innunder de forskjellige delene av virkningskjeden i kapittel 2, har jeg anvendt tre strategier for å ivareta begrepsvaliditeten. To av disse strategiene er benyttet i sammenheng med innsamlingen av intervjudata. I kvalitative intervjuer vil begrepsvaliditet omhandle hvorvidt informantene stilles de riktige spørsmålene som tapper de holdningene og oppfatningene som er relevante for studien, og om informanten gir troverdige svar (og hvis ikke, om forskeren er i stand til å oppdage dette) (Mosley 2013). For å stille de riktige spørsmålene kreves det tilstrekkelig kunnskap om feltet som studeres, men også erfaring og testing i å gjennomføre intervju innenfor det gitte temaet (ibid.). Ved å gjennomføre et bakgrunnsintervju fikk jeg både tilstrekkelig kunnskap om feltet, men også sjansen til å utvikle og kvalitetssikre intervjuguidene slik at de utledet relevante underliggende oppfatninger. Den andre strategien som ble benyttet for å sikre validiteten under intervjuene, var at jeg delte ut en utskrift av virkningskjede-figuren til informantene og forklarte denne kort. Hensikten med dette «hjelparket» var å sikre at informantenes betraktninger omhandlet det jeg spurte om, og at informasjonen som ble utledet faktisk tappet det det var ment å tappe. Den tredje fulgte strategien for å styrke begrepsvaliditeten, var bruk av ulike kilder innhentet gjennom ulike metoder. Bruk av ulike beviskilder gir mer overbevisende og nøyaktige funn og konklusjoner i et casestudie (Yin 2014).

Indre validitet omhandler gyldigheten til kausale sammenhenger og slutninger (Lund 2002), og er hovedsakelig av betydning i forklarende casestudier, altså i studier hvor forsker søker å forklare hvordan og hvorfor en uavhengig variabel påvirker en avhengig variabel (Yin 2014). En seriøs trussel mot den indre validiteten i en studie vil være om forskeren feilaktig trekker en slutning om at det finnes et kausalt forhold mellom to variabler, uten å gjennomskue at det egentlig er en tredje faktor eller variabel som har påvirket eller forårsaket kvalitetene ved den avhengige variabelen (Yin 2014). I en tilfredsstillende kausalundersøkelse kontrolleres det for andre mulige faktorer og effekter enn det forholdet en undersøker. En søker altså å isolere den

relevante kausaleffekten eller relasjonen som studeres, og eventuelle kausale slutninger får, gitt en klarer å «isolere» kausalforholdet tilstrekkelig, god indre validitet. Casestudier scorer generelt høyt på indre validitet, nettopp fordi studiet av færre enheter muliggjør en mer inngående undersøkelse av antatte kausale sammenhenger. En slik fordypning i fenomenet av interesse, som casestudiet tilbyr, gjør en bedre rustet til å vurdere, forstå og avdekke hvilke mekanismer og hendelsesforløp som forårsaker/påvirker verdiene ved avhengig variabel. Gjennom semi-strukturerte intervjuer med åpne spørsmål, supplert med dokumentstudier, har jeg åpnet opp for eventuelle alternative forklaringer og forståelser av årsaksforholdene som studeres. Samtidig siden denne studien er en fler-enhetsstudie, hvor jeg har gjennomført flere intervjuer i hver utvalgsenhet, har jeg bedre kunnet kontrollere for rivaliserende forklaringer. Gjennom disse metodiske tilnærmingene har jeg altså kunnet validere hvorvidt sammenhengene jeg har funnet er reelle. Hovedinntrykket er at jeg har klart å indentifisere de viktigste forklaringsfaktorene i relasjonene som studeres.

Ekstern validitet handler om hvorvidt studiens funn er generaliserbar utover den umiddelbare studien (Yin 2014). Casestudier kritiseres vanligvis for å ha lav ytre validitet, altså at funn i slike studier vanskelig kan generalisere til et større univers (Yin 2014). Ved å definere hvilke forutsetninger som ligger til grunn for generaliseringer, og opplyse om usikkerhetene tilknyttet dette, kan en imidlertid foreta såkalt betingede generaliseringer (George og Bennett 2005). En kan her stille spørsmåltegn ved hvor representative de tre DPSene og VOPene studert i denne oppgaven er for alle landets DPSer og VOPer. Som skissert ovenfor er det flere elementer som gjør de studerte enhetene representative, men det finnes også faktorer som bidrar til å svekke representativiteten ved disse studieenhetene. Her siktes det spesielt til befolkningsgrunnlaget og andre demografiske variabler ved befolkningen i opptaksområdet DPSet har ansvar for. Slike variabler kan gi konsekvenser for prioriteringer som gjøres og hvilke (interne) fremgangsmåter som anses som hensiktsmessige. Her må en altså erkjenne at det ytre miljøet og omgivelsene et DPS befinner seg i kan påvirke styringen innad i klinikkene, som igjen tilsier at alle DPSer og VOPer ikke vil fungere helt likt – og dermed at fullstendig generalisering ikke er mulig. Likevel mener jeg at studien kan benyttes for å forstå hvordan mål- og resultatkrav tilknyttet styringssystemet i DPSene *kan* påvirke behandlere i voksenpsykiatriske poliklinikker. Studien vil på den måten ha relevans utover de enhetene som studeres i oppgaven. Formålet med studien er altså å bidra til økt kunnskap og innsikt i det understuderte feltet og fenomenet oppgaven kretser rundt.

Reliabilitet omhandler graden av tillit vi ilegger et gitt måleinstrument, og viser til de anvendte måleinstrumentenes grad av nøyaktighet, og evne til å produsere stabile og konsistente resultater (Mosley 2013, Yin 2014). I en reliabel studie vil funn i størst mulig grad reflektere faktiske forhold i fenomenet som undersøkes, ikke tilfeldige målefeil, bias eller trekk ved forskningsdesignet. En studies reliabilitet avhenger altså av at gjentatte målinger med samme måleinstrument produserer samme resultat uavhengig av hvem som måler. Hvis eksempelvis en etterfølgende forsker hadde gjennomført samme studie som en tidligere forsker, og kommet frem til de samme funnene og konklusjonene ved å følge de samme prosedyrene og fremgangsmåtene, tilsier det at studien har høy reliabilitet (Yin 2014). En forutsetning for at forskere skal kunne gjenta en studien (og evt. vurdere dens reliabilitet) er at benyttede fremgangsmåter er dokumentert tilfredsstillende, og at studien er beskrevet på en så transparent måte som mulig (ibid.). Jeg anser dette for å være tilfellet i denne oppgaven.

Reliabilitetsspørsmålet kan være en særlig utfordring i kvalitative intervjuundersøkelser, da informanter kan oppfatte ett og samme spørsmål ulikt. I denne studien er det benyttet to strategier som, i tillegg til validiteten, styrker reliabiliteten – utdelingen av hjelpearket med virkningskjeden, og gjennomføring av flere intervjuer i ulike utvalgsenheter. Den første strategien vil hjelpe til med å sikre at informantene oppfatter spørsmålene tilknyttet MRS likt, mens den andre strategien gir rom for å sammenlikne og vurdere samsvar av intervjudata både innenfor og mellom utvalgsenheter. Intervjudataen viser at informantenes forståelser i flere tilfeller er sammenfallende, men avhengig av stillingsnivået. Ifølge Leech m.fl (2013) er det en trade-off mellom tap av reliabilitet på tvers av intervjuer og tap av validitet i det aktuelle intervjuet. Hvis en intervjuer stiller det samme spørsmålet på akkurat samme måte, økes reliabiliteten, siden alle informantene vil ha opplevd lik intervjustimuli. Men hvis en forsker stiller de samme spørsmålene på samme måte, og ignorerer tidligere svar fra informanten, vil kvaliteten på svarene trolig svekkes. Det siste resulterer i mindre nøyaktige og mindre valide responser. Under intervjuene prøvde jeg å balansere disse to hensynene. Det må likevel nevnes at enkelte spørsmål ble stilt under noen intervjuer, og utelatt i andre (da svarene på disse ble dekket under andre spørsmål). Samtidig var oppfølgingsspørsmålene forskjellige og avhengig av informantenes responser.

5 Mål- og resultatstyring i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker

Dette kapittelet starter med en beskrivelse av DPSer og de underliggende poliklinikkens strukturelle organisering, ansvarsoppgaver og økonomistyring. Her beskrives både interne og eksterne faktorer som behandlerne i VOP må forholde seg til, samt andre elementer som betinger arbeidet som utføres. Skisseringen vil således danne bakteppet for de senere empiriske presentasjonene. Deretter vil vi se nærmere på styringspraksisen i DPSene og de underliggende VOPene. Til slutt i kapittelet beskrives informantenes opplevelser, syn og tilpasninger tilknyttet styringssystemet.

5.1 Distriktpsikiatriske sentre og voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker

I henhold til Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp nr. 63 1997-98) skal distriktpsikiatriske sentre (DPS) ha hovedansvaret for det psykiske helsevernet for voksne i et gitt geografisk område (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Sentrene skal ivareta lokalsykehusfunksjonen, og utgjør i dag grunnstammen i det psykiske helsevernet innenfor spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2006, Meld. St. 11(2015-2016)). DPSene skal sørge for at mennesker i hele landet har et desentralisert psykisk helsetilbud å gå til. På bakgrunn av sentrenes tilknytning til spesialisthelsetjenesten har de et særskilt ansvar for å tilby spesialisert utredning og differensiert behandling. Det desentraliserte behandlingstilbudet er ment å skulle omfatte polikliniske undersøkelser og behandling til enkeltpasienter, par og familier, ambulant behandling og rehabilitering, strukturert dagbehandling, samt både korttids og lengre tids behandling ved aktuell døgnenhet (Sosial- og helsedirektoratet 2006). DPSene har samtidig et veiledningsansvar for fastlegene og de kommunale tjenestene innenfor psykisk helsearbeid i opptaksområdet, og skal også medvirke til (videre-) utdanning av helsepersonell (Sosial- og helsedirektoratet 2006, Riksrevisjonen 2008).

Spesialisthelsetjenestens tilbud innenfor psykisk helsevern blir i tillegg til DPSene ytt ved sykehusavdelinger og av privatpraktiserende spesialister med driftsavtale med RHFene. Det finnes også enkelte frittstående døgninstitusjoner, selv om de aller fleste av disse de siste årene er lagt ned eller omgjorte til mer behandlingsrettede enheter under et DPS (Riksrevisjonen 2008, Helsedirektoratet 2014, 2015a). Den desentraliserte strukturen innenfor det psykiske helsevernet er implementert med lokale tilpasninger i samsvar med foreliggende tilbud ved de sentrale sykehusene (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Dette har ført til en noe ulik DPS-struktur med forskjeller mellom helseregionene og mellom HFene i hver region (Riksrevisjonen 2008). Forskjellene har imidlertid blitt noe mindre i senere år (Helsedirektoratet 2013a, 2014, 2015a).

I Opptrappingsplanen defineres DPS som faglige selvstendige enheter med formelt ansvar for det allmenne psykiske helsevernet innenfor sitt bestemte område (Riksrevisjonen 2008). Det vil si at et DPS hverken faglig eller administrativt skal underlegges en enhet med myndighet til styre senterets ressursbruk eller kapasitet direkte eller på en måte som hindrer senteret fra å utføre sine faktiske oppgaver (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Et DPS skal med andre ord ha tilstrekkelig autonomi til å styre virksomheten slik det anser hensiktsmessig. Dette betyr imidlertid ikke at virksomheten eller tjenestene ved DPSene skal utøves eller utvikles isolert fra den øvrige styringskjeden (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Dette fremgår også i Helsedirektoratets (tidligere Sosial- og helsedirektoratet) veileder til DPSene (2006), *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*, som viser til at et DPS vil være det laveste administrative nivået i spesialisthelsetjenestens styringshierarki. På bakgrunn av helseforetaksmodellen og Lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven) som strukturerer og regulerer relasjonene mellom ulike nivå i hierarkiet, kan den hierarkiske nivådeling forstås mer som en styringslinje eller styringskjede. Hvert nivå i styringskjeden (se figur 5.1) har fullmakter for drift og organisering, men styringsdokumenter skiller nivåene hierarkisk fra hverandre. Det inngår driftsavtaler mellom overordnet- og underordnet nivå ved alle ledd i styringskjeden, hvor overordnet nivå er en premissleverandør for underordnet nivå.

Siden staten etter sykehusreformen ble eier av de regionale helseforetakene, slår spesialisthelsetjenesteloven §2 fast at staten har det overordnede ansvaret for befolkningens tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester, blant annet behandlingstilbud innenfor psykisk

helsevern for voksne. Eierstyringen er regulert i helseforetaksloven §16 og §10 i økonomireglementet, som fastsetter krav til hvordan eierrollen skal forvaltes (Riksrevisjonen 2008). Her legges det særlig vekt på at virksomhetene skal oppnå fastsatte mål med arbeidet som utføres. Statens ansvar for befolkningens tilgang til spesialisthelsetjenester og eierskap over de regionale helseforetakene, forvaltes blant annet gjennom oppdragsdokumentene som gis til de fire regionale helseforetakene (RHF) fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) årlig. I disse dokumentene konkretiseres og utdypes oppgavene til RHFene gjennom mål og krav tilknyttet det aktuelle årets bevilgning. De regionale helseforetakene igangsetter så de tiltakene som er nødvendige for å oppfylle kravene som departementet som eier og tilskuddsforvalter har stilt (Riksrevisjonen 2008). Disse tiltakene kommer i form av utvidede krav som blir kommunisert fra de regionale helseforetakene til de underliggende lokale helseforetakene, og videre fra disse til de aktuelle operative enhetene – i denne studiens tilfelle; DPSer (ibid.). Konkret vil styringskravene fra RHF til det aktuelle HFet komme i form av et oppdrag- og bestillingsdokument som skal ivareta de styringssignalene som gis i oppdragsdokumentet fra HOD til RHF. Deretter vil det, siden alle DPSer som nevnt er organisert under et HF, inngås en driftsavtale mellom det aktuelle HFet og det aktuelle DPSet. Denne driftsavtalen vil være basert på og videreutviklet fra den delen av oppdrag- og bestillingsdokumentet fra RHF til HF som omhandler psykisk helsevern for voksne. Denne skisseringen av overordnet nivå som premissleverandør for underordnet nivå synes også å forekomme i driftsavtalen for 2016 mellom ett av denne studiens utvalgs-DPS og dets overordnede HF:

«Avtalen inngås på bakgrunn av at NN [HFet] (...) skal oppfylle de krav som eier og styret har vedtatt for 2016. Gjennom avtalen avklares avdelingssjefens [DPS-lederen] ansvar for oppfølging og bidrag til resultatoppnåelse innenfor sitt område.

Avtalen med den enkelte avdeling [DPS] skal sikre at NN [HFet] ved direktøren leverer de avtalte tjenester med Helse Sør-Øst RHF i henhold til aktuelt lovverk og innen avtalte tidsfrister. Oppgavene skal løses innenfor de rammer som trekkes opp i avtalen.»

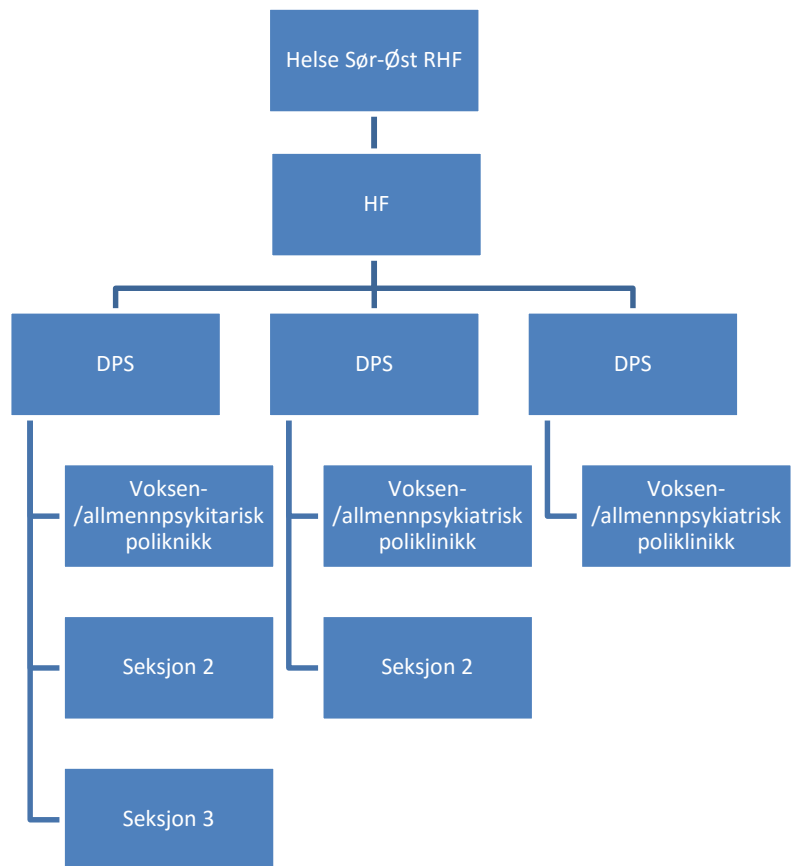
Internt vil et DPS ha flere (noenlunde avgrensede) underliggende seksjoner eller enheter med ansvar for de ulike behandlingstilbudene og –tjenestene, nevnt innledningsvis, som DPSet tilbyr sitt opptaksområde. Figur 5.1 gir

en forenklet fremstilling av

spesialisthelsetjenestens organisering med DPSens seksjoner inkludert.

Voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker, denne studiens fokusområde, vil eksempelvis være organisert i en egen seksjon. Det at jeg refererer til slike seksjoner som «*underliggende*» kan virke noe misvisende, siden seksjonene til sammen utgjør DPSet. Benevnelsen gir likevel mening, da virksomhetene i spesialisthelsetjenesten i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3- 9 skal organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer. I et DPS gir dette en overordnet leder for DPSet, samt

seksjonsledere for de ulike seksjonene (poliklinikken, døgnenheten osv.) Disse seksjonslederne er hierarkisk underordnet DPS-lederen, og det gir derfor mening å tenke på en seksjon som et underliggende nivå (Sosial- og helsedirektoratet 2006).



Figur 5.1: Organiseringen av spesialisthelsetjenesten

5.1.1 Arbeidsoppgaver, aktiviteter og fremgangsmåter

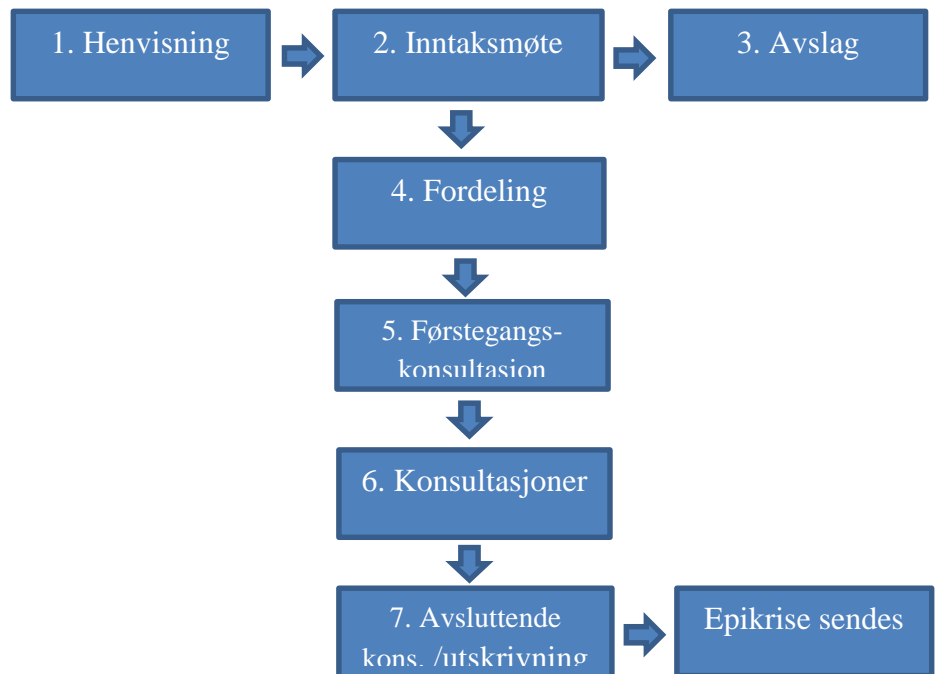
Voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker ved DPSene skal tilby og utføre *poliklinisk* utredning og behandling av personer over 18 år, men har også ansvarsoppgaver tilknyttet utdanning av helsepersonell, samt samarbeid og kontakt med den øvrige helsetjenesten (Statens helsetilsyn 2000, 2001). Poliklinisk behandling og utredning defineres som behandling og utredning utført i tilknytning til en poliklinikk (Helsedirektoratet 2013b). Konkret vil det si at pasienter møter behandler/kliniker til avtalte timer med begrenset tidsomfang, hvor psykiatrisk behandling og/eller utredning finner sted – kalt (polikliniske) konsultasjoner. Disse konsultasjonene kan også finne sted utenfor poliklinikkens (fysiske)

lokaler, eksempelvis hjemme hos den aktuelle pasienten – og behandlingen benevnes da som *ambulant behandling* (ibid.). Poliklinisk behandling retter seg hovedsakelig mot pasienter som hverken er innlagt, oppholder seg eller deltar i andre (strukturerte) aktiviteter ved en psykiatrisk institusjon. I Helsedirektoratets veileder (2006) vises det til at pasientgruppen i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker vil representere et stort spekter av lidelser og problemområder, med behov for både lengre og kortere tids behandling. Dette er pasienter med lidelser som bl.a. omfatter depresjoner, tvangslidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoser (Statens helsetilsyn 2001).

Aktiviteteene som gjøres av behandlere/klinikere i VOPene kan ifølge Helsetilsynet (2000, 2001) deles inn i tre hovedkategorier: direkte pasientrelatert, indirekte pasientrelatert, og ikke-pasientrelatert arbeid. Direkte pasientrelatert arbeid er aktiviteter hvor pasienten(e) er fysisk tilstedeværende og/eller aktiviteter tilknyttet pasienten(e)s nærvær. Dette omfatter individuelle konsultasjoner, telefonsamtaler med faglig innhold, par-, familie- og gruppeterapi, psykiatriske tester, undersøkelser og utredninger (Statens helsetilsyn 2000). Indirekte pasientrelatert arbeid er aktiviteter som gjøres i tilknytning til konkrete (enkelt-) pasienter/saker, men hvor pasienten ikke er tilstede. Det indirekte pasientrelaterte arbeidet inkluderer intern møtevirksomhet og dokumentasjon koblet til pasientsikkerhet, og samhandling med eksterne instanser og mellom behandlerne internt (Statens helsetilsyn 2000). Eksempler er inntaks- og fordelingsmøter, utskrivninger, journalføring, ferdigstillelse av epikriser, samhandling/samarbeid med førstelinjetjenesten og kommunehelsetjenesten i forbindelse med konkrete pasientsaker og faglige møter/samtaler mellom behandlerne om enkeltpasienter (ibid.). Ikke-pasientrelatert arbeid defineres som arbeid av generell karakter og som ikke gjøres i tilknytning til en spesifikk pasient eller sak. Dette arbeidet innebærer interne ikke-pasientspesifikke møter, andre administrative aktiviteter, samt interne og eksterne kompetanseutviklende aktiviteter, som veiledning, utdanning, kursvirksomhet og studier av faglitteratur (ibid.). Helsetilsynet (2000) viser at i gjennomsnitt vies 32 % av arbeidstiden til behandlere ved VOPer til direkte pasientrelatert aktivitet, 43 % til indirekte pasientrelatert arbeid og 26 % til ikke-pasientrelatert arbeid.

Når en pasient henvises til et DPS pålegger pasient- og brukerrettighetsloven (Lov om pasient- og brukerrettigheter) DPSen å vurdere hvorvidt pasienten har rett til helsehjelp *innen* 10 virkedager fra henvisningen er mottatt. Vurderingen av henvisningen skjer ved DPSens inntaksmøte, og har to mulige utfall; enten innvilges rett til nødvendig helsehjelp eller så

avslås henvisningen (se figur 5.2). Hvis pasienten vurderes til å ha rett på nødvendig helsehjelp, må DPSen (i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om prioritering av helsetjenester m.m.) samtidig sette en frist for når helsehjelpen senest skal starte opp. Fristen fastsettes i samsvar med faglige retningslinjer og



Figur 5.2: Flytskjema - behandlingsforløp

prioriteringsveiledere for ulike

psykiske helsetilstander (Statens helsetilsyn 2001). Ved inntaksmøtet avgjøres også hvilken underliggende seksjon som skal ha videre ansvar for den aktuelle pasienten. Gitt at den voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikken gis ansvar, må poliklinikken fordele henvisningen/pasienten internt på aktuelle behandlere (se pkt. 4 i figur 5.2). Dette skjer gjerne på et behandlingsmøte, hvor en også overveier hva slags utredning og eventuell behandling som kan være aktuell for pasienten (Statens helsetilsyn 2001).

Førstegangskonsultasjonen (pkt. 5 i fig.) vil i mange tilfeller være det første møte mellom ansvarlig behandler og pasient, og kan forstås som en orienterende samtale. Her vil en søke å kartlegge problemområder og innhente nærmere informasjon om pasientens tilstand, tidligere psykisk sykdomshistorie og behandlingsforsøk, utføre psykiatriske tester m.m. (Statens helsetilsyn 2001). Førstegangskonsultasjonen vil være et ledd i en eventuell utredning og (tentativ) diagnostisering, og danner grunnlaget for de etterfølgende konsultasjonene. Etter førstegangskonsultasjonen vil behandler også måtte sende tilbakemelding/foreløpig vurdering til fastlege, samt journalføre informasjon og konsultasjonsinnhold.

Det er delvis opp til den enkelte behandler å utforme behandlings- og utredningstilbudet i konsultasjonene (se pkt. 6 i fig.) som gis til den enkelte pasient. En gitt behandler har mulighet til å gi et tilbud basert på individuell kunnskap, preferanse og kapasitet, men vil i mange tilfeller (måtte) følge de nasjonale faglige retningslinjene for ulike diagnosegrupper. De nasjonale faglige retningslinjene (NFR) som er utformet av Helsedirektoratet, finnes for en rekke psykiatriske diagnoser og inneholder faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet 2015c). Behandlerne skal alltid gjøre individuelle vurderinger, og i de situasjonene hvor det velges løsninger/tiltak som avviker fra gitte anbefalinger, stilles det dokumentasjonskrav til behandlerne. Rammene rundt konsultasjonene – dvs. konsultasjonslengde, konsultasjonshyppighet og konsultasjonsforløp – kan også bestemmes av behandlerne selv. Lengden på en konsultasjon har imidlertid konsekvenser for hvor mange pasienter man kan behandle i løpet av en gitt dag (Statens helsetilsyn 2001). På samme måte har konsultasjonshyppighet og forløpet (hvor lenge en pasient er innskrevet og under behandling) konsekvenser for hvor mange pasienter behandleren kan møte i et tidsrom og antallet pasienter en behandler kan ha tilskrevet seg/behandlingsansvar for. Det vil igjen ha konsekvenser for antallet ny-henvisninger en behandler kan ta imot.

Konsultasjonshyppigheten og lengden på konsultasjonsserien eller forløpet henger tett sammen med målsetting for behandlingen, og hvilken behandlingsmetodikk behandleren følger. Etter hver konsultasjon må behandler skrive et journalnotat. Innholdet i en journal reguleres juridisk gjennom forskrift om pasientjournal, som knytter krav til journalinnholdet og journalføringen (Statens helsetilsyn 2001). I henhold til denne forskriften skal det journalføres fortløpende, og innholdet skal dokumentere hva som har funnet sted i en konsultasjon og gi retningslinjer for videre arbeid.

Siste konsultasjon (pkt. 7 i fig.) markerer avslutningen på et forløp i en voksen-/allmennpsykiatrisk poliklinikk. Avslutning/utskrivning kan skje på grunnlag av målsetningene med behandlingen er nådd, kost-nytte vurderinger og kapasitet, og/eller motivasjonen til pasienten (Statens helsetilsyn 2001, Sosial- og helsedirektoratet 2006). Hvis en pasient ikke møter til avtalt time flere ganger vil poliklinikken vurdere hvorvidt pasienten er «umotivert» for behandling og, hvis faglige vurderinger tillater det, om kontakten bør opphøre eller om klinikken bør sette i gang ambulante tiltak for å komme i kontakt med pasienten (Statens helsetilsyn 2001). Gjennomsnittlig møter ikke en av fem pasienter til time ved

voksenpsykiatriske poliklinikker (Statens helsetilsyn 2000, 2001). Uavhengig av bakgrunn for utskrivning, pålegger journalforskriften behandleren å sende epikrise til henvisende eller oppfølgende helsepersonell innen forsvarlig tid etter helsehjelpen er avsluttet. En epikrise er en standardrapport eller sammenfatning av helsehjelpen og konsultasjonene som er gitt den aktuelle pasienten, og skal inneholde anbefalinger for videre behandling og oppfølging.

5.1.2 Finansieringsordning

Måten finansieringsordningen av DPSene og deres underliggende seksjoner er utformet på, vil påvirke poliklinikkens – og de polikliniske behandlerens – arbeid og prioriteringer. Dette nevnes både i «*Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*» (Statens helsetilsyn 2001) og av de ulike lederne som ble intervjuet i forbindelse med denne studien.

I dag finansieres DPSene og de underliggende seksjonene gjennom en tredelt finansieringsordning; de får økonomiske basistilskudd fra RHF/HF, takstbaserte refusjoner fra HELFO og egenandeler fra pasientene. Mesteparten av de økonomiske midlene et DPS har til rådighet kommer i form av basistilskuddet, som beregnes ut fra en rekke ulike faktorer, men som i stor grad er aktivituetsuavhengig. En av de intervjuede lederne anslo basistilskuddets andel til å utgjøre rundt 75 til 80 % av DPSets samlede disponible inntekt.

Den takstbaserte refusjonskomponenten er en *aktivitetsbasert finansieringsordning* (Helsedirektoratet 2016). Finansieringen beregnes ut fra både antall timeverk utført av poliklinisk-ansatt helsepersonell og ut fra poliklinisk aktivitet (P-takstene). Ordningen er hjemlet i poliklinikkforskriften. Satsene fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet, og utbetalingene skjer på grunnlag av DPSenes innsendte refusjonskrav til HELFO (Helsedirektoratet 2016). Alle aktivitetstakstene (seks hovedtakster og tre tilleggstakster) er enten direkte eller indirekte pasientrelaterte. Enkelte aktiviteter gir høyere refusjon enn andre. Poliklinikkforskriften spesifiserer hva som skiller takstene fra hverandre og hvilket rammeinnhold som utløser refusjonskrav. En og samme aktivitet utløser imidlertid samme refusjon uavhengig av kvalitativt innhold og tidsbruk.

De refusjonsutløsende takstene og egenandelene er variable komponenter av et DPS' budsjett. Jo flere pasienter som behandles ved poliklinikken, jo flere individuelle egenandeler og jo mer refusjon kan DPSet hente inn. Ethvert aktivitetsvalg behandlere ved voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker foretar har følgelig direkte finansielle konsekvenser for

DPSet. Dette kan illustreres på følgende måte: la oss anta at en behandler fra en voksen-/allmennpsykiatrisk poliklinikk velger å foreta et oppfølgingsmøte/veiledning med førstelinjetjenesten *istedenfor* en pasientkonsultasjon, som innebærer at DPSet kun kan kreve refusjon for det aktuelle møtet (P13), samt timeverkstaksten. Det vil altså si at DPSet «går glipp av» egenandelen, i tillegg vil et slikt møte «belønnes» lavere enn en konsultasjon ved at refusjonssatsen for konsultasjoner er høyere enn refusjonssatsen for slike møter. På samme måte har også behandlernes tidsbruk per aktivitet konsekvenser for DPSets inntjening. Eksempelvis, siden takstsystemet ikke tar høyde for tidsbruk, vil en behandler som bruker 60 minutter per konsultasjon være mindre finansielt innbringende for DPSet enn en behandler som betjener to pasienter innenfor den samme tidsrammen.

Selv om den takstbaserte refusjonskomponenten sammen med egenandelene ikke utgjør mer enn 15-25 % av de totale midlene et DPS har til rådighet, mente alle de intervjuede lederne at finansieringsordningen gir sterke insentiver til å fokusere på pasientgjennomstrømning og individuelle polikliniske konsultasjoner. Alle lederne var samstemte i at måten refusjonskomponenten er utformet på gjør det vanskelig å prioritere andre oppgaver og tjenester som helsemyndighetene mener bør prioriteres, siden disse oppgavene og tjenestene ikke belønnes tilstrekkelig gjennom takstsystemet. Eksempler på ting som nedprioriteres er ambulant virksomhet, samarbeid/samhandling med andre instanser, enkelte direkte pasientrelaterte aktiviteter, og generelle kompetansehevende tiltak og kurs.

«Vi driver ikke mye ambulant, det er en dyr måte å gi folk helsehjelp på. (...) Hvis mange folk skal ut [ambulant] over lange distanser, så... Det er veldig krevende. Det påvirker aktiviteten. Den går ned. (...) Det kan godt være at det hadde vært mer ambulant virksomhet hvis taksten for det hadde vært høyere (...) jeg tror absolutt at finansieringssystemet har en betydning.» (Leder ved DPS 3)

En annen leder mente det måtte foreligge en godt begrunnet faglig vurdering før ambulering lot seg gjøre ved poliklinikken, da det legger beslag på mye tid og gir lite økonomisk tilbake. Denne lederen la samtidig til;

«Også i gruppebehandling har vi sett på den økonomiske siden – vi har nå regnet ut hvor mange behandlere, hvor lang tid behandlingen tar, og hvor mange pasienter som må delta for at vi ikke taper økonomisk på gruppen. Da har jeg sagt [til VOP] at vi ikke kan ha grupper på 4 deltakende pasienter. Hvis vi regner at en gruppe varer i 1,5 timer og har 2 behandlere, da må vi ha minst 7 fremmøtte – da går det økonomisk sett greit. Hvis gruppebehandlingen varer i 2 timer, må vi ha minst 9 fremmøtte. Det finnes mange faglige grunner for å ha gruppebehandling (...) [men] [d]ette er rammer som vi må holde oss innenfor for å ikke tape penger – [først] da kan vi la det faglige styre om vi skal ha grupper eller ei». (Leder ved DPS 2)

Lederen påpekte imidlertid at DPSet av faglige hensyn likevel har to såkalte ikke-lønnsomme gruppebehandlingstilbud gående per dags dato.

5.2 Styringspraksis

Et DPS må ta hensyn til og innfri de mål- og resultatkravene som stilles til senteret fra overordnet nivå. Disse kravene og forventningene formidles som nevnt i driftsavtaler mellom DPS og HF. Gjennom slike kontrakter kan HFet holde DPSene, og særskilt DPS-lederen som er underskriver kontrakten på vegne av DPSet, ansvarlig for overholdelse av den inngåtte avtalen. Målkravene følges tett og kontinuerlig av HFet, særlig siden disse bygger/er basert på HFets egne målkrav. Dette poengteres i driftsavtalen for 2016 mellom et av denne studiens utvalgs-DPSer og det overordnede HFet:

«[DPSet] skal bidra til at [HFet] (...) når sine mål. [DPSet] måloppnåelse vil være gjenstand for diskusjon og oppfølging, både i (...) ledermøt- [ene med alle DPS-lederne] og i oppfølgingsmøtene mellom [DPS-leder] og [HFets avdelingsdirektør for psykisk helse og rus]»

Det er særlig tre overordnede målkrav det styres etter og som det er utviklet måleindikatorer for ved de tre voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikkene (VOP) som er studert;

«Målene og resultatene det styres etter ved poliklinikken er (...) basert på driftsavtalen – man ser på ventetid [og fristbrudd], epikrisetid og antall konsultasjoner» (Leder ved DPS 1)

Disse tre pasientrelaterte målkravene stilles til alle de tre studerte DPSene fra HFet, og oversettes av DPS-lederne til interne målkrav for de polikliniske seksjonene. Måloppnåelsen knyttet til disse tre kravene vurderes og måles kontinuerlig i alle de studerte klinikkene. I driftsavtalen mellom ett av DPSene og HFet skisseres det også andre mål, men disse er langt mer langsiktige, generelle og mindre konkretiserte enn de overnevnte målkravene. De er samtidig av liten betydning for behandlerne i VOP, og vil derfor ikke diskuteres i denne oppgaven.

5.2.1 Antall polikliniske konsultasjoner

I driftsavtalene mellom DPSene i denne studien og det aktuelle HF, spesifiseres det et antall polikliniske konsultasjoner DPSet skal levere i løpet av en gitt avtaleperiode. Dette betraktes av mine informanter som en bestilling, hvor HFet bestiller et x-antall konsultasjoner fra

DPS-ene, og forventer at DPS-ene leverer det som er avtalt. Antallet konsultasjoner et DPS skal levere i løpet av en avtaleperiode vil imidlertid være gjenstand for diskusjon og forhandlinger. Disse forhandlingene finner sted både i individuelle møter mellom det aktuelle DPS-ets leder og HF-ets direktør for psykisk helse, og i møter hvor alle DPS-lederne (i HF-området) og direktøren er representert. Forhandlingene tar utgangspunkt i kravet om tre polikliniske konsultasjoner per behandler per dag i hvert DPS. Gjennom forhandlingene omfordres og tilpasses dette kravet *noe* til de ulike DPS-ene og de tilhørende poliklinikkens forutsetninger, men det totale antallet konsultasjoner vil ikke avvike noe vesentlig fra det opprinnelige «tre om dagen»-kravet. Samtidig er det slik at selv om konsultasjonskravene fordeles noe ulikt mellom DPS-ene, vil ikke det totale antallet polikliniske konsultasjoner det *samlede* HF-området skal levere påvirkes. Antallet polikliniske konsultasjoner DPS-ene (og eventuelt andre institusjoner) i felleskap skal levere ligger fast (som følge av avtalen mellom HF-ene og RHF-ene).

Når konsultasjonskravene for det aktuelle DPS-ene er forhandlet frem, formidles og oversettes disse til ett internt overordnet målkraft for den polikliniske seksjonen. Dette kravet betegnes av mine informanter som det såkalte «måltallskravet» eller «produksjonskravet». Hvis poliklinikken og DPS-ene skal nå det fastsatte måltallet i løpet av perioden, betyr det at alle behandlerne i snitt må ha rundt tre konsultasjoner alle ordinære arbeidsdager. Det overordnede måltallskravet brytes imidlertid ned og stilles som konkrete og differensierte individuelle månedlige måltall. Det vil si at alle behandlere i poliklinikken får tildelt et bestemt måltall de skal nå, hvor enkelte behandlere må levere et lavere måltall enn andre – og omvendt. Bakgrunnen for denne forskjellen i individuelle måltallskrav begrunnes i at enkelte behandlere har svært krevende pasienter og dermed får redusert sitt månedlige krav, mens andre har lengeværende pasienter de ikke ønsker å skrive ut og derav får økte krav. Atter andre igjen har veiledningsansvar overfor behandlere i spesialisering som vanskeliggjør høye måltall, mens enkelte får reduserte måltallskravene av private grunner. I felleskap vil klinikken imidlertid måtte trekke i retning av snittkravet på rundt tre konsultasjoner per behandler per dag. En av lederne påpekte imidlertid at måltallskravet i realiteten er høyere enn tre gjennomsnittlige konsultasjoner per dag, siden dette kravet legger til grunn at *alle* behandlerne er på jobb *alle* ordinære arbeidsdager – noe de ikke er. Enkelte dager går bort til sykdom og ikke pasient-relaterte aktiviteter som kurs og opplæring/veiledning av førstelinjetjeneste.

Siden alle behandlere registrerer konsultasjoner i det felles rapporteringssystemet (kalt DIPS), er det lett for seksjonslederne og DPS-lederne å kontinuerlig følge med på hvordan poliklinikken ligger an i forhold til de overordnede måltallskravene. Rapporteringssystemet generer data om antallet konsultasjoner på seksjons- og individnivå per dag, uke og måned. Alle de intervjuede lederne hentet ut gjennomsnittlige konsultasjonstall ukentlig eller månedlig. DPS-lederne betraktet hovedsakelig tallene på seksjonsnivå, mens seksjonslederen også undersøkte tallene på individnivå:

«Jeg ser først og fremst på måltallene på et generelt nivå, på klinikknivå – og de nås som regel. Deretter ser jeg også på hver enkelt – om det er noen som kan jobbe litt mer, hjelpe litt flere, og om noen kan roe litt ned» (Leder ved DPS 3)

Som leder for poliklinikken har seksjonslederen et særskilt ansvar og et press på å levere de måltallene som er satt for poliklinikken:

«Hvis vi holder produksjonstallene, så er folk [på overordnede nivåer] fornøyde og tenker at vi gir den hjelpen folk skal ha. Hvis ikke blir vi bedt om å bli bedre – "Dere må øke aktiviteten", "Jobb mer", "Det er sikkert noen som ikke jobber, gå og se – det er din jobb som leder å sjekke hver og en", "Hva er grunnen? Er det en grunn – finn den"» (Leder ved DPS 3)

Måltallene diskuteres i månedlige møter ved poliklinikkene. Her betrakter seksjonslederen hvordan klinikken ligger an i forhold til det som er forutsatt, hvordan fremdriften har vært og er, og hvilke tiltak som eventuelt må iverksettes for å nå de fastsatte måltallene. Ved disse månedlige møtene får også alle behandlerne utdelt sin egen månedlige «produksjonsliste», brutt ned på gjennomsnittlig antall konsultasjoner de har hatt de foregående ukene.

Behandlernes måltall diskuteres og påpekes også mer uformelt i arenaer og møter utenfor de månedlige møtene hvor de får disse listene utdelt. Dette omfatter blant annet individuelle oppfølgingsmøter og medarbeidersamtaler. Ved en av VOPene ble individuelle prestasjoner opp mot måltallene vist frem for alle i plenum (dette var også tidligere praksis ved de to andre poliklinikkene, men disse har nå gått bort fra dette):

«Det blir månedlig lagt frem [prestasjonene med hensyn] til måltallene for alle i teamet – antallet konsultasjoner, antallet fraværsdager, hvor mange møtt, hvor mange telefonkonsultasjoner, pasientgjennomstrømning. Og det er jo relativt effektivt. Hvis folk har dårlige tall så blir de... (...) Under medarbeidersamtaler trekkes [også] dette frem». (Behandler ved VOP 1)

Lederne intervjuet i denne studien forklarte det betydelige fokuset på måltall i VOPene med at antallet konsultasjoner, i tillegg til å være et selvstendige mål, også er direkte knyttet til

DPSenes økonomi og overlevelse. Når driftsavtalen mellom DPSet og HFet inngås, budsjetteres det med at disse «inntektsgivende» konsultasjonene produseres. Leverer ikke DPSene det som er avtalt, og som det budsjetteres med, kan konsekvensene være store:

«Prestasjon på klinikknivå har såpass store konsekvenser at hvis vi ikke leverer aktivitetstallene, så må jeg ta det igjen i stillingskutt. (...) Og det er veldig reelt. (...) Hadde aktivitetstallene gått opp ville vi hatt mer å rutte med.» (Leder ved DPS 2)

I møte med slike konsekvenser har enkelte ledere utviklet en disiplineringsstrategi for å påse at behandlerne når sine individuelle måltall månedlig

«Vi har en utdanning- og kompetanseutviklingsplan, og alle har en individuell utdanningsplan. De som leverer på aktivitet- og måltall får helt klart større mulighet for å kunne dra på kurs, enn de som ikke leverer. Det er de klar over selv (...). Det er nok ikke unikt for denne DPSen, det er nok noe som også går igjen hos mange DPSe. Jeg var på fellesmøte med de andre DPS-lederne, og der var det en som hadde en ansatt som ønsket en utdanningspermisjon, og vedkommende svarte da med "Ja, tenker du at du klarer det i forhold til de aktivitetskravene" - sånn at den [forespørselen] ble returnert på den måten» (Leder ved DPS 2)

5.2.2 Fristbrudd og ventelistedetid

Det andre overordnede målkravet det styres etter ved de voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikkene knyttes til fristbrudd og ventelistedetid, to ulike målkrav som anses som ett sammenvevd mål ved klinikkene. Fristbrudd måles ved andelen pasienter med rett til helsehjelp som fortsatt står på venteliste etter at fristen for oppstart av helsehjelp er passert. Alle DPSene i denne studien stiller et null-krav overfor poliklinikken når det kommer til fristbrudd. Det vil si at 100 % av alle «rettighetspasientene» som tildeles poliklinikken skal få et tilbud om førstegangssamtale innen fristenes utløp. Fristbrudd er noe DPS-lederne ønsker å unngå for enhver pris, siden det kan gi DPSene alvorlige konsekvenser om fristen passerer og det skjer pasienten noe. Det mest alvorlige som kan skje er at det åpnes en tilsynssak, men fristbrudd har også økonomiske konsekvenser:

«Hvis det går mot fristbrudd, ringer vi den aktuelle og forteller om forholdene. Da kan pasienten bestemme hvorvidt vedkommende ønsker å dra til en av de andre DPSe, eller vente på time hos oss – da kalles det pasientutsatt behandling. Hvis imidlertid pasienten ønsker behandling innen frist, og vi eller de andre DPSe i [HF-området] ikke kan ta imot pasient, må jeg ringe til HELFO og de må da finne et tilbud utenfor HFet som dette DPSet må betale for. Vi jobber derfor hardt for å unngå fristbrudd.» (Leder ved DPS 1)

Ventetid eller ventelistetid vil si den tiden en pasient står på venteliste fra henvisningen mottas av DPSet til ventetiden avsluttes. Ventetid måles i antall løpedager, og beregnes som differansen mellom dato for henvisningsmottak og oppstart av helsehjelp. Indikatoren for ventetid som benyttes ved de studerte DPSene og VOPene angir gjennomsnittlig ventetid (som er nasjonal målenhet/standard), og beregnes utfra de individuelle ventetidene til alle ordinære rettighetspasienter. Siden de studerte DPSene ikke skal ha noen fristbrudd, vil den gjennomsnittlige ventetiden i realiteten si noe om hvor godt innenfor de individuelle fristene helsehjelpen starter opp. Utvalgs-DPSene studert i denne oppgaven vil i forhandlinger med sitt overordnede HF fastslå det faktiske målet for gjennomsnittlig ventetid ved sine voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker. DPSene operer med noe ulike målkrav, men alle skal ha gjennomsnittlig ventetid på under 65 dager, i henhold til oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF. I driftsavtalen mellom et av utvalgs-DPSene og HFet er det imidlertid et definert målkrav om at:

«Gjennomsnittlig ventetid skal [være] lavere enn 44 dager»

DPS-lederne oversetter de aktuelle målene til overordnede målkrav for sine VOPer, og ønsker i likhet med HFet kontinuerlige forbedringer og «enda kortere kø»;

«Vi ønsker å holde oss godt innenfor lovkravet om [fristbrudd og mål om] ventetid, og det betyr at vi må ha fokus på gjennomstrømning hos hver enkelt behandler. Og det må kommuniseres (...)» (Leder DPS 1)

Antallet ny-henvisninger, målkravet om å unngå fristbrudd og målkravet om kortere kø/ventetid fører ifølge flere av informantene til et betydelig arbeidspress for behandlerne, og et utstrakt fokus på pasientgjennomstrømning og utskrivninger fra ledelsens side. Enkelte behandlere beskriver «trykket som høyt», og at det er utfordrende å ta imot nye pasienter, utrede dem, behandle dem, for så å skrive dem ut og motta nye igjen – innenfor en stadig snevrere tidsramme relatert til kortere ventetid. Å måtte ta imot nye pasienter fortløpende ble fremstilt som vanskelig av majoriteten av informantene, angivelig på grunn av at de allerede hadde mange pasienter i «porteføljene» sine. Seksjonslederen anslo at «porteføljene» vanligvis består av ca. 30 pasienter til enhver tid. Seksjonslederen la imidlertid til at behandlerne *må* ta imot nye pasienter av hensyn til målkravet om fristbrudd og venteliste. Spesielt siden;

«Det kommer nye henvisninger hele tiden...eller hele dagen. Mange hver dag» (Leder ved DPS 3)

Mange av disse vil bli vurdert som rettighetspasienter, og det betyr at poliklinikkene må finne behandlere som kan ta dem imot. Dersom DPS et og poliklinikken skal holde seg innenfor de fastsatt fristbrudd- og ventetidsmålene må lederne tidvis pålegge behandlerne å ta imot nye pasienter. Hvis ikke behandlerne skal ha en uoverkommelig stor portefølje av pasienter å følge opp, betyr det at behandlerne må skrive ut pasienter slik at det frigjøres tid til å ta imot de nye. På den måten er det tilsynelatende opp til behandlerne å kontinuerlig vurdere nye pasienter opp mot innskrevne pasienter i forløp – altså vurdere hvorvidt de har kapasitet til å ta imot den nye pasienten og samtidig beholde alle de gamle.

«(...) det er litt opp til hver behandlers faglig vurdering hvor lenge pasienten skal bli. Men så et det jo et spørsmål om man har kapasitet til det på den andre siden» (Behandler ved VOP 3)

Hvis en behandler har vanskeligheter med å ta på seg nye pasienter eller med å velge mellom å ta imot en ny eller skrive ut en gammel pasient, vil lederne i samarbeid med aktuell behandler finne en å skrive ut:

«Hvis en behandler eksempelvis mener han eller hun ikke kan ta imot flere på grunn av mange pasienter, eller mange ikke-ferdig behandlede pasienter, da sier jeg at da må vi se på pasientlisten til vedkommende – "Jeg skal hjelpe deg med å se på den, om noen har kommet i mål". Noen ganger stemmer jo dette, og da snur jeg meg og sier "Da må du [en annen] gjøre det". Men det skjer sjeldent at noen ikke kan ta imot, siden jeg holder dette [utskrivnings-] trykket oppe – "Husk at noen må gå". (Leder ved DPS 3)

«Hvertfall en gang i måneden går jeg til min [overordnede] og går igjennom listene [over] pasientene mine. Da blir det et spørsmål om hvor lenge den og den pasienten har gått her. "Hva er planen, hvor lenge skal han fortsette?". Da må jeg argumentere for hvorfor jeg vil beholde han lenger. Det har jeg ikke noe problem med da. Andre kan synes det er vanskeligere. Enkelte kan føle press på å skrive ut pasienter, men jeg (...) [står imot det] – selv om jeg også føler et press» (Behandler ved VOP 1)

Lederne mente at det er opp til hver behandler å vurdere hvorvidt ytterligere behandling vil gi nevneverdig effekt, og at de ikke ber behandlerne skrive ut pasienter som ikke er «ferdigbehandlede». Det ble imidlertid lagt til at det var delte meninger om hva «ferdigbehandlet» egentlig betyr.

«Jeg har aldri opplevd at vi ikke har det som diskusjon – (...) når skal vi si at nok er nok – når har du utredet nok, når har du behandlet nok. Og der opplever jeg ofte en motsetning mellom meg som leder, og den enkelte ansatte (...) jeg vet at hvis jeg ikke stiller spørsmålstegn ved disse tingene, så tar ting for lang tid.» (Leder ved DPS 1)

Flere av behandlerne intervjuet i forbindelse med denne studien mener målkravene fordrer korte pasientforløp, som gir høyere gjennomstrømning. Likevel operer ikke DPSene og VOPene med en uttalt maks lengde på behandlingsforløp eller et maksimumsantall konsultasjoner en pasient kan motta før utskrivning. Det er i stor grad opp til behandlerne selv å fastsette lengden på pasientens innskrivning/opphold. Dette bekreftes av både ledere og behandlere. Målkravene vil imidlertid delvis strukturere dette:

«Fokuset (...) har i økende grad blitt (...) mer avgrensede behandlingsforløp. Samtidig så har vi jo [noen] pasienter som vi har over tid da (...)» (Behandler ved VOP 3)

«(...)vi får [jo] beskjeder om hvor mange nye pasienter vi må ta imot (...) hver måned, hvor mange nye pasienter vi må ta imot hver uke – og dermed hvor lange løp vi da kan [legge opp] med pasienten. Og da blir det relativt korte løp da i snitt. (...) Vi må ta unna så og så mange søknader. (...). Så kommer det inn 9 nye, må jo 9 skrives ut, og da sier det seg at det begrenset hvor lange løp en kan ha» (Behandler ved VOP 1)

To av behandlerne opplevde ikke korte forløp nødvendigvis som noe negativt, men en av disse mente målkravene nærmest normerte korte forløp – og at det var det problematiske. En annen istemte at flere av kollegaene innimellom:

«(...) ønske[r] å beholde pasientene lengere, men skriver dem ut på grunn av det høye trykket» (Behandler ved VOP 1)

En informant påpekte også at presset på utskrivninger kunne bli så høyt at behandlere innimellom «bare må finne en det er forsvarlig å skrive ut», gjerne den «minst-syke» pasienten;

«Jeg føler jeg må skrive ut folk som ikke er helt klare for å stå på egne ben, for å få til en gjennomstrømning. Men vi skriver ikke ut de [aller] dårligste. Vi jobber forsvarlig» (Behandler ved VOP 2)

Det som skisseres som det aller mest problematiske med hensyn til målkravene, gjennomstrømning og utskrivninger, er de såkalte «proppene» - de aller sykeste pasientene som vanskelig kan skrives ut og som stopper gjennomstrømningen. Som følge av Opptrappingsplanen og nedbyggingen av sengeplasser, får disse nå polikliniske tilbud, mens de tidligere var innlagt. Denne pasientgruppen beskrives som krevende, da de ofte ikke ønsker hjelpen som tilbys, men likevel er altfor syke til å skrives ut. Både ledere og behandlere er samstemte i at disse er en påkjenning for behandlerne.

«De kan vi ikke skrive ut, uavhengig av krav (...). Det går ikke an, det er ikke faglig forsvarlig. Det er en krevende oppgave – de kan man bli sittende med i mange år. De

er vi nødt til å beholde. Når systemet er rigget slik det er, blir disse pasientene en propp» (Leder ved DPS 3)

Lederne ved DPSene og VOPene prøver å fordele pasienter fra denne pasientgruppen jevnt på behandlerne, for å hindre at noen få sitter igjen med for mange av disse. Hvis enkelte behandlere har flere slike pasienter, vil lederne redusere måltallene for dem det gjelder.

Likevel prøver behandlerne å unngå å påta seg mange av disse pasientene, gjerne for å hindre å måtte skrive ut nåværende og fremtidige pasienter med noe mildere lidelser for tidlig; disse må nemlig ofte vike for «proppene»

«Man kvier seg for å ta vanskelige pasienter som krever mye samarbeid, samhandling med andre instanser. Jeg sier mye nei. Jeg sier: "nå har jeg tre av de, så nå kan jeg ikke ta flere". Ikke nødvendigvis fordi jeg [ikke] ønsker eller trives med å ha de pasientene, men det er krevende saker, og da ser det jo ut som jeg ikke gjør noe i forhold til [kravene]. Dette er pasienter man må følge opp over lengre tid – da får man en propp. Vi får jo hele tiden nye pasienter, slik at man må jo skrive ut andre, avslutte behandlingsforløp. Får jeg mange krevende så stopper det systemet – de er jo vanskelige å skrive ut, ikke sant? Og da går ikke ting rundt» (Behandler ved VOP 2)

5.2.3 Epikrisetid

Det siste målkravet det styres etter ved poliklinikkene knyttes til epikrisetid – tiden det tar fra pasientens behandlingsforløp avsluttes og pasienten skrives ut til epikrisen er sendt til førstelinjen/andre instanser. Ifølge en av lederne ved ett av DPSene vil denne tiden være et uttrykk for kommunikasjon og samhandling mellom den voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikken og den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Epikrisetiden beskrives samtidig som viktig av pasientsikkerhetsmessige grunner, både fordi den markerer og informerer om avslutning av helsehjelp ved det aktuelle behandlingsstedet, og fordi den inneholder informasjon om pasientens viderebehandling og oppfølging. Når pasienten skrives ut pålegger journalforskriften behandleren å sende epikrise til henvisende/oppfølgende instans innen *forsvarlig* tid. DPSene i denne studien har, i tråd med driftsavtale med HF, konkretisert «forsvarlighet» til et krav om at 100 % av epikrisene skal være sendt ut innen syv dager fra utskrivningen av pasienten. Ved ett av DPSene var det samtidig et mål at epikrisen skulle følge med den utskrevne pasienten, altså sendt ut på utskrivningsdato. Lederen for det aktuelle DPSet medgikk at dette var vanskelig å innfri.

Samtlige informanter mente epikrisetiden var et av de mest meningsfulle målkravene det ble styrt etter ved poliklinikkene, da målet er direkte knyttet til pasientens videre tilstand. Siden det sikrer en viss kontinuitet, samt en smidig og trygg overgang for pasientene, fant behandlerne likevel den korte tidsfristen for utsending av epikrisen som relativt uproblematisk. Det ble imidlertid påpekt fra enkelte behandlere at tidsfristen *kombinert* med de andre målkravene og gjøremålene, fører til at:

«(...) kvaliteten på noe av det vi gjør blir litt lavere – gjerne skrivearbeidet. Epikriser, og skrivearbeidet generelt. Man får ikke tid til å tenke, eller formulere seg godt – mer standardformuleringer» (Behandler ved VOP 1)

Dette ble videre problematisert av en annen behandler, som mente at det høye presset fører til at en må senke egne krav til hvor tilfredsstillende og uttømmende en epikrise skal være.

Denne behandleren la til at epikrisene på et generelt grunnlag er av god kvalitet, men påpekte at det lå en viss fare for kvalitetssvekkelse ved at måling kun rettes mot tidsbruk;

«Det kan være en totalt innholdsløs epikrise – og det måles altså ikke. [En er] ikke særlig opptatt av epikrisekvalitet, men rammene rundt (...)» (Behandler ved VOP 3)

5.2.4 Registrering og rapportering

Det stilles omfattende krav til dokumentasjon, registrering og rapportering knyttet til målkravene ved DPSene og VOPene. Samtlige av de intervjuede behandlere uttrykte frustrasjon over registreringskravene, mens to av lederne var tydelig frustrerte over behandlernes slepphendte holdning til registrering og rapportering.

Både etter konsultasjoner og etter andre pasientrelaterte aktiviteter stilles det dokumentasjons- og registreringskrav til behandlerne. Etter en konsultasjon må behandlerne først registrere hva som har funnet sted (rammekode), deretter føre inn et journalnotat i den aktuelle pasientens journal, så registrere eventuell(e) takstkode(r) og skrive korte notater under disse. Ved ett av DPSene var det i tillegg en «ekstra» registreringspraksis som ikke ble fulgt ved de to andre sentrene. I dennes poliklinikk måtte behandlerne, ved siden av registrerings- og dokumentasjonskravene, også registrere koder for terapi- og behandlingssinnholdet ved gitte konsultasjoner. Denne registreringspraksisen ble tidligere også fulgt ved de to andre VOPene, men disse har tilsynelatende gått bort fra denne praksisen i senere tid.

«Det var en periode hvor vi hadde behandlingskoder hvor vi måtte spesifisere behandling som var gitt (...) – det ble sabotert [av behandlerne] og lagt på is.» (Behandler ved VOP 3)

Dokumentasjons- og registreringskravene oppleves av flere behandlere som direkte unyttige, tidsstjelende og som et uttrykk for mistillit.

«(...) det er en parole som sier; det som ikke er dokumentert er ikke gjort. Det er ikke riktig. Det som ikke er dokumentert, er ikke dokumentert. For å ha tid til å gjøre alt man skal og bør, er det vanskelig å få tid til å dokumentere. Jeg opplever at (...) klinikerne blir belastet mye mer [enn før] med å skaffe bagatellmessig informasjon av varierende relevans til ledelsen» (Behandler ved VOP 3)

Samtlige behandlere mente at de selv og kollegaene er for dårlige til å registrere refusjonsutløsende takster, og at DPSene dermed går glipp av tilskudd de egentlig har krav på. Likevel ble det hevdet at mange behandlere bevisst dropper registreringen fordi det innebærer merarbeid for dem selv. Registrering og dokumentasjon stjeler ifølge behandlerne tid fra andre ting de heller vil prioritere før, mellom og etter konsultasjoner. Det er særlig to slike prioriteringer som ble skissert under intervjuene. Den første prioriteringen omhandler journalnotater;

«Hvis jeg tar en [telefon til pasient], så snart det er noe mer enn å avtale en time – så skal jeg skrive et [journal-]notat og registrere en [telefon-]konsultasjon. Hvis jeg ikke rekker å gjøre begge tingene, så prioriterer jeg [journal-]notatet også droppes registreringen (...) Vi vet at det er mer penger å hente, for å registrere mer – tilleggstakster og sånn. Men det gjør vi for lite. For en gjør det viktigste også har man ikke overskudd til å huske på de andre tingene» (Behandler ved VOP 1)

Prioritering av journalnotater fremfor registrering av takster knyttes til pasientsikkerhet, men også til det en behandler kalte «ryggdekning». Er ikke de «riktige» tingene tilstrekkelig dokumentert i ens pasientjournal, og det skjer den aktuelle pasienten noe, kan det gi langt større konsekvenser for den med behandlingsansvaret enn hva ikke-registrerte takster gir for senteret. I vurderinger av faglig forsvarlighet står journalføringen sentralt, og i saker der det er klager på behandler/behandling vil nettopp pasientjournalen gjennomgås. Det blir spesielt problematisk for behandlerne hvis de har gått bort fra de nasjonale faglige retningslinjene, uten å ha dokumentert og begrunnet avvik fra disse.

«Det som ikke er dokumentert, har ikke skjedd. Skjer det noe [med pasienten], så kan det bli veldig ubehagelig hvis man ikke har dokumentert eller skrevet de riktige setningene» (Behandler ved VOP 1)

Den andre prioriteringen behandlerne heller gjør etter en konsultasjon fremfor registrering, er å konsentrere seg om neste pasientmøte og konsultasjon. For at en etterfølgende konsultasjon

skal være av tilfredsstillende kvalitet mener behandlerne at de må ha tid til å tenke ut og vurdere behandling og utredning. For de behandlerne med mange pasienter på en dag, blir derfor registrering lett det første som nedprioriteres.

«Jeg blir veldig frustrert av all rapportering og registrering. Jeg synes det tar mye tid å registrere alt mulig rart. Det er ikke det jeg synes jeg skal bruke tid på, (...) jeg ønsker å bruke tid på pasientene (...) [og aktiviteter som hever kvaliteten på behandling]» (Behandler ved VOP 2)

Lederne var imidlertid lite begeistrede over behandlernes underregistrering, siden DPSene går glipp av refusjoner. Lederne mente de derfor hadde blitt tydeligere på å formidle registreringskravene overfor behandlerne ved de ulike poliklinikkene, og oppfordret behandlerne til å registrere så mange takster som mulig.

«Vi må få det vi har krav på. Jeg skjønner ikke hvorfor behandlerne ikke registrer det de gjør – det blir jeg forbannet over» (Leder ved DPS 1)

Flere informanter i denne studien mente det var mulig å registrere refusjonsberettigede aktiviteter som i virkeligheten ikke var gjennomført, og på den måten skaffe DPSen mer refusjonsmidler. De samme informantene hadde imidlertid inntrykk av at dette var et lite utbredt fenomen ved deres arbeidssteder. Enkelte begrunnet fraværet av slik juks med at registrering av takster delvis er bundet til pasientjournalene. Altså at takstregistrering fordrer et tilknyttet journalnotat. Som nevnt er behandlerne nøye med at dokumentasjon i pasientjournalene er av tilfredsstillende kvalitet, blant annet av frykt for problemer i eventuelle klagesaker. Informantene mente det var nærliggende å tro at oppdiktede pasientrelaterte aktiviteter vil gi store problemer i eventuelle klagesaker. Enkelte av informantene hevdet imidlertid det fantes gråsoner for hva refusjonstakstene var ment å skulle inneholde/dekke, men som ble registrert på ordinær måte:

«Vi blir oppfordret til å registrere telefonkonsultasjoner. Det får vi en takst for, men da må det ha et innhold. Hvis vi ringer for å avtale time, får vi ikke takst. Men så kan vi spørre; «Hvordan går det med deg?». «Nei, uff jeg har hatt en tøff uke. Håper jeg kan få en time raskt». Da kan du sette en konsultasjon. Da kan du telle, og ta en takst. Da skriver du i journal, at «pasient har hatt en vond uke» eller noe mer. Vi har blitt mer oppmerksomme på hva vi kan ta takst for og ikke. Enkelte kolleger har mye telefonkonsultasjoner, det registreres og telles – og da ser det ut som... (...)» (Behandler ved VOP 1)

5.3 Betraktninger og tilpasninger tilknyttet målkravene og styringssystemet

Opplevelsene av styringssystemet og målkravene ved DPSene og de voksen-/allmennpsykiatriske er noe delte. Enkelte informanter var sterkt negative til målenes fokus på kvantitet og produktivitet, enkelte var gjennomgående positive, og noen så både positive og negative sider. Gjennomgående er lederne mer positivt innstilte til målene og styringspraksisen enn det behandlerne er.

«[E]n har fått hele dette målstyringssystemet – og mitt inntrykk er at det for lederne har vært en hjelp (...) til å få en mye bedre styring (...). [I] poliklinikkene har det tidligere vært en kultur for at hver enkelt psykolog, psykiater osv. har vært en bedrift i bedriften (...) - hvordan de har lagt opp dagen har vært veldig opp til dem selv. Men så kommer denne endringen i styringssystemet, og da (...) får [lederne] verktøy til å gå inn å styre den enkeltes arbeidsdag i mye større grad. [Uten det] har man som leder ikke mulighet for å styre pasient[gjennom]strømmingen, og få ting til å gå opp.. (...) For den enkelte behandler har dette vært ganske krevende, særlig for dem som arbeidet under det tidligere systemet hvor en selv kunne definere mer. (...)» (Leder ved DPS 2)

«(...) jeg [opplever] ofte en motsetning mellom meg som leder, og den enkelte ansatte. For den enkelte ansatte ser bare den enkelte pasient – og det skal den jo gjøre. Men jeg forventer også at de klarer å se alle som er på venteliste. Og det er et krevende spørsmål å diskutere. Dette er svært kompetente folk, med lang utdannelse – og de vil jo definere selv hva som er godt nok [behandlingsresultat], og det skal de jo. Men jeg vet at hvis ting [tar] for lang tid – så [vil det] jo påvirke ventelisten. (...) Og det er det vanskeligste ledelsesspørsmålet, balansen mellom å gi den enkelte nok frihet for å utøve faget sitt, og ta en ansvaret for helheten på den andre.» (Leder ved DPS 1)

5.3.1 Press, telling og prestasjon

Flere av behandlerne opplever at målkravene og registrerings- rapporterings og dokumentasjonskravene som medfølger er vanskelige å forholde seg til, i hvert fall i perioder hvor «trykket» på deres poliklinikk er høyt og i perioder hvor de personlig leverte lave måltall. Enkelte behandlere blir frustrert og stresset av at deres personlige måltall fastsettes på en måte som ikke tar tilstrekkelig hensyn til faktorer utenfor deres kontroll. Et eksempel kan være en måned hvor hele dager går bort til ikke-direkte pasientrelaterte aktiviteter eller til sykdom. Disse dagene vil likefult telles med i beregning av behandlernes måloppnåelse relatert til måltallene den aktuelle måneden.

«Det måltallsystemet som brukes føles ikke helt rettferdig – hvis en drar på kurs eller fagutvikling, så teller de dagene inn på statistikken. Si du har en måned hvor en drar 3 dager på kurs, og er syk 2 dager eller har et sykt barn – så er det rundt 20% av arbeidsdagene dine du ikke er på jobb eller tilgjengelig – så når en teller opp antallet konsultasjoner en har hatt, så tas de dagene med i statistikken, og en får et dårlig snitt, dårlige måltall. Da forsvinner litt av motivasjonen, det virker meningsløst» (Behandler ved VOP 1)

For å nå måltallene er en behandler dessuten avhengig av at pasientene faktisk kommer til avtalte konsultasjoner. Som nevnt er det imidlertid ikke uvanlig at pasienter lar være å møte opp eller avlyser konsultasjoner. Dette er et eksternt forhold behandlerne har lite kontroll over og som kan bidra til lav måloppnåelse den gitte måneden. For å ta igjen «det tapte», avtaler behandlerne gjerne flere konsultasjoner enn det daglige gjennomsnittlige måltallet tilsier, de dagene de er mottakelige for pasientmøter. Dette fører til at de «overbooker» pasientmøter:

«Vi oppfordres til å sette opp fem pasienter hver dag, siden det ikke er uvanlig at folk ikke kommer. For vi skal nå de tre om dagen. Det som blir vanskelig da, er hvis alle dukker opp» (Behandler ved VOP 1)

Dukker alle pasientene opp, får behandlerne knapt med tid til arbeidet som gjerne gjøres før, mellom og etter konsultasjonene – arbeid behandlerne mener øker kvaliteten på konsultasjonene (journalføring, skrive erklæringer og sykemeldinger, hente seg inn, lese seg opp på journal og fagstoff, planlegge innholdet i neste konsultasjon, diskutere med kollegaer, med mer).

«Å nå målene kan gå på bekostning av annet. Jeg skulle ønske jeg hadde mere tid til hver enkelt pasient. Tid til å tenke og reflektere rundt hver enkelt sak eller pasient. Det blir jo ting man ikke gjør. Det er ting vi burde gjøre mellom konsultasjonene som vi har dårlig tid til» (Behandler ved VOP 2)

«Du må (...) organisere dagen slik at man får tid til alt innenfor arbeidsdagen. Det viktigste, som knyttes til pasientbehandling og journal blir da prioritert. Innimellom jobber en "gratis" overtid. Skrive den erklæringen og sånn, de dagene det hoper seg opp, for å bli ferdig. Jeg ser enkelte tendenser til kolleger som er her på kveldene» (Behandler ved VOP 1)

«Jeg opplever at vi må jobbe mer gratis overtid for å få ting til å gå opp. (...) Om man tar som forutsetning at (...) vi skal gjøre [alle aktivitetene] innenfor arbeidstid – så er ikke det lett» (Behandler ved VOP 3)

Flere behandlerne indikerte at mer tid til hver enkelt pasient, både før og etter konsultasjoner, men også i form av lengre forløp, kunne gi en bedre og mer kvalitetssikret pasientbehandling. Her ble det påpekt at psykiske lidelser ofte har komplekse og sammensatte

problemstillinger som gjerne varierer fra person til person. For å kunne evne å se den enkeltes lidelser, for å danne en relasjon og for å skape tillit eller en «allianse» mellom behandler og pasient (som de fleste informantene mente var de viktigste faktorene for god pasientbehandling og for utfallet av terapi) trenger en tid med pasientene. I mange tilfeller betyr det at en må ha pasientene innskrevet over en lengre periode. Dette gjelder spesielt for de pasientene med vansker med å åpne seg tidlig i forløpet og/eller de med tillitsvansker. Disse pasientene har innledningsvis et ustabil oppmøte, og tiden det tar å bygge allianse/relasjon med slike pasienter fører til at reell behandling ikke starter opp før et stykke ut i forløpet. To informanter antydte at fokuset på måltall, gjennomstrømning og utskrivninger har gitt utslag i en nedsatt tålmodighet overfor slike «vanskelige» pasienter. På bakgrunn av at disse pasientene svekker behandlernes generelle måloppnåelse (gjennom ikke-møtt og utsatt reell behandling), og fordi det står mange potensielt mer motiverte pasienter på venteliste, blir slike pasienter tilsynelatende raskere enn før omtalt som «umotiverte» og skrevet ut.

«Jeg tror mange av kravene på oss, går videre over på krav til pasienten – om å delta, møte opp regelmessig og stille opp for egen terapi» (Behandler ved VOP 1)

«Jeg tror vi nå, på godt og vondt, avslutter mye tidligere. Hvor vi på godt og vondt setter høyere krav til pasientenes evne og vilje til å engasjere seg i det terapeutiske prosjektet. De må ha en vilje til å gjøre en endring, (...) de må være motiverte. Enkelte har vanskeligheter for å formulere hva de ønsker da, hva som er problemet – og de kan vi miste. Enkelte som trenger lengre behandlingsforløp og mer tålmodighet. Vi mister nok en del av de» (Behandler ved en av VOP 1)

5.3.2 Forholdet mellom kvantitet og kvalitet

Samtlige behandlere, og enkelte ledere, intervjuet i denne studien beskrev målkravene som utelukkende kvantitative. Det som måles ved de ulike VOPene, det styringssystemet fanger opp, er altså knyttet til kvantitative aspekter – antall konsultasjoner per behandler, antallet epikriser sendt innen fastsatt tid, antall gjennomsnittlige ventedager og antallet pasienter som skrives inn og ut. Flere behandlere, og enkelte ledere, påpekte at det problematiske med målkravene og måten styringssystemet er lagt opp, nettopp ligger i dets fokus på kvantitative resultater. De kvalitative aspektene, her forstått som pasientbehandling og de faglige sidene ved denne, synes fraværende. Dette beskrives som smertelig for mange av behandlerne og deres kollegaer, da deres faktiske arbeid, det de er utdannet til å gjøre og det de gjør i forhold til hver pasient, ikke blir fanget opp på samme måte som de kvantitative resultatene. Det ble imidlertid understreket av samtlige behandlere at deres respektive ledere merker seg hva de

gjør, at lederne fremhever kvalitetsaspektene og bemerker kvalitativt god behandling. Likefullt hevdes det at måling og målkravene gir en uforholdsmessig høy vektning av kvantitative forhold relativt til kvalitative resultater. Dette anerkjennes også av to ledere;

«Det legges absolutt mer vekt på det kvantitative, det er telling av pasienter og konsultasjoner. Står [/måles] det noe om [pasientens] bedring, funksjonsheving... det gjør det jo ikke. Det er ikke sånne ting det måles på. Det er antall hoder. Hoder som har vært igjennom her. Jeg tror generelt sett at folk er lei av å bli målt. (...). Denne tellingen tror jeg folk er veldig lei av. Det kommer ikke noe ut av det. "På hvilken måte får vi noe utbytte av det?" "Vi blir ikke bedre terapeuter av det" – det tenker nok folk» (Leder ved DPS 3)

«Det er helt klart en større vekt på kvantitative forhold i styringssystemet. Jeg mener ikke at måleparameterne ikke har noe å gjøre med kvalitet også, men innholdet i behandlingene er helt fraværende i målesystemet. (...) Vi som DPS, og dermed VOPen, måles ikke på innhold og kvalitet. Behandlingsresultater måles det ikke på i det hele tatt. Jeg synes det problematisk, og at man absolutt skulle fokusere mer på innholdet i behandling, Jeg skjønner veldig godt hvorfor behandlere ser de styringsparameterne som problematiske. Jeg tror grunnen til at mange behandlere er lei måleparameterne, er nettopp fordi den [kvalitative] delen mangler» (Leder ved DPS 2)

Flere behandlere uttrykte en klar bekymring over at oppmerksomheten som rettes mot de kvantitative aspektene, sammen med fraværet av måling av kvalitative aspekter, både har og vil føre til en ytterligere fokusendring i arbeidet – en endring som flere informanter hevder forskyver innsatsen fra «best mulig behandling» til «mest mulig behandling» eller «flest mulig behandlede». Det vil si en endring fra å etterstrebe det kvalitativt beste behandlingsopplegget og -innholdet til å tilby og fokusere på den behandlingen som passer best eller samsvarer mest med «gode» målbare kvantitative resultater. Informantene hevder at de kvalitative og de kvantitative aspektene ved arbeidet kan leve side om side, men at det ligger en fare for at kvaliteten og fagligheten i pasientbehandlingen blir skadelidende og nedprioritert av at måling kun rettes mot kvantitative forhold. Dette forklares med at måleaspektene favoriserer handlemåter som bidrar til måloppnåelse og kvantitative resultater, handlemåter som ikke nødvendigvis harmonerer med hva som er det kvalitativt beste. En informant utdypet dette med at målkravene og målingen av de kvantitative aspektene legger rammer rundt hva som er passelig eller hensiktsmessig å gjøre i ulike situasjoner og i møte med ulike pasienter. Mange informanter mener det likevel ikke har kommet til det punktet hvor kvaliteten i arbeidet deres er «nevneverdig» svekket, men de legger samtidig til at det er på tross av målkravene, ikke på grunn av dem – de holder målkravene på avstand.

«Det som måles og telles gir et fokus. Men jeg jobber for å ikke få et fokusskifte. (...) Jeg prøver å holde disse kravene på avstand, og ikke la det påvirke mitt fokus. Men de kan jo gi en følelse av at man ikke er bra nok» (Behandler ved VOP 2)

To av mine informanter hevdet at de stort sett alltid gjorde det de mente var det faglig riktige i ulike situasjoner, selv om dette kunne påvirke deres måloppnåelse. De to informantene viste imidlertid til sin lange erfaring fra feltet, og påpekte at det er vanskeligere for yngre og nyansatte behandlere å se bort fra kravene som stilles;

«Jeg prøver å utøve et skjønn jeg kan stå for, også får jeg heller ta smellen som kommer med. (...) jeg prøver å gjøre det jeg opplever som faglig riktig og forsvarlig selv, som jeg kan stå for selv. Så får jeg håpe det er bra nok. Men det er lettere for en som er i slutten av sin karriere og som har veldig mye erfaring, enn en som er i begynnelsen av sin karriere» (Behandler ved VOP 3)

En annen behandler la til:

«Jeg må tilstå at jeg gir litt beng i målene innimellom. Jeg har vært kliniker i over 15 år, så jeg har et avslappet forhold til dem. Men jeg vet at nyansatte, unge kolleger, er paniske – hvordan skal de få opp tallene, nå målene, "hvis ikke jeg har gode nok tall, hva skjer da?" Men jeg vet det bare er et styringssystem. (...). Også har man andre som tenker at det blir mindre og mindre kvalitet, og mer og mer målstyring – de blir oppgitt.» (Behandler ved VOP 1)

Andre informanter påpeker at kvantitative hensyn er blitt mer fremtredende i beslutningene som gjøres, siden kvalitativ pasientbehandling ikke «ses» på tilsvarende måte som de kvantitative resultatene.

«Jeg tenker [målkravene] påvirker mitt arbeid (...). At noen må avsluttes litt før, for at vi kan ta imot de [nye pasientene] hele tiden. Så det gir jo litt dreining» (Behandler ved VOP 3)

«Jeg synes målene gir feil dreining i arbeidet. Vi blir ikke målt, eller får ikke tilbakemelding på hvor godt vi gjør jobben vår, hvor fornøyde pasientene er, hva vi får til av behandling – det er klart det blant annet påvirker hvilke pasienter jeg ønsker å ha. Enkelte [pasienter] (...) gir lite "uttelling" (...) i målstyringssystemet, så da ser det ut som om jeg gjør lite – siden en bruker mye tid og [innsats] på disse pasientene – men det gir dårlige produksjonstall» (Behandler ved VOP 2)

En informant påpeker at målkravene og de kvantitative resultatene som måles, kan være motiverende siden disse gjør det lettere å vite hva ledelsen forventer og hva som utgjør en god jobb. Informanten la imidlertid til at mange ved poliklinikken blir demotiverte av målefokuset på kvantitet.

«Slike mål kan være litt motiverende innimellom (...). Men jeg vet at mange av mine kolleger synes det er svært demotiverende, synes ikke det er gøy å jobbe når alt bare omhandler mål[-krav og tall]. De opplever at (...) det ikke er noe interesse [for] kvaliteten» (Behandler ved VOP 1)

Dette ble også antydnet av en annen informant:

«Noen tar (...) [målene] som [en positiv] konkurranse. Men jeg tror ikke det er majoriteten. Det er mange som ønsker å vise at de er bra nok. Det er mye angst i gangene for å si det sånn» (Behandler ved VOP 2)

Informantene la til at de som blir «demotiverte» gjerne bærer på en opplevelse av å måtte avveie egne krav til faglighet og kvalitet opp mot oppnåelse av målkravene. Dette ble skissert som vanskelig, spesielt i de situasjonene hvor målkravene og deres definisjon av kvalitet/faglighet tilsynelatende er to uforenelige størrelser. I slike situasjoner står behandlerne overfor et valg; enten må de redusere egne krav til faglighet og kvalitet, eller så må de se bort fra målkravene og i stedet yte det de mener er en kvalitativt god pasientbehandling. For behandlere som ser bort fra målkravene, vil måloppnåelsen tilsi at de ikke gjør en «god» nok jobb – noe som er synlig for lederne. Men også behandlere som oppnår målkravene, men på bekostning av egne krav til kvalitet, kan sitte igjen med en følelse av å ikke strekke til.

Samtlige informanter etterlyser reelle kvalitative mål og styringsparametere. Altså mål og indikatorer som fanger opp og setter søkelyset mot faglighet, behandlingsinnholdet, og effektene av denne. Behandlerne mente dette ville fungert som en motvekt til de kvantitative aspektene i de nåværende målkravene, ved at det gir et sterkere insentiv i retning av «best mulig behandling» og faglig fordypning, og til at flere forhold inngår i en gitt bedømmelse av hva som utgjør et godt arbeid. Samtidig skisseres slike målaspekter som å være mer på linje/i samsvar med hva behandlerne finner «givende» og «meningsfullt» i arbeidet de utfører, da det antydes at behandlere drives av en motivasjon for å hjelpe *sine bestemte* pasienter.

«Hvis en i tillegg hadde hatt målefokus på innholdet og kvaliteten av behandling, så hadde man også svelget det det måles på [letterer]. Jeg tror behandlere ønsker faktiske kvalitative måleaspekter velkommen» (Behandler ved VOP 3)

«Jeg ønsker mer mål på det faglige som helhet. Jeg føler de kvantitative målene er en forstyrrelse for kvaliteten» (Behandler ved VOP 2)

«(...) [B]ehandlere har en oppfatning om at pasientbehandling er noe eget i seg selv – som er helt uavhengig av aktivitetstall og målkrav.» (Leder ved DPS 3)

6 Analyse

I dette kapittelet vil det empiriske materialet kobles sammen med det teoretiske rammeverket skissert i kapittel 3. Jeg vil her diskutere og tolke de empiriske funnene i lys av forventningene som ble utledet fra prinsipal-agent-teorien og de utdypende teoretiske tilnærmingene. Ut fra PA-teorien ble det forventet at det vil finnes interessemotsetninger mellom DPS-lederne og behandlerne i poliklinikkene, og at styringen av de aktuelle seksjonene og de ansatte behandlerne derfor vil baseres på kontroll for å lede arbeidet mot å oppnå fastsatte mål- og resultatkrav. Med de utdypende og problematiserende teoretiske tilnærmingene har jeg fremstilt forventninger til responser, tilpasninger og effekter som følger av styringssystemet og styringsstrategiene som antas å ligge til grunn ved poliklinikkene. Tabell 6.1 gjengir forventningene som ble utviklet i kapittel 3 og gir en kort oppsummering av funnene slik de redegjøres for i dette kapittelet.

Tabell 6.1 Forventninger og funn

H1	<i>Det er en interessemotsetning mellom behandlerne i VOP og DPS-lederne</i>	<i>Støttes</i>
H2	<i>Styringssystemet i VOPene vil være basert på både resultat- og adferdsstyring</i>	<i>Noe støtte</i>
H3	<i>Behandlerne i VOP vil forfølge definerte målkrav og nedprioritere andre oppgaver</i>	<i>Noe støtte</i>
H4	<i>Det legges eksterne insentiver til grunn for å motivere behandlerne til å oppnå målkrav</i>	<i>Støttes</i>
H5	<i>Målkravene fører til en målforskyvning</i>	<i>Støttes</i>
H6	<i>Behandlerne vil ønske en avvikling av de nåværende målkravene</i>	<i>Avvises</i>
H7	<i>Behandlerne vil «game» styringssystemet i form av output distortions og threshold effects</i>	<i>Avvises</i>

6.1 Interessemotsetninger

Den empiriske presentasjonen antyder at det på enkelte områder, i tråd med forventningen i H1, eksisterer interessemotsetninger mellom behandlerne i VOPene og deres respektive DPS-ledere. De to gruppene vektlegger ansvarsforhold, forpliktelser og hensyn noe ulikt. Mens

behandlingens ansvarsoppgaver og forpliktelser hovedsakelig er tilknyttet de pasientene de har behandlingsansvaret for, er lederens ansvarsoppgaver og forpliktelser i større grad sammensatte. Lederne hevder de er mer bundet til det de beskrev som «helhetlige» forpliktelser, enn hva behandlerne er. Dette omfatter blant annet ansvar for driften og økonomien til sentrene, og som ansvarlige for overholdelse av driftsavtalene, for mål- og resultatoppnåelsen til de underliggende poliklinikkene. Det kan synes som om lederne ønsker målkravene innfridd på eget grunnlag, men også på bakgrunn av koblingen mellom mål- og resultatoppnåelse og driften/økonomien til sentrene. Likevel, uavhengig av hvorvidt det er målkravene i seg selv eller om det er sammenkoblingen mellom disse og økonomien til senteret som fører til det, er DPS-ledernes ansvarsforhold tilknyttet det såkalte befolkningsansvaret (Sosial- og helsedirektoratet 2006, Statens helsetilsyn 2001). Lederne håndhever dette ansvaret ved å vektlegge måloppnåelse tilknyttet to av målkravene VOPene styres etter – fristbrudd- og ventetidskravet og måltallskravet. Behandlerens ansvarsforhold er tilknyttet ivaretagelse av pasientenes behov gjennom faglige autonomi og skjønnsvurderinger, slik dette er beskrevet i kapittel 2. De to ulike ansvarsforholdene er ikke nødvendigvis motsetninger, men i de tilfellene hvor målkravene og befolkningsansvaret vanskeliggjør eller begrenser behandlingens ansvar og mulighet for å ivareta pasientenes behov (og motsatt) vil interessekonfliktene mellom DPS-ledere og behandlere komme til syne (Statens helsetilsyn 2001).

Siden DPS-lederne holdes ansvarlige av HFet for poliklinikkens mål- og resultatoppnåelse (også indirekte gjennom finansordningen), er det i lederens egeninteresse å forfølge målkravene og dermed befolkningsansvaret. Behandlerne er på sin side ansvarlige for pasientbehandlingen som ytes, og vil holdes ansvarlig for denne i mulige klage –og/eller tilsynssaker. Det er derfor i behandlingens egeninteresse å ivareta pasientenes behov basert på hva deres skjønnsvurderinger tilsier er en god behandling og et godt behandlingsresultat (Utvåg m.fl. 2014). Forholdet mellom lederne og behandlerne kompliseres ytterligere ved at det ikke alltid er en konsensus om hvordan en burde gå frem i pasientbehandling og hva som er et godt nok behandlingsresultat for den enkelte pasient. Selv i de situasjonene hvor det er avvikende vurderinger om hvilke aktiviteter en bør følge eller hva som er «godt nok» resultat, er det fortsatt i behandlingens egeninteresse å forfølge egne vurderinger – da det til syvende og sist er de som holdes ansvarlig for pasientforholdet og behandlingsresultatet. Dette kan innebære å forfølge (muligens overflødige) tiltak og aktiviteter som medfører økonomiske tap

for DPSet og/eller som svekker lederne muligheter for å ivareta sitt ansvarsforhold, og på den måten utsette lederne for en konsekvensrisiko.

6.2 Resultat- og adferdsstyring

Når det gjelder den andre forventningen om at styringssystemet i VOPene vil være basert på resultat- og adferdsstyring, altså kontroll som koordineringsmekanisme, bekrefter det empiriske materialet delvis denne forventningen. Samtidig ser det ut som om behandlerne har et handlingsrom til å definere en del selv, særlig knyttet til valg av behandlingsmetodikk. Det utvises altså en viss grad av tillit til behandlerne innenfor styringsrammene.

Av de tre målkravene VOPene styres etter, kan måltallskravet kategoriseres som et resultatbasert styringsmål mens fristbrudd- og ventetidskravet og epikrisetidskravet kategoriseres som adferdsbaserte styringsmål. Resultatstyring referer jf. Pettersen og Fallan (2010) til kontrakter og styringssystemer hvor prinsipalen (DPS-lederne) fastsetter klare resultatmål med definerte resultatkriterier som agentene (behandlerne i VOP) skal innfri, og hvor informasjon- og registreringssystemer blottlegger måloppnåelsen med hensyn til disse. Adferdsstyring viser på sin side til kontrakter hvor agentenes adferd og handlinger reguleres mer eller mindre direkte gjennom mål tilknyttet arbeidsprosesser og/eller handlemåter. Disse styringstypene kommer til uttrykk i poliklinikkene ved at de tre målkravene kan plasseres i de to midterste kategoriene i virkningskjeden (se figur 2.2, kap.2).

DPS-lederne holdes som nevnt ansvarlig for det totale (og forhåndsbestemte) antallet konsultasjoner poliklinikken utfører i løpet av et år. Leverer DPSet og poliklinikken mindre enn forutsatt vil senteret også «straffes» økonomisk. For å nå det forhåndsbestemte og budsjetterte antallet, har DPSet fastsatt et visst antall konsultasjoner hver behandler i poliklinikkene skal nå hver måned – det såkalte måltallskravet. Måloppnåelse relatert til disse kan forstås som individuelle *resultater* hver behandler leverer månedlig. Bakgrunnen for at måltallskravet betraktes som et resultatmål i denne oppgaven, kommer av at poliklinikkens tjenesteproduksjon og kjerneoppgave består av å behandle og utrede pasienter med psykiske lidelser. I en poliklinikk er denne kjerneoppgaven tilnærmet synonymt med, og skjer alltid innenfor rammen av en konsultasjon. Det er innunder denne rammen hvor behandlerne direkte pasientrelaterte aktiviteter og handlinger finner sted. I det psykiske helsevernet vil dette si anvendelse av behandlingsmetoder og utredningsverktøy overfor pasienten.

Samlingen av konsultasjoner en pasient mottar vil til slutt, forhåpentligvis, gi en *effekt* i form av bedret psykisk helse eller fungering, redusert symptomtrykk osv. I tråd med det som er skissert i teorikapittelet, blir resultater og resultatinformasjon i VOPene altså et surrogatmål for adferden, arbeidsmetodene og handlingene til behandlerne, da det som rapporteres til DPS-lederne er rammene for behandling som har funnet sted og hvor behandlingsmetoder er brukt (=handling/aktivitet). De individuelle resultatmålene, altså måltallene, kan på denne måten betraktes som et surrogatmål på antallet behandlinger en behandler har utført i løpet av en måned.

Målkravene tilknyttet epikrisetid og fristbrudd/ventetid kan kategoriseres som adferdsmål, da disse forstås som regulerende for arbeidsprosessene i poliklinikkene. Som påpekt i forrige kapittel stilles epikrisetidskravet som individuelle krav overfor behandlerne. Kravet slår fast at alle epikriser skal ferdigstilles og sendes innen syv dager etter pasientens utskrivningsdato. Dette går altså direkte på en av behandlernes aktiviteter, og justerer denne ved å fastsette en tidsfrist for når aktiviteten skal være fullbyrdet. Når det fastsettes en tidsfrist på denne måten, må behandlerne innrette sin adferd med hensyn til den aktuelle aktiviteten, slik at denne fullføres innenfor de på forhånd fastsatte rammene. Her vil målet innfris når aktiviteten i seg selv er realisert.

Målkravet om fristbrudd/ventetid skiller seg noe fra epikrisetidskravet ved at de(t) først og fremst stilles som overordnede mål i de *polikliniske seksjonene*, og ikke som et direkte individuelt målkrav. På et tidspunkt (se fig. 5.2, kap.5) blir imidlertid kravene et individuelt ansvar, og dermed et individuelt (og regulerende adferds-) mål. Som nevnt er det slik at så fort en henvisning/pasient fordeles på en behandler, er det den aktuelle behandlerens ansvar å påse at helsehjelpen starter opp innenfor den fastsatte fristen. På den måten kan dette målkravet sammenliknes med epikrisetidskravet, da det også her fastsettes en tidsfrist for når aktiviteten (i dette tilfellet: førstegangssamtalen) skal være gjennomført. Måten fristbrudd- og ventetidsmålet styres etter ved poliklinikkene synes være sammenliknbar med den idealtypiske fremstillingen av *adferdstyring* skissert i teorikapittelet, hvor det ble påpekt at styringsformen leder til en implementering av kontrollmekanismer designet for å sikre at agentens adferd resulterer i at prinsipalens mål ivaretas. Dette reflekteres i de studerte poliklinikkene gjennom et utskrivningsfokus og «-hjelp», samt gjennom å pålegge behandlere å ta på seg nye pasienter. Dette fører *indirekte* til korte(re) behandlingsforløp og høy gjennomstrømming av pasienter, som antas å være en forutsetning for å oppnå de bestemte

målkravene. Prinsipalene kunne her implementert mer *direkte* adferdsregulerende regler/kontrollmekanismer som automatisk oppfyller forutsetningen; slik som å definere maksantall konsultasjoner en behandler kan gi sin pasient eller ved å bestemme makslengde for et behandlingsforløp. Dette gjøres det som nevnt ikke, da det trolig ville blitt opplevd som et inngrep i behandlernes faglige autonomi. Informantene påpekte imidlertid at det å pålegge ansvar for nye pasienter gir utslag i at gamle skrives ut (gjennomstrømning) og korte(re) behandlingsforløp for pasienter i behandling. Styringspraksisen synes dermed å indusere en selvregulerende adferd eller tilpasning hos behandlerne, og som på en indirekte måte bestemmer antallet konsultasjoner per pasient og makslengden på et behandlingsforløp.

I tråd med prinsipal-agent-teorien, er en slik adferdsstyrende strategi hensiktsmessig siden det eksisterer en målkonflikt mellom behandlerne (som ønsker å beholde innskrevne pasienter og som dermed ikke kan/vil ta på seg nye) og DPS-lederne (som ønsker at målkravene innfris, og som dermed betyr at behandlerne må frigjøre kapasitet for å ta imot nye pasienter). Ved å pålegge behandlere å ta imot nye pasienter og/eller holde et høyt utskrivningstrykk, tar prinsipalen her grep for å sikre at agenten adferd samsvarer med at målene til prinsipalen nås.

Individuell måloppnåelse i forbindelse med de tre målkravene ved poliklinikkene beskrives og avdekkes gjennom registrerings- og rapporteringskravene som medfølger. Jf. prinsipal-agent-teori betyr dette at prinsipalen lett kan skaffe seg oversikt og informasjon om individuell adferd og produserte resultater, og dermed disiplinere agentene ved å belønne gode resultater og sanksjonere dårlige resultater. Dette er også et av kjennetegnene ved styringsteknikken MRS slik dette er skissert i kapittel 2, hvor gode *resultater* skal premieres, mens dårlige resultater medfører en form for konsekvens eller straff som virker avskrekkende/korrigerende (Christensen m.fl. 2010).

Hvorvidt styringspraksisen ved DPSene og poliklinikkene er tilknyttet et slikt disiplinierende system er diskutabelt. Det er lite som tyder på at det benyttes «hardere» disiplinierende midler overfor behandlere som ikke når målene utover individuell tilsnakk eller rosende omtale. Enkelte tiltak, slik som å tilbakeholde/tildele goder (kurs) og offentliggjøring av individuelle resultater foran kolleger, er nok noe mer disiplinierende, men disse benyttes i varierende grad ved de tre poliklinikkene i studien. Disse disiplineringstiltakene kan imidlertid synes å blekne i forhold til de som anvendes av HFet overfor DPSet. Gjennom finansieringsordningen straffes eller belønnes DPSet og DPS-lederne finansielt for de produserte resultatene. Dette er

en hard og automatisk disiplineringsmekanisme som for et DPS kan bety stillingskutt eller i verste fall oppsigelser.

6.3 Målkrav og prioriteringer

Avsnittet ovenfor leder oss videre til den tredje forventningen, H3, som sier at behandlerne vil strebe etter å oppnå målkravene, og nedprioritere andre arbeidsoppgaver ved poliklinikkene som hverken måles eller premieres/straffes. Det empiriske datamaterialet synes å være tvetydig når det kommer til denne forventningen. Enkelte funn antyder at det faktisk er slik at behandlerne forfølger måloppnåelse og nedprioriterer annet, altså at forventningen kan bekreftes. Men datamaterialet gir også en indikasjon på at det motsatte er tilfellet, at behandlerne *prioriterer ned* målte oppgaver til fordel for andre umålte aktiviteter.

Intervjumaterialet tyder på at det er enkelte oppgaver og aktiviteter som gjøres før, mellom og etter konsultasjoner som nedprioriteres - spesielt rapporteringsoppgaver, takstregistrering og kodeføring. Prestasjon med hensyn til disse oppgavene blir ikke målt, og gir ikke noe tilbake til behandlerne – hverken personlig eller i form av eksterne belønninger. Informantene påpekte også at man i hektiske perioder er nødt til å nedprioritere kvalitetshevende aktiviteter, som å reflektere over og hente seg inn fra foregående pasientmøte, lese seg opp på journal og fagstoff, planlegge innholdet i neste konsultasjon og vurdere/overveie behandling og pasient med kollegaer – for oppnå målkravene. I disse periodene, som enkelte knyttet til det å måtte «ta igjen tapt aktivitet», er det ikke nok tid mellom konsultasjonene til å virkeliggjøre slike hensyn. På den andre siden antydet enkelte behandlere at de ofte så bort fra målkravene i situasjoner hvor de måtte avveie måloppnåelse opp mot de overnevnte hensyn. Det at disse informantene heller velger å forfølge kvalitative aktiviteter og hensyn, selv i de situasjonene hvor dette virker negativt inn på målbar prestasjon, gir en klar indikasjon på at forventningen må avkreftes. Informantene som gjorde slike handlingsvalg synes imidlertid å knytte dette til deres lange arbeidserfaring og ansiennitet, og påpekte samtidig at de yngre og mer uerfarne behandlerne har langt større vanskeligheter med å gjøre det samme. De samme informantene la også til at de jobber en del overtid for å kunne oppfylle målkravene og samtidig ivareta andre hensyn og aspekter på en tilfredsstillende måte.

I det teoretiske avsnittet som ledet frem til forventning H3, ble det hevdet at agenter har betydelig insentiver for å innrette adferden mot å oppnå gode resultater på de oppgavene som

blir målt og observert av prinsipalen (Johnsen 2007). Det ble videre hevdet at agentenes insentiver for å innfri målkrav formes og forsterkes av at gode (målte) prestasjoner kompenseres, mens dårlige (målte) prestasjoner sanksjoneres (Heinrich og Marschke 2010). Det vil si at agenter/behandlere vil forfølge målte oppgaver og aktiviteter (slik som målkravene), og nedprioritere umålte oppgaver og aktiviteter siden disse ikke belønnes eller straffes av prinsipalene/DPS-lederne. Som skissert velger likevel enkelte behandlerne å nedlegge betydelig innsats på andre arbeidsområder enn de det er festet måleindikatorer og krav til, til og med når denne innsatsen reduserer måloppnåelsen med hensyn til målkravene og/eller resulterer i ubetalt overtidarbeid. Dette kan både tyde på at behandlernes interne motivasjon (som diskuteres nærmere nedfor) er tettere tilknyttet de umålte aktivitetene enn de målte, og/eller at styrken på belønningene/sanksjonene som følger med målkravene ikke er tilstrekkelige for å endre behandlernes adferd til noe som er mer fordelaktig for DPS-lederne. I forlengelsen av det siste, er det plausibelt å anta at det er festet sterkere insentiver til andre aktiviteter og prestasjoner enn de tilfestet målkravene. Altså, hvis vi tenker i relative termer, at belønningen for å gjennomføre andre arbeidsoppgaver er høyere enn belønningen DPSen tilbyr behandlerne for å innfri målkrav, eventuelt at sanksjonene for å ikke gjennomføre de umålte aktivitetene virker mer avskrekkende enn DPSenes straffetiltak.

De anerkjennelsesbaserte belønning- og straffetiltakene som anvendes overfor behandlerne i poliklinikkene fremstår muligens som lite disiplinerende, i alle fall sammenliknet med de økonomiske belønningene/sanksjonene DPSene mottar av HFet tilknyttet målte prestasjoner. Selv om anerkjennelsesbaserte insentiver kan utløse helt andre motivasjonsmekanismer enn de økonomiske, tyder empirisk forskning utført av bl.a. Heinrich (2007) og Bevan og Hood (2006), at slike insentiver kan produsere sammenlignbare, og i noen tilfeller overlegene, resultater (Heinrich og Marschke 2010). Dette burde nettopp tilsi at behandlerne har omfattende insentiver for å tilstrebe gode prestasjoner/resultater på områdene målkravene kretser rundt. Behandlernes generelle anerkjennelse og anseelse er imidlertid ikke kun koblet til målkravene, men også til pasientbehandlingen som ytes og ivaretagelsen av pasientenes behov. Dette er områder som faller utenfor målstyringssystemet, og som kanskje ikke belønnes av DPS-lederne på tilsvarende måte som måloppnåelse tilknyttet målkravene. Som skissert i diskusjonen tilknyttet H1, holdes imidlertid behandlerne ansvarlige for pasientbehandling og ivaretagelse av pasientenes behov ved eventuelle klage- og tilsynssaker. En kan derfor anta at behandlerne har betydelige insentiver tilknyttet unngåelse av denne type saker, og dermed insentiver for å nedlegge innsats på områder som har med pasientbehandling

og pasientsikkerhet å gjøre. Dette tilsier, siden behandlerne forfølger disse aktivitetene og oppgavene, at insentivene (altså «straffetiltakene») tilknyttet pasientbehandling enten er overlegne, eller likevektige med, de sanksjonene DPS-lederne iverksetter ved lav måloppnåelse. Dette kan samtidig være en mulig forklaring på hvorfor enkelte behandlere legger ned innsats på både de målte og de umålte områdene – selv om dette resulterer i ubetalt overtidsarbeid.

6.4 Insentiver og motivasjon

Den fjerde forventningen, H4, om at det benyttes *eksterne* insentiver for å motivere behandlerne i poliklinikkene til å oppnå mål- og resultatkrav, kan bekreftes utfra det innsamlede empiriske materialet. I de to forrige avsnittene ovenfor, som også kan knyttes til denne forventningen, skisseres det at det benyttes insentiver ved de undersøkte poliklinikkene. Disse benyttes tilsynelatende for å lede behandlernes (agentenes) innsats og adferd mot å innfri målkravene DPS-lederne (prinsipalene) styrer etter, og dermed til at DPS-lederens ansvarsforhold (befolkningsansvaret) realiseres. Slike eksterne insentiver ble i teorikapittelet knyttet til det som betegnes som *ytre motivasjon*, altså ytelse og handlinger som gjøres fordi den som gjør dem ønsker å oppnå en belønning tilknyttet aktiviteten (Heinrich og Marschke 2010, Askim m.fl. 2014). Siden det i poliklinikkene ikke er noe annen form for belønning utover anerkjennelse fra lederne og i enkelte tilfeller tildeling av goder, kan det slås fast at dette er de eksterne/ytre motivasjonsfaktorene som benyttes ved poliklinikkene. I forlengelsen av dette antas det at det er disse belønningene behandlerne ved poliklinikkene etterstreber å motta gjennom å oppfylle målkravene.

I diskusjonen tilknyttet forrige forventning ble det nevnt at enkelte behandlere *muligens* responderer mer på insentiver tilfestet de umålte aktivitetene, enn de tilfestet målkravene. Det betyr imidlertid ikke at behandlerne ikke responderer på insentivene tilknyttet målkravene. Tvert imot er det flere empiriske funn som tyder på at det nettopp er ekstern motivasjon som driver enkelte behandlere mot å yte betydelig innsats for å innfri målkravene. Flere informanter påpekte i denne sammenhengen at de yngre behandlerne, de nyansatte og de med kortere fartstid i yrket synes å være spesielt mottakelige for slike motivasjonsfaktorer, da disse har et stort behov for å bli sett. Det at en informant beskrev flere kolleger i de nevnte gruppene som; «panisk opptatte av å få opp måltallene og å nå målene», tyder nettopp på at disse behandlerne etterstreber anerkjennelse for arbeidet de utfører. Siden denne typen

anerkjennelse ved poliklinikkene tilsynelatende er tilkoblet realiseringen av målkravene, er det derfor nærliggende å anta at den ytre motivasjonen (belønning i form av anerkjennelse) driver disse gruppenes innsats (svært effektivt) mot å innfri målkravene. De ytre motivasjonsfaktorene ved poliklinikkene er imidlertid ikke kun virksomme for de yngre eller nyansatte behandlerne, også de med lengre ansiennitet og erfaring trekker frem at de blir påvirket av «belønningen» som følger med realisering av målkrav. Det at en informant påpekte at målkravene gjør det «lettere å vite hva ledelsen forventer, og hva som utgjør en god jobb», er klar indikasjon på det siste. Andre informanters utsagn om at målkravene og tilbakemeldingene tilknyttet disse gir et «fokusskifte og dreining», samt at lav måloppnåelse gir en opplevelse av å «ikke være bra nok», kan også tolkes dithen at mer erfarne behandlere likeledes kjenner på et behov for å bli anerkjent.

Flere empiriske funn tyder imidlertid på at behandlerne som arbeider ved de studerte poliklinikkene drives av en sterk *indre/intern motivasjon* for deler av arbeidet som utføres. Indre motivasjon ble i teorikapitlet referert til som adferd og aktiviteter utført på grunn av personlige interesser for aktiviteten i seg selv, og hvor indre belønninger som tilfredshet, glede og/eller velbehag er knyttet til utførelsen av disse aktivitetene/oppgavene. Spørsmålet om hva en får tilbake, altså motytelser, fra eksternt hold er dermed mindre viktig. Behandlernes indre motivasjon synes å være nært knyttet til enkelte umålte oppgaver og aktiviteter ved poliklinikkene, og da spesielt til det som betegnes som et godt faglig behandlingsarbeid og –resultat. De empiriske dataene gir her grunnlag for å hevde at bakgrunnen for at behandlerne nedlegger omfattende innsats på disse områdene, ikke kun kan forklares av frykt for eventuelle «straffetiltak» i forbindelse med pasientansvaret, men også av behandlerens indre motivasjon for å hjelpe pasientene. Dette antydes av at behandlerne for det første; tilsynelatende yter kvalitative aktiviteter utover det som er nok for å forebygge eventuelle straffetiltak (selv om det ikke er knyttet noe eksternt belønning til dette), for det andre; at de oppfatter pasientbehandling som noe eget i seg selv, og for det tredje at de prøver å holde målkravene på avstand for utøve den «faglig/kvalitetsmessig beste behandlingen» i tråd med egen overbevisning. Behandlernes interne motivasjon for å hjelpe pasienter trekkes også frem i Strand (2012), Bryn (2015), Våpenstad (2015) og Friberg (2015b), som en særlig sterk drivkraft i de psykiatriske arbeidet.

I teorikapitlet ble det hevdet at eksterne motivasjonsfaktorer og insentiver kan undergrave eller svekke et individs autonome og interne motivasjon (Heinrich og Marschke 2010, Askim

m.fl. 2014). Oversatt til denne diskusjonen kan det bety at den ytre motivasjonen for å oppnå målkravene kanskje vil undergrave eller svekke behandlernes interne motivasjon for å etterstrebe et faglig godt behandlingsopplegg og et tilfredsstillende behandlingsresultat. Det at en informant trakk frem at kollegene blir svært demotiverte av målkravene og fokuset på disse, kan muligens indikere en svekkelse av enkelte behandleres indre motivasjonen. Det kan også indikere en *generell* svekkelse av motivasjonen for å utøve innsats på noen av aktivitetsområdene. Det siste kan være en tenkelig forklaring for behandlere som opplever en motsetning mellom å gi «best mulig behandling» og «mest/flest mulig behandling», og som må gjøre et valg mellom disse. Et slikt valg kan kanskje resulterer i at en opplever å gjøre en «dårlig» jobb uansett handlingsvalg. Jeg har imidlertid ingen empiriske utsagn som bygger opp under en slik forestilling eller som utvetydig uttrykker at de eksterne motivasjonsfaktorene undergraver den interne motivasjonen til behandlerne i de studerte klinikkene. Friberg (2015b) hevder på sin side at målkravene det styres etter ved poliklinikkene og de eksterne insentivene tilknyttet disse, uten tvil påvirker den interne motivasjonen. Hun eksemplifiserer dette med egen opplevelse:

«Tre måneder tok det før (...) jeg som arbeidstaker skifte[t] fokus fra å ville gjøre et godt faglig arbeid for pasienten til å bli opptatt av om sjefen er fornøyd med meg. (...) [J]eg miste[t] taket i det jeg vurderer som en sunn indre motivasjon og interesse (...) – å se verden innenfra og ut – til å begynne å vurdere meg selv som gjennom et kamera sett utenifra der målet er å gjøre det bra for meg selv og for institusjonen jeg jobber for. Man skulle jo ønske at (...) ideen med målstyring er (...) at det vi måles på skal gi oss insentiver og rettledning, slik at vi yter mer til pasientens beste. (...) [M]in påstand er [derimot] at insentivsystemene som blir stadig mer utbredt, perverterer vårt fokus slik at det som tilsynelatende er bra for institusjonen og meg selv, ikke sammenfaller med hva som er bra for pasienten» (Friberg 2015b: 71)

6.5 Målforskyvning

Sitatet ovenfor kan også kobles til forventningene H5 og H6, som omhandler målforskyvning. I den første av disse, ble det forventet at målstyringssystemet og målene i poliklinikkene fører til en målforskyvning. Det vil si at fokus og innsats flyttes mot det som måles på bekostning av andre oppgaver og hensyn som ikke måles (Askim m.fl. 2014). Denne målforskyvningen ble videre antatt å være fra ikke-kvantifiserbare forhold og mot forhold som kan kvantifiseres. Forventningen, H5, kan i stor grad bekreftes utfra den innsamlede empirien.

Informantene, alle behandlerne og majoriteten av lederne, ga et inntrykk av å ha en felles oppfatning av at målkravene og tilhørende indikatorer/måleparametere ikke er gode nok, da disse ikke evner å fange opp kvaliteten og fagligheten i det pasientrelaterte arbeidet som utføres ved poliklinikkene. Behandlerne påpekte at målkravene utelukkende retter oppmerksomheten mot kvantitative størrelser, og at styringssystemet derfor bidrar til målforskyvning. Det ble hevdet at det er rammene rundt pasientbehandlingen og pasientsikkerheten som måles og rapporteres, mens kvaliteten ved disse – innholdet – er helt fraværende i styringssystemet. Flere informanter påpekte i denne sammenheng at målingen av prestasjoner tilknyttet målkravene, belønningene/sanksjonene som medfølger dette, samt fraværet av måling på (reelle) kvalitative og faglige aspekter, gir et «fokusskifte» eller en «dreining» i arbeidet. Dette fokusskifte synes å oppleves som en endring fra «best mulig behandling» til «mest mulig behandling», eller «flest mulig behandlet». Målinger og oppmerksomhet tilknyttet de siste forholdene og fraværet av målinger tilkoblet det første, fører, slik det er påpekt tidligere, til at behandlerne periodevis drives mot å oppnå målkrav ved å «nedprioritere» aktiviteter og hensyn som nettopp knyttes til kvalitet.

Som skissert opererer DPSer og poliklinikker under et kontinuerlig krysspress mellom dem som etterspør deres tjenester og tilbud, og krav til behandlingskvalitet overfor dem som allerede har fått et slikt tilbud. Dette kan også forstås som en avveining mellom gi den ventende befolkningen et tilbud innen rimelig tid på den ene siden, og på den andre siden gi et så godt og fullverdig behandlingstilbud til den enkelte pasient som mulig (Statens helsetilsyn 2001, Høstmælingen 2014, Grepperud og Bei 2012). Styringssystemene og målkravene ved poliklinikkene kan påvirke begge disse forholdene (Grepperud og Bei 2012). Målkravene tilknyttet antall konsultasjoner og ventetid/fristbrudd kan føre til at flere ventende får et tilbud raskere, ved at målene presser behandlere til å 1) ta på seg flere pasienter, 2) oppnå et bestemt antall konsultasjoner månedlig, og 3) opprettholde en høy gjennomstrømming av pasienter. På den andre siden kan dette også gå direkte utover kvaliteten på behandling som ytes, ved at målkravene nås på bekostning eller på tvers av faglige vurderinger og tilpasninger til pasientene (Friberg 2015b, Strand 2012, Standal m.fl. 2014). Hvis det faktisk er slik at målkrav innfris på *tvers* av hva behandlerne selv mener er et faglig godt behandlingsopplegg for de innskrevne pasienter, og/eller på *bekostning* av innsats og prestasjoner på kvalitative aktiviteter, kan dette betegnes som en alvorlig målforskyvning. Dette kan da i tråd med Heinrich og Marschke (2010) oppfattes som handlinger som øker virksomhetens (målbare) ytelse og resultat, men som samtidig reduserer virksomhetens verdiskapning og nytte. Friberg

(2015b) påpeker at målene poliklinikker styres etter nettopp fører til en slik kvalitativ reduksjon:

(...) [N]år enheter sliter med å oppfylle enkelte måltall, så har mellomledere ofte ikke annet valg enn å presse fagfolkene til å prioritere slik at man oppfyller styringsmålene. På en vanlig allmennpoliklinisk avdeling på DPS med stor innsøking, er det tilsynelatende frihet for hver enkelt behandler til å legge opp forløpene, men bare tilsynelatende. (...) [En] er uansett nødt til å ta inn x antall pasienter i uken slik at institusjonen unngår fristbrudd (...) [Det vil si] kortere timer for å få plass til flere pasienter, og kortere og mer lavfrekvente behandlingsforløp enn hva vi vet trengs for å gi effekt. [Behandlere] har også begynt å kvie seg for å ta inn de pasientene som har problemer med oppmøte, ofte de som trenger hjelp mest, da antall «ikke møtt» drar produksjonen kraftig ned. Alt dette strider kanskje mot våre faglige vurderinger, men det er det som skal til for å få antall fristbrudd ned og produksjon og inntjening opp. (Friberg 2015b: 72)

Det er flere ting som tyder på at behandlernes innsats og handlinger i de studerte poliklinikkene også trekkes i retning av å nå målkravene på bekostning av kvalitet og på tvers av behandlernes egne fagvurderinger. Altså handlinger som synes å være til fordel for DPSenes resultatprestasjoner, men som synes å reduserer nytten og verdiskapningen til de samme enhetene. Selv om alle informantene i denne studien hevder arbeidet som utføres ved poliklinikkene er forsvarlig faglig sett, hvor flere ser bort fra eller tilsidesetter målkravene for å ivareta pasientene og behandlingen i tråd med individuelle vurderinger, tyder andre utsagn (fra de samme og de andre informantene) på at mål- og resultatkravene innskrenker det kvalitative og faglige handlingsrommet til behandlerne. Med det menes det at behandlerne er nødt til å tilpasse handlinger til styringsrammene ved poliklinikkene og vie oppmerksomhet mot å innfri målkravene. En tilpasning som, slik informantene påpeker, tidvis resulterer i raskere utskrivninger, kortere forløp, begrensninger for ambulante- og gruppebaserte behandlingsformer, kvalitativt dårligere epikriser/journaler, mindre tid til å tenke og reflektere rundt hver enkelt pasient – tilsynelatende på bekostning av tilpasningen til den enkelte pasient og på tvers av behandlernes faktiske ønsker. Dette kan nettopp tolkes som at målene i perioder nødvendigvis må nås på bekostning av kvalitet og faglige vurderinger, og dermed at målkravene og styringssystemet fører til en målforskyvning.

Friberg (2015b) knytter målforskyvningen som antas å finnes i poliklinikkene til finansieringsordningen DPSene er underlagt – hvor behandlernes måloppnåelse omsettes til driftsmidler sentrene er helt avhengige av. Siden økonomisk inntjening tilsynelatende er mer grunnleggende for sentrenes videre drift enn kvaliteten på behandlingen, hevder Friberg (2015b) at ledernes fokus lett kan trekkes i retning av målkravene. Med dette drives

behandlingens innsats mot måloppnåelse – også når dette skjer på bekostning av andre aspekter. En informant påpekte at det ikke er uvanlig at behandlere innimellom må prioritere aktiviteter og behandlingstiltak basert på hva som gir mest tilbake til DPSet økonomisk, på tvers av hva som er faglig best for pasientene. Det kan dermed synes som at behandlerens handlingsrom og muligheter for å tilpasse seg den enkelte pasient begrenses av finansieringsordningen som låser ressursfordeling til standardiserte mål og tiltak (Høstmælingen 2014). Målforskyvning forårsaket av aktivitetsbasert finansiering basert på slike standardiserte mål er et velkjent og dokumentert fenomen, ikke minst i somatikken (Lægreid og Neby 2016, Lægreid m.fl. 2005, Høstmælingen 2014, Bevan og Hood 2006). Dette tilsier at det ikke er utenkelig at finansieringsordningen DPSet er underlagt har en målforskyvende effekt i arbeidet som utføres.

Forventning H6 som ble utviklet i tilknytning til H5, uttrykker at behandlerne vil ønske en avvikling av målkravene, da disse ble forventet å lede til en målforskyvning. I tråd med Heinrich og Marschke (2010) ble antatt at en ønsket løsning på målforskyvningsproblematikken ville være en fjerning av de målforskyvende målkravene. Selv om målkravene faktisk synes å være målforskyvende, kan ikke H5 bekreftes – i alle fall ikke på den måten forventningen uttrykker det.

Som nevnt mente samtlige informanter at de nåværende målkravene og indikatorene var for dårlige med tanke på å fange opp kvaliteten og fagligheten i arbeidet som utføres. Det var imidlertid få informanter som ytret klare ønsker om å fjerne disse. De aller fleste informantene ønsket heller å *legge til* (reelle) kvalitative og faglige mål- og resultatkrav, altså mål rettet mot pasientbehandling og mål tilknyttet behandlingsresultat/effekt. Det ble imidlertid påpekt at det trolig vil være vanskelig å utvikle valide indikatorer på disse områdene. Likevel, ved å legge til mål som knyttes til sentrale sider ved virksomheten, slik som pasientbehandlingen og kvaliteten av denne, vil målforskyvningen som leder arbeidet og fokuset bort fra aspekter tilkoblet disse forholdene kanskje opphøre (Lægreid m.fl. 2005). Det fordrer imidlertid at det tilknyttes økonomiske insentiver til disse aspektene, eventuelt at de økonomiske insentivene tilknyttet de aktuelle målkravene fjernes. Siden det virker som at DPS-ledernes fokus trekkes i retning av målkravene på grunn av den aktivitetsbaserte finansieringskomponenten, må også de eventuelle kvalitative målene tilfestes en økonomisk belønning for å eliminere målforskyvningsproblemet. En innføring av kvalitative eller faglige

mål uten at måloppnåelse med hensyn til disse leder til en økonomiske belønning, vil mest sannsynlig ikke ha noe særlig effekt på målforskyvningsproblematikken.

Informantenes manglende ytringer om fjerning av de nåværende målkravene kan forstås som et noe overraskende empirisk funn. Dette er overraskende ikke minst siden disse målkravene, jf. diskusjonen tilknyttet H1, synes koblet til det såkalte befolkningsansvaret. Dette er altså ansvarsforhold som i flere tilfeller krever en avveining opp mot pasientansvaret som behandlerne forvalter. Siden informantene (behandlerne) ikke synes å bære på et ønske om å *erstatte* dagens målkrav med mål som er mer på linje med behandlingsansvaret, tyder dette på at behandlerne muligens også indentifiserer seg med forhold tilknyttet befolkningsansvaret. Ved å *legge til* kvalitetsmål- og/eller resultatkrav ved siden av dagens målkrav, vil behandlerne trolig få et større handlingsrom til å tilpasse seg pasientenes behov og utøve den behandlingen de mener er passende. Samtidig blir det da mer opp til behandlerne selv å avveie pasientens behov, behandling og behandlingsforløp opp mot målkravene tilknyttet befolkningsansvaret.

6.6 «Gaming» av styringssystemet

Det empiriske datamaterialet gir ikke støtte til forventning H7, som uttrykker at behandlerne i poliklinikkene «gamer» styringssystemet. Det finnes ingen indikasjoner på at en direkte manipulasjon av resultatinformasjon finner sted ved de undersøkte poliklinikkene, altså at behandlerne rapporterer om oppnådde resultater som ikke har rot i virkeligheten. Fraværet an slik gaming-adferd begrunnes av informantene med at behandlere har lite å «vinne» på å oppgi uriktig informasjon. Siden resultatregistreringer og -rapporteringer i de fleste tilfeller er tilknyttet pasientjournaler, som eksterne aktører/instanser har innsynsrett i, er det få (om noen) som tør dikte opp ikke-reelle pasientmøter eller gjennomførte aktiviteter.

I den nevnte forventningen ble det antatt å finne en adferd som samsvarer med gaming-typen «threshold effects». Det er imidlertid svært lite som tyder på at en slik adferd finnes i de studerte poliklinikkene. Det finnes heller ingen indikasjoner som kan tolkes dithen at «threshold effects» er et potensielt fremtidig problem. Siden måltallskravet stilles som individuelle og differensierte krav, og ikke som et enhetlig resultatmål for alle, finnes det få perverse insentiver for «høy-presterende» behandlerne til å svekke sine prestasjoner til gjennomsnittlig prestasjon eller til å bare nå, men ikke overgå, det gitte resultatmålet. Det at

det som nevnt tas hensyn til en rekke faktorer og aspekter i utarbeidelsen av de individuelle måltallene, kan tyde på at ledelsen tilpasser måltallene til en realistisk forventet *maksimums*innsats for hver behandler – hvor en behandler med mange «lette pasienter» får et høyere forventet måltall enn en behandler med flere «vanskelige pasienter». Slik at muligheten for i det hele tatt å *kunne* prestere bedre enn det ledelsen forventer (hvis en bare hadde gidde) ikke er et reelt problem. Gitt DPS-ledelsen kontinuerlig utarbeider måltall som forventer (korrekt) individuell *maksimums*innsats kan gaming i form av «threshold effects» vanskelig oppstå ved poliklinikkene.

Det ble også forventet å finne en gaming-adferd som korresponderer med såkalt «output distortion». «Output distortion» referer, som skissert i teorikapittelet, til adferd hvor en innfrir satte mål- og resultatkrav ved å fordreie og/eller manipulere innsats og prestasjon på målområder, og som gir utilsiktede effekter på tilknyttede umålte prestasjons- og resultatasppekter (Bevan og Hood 2006). En slik adferd og effekt resulterer i at *karakteren* til tjenesten eller produktet som produseres (output) endres i forhold til ønsket eller forespeilet karakter. Bevan og Hood (2006) påpeker i denne sammenhengen at en vanlig «output distortion»-effekt er at mål- og resultatmål oppnås på bekostning av tjenestens eller produktets kvalitative karakter. Således minner dette om målforskyvning slik dette ble diskutert i forbindelse med H5. Men, mens målforskyvning forstås som en styringssystem-indusert adferd (som følge av manglende mål/måling på enkelte områder/aspekter), tilknyttes «output distortion» en adferd hvor en aktør mer eller mindre intensjonelt prøver å oppnå mål ved å endre eller manipulere karakteren til tjenesten som produseres – en endring som ikke er intendert med utformingen av det aktuelle målet (Hood 2006). Et eksempel på en slik «output distortion», identifisert i Bevan og Hood (2006) i det engelske helsesystemet, er en sykehuspraksis hvor pasienter ble pålagt å vente i ambulanser utenfor sykehus til det aktuelle sykehuset var sikker på at pasienten kunne bli tatt hånd om innen fire timer (mål om maks fire timers ventetid *innenfor* sykehuset). Denne praksisen hindret også mange ambulanser fra å kunne rykke ut. Det finnes imidlertid ikke noe i denne studien som engang er i nærhet av å likne på noe som dette. Det er videre få utsagn fra informantene som beviselig kan tolkes i retning av en bevisst manipulasjon eller fordreining av en tjenestes eller en aktivitets karakter med den hensikt om å innfri målkravene ved de studerte poliklinikkene. Likevel ble det rapportert om adferd som kanskje kan *minne* om «output distortion». En informant antydte at kvaliteten ved skrivearbeidet generelt, også i epikriser og journaler, svekkes av at behandlerne oftere benytter standardformuleringer fremfor mer tilpassede notater. Slike

«standardformuleringer» kan kanskje være notatkopier fra en pasientjournal til en annen. En annen informant insinuerte at enkelte kolleger ved vedkomnes klinikk har noe som kan tolkes som påfallende mange telefon-konsultasjoner. Informantene påpeker at så fort en spør «hvordan går det?» til en pasient, kan man registrere aktiviteten og ta en takst. Hvorvidt et slikt forhold var intendert med utformingen av den aktuelle refusjonstaksten, eller hvorvidt dette i det hele tatt kan klassifiseres som en *autentisk konsultasjon* er diskutabelt.

Utover det at behandlerne «innimellom» prioriterer tiltak utfra hva som er lønnsomt, tyder empirien på at det er lite gaming tilknyttet finansieringsordningen ved de studerte enhetene. Det er finnes altså ingen holdepunkter som skulle tilsi at det foregår en form for datamanipulering eller annen type mistenkelig adferd med hensikt om å oppnå høyest mulig inntekter for DPSet, slik en har sett eksempler på i det somatiske helsevesenet. Lægreid og Neby (2016) viser eksempelvis til en rekke avdekkede «kodeskandaler» i norske (somatiske) sykehus som vitner om at bruk av belønningssystemer basert på standardiserte mål lett kan lede til gaming-adferd. En av leder-informantene refererte til en av sakene skissert i Lægreid og Neby (2016) under intervjuet, og påpekte at saken førte til så store konsekvenser for det aktuelle sykehuset at det var noe en aldri ville kopiert i DPSet. Dette kan tyde på at det er en bevissthet rundt muligheten for å «game» finansieringsordningen, men at konsekvensene av «kodeskandalene» muligens har hatt en så avskrekkende effekt at dette ikke gjøres ved DPSet.

7 Konklusjon

Denne studien har hatt som overordnet formål å undersøke hvordan og på hvilken måte mål- og resultatstyring påvirker behandlerne i det psykiske helsevernet for voksne. Oppgaven har tatt sikte på å beskrive styringssystemet ved voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker, og i tillegg svare på to problemstillinger: 1) Svekkes kvalitetsaspekter i behandlingsarbeidet som følge av MRS-systemet? og 2) Begrenses behandleres faglige autonomi som følge av MRS-systemet?

Gjennom det sammensatte teoretiske rammeverket, som er ment å skulle forklare trekk ved utformingen og konsekvensene av mål- og resultatstyringen i de undersøkte poliklinikkene, ble det utviklet syv forventninger som denne oppgavens analyse er basert på. Analysen tyder på at rammeverket er egnet til å forklare og belyse deler av styringspraksisen, og tilpasningene og konsekvensene som medfølger en slik styringsform. Jeg vil i dette konklusjonskapittelet besvare problemstillingene ved å vise til hovedfunnene i oppgaven, forklare hvordan disse relaterer seg til forskjellige sider av problemstillingene og diskutere studiens resultater i lys av foreliggende forskning. Helt til slutt vil jeg vurdere generaliserbarheten av funnene, og komme med noen forslag til videre forskning.

7.1 Studiens hovedfunn

Utformingen og praktiseringen av mål- og resultatstyring i DPSene og de voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikkene synes på enkelte områder å likne på den idealtypiske beskrivelsen av MRS som et operativt styringsverktøy. For det første har DPSene og senterlederne tilsynelatende myndighet til å utforme driften og styre poliklinikkene mot å nå målene stipulert i driftsavtalene. Delegeringen av beslutningsmakt fra overordnet nivå til senterlederne synes å være reell, og lederne understreker at de holdes ansvarlig for resultatene DPSene og poliklinikkene produserer. For det andre viser det empiriske materialet at det tas i bruk operasjonaliserte styringsparametere og resultatindikatorer som muliggjør måling og vurdering av poliklinikkens og behandlerens resultater. Antallet definerte mål behandlerne og seksjonene skal nå er samtidig sterkt begrenset, og de tre målkravene poliklinikkene faktisk styres etter fungerer som et tydelig signal på hvor ledernes oppmerksomhet rettes. For det tredje rapporteres og registreres informasjon relatert til behandlerens resultater og

måloppnåelse kontinuerlig i det pasientadministrative systemet - DIPS, og informasjonen benyttes aktivt av lederne i vurderings- og kommunikasjonsarbeidet, eksempelvis ved oppfølgings- og medarbeidersamtaler. Empirien og analysen tydere avslutningsvis på at måloppnåelse er tilknyttet et delvis disiplinerte «system» hvor aktuelle resultater belønnes og/eller sanksjoneres. Dette er imidlertid ikke et formalisert eller standardisert belønning- og sanksjonssystem, da ledernes anerkjennelse, som er identifisert som den viktigste disiplineringsmekanismen i poliklinikkene, i stor grad er skjønnsbasert. Likevel tyder analysen på at streben etter anerkjennelse fra lederne fungerer som stabile og skjerpene disiplineringsmekanismer. Alle de nevnte faktorene indikerer at styringssystemet i poliklinikkene kan kategoriseres som mål- og resultatstyring.

På den andre siden er det enkelte funn som tyder på at bruken av MRS i poliklinikkene avviker fra den idealtypiske fremstillingen av styringsverktøyet foreskrevet i DFØs veileder. Som vist i analysen, kan kun ett av de tre målkravene poliklinikkene styres etter forstås som et resultatmål. De to andre målkravene kategoriseres derimot som adferdsmål, og de er således ikke i tråd med prinsippene for mål- og resultatstyring (Lægreid m.fl. 2006, Johnsen 2013, SSØ 2010). Måltallskravet og i noen grad fristbrudd- og ventetidskravet gir informasjon og data som omhandler poliklinikkens tjenesteproduksjon (som jf. DFØ er en viktig målekvalitet), men de tre målene kan i beskjeden grad sies å være konsentrert om de (aller) viktigste forholdene ved virksomhetene. Målkravene og tilknyttede indikatorer gir utelukkende kvantitativ informasjon om arbeidet behandlerne utfører, mens de mer kvalitative resultataspesktene og de bredere effektene av tjenesteytingen, på pasientene så vel som for samfunnet for øvrig, er helt fraværende fra målstrukturen. Målkravene og indikatorene dekker derfor hverken *alle* viktige sider av arbeidet som utføres ved poliklinikkene, slik et velfungerende MRS-system skal gjøre (Lægreid m.fl. 2006), eller de mest sentrale aspektene av behandlernes aktiviteter. Det siste kan forstås som kjerneaktiviteter relatert til kvaliteten av pasientbehandlingen, og resultater og effekter av denne. Målkravene synes således å være rettet mot aspekter av arbeidet som er enklere å måle.

Denne studien tyder altså på at det er den vide formen for mål- og resultatstyring som benyttes ved DPSene og poliklinikkene. Det vil si at de generelle ideene i MRS er til stede i styringssystemet som benyttes, men at styringsmodellen er noe omformet og tilpasset virksomhetene. Disse funnene støtter således andre empiriske studier (se Lægreid m.fl. 2006, Christensen m.fl. 2006 og Askim m.fl. 2015) som har vist til at MRS i norske virksomheter

varierer til dels betydelig fra den idealtypiske styringsmodellen. I Læg Reid m.fl. (2006) studie av MRS i Norge påpekes det at styringsutformingen i ulike virksomheter er preget av få effektmål og lite effektorientert styring, samt at styringen er mer orientert mot aktivitet- og resultatmål. Det samme bildet tegnes i Askim m.fl. (2015) studie av fem norske virksomheter. I sistnevnte studie vises det til at mål som referer til resultater er langt mer utbredt enn mål som referer til effekter. Disse forskningsresultatene samsvarer godt med funnene i denne oppgaven. På andre områder skiller imidlertid mine empiriske funn seg fra enkelte forskningsresultater i de nevnte studiene. I motsetning til Læg Reid m.fl. (2006), viser min studie at DPSenes og VOPenes overordnede mål kommer fra hierarkisk overordnet nivå, at resultatindikatorer i stor grad benyttes i styringen av virksomhetene, og at måloppnåelse belønnes/sanksjoneres – gjennom ressursallokering for DPSene, og gjennom anerkjennelsesbaserte belønnings- og straffetiltak for behandlerne i poliklinikken. Det må imidlertid konstateres at Læg Reid m.fl. (2006) studie påpeker at sanksjoner/belønninger brukes som en del av MRS i enkelte virksomheter med tjenesteyting eller produksjon som primæroppgave. Dette støttes i min studie og av mine empiriske funn. Avslutningsvis skiller min studie seg fra Læg Reid m.fl. (2006), og til en viss grad fra Askim m.fl. (2015), ved at målene og indikatorene i mine studieenheter beskrives som konkrete, produksjonsorienterte og kvantitetsfokuserede. Disse forskjellene i forskningsresultater kan skyldes at de nevnte studiene bygger på undersøkelser av virksomheter på høyere hierarkiske nivå, nærmere det politiske nivået, enn det hierarkiske nivået DPSene og poliklinikkene befinner seg på.

Når det gjelder den første problemstillingen, om kvalitetsaspekter i arbeidet til behandlerne i poliklinikkene svekkes som følge av MRS-systemet, tyder det empiriske materialet og den etterfølgende analysen på at det er slik at styringssystemet muligens reduserer kvaliteten i aktivitetene som ytes. Det er flere forhold i denne studien som tilsier dette. Empirien viser for det første til enkelte kvalitetshevende aspekter som behandlerne gjerne gjør før, mellom og etter konsultasjoner som tidvis nedprioriteres for å nå målkravene som stilles i poliklinikkene. Dette knyttes imidlertid til de spesifikke periodene hvor trykket på poliklinikkene er høyt, og gjelder i større grad de behandlerne som må «ta igjen tapt aktivitet», enn behandlere generelt. Datamaterialet gir likevel et innrykk av at behandlere må holde målkravene på avstand for å kunne ivareta de kvalitetshevende aspektene. Dette kan bety at kvaliteten i arbeidet svekkes av en ukritisk tilpasning til målkravene og indikatorene.

For det andre bemerker analysen at målkravene og styringssystemet bidrar til en målforskyvning. Målkravene poliklinikkene styres etter er begrensede, de er konsentrert mot produksjon og det såkalte befolkningsansvaret, og dekker ikke sentrale kvalitetsaspekter ved arbeidet som utføres. Samtidig hevdes det at ledernes oppmerksomhet og anerkjennelse i alle fall *delvis* er koblet til måloppnåelse. Dette er forhold som tilsynelatende trekker behandlerne mot å nå målene på bekostning av umålte og ikke-kvantifiserbare forhold, slik som aktiviteter som øker kvaliteten i og effekten av pasientbehandlingen. Målkravene og kvaliteten i arbeidet som utføres er ikke nødvendigvis motstridende størrelser, men det er heller ikke slik at det som er det kvalitativt beste alltid går overens med målkravenes kvantitative fokus. En kan eksempelvis ikke både ha høy gjennomstrømning og samtidig gi det kvalitetsmessig beste tilbudet, hvis det siste innebærer lange behandlingsforløp. Informantene i denne studien uttrykker en frykt for at målstyringsstyringssystemet kan dreie arbeidet og behandlernes oppmerksomhet mot å behandle «flest», ikke nødvendigvis «best». Dette forklares med at forholdene behandlerne måles på, og måten dette måles, favoriserer handlemåter som bidrar til høye kvantitative resultater – handlemåter som ikke nødvendigvis harmonerer med hva behandlerne anser som det kvalitativt beste for pasienten.

Ved å undersøke forholdene rundt ekstern motivasjon og intern motivasjon, har denne studien forsøkt å skille mellom styringssystemindusert adferd, og adferd som følger av individuelle ønsker. Mens tilpasningene som skisseres i de to foregående avsnittene kan skyldes styringssystemets eksterne insentiver, tyder mine funn på at behandlerens interne motivasjonen også spiller en rolle i deres innsats og adferd. Behandlernes interne motivasjon synes å være tilkoblet det såkalte pasientansvaret og det å yte kvalitet i behandlingen. Samtidig viser analysen at behandlere også har eksterne insentiver tilfestet pasientansvaret. Disse faktorene kan muligens forklare hvorfor enkelte behandlere velger å nedlegge innsats for å ivareta kvalitetsaspekter i arbeidet selv om dette reduserer muligheten for å nå målene. Dette kan igjen være en plausibel forklaring på hvorfor mange informanter påpekte at det ikke har kommet til det punktet hvor kvaliteten i arbeidet deres er «nevneverdig» svekket. Det er en fare for at de eksterne insentivene tilknyttet målkravene kan svekke behandlernes indre motivasjon. Likevel finner ikke denne studien noe som tyder på dette. En mulig forklaringsfaktor kan være at DPS-lederne og seksjonslederne ved utvalgsenhetene bemerker seg og anerkjenner hva behandlerne gjør på flere områder – ikke bare resultater knyttet til målkravene. Behandlernes interne motivasjon for å ivareta pasientansvaret kan også være en forklaring på hvorfor jeg ikke har funnet noe gaming-relatert adferd ved de studerte enhetene.

Når det gjelder den andre problemstillingen, om at autonomien til behandlere begrenses som følge av MRS-systemet, tyder flere forhold sett i kombinasjon på at autonomien til behandlerne i poliklinikkene innskrenkes noe som følge av styringssystemet. En kan lett oppfatte det begrensede antall mål som skal nås som et uttrykk for at behandlerne har et betydelig handlingsrom til å styre arbeidet slik de finner det hensiktsmessig innenfor MRS-systemet. Denne studien tyder på at dette er en sannhet med modifikasjoner. For å forstå hvordan målene og styringssystemet begrenser behandlernes autonomi må en se forbi antallet mål og hva målene uttrykker.

I denne studien er det den kliniske/faglige autonomien som undersøkes. Denne forstås som handlingsrommet behandlerne har til å selvstendig kunne velge og utforme det behandlingsopplegget (innholdet og rammene) som er passende utfra faglige premisser og pasientens behov (Utvåg m.fl. 2014). Hvis det hadde vært slik at lederne eller styringssystemet hadde overstyrt behandlernes faglige bestemmelser på en direkte måte og/eller forhåndsbestemt tilpasninger til pasientenes behov, ville dette vært et klart uttrykk for en svekkelse av behandlernes faglige autonomi. Det er imidlertid lite i denne studien som tyder på at dette er tilfellet. Likevel bemerkes det at behandlerne på mange måter er nødt til å tilpasse sine handlinger til styringsrammene, og innrette adferden slik at målkravene innfris. Siden enkelte handlinger og beslutninger passer bedre enn andre for å innfri målkravene, legger styringssystemet tilsynelatende føringer på hvilke handlingsvalg som er hensiktsmessige å gjøre, og hvilke beslutninger som er formålstjenlige. Eksempelvis vil det enkelte behandlere mener er en tilpasning til pasientenes behov og/eller egne faglige vurderinger, redusere mulighetene for å oppnå målene og vise ledelsen at de er «gode» arbeidstakere. Dette kan være å beholde «mindre syke» pasienter over en lengre periode eller redusere antallet konsultasjoner for å reflektere og planlegge mer rundt de faktisk skal ha. Flere informanter i denne studien påpeker at målkravene tidvis resulterer i raskere utskrivninger av såkalt umotiverte pasienter, kortere behandlingsforløp, begrensninger i bruk av ambulante- og gruppebaserte behandlingsformer, mer tidsbruk til registrering, og mindre tid til å hente seg inn, tenke og reflektere rundt hver enkelt pasient. Dette skjer innenfor forsvarlighetens grenser, men på tvers av hva flere behandlere mener er faglig ønskelig og på tvers hva behandlerne ville gjort hvis disse styringsrammene ikke fantes. Det vil si at selv om behandlerne har *muligheten* til å følge sin egen overbevisning, er det ikke nødvendigvis slik at denne muligheten er helt reell. Det kan dermed se ut som om den enkelte behandler har et

begrenset handlingsrom til å utforme behandlingsopplegg etter eget skjønn. Styringssystemet synes således å innskrenke behandlernes faglige autonomi, men på en indirekte måte.

I Utvåg m.fl. (2014) påpekes det at det kun finnes to norske studier som har undersøkt behandleres opplevelse av eksterne forholds påvirkning på deres kliniske autonomi i offentlig psykisk helsevern. I den mest relevante av disse for denne studien; Dimmen og Ødegårds (2012) kvalitative studie om endringer i det polikliniske tjenestetilbudet i offentlig psykisk helsevern for voksen og opplevelser av ytre forholds påvirkning på behandleres kliniske autonomi, melder informantene i undersøkelsen om at de opplever «*at deres kliniske autonomi påvirkes av økt overordnet styring, økt krav om dokumentasjon, økt krav til standardisering og økt henvisningsmengde*» (Dimmen og Ødegård 2012: 1065). De to forskerne konkluderer studien med at funnene tyder på behandleres kliniske autonomi er satt under betydelig press som følge av produksjonskravene som stilles. Dette samsvarer i så fall godt med det denne oppgaven har kommet frem til.

En begrensning av behandlernes faglige autonomi er imidlertid ikke ensbetydende med noe negativt, i alle fall sett gjennom samfunnets øyne. Muligens er begrensingen noe som er villet fra helsemyndighetenes side, da dette kan føre til at behandlerne vektlegger befolkningsansvaret mer (Statens helsetilsyn 2000, 2001). En (for) stor grad av autonomi kan gi en uforholdsmessig høy vektning av pasientansvaret (jf. diskusjonen tilknyttet H1), som igjen kan bety unødvendig lange behandlingsforløp og færre konsultasjoner daglig (ibid.). For den øvrige befolkning kan dette bety lengre ventetider og et manglende tilbud for de ønsker det.

En studie utført av Grepperud og Bei (2012) basert på tall fra 2007 fra fem DPS, hevder at om en prioriterte å gi et begrenset poliklinisk tilbud til alle man valgte å avvise, ved å omfordele konsultasjoner fra pasienter som allerede har et tilbud, ville det ikke gitt noe mer enn en moderat reduksjon i tilbudet til de innskrevne pasientene. Studien er imidlertid basert på kvantitativ produksjonsdata, og ser ikke på de kliniske konsekvensene av en slik omprioritering.

7.2 Begrensninger i studien og generalisering av funn

I metodekapittelet ble det påpekt at ambisjonen med casestudier ofte er todelt – både å belyse det aktuelle caset, og å gi innsikter i liknende case (Gerring 2007). Er mine funn om styringssystemets utforming ved de studerte enhetene, samt styringssystemets effekter på kvalitet og autonomi gyldig for andre studier og/eller liknende case? Å generalisere funnene fra denne studien til å gjelde andre tilfeller er problematisk, men som skissert i de foregående avsnittene så samsvarer enkelte av mine funn med andre studiers funn. Dette styrker dermed muligheten for at resultatene kan være gyldige for andre undersøkelser. Voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker er imidlertid enheter som befinner seg innenfor et særegent styringshierarki, de ansetter unike profesjonsgrupper som utfører såpass spesielle kjerneoppgaver at det er vanskelig å kunne generalisere funn fra denne studien til andre tjenesteytende virksomheter utenfor det psykiske helsevernet. Jeg mener likevel at denne studien bidrar til en dypere og bredere innsikt i *mulige* tilpasningsstrategier –og effekter som kan oppstå som følge av slike styringssystem – også i andre tjenesteytende virksomheter.

Denne studien kan først og fremst bidra til å si noe overordnet om styringssystemet som benyttes ovenfor behandlere i voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker og effektene denne kan gi. Som påpekt finnes det flere forskrifter, regelverk, retningslinjer, styringsbestemmelser og organisatoriske rammer som er gjeldene for alle slike poliklinikker i Norge. Eksempelvis vil alle poliklinikker styres etter to av målene referert til i oppgaven, om enn med ulike krav, da disse uttrykkes i aktuelle forskrifter og det er utviklet nasjonale indikatorer (se helsenorge.no/kvalitetsindikatorer) for dem. Måltallskravet og antallet pasienter som står på venteliste, vil imidlertid avhenge av demografiske variabler og andre forhold ved opptaksområdet til DPSene og HFene. Muligens stilles det i tillegg andre mål og/eller krav til DPSer som ikke omfattes av denne studien. Utvalget i denne studien gir altså ikke et ubetinget grunnlag for å generalisere funnene til andre behandlere, ledere og/eller voksenpsykiatriske poliklinikker. Kun tre sentre/klinikker er studert, det er intervjuet et begrenset antall informanter, og som skissert i studien, vil tilpasninger til styringssystemet variere fra behandler til behandler. Videre kan det ikke utelukkes at min forforståelse kan ha farget funnene i noen grad, noe som ofte er en fare ved kvalitative studier. Det har derfor vært viktig for meg å påpeke mangler ved denne studien, og skrive så detaljert og transparent som mulig, slik at det kan overlates til leseren å vurdere om funnene er relevant for ens egen forskning.

Jeg har likevel en oppfatning av at denne studien gir et innblikk i et empirisk felt som i liten grad har vært gjenstand for tidligere organisasjons- og styringsstudier. Studien gir således et godt grunnlag for videre studier med liknende tematikk.

Leseren må imidlertid være oppmerksom på to forhold utelatt fra studien som muligens påvirker studieenheterne, og som dermed kan tenkes å påvirke funnene i denne oppgaven. På grunn av oppgavens begrensede omfang er ikke samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) skissert i oppgaven, og faktorer tilknyttet reformen er derfor utelatt. Siden samhandlingsreformen ikke har en like direkte innvirkning på styringsutformingen til de psykiatriske virksomhetene i spesialisthelsetjenesten slik sykehusreformen og opptrappingsplanen har, ble den ansett som mindre relevant for denne studien relativt til de to reformene. Det betyr imidlertid ikke at reformen ikke kan ha påvirket styringen i de studerte enhetene. Eksempelvis kan det tenkes at fokuset på pasientgjennomstrømning og utskrivninger ved studieenheterne har sammenheng med at det finnes et ledd utenfor spesialisthelsetjenesten som kan ta imot og behandle pasientene videre etter utskrivning.

Den andre dimensjonen som mangler i oppgaven er forholdet til, og diskusjon rundt, fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. At denne dimensjonen påvirker hvordan det styres i DPSene og poliklinikkene er høyst sannsynlig, særlig siden ressurser følger med pasientenes valg av behandlingssted (Høstmølingen 2014). Likevel, på grunn av oppgavens begrensede omfang har det ikke vært mulig å studere og skissere alle aspekter som kan tenkes å påvirke styringsutformingen ved utvalgsenheterne like eksplisitt. Særegne aspekter tilknyttet fritt sykehus- og behandlingsvalg har derfor måttet vike slik at andre aspekter kan dekkes større i detalj.

7.3 Videre forskning og veien videre

Denne studien har pekt på adferd og tilpasningseffekter som styringssystemet i poliklinikkene synes å lede til, og forsøkt å forklare hvorfor og hvordan disse oppstår ved hjelp av det teoretiske rammeverket. Studien har imidlertid ikke undersøkt hvordan pasienter opplever behandlingen som ytes eller hvilke effekter behandlernes adferd og tilpasninger har på pasientenes behandlingsresultater. Det er ikke nødvendigvis slik at opplevelsene eller oppfatningene til behandlerne og pasientene omkring styringssystemet, den mulig svekkelsen i kvalitet og begrensingen i autonomi, samsvarer med hverandre. En ting er hvordan

tjenesteyter opplever situasjonen, men den kan oppleves som noe helt annet for mottaker. Det vil si at man ikke kan fastslå med sikkerhet hvorvidt kvaliteten på behandlingen faktisk er svekket, eller om den oppleves som det fra pasientenes side. Studien fastslår heller ikke hvilke effekter innskrenking av autonomi faktisk har på pasientene eller på samfunnet for øvrig.

For å undersøke hva de mulige samfunnsmessige og kliniske konsekvensene av denne studiens funn er, foreslår jeg at fremtidig forskning tar utgangspunkt i en effektstudie. En særlig interessant og viktig vinkling i en slik undersøkelse kan være å studere rehenvisninger av pasienter. Dette vil for det første kunne si noe om hva effektene av mål relatert til gjennomstrømning og utskrivning av pasienter er. For det andre vil en slik studie kunne si noe (men ikke alt) om kvaliteten på behandlingen som ytes, og for det tredje si noe om autonomien til behandlerne. En dimensjon tilknyttet det siste kan være at en komparativt undersøker situasjoner hvor enkelte utskrivinger skyldes rene tilpasninger til styringssystemet, mens andre utskrivinger skyldes helt og holdent tilpasninger til faglige skjønnsvurderinger. En slik studie vil i større grad enn denne kunne isolere effektene av styringssystemet. Studien kan således benyttes for å utdype denne studiens konklusjoner, og for å støtte opp om eller avvise funnene fremsatt i oppgaven.

I andre fremtidige studier kan det også være interessant å rette søkelyset mot de forhold og aspekter som ikke er dekket i denne oppgaven, slik som samhandlingsreformen og fritt sykehus- og behandlingsvalg, og belyse hvilken virkning disse har på styringen av og i DPSene og poliklinikkene.

Denne studien har pekt på flere utfordringer ved bruk av mål- og resultatstyring i poliklinikkene. Det betyr ikke nødvendigvis at en må avvise MRS som styringsverktøy, og heller erstatte det med andre styringsteknikker. Utfordringen ligger i å utforme styringen på en slik måte at den fungerer hensiktsmessig. Funnene i denne studien kan tyde på at de problemene behandlerne opplever ikke kun kan skyldes styringsverktøyet i seg selv, men heller målkravene som stilles. For å få bukt med svekkelsen av kvalitetsaspekter, og for å øke den faglige autonomien, må det utformes reelle kvalitetsmål som har bred legitimitet hos behandlerne. Det bør også utvikles styringsindikatorer som i større grad retter seg mot de kvalitative aspektene av behandlernes arbeid, og effektene disse gir. Studien tyder også på at det kan være hensiktsmessig å redusere den aktivitetsbaserte andelen av et DPS' budsjett. Disse forholdene er imidlertid noe helsemyndighetene i stor grad rår over.

Litteraturliste

- Askim, Jostein, Tom Christensen og Per Lægred (2015) «Accountability and Performance Management: The Norwegian Hospital, Welfare, and Immigration Administration» *International Journal of Public Administration* 38: 971-982
- Askim, Jostein, Ragna Eltun og Eivind Fremstad (2014) Mål- og resultatstyring. Riktig oppskrift for styring i statsforvaltningen? I: Baldersheim, Harald og Øyvind Østerud (red.) *Det norske demokratiet i det 21. århundre*. Bergen: Fagbokforlaget
- Askim, Jostein (2013) «Hvordan styres statlige virksomheter, etter hvor fort de løper eller i hvilken retning de løper?» Innlegg på DFØs årskonferanse 24.01.2013
- Beckmann, Matthew og Richard L. Hall (2013) *Elite Interviewing in Washington, DC*. I: Mosley, Layna (red.) *Interview research in Political Science*. USA: Cornell University Press
- Bevan, Gwyn og Christopher Hood (2006) «What's Measured is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Healthcare System». *Public Administration* 84(3): 517–538.
- Bryman, Allan (2004) *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Bryn, Sverre (2015) «Helseministeren misforstår» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 52(5): 428
- Christensen, Tom, Morten Egeberg, Helge O. Larsen, Per Lægred, og Paul Roness (2010) *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, Per Lægred, Paul Roness, og Kjell Arne Røvik (2009) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, Per Lægred og Inger Marie Stigen (2006) «Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform» *International Public Management Journal* 9(2): 113-139.
- Diefenbach, Thomas (2009): «New Public Management in public sector organizations: The dark sides of managerialistic "enlightenment"» *Public Administration* 87: 892-909

- Dimmen, Ø og Ødegård, A (2012) «Du må vite hvordan kasseapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne» *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 49(11): 1061–1066
- Eisenhardt, Kathleen M (1989) «Agency Theory: An Assessment and Review», *The Academy of Management Review*, 14(1): 57-74.
- Friberg, Janne Horgen (2015a) «Hvor står NPM-debatten nå?» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 52(6): 522-523
- Friberg, Janne Horgen (2015b) «New Public Management og helseprofesjonenes ansvar» *Matrix – Nordisk tidsskrift for psykoterapi* 32(2): 69-79
- Gallagher, Mary (2013) Capturing Meaning and Confronting Measurement. I: Mosley, Layna (red.) *Interview research in Political Science*. USA: Cornell University Press
- George, Alexander L. og Andrew Bennett (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Gerring, John (2007). *Case Study Research. Principles and Practices*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grepperud, Sverre og Honghong Bei (2012) «Mange tjenester til få – eller færre til flere?» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 49(12): 1162-1165
- Guilfoyle, Simon (2012) «On Target? – Public Sector Performance Management: Recurrent Themes, Consequences and Questions» *Policing*. Oxford University Press
- Heinrich, Carolyn J. og Gerald Marschke (2010). «Incentives and their Dynamics in Public Sector Performance Management Systems» *Journal of Policy Analysis and Management* 29(1): 183–208
- Heinrich, Carolyn J. (2007) «False or fitting recognition? The use of high performance bonuses in motivating organizational achievements» *Journal of Policy Analysis and Management* (26): 281–304
- Hood, Christopher (2006) «Gaming in Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services» *Public Administration Review* 66(4): 515–521.

- Høstmælingen, Andreas (2014) «Klinisk ekspertise og New Public Management» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 51: 453-460
- Leech, Beth L, Frank Baumgartner, Jeffrey Berry, Marie Hojnacki og David Kimbal (2013) Lessons from the «Lobbying and Policy Change» Project. I: Mosley, Layna (red.) *Interview research in Political Science*. USA: Cornell University Press
- Lynch, Julia F. (2013) Aligning Sampling Strategies with Analytic Goals. I: Mosley, Layna (red.) *Interview research in Political Science*. USA: Cornell University Press
- Lund, Thorleif (2002) Metodologiske prinsipper og referanserammer. I: Lund, Thorleif (red.) *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag
- Løkke, Per Are (2014) «Når depresjon blir et nasjonalt problem – En kritikk av retningslinjeideologien» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 51: 122-131
- Læg Reid, Per og Simon Neby (2016) «Gaming, Accountability and Trust: DRGs and Activity-Based Funding in Norway» *Financial Accountability & Management* 32(1): 57-79
- Læg Reid, Per, Paul G. Roness og Kristin Rubecksen (2006) «Performance Management in Practice: The Norwegian Way». *Financial Accountability and Management* 22 (3): 251-270
- Læg Reid, Per, Ståle Opedal og Inger Marie Stigen (2005) «The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30 (6): 1027-1064
- Johnsen, Åge (2013) *Målstyring, medvirkning og muligheter*. Oslo: Unio
- Johnsen, Åge (2007) *Resultatstyring i offentlig sektor: konkurranse uten marked*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martin, Cathie Jo (2013) Crafting Interviews to Capture Causes and Effects. I: Mosley, Layna (red.) *Interview research in Political Science*. USA: Cornell University Press
- Mosley, Layna (2013) Introduction. «Just Talk to People»? Interviews in Contemporary Political Science. I: Mosley, Layna (red.) *Interview research in Political Science*. USA: Cornell University Press

- O'Flynn, Janine (2004) «From New Public Management to public value: Paradigmatic change and managerial implications» *The Australian Journal of Public Administration* 66: 353-366
- Pettersen, Inger Johanne og Kari Nyland (2008) «Mellom politikk og marked – om styringsutfordringer i statlige foretak» *Magma – Tidsskrift for økonomi og ledelse* 11(4):34-45
- Pettersen, Inger Johanne og Lars Fallan (2010) «Mål og mening? – Om styringsdilemmaer i offentlig sektor» *Praktisk økonomi & finans* 01(27): 99-111
- Pettersen, Inger Johanne (2001) «Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen» *Tidsskrift for Den norske legeforening* 121(18)
- Standal, Kari, Anders Gaasland og Turid Haug (2014) «Tellesystemer på avveie» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 51(?): 489-490
- Strand, Nina (2012) «Psykologer i skvis» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 49(3): 269-274
- Tessand, Heidi (2015) «Sutrete om tellekrise» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 52(5): 427
- Tjora, Aksel (2010) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Utvåg, Karina M., Susanne Steinkopf og Helge Holgersen (2014) «Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 51(10): 861-867
- Våpenstad, Eystein V. (2015) «Statsråd Høie og DDR-staten» *Tidsskrift for norsk psykologforening* 52(5): 429
- Yin, Robert K. (2014) *Case Study Research. Design and Methods* (5th Edition). Los Angeles, Calif.: SAGE

Dokumenter, rapporter, lover og forskrifter

Finansdepartementet (2015). *Reglement for økonomistyring i staten. Bestemmelser om økonomistyring i staten*. Fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 5. november 2015

Folkehelseinstituttet (2009) *Psykkiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Forskrift om pasientjournal (2000). *Forskrift om pasientjournal*.

Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp (2007) *Forskrift om godtgjørelse av utgift til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak*. (Poliklinikkforskriften)

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Oppdragsdokument 2016. Helse Sør-Øst RHF*

Helse Sør-Øst RHF (2016) *Oppdrag og bestilling 2016 for [REDACTED] HF*

Helsedirektoratet (2013a) *Distriktpsykiatriske tjenester 2012. Driftsindikatorer for distriktpsykiatriske sentre* (Rapport IS-2123). Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2013b) *Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR)* (Veileder IS-1541). Trondheim: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014) *Distriktpsykiatriske tjenester 2013. Driftsindikatorer for distriktpsykiatriske sentre* (Rapport IS-2235). Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2015a) *Distriktpsykiatriske tjenester 2014. Driftsindikatorer for distriktpsykiatriske sentre* (Rapport IS-2395). Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2015b) *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014* (Rapport IS-2301). Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2015c) Prioriteringsveilder – psykisk helsevern for voksne. Hentet fra:
<http://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-voksne>

Helsedirektoratet (2016) Høring: Mulig omlegging av den aktivitetsbaserte finansieringsordningen for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB fra 2017 (Høringsnotat)

Helseforetaksloven (2001) *Lov om helseforetak m.m.*

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*

Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Helse- og omsorgsdepartementet

Norsk Psykiatrisk Forening (2010) "*Mennesker som hjelper mennesker*": utviklingsplan for Norsk Psykiatrisk forening 2010-2015. Oslo: Norsk Psykiatrisk Forening

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. Sosial- og helsedepartementet

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*

Prioriteringsforskriften (2000) *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd*

Riksrevisjonen (2008) *Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem* (Dokument nr. 3:5). Oslo: Akademika

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Sosial- og helsedirektoratet (2006) Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (Veileder IS-1388). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

SSØ (2010) *Resultatmåling. Mål- og resultatstyring i staten*. Oslo: Senter for statlig Økonomistyring

St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet

Statens helsetilsyn (2000) *Psykiatriske poliklinikker: En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien* (Utredningsserie 4-2000). Oslo: Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn (2001) *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker* (Utredningsserie 2-2001) Oslo: Statens helsetilsyn

██████████ HF (2016) *Driftsavtale mellom Klinikk for psykisk helse og rus og ██████████*
DPS

Vedlegg 1 – Intervjuguidene

Intervjuguide – ledere

A. Åpningsspørsmål

- 1) Hvor lenge har du arbeidet som DPS/VOP-leder?
 - Hvilken faglig/utdanningsbakgrunn har du?
- 2) Hvilke endringer i styringssystemet har du opplevd i den tiden du har arbeidet i det psykiske helsevernet for voksne?
 - Spesifiser

B. Mål- og resultatstyring

- 3) Hvilke resultater og mål styres det etter ved VOP (klinikknivå)?
 - Hvorfor disse? Satt av overordnet nivå?
 - Kan du si noe om produksjonskravene som stilles til VOP?
 - Hvordan måles klinikkens resultater og måloppnåelse?
- 4) Hvilke mål- og resultatkrav stilles til hver enkelt behandler?
 - Hvilke resultatindikatorer og styringsparametere benyttes i målingen av disse?
 - Oppnås målene og resultatkravene?
- 5) Hvilke *aktivitetsmål* stilles til behandlerne?
- 6) Hvordan finansieres poliklinikken?
 - På hvilken måte fungerer driftstilskuddssystemet?
- 7) Hvilke konsekvenser har finansieringssystemet på styringen av klinikken?
 - Knyttet til kravene som stilles?
- 8) Påvirker driftstilskuddsordningen arbeidet som behandlerne/klinikerne utfører?
 - Gir det noen økonomiske insentiver? Hvilke?
- 9) Hva brukes rapporter/informasjon om mål- og resultatoppnåelse til?
 - Hvordan?
- 10) På hvilke måter får poliklinikkens prestasjoner konsekvenser for klinikken/DPSet?
 - Belønning/sanksjoner
- 11) På hvilke måter får individuelle prestasjoner konsekvenser?
 - Belønning/sanksjoner

C. Autonomi

- 12) Vil du si at DPSet gis tilstrekkelig frihet til å styre slik dere ønsker?
 - På hvilke måte?
- 13) På hvilke områder bestemmes behandlingen og tilbudet til pasientene av mål og produksjonskrav som stilles til DPSet fra overordnet nivå?
 - Er det et press på for å oppfylle styringsmål selv om det går på tvers av andre/faglige vurderinger?

- 14) Hvor stor kontroll/frihet har de enkelte klinikerne over behandlingen og tilbudet som gis pasientene?
- Innskrenker styringssystemet behandlerens selvstendige bestemmelser?
- 15) Tror du det er et ønske om mer autonomi hos klinikerne?
- Hvorfor?
- 16) I hvor stor grad vil du si at styringssystemet standardiserer arbeidet klinikerne utfører?
- Fører registrerings- og rapporteringsrutiner til en form for standardisering?

D. Kvalitet/kvantitet

- 17) Hvilken rolle spiller effektivitet i behandlingen/ arbeidet som utføres?
- Hvordan defineres/forstås effektivitet i arbeidet?
 - Hvilke styringsmål stilles av effektivitetsfremmende hensyn?
- 18) Legges det mer vekt på kvantitative eller kvalitative forhold i styringssystemet?
- På hvilke måter legges det for lite vekt på kvalitet?
 - Kan du forstå hvorfor enkelt mener dette?
- 19) Tror du effektivitetspresset svekker kvaliteten i arbeidet som utføres?
- Kan du forstå at enkelte mener det er en motsetning mellom kravene om å tilpasse mål, og det å gjøre en faglig god jobb som kliniker?
- 20) På hvilke måter mener du styringssystemet fanger opp kvalitativ pasientbehandling?
- Er styringssystemet til hinder for kvalitet i behandlingen?

E. Avrundning

- 21) Før vi runder av, lurer jeg bare på om det er noe jeg burde spurt om. Er det noe du ikke har formidlet, som du ønsker å formidle?

Intervjuguide – behandlere/klinikere

A. Åpningsspørsmål

- 1) Hvor lenge har du jobbet som kliniker i det psykiske helsevernet for voksne?
- 2) Har du opplevd noen endringer i styringssystemet i den tiden du har arbeidet som kliniker?
 - Hvilke og hvordan?

B. Mål- og resultatstyring

- 3) Hvilke (overordnede) mål- og resultatkrav stilles til hver enkelt/deg som behandler?
 - Hvilke resultatindikatorer og styringsparametere benyttes for å måle oppnåelsen av disse?

- Hvordan vil du karakteriserer disse målene og resultatkravene?
- 4) Hvordan virker mål- og resultatkravene inn på deg og arbeidet som utføres?
 - I hvilken grad formes ditt fokus av mål og resultat?
 - Oppnår du målene og resultatkravene som settes?
 - Oppnås disse på bekostning av noe annet?
- 5) Hvilke *aktivitetsmål* styres du som behandler etter?
- 6) Hvilke effekter har registreringer og rapporteringer på din arbeidshverdag/arbeidet du utfører?
 - Hva brukes disse til? Fører disse til noe positivt for arbeidet som utføres?
 - Er det mulig å jukse med rapportering/registrering/telling? Kjenner du til slike tilfeller?
- 7) Er det noe du mener burde, men som ikke, telles/måles i arbeidet idag?
 - Kan du si noe om dette opp mot produksjons/resultatkravene som faktisk stilles?
- 8) Hvordan påvirker driftstilskudd-systemet arbeidet du utfører?
 - Gir det noen økonomiske insentiver?
- 9) På hvilke måter får individuelle prestasjoner med hensyn til mål- og resultatoppnåelse konsekvenser for den enkelte?
 - Belønning/sanksjoner

C. Autonomi

- 10) På hvilke områder bestemmes behandling og tilbud av mål og produksjonskrav?
 - Legger styringssystemet føringer på hvordan du skal arbeide/hva eller hvem du skal prioritere/faglig aktivitet?
- 11) Hvor stor kontroll/frihet opplever du at du har over behandlingen og tilbudet som gis pasientene?
 - Opplever du at det presses på for å oppfylle styringsmål selv om det går på tvers av dine egne vurderinger/ønsker?
 - På hvilken måte føler du at det kreves en tilpasning til systemet?
- 12) I hvilken grad vil du si at styringssystemet er basert på tillit til deg som profesjonsutøver?
 - I forhold til kontroll? Følelse av detaljstyring?
- 13) Føler du at styringssystemet begrenser dine muligheter for å utøve skjønn?
 - Hvordan og hvorfor?
- 14) I hvilken grad opplever du at ledelsen utøver press av økonomiske hensyn?
- 15) I hvor stor grad vil du si at styringssystemet standardiserer arbeidet som utføres?
 - Fører registrerings- og rapporteringsrutiner til en opplevelse av standardisering?
- 16) Enkelte hevder at systemet fører til en deprofesjonalisering av feltet – hva mener du?

D. Kvalitet/kvantitet

- 17) Mener du det legges mer vekt på kvantitative eller kvalitative forhold i styringssystemet?

- På hvilke måter fanger systemet opp kvalitet? På hvilke måter/områder legges det for lite vekt på kvalitet?
 - Er styringssystemet til hinder for kvalitet/god pasientbehandling?
- 18) I hvilken grad mener du styringssystemet støtter oppom de faglige standardene du forfekter/ønsker å arbeide etter?
- Kolliderer systemet med klinisk ekspertise?
- 19) Hvilken rolle spiller effektivitet i behandlingen?
- Hva er et effektivt behandlingsforløp?
 - Tror du effektivitetspresset svekker kvaliteten i arbeidet som utføres?
- 20) Opplever du at kvalitative behandlingshensyn nedprioriteres/svekkes som følge av kvantitative målkrav?
- Opplever du en motsetning mellom mål- og resultatkravene, og det å gjøre en faglig god jobb som kliniker?
 - Hvordan?
 - Vil det si at det lønner seg å produsere middelmådig behandling?

E. Avrundning

- 21) Før vi runder av, lurer jeg bare på om det er noe jeg burde spurt om. Er det noe du ikke har formidlet, som du ønsker å formidle?

Vedlegg 2 – Liste over informanter

<u>Informant</u>	<u>Utvalgsenhet</u>	<u>Dato</u>
Bakgrunnsinformant	-	11.01.2016
DPS-leder	1	08.03.2016
VOP-behandler	1	08.03.2016
VOP-behandler	1	08.03.2016
DPS-leder	2	04.03.2016
VOP-behandler	2	04.03.2016
VOP-leder	3	22.03.2016
VOP-behandler	3	07.03.2016
VOP-behandler	3	07.03.2016