



UiO • Universitetet i Oslo

Hvordan kan en tillitsreform utformes i den norske spesialisthelsetjenesten? - En Scoping Review.

Silje Svejstrup Elde & Tonje Johanne Pettersen

Masteroppgave i Organisasjon, Ledelse og Arbeid
30 studiepoeng

Vår 2022

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Universitetet i Oslo

30 mai 2022

Sammendrag

Interessen rundt tillit i styringen og ledelsen av offentlig sektor har økt de siste årene i de skandinaviske landene. Dette har også vært av økende interesse i profesjonsbaserte organisasjoner som preges av sterke normer og verdier. Som følge av innføringen av mål- og resultatstyring har kontrollen og overvåkingen over de profesjonelt ansatte økt, noe som oppleves som et uttrykk for mistillit. Dette har reist debatten om reformer inspirert av New Public Management og medfølgende styringsmodeller har ført til mistillit mellom ledelsen og de profesjonelt ansatte. På bakgrunn av dette peker flere aktører på et behov for økt tillit og autonomi til de profesjonelt ansatte ved en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten. Hvordan en tillitsreform skal utformes er derimot ikke entydig.

Formålet med denne oppgaven er å presentere et forslag på hvordan en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten kan utformes basert på problemstillingen *“Hvilke problemer står den norske spesialisthelsetjenesten overfor knyttet til mål- og resultatstyring, og hvordan kan en tillitsreform løse de problemene?”*. Ved å gjennomføre en scoping review av litteraturen på området har vi kartlagt de sentrale bidragene, og presentert de sentrale argumentene og diskursene. Litteraturen omhandler utfordringer og problemer som oppstår som følge av mål- og resultatstyring, tillitsbasert styring og ledelse i offentlig sektor og unike kjennetegn for den norske spesialisthelsetjenesten. I tillegg har vi identifisert noen begrensninger ved litteraturen og forslag til videre forskning.

På bakgrunn av vår scoping review har vi identifisert følgende problemer ved mål- og resultatstyring er detaljstyring, begrenset autonomi og handlingsrom, samt kontroll og overvåking. Videre har vi identifisert ulike elementer en tillitsreform kan inneholde for å løse de problemene. Vi argumenterer for at en fjerning av mål- og resultatstyring ikke er hensiktsmessig, og styringen burde i større grad være basert på overordnede mål. Videre kan en tillitsreform utformes ved å redusere detaljstyring, øke autonomi og handlingsrom til de profesjonelt ansatte, samt legge til rette for selvstyre basert for de profesjonelt ansatte.

Denne oppgaven bidrar til forskningsfronten ved å oppsummere og kombinere ulike bidrag som belyser den relevante tematikken, og på denne måten skapes det ny innsikt i temaet tillitsbasert styring og ledelse i offentlig sektor. I tillegg gir oppgaven et unikt innblikk i de problemene som den norske spesialisthelsetjenesten står overfor, og bidrar med et forslag til hvordan en

tillitsreform kan utformes og tilpasses de særegne problemene. Dette er et bidrag som kan utvikle forskningsfronten med hvordan en tillitsreform kan utformes i offentlig sektor for å ivareta viktige hensyn. Derfor kan oppgaven være viktig for aktører med stor interesse for tillitsbasert styring og ledelse i offentlig sektor, særlig i norsk kontekst.

Forord

Denne masteroppgaven er vårt avsluttende bidrag til masterutdanningen Organisasjon, Ledelse og Arbeid ved Universitetet i Oslo. Inspirasjonen for oppgaven er grunnet i tidligere bachelorstudium, og interesse for offentlig sektor og tilhørende reformaktivitet. Oppgaven har kommet på plass gjennom samtaler med veileder og interne diskusjoner mellom forfatterne.

Vi har siden bachelorstart i 2017 utfordret, støttet og hjulpet hverandre, både faglig og sosialt. Vi vil derfor takke hverandre for god innsats i masteroppgaven. Det har vært lange dager, og mye frem og tilbake når vi har lært oss en ny metode. Det har vært en lærerik prosess hvor vi har lært mye faglig, men også mye om oss selv og hverandre. Dagene har vært gode, men det har også vært dager med mindre motivasjon, og vi er derfor stolt over å kunne levere et godt bidrag.

Vi vil også rette et stort takk til Lars Erik Kjekshus, professor ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo. Du har vært en tålmodig, konstruktiv og støttende veileder gjennom hele prosessen. Du har utfordret oss når det kommer til både forskningsmetode og rammeverk, og dette har løftet oppgaven betraktelig. Uten din veiledning hadde denne prosessen vært betydelig mer utfordrende.

Avslutningsvis vil vi takke våre samboere, Magnus og Steffen, for å ha utvist tålmodighet, støtte og forståelse for et utfordrende og krevende semester med lange arbeidsdager. Takk for gode og støttende samtaler gjennom semesteret. Vi vil også takke andre venner og familie for deres støtte.

God lesning!

Oslo, 30 mai

Silje Svejstrup Elde & Tonje Johanne Pettersen

Innholdsfortegnelse

<i>Tittelside</i>	1
<i>Sammendrag</i>	2
<i>Forord</i>	4
1.0 Innledning	7
<i>1.1 Tillitsreform i offentlig sektor</i>	8
<i>1.2 Bakgrunn for spesialisthelsetjenesten</i>	10
<i>1.3 Begrepsavklaring og problemstilling</i>	11
<i>1.4 Forutsetninger og avgrensninger</i>	12
<i>1.5 Oppgavens oppbygning</i>	13
2.0 Metode	14
<i>2.1 Hva er en Scoping Review?</i>	14
2.1.1 Styrker og begrensninger ved scoping reviews	15
2.1.2 Begrunnelse for valg av metode	17
<i>2.2 Fremgangsmåte</i>	17
2.2.1 Formulere forskningsspørsmål og avgrensninger	18
2.2.2 Identifisere relevante studier og artikler.	18
2.2.3 Utvelgelse av artikler	20
2.2.4 Beskrivelse av data	21
2.2.5 Samle og oppsummere data	22
<i>2.3 Validitet og reliabilitet</i>	22
3.0 Resultater	24
<i>3.1 Karakteristikk ved litteraturutvalget</i>	24
<i>3.2 Litteraturutvalget</i>	26
4.0 Analyse	33
<i>4.1. Hvilke utfordringer står spesialisthelsetjenesten overfor i dag knyttet til mål- og resultatstyring?</i>	33
4.1.1 Autonomi og profesjonelle verdier	33
4.1.2 Den Norske spesialisthelsetjenesten	35
<i>4.2 Hvordan kan en tillitsreform utformes for å løse problemene som følger av mål- og resultatstyring i den norske spesialisthelsetjenesten?</i>	39
4.2.1 Tillitsbasert styring	39
4.2.2 Forholdet mellom tillit og kontroll	42
4.2.3 Selvstyre	45
4.2.4 Rollekonflikt og hybrid ledelse	46
5.0 Diskusjon	48
<i>5.1 Hvilke problemer står spesialisthelsetjenesten overfor i dag knyttet til mål- og resultatstyring?</i>	48
<i>5.2 Hvordan kan en tillitsreform utformes for å løse problemene som følger av mål- og resultatstyring i den norske spesialisthelsetjenesten?</i>	51
5.2.1 Tillitsbasert styring	51

5.2.2 Tillitsbasert ledelse	55
5.2.3 Selvstyre	57
5.3 Oppsummering og illustrasjon	59
6.0 Avslutning	64
6.1 Oppsummering og konklusjon	64
6.2 Begrensninger og fremtidig forskning	65
Litteraturliste	68
Vedlegg	74

1.0 Innledning

Innføringen av eierskapsreformen i 2002 har ført til at styringen i norsk spesialisthelsetjeneste er basert på verktøy som mål- og resultatstyring fra reformbølgen New Public Management (NPM) (Christensen, Lægreid og Stigen, 2006, s.115). Mål- og resultatstyring legger sterke føringer på prioriteringer, prosedyrer og behandlingsalternativer gjennom finansielle verktøy, og andre styringsmekanismer som kontroll med resultater, generelle retningslinjer, og aktivitetsrapportering. Slike styringsmekanismer kan redusere det faglige handlingsrommet og muligheten til tilpasset behandling, noe som er i kontrast til det medisinske etos og profesjonelle verdier. (Smith, 2015, s.359).

Introduseringen av formelle og eksterne kontrollverktøy har utfordret prinsippet om tillit og selvstyre (Christensen mfl., 2006, s.117). Sykehus omtales ofte som profesjonsorganisasjoner hvor de ansatte har en sterk grad av tilhørighet til profesjonen og atferden reguleres av profesjonsnormer, i tillegg til at de ansatte trenger stor grad av autonomi for å løse komplekse oppgaver (Kjekshus, 2003, s.445-446). Styringsregimet basert på mål- og resultatstyring har styrket kontroll og har dermed begrenset handlingsrommet til profesjonene, og klinisk kompetanse, medbestemmelse og faglig autonomi (Christensen mfl., 2006, s.117; Ackroyd, Kirkpatrick og Walker, 2007, s.12-13; Hippe og Trygstad, 2012, s.92).

Kjekshus (2020, s.1) argumenterer for at styringsformer som mål- og resultatstyring som er fremtredende i eierskapsreformen har bidratt til å skape en tillitskrise i spesialisthelsetjenesten på grunn av sterke profesjonsnormer og betydningen av autonomi. Tilliten blant de ansatte i helseforetakene er lav sammenlignet med andre sektorer som utdanning- og høyskolesektoren, samt departementer og direktorater (Drange, Falkum og Wathne, 2020, s.44). Dette understreker poenget om at reformer inspirert av NPM har påvirket tilliten mellom ledere og ansatte i negativ retning (Drange mfl., 2020, s.44). De profesjonelt ansatte innenfor spesialisthelsetjenesten uttrykker et direkte ønske for mer tillit, både fra ledelsen i foretakene og samfunnet når det kommer til utøvelsen av faglig skjønn og medisinfaglige avgjørelser (Kuldova, Drange, Enehaug, Falkum, Underthun, Wathne, 2020, s.69).

Den norske legeforeningen tar til orde for en reduksjon i måling av prosesser og resultater, og at de målingene som gjennomføres må oppleves som meningsfulle og understøttende for arbeidet (Den Norske Legeforeningen, 2015). I tillegg pekes det på at handlingsrommet til

fagprofesjonene må økes, og at en innføring av tillitsbasert styring og ledelse i helsesektoren kan bidra til økt motivasjon hos de ansatte (Den Norske Legeforening, 2015). Det er derfor viktig å finne en balanse mellom tillit og kontroll for å sikre både økonomisk forsvarlig styring og motiverte ansatte i helsetjenesten (Den Norske Legeforening, 2015).

1.1 Tillitsreform i offentlig sektor

Dette kan indikere et behov for en tillitsreform i spesialisthelsetjenesten, men imidlertid er det uenigheter om hva slike tillitsreformer burde inneholde, og hvordan de burde utformes. (Kjekshus, 2020, s.1). Utgangspunktet for en slik reform er å utvikle tillit i alle ledd i offentlige organisasjoner, og erstatte den nåværende kontroll- og rapporterings baserte styringen med en tillitsbasert styring (Aspøy, 2016, s.14). Tillitsbasert styring og ledelse i offentlig sektor handler i stor grad om å øke autonomien til de profesjonelt ansatte, og skape grunnlag for at tilliten også aksepteres og returneres fra underordnet til overordnet i vertikale styringsrelasjoner (Bentzen, 2018, s.11).

Det debatteres også hvorvidt mål- og resultatstyring faktisk er en motsetning til tillitsbasert styring (Bjurstrøm, 2021; Johnsen, 2012, s.50; Direktoratet for Forvaltning og Økonomistyring, 2021). Kritikken av mål- og resultatstyring bunner ofte ut i at styring blir for detaljorientert, og har for omfattende rapporteringskrav. Mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring har et felles utgangspunkt i en holdning om effektiv delegering av ansvar til de som er nærmest oppgaveløsningen, og at de ansatte kan og vil gjøre en best mulig jobb. Derfor hevdes det at det ikke er noen motsetning mellom mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring som styringsprinsipp i staten. (Direktoratet for Forvaltning og Økonomistyring, 2021; Bjurstrøm, 2021). Derimot viser det seg i praksis at mål- og resultatstyring fører til for mye kontroll og rapportering til overordnede, og at styringen blir for aktivitets- og detaljorientert. I tillegg hevdes det at målstyringen er basert på mistillit mellom den styrende og styrte. (Johnsen, 2012, s.50). Det hevdes at dette systemet, som mange tror er målstyring, egentlig er aktivitetsstyring eller stram politisk detaljstyring. (Johnsen, 2012, s.51).

Overdreven detaljstyring på aktivitetsnivå og uhensiktsmessige kontrollregimer kan gå på bekostning av tillit fordi handlingsrommet og den faglige autonomien snevres inn (Johnsen, 2012, s.51; Bjurstrøm, 2021, s.2). Dersom styringen baseres på tydelige overordnede mål, og legger til rette for et større handlingsrom og økt grad av frihet i oppgaveløsningen vil de ansatte

oppleve større grad av tillit til den faglige kompetansen de besitter (Lavik, 2015, s.36; Direktoratet for Forvaltning og Økonomistyring, 2021). Tillit kan videreføres fra overordnet nivå ved forsvarlig internkontroll og hensiktsmessig dokumentasjon og rapportering. Da vil tillitsbasert styring og god praksis av mål- og resultatstyring kunne være to sider av samme mynt. (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2021). Der er derfor et sentralt poeng at mål- og resultatstyring må tilpasses konteksten og den enkelte virksomhet for at styringsformen skal fungere mest mulig hensiktsmessig og formålstjenlig (Bjurstrøm, 2021, s.7-8). Men hvordan kan dette se ut i praksis? Det er dette vi tar sikte på å avdekke ved denne masteroppgaven.

Debattene om tillitsreformer er fremtredende i de skandinaviske landene, men hvor langt man har kommet varierer stort (Aspøy, 2016). Danmark var tidlig ute med å innføre en tillitsreform i 2013 (Aspøy, 2016, s.14), og blant annet Vallentin og Thygesen (2017) og Bentzen (2018) har undersøkt denne reformen nærmere, og betydningen av tillit i offentlig sektor. Den svenske regjeringen har bestilt en utredning om styringen av offentlig forvaltning fra Statskontoret, og de har et ønske om en styringsmodell basert på tillit (Aspøy, 2016, s.16).

I Norge har Oslo kommune igangsatt et pilotprosjekt i hjemmetjenesten hvor de ansatte får muligheten til å kontrollere mer av arbeidsdagen sin (Aspøy, 2016, s.16). Effektene av prosjektet har vært gjenstand for masteroppgaver (Kristoff og Kristoff, 2019; Lavik og Johansen, 2021), og symboliserer at fenomenet er et dagsaktuelt og nytt tema. Reformen i Oslo kommune hadde som formål å redusere detaljstyringen og styre etter tydelige overordnede mål, selv om mål- og resultatstyring skal fortsette som grunnlag for styringen (Kristoff og Kristoff, 2019, s.7). Tillitsreformen skulle også redusere graden av kontroll og måling av aktiviteter, og heller fokusere på forventninger til resultater, og øke autonomien til de ansatte (Kristoff og Kristoff, 2019, s.7). Den norske regjeringen har startet arbeidet med å utvikle en tillitsreform i offentlig sektor hvor forslaget har blitt sendt ut på høring hvor aktuelle aktører kan sende inn innspill (Regjeringen, 2022). Oppsummert kan man derfor si at tillitsbasert styring og ledelse er et nytt fenomen i de skandinaviske landene, og denne masteroppgaven er et forsøk på å identifisere hvordan en tillitsreform kan se ut i den norske spesialisthelsetjenesten.

1.2 Bakgrunn for spesialisthelsetjenesten

Helsetjenestene i Norge deles inn i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenestene driftes av kommunene, og under spesialisthelsetjeneste innlemmes de regionale helseforetakene som drifter sykehusene, og andre institusjoner og tilbud relatert til psykisk helsevern, rehabilitering, habilitering samt rusbehandling i hver region. (Helse Midt-Norge, 2017). Tidlig på 1990-tallet merket man en økning av antall innlagte pasienter i tillegg til økte bevilgninger (St.meld. nr. 50 (1993-1994) s.14). For å forbedre kvaliteten og redusere bruken av ressurser i helsetjenesten ble det foreslått en klarere og sterkere styring av helsetjenesten. Formålet med Eierskapsreformen var å bedre kvaliteten og styringen i sykehusene, ved å innføre faglige retningslinjer for prioritering av pasienter, målstyring og resultatvurdering, økonomiske og organisatoriske virkemidler, og ved å styrke pasientenes rettigheter. (St.meld. nr.50 (1993-1994) s.46).

De to sentrale elementene i eierskapsreformen av 2002 var overføring av eieransvaret for helse- og spesialisthelsetjenestene til staten samt innføring av en foretaksorganisering av virksomhetene (Ot. prp. nr. 66, 2001, s.2). Eierskapsreformen av 2002 var inspirert av trenden New Public Management med innføring av innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg, i tillegg til økt kontroll og resultatstyring (Kjekshus, 2003, s.449-451). Eierskapsreformen medførte også innføringen av enhetlig og profesjonell ledelse hvor det blir lagt vekt på økonomiske prinsipper til fordel for faglig kvalitet, og høy grad av kontroll gjennom mål- og resultatstyring (Kuldova mfl., 2020, s.66; Kjekshus, 2003, s.454). Dette har ført til at ledelsen i sykehusene må ha mer administrativ kompetanse for å sikre mål- og resultatoppnåelse, og det er derfor ikke nok å ha en profesjonsbakgrunn for å kunne være leder (Kjekshus, 2003, s.454). I tillegg har byråkratiske verktøy som kliniske retningslinjer, detaljerte styringsdokumenter og enkle kvalitetsindikatorer blitt innført for å sikre lik praksis (Kjekshus, 2003, s.454). Det pekes på at dette i tillegg til mål- og resultatstyring har ført til en byråkratisering av helsesektoren, og en reduksjon av faglig skjønn (Kjekshus, 2003, s.445 og s.454).

Hvert år fordeler Helse- og omsorgsdepartementet penger til de regionale helseforetakene via statsbudsjettet, og i tillegg blir det utformet et bestillingsdokument hvor det blir beskrevet krav til aktiviteter og kvalitet på helsetjenestene (Regjeringen, 2022). Helseministeren er eier av de regionale helseforetakene og kan utøve eierstyringen på det årlige foretaksmøtet, hvor bestillingsdokumentet leveres til foretakene. På slutten av året rapporterer helseregionene

hvordan de har løst oppdraget ved hjelp av den årlige meldingen. (Helse Midt-Norge, 2017). Formell evaluering og overvåkning skjer ved at departementet krever formelle rapporter som avdekker ressursfordeling, finanser og aktivitet til de enkelte sykehusene, og sykehusene sikres dermed statlig finansiering. (Christensen mfl., 2006, s.117).

I tillegg har finansieringssystemet innenfor helsevesenet blitt endret ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) (Kjekshus, 2003, s.452). Dette innebærer at inntektene til sykehusene beregnes etter hvor mange pasienter de behandler, hvilke typer sykdommer som behandles og hvor lenge pasientene er innlagt på sykehuset (Helsedirektoratet, 2019). Aktivitetsmål og antall poeng er basert på systemet “diagnoserelaterte grupper” (DRG) som også danner grunnlag for sammenlikning på tvers av de ulike sykehusene (Helsedirektoratet, 2019). Satsene har en øvre grense, og bestemmes på nasjonalt nivå basert på en kostnadsvurdering av gjennomsnittlig ressursbruk for ulike prosedyrer og diagnoser. Det hovedsakelige formålet med ISF og DRG er å fungere som et styringsverktøy for eiere, resultatmål for sykehusenes virksomhet, og fungere som insentiv til økt produksjon (Kjekshus, 2003, s.452; Christensen mfl., 2006, s.118).

1.3 Begrepsavklaring og problemstilling

Forståelsen av tillit i denne oppgaven er basert på definisjonen til Mayer, Davis og Schoorman som definerer tillit som “tilbøyeligheten til en aktør å være sårbar overfor en annen aktørs handlinger, og stole på at den underordnede gjennomfører handlinger i tråd med overordnede ønsker, uavhengig av muligheten til å kontrollere og overvåke den andre” (Mayer, Davis og Schoorman, 1995, s.712). Vi forstår profesjonell autonomi og økt handlingsrom som et uttrykk for vertikal tillit, hvor den ansatte vil ha handlingsrom til å utføre oppgaver basert på profesjonelt skjønn uten at lederen utfører kontroll og overvåking. Videre tar vi utgangspunkt i definisjonen av autonomi fra Hackman og Oldham hvor autonomi relateres til graden av frihet, selvstendighet og autonomi som er knyttet til arbeidet som utføres (Hackman og Oldham ((1975) referert i Mastekaasa, 2011, s.37).

Ved å gjennomgå tidligere forskning og ulike vitenskapelige bidrag skal oppgaven klargjøre og adressere behovet for en tillitsreform i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av problemene knyttet til mål- og resultatstyring, og hvordan en tillitsreform kan utformes i spesialisthelsetjenesten. Vi sikter videre på å identifisere kunnskapshull og manglende forskning på temaet ved å utføre en scoping review. Ved å løfte frem ulike teoretiske bidrag og

forskningsbidrag på temaet vil studien gi et innblikk i forskningsfronten, etablerte diskurser og argumenter. På bakgrunn av gjennomgått litteratur vil det også være mulig å identifisere potensielle behov for fremtidig forskning.

Metoden gir oss også mulighet til å koble ulike temaer og teoretiske innfallsvinkler for å skape ny innsikt i temaet, og dermed bidra til forskningsfronten. Tillitsbasert styring i Norge og spesielt i spesialisthelsetjenesten er et nytt og dagsaktuelt tema, og ved å oppsummere sentrale argumenter og teoretiske bidrag vil oppgaven kunne bidra til diskursen og produsere ny kunnskap om hvordan tillitsbasert styring kan innføres i helsesektoren i Norge. I tillegg kan oppgaven brukes som inspirasjon og bidra med nye innfallsvinkler for aktører med interesse for tillitsbasert styring og ledelse i offentlig sektor.

Dette fører til følgende problemstilling som skal besvares:

“Hvilke problemer står den norske spesialisthelsetjenesten overfor knyttet til mål- og resultatstyring, og hvordan kan en tillitsreform løse de problemene?”

For å svare på problemstillingen deler vi den inn i to underliggende forskningsspørsmål;

- Hvilke problemer knyttet til mål- og resultatstyring står den norske spesialisthelsetjenesten overfor i dag?
- Hvordan kan en tillitsreform utformes for å løse problemene som følger av mål- og resultatstyring i den norske spesialisthelsetjenesten?

Ved å undersøke spørsmålene vil vi kunne diskutere en mulig utforming av en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten som kan bidra til å løse problemene knyttet til mål- og resultatstyring.

1.4 Forutsetninger og avgrensninger

I denne oppgaven fokuserer vi på hvordan en tillitsreform og tillitsbasert styring kan øke de profesjonelt ansattes faglige autonomi, og vi har ikke valgt å inkludere hvordan medbestemmelse og medvirkning kan sees på som et uttrykk for tillit. Likevel er det viktig å anerkjenne betydningen av medbestemmelse og medvirkning som viktige prinsipper for tillit i den norske samarbeidsmodellen.

Videre har vi avgrenset oppgaven til å omhandle spesialisthelsetjenesten og helsesektoren, og oppgaven tar ikke sikte på å bevege seg inn på andre offentlige etater eller organisasjoner. Videre vil oppgaven avgrenses til å omhandle profesjonene i sykehusene, som leger, sykepleiere og andre med medisinsk utdanning. Denne avgrensningen skjer på bakgrunn av at oppgaven vil undersøke forholdet mellom ledelsen og de ansatte i spesialisthelsetjenesten, og hvordan ulike styringsformer påvirker de profesjonelt ansattes opplevelse av tillit. Vi undersøker hvordan ulike styringsformer som mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring og ledelse enten legger til rette for eller hindrer tillit i dette forholdet.

1.5 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven er delt inn i 6 kapitler. Innledningen er kapittel 1. Her vil temaet, bakgrunnen, problemstillingen og avgrensninger presenteres.

I kapittel 2 redegjøres det for den valgte metoden, scoping review. Det blir særlig vektlagt hvordan metoden er anvendt i masteroppgaven og fremgangsmåten vår. I tillegg blir fordelene og ulempene ved denne metoden diskutert for å tydeliggjøre de metodiske begrensningene ved oppgaven og gjennomføringen, og vi vil diskutere hva vi har gjort for å begrense de svakhetene metoden medfører.

I kapittel 3 presenteres studiens utvalgte bidrag, og karakteristikken ved utvalget.

I kapittel 4 analyseres resultatene fra kapittel 3, med utgangspunkt i de to underliggende forskningsspørsmålene.

I kapittel 5 diskuteres oppgavens problemstilling basert på de utvalgte bidragene. Diskusjonen tar for seg de sentrale argumentene og funnene fra de inkluderte bidragene. Avslutningsvis i denne delen oppsummeres de sentrale funnene og forslaget til en tillitsreform presenteres ved en illustrasjon.

Deretter avsluttes oppgaven i kapittel 6 med en konklusjon, og en diskusjon om begrensninger ved litteraturen og anbefalinger til videre forskning.

2.0 Metode

Dette kapittelet vil gjøre rede for den metodiske tilnærmingen som er benyttet i oppgaven for å besvare problemstillingen *“Hvilke problemer står den norske spesialisthelsetjenesten overfor knyttet til mål- og resultatstyring, og hvordan kan en tillitsreform løse de problemene?”*. I denne oppgaven har vi valgt å gjennomføre en scoping review, som er et alternativ til en systematisk litteraturgjennomgang. Det finnes ingen idealtyper når det kommer til litteraturgjennomganger, og det er viktig å bemerke at systematiske tilnæringsmetoder også har blitt utsatt for kritikk (Arksey og O’malley, 2005, s.20).

2.1 Hva er en Scoping Review?

Det foreligger ingen felles definisjon for scoping reviews (Levac, Colquhoun, og O'brien, 2010, s. 2; Peterson, Pearce, Ferguson, og Langford, 2017, s.12). En definisjon utviklet av Daudt, van Mossel og Scott (2013) er:

Scoping studies søker å kartlegge litteraturen innenfor et spesifikt tema eller forskningsområde, og gir mulighet til å identifisere sentrale konsepter, hull i litteraturen, og ulike typer av kilder og argumenter som grunnlag for informasjon til handlinger, policy-utvikling og videre forskning (Daudt, van Mossel og Scott, 2013, s.8).

Det overordnede formålet med en scoping review er å raskt kartlegge sentrale konsepter som understøtter et tematisk område ved å identifisere tilgjengelige kilder, bidrag, argumenter og diskurser. En scoping review anvendes ofte innenfor komplekse og brede tematiske områder, og hvor området ikke tidligere har blitt undersøkt på en omfattende måte. (Arksey og O’malley, 2005, s.21). Videre er formålet med studien å fremstille ny kunnskap og innsikter ved å kartlegge og formulere allerede etablerte argumenter, konsepter og studier. Kartleggingsprosessen og oppsamling av informasjon bidrar også til å avdekke hull i litteraturen og kunnskapen ved å lage en oversikt over etablert kunnskap på det aktuelle området. Resultatet av en scoping review studie er en presentasjon av dataen, materiale og argumenter knyttet til det undersøkte temaet, med minimale eller ingen statistiske modeller og informasjon. (Peterson mfl., 2017, s. 13).

Rammeverket utviklet av Arksey og O'malley (2005) presenterer fire anledninger til hvorfor en scoping review kan være en fordelaktig fremgangsmåte for oppnå målet med den konkrete studien. Den første anledningen er å undersøke et tematisk område for å avdekke hvor omfattende forskningsaktiviteten er, og identifisere de sentrale bidragene og materialet. Videre kan en anledning til å gjennomføre en scoping review være å avgjøre hvorvidt det er verdifullt og mulig å gjennomføre en systematisk litteraturgjennomgang. En tredje anledning til å gjennomføre en slik studie kan være å oppsummere resultater og data, for å beskrive funn og i hvilken grad området er vel gjennomgått, for aktører som ikke selv har ressurser til å gjennomføre en slik gjennomgang. Den siste anledningen gir mulighet til å identifisere hull i forskningen og litteraturen. Ved å kartlegge og oppsummere data gir dette grunnlag for videre analyser og konklusjoner om det tematiske området, og om det finnes noen begrensninger ved litteraturen og forskningen. (Arksey og O'malley, s.21). Vi har valgt å gjennomføre en scoping review fordi vi ønsker å identifisere sentrale bidrag på området og presentere de sentrale argumentene og diskursene. I tillegg ønsker vi å identifisere begrensninger ved litteraturen for å gi forslag til videre forskning på temaet. Basert på innhentet litteratur kan vi besvare problemstillingen, og gi et forslag til utformingen av en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten,

2.1.1 Styrker og begrensninger ved scoping reviews

Det finnes sentrale metodiske styrker ved scoping reviews. En sentral fordel ved scoping review er at man ikke sorterer ut studier på bakgrunn av forskningsdesign slik man må i en systematisk litteraturgjennomgang som bare inkluderer studier som har brukt randomiserte eksperiment som metode (Arksey og O'malley, 2005, s.30). Dette gjør at tilnærmingen gir økt fleksibilitet sammenlignet med en systematisk litteraturgjennomgang. En scoping review kan dermed inkludere flere typer av artikler, bidrag og studier, basert på ulike metodologiske fremgangsmåter i tillegg til blandet litteratur. Dette innebærer at ved en slik fremgangsmåte er det mulig å avdekke mer informasjon om et stort område uten at det foreligger begrensninger på hvilken type av informasjon og bidrag som kan inkluderes i studien. (Peterson mfl., 2017, s.13).

Videre er en annen fordel ved scoping review at man på kort tid, sammenlignet med en systematisk litteraturgjennomgang, har mulighet til å avdekke sentrale bidrag innenfor forskningsfeltet og danne en oversikt over karakteristikker ved forskningsbidragene og studiene (Arksey og O'malley, 2005, s.30). En annen styrke ved metoden er at det ikke foreligger

subjektiv påvirkning på resultatene i bidragene som er innlemmet fordi man er begrenset av innholdet og resultatene til studiene (Baumeister og Leary, 1997, s.314). En litteraturgjennomgang vil i de fleste tilfeller bidra med noe nytt til feltet enten ved å finne ut noe nytt, eller ved å avdekke noe som kan lede til mer forskning for å videreutvikle temaet. Dette er i motsetning til f.eks. empiriske studier hvor det finnes en risiko for at resultatene ikke blir statistisk signifikante, og det finnes en risiko for at forskerne manipulerer resultatene. (Baumeister og Leary, 1997, s.314).

Likevel finnes det noen sentrale metodiske begrensninger som er viktig å ta hensyn til. En begrensning ved denne metoden er at kvaliteten og metoden til forskningsbidragene som er inkludert ikke vurderes, noe som kan føre til tvil om resultatene som bidragene presenterer (Arksey og O'malley, 2005, s.30; Levac mfl., 2010, s.1; Baumeister og Leary, 1997, s.318). Dette er en begrensning i motsetning til systematisk litteraturgjennomgang hvor bidragene vurderes basert på metodiske valg og kvalitet. Det argumenteres for at vurdering av kvalitet burde være en nødvendig del av metodens fremgangsmåte for å sikre anvendbare resultat for beslutningstaking og for videre forskning (Daudt mfl., 2013, s. 5-6). For å styrke vår studie med hensyn til denne begrensningen har vi innført kriterier for utvelgelse av bidrag. Det mest sentrale kriteriet er å kun inkludere bidrag fra anerkjente tidsskrift på nivå 1 eller 2 i Norsk senter for forskningsdata (NSD), og dette sikrer at bidragene har en høy faglig standard og er fagfellevurdert. På denne måten har vi vurdert den faglige kvaliteten ved bidragene og kan dermed sikre at resultatene holder en høy faglig standard.

En annen utfordring med metoden er at litteraturgjennomgangen kan generere mye data og informasjon. Dette kan føre til vanskelige beslutninger og avveininger når det kommer til utvelgelse av bidrag. Enten kan det velges en bred tilnærming ved å inkludere et stort antall studier og bidrag om temaet, eller så kan man velge å fokusere på et mindre antall studier og dermed gå i dybden og gi en detaljert presentasjon av hvert enkelt bidrag. (Arksey og O'malley, 2005, s.30). Vi har valgt å inkludere de bidragene som vi ser på som mest sentrale, og som belyser problemstillingen på best mulig måte, og for å kunne presentere de sentrale argumentene og diskursene i litteraturen. I tillegg har vi også valgt å presentere noen studier mer detaljert enn andre fordi noen bidrag gir en inngående forståelse for den norske konteksten og illustrerer de sentrale temaene knyttet til tillitsbasert styring og ledelse i offentlig sektor.

2.1.2 Begrunnelse for valg av metode

Begrunnelsen for anvendelsen av scoping review i denne masteroppgaven er i hovedsak basert på metodens store grad av fleksibilitet og at den gir mulighet for å ha en bred tilnærming til forskningsspørsmålet. Dette fører til at vi kan gjennomføre en mer omfattende studie med en bred tilnærming sammenlignet med en systematisk litteraturgjennomgang som setter begrensninger på hvilken type av bidrag som kan inkluderes i oppgaven. Ved å bruke en scoping review kan vi dermed inkludere flere typer av bidrag, noe som gjør at vi kan fange opp flere argumenter og resultater. I tillegg er tidsbegrensningen av stor betydning for metodevalget hvor en scoping review kan generere flere resultater på en kortere tid enn en systematisk litteraturgjennomgang. Derfor er det hensiktsmessig å velge en metode som gir større resultater på kortere tid.

Som nevnt innledningsvis er et av formålene med oppgaven å avdekke hull i litteraturen, og derfor er det hensiktsmessig å gjennomføre en scoping review. Ved å gjennomføre en slik litteraturgjennomgang kan vi få oversikt over ulike bidrag og manglende forskning på det undersøkte området. Dessuten kan vi koble sammen ulike teoretiske bidrag, se på likheter og ulikheter mellom dem, og dermed produsere ny innsikt i temaet. På denne måten kan oppgaven bidra til forskningen ved å lage en oppsummering av den relevante kunnskapen på det valgte området. Oppgaven kan også fungere som en kilde til kunnskap og erfaring for aktører med interesse for tillitsbasert styring og ledelse i offentlig sektor. I tillegg kan oppgaven bidra med kunnskap og ideer til utformingen av tillitsreformer i norsk offentlig sektor.

2.2 Fremgangsmåte

Et viktig aspekt ved scoping review er at metoden og de ulike stegene i prosessene blir fulgt nøye, og at prosessen er transparent. Dette gir andre muligheten til å gjenskape studien, noe som sikrer at funnene i vår studie er nøyaktige. (Arksey og O'malley, 2005, s. 22). Det rammeverket vi har fulgt inneholder fem ulike steg, og disse stegene vil først redegjøres for teoretisk, og etterpå vil vi forklare hvordan vi har fulgt disse. Det er viktig å bemerke at metoden ikke krever at de fem stegene følges slavisk, men at den åpner opp for at man kan gå frem og tilbake mellom fasene, og dermed også repetere de ulike stegene etter hvert som man blir bedre kjent med litteraturen for å anvende mer treffende søkeord (Arksey og O'malley, 2005, s.22). Den repeterende prosessen mellom fasene og mulighetene for gjentakelse åpner også opp for

refleksjon, og gir mulighet for en forsikring om at all relevant litteratur har blitt kartlagt (Arksey og O'malley, 2005, s.22).

2.2.1 Formulere forskningsspørsmål og avgrensninger

Utgangspunktet for studien er identifiseringen av en overordnet problemstilling og underliggende forskningsspørsmål. Videre er det viktig i startfasen å definere forutsetninger og avgrensninger for at man får så nøyaktige resultat som mulig, og ikke blir sittende igjen med et for stort datamateriale (Arksey og O'malley, 2005, s.23). Det blir anbefalt at man starter med en bred tilnærming for å oppnå bredde i resultatene, og etter hvert kan man søke en mer snever tilnærming dersom man ser at datamengden er uoverkommelig (Arksey og O'malley, 2005, s.23). I tillegg til en bred problemstilling, kan det være fordelaktig å tydelig definere omfanget av undersøkelsen ved å definere sentrale konsepter og målgrupper (Levac mfl., 2010, s. 3).

Vi definerte problemstillingen *“Hvilke problemer står den norske spesialisthelsetjenesten overfor knyttet til mål- og resultatstyring, og hvordan kan en tillitsreform løse de problemene?”*. Videre har vi presisert to underliggende forskningsspørsmål som strukturer oppgaven og bidrar til å svare på det overordnede spørsmålet. De to spørsmålene er; *“Hvilke problemer knyttet til mål- og resultatstyring står den norske spesialisthelsetjenesten overfor i dag?”* og *“Hvordan kan en tillitsreform utformes for å løse problemene som følger av mål- og resultatstyring i den norske spesialisthelsetjenesten?”*. Dessuten har vi avgrenset oppgaven til å kun omhandle profesjonene i spesialisthelsetjenesten, og vi har innledningsvis operasjonalisert de sentrale begrepene tillit og autonomi. Vi har også avgrenset tematikken i oppgaven til å kun omhandle tillitsbasert styring og ledelse, og har utelukket betydningen av medbestemmelse og medvirkning i tillitsbegrepet.

2.2.2 Identifisere relevante studier og artikler.

Poenget med en scoping review som metode er at man identifiserer relevant litteratur som kan bidra til å svare på problemstillingen, og dette åpner opp for å lete aktivt i elektroniske databaser (Arksey og O'malley, 2005, s.23). Etter å ha identifisert relevante bidrag er det mulig å søke gjennom referanselistene for å finne andre studier som belyser det samme temaet (Daudt mfl., 2013, s.5).

For å identifisere relevante bidrag har vi fulgt denne metodikken ved å søke gjennom ulike databaser som “Web of Science”, “International bibliography of the social sciences”, Google scholar, og Universitet i Oslo sin database “Oria”. Vi har videre søkt gjennom de ulike referanselistene til relevante artikler som vi fant i de ulike databasene, og funnet flere viktige bidrag på denne måten. For å sikre fremdrift i prosjektet satte vi en frist på aktivt litteratursøk 31. mars 2022. Etter dette tidspunktet bestemte vi at vi kunne velge ut relevante artikler og studier, men at vi ikke brukte mer tid på aktivt søk.

Videre har vi satt noen begrensninger til litteraturutvalget. Vi har søkt materiale fra 2000 og fremover, og søkt etter nyere bidrag. Videre har vi avgrenset med tanke på språk, hvor bidragene kan være på engelsk, norsk, dansk og svensk. I tillegg har vi avgrenset materialet til land som kan sammenlignes med Norge og derfor holdt oss til bidrag fra henholdsvis Norden og Europa, men også USA og Australia. På grunn av disse begrensningene kan det tenkes at noen relevante eller betydningsfulle bidrag ikke har blitt identifisert og inkludert i studien.

I starten søkte vi på generelle begreper og fikk et innblikk i relevante temaer og litteratur. Vi hadde en bred tilnærming i starten for å fange opp bidrag, og vi fikk derfor mange treff og en stor datamengde. Derfor har vi arbeidet grundig for å utvikle mer treffende søkeord for å navigere i litteraturen. Etter hvert som vi ble kjent med litteraturen anla vi en mer snever tilnærming og søkte på mer spesifikke kombinasjoner av søkeord.

Tabell 1: Søkeord.

Søkeord
IBSS (New Public Management) AND (Public Sector) AND (Health Care) (New Public Management) AND (Trust) AND (Public Sector) AND (Health Care) (Trust) AND (Health Care Professionals) (Trust) AND (Performance Management) AND (Health Care) (Management By Objective) AND (Public Sector) (Trust) AND (Knowledge Based Organizations) (Clinicians Trust) AND (Management) (Trust Based Management) AND (Public Sector) (Trust) AND (Administrative Reforms)
Web Of Science (Trust) AND (Performance Management) AND (Health) (Bureaucracy) AND (Professionalism) AND (Autonomy) (Trust Based Management) AND (Public Sector) (Trust) AND (Administrative reforms) (Trust Based Reforms)

Google Scholar

(Tillit) AND (Helsesektor) AND (Autonomi)
(Trust) AND (Autonomy) And (Performance Management) AND (Health Care)
(Trust Based Management) AND (Public Sector)
(Trust) AND (Administrative Reforms)
(Tillitsbasert Styring) OG (Offentlig Sektor)

Oria

(Tillit) AND (Helsesektor) AND (Autonomi)
(Trust) AND (Autonomy) And (Performance Management) AND (Health Care)
(Trust Based Management) AND (Public Sector)
(Trust) AND (Administrative Reforms)
(Tillitsbasert Styring) OG (Offentlig Sektor)

2.2.3 Utvelgelse av artikler

Neste steg i prosessen er å velge ut relevante artikler og bidrag. For å kunne velge ut bidrag anbefales det å lese sammendragene, selv om det ikke gir et fullt bilde av den enkelte artikkel (Arksey og O'malley, 2005, s.25-26; Levac mfl., 2010, s.6). Utvelgelseskriteriene som danner grunnlag for inkludering eller ekskludering av artikler og bidrag blir bestemt etter gjennomgang av litteraturen når man har fått en bedre oversikt over materialet (Arksey og O'malley, 2005, s.26).

Vi har arbeidet med litteratursøk sammen, men har delt opp bidragene mellom oss for å bruke tiden mest effektivt. Vi har valgt ut enkelte studier selv, men ved usikkerhet har vi konsultert hverandre for å være sikker på om en artikkel skal innlemmes eller ikke. For å redusere den potensielle risikoen ved å ikke vurdere kvaliteten til de ulike bidragene har vi kun innlemmet artikler og studier som er fagfellevurdert fra tidsskrifter som er vurdert til nivå 1 eller 2 hos NSD. Vi har også undersøkt kvaliteten til de norske studiene fra Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon (FAFO), Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og SINTEF for å sikre oss at de er gjennomført etter samfunnsvitenskapelige retningslinjer for forskning før vi innlemmet disse.

Forskningsfeltet vi har valgt å undersøke er bredt, og som nevnt har søkene generert mange treff og en stor datamengde. På bakgrunn av omfanget ved datamengden har vi valgt en hensiktsmessig tematisk tilnærming for å sikre inkludering av ulike perspektiver, relevante diskurser og argumenter. Dette er også en sentral styrke ved metoden, og vi har valgt å

undersøke problemstillingen fra flere vinkler. Likevel er det avgjørende å presisere tydelige kriterier for utvelgelse av bidrag, og tabell 2 henviser til alle kriteriene. Vi har valgt ut bidrag på bakgrunn av problemstillingen og fokusert på bidrag som omhandler tillitsbasert styring i offentlig sektor og helsesektoren, og derfor ekskludert bidrag av mer generell karakter.

Tabell 2: Inkludering og ekskludering

Kriterier	Inkludering	Ekskludering
Tidsperiode	2000-2022	Studier som faller utenfor tidsperioden
Språk	Norsk, Svensk, Dansk og Engelsk.	Studier som er skrevet på et annet språk.
Type av bidrag	Fagfellevurderte artikler, bokkapitler fra fagbøker og forskningsbaserte rapporter.	Artikler som ikke er fagfellevurdert, bokkapitler som er av enklere litteratur, rapporter som ikke er utarbeidet av forskningsinstitutter, og masteroppgaver.
Tema i litteraturen	Bidrag som inkluderer temaene i sammenheng: New Public Management, offentlig sektor, mål- og resultatstyring, tillit, tillitsbasert styring, hybridledelse, klinisk ledelse og helseprofesjoner.	Bidrag som har en generell tematikk og ingen direkte kobling til tillit og tillitsbasert styring.
Populasjon og utvalg	Offentlig sektor og offentlige organisasjoner. Sykehus. Helseprofesjoner.	Bidrag som handler om privat sektor, private organisasjoner. Artikler som ikke berører helseaspekter.

2.2.4 Beskrivelse av data

Etter å ha valgt ut artikler og studier, og lest nøye gjennom dem er neste steg å kartlegge relevante funn fra hver artikkel. En deskriptiv og analytisk metode kan benyttes når man skal lese over alle artikler og studier for å finne grunnleggende informasjon. Dette gjør det enklere for andre som ønsker å gjennomgå resultatene eller gjenta studien, enn dersom man gir et kort sammendrag av hvert bidrag. (Arksey og O'malley, 2005, s.26). Forskerne kan selv velge hvordan informasjonen kategoriseres og presenteres i studien (Daudt mfl., 2013, s.6). Det presiseres at det ikke alltid er gjennomførbart å hente ut all nødvendig informasjon fra hver enkelt studie.

Det er foreslått å inkludere følgende informasjon om den enkelte studie (Arksey og O'malley, 2005, s.27):

- Forfattere, årstall for publisering, geografisk plassering.
- Formål med studie.
- Metode.
- Betydningsfulle resultat.

Etter å ha lest gjennom de ulike studiene har vi lagt inn den relevante informasjonen i en tabell og denne presenteres i kapittel 3. Resterende utfyllende informasjon finnes i en tabell som er lagt til som vedlegg.

2.2.5 Samle og oppsummere data

I denne fasen samles, oppsummeres og rapporteres data, for å gi et overblikk over alt materiale som er gjennomgått. En forskjell fra systematisk litteraturgjennomgang er at robustheten eller generaliserbarheten til de artiklene som har blitt gjennomgått ikke vurderes eller drøftes (Arksey og O'malley, 2005, s.27). Det er som tidligere nevnt viktig at man er transparent i metodebruken slik at leseren kan avdekke potensielle feilkilder noe som er viktig for at analysen skal bli god. Ved å bruke samme mal når man leser og legger frem studiene åpner dette opp for at man kan sammenligne de ulike studiene opp mot hverandre, identifisere motsetninger, og identifisere hull i eksisterende litteratur. (Arksey og O'malley, 2005, s.28). Vi har delt inn bidragene tematisk etter de to forskningsspørsmålene, og presentert de mest relevante argumentene og funnene fra bidragene. Dette følger i kapittel 4 i analysen.

2.3 Validitet og reliabilitet

To sentrale begreper innenfor forskning er validitet og reliabilitet. Reliabilitet omhandler hvorvidt det vil være et samsvar mellom studiens resultater og resultater ved en replikasjon av den samme studien (Hellevik, 2011, s.52). Validitet måler studiens gyldighet, og om forskningsopplegget belyser den valgte problemstillingen (Hellevik, 2011, s.51-52). Det er viktig å sikre høy grad av validitet og reliabilitet for at resultatene og konklusjonene skal være nøyaktige og pålitelige.

I denne studien avhenger reliabiliteten av inkluderingen og utvelgelsen av relevante bidrag, og metodens gjennomføring. For å sikre høy grad av reliabilitet har vi vært transparente når det kommer til hvilke databaser og søkeord som har blitt brukt i tillegg til at fremgangsmåten har

blitt nøye redegjort for. Dette kan bidra til å øke graden av reliabilitet. Metoden som er brukt i studien, scoping review, muliggjør søk etter allerede kjente bidrag som forskerne vet bidrar til å belyse problemstillingen, og at det er mulig å lete aktivt i referanselisten til de utvalgte bidragene. Det kan være vanskelig å dokumentere hvilke bidrag som er identifisert i databasene eller i referanselistene noe som kan tenkes å redusere muligheten til å finne de samme bidragene vi har valgt ved en replikasjon. Videre er inkludering og ekskludering av bidrag basert på vår subjektive oppfatning om hva som er de mest relevante og sentrale bidragene for tematikken, noe som kan føre til at reliabiliteten svekkes.

Når det kommer til validiteten omhandler dette hvorvidt vi har valgt ut bidrag som kan sikre at vi klarer å svare på forskningsspørsmålet. Det har derfor vært viktig for oss å etablere gode metoder for hvordan vi skal søke opp relevante bidrag i databasene i tillegg til konsekvente og tydelige utvelgelseskriterier. For å sikre at disse bidragene faktisk belyser problemstillingen har vi lest gjennom de nøye og valgt ut de som tydelig omhandler de temaene vi ønsker å undersøke. I situasjoner hvor vi har vært usikre på om vi burde inkludere eller ekskludere bidragene har vi konsultert med hverandre for å ta en best mulig avgjørelse.

Metodens begrensninger og utfordringer knyttet til reliabilitet og validitet kan gjøre at konklusjonen blir mer usikker. På tross av dette argumenterer vi for at metoden vi har brukt i studien sikrer formålet med oppgaven, og at bidragene som er inkludert i studien skaper et tilstrekkelig grunnlag for å besvare de overordnede forskningsspørsmålene og vår problemstilling.

3.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra vår scoping review. Først beskrives de generelle karakteristikkene ved litteraturutvalget, herunder antall bidrag, karakter og tematisk inndeling. Deretter presenteres en tabell som viser alle inkluderte bidrag, og en kort oppsummering av innholdet.

3.1 Karakteristikker ved litteraturutvalget

Til sammen har vi valgt å inkludere 26 bidrag. 19 bidrag er akademiske og fagfellevurderte artikler, 1 bok og 3 bokkapitler, samt 3 forskningsbaserte rapporter. Vi har tatt med ulike teoretiske og empiriske bidrag for å sikre et godt nok grunnlag til å belyse problemstillingen fra ulike vinkler. Ved å inkludere teoretiske bidrag vil vi kunne definere og avklare de mest sentrale begrepene knyttet til problemstillingen og tematikken som undersøkes. Empiriske bidrag, både kvalitative og kvantitative, er inkludert for å etablere de mest sentrale argumentene og belyse diskursen innenfor feltet.

De 26 bidragene vi har valgt ut er de vi oppfatter som mest sentrale for å kunne svare på vår problemstilling. Grunnen til at vi oppfatter disse som mest sentrale er fordi de er fra nyere tid og fordi de omhandler tematikken vi undersøker. Vi har også valgt å inkludere andre artikler i analysen som understreker den generelle tematikken og diskursen. Disse artiklene er ikke en del av vår scoping review og derfor ikke innlemmet i tabellen fordi de er av mer generell karakter og de understreker argumentene og diskursene fra vår studie.

Når vi har valgt ut de ulike bidragene har problemstillingen vært utgangspunktet, og hvorvidt bidragene gjennomgår eller belyser den relevante tematikken. Ulike bidrag handler om mål- og resultatstyring, implementeringen av denne styringsformen i offentlig sektor og konsekvensene av dette på faglig skjønn og handlingsrom [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 20, 22]. Videre har vi inkludert flere bidrag som undersøker den norske spesialisthelsetjenesten, og effektene av eierskapsreformen og innføringen av mål- og resultatstyring [6, 7, 24, 25, 26].

Det er inkludert bidrag som omhandler tillit og tillitsbasert styring i offentlig sektor [11, 14, 16, 21, 22] og et eksempel på en tillitsreform i offentlig sektor [10]. Videre inkluderes diskursen mellom tillit og kontroll [9, 11, 12, 13, 15, 16, 23]. I tillegg inkluderes bidrag som belyser betydningen klinisk ledelse og hybridledelse [3, 17, 18, 19]. Mange av bidragene havner i flere kategorier fordi de omhandler flere temaer.

Innholdet i de ulike bidragene vil presenteres i analysedelen. Analysedelen er delt inn i ulike underoverskrifter med utgangspunkt i de to forskningsspørsmålene, hvor den første delen handler om problemene knyttet til mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten, og den andre delen handler om hvordan tillitsbasert styring kan presentere en løsning på de problemene.

3.2 Litteraturutvalget

Tabell 3: Fagfelleverderte artikler

Nummer	Referanse	Oppsummering
1	Kleiven, O. T. Kyte, L. Kvigne, K. (2016) Sykepleieverdier under press? <i>Nordisk Sygeplejeforskning/Nordic Nursing Research</i> 6 (4) s.311-326 DOI: 10.18261.	Norsk studie som viser til hvordan innføringen av mål- og resultatstyring har ført til at sykepleieverdier er under press fordi de bruker mer tid på de aspektene av arbeidet de blir målt på. Dette går ofte på bekostning av de verdiene sykepleierne lærer i løpet av skolegangen.
2	Ackroyd, S. Kirkpatrick, I. og Walker, R. M. (2007). Public Management Reform in the UK and its Consequences for Professional Organization: A Comparative Analysis. <i>Public Administration</i> . 85 (1), s.9-26. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2007.00631.x.	Undersøker betydningen av organisatorisk kontekst og profesjonelle verdier når det kommer til implementeringen av mål- og resultatstyring i ulike sektorer. Belyser at profesjonelle verdier, selvstyre, og faglig skjønn er av stor betydning innenfor helsesektoren, noe som kan tenkes å forklare utfordringer ved å implementere mål- og resultatstyring.
3	Brown, P. , Alaszewski, A. , Pilgrim, D. og Calnan, M. (2011). The quality of interaction between managers and clinicians: A question of trust. <i>Public Money & Management</i> . 31(1), s.43-50. DOI: 10.1080/09540962.2011.545546.	Presenterer hvordan mål- og resultatstyring er i kontrast til faglige verdier og profesjonenes mulighet til selvstyre. Diskuterer hvordan hybridledelse kan fungere som et alternativ, og hvilke utfordringer som følge ved klinisk ledelse som rollekonflikt og motstridende verdier.
4	McCabe, T.J. og Sambrook, S.A. (2019). A discourse analysis of managerialism and trust among nursing	En analyse av sykepleieres opplevelse av introduksjonen av profesjonell ledelse og mål- og resultatstyring. Avdekker at profesjonell autonomi og tillit reduseres ved profesjonell ledelse, og styring etter resultater.

	professionals. <i>Irish Journal of Management</i> . 38(1), s.38-53. DOI: 10.2478/ijm-2018-0009.	
5	Christensen, T. , Læg Reid, P. og Stigen, I.M. (2006). Performance management and public sector reform: The Norwegian Hospital Reform. <i>International public management Journal</i> . 9(2), s.113-139. DOI:10.1080/10967490600766987	Gjennomgang av eierskapsreformen og hvordan forholdet mellom tillitsbasert styring ved faglig skjønn og tradisjoner har endretes etter innføringen av mål- og resultatstyring i helsevesenet. Belyser at styringsmodellene, tillit og mål- og resultatstyring, ikke nødvendigvis er motsetninger til hverandre.
6	Kjekshus, L.E. (2003). Når sykehus blir butikk - effekter på styring, profesjoner og brukere. <i>Norsk statsvitenskapelig tidsskrift</i> . 19(4), s.444-459. DOI: 10.18261/ISSN.1504-2936-2003-04-03.	Teoretisk bidrag som belyser hvordan eierskapsreformen har ført til endringer i den norske helsesektoren, særlig med fokus på hvilke konsekvenser som reformen har hatt for profesjonene og mulighet til selvstyre.
7	Martinussen, P.E. , Frich, J.C. , Vrangbæk, K. og Magnussen, J. (2017). Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten - hva mener sykehuslegene? <i>Michael</i> . 14(19), s.95-105. Tilgjengelig fra: https://www.michaeljournal.no/article/2017/01/09-Organisatoriske-forhold-og-løsninger-i-spesialisthelsetjenesten-hva-mener-sykehuslegene- (Hentet 20 februar)	Norsk undersøkelse som belyser at sykehusleger ønsker større grad av profesjonsstyring og at eierskapsreformen har ført til motstridende hensyn i den interne organiseringen av helsesektoren.
8	Mastekaasa, A. (2011). How important is Autonomy to	Bidraget presenterer antakelsen om at autonomi er viktig for velferdsprofesjonene, mens studiene indikerer at det ikke er viktigere enn for andre ansatte i helt andre yrker. Det fremkommer av studien at

	Professional Workers? <i>Professions and Professionalism</i> 1 (1) s.36-51. Tilgjengelig fra: https://journals.oslomet.no/index.php/pp/article/view/143/140 (Hentet 22. mars 2022).	andre aspekter som spennende arbeidsoppgaver og en god arbeidsplass er viktigere for profesjonene enn autonomi.
9	Edelenbos, J. og Eshuis, J. (2012). The interplay between trust and control in Governance processes: A conceptual and empirical investigation. <i>Administration & Society</i> . 44(6), s.647-674. DOI: 10.1177/0095399711413876.	Diskuterer forholdet mellom tillit og kontroll i offentlige styringsprosesser. Belyser at forholdet mellom tillit og kontroll er komplekst, avhengig av kontekst og i noen tilfeller komplementerende.
10	Vallentin, S. og Thygesen, N. (2017). Trust and control in public sector reform: Complementarity and beyond. <i>Journal of trust research</i> , 7(2), s.150-169. DOI:10.1080/21515581.2017.1354766.	Studie av tillitsreformen i hjemmetjenesten i København. Presenterer ulike tiltak som ble gjennomført i hjemmetjenesten for å øke tilliten og undersøker hvilken effekt dette hadde på de ansatte.
11	Bentzen, T.Ø. (2019). The birdcage is open, but will the bird fly? How interactional trust and institutional trust interplay in public organizations. <i>Journal of trust research</i> . 9(2), s.185-202. DOI: 10.1080/21525581.2019.1633337.	Belyser og drøfter betydningen av interaksjonell og institusjonell tillit, og hvordan dette påvirker de ansattes tilbøyelighet til å akseptere og returnere tillit. Kontroll skal være legitimt, og invitasjonen til økt faglig autonomi aksepteres ved god ledelse og et system med tillitsskapende instrumenter.
12	Kjekshus, L.E. (2020). Ledelse og styring i helsesektoren - en balansekunst mellom tillit og kontroll. <i>Nordisk administrativt</i>	Gjennomgang av innføringen av mål- og resultatstyring i helsesektoren og diskuterer behovet for en tillitsreform. Belyser hvordan ulike ledelsesideal kan skape tillit i ulike situasjoner, og at styring i helsesektoren er en balanse mellom tillit og kontroll.

	<i>tidskrift</i> . 97(1), s.1-21. DOI: 10.7577/nat.4090	
13	Klemsdal, L. og Kjekshus, L. E. (2021) Designing Administrative Reforms for Maintaining Trust, <i>International Journal of Public Administration</i> 44 (2) s.241-249. DOI: 10.1080/01900692.2019.1694540	Undersøker hvordan man kan implementere administrative reformer for å vedlikeholde tillit. Kommer frem til at ulike situasjoner krever ulike former for tillit og kontroll for at styringsformen skal bli oppfattet som legitimt. Avslutningsvis finner de ut at man må finne den rette balansen mellom det å åpne for medvirkning og spillerom for deltakelse på lokalt nivå og tilstrekkelig myndighet for å holde på tilliten.
14	Bjurstrøm, K.H. (2021). Mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring: Ulike alternativer eller kunstige motsetninger? <i>Nordisk Administrativ Tidsskrift</i> . 98(2), s.1-12. DOI: 10.7577/nat.4563	Diskuterer forholdet mellom mål- og resultatstyring og tillitsreform, og diskuterer hvorvidt tillit og mål- og resultatstyring er motsetninger. Argumenterer for at det er mulig å øke tillit innenfor rammene til mål- og resultatstyring og at denne styringsformen ivaretar sentrale politiske hensyn og ansvarliggjøring.
15	Bernstrøm, V.H. og Svare, H. (2017). Significance of monitoring and control for employees' felt trust, motivation, and mastery. <i>Nordic Journal of Working Life studies</i> . 7(4), s.29-49. DOI:10.18291/njwls.v7i4.102356.	Studie av norske arbeidstakere og hvordan kontroll i arbeidet, via overvåking og registrering, påvirker de ansattes opplevelse av tillit fra ledelse. Belyser hvordan opplevelse av tillit påvirker mestringsfølelse og indre motivasjon, samt at motivasjon og mestring er relevant for jobbprestasjon. Resultatene indikerer at opplevelsen av tillit er positivt for motivasjon og jobbprestasjon.
16	Nyhan, R.C. (2000). Changing the paradigm: Trust and its role in public sector organizations. <i>American Review of Public Administration</i> . 30(1), s.87-109.	Artikkelen undersøker og teoretiserer hvordan tillit og en tillitsbasert modell i offentlig sektor øker produktivitet og organisatorisk forpliktelse. Tillit øker muligheten til å tilpasse løsninger til enkelte situasjoner og muliggjør at de ansatte kan anvende egen kompetanse uten ekstern kontroll.

	DOI:10.1177/02750740022064560.	
17	Spehar, I. Frich, J. C. og Kjekshus, L. E. (2012) Clinicians' experience of becoming a clinical manager: a qualitative study. <i>BMC Health Services Research</i> 12 (421), s.1-11. DOI:10.1186/1472-6963-12-421.	Undersøker hvordan kliniske ledere har fått sin stilling for å identifisere drivere og barrierer for det å ta på seg en rolle som klinisk leder. Kommer frem til at det er tre ulike faser man går gjennom for å bli klinisk leder.
18	Spehar, I. Frich, J. C. og Kjekshus, L. E. (2015) Professional identity and role transitions in clinical managers. <i>Journal of Health Organization and Management</i> 29 (3) s.353-366. DOI: 10.1108/JHOM-03-2013-0047	Analyserer hvordan kliniske ledere sin profesjonelle bakgrunn påvirker deres overgang til en lederstilling, og deres identitet som kliniske ledere. Legene opplevde at det var vanskelig å forsone rollene helseprofesjon og rollen som leder. De fortsatte å ha en profesjonsidentitet, og rapporterte at de fant mening og tilfredsstillelse med klinisk arbeid. Legene la også vekt på at klinisk arbeid var en måte å oppnå legitimitet og respekt fra kolleger på. Sykepleierne hadde en kjappere forsoning med lederrollen, og var mer engasjert i ledelsesaspektene rollen inneholdt.
19	Spehar, I. og Kjekshus, L. E. (2012). Medical Management in Norwegian Hospitals. <i>Professions & Professionalism</i> . 2 (1) s.42-59. DOI:10.7577/pp.v2i1.178.	Artikkelen har som mål å forsøke å identifisere hva som påvirker forholdet mellom leger og ledelse i norske sykehus, for å kunne få innsikt i om norske leger velger å omfavne eller motstå ledelsesroller

Tabell 4: Bøker og bokkapitler

Nummer	Referanse	Oppsummering
20	Broadbent, J. og Laughlin, R. (2002). Public service professionals and the NPM - Control of the professions in the public services, i McLaughlin, K., Osborne, S.P. og Ferlie, E. (red.) <i>New Public Management: Current trends and future prospects</i> . London og New York: Routledge. s.95-108.	Kapittelet illustrerer hvordan reformer basert på New public management, mål- og resultatstyring og byråkratisering går på bekostning av faglig skjønn og mulighet til å tilpasse løsninger basert på brukeres behov og faglig ekspertise.
21	Bentzen, T.Ø.(2018). <i>Tillitsbasert styring og ledelse i offentlige organisasjoner</i> . 1 utgave. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.	Boken presenterer definisjon av tillitsbasert styring, og skiller mellom tillitsbasert styring og ledelse. Gjennomgår sentrale argumenter knyttet til tillitsbasert styring og ledelse, betydningen for profesjonelt asnatte samt hvordan en modell for tillitsbasert styring kan innføres i offentlig sektor.
22	Halligan, J. og Bouckaert, G. (2009). Performance and trust: Developmental paths and optional directions, in Roness, P.G. og Sætren, H (red.). <i>Change and continuity in public sector organizations. Essays in honour of Per Lægreid</i> . Bergen: Fagbokforlaget. s. 257-278.	Kapittelet diskuterer forholdet mellom mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring i offentlig sektor. Illustrerer forskjeller i verdier og verktøy, samt at tillitsbasert styring handler om styring etter profesjonelle verdier og faglig skjønn.
23	Torfing, J. og Bentzen, T. Ø. (2022) The Danish Control - Trust Balance in Public Governance, i Krogh, A. H. Agger, A. Triantafillou, P. (red.) i <i>Public Governance in Denmark</i> . Danmark: Emerald Publishing Limited s.111-129.	Kapittelet undersøker balansen mellom tillit og det legitime behovet for kontroll for å sikre ansvarliggjøring. Belyser at det er viktig å finne denne balansen mellom tillit og kontroll slik befolkningens tillit til institusjonene vedvarer.

Tabell 5: Forskningsbaserte rapporter

Nummer	Referanse	Oppsummering
24	<p>Hippe, J.M og Trygstad, S.C. (2012). <i>Ti år etter - Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus</i>. Oslo: FAFO. Rapportnummer: 2012:57.</p> <p>Tilgjengelig fra: https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/afao-rapporter/item/ti-ar-etter</p>	<p>Intervju av ledere på ulike nivå i helsesektoren. Avdekker at ledere på ulike nivåer har ulike oppfatninger om innføringen av eierskapsreformen hvor ledere på enhets- og avdelingsnivå uttrykker et ønske om mindre rapportering og mer pasient-arbeid.</p>
25	<p>Theisen, O.M. og Kalseth, B. (2013). <i>Ett ark til - En undersøkelse av sykehusansattes vurdering av rapportering og dokumenteringsmengde</i>. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. Rapportnummer: 24462.</p> <p>Tilgjengelig fra: https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2683839/Rapport.+Ett+ark+til.+En+undersøkelse+av+sykehusansattes+vurdering+av+rapportering+og+dokumenteringsmengde.pdf?sequence=2</p>	<p>Intervju av ulike grupper profesjoner ved ulike norske sykehus. Belyser hvordan graden av rapportering har gradvis økt, og stiller spørsmål rundt nødvendigheten av de ulike kravene. I tillegg rettes det kritikk mot at økt grad av rapportering fører til mindre fokus på kvalitet og faglighet.</p>
26	<p>Kuldova, T.Ø. , Drange, I. , Enehaug, H. , Falkum, E. , Underthun, A. og Wathne, C.T. (2020). <i>Faglig skjønn under press. Fire case-studier og en sammenfatning. Medbestemmelse Barometeret 2019</i>. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo Met. Rapport: 2020:6.</p> <p>Tilgjengelig fra: https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/8928</p>	<p>Undersøkelse av effektene av eierskapsreformen på faglig autonomi og styringen av helsesektoren i Norge. Illustrerer hvordan faglig skjønn og autonomi er under press som følge av strenge retningslinjer og mål- og resultatstyring.</p>

4.0 Analyse

I dette kapitlet vil vi presentere funnene fra vår scoping review. Vi har valgt å strukturere analysen etter de to underliggende forskningsspørsmålene. Derfor vil vi presentere våre resultater etter følgende struktur;

- Hvilke problemer knyttet til mål- og resultatstyring står den norske spesialisthelsetjenesten overfor i dag?
- Hvordan kan en tillitsreform utformes for å løse problemene som følger av mål- og resultatstyring i den norske spesialisthelsetjenesten?

Analysen vil videre deles inn i underoverskrifter for å strukturere de sentrale argumentene og teoretiske diskursene som presenteres i litteraturen.

4.1. Hvilke utfordringer står spesialisthelsetjenesten overfor i dag knyttet til mål- og resultatstyring?

I dette delkapitlet vil vi presentere funnene fra vår scoping review som illustrerer problematikken knyttet til mål- og resultatstyring. Først vil vi presentere litteratur som omhandler problemer som oppstår som følge av reformer basert på NPM og innføringen av mål- og resultatstyring i offentlig sektor, særlig med tanke på profesjonell autonomi og kompetanse. Deretter vil vi presentere funn fra studier som omhandler den norske spesialisthelsetjenesten og hvilke utfordringer de står overfor som følge av innføringen av mål- og resultatstyring.

4.1.1 Autonomi og profesjonelle verdier

Flere av de inkluderte bidragene viser til at reformer inspirert av New Public Management begrenser profesjonell autonomi (Mastekaasa, 2011, s.36; Broadbent og Laughlin, 2002, s.99; Kleiven, Kyte og Kvigne, 2016, s.320; Brown, Alaszewski, Pilgrim og Calman, 2011, s.45). Det er særlig verktøyene knyttet til mål- og resultatstyring som bidrar til å underminere de ansatte og deres profesjonelle kompetanse (Broadbent og Laughlin, 2002, s.99; Mastekaasa, 2011, s.36; Brown mfl., 2011, s.45; McCabe og Sambrook, 2019, s.45). På den andre siden argumenterer flere for at mål- og resultatstyring kan bidra til å sikre stabilitet, effektivitet og kvalitet i tjenesteutøvelsen, og det kan bidra til å sikre tillit fra befolkningen til institusjonene

ved åpenhet om ressursbruk (Brown mfl., 2011, s.45; Torfing og Bentzen, 2022, s.115; Kjekshus, 2020, s.12; Bjurstrøm, 2021, s.10).

Graden av autonomi er av vesentlig betydning for ansatte med profesjonell bakgrunn (Mastekaasa, 2011, s.36). Stor grad av autonomi åpner opp for å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient og dette kan sikre kvalitet i alle ledd (Mastekaasa, 2011, s.38). Innføringen av reguleringer og kontroll kan føre til standardisering av tjenesteytelse, og sterke føringer på prioriteringer kan redusere det profesjonelle skjønn og handlingsrommet (Broadbent og Laughlin, 2002, s.104). Dermed blir det ikke opp til den enkelte ansatte og vurdere hvilken type behandling som er mest hensiktsmessig basert på brukerens behov (Broadbent og Laughlin, 2002, s.104). Kontroll og standardisering er ikke nødvendigvis utelukkende negativt siden det skal sikre høy kvalitet og likebehandling, men kan oppfattes som en byråkratisering av tjenesteutøvelsen (Bentzen, 2021, s.14; Kjekshus, 2003, s.454). I situasjoner hvor ansatte må forholde seg til motstridende krav kan stor grad av autonomi virke stressende, og det kan være ønskelig med klare regler (Mastekaasa, 2011, s.38). På den andre siden kan byråkratiseringen oppleves belastende og frustrerende for profesjonene som nå må ta hensyn til dokumentasjon, rapporteringskrav og aktivitetstall. På grunn av dette kan det være vanskelig å sikre samarbeid og etterfølgelse, og systemer for kontroll og overvåkning kan være kostbare. (Brown mfl., 2011, s.45).

Litteraturen viser til at innføringen av profesjonell ledelse og kontrollmekanismer kan sees på som en motsetning til styring ut fra profesjonelle normer og verdier som regulerer atferden til de profesjonelt ansatte (Broadbent og Laughlin, 2002, s.104; Halligan og Bouckaert, 2009, s.272). Tradisjonelt har profesjonene innenfor sykehussektoren styrt seg selv, og har hatt mulighet til å utøve stor grad av faglig skjønn i pasientbehandlingen hvor oppgavene er av kompleks karakter (Ackroyd mfl., 2007, s.12; Spehar og Kjekshus, 2012, s.48). Dette kan føre til at de profesjonelt ansatte kan oppleve styring ved sterk kontroll og overvåkning som et uttrykk for mistillit (Brown mfl., 2011, s.45; Christensen mfl., 2006, s.119; McCabe og Sambrook, 2019, s.46; Ackroyd mfl., 2007, s.12). Det kommer frem at profesjonene innenfor helsesektoren ønsker større grad av tillit fra overordnede til å utføre arbeidet basert på faglig skjønn og autonomi, istedenfor et insentivbasert system som karakteriseres av overvåking, rapportering og kontroll (McCabe og Sambrook, 2019, s.46; Martinussen, Frich, Vrangbæk og Magnussen, 2017, s.102-103). Forsøk på å kontrollere og styre arbeidet ved mål- og

resultatstyring blir derfor møtt med motargumenter om å styrke profesjonell selvstendighet og autonomi (Ackroyd mfl., 2007, s.13).

Et annet argument i litteraturen er at tillit mellom ledere og klinikere påvirkes av styring etter resultat og finansielle verktøy (Brown mfl., 2011, s.43-44). Implementeringen av slike tiltak antas å skape motstridende hensyn innad i organisasjonen og særlig for ledere som skal ta hensyn til kliniske aspekter og pasientene, samtidig som de skal sikre oppnåelsen av krav og resultater (Brown mfl., 2011, s.44). Ledelsen er avhengig av tillit til klinikerne og kompetansen de besitter for å nå organisasjonens mål, men innføringen av resultatbaserte styringsverktøy ser ut til å underminere tilliten i dette forholdet (Brown mfl., 2011, s.45; van Helden og Reichard, 2019, s.171).

4.1.2 Den Norske spesialisthelsetjenesten

For å undersøke utfordringene knyttet til mål- og resultatstyring i den norske spesialisthelsetjenesten vil vi presentere bidrag som belyser den norske konteksten og hvordan arbeidshverdagen til de profesjonelt ansatte har endret seg etter innføringen av eierskapsreformen. Det har blitt gjennomført flere studier i Norge som undersøker hvordan eierskapsreformen og mål- og resultatstyring har påvirket tjenesteutøvelsen i spesialisthelsetjenesten.

Noen av studiene avdekker at tidsbruken knyttet til pasientrelatert arbeid har blitt mindre og graden av rapportering og kontroll har økt (Hippe og Trygstad, 2012; Theisen og Kalseth, 2013; Røhme og Kjekshus, 2001; Rosta og Aasland, 2016). Videre fremhever noen av studiene at handlingsrommet og mulighetene til å utøve faglig skjønn har blitt redusert (Kjekshus, 2003 ; Kuldova mfl., 2020; Martinussen mfl., 2017; Hippe og Trygstad, 2012) og at tilliten til de profesjonelt ansatte har blitt redusert (Drange mfl., 2020). Det kommer også frem av litteraturen at de ytre rammefaktorene til mål- og resultatstyring kan flytte fokuset bort fra det daglige hvor pasienten er i sentrum, og dermed sette verdigrunnlaget til helseprofesjonene under press (Kleiven mfl., 2016, s.313; Hype og Trygstad, 2012, s.97).

Økt grad av rapportering og redusert tid til pasientrelatert arbeid

Studier som omhandler legers tidsbruk knyttet til pasienter og pasientrelatert arbeid avdekker at andelen timer og ressurser på pasientrelatert arbeid har blitt redusert (Røhme og Kjekshus, 2001, Rosta og Aasland, 2016). Studiene viser at legene bruker mer tid og ressurser på

dokumentasjon, noe som kan skyldes de økende kravene om rapportering og dokumentasjon som følge av innføringen av mål- og resultatstyring (Rosta og Aasland, 2016, s.1358). Noen av studiene viser til at ledere og ansatte opplever at økt rapportering tar bort tid fra viktigere oppgaver som er relatert til behandlingen av pasienter (Hippe og Trygstad, 2012, s.97; Kleiven mfl., 2016, s.318). På grunn av begrenset arbeidstid er de profesjonelt ansatte mest opptatt av hvordan de kan disponere og fordele tiden de har tilgjengelig (Theisen og Kalseth, 2013, s. 57). Flere bidrag viser til at tidspress fører til at sykepleiere må prioritere det som måles, og det som er mulig å kontrollere (Kleiven mfl., 2016, s.318; McCabe og Sambrook, 2019, s.43). Det blir fremhevet at det ikke er hensiktsmessig å sette tall på og måle hva som er god sykepleie, og at ytre faktorer som tidspress og underbemanning gjør at man ikke får yte den kvaliteten i behandlingen som de profesjonelt ansatte ønsker (Kleiven mfl., 2016, s.319).

Det fremkommer også i andre bidrag at ledere og ansatte i helseforetakene og sykehusledelsen opplever økning i rapportering og dokumentering, og dermed mindre tid til pasientbehandling (Theisen og Kalseth, 2013, s.16; Hippe og Trygstad, 2012, s.97). Flere ledere på avdelings-, seksjons, og enhetsnivå opplever at det er for mange rapporterings - og måleparametre, i tillegg til at kravene og måltallene er for tidkrevende og omfattende. Videre opplever mange ledere en utfordrende økonomisk situasjon med lite handlingsrom, og et sterkt press ovenfra når det kommer til måling og rapportering. (Hippe og Trygstad, 2012, s.97). På den andre siden pekes det også på at rapportering er nødvendig for å sikre informasjon til nasjonale pasientregistre og sørge for essensiell styringsinformasjon til regional og lokal foretaksledelse, samt helse- og omsorgsdepartementet (Theisen og Kalseth, 2013, s.42).

Litteraturen fremhever videre at mange ansatte opplever frustrasjon knyttet til at tall som blir brukt i rapporteringen er politiske eller økonomisk motivert istedenfor å være faglig begrunnet (Theisen og Kalseth, 2013, s.43). Etter legenes oppfatning har avstanden mellom medisinfaglige vurderinger og økonomiske hensyn blitt alt for stor når det kommer til hva som er god sykehusdrift som følge av mål- og resultatstyring (Kuldova mfl., 2020, s.66). Videre blir det løftet frem at tallene ikke måler det faglige arbeidet eller kvaliteten på arbeidet, og at dette skaper mer fokus på selve registreringen istedenfor pasientbehandling og kvalitet. Det kommer frem av litteraturen at en mulighet til å endre denne oppfatningen er å måle utfallet til pasientene i større grad, noe som kan indikere kvaliteten på behandlingen. (Theisen og Kalseth, 2013, s.57).

Det vises til i litteraturen at det er mye frustrasjon knyttet til mengden rapportering og dokumentering, og dette skyldes i hovedsak økningen av rapportering, det totale tidspresset på alle arbeidsoppgavene og hvorvidt kravene oppleves som hensiktsmessige (Theisen og Kalseth, 2013, s.53). Det pekes også på at økonomiske og administrative konsekvenser som oppstår ved manglende rapportering og dokumentering er en kilde til frustrasjon (Theisen og Kalseth, 2013, s.55). På den andre siden kan det i noen tilfeller føles nyttig å bruke tid på det dersom det oppleves som relevant eller hensiktsmessig i arbeidet (Theisen og Kalseth, 2013, s.55). Hvorvidt rapporteringen oppleves som hensiktsmessig og relevant av de ansatte er i stor grad knyttet til hvor direkte rapporteringen er relatert til pasientbehandlingen (Theisen og Kalseth, 2013, s.57).

I motsetning til klinisk personale så administrativt personell større betydning av utstrakt bruk av tid på rapportering av tall (Theisen og Kalseth, 2013, s.43). Dette eksemplifiseres ved at det kliniske personalet er kritiske til hvor mye tid som blir brukt på koding, som er en del av systemet med innsatsstyrt finansiering. Det fremkommer at de ansatte bruker uforholdsmessig mye tid på koding for å generere penger, og at instrumentet DRG skaper mye arbeid og skjeve resultater. I tillegg vises det til at de ansatte ble oppfordret til å kode strategisk slik at man unngår økonomiske ulemper de neste årene. (Theisen og Kalseth, 2013, s.50). Dessuten fremkommer det at det øker risikoen for overbehandling hvis ordningen legger opp til at det lønner seg å gi unødvendig behandling (Theisen og Kalseth, 2013, s.51).

Dette poengteres også i annen studie som illustrer at DRG bidrar til å underminere den profesjonelle integritet og tillit, og kan føre til juks med tallene (Christensen mfl., 2006, s.132). Christensen mfl. (2006, s.134) identifiserer to mulige årsaker til problemene med DRG, hvor det diskuteres om det er problem med implementeringen av DRG eller om systemet er problematisk i seg selv, og uansett vil føre til negative konsekvenser. Dersom problemet bunner i implementeringen foreslås det at omfattende læring, og teknisk forståelse for DRG-systemet kan bidra til å løse problemene i spesialisthelsetjenesten. På den andre siden, hvis problemene følger av selve systemet er det behov for en annen finansieringsmetode for å løse problemene. (Christensen mfl., 2006, s.134).

Faglig skjønn, handlingsrom og profesjonelle verdier

Studier som har undersøkt innføringen av mål- og resultatstyring og innsatsstyrt finansiering indikerer at endring i styringsform har hatt konsekvenser for legenes handlingsrom og

muligheten til å utøve faglig skjønn (Kuldova mfl., 2020; Martinussen mfl., 2017; Hippe og Trygstad, 2012; Kjekshus, 2003). Profesjonene og profesjonsutøvelsen blir påvirket av formaliserte og sentraliserte retningslinjer og rapporteringskrav. Økt betydning av kliniske retningslinjer legger sterke føringer på handlinger og begrenser dermed faglig skjønn. Videre fører økt kontroll av tidsbruk til strengere kontrollregimer av de profesjonelt ansatte. (Kjekshus, 2003, s.454).

En studie undersøkte hvordan endret styring, ledelse og organisering påvirker rommet for legenes faglige skjønn (Kuldova mfl., 2020, s.61). Særlig fremtredende er opplevelsen av kvantifiseringen av legers arbeidstid, herunder hvordan legene styres etter ulike måltall, som for eksempel antall pasienter, konsultasjoner og operasjoner. De ansatte kontrolleres gjennom datasystemer som registrerer konkret bruk av tid til ulike aktiviteter, og det skilles mellom produktiv og ikke produktiv tid. Dette skillet oppleves som lite hensiktsmessig av legene fordi tid som blir brukt på forberedelser til konsultasjoner og klargjøring av operasjonsstuer regnes som ikke produktiv. Det argumenteres for at ledelsen og HR kun ser på antall operasjoner og konsultasjoner, og mangler helhetsforståelsen for arbeidsgangen. (Kuldova mfl., 2020, s.67).

Dessuten poengteres det at de profesjonelt ansatte ofte må forsvare tidsbruk og handlingsvalg overfor administrasjonen (Kuldova mfl., 2020, s.67). Studien avdekker at de ansatte må forsvare sine faglige avgjørelser hvis de ikke er i tråd med ledelsens økonomiske hensyn og oppsatte krav. Et eksempel på dette er når de ansatte må forsvare og forklare hvorfor noen operasjoner tar lenger tid enn andre, og hvorfor de ikke er i stand til å gjennomføre det standardiserte antallet per dag. (Kuldova mfl., 2020, s.68). I tillegg vises det til at ledelsen sjeldent tar initiativ til dialog om måltallene og undersøker hvorfor aktiviteten er på et visst nivå (Kuldova, 2020, s.67). Likevel blir det poengtert at måltallene ikke nødvendigvis er problematiske i seg selv, men utfordringen oppstår på grunn av ledelsens håndtering av måltallene, særlig hvis enkelte leger blir hengt ut på grunn av dårlige tall (Kuldova mfl., 2020, s.68).

Videre indikerer undersøkelsen at innsatsstyrt finansiering og ulike satser for behandlinger basert på DRG påvirker hvilke prioriteringer ledelsen ønsker at legene gjennomfører, noe som oppleves å ha en negativ innvirkning på legers faglige skjønn og vurderinger (Kuldova mfl., 2020, s.68). Det uttrykkes frustrasjon knyttet til hvordan behandlinger prioriteres hvor ledelsen kun oppleves å være opptatt av det økonomiske, og ikke viser oppmerksomhet til faglige hensyn (Kuldova mfl., 2020, s.69). I denne studien vises det også til at målstyring og standardisering

av rutiner fører til at legene overbehandler pasienter på tross av faglige vurderinger fordi det genererer økonomiske ressurser. (Kuldova mfl., 2020, s.69).

En annen undersøkelse av legers oppfatning av eierskapsreformen og medfølgende organisatoriske endringer indikerer at en stor andel av legene oppfatter modellen som problematisk, og at majoriteten av legene er skeptiske til økt politisk styring (Martinussen mfl., 2017, s.100-101). Videre tyder funnene på at sykehusleger ønsker at styringen i sterkere grad er preget av profesjonsstyring, og mindre grad av incentivbasert styring. Den innførte styringsmodellen presser klinikere til å balansere klinisk autonomi med økonomiske hensyn for å sikre ansvarlig tjenesteytelse og transparens. (Martinussen mfl., 2017, s.102-103).

4.2 Hvordan kan en tillitsreform utformes for å løse problemene som følger av mål- og resultatstyring i den norske spesialisthelsetjenesten?

For å avdekke hvordan en tillitsreform kan løse problemene som følger av mål- og resultatstyring vil dette delkapittelet presentere de sentrale funnene fra vår scoping review om tillitsbasert styring og ledelse i offentlig sektor, og hvordan hensynene for tillit og kontroll kommer til uttrykk i styringsprosesser. I tillegg vil vi presentere argumenter for klinisk ledelse, og betydningen av profesjonenes selvstyre. Dette vil belyse hvordan selvstyre kan være en del av en modell for tillitsbasert styring. Videre fremkommer det noen utfordringer knyttet til hybridledelse, som rollekonflikt, og motstridende hensyn hvor ledere må balansere mellom tillit og kontroll. På denne måten får vi innsikt i hvordan en tillitsreform kan utformes og håndtere ulike hensyn i den norske spesialisthelsetjenesten.

4.2.1 Tillitsbasert styring

De bidragene som belyser tillitsbasert styring i offentlig sektor peker på at det i stor grad handler om å legge til rette for økt tillit til profesjonene ved å øke autonomi og minske detaljstyring (Halligan og Bouckaert, 2009; Bentzen, 2018; Vallentin og Thygesen, 2017). Tillitsbasert styring tar utgangspunkt i profesjonelle tradisjoner og verdier, i motsetning til mål- og resultatstyring hvor måling og evaluering fungerer som grunnlaget for styring (Halligan og Bouckaert, 2009, s.271). Tillitsbasert styring handler om å legge til rette for større handlingsrom, øke faglig autonomi til de profesjonelt ansatte, og styrke styringen etter overordnede mål (Bentzen, 2018, s.55). På denne måten skal en tillitsreform skape grunnlag for at tillit gjennomsyrrer forholdet mellom leder og ansatt (Bentzen, 2018, s.11).

Styring etter overordnede mål er som tidligere nevnt en sentral del av tillitsbasert styring, og kan gjennomføres ved at forvaltningen fastsetter mål som ledelsen skal styre etter, enten det er økonomiske eller personalpolitiske målsettinger (Bentzen, 2018, s.55). For å redusere detaljstyring bør det legges til rette for desentralisert styring hvor de lokale enhetene kan bestemme hvilke prosesser og arbeidsmåter som skal sikre måloppnåelsen. På denne måten legges det til rette for mer lokal autonomi samtidig som styringen sikres via overordnede mål. (Bentzen, 2018, s.55). Bentzen (2018, s.38-39) peker også på at styring og ledelse eksisterer side om side, hvor styring legger premisser og rammer for hvordan organisasjonen ledes, og ledelse har betydning for hvordan styringen implementeres i organisasjonen. Derfor avledes det at en tillitsreform vil påvirke både styringsmodellen og den daglige ledelsen i organisasjonen.

Utviklingen av en mer tillitsbasert modell kan gjennomføres ved ulike metoder, hvor Bentzen (2018, s.66) refererer til fjerne styring, forandre styring, forankre styring, og fastholde styring. Fjerne styring kan være nødvendig hvor styringen antas å skape mistillit og for å redusere graden av kontroll i situasjoner hvor de ansatte bruker mye tid på rapportering og dokumentering som går på bekostning av kjerneoppgavene (Bentzen, 2018, s.67). Videre kan styringen forandres, og dette kan være det beste alternativet hvis styringsformen ikke fungerer som tiltenkt, men det fortsatt er nødvendig med viss grad av styring (Bentzen, 2018, s.67). Derfor kan det være nødvendig å endre de grunnleggende styringslogikkene, basert på nødvendige avveininger og hensyn, samt innflytelse fra alle relevante aktører (Bentzen, 2018, s.67). Forankring av styring kan anvendes for å illustrere betydningen av styringen i organisasjonen, og skape en forståelse for systemet (Bentzen, 2018, s.68). Derimot kan styringen også fastholdes, og dette kan være tilfelle hvor de ansatte opplever kontrollen som konstruktiv, relevant i forhold til oppgaveløsningen, og at den ikke tar tid fra kjerneoppgavene (Bentzen, 2018, s.69).

Et forslag på hvordan man kan legge til rette for tillitsbasert styring i offentlig sektor kommer til uttrykk i tillitsreformen i København kommune hjemmetjenesten hvor de profesjonelt ansatte opplevde økt handlingsrom og autonomi, samt redusert detaljkontroll (Vallentin og Thygesen, 2017). På denne måten skulle reformen sikre et mer tillitsfullt forhold mellom ledelsen og profesjonene, og dermed modernisere offentlig sektor ved hjelp av tillitsbasert styring og ledelse (Vallentin og Thygesen, 2017, s.151 og s.153). Reformen innebar at hjemmetjenesten i København kommune fjernet all unødvendig kontroll og byråkrati ved at de

reduerte kravene for rapportering og antall skjemaer som skulle dokumentere aktivitet og tidsbruk. Dette skulle legge til rette for at de ansatte skulle få mer frihet i tjenesteutøvelsen samt mer tid til å utføre kjerneoppgavene. (Vallentin og Thygesen, 2017, s.153).

Endringen har hatt positive gevinster ved at de ansatte har mer tid til å utøve pasientbehandling, noe som legger til rette for at de kan være mer til stede under hjemmebesøkene, de kan bruke mer tid på omsorg og tilpasse behandlingen etter behovene til de individuelle brukerne. (Vallentin og Thygesen, 2017, s.158). Reformen har også ført til at de ansatte i større grad kan bruke sin egen faglige ekspertise under hjemmebesøkene ved at de har mulighet til å prioritere arbeidsoppgaver, og fordele tiden mellom brukere basert på behov. De har likevel ikke fått mer tid til å utføre arbeidet, noe som fører til økt press på å håndtere arbeidstiden, og dette skal også bidra til å forhindre at de favoriserer noen pasienter over andre. (Vallentin og Thygesen, 2017, s.159). Videre har reformen ført til at de ansatte i hjemmetjenesten skal observere og registrere hva den enkelte pasient trenger hver dag, og om behovene endrer seg må de ansatte tilpasse pleien. (Vallentin og Thygesen, 2017, s.159).

Oppsummert kan man derfor si at tillitsreformen representerer en oppmykning av de strenge prinsippene fra New Public Management som tidligere har preget hjemmetjenesten i København kommune, selv om mål- og resultatstyring fortsatt er et utgangspunkt for styringen. De profesjonelt ansatte føler på mer frihet, ansvar, er mer motivert, og til stede i arbeidet som følge av tillitsreformen. Avslutningsvis trekker de ansatte frem at det er viktig at ledelsen har en forståelse for profesjonen deres og hva arbeidet deres går ut på slik at de kan støtte de ansatte på best mulig måte. (Vallentin og Thygesen, 2017, s.160).

For at tillitsbasert styring skal fungere optimalt må tillit ved økt autonomi aksepteres og returneres av de ansatte. Samspillet mellom interaksjonell og institusjonell tillit i styringsrelasjoner er avgjørende for de offentlige ansattes tilbøyelighet til å returnere invitasjonen til økt autonomi (Bentzen, 2019, s.186). Tillit er et relasjonelt fenomen, og forholdet mellom leder og ansatt er viktig for tillit (Klemsdal og Kjekshus, 2021, s.241; van Helden og Reichard, 2019, s.171; Choudhury, 2008, s.590). Dette forholdet påvirkes også av det institusjonelle og organisatoriske miljøet som består av kontrollmekanismer, retningslinjer, lovreguleringer og uformelle normer. (Bentzen, 2019, s.188; Choudhury, 2008, s.590). Nøkkelen til å forstå institusjonell tillit er hvordan de ansatte opplever slike regulerings- og

kontrollmekanismer, og hvorvidt styringsformen støtter eller reduserer tillit (Bernstrøm og Svare, 2017, s.43; Bentzen, 2019, s.188 og s.191).

Ansatte som opplever høy grad av både interaksjonell og institusjonell tillit er mer positive til økt autonomi og godtar invitasjon til større handlingsrom (Bentzen, 2019, s.194). De institusjonelle verktøyene anses å være tillitsskapende hvis de bidrar til å håndtere risikoer i arbeidet, som for eksempel at dokumentasjon kan fremme transparens og sikre etterprøvnbarhet. Den institusjonelle tilliten blir derimot lav dersom verktøyene oppleves som hindrende for arbeidet og tar tid fra kjerneoppgavene. (Bentzen, 2019, s.195). I tillegg vektlegges muligheten til dialog mellom ansatte og ledelsen, og tilpasning av kontrollmekanismer som oppleves begrensende i utføringen av arbeidet. (Bentzen, 2019, s.194). Tillit til ledelsen avhenger også av om de blir møtt med støtte eller sanksjoner fra ledelsen ved feilaktige beslutninger, og hvorvidt man sikrer felles læring av utfordrende situasjoner (Bentzen, 2019, s.194). Lav grad av institusjonell og relasjonell tillit vil føre til at de ansatte ikke vil risikere å gjøre feilvurderinger og utsette seg for kritikk, og vil derfor avslå risikoen til å utøve større grad av faglig autonomi (Bentzen, 2019, s.195).

4.2.2 Forholdet mellom tillit og kontroll

Litteraturen peker på at tillit også kan føre med seg negative konsekvenser (Torfing og Bentzen, 2022; Bentzen, 2018). Torfing og Bentzen (2022, s.123) viser til at for mye tillit mellom leder og ansatt kan gå på bekostning av befolkningens tillit til de offentlige institusjonene dersom tillit underminerer de byråkratiske verdiene om transparens, åpenhet, ansvarlighet, og likebehandling (Torfing og Bentzen, 2022, s.111 og s.122; Bentzen, 2018, s.55; Vallentin og Thygesen, 2017, s.159). Litteraturen viser også til at en ukritisk innføring av tillitsbasert styring i offentlig sektor kan underminere sentrale hensyn som politisk kontroll, transparens og ansvarlighet overfor befolkningen, og fjerning av rapporteringskrav og måltall kan ansees som en ansvarsfraskrivelse (Bjurstrøm, 2021, s.10; Kjekshus, 2020, s.12). Videre pekes det også på at høy grad av tillit kan føre til at de ansatte ikke utfører de arbeidsoppgavene de er pålagt, og at dette kan føre til at befolkningen har mindre tillit til de offentlige ansatte og institusjonene (Torfing og Bentzen, 2022, s.124).

På den andre siden kan høy grad av tillit føre til økt motivasjon hos de ansatte og forbedret kvalitet i tjenesteutøvelsen og pasientbehandlingen (Torfing og Bentzen, 2022, s.123; Vallentin og Thygesen, 2017, s.153; McCabe og Sambrook, 2019, s.46). Litteraturen belyser også at de

ansattes indre motivasjon og mestringsfølelse forbedres ved opplevd tillit fra ledelsen, og at tillit fra ledelsen blir sett på som et uttrykk for de ansattes kompetanse, integritet og ferdigheter (Bernstrøm og Svare, 2017, s.43-44). Det argumenteres videre for at tillit har en positiv effekt på produktivitet fordi økt tillit skaper et større handlingsrom til å tilpasse beslutninger og løsninger basert på kontekst og unike omstendigheter (Nyhan, 2000, s.94). Ved økt tillit kan de profesjonelt ansatte også frigjøres fra kontroll og overdrevent fokus på de oppgavene som er tallfestet og målbare, og på denne måten kan de ansatte få mulighet til å anvende sin kompetanse og ferdigheter for å løse utfordringer i arbeidet (Nyhan, 2000, s.94).

Balansegangen mellom tillit og kontroll

Mange av bidragene peker på at det ikke er mulig å fjerne kontroll helt, men at det er viktig å få til en balansegang mellom tillit og kontroll i utformingen av en tillitsreform (Torfing og Bentzen, 2022; Vallentin og Thygesen, 2017; Bentzen, 2018; Christensen mfl., 2006). Forholdet mellom tillit og kontroll knyttet til styring og styringsverktøy er sentralt i debatten om tillitsreformer og særlig viktig innenfor offentlig sektor med tanke på rettssikkerhet, ressursbruk og transparens i myndighetsutøvelse (Bentzen, 2018, s.56; Torfing og Bentzen, 2022, s.122).

To sentrale diskurser i litteraturen er hvorvidt tillit og kontroll blir sett på som motsetninger, eller om tillit og kontroll er komplementerende. (Bijlsma-Frankema og Costa, 2005, s.269; Costa og Bijlsma-Frankema, 2007, s.397; Edelenbos og Eshuis, 2012; van Helden og Reichard, 2019, s.163). Det argumenteres på den ene siden for at tillit reduserer behovene for og kostnadene knyttet til kontrollmekanismer, og reduserer usikkerhet. På den andre siden vil lav grad av tillit øke behovet for formelle prosedyrer og kontrollmekanismer, som for eksempel detaljerte kontrakter og dokumentasjon. (Bijlsma-Frankema og Costa, 2005, s.269). Motsetningen mellom tillit og kontroll støttes ved at tilliten reduseres ved innføringen av sterke kontrollmekanismer i arbeidshverdagen, som fører til lav grad av autonomi til de ansatte og streng overvåking (Grund og Harbring, 2013, s. 633). Dette understrekes videre av Bernstrøm og Svare (2017, s.43) som poengterer at de ansattes opplevelse av tillit reduseres ved streng overvåking fra ledelsen og registrering av arbeidstid.

På den andre siden argumenteres det for at tillit og kontroll forsterker hverandre, og det argumenteres for at formelle kontrollmekanismer kan bidra til økt tillit ved å sikre objektive regler og klare indikatorer ved bedømming av innsats og resultater (Bijlsma-Frankema og

Costa, 2005, s.270). I tillegg pekes det på at autonomi ikke nødvendigvis er den viktigste faktoren for tillit (van Thiel og Yesilkagit, 2011, s.796). Istedenfor argumenteres det for at nærhet og hyppig kontakt mellom leder og ansatt øker graden av tillit. Det avdekkes videre at høy grad av mål- og aktivitetstall er negativt relatert til tillit, selv om ikke all overvåkning oppfattes som en form for mistillit. (van Thiel og Yesilkagit, 2011, 797).

Litteraturen peker også på at forholdet mellom tillit og kontroll er av mer dynamisk karakter (van Helden og Reichard, 2019; Edelenbos og Eshuis, 2012). Det legges til grunn at graden av tillit kan endres ved endringer i kontrollmekanismer (Edelenbos og Eshuis, 2012, s.649). Samspillet mellom tillit og kontroll i styrings- og beslutningsprosesser er avhengig av kontekst og påvirkes av hvordan aktørene forholder seg til hverandre i ulike situasjoner, noe som understrekes i studien av tillitsreformen i København kommune (Vallentin og Thygesen, 2017, s. 164; Edelenbos og Eshuis, 2012, s.657). Derfor kreves det innsikt i de forskjellige organisatoriske prosessene for å forstå balansegangen mellom tillit og kontroll (Vallentin og Thygesen, 2017, s.164).

Dette fremkommer også i andre bidrag som viser til at forholdet mellom tillit og kontroll i styringsrelasjoner er avhengig av situasjonsforståelse og kontekst (Klemsdal og Kjekshus, 2021, s.242; Kjekshus, 2020, s.12). Ulike situasjoner krever ulike kombinasjoner av tillit og kontroll for at styringen skal oppfattes som legitim og tillitsskapende. Dette er særlig fremtredende i helsesektoren hvor styringen preges av både faglige normer og hensyn, og økonomiske hensyn, ressursbegrensninger og måloppnåelse (Kjekshus, 2021, s.11). I stabile situasjoner preget av lite usikkerhet og tydelige rammer vil utøvelsen av ekstrem kontroll og måling av prestasjoner føre til redusert tillit (Klemsdal og Kjekshus, 2021, s.243). Derimot, i situasjoner preget av omstilling, endring og kriser vil tillit øke dersom myndighetene, og ledelsen, utøver større grad av kontroll (Kjekshus, 2020, s.14; Klemsdal og Kjekshus, 2021, s.243). I situasjoner med uklar definisjon og løsning blir samarbeid og faglige avveininger sett på som riktig handlingsmåte fra ledelsen for å skape tillit. (Klemsdal og Kjekshus, 2021, s.243; Kjekshus, 2020, s.14).

Forholdet mellom tillitsbasert styring og mål- og resultatstyring

Litteraturen diskuterer også forholdet mellom tillitsbasert styring, og kontroll ved mål- og resultatstyring (Bjurstrøm, 2021; Torfing og Bentzen, 2022). Et poeng som reises er om tillitsbasert styring og mål- og resultatstyring faktisk er motsetninger, eller om denne

motsetningen er overdreven (Bjurstrøm, 2021). Det vises til at mål- og resultatstyring i utgangspunktet skal ivareta balansen mellom tillit og kontroll ved å delegere mål som skal oppnås og samtidig delegere tilstrekkelig handlingsrom til oppgaveløsningen (Bjurstrøm, 2021, s.5). Utfordringen oppstår i situasjoner hvor mål- og resultatstyring blir praktisert som et strengt kontrollregime med omfattende detaljstyring, og derfor må mål- og resultatstyring tilpasses konteksten (Bjurstrøm, 2021, s.5 og s.6). Bjurstrøm (2021, s.6) argumenter for at tillitsbasert styring kan praktiseres innenfor rammene til mål- og resultatstyring, og at fokuset bør rettes mot å finne en balanse mellom tillit og kontroll i praktiseringen av mål- og resultatstyring. Det kan derfor være mulig å gi underordnede stor grad av tillit og øke muligheten for faglig autonomi i oppgaveløsningen, uten at dette går på bekostning av ansvarsmekanismene og politisk kontroll (Bjurstrøm, 2021, s.10).

Avslutningsvis peker Torfing og Bentzen (2022) på at et høyt nivå av tillit ikke ekskluderer legitime former for kontroll, men at tillit og kontroll sameksisterer for å redusere potensielle negative effekter av tillit (Torfing og Bentzen, 2022, s.124). Kontrollmekanismer kan bli oppfattet som legitimt eller illegitimt under forskjellige omstendigheter (Schnedler og Vadovic, 2011, s.986). Det argumenteres for at i hvilken grad kontroll oppleves som legitimt og meningsfylt avhenger av den spesifikke konteksten og de ansattes opplevelse (Schnedler og Vadovic, 2011, s.1002; Bentzen, 2019, s.189; Bernstrøm og Svare, 2017, s.30). Dette poenget understrekes også i forholdet mellom mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring hvor det som måles og rapporteres må fremstå som relevant for at de ansatte skal oppfatte det som legitimt (Bjurstrøm, 2021, s.9).

4.2.3 Selvstyre

Som nevnt handler tillitsbasert styring og ledelse i stor grad om å legge til rette for selvstyre og økt autonomi til de profesjonelt ansatte (Bentzen, 2018, s.155). Litteraturen peker på at innføringen av profesjonell ledelsesideal og vektleggingen av økonomiske og politiske hensyn legger press på fagprofesjonenes selvstyre (Martinussen mfl., 2017, s.102-103; Bentzen, 2018, s.148). Det indikeres at profesjonell ledelse og mål- og resultatstyringen er en motsetning til fagstyre som er basert på profesjonelle normer og verdier (Halligan og Bouckaert, 2009, s.271; Kjekshus, 2020, s.11; Brown mfl., 2011, s.45; Christensen mfl., 2006, s.119). Spehar og Kjekshus (2012, s.44) argumenterer for at dersom legene skal oppnå profesjonell autonomi må de kontrollere forholdene de praktiserer i. Med andre ord må altså legene styre seg selv for å oppnå høy grad av faglig autonomi.

Tillit er relatert til profesjoners mulighet til selvstyre, og utviklingen av en profesjonell ledelseskultur innenfor helsesektoren bidrar til å skape mistillit (Brown mfl., 2011, s.44). Resultatbasert styring og verktøy som innsatsstyrt finansiering antas å skape motstridende hensyn for ledere i sykehusene som må ta hensyn til kliniske aspekter og arbeidets komplekse karakter i tillegg til økonomiske og ressursmessige hensyn (Brown mfl., 2011, s.44 og s.46). Det argumenteres også for at ansettelsen av ledere uten klinisk bakgrunn i helsesektoren kan bidra til å skape mistillit. Ledere uten helsefaglig bakgrunn blir ansett å ha for lite klinisk kompetanse og erfaring, noe som kan bidra til å skape mistillit til ledelsen fordi de ikke vil ivareta de profesjonelle verdiene og hensynene. (Brown mfl., 2011, s.45).

4.2.4 Rollekonflikt og hybrid ledelse

Både faglige og økonomiske perspektiver er avgjørende for kostnadseffektivitet og høy kvalitet på tjenestene, men en hensiktsmessig balanse mellom de ulike hensynene kan være vanskelig å oppnå (Brown, mfl., s.46). Det argumenteres for at hybridledelse, hvor klinikere trer inn i ledelsesroller, kan være en fremgangsmåte for å redusere forskjellen og den potensielle rollekonflikten mellom de ulike ledelsesperspektivene (McCabe og Sambrook, 2019, s.40; Brown mfl., 2011, s.46; Spehar, Frich og Kjekshus, 2015, s.354). Denne balansegangen mellom ulike hensyn er avgjørende for tilliten til og fra de ansatte, og andre leger og ledere (Brown mfl., 2011, s.46).

Videre viser litteraturen at den profesjonelle bakgrunnen til kliniske ledere påvirker deres identitet og har innflytelse på hvordan de oppfatter ledelsesrollen, samt overgangen til en slik rolle (Spehar mfl., 2015, s.353). Når det kommer til overgangen fra å jobbe som profesjon, til det å jobbe i ledelsen på sykehusene fremkom det at de som hadde en medisinsk bakgrunn hadde motstridende følelser og identifiserte seg sterkere med sin profesjonelle identitet enn identiteten som leder (Spehar mfl., 2015, s.357; Hoque, Davis og Humphreys, 2004, s.371; McCabe og Sambrook, 2019, s.40). Litteraturen viser til at profesjonene fant mening og tilfredsstillelse i pasientbehandling, og at de savnet dette når de ble ledere på grunn av stor administrativ arbeidsmengde som tok tid bort fra pasientbehandling (Spehar mfl., 2015, s.361; Røhme og Kjekshus, 2001; Rosta og Aasland, 2016). Det vises til at de profesjonelt ansatte anså det kliniske arbeidet som mer meningsfullt, noe som kan forklare hvorfor mange fortsatte å identifisere seg med sin profesjonelle identitet selv i en rolle som leder (Spehar mfl., 2015, s.361).

Det fremkommer videre av litteraturen at profesjonene opplever en utfordring med å forsonere rollene, og at det var vanskelig å tre inn i ledelsesrollen fordi de manglet nødvendig kompetanse, samt at språket og prosedyrene var ukjente (Spehar mfl., 2015, s.360; Spehar, Frich og Kjekshus, 2012, s.5; McCabe og Sambrook, 2019, s.40). De nevnte utfordringene kan illustrere problematikken knyttet til roller og verdier når det kommer til overgangen fra en klinisk rolle til en ledelsesrolle (Spehar mfl., 2015, s.360; McCabe og Sambrook, 2019, s.40). Det blir derfor argumentert for at det er viktig å få til en endring i faktorer som identitet og verdier for at de profesjonelle skal fungere som en klinisk leder (Spehar mfl., 2015, s.354).

5.0 Diskusjon

Formålet med denne oppgaven har vært å gjennomføre en scoping review av litteraturen for å kartlegge hvorvidt en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten kan løse problemene knyttet til mål- og resultatstyring, og hvordan en tillitsreform kan utformes. Utgangspunktet har vært problemstillingen *“Hvilke problemer står den norske spesialisthelsetjenesten overfor knyttet til mål- og resultatstyring, og hvordan kan en tillitsreform løse de problemene?”*, og ut fra denne har vi utformet to underliggende forskningsspørsmål som vi har gjennomgått i analysedelen.

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte problemstillingen, og presentere et forslag til hvordan problemene i spesialisthelsetjenesten kan løses ved en tillitsreform, og hvordan en tillitsreform kan utformes. Vi vil først kort oppsummere resultatene fra vår studie og deretter presentere en ny modell for tillitsbasert styring og ledelse i spesialisthelsetjenesten.

5.1 Hvilke problemer står spesialisthelsetjenesten overfor i dag knyttet til mål- og resultatstyring?

Basert på gjennomgangen av bidragene kommer det frem at spesialisthelsetjenesten i Norge står overfor problemer knyttet til mål- og resultatstyring. I dette delkapittelet identifiserer vi problemene, og belyser hvilke effekter mål- og resultatstyring har hatt på styring og ledelse av spesialisthelsetjenesten.

Resultatene fra vår scoping review viser til visse problemer knyttet til mål- og resultatstyring herunder begrensningen av faglig skjønn og autonomi som følge av strenge kontrollregimer, standardisering av tjenester og overvåkingssystemer (Broadbent og Laughlin, 2002; Brown mfl., 2011; Halligan og Bouckaert, 2009; McCabe og Sambrook, 2019; Ackroyd mfl., 2007). Flere norske studier viser til at profesjonene i den norske spesialisthelsetjenesten også opplever mange av de samme problemene knyttet til mål- og resultatstyring. Litteraturen peker på at strenge kontrollregimer fungerer som et uttrykk for mistillit, og føringer på handlinger og behandlingsvalg oppleves som strengt begrensende for muligheten til å utøve faglig skjønn (Mastekaasa, 2011; Kleiven mfl., 2016; Theisen og Kalseth, 2013; Hippe og Trygstad, 2012; Kuldova mfl., 2020).

Videre indikerer resultatene at graden av kontroll i norsk spesialisthelsetjeneste har økt på bakgrunn av innføringen av rapportering, overvåkingsregimer og tidsregistrering (Kjekshus, 2003; Theisen og Kalseth, 2013; Hype og Trygstad, 2012; Kuldova mfl., 2020; Kleiven mfl., 2016). Det kan argumenteres for at dette er et uttrykk for detaljstyring, og dette kan oppleves som en form for mistillit av de profesjonelt ansatte. Ut fra dette kan man derfor argumentere for at mål- og resultatstyring har ført med seg en omfattende detaljstyring, et strengt kontrollregime og en lite hensiktsmessig kvantifisering av arbeidstid. Basert på dette kan det tenkes at det har oppstått en tillitskrise mellom ledelsen og de profesjonelt ansatte, og at styringsformen i dagens helsevesen er basert på stor grad av kontroll og mistillit.

Theisen og Kalseth (2013) viser til at graden av rapportering har økt, og at mye av rapporteringen oppleves som at det ikke er faglig begrunnet, lite hensiktsmessig og tidkrevende. Dette understøttes av at legene har mindre tid til å utføre kjerneoppgavene, og at rapportering og koding for DRG-systemet tar tid fra pasientbehandling (Theisen og Kalseth, 2013; Røhme og Kjekshus, 2001; Rosta og Aasland, 2016; Hippe og Trygstad, 2012). I tillegg pekes det på at det kliniske personalet så liten betydning av rapportering og dokumentering i forhold til det administrative personalet og at rapporteringen oppleves som mer hensiktsmessig hvis det er knyttet direkte til pasientbehandlingen (Theisen og Kalseth, 2013, s.57; Theisen og Kalseth, 2013, s.43). Dette kan belyse hvordan detaljstyring og kontrollregimer har ført til en byråkratisering av helsesektoren, og at det kan bli et problem når de ansatte føler at de bruker mer tid på det som faller utenfor direkte pasientbehandling. Det kan også tenkes at dette går utover kvaliteten på pasientbehandlingen fordi man mister viktig tid på grunn av administrative oppgaver som heller kunne bli brukt på pasientene.

Et annet poeng som belyses i litteraturen er at standardisert behandling i kombinasjon med DRG kan føre til overbehandling fordi avdelingene premieres økonomisk etter antall behandlinger, i tillegg til at det påvirker prioriteringene til legene (Theisen og Kalseth, 2013; Kuldova mfl., 2020, s.68-69; Christensen mfl., 2006, s.132). Dette kan føre til uheldige konsekvenser som overbehandling eller feilbehandling. På denne måten blir det klart at det er økonomiske hensyn som styrer behandlingene og prioriteringene, istedenfor faglige hensyn og vurderinger som burde være grunnlaget for pasientbehandling etter enkelte pasienters behov. Dette kan indikere at mål- og resultatstyring kan gå på bekostning av det faglige skjønn, og denne formen for styring kan underminere faglige avveininger og vurderinger. Selv om retningslinjer og rapportering er viktig for å kontrollere de ansattes handlinger og sikre

ansvarlighet, kan resultatene peke på at det legges for sterke føringer på valg og prioriteringer for de profesjonelt ansatte. Dette kan tenkes å føre til negative konsekvenser for pasientene, unødvendig ressursbruk og en begrenset mulighet til å utøve faglig skjønn.

Litteraturen viser også til at de ansatte må forsvare sine faglige avgjørelser og bruk av tid overfor den administrative ledelsen i situasjoner hvor planlagte operasjoner tar lengre tid enn forventet, og dette fører til at legene ikke når de oppsatte målene på antall operasjoner per dag (Kuldova mfl., 2020, s.68). Dette kan tolkes som streng overvåking av tidsbruk og mindre hensiktsmessig tallfesting av aktivitet og ressursbruk. Standardisering av antall operasjoner og detaljstyring med konkrete aktivitetsmål kan virke mot sin hensikt når det går på bekostning av faglige avgjørelser, skjønn og kvaliteten på pasientbehandlingen. Dette virker lite hensiktsmessig siden pasienter har ulike behov, og varigheten mellom operasjonene kan variere på grunn av medisinske faktorer. Det poengteres også at ledelsen mangler helhetsforståelse av tidsbruken til legene, og at ledelsen ikke engasjerer til samtaler med de profesjonelt ansatte for å undersøke hvorfor aktiviteten er på et visst nivå (Kuldova mfl., 2020, s.69). Dette gjør at det blir enda mer problematisk å styre etter konkrete mål og tall hvis ikke ledelsen er interessert i å avdekke hvorfor tallene ser ut som de gjør, og grunnene til hvorfor noen operasjoner tar lenger tid enn andre.

På den andre siden kommer det frem i litteraturen at mål- og resultatstyring er viktig for at det sikrer likebehandling, transparens, åpenhet og ansvarliggjøring, og at dette legitimerer ressursbruk og tjenesteutøvelse i offentlig sektor (Kjekshus, 2020; Torfing og Bentzen, 2022; Brown mfl., 2011; Bjurstrøm, 2021). Det fremkommer av litteraturen at dette skal være med på å sikre tillit til de offentlige institusjonene, og pasientbehandling (Torfing og Bentzen, 2022, s.115; Kjekshus, 2020, s.12). Dette kan sees på som en viktig del av det offentlige etos som skal bidra til å legitimere myndighetsutøvelse og ressursbruk av fellesskapets midler. Transparens og mekanismer som skal sikre ansvarlighet er av sentral betydning for politisk kontroll, og styrker tilliten fra befolkningen. Kontrollmekanismer gjennom mål- og resultatstyring skal sikre gjennomføring av pålagte oppgaver og realiseringen av viktige mål i helsesektoren. I tillegg er standardisering et viktig poeng for at alle pasienter skal få lik behandling og lik kvalitet, og derfor kan økt handlingsrom og autonomi, underminere dette hvis noen pasienter får mer oppmerksomhet eller ulik behandling.

Oppsummert kan det argumenteres for at litteraturen har identifisert flere problemer knyttet til mål- og resultatstyring i den norske spesialisthelsetjenesten. Litteraturen viser til at den norske spesialisthelsetjenesten står overfor flere problemer knyttet til mål- og resultatstyring. Disse problemene er *detaljstyring*, *begrenset autonomi* og *handlingsrom*, samt *kontroll* og *overvåking*. Videre har vi identifisert at disse problemene har ført til mistillit mellom profesjonene og ledelsen, hvor styringsmodellen fører til at de profesjonelt ansatte ikke opplever tillit til sin kompetanse og kunnskap.

5.2 Hvordan kan en tillitsreform utformes for å løse problemene som følger av mål- og resultatstyring i den norske spesialisthelsetjenesten?

Resultatene fra vår scoping review kan implisere et behov for en mer tillitsbasert form for ledelse og styring i spesialisthelsetjenesten. Dette delkapittelet vil handle om hvordan en tillitsreform kan utformes for å løse de problemene som følger av mål- og resultatstyring. Først vil vi diskutere hvordan en styringsform basert på tillit kan se ut, og deretter diskutere hvordan dette kan implementeres ved en mer tillitsbasert ledelse i spesialisthelsetjenesten.

5.2.1 Tillitsbasert styring

Litteraturen fra vår scoping review viser til at tillitsbasert styring i offentlig sektor handler om å redusere detaljstyringen og styre etter overordnede mål, samt å øke autonomien til de profesjonelt ansatte (Bentzen, 2018, s.55; Vallentin og Thygesen, 2017, s.153). Etter innføringen av en tillitsreform i København kommune opplevde de profesjonelt ansatte mindre grad av detaljstyring, mindre tid brukt til rapportering og tidsregistrering, økt faglig handlingsrom og autonomi, samt mulighet til å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient (Vallentin og Thygesen, 2017). Det utledes fra litteraturen at en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten skal øke autonomien og handlingsrommet til de profesjonelt ansatte, og styringen skal i mindre grad være basert overdreven detaljstyring og registrering av tidsbruk.

For å gi et forslag til hvordan en tillitsreform kan utformes i den norske spesialisthelsetjenesten tar vi utgangspunkt i Bentzens (2018, s.66) fire alternativer for hvordan det kan legges til rette for en tillitsbasert modell. Bentzen (2018, s.66) viser til fjerning, forandring, forankring og fastholding av styring, som er passende i ulike organisatoriske situasjoner. Videre vil vi diskutere hvordan dette kan gjennomføres for å utforme en modell for tillitsbasert styring i den norske spesialisthelsetjenesten.

Litteraturen viser til at det er flere relevante elementer som burde utgjøre en tillitsreform. Et sentralt argument er at profesjonene ikke opplever målingen av aktivitet som hensiktsmessig fordi det som måles ikke er faglig begrunnet og rapporteringen tar mye tid fra kjerneoppgavene (Kleiven mfl., 2016, s.319; Theisen og Kalseth, 2013, s.43 og s.53; Hippe og Trygstad, 2012, s.97). Litteraturen understreker poenget om at rapportering, måling, og kontrollmekanismer må oppfattes som legitimt og meningsfylt av de profesjonelt ansatte (Bjurstrøm, 2021, s.9; Schnedler og Vadovic, 2011, s.1002; Bentzen, 2019, s.189; Bernstrøm og Svare, 2017, s.30). En mulighet kan være å forandre mål- og resultatstyring slik at måling av aktivitet oppfattes som hensiktsmessig og relevant, og ikke kun som et uttrykk for streng kontroll og detaljstyring. Vi argumenterer derfor for at man burde fjerne eller forandre måleparametere og aktivitetstall slik at kontrollen med profesjonene oppfattes mer hensiktsmessig og faglig begrunnet av de profesjonelt ansatte.

Videre viser litteraturen også til at det ikke er hensiktsmessig å skille mellom ikke produktiv og produktiv tid innenfor strenge overvåkingssystemer, eller å måle legenes aktivitet og tid etter antall operasjoner og konsultasjoner (Kuldova mfl., 2020, s.67). Et alternativ kan være å fjerne skillet mellom produktiv tid og ikke produktiv tid, og redusere graden av rapportering på samme måte som i tillitsreformen i København kommune hvor de fjernet kravene til å fylle ut skjemaer for å gjøre rede for hva de brukte tiden sin på. Ved å fjerne systemer som fører overvåking med de ansatte og redusere graden av antall skjemaer som skal kontrollere aktivitet vil de ansatte oppleve mer tillit. På denne måten kan de ansatte selv fordele tiden mest hensiktsmessig basert på den enkelte pasientens behov og faglig skjønn. Noen konsultasjoner og operasjoner er mer krevende og utfordrende, og tar dermed lenger tid. I situasjoner hvor de profesjonelt ansatte bruker mer tid på noen operasjoner eller pasienter bør de bli møtt med forståelse for at avgjørelsene de tar er riktige og i tråd med pasientens beste basert på faglig kompetanse. Dette understreker at standardiserte tider og strenge kontrollregimer går på bekostning av faglige avveininger, og at måling av antall operasjoner ikke nødvendigvis er den beste indikatoren på kvalitet og hensiktsmessig tidsbruk.

Basert på litteraturen argumenterer vi for at en tillitsreform burde legge til rette for styring etter overordnede mål istedenfor å praktisere mål- og resultatstyring som detaljstyring, politisk kontroll og kontroll med de profesjonelt ansattes handlinger. Som nevnt er det sentralt å forandre måleparametere og aktivitetstall, slik at unødvendige skjemaer og rapporteringskrav

fjernes, og at det heller legges til rette for å måle kvalitet og overordnet aktivitet. I tråd med Bentzen (2018, s.55) er det fortsatt nødvendig å styre etter økonomiske og personalpolitiske målsettinger, men det burde i større grad legges til rette for at de lokale enhetene kan avgjøre tilnæringsmåte og arbeidsprosesser selv for å nå de oppsatte målene. Dette illustrerer et fortsatt behov for at overordnede myndigheter skal fastsette aktivitetsmål og økonomiske rammer som spesialisthelsetjenesten skal følge. Derimot burde målene være av mer overordnet karakter, og åpne for at helseforetakene og sykehusene i større grad kan velge hvordan de skal nå de oppsatte målene. På denne måten åpner styringsformen for mindre politisk detaljstyring og mer lokal autonomi og tilpasning. Likevel finnes det åpenbare utfordringer med å måle kvalitet, og i tillegg er det nødvendig med en viss grad av styringsinformasjon til helseforetakene og myndighetene basert på aktivitet og måloppnåelse. Dette er viktig for å sikre transparens av ressursbruk, og sikre høy grad av tillit til spesialisthelsetjenesten.

Ved å fjerne eller redusere detaljstyring av de profesjonelt ansattes handlinger argumenterer vi for at dette vil øke tilliten til profesjonene ved å øke handlingsrommet og muligheten til å utøve faglig skjønn. På denne måten legges det til rette for at profesjonene kan fatte beslutninger om behandlinger basert på den enkelte pasient etter egen kompetanse og ikke basert på standardiserte retningslinjer, som kan føre til overbehandling og feilbehandling. Dette poenget belyses i litteraturen ved at standardisert behandling i kombinasjon med DRG kan føre til overbehandling fordi avdelingene premieres økonomisk etter antall behandlinger, i tillegg til at det påvirker prioriteringene til legene (Theisen og Kalseth, 2013; Kuldova mfl., 2020, s.68-69; Christensen mfl., 2006, s.132). For å kunne legge til rette for en tillitsreform i norsk spesialisthelsetjeneste kan det tenkes at det burde innføres en annen finansieringsmetode enn DRG. Dagens praktisering av mål- og resultatstyring i forbindelse med DRG fører til at de profesjonelt ansatte gjør feil med vilje fordi det premieres økonomisk. Dette kan tenkes å være i strid med det offentlige etos som forespråker en effektiv forvaltning av offentlige ressurser, og i strid med faglige vurderinger. Videre kan dette føre til at tilliten til spesialisthelsetjenesten svekkes fordi systemet oppfordrer til unødvendig ressursbruk og overbehandling av friske mennesker som ikke trenger å opereres.

Litteraturen viser også til at tilbøyeligheten til å akseptere risikoen knyttet til økt handlingsrom og faglig autonomi påvirkes av graden av institusjonell tillit, hvor systemet er tillitsskapende dersom det bidrar til å håndtere risikoer i arbeidet og ikke stjeler tid fra kjerneoppgavene (Bentzen, 2019, s.186; s.195). Dette illustrerer videre betydningen av de profesjonelt ansattes

opplevelse av de ulike kontrollmekanismene, og hvorvidt kontrollsystemet oppleves hensiktsmessig og tillitsskapende (Bjurstrøm, 2021, s.9; Schnedler og Vadovic, 2011, s.1002; Bernstrøm og Svare, 2017, s.30). Ved å forandre styringsformen, og fjerne tidkrevende og strenge kontrollmekanismer kan dette bidra til at de profesjonelt ansatte opplever en større grad av institusjonell tillit. Institusjonell tillit kan forankres ved å inkludere relevante kontrollmekanismer og retningslinjer som de profesjonelt ansatte opplever som hensiktsmessige. Dette kan bidra positivt til arbeidet og legge til rette for et mer tillitsbasert styringssystem. På denne måten vil styringsformen i større grad sikre et bedre klima for at de profesjonelt ansatte også iverksetter faglige avveininger og avgjørelser fordi systemet oppleves som tillitsskapende.

Et annet poeng som er relevant å trekke frem i utformingen av en tillitsreform er at det ikke nødvendigvis er mest effektivt å fjerne mål- og resultatstyring helt. I tråd med Bjurstrøm (2021) og Vallentin og Thygesen (2017) bør en tillitsreform endre balansen mellom tillit og kontroll i styringen av spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for tillitsbasert styring innenfor rammene til mål- og resultatstyring. I tråd med Bentzen (2018) kan effektive verktøy være å fjerne styring hvor det oppleves som tidkrevende og lite hensiktsmessig, og derfor argumenterer vi for å fjerne detaljstyring og rapportering hvor det oppleves som hindrende for kjerneoppgavene. Dette vil også forandre styringslogikken ved en oppmykning og tilpasning av mål- og resultatstyring, slik at styringen av spesialisthelsetjenesten også legger til rette for både tillit mellom de profesjonelt ansatte og ledelsen, samt tillit fra befolkningen til helseforetakene. Videre argumenterer vi derfor for at de styringsmekanismene som beholdes må forandres og tilpasses konteksten slik at det oppfattes som mer hensiktsmessig og faglig begrunnet av de profesjonelt ansatte. Det er åpenbart at styringen av spesialisthelsetjenesten forutsetter viss grad av kontroll og styring, men arbeidsoppgavene forutsetter også viss grad av autonomi. Ved å forandre måleparametere vil de oppleves som mer relevante og tillitsskapende for arbeidet, og for å sikre legitimitet bør de profesjonelt ansatte involveres i denne prosessen. På denne måten kan også mål- og resultatstyring forankres i organisasjonen når de ansatte får forståelse for betydningen av kontrollmekanismene.

En slik utforming av en tillitsreform vil legge til rette for at de profesjonelt ansatte får mer tid til kjerneoppgavene som pasientbehandling, og større handlingsrom til å gjøre faglige prioriteringer og avveininger basert på egen kompetanse uten innblanding og overvåking. Ved å fjerne overvåkingen av legenes arbeidstid og kvantifiseringen av arbeidsoppgaver kan det

tenkes at legene i større grad kan fordele arbeidstiden mest hensiktsmessig på oppgaver og pasienter etter eget skjønn og pasientenes behov. Dette kan sees på som et uttrykk for tillit mellom ledelsen og de profesjonelt ansatte fordi de vil kunne styre arbeidsdagen selv basert på egen kompetanse og pasientenes behov uten risiko for at dette vil holdes mot dem. I tillegg vil inkluderingen av mer relevante kontrollmekanismer og måleparametere i større grad kunne støtte opp under arbeidet, og det vil oppleves som mer meningsfullt og faglig begrunnet av de profesjonelt ansatte.

5.2.2 Tillitsbasert ledelse

Styringsmodeller setter rammer for ledelse, og en tillitsbasert styringsmodell forutsetter at ledelsen utviser tillit til de profesjonelt ansatte i det daglige. Tillit er et relasjonelt fenomen mellom leder og ansatt, og derfor er ledelsens reaksjoner av betydning for de ansattes tilbøyelighet til å fatte egne avgjørelser og handle i tråd med faglige vurderinger (Bentzen, 2019; s.186; Klemsdal og Kjekshus, 2021, s.241; van Helden og Reichard, 2019, s.171; Choudhury, 2008, s.590; Vallenting og Thygesen, 2017, s.164). Litteraturen viser til at problemet oppstår dersom ledelsens reaksjoner ikke oppleves som støttende av de ansatte, og om de ansatte blir møtt med sanksjoner ved feilaktige avgjørelser. Hvorvidt ledelsen legger til rette for tillit i forholdet til de profesjonelt ansatte vil påvirke hvorvidt de ansatte aksepterer invitasjonen til økt faglig autonomi. (Bentzen, 2019, s.94). Etter innføringen av eierskapsreformen opplever de ansatte ofte at de må forsvare de faglige avgjørelsene overfor ledelsen som kun fokuserer på økonomiske hensyn, og at de i noen tilfeller kan få uheldige konsekvenser og sanksjoner ved dårlige prestasjoner (Kuldova mfl., 2020, s.68-69; Theisen og Kalseth, 2013, s.55). I tillegg pekes det på at ledelsen ikke er engasjert i hvorfor tallene og prestasjonen ser ut som de gjør, og ikke åpner opp for diskusjon med de ansatte (Kuldova mfl., 2020, s.69).

Dette kan tenkes å forklare opplevelsen av mistillit mellom ledelsen og de ansatte, og kan føre til at de ansatte heller ikke vil utsette seg for situasjoner hvor de får kritikk eller blir hengt ut på grunn av det ledelsen ser på som dårlige avgjørelser. Dette kan derfor føre til overbehandling eller feilbehandling fordi det er økonomiske hensyn som blir ansett å være viktigst når det kommer til beslutninger om behandling, og ikke faglige avveininger. For å forbedre forholdet mellom leder og de profesjonelt ansatte ved en tillitsreform er det derfor viktig at ledelsen også tar innover seg faglige hensyn og utviser respekt og tillit til at profesjonene har bedre kompetanse. Det poengteres også i litteraturen at dialog og hyppig kontakt mellom leder og

ansatt legger til rette for økt relasjonell tillit, og at dette vil forbedre forholdet mellom leder og ansatt (van Thiel og Yesilkagit, 2011, s.797; Bentzen, 2019, s.194). Tillitsbasert ledelse kan derfor komme til uttrykk ved at ledelsen er mer engasjert og åpen for dialog, og på denne måten i større grad forstår faglige hensyn og avveininger i beslutninger. På denne måten kan ledelsen være mer støttende overfor de profesjonelt ansatte, også hvis de gjør feilaktige vurderinger, og dermed legge til rette for et mer tillitsfullt forhold. Ut fra litteraturen vil et mer tillitsfullt forhold og positivt klima føre til at de profesjonelt ansatte i større grad aksepterer økt autonomi uten å være bekymret for ledelsens reaksjoner og konsekvenser. Som følge av økt tillit og økt handlingsrom vil de profesjonelt ansatte kunne bruke kompetansen de besitter for å yte best behandling til pasientene.

Litteraturen viser til at tillit er en prosess mellom leder og ansatt, og rommet for tillit kan tilpasses ulike situasjoner hvor ulik grad av kontroll oppfattes som legitimt (Kjekshus, 2020; Klemsdal og Kjekshus, 2021; Edelenbos og Eshuis, 2012; Vallentin og Thygesen, 2017). Videre viser litteraturen til at i entydige situasjoner preget av lav grad av usikkerhet er det mer legitimt med økt tillit, i motsetning til situasjoner som preges av usikkerhet og store omstillinger hvor autoritet og kontroll skaper legitimitet (Klemsdal og Kjekshus, 2021, s.243). Dette kan illustrere et redusert behov for kontroll når det kommer til daglige arbeidsoppgaver hvor de profesjonelt ansatte har erfaring og kompetanse til å løse oppgavene uten kontroll og overvåking. I slike tilfeller kan det tenkes at ekstrem kontroll og oppfølging vil oppleves som et uttrykk for mistillit til kompetansen og erfaringen de besitter. Likevel, i situasjoner som preges av usikkerhet og endringer, kan det tenkes at det er mer viktig at ledelsen utfører streng kontroll, fordi for stort handlingsrom kan oppleves som stressende. Mastekaasa (2011, s.38) understreker behovet for klare retningslinjer og kontroll i situasjoner hvor de profesjonelt ansatte opplever stress knyttet til økt autonomi.

Derimot i situasjoner hvor situasjonsforståelsen er delt, og motstridende hensyn gjør seg gjeldende oppleves det som mer tillitsskapende dersom ledelsen utviser tillit og åpner for faglige avveininger og diskusjoner (Kjekshus 2020, s.14). Dette kan illustrere at det er mer tillitsskapende hvis ledelsen åpner for faglige tilpasninger og diskusjoner, og leder på bakgrunn av faglige normer og verdier. En ledelse som ikke vektlegger faglige hensyn og vurderinger og heller fatter avgjørelser basert på økonomiske hensyn vil i slike situasjoner bidra til å skape mistillit. Spesialisthelsetjenesten er preget av komplekse situasjoner med motstridende hensyn, og profesjonell ledelse kan skape mistillit på grunn av sterke profesjonelle verdier og normer.

Derfor kan det være mer hensiktsmessig og tillitsskapende å legge til rette for faglige diskusjoner hvor de profesjonelt ansatte får mer tillit til å fatte avgjørelser.

Litteraturen vektlegger videre forståelse for de interne organisatoriske prosessene som påvirker balansegangen mellom tillit og kontroll (Vallentin og Thygesen, 2017, s.164; Edelenbos og Eshuis, 2012, s.657). For å presisere hvordan dette kan komme til uttrykk i den norske spesialisthelsetjenesten er det avgjørende med en mer inngående forståelse for de interne prosessene, og hvordan ledere og ansatte forholder seg til hverandre. Som nevnt ovenfor er det av betydning at lederne sikrer at de ansatte opplever tillit i det daglige ved at de får større handlingsrom i rutinepregede situasjoner og at faglige normer blir vektlagt. I tillegg er det viktig at ledelsen er til stede og har kontinuerlig dialog med de ansatte for å forstå hva som skjer i organisasjonen, i tillegg til å tilpasse kontrollmekanismene slik de oppfattes som hensiktsmessige. Dette kan illustrere hvordan de interne prosessene er av betydning for forholdet mellom leder og ansatt, og at det må tilpasses ulike situasjoner.

Videre viser litteraturen også til at tillitsbasert ledelse vil øke motivasjonen til de profesjonelt ansatte. Ved å utvise tillit til profesjonenes kompetanse kan det øke den indre motivasjonen og mestringsfølelsen (Bernstrøm og Svare, 2017, s.43-44). Derfor er det viktig at ledelsen kontinuerlig utviser tillit til profesjonenes kompetanse ved å gi dem større handlingsrom og økt autonomi til å løse utfordringer basert på egen kompetanse. Dette er en organisatorisk prosess som må gjennomføres kontinuerlig for å sikre tillitsbasert ledelse, og for å sikre at de profesjonelt ansatte får økt handlingsrom som følge av en tillitsreform. Et annet poeng er at tillitsbasert ledelse også kan tilrettelegge for bedre kvalitet i tjenesteutøvelsen fordi profesjonene vil ha et større handlingsrom til å utføre oppgaver etter konkrete omstendigheter basert på faglig skjønn (Nyhan, 2000, s.94). Som tidligere nevnt vil økt handlingsrom og autonomi føre til at profesjonene vil kunne ta egne valg basert på kompetanse og ferdigheter og tilpasse behandling etter den enkelte bruker og pasient. På denne måten kan kvaliteten bli bedre og tilpasset de foreliggende omstendighetene og behovene.

5.2.3 Selvstyre

Som nevnt, for å sikre tillitsbasert ledelse er det av betydning at ledelsen også tar innover seg faglige hensyn, noe som taler for argumentet om å innføre en mer tradisjonell form for selvstyre. Dette kan også være en del av en tillitsreform hvor tillitsbasert styring skal legge til rette for selvstyring og økt betydning av faglighet (Bentzen, 2018, s.155). Innføringen av

enhetlig profesjonell ledelse er med på å underminere tillit mellom ledere og profesjonene, og det fremkommer at legene ønsker større grad av selvstyre ved faglige normer og mindre grad av incentivbasert styring (Brown mfl., 2011, s.44; Martinussen mfl., 2017, s.102-103; Kjekshus, 2020, s.7). Litteraturen peker også på at profesjonene i stor grad ikke ønsker å gå inn i ledelsen, og dersom de går inn i ledelsen fortsetter de i stor grad å identifisere seg mer med sin egen profesjon (Spehar mfl., 2015, s.357; Hoque, Davis og Humphreys, 2004, s.371; McCabe og Sambrook, 2019, s.40). Videre viser litteraturen at profesjonene ikke har den kunnskapen som trengs for å utføre rollen på best mulig vis (Spehar mfl., 2015; Spehar mfl., 2012; McCabe og Sambrook, 2019). Derfor argumenteres det for at det er behov for en endring av rolleidentitet for at profesjonene skal kunne utøve ledelse på best mulig måte (Spehar mfl., 2015, s.354)

En mulig måte å løse dette problemet på er å gå tilbake til en tradisjonell situasjon med fagledelse, hvor profesjonene i større grad styrer seg selv. Som tidligere nevnt er ledelsens rolle i dag preget av mye fokus på de administrative oppgavene, og dette er med på å gjøre det mindre attraktivt å gå inn i ledelsen for profesjonene. Ved å redusere graden av kontroll og rapportering i en tillitsreform vil også de administrative oppgavene ved ledelsesrollen bli færre. På denne måten kan det bli mer attraktivt for profesjonene å tre inn i ledelsesroller fordi de i større grad får yte behandling og oppgaver knyttet til pasientene, og det vil være nok å være profesjonelt ansatt for å ha en slik rolle. Likevel vil det være umulig å fjerne administrative oppgaver helt, og profesjonene må derfor kunne håndtere slike oppgaver. Derfor foreslår vi også at det kan være ideelt å sette opp kurs for å lære profesjonene som velger å gå inn i ledelsen mer om økonomi, og andre administrative oppgaver slik at de føler at de har det som trengs for å lykkes i en slik posisjon.

Det poengteres også at ledere med forståelse for arbeidet og kompetanse innenfor feltet øker tilliten i forholdet mellom leder og ansatt (Brown mfl., 2011, s.44-45; Vallentin og Thygesen, 2017, s.160). Derfor er selvstyre eller klinisk ledelse et godt alternativ til profesjonell ledelse fordi ledelsen i større grad vil være basert på profesjonelle normer og verdier, noe som vil gi økt forståelse for relevante faglige vurderinger og prioriterte behandlingsalternativer. På denne måten kan de profesjonelt ansatte oppleve større grad av forståelse og støtte i hverdagen, og mindre press til å etterleve streng kontroll og aktivitetsmåling, noe som er av betydning for tillit. De profesjonelt ansatte må ha handlingsrom til å fatte slike avgjørelser etter egen kompetanse og ikke kun bli styrt etter et standardisert antall operasjoner som skal gjøres på en

dag. Derimot er det mer hensiktsmessig at de profesjonelt ansatte styres etter overordnede mål, faglige normer og verdier for å sikre kvalitet og riktige faglige avveininger.

Som tidligere nevnt argumenterer vi for en oppmykning av mål- og resultatstyring siden noen form for kontroll er nødvendig for å vedlikeholde tillit til institusjonen. Det er dermed ikke mulig å fjerne alle aspekter ved mål- og resultatstyring, og dermed vil en leder måtte gjøre noen oppgaver som er av administrativ karakter. En løsning kan derfor være å ha en fagleder, og en administrativ leder, og på denne måten vil både faglige hensyn og økonomiske- og administrative hensyn likestilles i prioriteringen og styringen. Dette forutsetter dog et tett samarbeid mellom lederne og at de har forståelse for at både faglige og økonomiske hensyn er av vesentlig betydning for å sikre god pasientbehandling og forsvarlig ressursbruk. Det er utfordrende å finne en optimal balansegang mellom hensynene fordi offentlige sektor står overfor motstridende hensyn, og i spesialisthelsetjenesten vil det alltid foreligge en konflikt mellom faglige og økonomiske. Basert på dette vil tilliten mellom ledelsen og profesjonene kunne forbedres fordi spesialisthelsetjenesten vil styres av både faglige avveininger og økonomiske hensyn, noe som vil sikre forståelse og støtte til de ansatte, og et transparent og fornuftig ressursbruk. På denne måten vil tillit sikres til både profesjonene og fra befolkningen til spesialisthelsetjenesten, fordi ansvarliggjøring og faglig kvalitet sikres.

5.3 Oppsummering og illustrasjon

For å vise et forslag til hvordan en tillitsreform i spesialisthelsetjenesten kan utformes vil vi illustrere dette med en modell. Modellen starter med en identifisering av de problemene den norske spesialisthelsetjenesten står overfor i dag. Litteraturen fra vår scoping review viser til at mange av problemene skyldes en ekstrem detaljstyring herunder økt måling og rapportering av daglig aktivitet som følge av praktiseringen av mål- og resultatstyring. Videre viser litteraturen at de profesjonelt ansatte har mindre rom for å utøve autonomi, og at de står overfor situasjoner hvor de blir kontrollert og overvåket gjennom retningslinjer og rapportering. Som tidligere nevnt er det spesifikt problemene *detaljstyring*, *begrenset autonomi* og *handlingsrom*, samt *kontroll* og *overvåking* i spesialisthelsetjenesten som fører til mistillit mellom ledelse og de profesjonelt ansatte.

Oppgavene innenfor helsesektoren er av kompleks natur, i tillegg til at spesialisthelsetjenesten preges av motstridende mål og hensyn som god pasientbehandling og økonomiske hensyn

(Kjekshus, 2020). Kjernen i utfordringen i dagens styring er ikke nødvendigvis mål- og resultatstyring i seg selv, men hvordan det praktiseres i spesialisthelsetjenesten. Selve problemet er at målstyring har blitt dratt ut av konseptet, og ikke har de funksjonene som ble tiltenkt i starten (Bjurstrøm, 2021). Det har istedenfor blitt stor grad av detaljstyring, noe som oppleves som lite hensiktsmessig og ikke faglig begrunnet av de profesjonelt ansatte. Praktiseringen av mål- og resultatstyring er grunnen til hvorfor de profesjonelt ansatte opplever mistillit fra ledelsen fordi styringen karakteriseres av sterk grad av kontroll og overvåkning, som oppleves som lite hensiktsmessig.

Litteraturen fra vår scoping review illustrerer videre at problemene kan løses ved å innføre en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten, og forslaget illustreres i modellen. En slik tillitsreform må utformes slik at styringen og ledelsen i den norske spesialisthelsetjenesten i større grad er basert på tillit til de profesjonelt ansatte. Tillit kan utvises til de profesjonelt ansatte ved å redusere detaljstyring, og styre etter overordnede mål, og på denne måten legge til rette for økt autonomi og handlingsrom. I tillegg argumenterer vi for at styringen og ledelsen i større grad skal følge profesjonelle normer og verdier, som er et uttrykk for profesjonenes selvstyre i kontrast til profesjonell ledelse basert på mål- og resultatstyring. Vi poengterer at mål- og resultatstyring fortsatt skal være et utgangspunkt for styringen, men en tillitsreform må i større grad legge til rette for økt handlingsrom og redusert kontroll og detaljstyring. En viss grad av styring og kontroll er nødvendig, og det er viktig med retningslinjer og standardisering for å sikre grunnleggende likebehandling og tillit fra befolkningen. Likevel, skal det legges til rette for at de profesjonelt ansatte har et stort nok handlingsrom slik at de kan løse komplekse oppgaver basert på egen kunnskap og kompetanse, og samtidig ta hensyn til hver enkelt pasients behov.

Litteraturen viser til at det er en åpenbar spenning mellom tillit og kontroll i styringen og ledelsen av spesialisthelsetjenesten, hvor flere motstridende behov og hensyn påvirker forholdet mellom leder og de profesjonelt ansatte. I tillegg er det av betydning at systemet og ledelsen er tillitsskapende og legger til rette for at de profesjonelt ansatte skal være tilbøyelige til å akseptere invitasjonen til økt autonomi. Ved en innføring av en tillitsreform vil balansen mellom tillit og kontroll endres, hvor tillit og tillitsskapende prosesser skal være av større betydning for styringen og ledelsen av spesialisthelsetjenesten. Ledelsen bør i større grad støtte de ansatte for å sikre riktige faglige avveininger, og en tillitsbasert styring og ledelse vil sikre at de profesjonelt ansatte ikke møtes med negative konsekvenser og reaksjoner fra ledelsen

hvis de ikke når de oppsatte målene. Derfor kan det være ideelt med større grad av selvstyre og klinisk ledelse, hvor ledelsen i større grad er opptatt av og har forståelse for de faglige normene og verdiene samt de medisinske vurderingene. Det kan også tenkes at en annen finansieringsmetode enn DRG i større grad vil legge til rette for faglige avveininger istedenfor økonomiske vurderinger, hvor det i dag lønner seg å behandle feil eller overbehandle friske mennesker. Christensen mfl. (2006, s.134) foreslår to løsninger for å få bukt med problemene som følger av DRG, men hvilken av disse løsningene som kan støtte opp under en tillitsreform er utenfor denne oppgavens omfang.

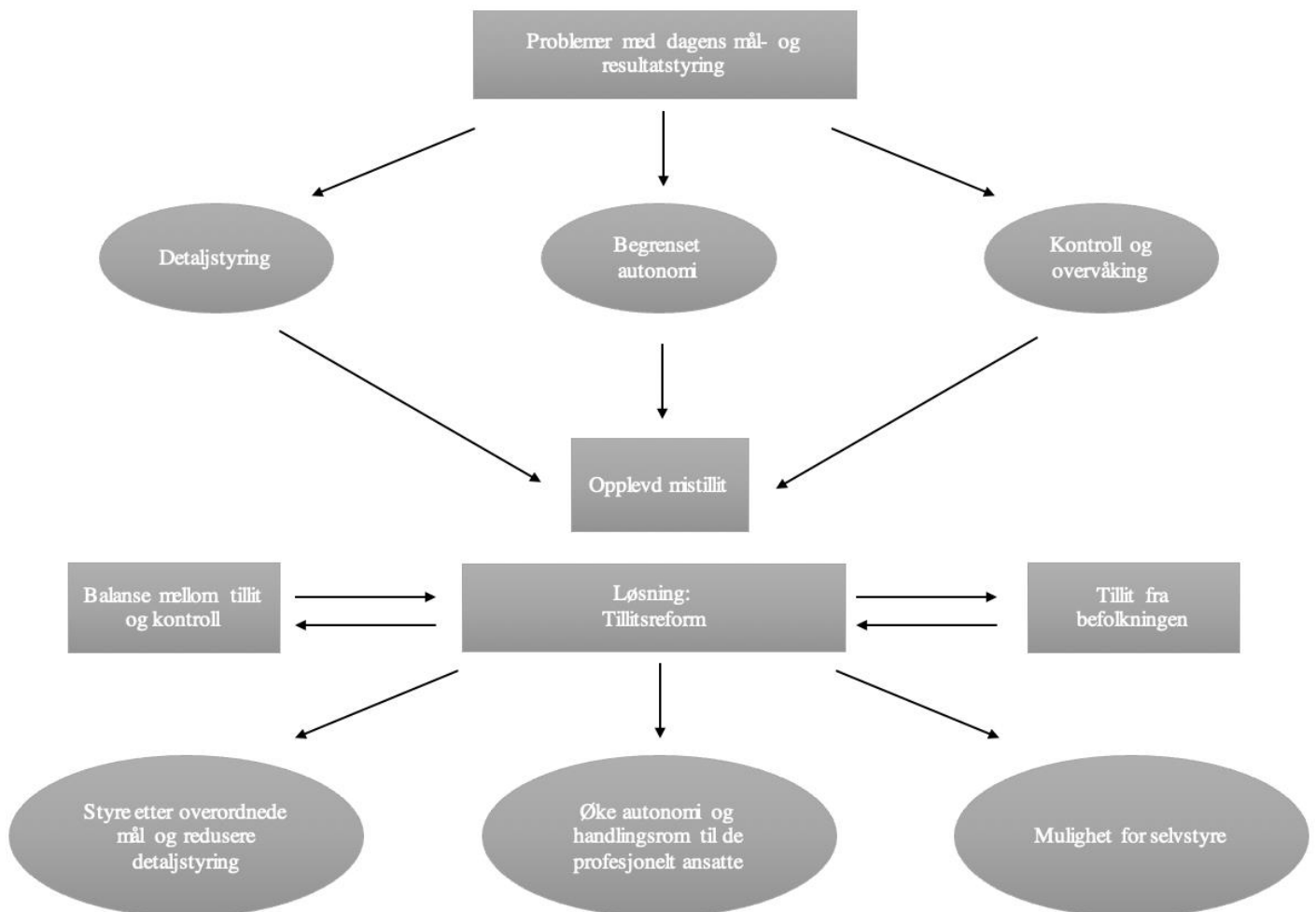
Videre er det en balansegang mellom tillit til de profesjonelt ansatte og tillit fra befolkningen til spesialisthelsetjenesten. Mål- og resultatstyring vil i stor grad sikre tillit fra befolkningen grunnet kontroll, standardisering, åpenhet og transparens med ressursbruk, og tillitsbasert styring vil i stor grad sikre tillit de profesjonelt ansatte ved økt autonomi og handlingsrom. Dersom mål- og resultatstyring fjernes helt vil det være vanskelig å sikre innsyn i aktivitet, og likebehandling uansett geografisk plassering og behandler. Derfor er det nødvendig å beholde mål- og resultatstyring som en del av styringsmodellen, men retningslinjer og styringsparameter må tilpasses slik de oppfattes som hensiktsmessig og relevante for de profesjonelt ansatte. En tillitsreform vil redusere graden av detaljstyring og retningslinjer, og på denne måten sikre økt tillit til de profesjonelt ansatte ved økt autonomi og handlingsrom, noe som kan forbedre kvaliteten ved en mer tilpasset behandling til den enkelte pasient. I tillegg må det åpnes opp for at lokale enheter kan velge tilnæringsmåter for å nå de oppsatte overordnede målene, og de profesjonelt ansatte må i viss grad følge fastsatte kliniske retningslinjer.

Det er viktig å bemerke at økt tillit fører til mindre kontroll med de ansattes handlinger, noe som kan bidra til at de ansatte ikke utfører arbeidsoppgavene, og dette vil gå på bekostning av befolkningens tillit til institusjonen (Torfing og Bentzen, 2022, s.124). Det kan tenkes at dette vil være tilfelle for enkelte profesjonelt ansatte, men basert på litteraturen som illustrerer betydningen av profesjonelle normer og indre motivasjon hos de profesjonelt ansatte argumenterer vi for at en tillitsreform ikke nødvendigvis vil føre med seg slike negative konsekvenser. De profesjonelt ansatte har lang utdanning og opplæring hvor profesjonelle normer og verdier integreres og forsterkes, noe som fører til et indre ønske om å yte best mulig behandling og pleie overfor pasientene. På bakgrunn av dette er det lite sannsynlig at de profesjonelt ansatte vil misbruke og utnytte økt autonomi og handlingsrom, men at dette heller

vil muliggjøre forbedret kvalitet i pasientbehandling og øke motivasjon hos de profesjonelt ansatte. I tillegg peker vi på behovet for fortsatt kontroll som en del av mål- og resultatstyring, noe som vil bidra til å redusere risikoen for dysfunksjonell atferd hos de profesjonelt ansatte.

Avslutningsvis er det viktig å bemerke at tillitsreformer er et nytt tema, og før implementeringen skjer i norsk offentlig sektor kan det være relevant å studere nærmere hvordan en slik reform bør utformes for å sikre alle de nødvendige hensynene. Sykehus er en kompleks organisasjon som skal ivareta både økonomiske, ressursmessige, og faglige hensyn, og med begrensede ressurser er kvalitet, effektivitet og styring en vanskelig balansegang. Spesialisthelsetjenesten preges av komplekse målstrukturer, høyt kompetansenivå, kontrollbehov og situasjonsforståelse, og det er åpenbare spenninger mellom faglige og økonomiske hensyn.

Illustrasjon 1. Identifisering av problemer og forslag til utforming av en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten.¹



¹ Dette er ikke en kausalmodell men modellen brukes for å illustrere de viktigste poengene fra diskusjonen.

6.0 Avslutning

I dette kapittelet vil vi presentere en konklusjon til oppgavens problemstilling, og peke på begrensninger ved litteraturen og fremtidige behov for forskning.

6.1 Oppsummering og konklusjon

Litteraturen indikerer et behov for økt tillit til de profesjonelt ansatte på grunn av at det har oppstått en tillitskrise i offentlig sektor som følge av mål- og resultatstyring. Dette har vært særlig fremtredende i helseforetakene, hvor de profesjonelt ansatte opplever lav tillit fra ledelsen. Derfor har vi i denne oppgaven undersøkt problemstillingen *“Hvilke problemer står den norske spesialisthelsetjenesten overfor knyttet til mål- og resultatstyring, og hvordan kan en tillitsreform løse de problemene?”*.

For å besvare problemstillingen har vi gjennomført en scoping review med formål om å identifisere tidligere forskning og ulike relevante bidrag som belyser oppgavens tematikk. Bidragene som er inkludert omhandler problemene den norske spesialisthelsetjenesten står overfor, og hvordan en tillitsreform kan utformes for å løse de problemene. Ved å presentere ulike bidrag har vi gitt et innblikk i forskningsfronten og de etablerte diskursene og argumentene, og den gjennomgåtte litteraturen er grunnlaget for vårt forslag til en tillitsreform. En begrensning ved metoden er at kvaliteten på bidragene ikke vurderes systematisk, og for å ta høyde for denne begrensningen har vi valgt å kun inkludere artikler som er fagfellevurdert, forskningsbaserte rapporter og bøker. Den største styrken ved metoden er muligheten til å inkludere ulike typer av bidrag, og dette har sikret inkluderingen og kombinasjonen av relevante bidrag slik at problemstillingen har blitt belyst fra flere perspektiver.

Ved å kombinere ulike bidrag har vi bidratt til forskningsfronten ved å generere ny forståelse for hvordan tillitsbasert styring og ledelse kan være en del av en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten basert de ulike problemene som den norske spesialisthelsetjenesten står overfor. I tillegg har vi kombinert bidrag knyttet til tillitsbasert styring og ledelse, og fått et unikt perspektiv på hvordan ulike elementer kan utgjøre en tillitsreform. På bakgrunn av den gjennomgåtte litteraturen har vi presentert et forslag til hvordan en tillitsreform kan utformes i norsk spesialisthelsetjeneste som kan løse de problemene som følger av mål- og resultatstyring.

Ut fra litteraturen har vi identifisert de mest sentrale problemene som følge av mål- og resultatstyring, og de problemene som den norske spesialisthelsetjenesten står overfor er detaljstyring, begrenset autonomi og handlingsrom, samt kontroll og overvåking. Denne styringsmodellen har ført til en tillitskrise i spesialisthelsetjenesten mellom leder og de profesjonelt ansatte, hvor de ansatte opplever liten grad av tillit til egen kompetanse. Basert på litteraturen har vi identifisert flere elementer som er nødvendige i en tillitsreform for å øke tilliten til de profesjonelt ansatte. De mest sentrale elementene som en tillitsreform burde inneholde for å løse de nevnte problemene er styring etter overordnede mål, økt autonomi og handlingsrom til de profesjonelt ansatte, samt økt mulighet for selvstyre. På denne måten kan en tillitsreform bidra til å løse de problemene som følger av mål- og resultatstyring innenfor den norske spesialisthelsetjenesten, og dermed kan en tillitsbasert styring og ledelse øke tillit mellom ledelse og de profesjonelt ansatte.

Basert på sterke profesjonelle normer og verdier vil en tillitsreform bidra til økt indre motivasjon hos de profesjonelt ansatte. Videre vil økt styring etter profesjonelle normer og verdier sikre at de profesjonelt ansatte utfører de arbeidsoppgavene de skal gjøre uten at de måles og kontrolleres i like stor grad selv om mål- og resultatstyring videreføres i en tillitsreform. Avslutningsvis er det også viktig å påpeke at implementeringen av en tillitsreform i den norske spesialisthelsetjenesten også må føre til kulturelle og organisatoriske endringer for å sikre etterlevelse og oppnåelse av de tiltenkte effektene. Selve implementeringen av en tillitsreform havner utenfor oppgavens omfang, men det er viktig å bemerke at det ikke vil være nok å innføre en reform uten å sikre endring i praksis og daglig ledelse.

6.2 Begrensninger og fremtidig forskning

Tillitsbasert styring og ledelse i offentlig sektor er et relativt nytt fenomen i litteraturen, og det har ikke vært gjenstand for forskning i omfattende grad, noe som kan være en begrensning. Derimot er mål- og resultatstyring som et verktøy i styringen av offentlig sektor mye nærmere undersøkt i litteraturen. Dette kan nok skyldes at mål- og resultatstyring har vært en del av styringen i offentlig sektor i flere tiår, sammenlignet med tillitsbasert styring som er et dagsaktuelt og relativt nytt tema. Mange av bidragene illustrerer de negative konsekvensene ved mål- og resultatstyring, og det er færre bidrag som fokuserer på de positive aspektene som hvordan en hensiktsmessig praktisering kan sikre tillit til de offentlige institusjonene, likebehandling, transparens og ansvarlighet.

Torfig og Bentzen (2022) og Bjurstrøm (2021) var inne på argumentet om at en tillitsbasert praktisering av mål- og resultatstyring sikrer viktige verdier i det offentlige etos, og at dette er med på å sikre tillit til institusjonene og de profesjonelt ansatte. Likevel er betydningen av tillit i styringen av offentlig sektor et relativt nytt fenomen, og dette er en mulig arena for fremtidig forskning. Særlig kan det være interessant å undersøke nærmere hvordan tillitsbasert styring kan implementeres i kombinasjon med mål- og resultatstyring, og hvordan dette kan utformes i profesjonsbaserte organisasjoner innenfor offentlig sektor. Det kan være vanskelig å utforme en styringsmodell i offentlig sektor som ikke inneholder kontroll eller rapportering i noe grad, og det vil derfor være avgjørende å finne en hensiktsmessig balanse mellom ulike hensyn i en ny styringsmodell. Fremtidig forskning kan belyse hvordan en reform kan ivareta balansen mellom tillit og kontroll, og andre relevante hensyn.

Det er viktig å bemerke at utformingen av en tillitsreform i spesialisthelsetjenesten er spesifikk for den konteksten, og at dette ikke kan overføres direkte til andre sektorer. Dette kan være en begrensning ved oppgaven, samtidig som det tar høyde for betydningen av institusjonelle karakteristikk. Det kan tenkes at andre profesjonsbaserte sektorer står overfor andre hensyn og utfordringer, og at en tillitsbasert styring og ledelse, på samme måte som mål- og resultatstyring, må tilpasses konteksten den skal fungere i.

Derfor kan det være interessant å studere andre profesjonsbaserte organisasjoner og områder innenfor offentlig sektor, som utdanningsinstitusjoner, politi- og lensmannsetaten, og kommunale helse- og omsorgstjenester. De ansatte i slike profesjonsbaserte organisasjoner besitter også unik kompetanse og kunnskap som følge av utdanning og erfaring, og det kan tenkes at samme utfordringer som i spesialisthelsetjenesten gjøres gjeldende innenfor disse områdene. Det kan derfor være av interesse å kartlegge hvilke utfordringer de organisasjonene står overfor, og om disse problemene skaper mistillit mellom ledelsen og de profesjonelt ansatte, eller om det foreligger mistillit fra befolkningen til institusjonene. Derfor kan det tenkes at ulike sektorer har andre motstridende hensyn og problemer, og at også en tillitsbasert form for styring og ledelse må tilpasses den enkelte kontekst. Dette er på lik linje med at en tillitsreform i spesialisthelsetjenesten må utformes på bakgrunn av de særegne problemene og hensynene som er aktuelle.

Interessen for tillitsbasert styring og ledelse er særlig fremtredende i de skandinaviske landene som karakteriseres av høy sosial og institusjonell tillit, og har høy grad av medbestemmelse og medvirkning på arbeidsplassen. Dette kan være en begrensning ved oppgaven vår som ikke tar for seg betydningen av den skandinaviske arbeidslivsmodellen og betydningen av medbestemmelse og medvirkning for tillit. Det kan tenkes at en tillitsreform også burde inneholde elementer som forbedrer prosessene knyttet til medbestemmelse og medvirkning i organisasjonen, men i denne oppgaven har vi fokusert på betydningen av autonomi og handlingsrom i utøvelsen av arbeidet som det mest sentrale for tillit. Fremtidig forskning kan se på hvordan medbestemmelse og medvirkning også kan være en del av en tillitsreform.

Som nevnt innledningsvis har Danmark kommet lengst i utviklingen og implementeringen av tillitsreformer, og videre har Norge og Sverige satt i gang prosjekter som skal innhente mer kunnskap om hvordan tillitsbasert styring kan implementeres i offentlig sektor. Fremover kan det være interessant å sammenligne hvilke hensyn og problemer som landene identifiserer, og hvorvidt tillitsreformer utformes ulikt mellom landene på grunn av særegne trekk og kontekstuelle ulikheter. Den nyoppståtte interessen for tillitsbasert ledelse og styring kan indikere at dette er en ny reformtrend som et motsvar på det strenge kontroll- og overvåkningsregimet som fulgte New Public Management og innføringen av mål- og resultatstyring. Fremover i tid vil det også være av betydning å undersøke effektene av innførte tillitsreformer i offentlig sektor og hvorvidt de faktisk løser problemene, og hvorvidt reformene øker tilliten mellom ledelsen og de profesjonelt ansatte samtidig som de ivaretar tillit fra befolkningen til institusjonene.

Litteraturliste

- Ackroyd, S. Kirkpatrick, I. og Walker, R.M. (2007). Public Management Reform in the UK and its Consequences for Professional Organization: A Comparative Analysis. *Public Administration*. 85(1), s.9-26. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2007.00631.x.
- Arksey, H. og O'malley, L. (2005). Scoping Studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social research methodology*. 8(1), s.19-32. DOI:10.1080/136455703200019616.
- Aspøy, A. (2016). Tillitsreform i Skandinavia. *Stat & Styring*. 26(3), s.14-16. DOI: 10.18261/ISSN0809-750X-2016-03-05.
- Baumeister, R.F. og Leary, M.R. (1997). Writing Narrative literature reviews. *Review of General Psychology*. 1(3), s.311-320. DOI: 1089-2680/971153.
- Bentzen, T.Ø.(2018). *Tillidsbasert styring og ledelse i offentlige organisationer*. 1 utgave. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
- Bentzen, T.Ø. (2019). The birdcage is open, but will the bird fly? How interactional trust and institutional trust interplay in public organizations. *Journal of trust research*. 9(2), s.185-202. DOI: 10.1080/21525581.2019.1633337.
- Bernstrøm, V.H. og Svare, H. (2017). Significance of monitoring and control for employees' felt trust, motivation, and mastery. *Nordic Journal of Working Life studies*. 7(4), s.29-49. DOI:10.18291/njwls.v7i4.102356.
- Bijlsma-Frankema, K. og Costa, C.A. (2005). Understanding the trust-control nexus. *International sociology*. 20(3), s.259-282. DOI: 10.1177/0268580905055477.
- Bjurstrøm, K.H. (2021). Mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring: Ulike alternativer eller kunstige motsetninger? *Nordisk Administrativt Tidsskrift*. 98(2), s.1-12. DOI: 10.7577/nat.4563.
- Broadbent, J. og Laughlin, R. (2002). Public service professionals and the NPM - Control of the professions in the public services, i McLaughlin, K. , Osborne, S.P. og Ferlie, E. (red.) *New Public Management: Current trends and future prospects*. London og New York: Routledge. s.95-108.
- Brown, P. , Alaszewski, A. , Pilgrim, D. og Calnan, M. (2011). The quality of interaction between managers and clinicians: A question of trust. *Public Money & Management*. 31(1), s.43-50. DOI: 10.1080/09540962.2011.545546.
- Choudury, E. (2008). Trust in administration: An integrative approach to optimal trust. *Administration & Society*. 40(6), s.586-620. DOI:10.1177/009539970832168.

Christensen, T. , Læg Reid, P. og Stigen, I.M: (2006) Performance management and public sector reform: The Norwegian Hospital Reform. *International public management journal*. 9(2), s.113-139. DOI: 10.1080/10967490600766987.

Costa, C.A. og Bijlsma-Frankema, K. (2007). Trust and Control Interrelations: New Perspectives on the Trust–Control Nexus. *Group & Organization Management*. 32(4), s.392-406. DOI: 10.1177/1059601106293871.

Daudt, H.M.L. , van Mossel, C. og Scott, S.J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team´s experience with Arksey and O'malley´s framework. *Medical Research methodology*. 13(48), s.1-9. DOI: 10.1186/1471-2288-13-48.

Den Norske Legeforening. (2015). På vippen mellom tillit og kontroll. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/nordland/aktuelt/pa-vippen-mellom-tillit-og-kontroll/> (Hentet 10. mars, 2022).

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2021). Er mål- og resultatstyring noe annet enn tillitsbasert styring? Tilgjengelig fra: <https://dfo.no/fagomrader/mal-og-resultatstyring/er-mal-og-resultatstyring-noe-annet-enn-tillitsbasert-styring> (Hentet 11. mars, 2022).

Drange, I. , Falkum, E. og Wathne, C.T. (2020). *Styring, ledelse og tillit. Medbestemmelsesbarometret 2020*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo Met. Rapport 2020:5. Tilgjengelig fra: https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/10642/8834/r2020_05_MB2020_styring_ledelse_tillit.pdf?sequence=2

Edelenbos, J. og Eshuis, J. (2012). The interplay between trust and control in Governance processes: A conceptual and empirical investigation. *Administration & Society*. 44(6), s.647-674. DOI: 10.1177/0095399711413876.

Grund, C. og Harbring, C. (2013). Trust and control at the workplace - Evidence from Representative Samples of Employees in Europe. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*. 233(5/6), s.619–637. DOI: 10.1515/jbnst-2013-5-60.

Halligan, J. og Bouckaert, G. (2009). Performance and trust: Developmental paths and optional directions, in Roness, P.G. og Sætren, H (red.). *Change and continuity in public sector organizations. Essays in honour of Per Læg Reid*. Bergen: Fagbokforlaget. s. 257-278.

Hellevik, O. (2011). *Forskningsmetode i sosiologi og forskningsopplegg*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse Midt-Norge (2017). *Hva er oppdraget?* Tilgjengelig fra: <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/hva-er-oppdraget> (Hentet 25. januar 2022).

- Helsedirektoratet. (2019). *DRG-systemet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet#omdragsystemet%E2%80%8B> (Hentet 28. februar, 2022.).
- Hippe, J.M. og Trygstad, S.C. (2012) *Ti år etter - Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Oslo: FAFO. Rapportnummer: 2012:57. Tilgjengelig fra: <https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/ti-ar-etter>
- Hoque, K. Davis, S. og Humphreys, M. (2004) Freedom to do what you are told: senior management team autonomy in an NHS acute trust. *Public Administration* 82 (2) s.355-375. <https://doi.org/10.1111/j.0033-3298.2004.00398.x>.
- Johnsen, Å. (2012). "Er målstyring i staten målstyring?", kapittel 6 i DIFI: Ute av kontroll? En artikkelsamling om kontroll og rapportering i staten. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT. Rapport 2012:4.
- Kjekshus, L.E. (2003). Når sykehus blir butikk - effekter på styring, profesjoner og brukere. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. 19(4), s.444-459. DOI: 10.18261/ISSN.1504-2936-2003-04.03.
- Kjekshus, L.E. (2020). Ledelse og styring i helsesektoren - en balansekunst mellom tillit og kontroll. *Nordisk administrativ tidsskrift*. 97(1), s.1-21. DOI: 10.7577/nat.4090.
- Kleiven, O. T. Kyte, L. Kvigne, K. (2016) Sykepleieverdier under press? *Nordisk Sygeplejeforskning/Nordic Nursing Research* 6 (4) s.311-326
DOI: 10.18261.
- Klemsdal, L. og Kjekshus, L. E. (2021) Designing Administrative Reforms for Maintaining Trust, *International Journal of Public Administration* 44 (2) s.241-249. DOI: 10.1080/01900692.2019.1694540.
- Kristoff, I. G. og Kristoff, H.G. (2019). *Tillit Som Strategi Og Arbeidsform - Fra Intensjon Til Realitet. En Kvalitativ Studie Av Førstelinjeleders Oversettelse Av Tillitsreformen i En Etat i Oslo Kommune*. Masteroppgave i organisasjon, ledelse og arbeid. Universitetet i Oslo.
- Kuldova, T.Ø. , Drange, I. , Enehaug, H. , Falkum, E. , Underthun, A. og Wathne, C.T. (2020). *Faglig skjønn under press. Fire case-studier og en sammenfatning. Medbestemmelse Barometeret 2019*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo Met. Rapport: 2020:6.
Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/8928>
- Lavik, M. (2015). Vil ha tillit fremfor detaljstyring. *Stat & Styring*. 25(1), s.36-37 DOI: 10.18261/ISSN0809-750X-2015-01-13.

Lavik, C. og Johansen, M.K. (2021). *Tillitsbasert styring og ledelse Hvordan har styringspraksis endret seg i Oslo kommune etter innføringen av tillitsbasert styring og ledelse?* Masteroppgave i styring og ledelse. OsloMet – storbyuniversitetet.

Levac, D. , Colquhoun, H. og O'brien, K.K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*. 5(69), s.1-9. DOI: 10.1186/1748-5908-5-69.

Martinussen, P.E. , Frich, J.C. , Vrangbæk, K. og Magnussen, J. (2017). Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten - hva mener sykehuslegene? *Michael*. 14(19), s.95-105. Tilgjengelig fra: <https://www.michaeljournal.no/article/2017/01/09-Organisatoriske-forhold-og-løsninger-i-spesialisthelsetjenesten-hva-mener-sykehuslegene> (Hentet 20. februar)

Mastekaasa, A. (2011). How important is Autonomy to Professional Workers? *Professions and Professionalism* 1 (1) s.36-51. Tilgjengelig fra: <https://journals.oslomet.no/index.php/pp/article/view/143/140> (Hentet 22. mars 2022)

Mayer, R.C. , Davis, J.T. og Schoorman, D.F. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *The Academy of management review*. 20(3), s.709-734. DOI:10.2307/258792.

McCabe, T.J. og Sambrook, S.A. (2019). A discourse analysis of managerialism and trust among nursing professionals. *Irish Journal of Management*. 38(1), s.38-53. DOI: 10.2478/ijm-2018-0009.

Nyhan, R.C. (2000). Changing the paradigm: Trust and its role in public sector organizations. *American Review of Public Administration*. 30(1), s.87-109. DOI:10.1177/02750740022064560.

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001). *Om lov om helseforetak (Helseforetaksloven)*.

Peterson, J. , Pearce, P.F. , Ferguson, L.A. og Langford, C.A. (2017). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 29(1), s.12-16. DOI: 10.1002/2327-6924.12380.

Regjeringen. (2022). Informasjon om arbeidet med tillitsreformen. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/forvaltningsutvikling/tillitsreform/informasjon-om-arbeidet-med-tillitsreformen/id2894125/> (Hentet 10. mai, 2022).

Regjeringen (2022). Oppdragsdokument. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/> (Hentet 25. januar, 2022).

Rosta, J. og Aasland, G. O. (2016). Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994-2014. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 16, s. 1355-1359. DOI: 10.4045/tidsskr.16.0011.

Røhme, K. og Kjekshus, L. E. (2001). Når tiden telles - sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening* 121 s.1458-1461. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2001/05/klinikk-og-forskning/nar-tiden-telles-sykehuslegers-tidsbruk-og-arbeidsoppgaver> (Hentet 11. februar 2022).

Schnedler, W. og Vadovic, R. (2011). Legitimacy of control. *Journal of economics & Management strategies*. 20(4), s.985-1009. DOI:10.1111/j.1530-9134.2011.00315.x.

Smith, P.C. (2015). Performance management: the clinician's tale. *Health Economics, Policy and Law*. 10(3), s.357-360. DOI:10.1017/S1744133114000474.

Spehar, I. og Kjekshus, L. E. (2012). Medical Management in Norwegian Hospitals. *Professions & Professionalism*. 2 (1) s.42-59. DOI:10.7577/pp.v2i1.178.

Spehar, I. Frich, J. C. og Kjekshus, L. E. (2012) Clinicians' experience of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 12 (421), s.1-11. DOI:10.1186/1472-6963-12-421.

Spehar, I. Frich, J. C. og Kjekshus, L. E. (2015) Professional identity and role transitions in clinical managers. *Journal of Health Organization and Management* 29 (3) s.353-366. DOI: 10.1108/JHOM-03-2013-0047.

St.Meld nr.50 (1993-1994). *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.

Theisen, O.M. og Kalseth, B. (2013). *Ett ark til - En undersøkelse av sykehusansattes vurdering av rapportering og dokumenteringsmengde*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. Rapportnummer: 24462. Tilgjengelig fra: <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2683839/Rapport.+Ett+ark+til.+En+undersøkelse+av+sykehus+ansattes+vurdering+av+rapportering+og+dokumenteringsmengde.pdf?sequence=2>

Torfin, J. og Bentzen, T. Ø. (2022) The Danish Control - Trust Balance in Public Governance, i Krogh, A. H. Agger, A. Triantafillou, P. (red.) i *Public Governance in Denmark*. Danmark: Emerald Publishing Limited s.111-129.

Vallentin, S. og Thygesen, N. (2017). Trust and control in public sector reform: Complementarity and beyond. *Journal of trust research*, 7(2), s.150-169. DOI:10.1080/21515581.2017.1354766.

van Helden, J. og Reichard, C. (2019). Management control and public sector performance management. *Baltic Journal of Management*. 14(1), s.158-176. DOI: 10.1108/BJM-01-2018-0021.

van Thiel, S. og Yesilkagit, K. (2011). Good Neighbours or Distant Friends?. *Public Management Review*. 13(6), s.783-802. DOI: 10.1080/14719037.2010.539111.

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord: 18 847

Vedlegg

Tabell 6: Detaljert oversikt over fagfelleverderte artikler

Nummer	Referanse	Formål	Metode	Resultater
1	Kleiven, O. T. Kyte, L. Kvigne, K. (2016) Sykepleieverdier under press? <i>Nordisk Sygeplejeforskning/Nordic Nursing Research</i> 6 (4) s.311-326 DOI: 10.18261.	Norsk studie som utforsker hvordan ytre rammefaktorer knyttet til mål- og resultatstyring påvirker sykepleiernes prioriteringer i praksis, og hvilke konsekvenser det har for sykepleieridentiteten.	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervjuer med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.	Fant ut at innføringen av mål- og resultatstyring har ført til at sykepleier verdier er under press fordi de bruker mer tid på de arbeidsoppgavene som blir målt i motsetning til det som ikke blir målt. Dette går som oftest på bekostning av de verdiene og normene som de ble tillært under skolegangen.
2	Ackroyd, S. Kirkpatrick, I. og Walker, R. M. (2007). Public Management Reform in the UK and its Consequences for Professional Organization: A Comparative Analysis. <i>Public Administration</i> . 85 (1), s.9-26. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2007.00631.x.	Undersøker betydningen av organisatorisk kontekst og profesjonelle verdier når det kommer til implementeringen av mål- og resultatstyring i ulike sektorer.	Review av tilgjengelig forskning og sammenligning av tre ulike institusjoner/tjenester.	Fant at implementeringen av reformer knyttet til ledelse og mål- og resultatstyring har vært mindre effektive i helsesektoren på grunn av institusjonelle karakteristikk og betydningen av profesjonelle verdier.
3	Brown, P. , Alaszewski, A. , Pilgrim, D. og Calnan, M. (2011). The quality of interaction between managers and clinicians: A question of trust. <i>Public Money & Management</i> . 31(1), s.43-50. DOI: 10.1080/09540962.2011.545546.	Diskuterer hvordan styringsformer som mål- og resultatstyring påvirker forholdet mellom leder, mellomleder og de profesjonelt ansatte innenfor helsevesenet. Undersøker betydningen av tillit og hvordan tilliten endres mellom aktørene som følge av nye styringsmodeller og policies. Diskuterer også betydningen av	Teoretisk bidrag, som videreutvikler eksisterende kunnskap og argumenter.	Finner at forskjeller i verdier og styringslogikker underminerer tillit i forholdet mellom leder og de profesjonelt ansatte. Selv om hybridledelse kan være et alternativ for å øke tillit finnes det åpenbare spenninger mellom identitet og rolleforståelse.

		hybridledelse og forskjellige verdier og ledelsesideal.		
4	McCabe, T.J. og Sambrook, S.A. (2019). A discourse analysis of managerialism and trust among nursing professionals. <i>Irish Journal of Management</i> . 38(1), s.38-53. DOI: 10.2478/ijm-2018-0009.	Studien undersøker effektene av NPM i forbindelse med tillit hos sykepleiere, og oversykepleiere. Undersøker betydningen av hybridledelse og profesjonell ledelse i helsesektoren.	Kvalitativ metode. Diskursanalyse av foreliggende data. Dataene er basert på semistrukturerte intervjuer.	Resultatene indikerer at sykepleierne har sterke profesjonelle normer og identitet, samt at "managerialism" reduserer tillit. Det er varierende grad av tillit i forholdet mellom leder og ansatt, og kontekst er sentral. Tillit har en positiv effekt på organisasjonen, profesjonene og pasientene.
5	Christensen, T. , Læg Reid, P. og Stigen, I.M. (2006). Performance management and public sector reform: The Norwegian Hospital Reform. <i>International public management Journal</i> . 9(2), s.113-139. DOI: 10.1080/10967490600766987.	Undersøkelse av innføringen av mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten etter eierskapsreformen.	Empirisk artikkel, blandet metode. Spørreundersøkelse til ledere i helseforetakene og case-studie av DRG-systemet basert på en dokumentanalyse.	Styringsmodellen i spesialisthelsetjenesten er basert på uformelle mekanismer i tillegg til formell mål- og resultatstyring. Viser til at endringen har ført til en mer kompleks modell som kjennetegnes av ulike logikker, og at innføringen av mål- og resultatstyring er i kontrast til tradisjonelle tillitsbaserte og faglige styringsmekanismer.
6	Kjekshus, L.E. (2003). Når sykehus blir butikk - effekter på styring, profesjoner og brukere. <i>Norsk statsvitenskapelig tidsskrift</i> . 19(4), s.444-459.	Belyser endringene etter eierskapsreformen og hvilke effekter det har på ledelsen og profesjonene.	Teoretisk bidrag som videreutvikler perspektiver, og gjennomgår eierskapsreformen..	Eierskapsreformen har ført til lokal avpolitisering av helsesektoren og strukturelle omorganiseringer. Reformen inneholdt elementer knyttet til markedsliberaliserings-trenden, samtidig som reformen førte til en byråkratisering av helsesektoren. Dette har hatt konsekvenser for

	DOI: 10.18261/ISSN.1504-2936-2003-04-03.			styringen og profesjonene, hvor styringen i større grad er basert på sentrale retningslinjer og kontrollmekanismer, som har hatt effekt på profesjonenes selvstyre og faglige autonomi.
7	Martinussen, P.E. , Frich, J.C. , Vrangbæk, K. og Magnussen, J. (2017). Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten - hva mener sykehuslegene? <i>Michael</i> . 14(19), s.95-105. Tilgjengelig fra: https://www.michaeljournal.no/article/2017/01/09-Organisatoriske-forhold-og-løsninger-i-spesialisthelsetjenesten-hva-mener-sykehuslegene- (Hentet 20. februar).	Undersøke legenes vurderinger av dagens modell og preferanser for alternativer til dagens organisering. To hovedspørsmål: Hvilke oppfatninger har sykehuslegers av ulike organisatoriske forhold og løsninger i dagens sykehusorganisering, og hvilke endringer av dagens modell mener sykehusleger vil være gunstig?	Empirisk artikkel. Kvantitativ analyse ved spørreundersøkelse ved bruk av Questback og regresjonsanalyse.	Samlet sett er norske sykehusleger skeptiske til den nåværende modellen, og de ønsker mer lokal ledelse, kortere beslutningsveier, mindre incentivbasert styring og bedre IT-systemer. Sykehusleger ønsker seg tilbake til en sektor som i større grad enn i dag er profesjonsstyrt. Resultatene viser også at leger med lederansvar i mindre grad betrakter organisatoriske forhold som problematisk.
8	Mastekaasa, A. (2011). How important is Autonomy to Professional Workers? <i>Professions and Professionalism</i> 1 (1) s.36-51. Tilgjengelig fra: https://journals.oslomet.no/index.php/pp/article/view/143/140 (Hentet 22. mars 2022).	Tar utgangspunkt i antakelsen om at autonomi er viktig for profesjonelt ansatte. Sammenligner data fra velferdsprofesjoner, med andre ansatte i helt andre yrker.	Empirisk artikkel. Kvantitativ metode. Bruker tidligere survey data, og utfører regresjonsanalyser.	Studiene indikerer at det ikke er viktigere med autonomi for velferdsprofesjonene enn for andre ansatte i helt andre yrker. Det fremkommer av studien at andre aspekter som spennende arbeidsoppgaver, og et godt arbeidsmiljø og arbeidsplass er viktigere for velferdsprofesjonene enn autonomi.

9	Edelenbos, J. og Eshuis, J. (2012). The interplay between trust and control in Governance processes: A conceptual and empirical investigation. <i>Administration & Society</i> . 44(6), s.647-674. DOI: 10.1177/0095399711413876.	Undersøker og diskuterer hvordan tillit og kontroll sameksisterer og hvordan forholdet mellom dem endres under økt grad av kontroll eller tillit.	Empirisk artikkel. Kvalitativ metode ved komparativ case-studie med 2 caser fra Nederland. Datainnsamling ved intervjuer, dokumentanalyse og observasjon.	Styring og komplekse beslutningsprosesser kan gjennomføres ved å implementere både tillit og kontroll, og det er viktig å finne en kombinasjon som sikrer best utfall. Tillit og kontroll i styringsprosesser skal ideelt støtte hverandre, og være forsterkende.
10	Vallentin, S. og Thygesen, N. (2017). Trust and control in public sector reform: Complementarity and beyond. <i>Journal of trust research</i> , 7(2), s.150-169. DOI:10.1080/21515581.2017.1354766.	Undersøke hvordan økt tillit til profesjonene i offentlig sektor kan endre arbeidshverdagen tidligere preget av kontroll og streng detaljstyring. Diskuterer forholdet mellom tillit og kontroll i styringsprosesser.	Empirisk artikkel. Kvalitativ metode ved case-studie av den innførte tillitsreformen i hjemmetjensten i Københavns kommune.	Innføringen av tillitsreform førte til økt motivasjon, økt handlingsrom og opplevd tillit, selv med utgangspunkt i mål- og resultatstyring. Viser til at tillitsbasert styring og ledelse må være en balanse mellom tillit og kontroll i ulike situasjoner.
11	Bentzen, T.Ø. (2019). The birdcage is open, but will the bird fly? How interactional trust and institutional trust interplay in public organizations. <i>Journal of trust research</i> . 9(2), s.185-202. DOI: 10.1080/21525581.2019.1633337.	Undersøker hvordan interaksjonelle og institusjonelle dimensjoner av vertikal tillit spiller sammen når ansatte i offentlige organisasjoner blir tilbudt mer autonomi og om de skal akseptere dette tilbudet fra lederen.	Empirisk artikkel. Kvalitativ metode ved case fra Danmark, København kommune. Intervjuer med ulike grupper av offentlig ansatte.	Viser at de profesjonelt ansatte er mer tilbøyelig til å ta risiko og akseptere mer autonomi hvis det er høy grad av både institusjonell og interaksjonell tillit. Det sentrale for å forstå kontrollmekanismer er hvordan de ansatte opplever ulike uttrykk for kontroll, og hvorvidt systemet og ledelsen er tillitsskapende eller hindrer tillit.
12	Kjekshus, L.E. (2020). Ledelse og styring i helsesektoren - en balansekunst mellom tillit og kontroll. <i>Nordisk administrativ tidsskrift</i> .	Diskuterer hvordan ulike ledelsesideal gjør seg gjeldende i helsesektoren, og hvordan de ulike påvirker tillit.	Empirisk artikkel ved kvalitativ metode. Dokumentstudie av offentlige dokumenter og studier.	Poenget er at mistillit er vanlig innenfor sektorer med sterke profesjonsnormer og autonomi hvor kontroll og styring innføres. Finner at ulike former for ledelse og ulik grad av tillit og kontroll er legitimt i ulike situasjoner i helsesektoren. Hvorvidt

	97(1), s.1-21. DOI: DOI: 10.7577/nat.4090			situasjonen er sikker eller uklar påvirker hvilken grad av kontroll som er legitim.
13	Klemsdal, L. og Kjekshus, L. E. (2021) Designing Administrative Reforms for Maintaining Trust, <i>International Journal of Public Administration</i> 44 (2) s.241-249. DOI: 10.1080/01900692.2019.1694540	Illustrerer betydningen av ledelse for å skape tillit i implementeringen av administrative reformer.	Empirisk artikkel ved kvalitativ metode. Utvikler en multidimensjonell teoretisk modell for relasjonell tillit og betydningen av kontekst. Case-studie av en administrativ reform i Norge.	Ledelse er et relasjonelt fenomen og en balansegang mellom involvering av de ansatte og å utøve autoritet. Ledelsen kan legge til rette for ulike grader av tillit og kontroll i ulike situasjoner.
14	Bjurstrøm, K.H. (2021). Mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring: Ulike alternativer eller kunstige motsetninger? <i>Nordisk Administrativ Tidsskrift</i> . 98(2), s.1-12. DOI: DOI: 10.7577/nat.4563	Diskuterer forholdet mellom tillitsbasert styring og mål- og resultatstyring basert på etatsstyring i Norge. Undersøker hvorvidt tillitsbasert styring og ledelse er en motsetning til mål- og resultatstyring eller om det kan forenes.	Teoretisk artikkel som videreutvikler eksisterende og sentrale diskurser og argumenter om mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring. Bygger videre på en spørreundersøkelse.	Styringsmodellene er ikke nødvendigvis dikotomier, og både tillitsbasert styring og mål- og resultatstyring sikrer essensielle hensyn i offentlig sektor. Viser til at praktiseringen av mål- og resultatstyring kan hindre tillit, og en tilpasning av mål- og resultatstyring kan åpne for mer tillit i oppgaveløsningen.
15	Bernstrøm, V.H. og Svare, H. (2017). Significance of monitoring and control for employees' felt trust, motivation, and mastery. <i>Nordic Journal of Working Life studies</i> . 7(4), s.29-49. DOI:10.18291/njwls.v7i4.102356.	Undersøker hvordan kontroll og overvåking påvirker de ansattes opplevelse av tillit fra ledelsen.	Empirisk artikkel. Kvantitativ metode ved spørreskjema sendt ut til et stratifisert tilfeldig utvalg av norske arbeidstakere. En strukturell ligningsmodellering brukes for å analysere dataen.	Opplevd tillit fra ledelsen uten kontroll og overvåking fører til økt indre motivasjon og mestringsfølelse. Tillit blir sett på som et uttrykk for de ansattes kompetanse og ferdigheter. Høy grad av kontroll og overvåking fører til mindre motivasjon fordi de ikke føler seg stolt på.
16	Nyhan, R.C. (2000). Changing the paradigm: Trust and its role in public sector organizations. <i>American Review of Public Administration</i> . 30(1), s.87-109.	Undersøker gjennomførbarheten til en styringsmodell basert på tillit i offentlig sektor.	Kvalitativ metode. Empirisk artikkel. En litteraturgjennomgang. Gjennomgangen er grunnlaget for en teoretisk modell som testes empirisk.	Tillit øker produktiviteten, legger til rette for effektiv problemløsning og sterkere organisasjonslojalitet.

	DOI:10.1177/02750740022064560.			
17	Spehar, I. Frich, J. C. og Kjekshus, L. E. (2012) Clinicians' experience of becoming a clinical manager: a qualitative study. <i>BMC Health Services Research</i> . 12 (421), s.1-11. DOI:10.1186/1472-6963-12-421.	Undersøker hvordan kliniske ledere har fått sin stilling for å identifisere drivere og barrierer for det å ta på seg en rolle som klinisk leder.	Kvalitativ metode med dybdeintervju hvor de har intervjuet 30 kliniske ledere. I tillegg har de observert 20 av disse deltakerne.	Kommer frem til at det er tre ulike faser man går gjennom for å bli klinisk leder. De omhandler hvordan lederrollen oppfattes, hvordan det er å ta på seg en slik lederrolle, og hvordan overgangen er.
18	Spehar, I. Frich, J. C. og Kjekshus, L. E. (2015) Professional identity and role transitions in clinical managers. <i>Journal of Health Organization and Management</i> 29 (3) s.353-366. DOI: 10.1108/JHOM-03-2013-0047	Analysere hvordan profesjonelt ansatte sin profesjonelle bakgrunn påvirker deres overgang til en lederstilling, og deres identitet som kliniske ledere.	Kvalitativ metode. Intervju og observasjon av 30 klinikere i lederposisjoner i norske sykehus. For å velge ut de som skulle bli intervjuet brukte de Maximum Variation Sampling Strategy. Bruk av intervjuguide som ble utviklet av å snakke med 20 mastergradsstudenter i helseledelse.	Legene opplevde at det var vanskelig å forsonne rollene helseprofesjon og rollen som leder. De fortsatte å ha en profesjonsidentitet, og rapporterte at de fant mening og tilfredsstillelse med klinisk arbeid. Legene la også vekt på at klinisk arbeid var en måte å oppnå legitimitet og respekt fra kolleger på. Sykepleierne hadde en kjappere forsoning med lederrollen, og var mer engasjert i ledelsesaspektene rollen inneholdt. I tillegg er det også store forskjeller når det kommer til klinisk arbeid: Sykepleiere har i større grad ingen problemer med å vise at de ikke har all kompetanse til å utføre alt, mens legene i større grad har et behov for å vise klinisk kompetanse for å vise at de fortsatt kan profesjonen. Ulike måter å se på det å være klinisk leder: Positiv, ambivalent og negativ.

19	<p>Spehar, I. og Kjekshus, L. E. (2012). Medical Management in Norwegian Hospitals. <i>Professions & Professionalism</i>. 2 (1) s.42-59. DOI:10.7577/pp.v2i1.178.</p>	<p>Artikkelen har som mål å forsøke å identifisere noen sentrale påvirkninger på forholdet mellom leger og ledelse i norske sykehus. For å kunne få innsikt i om norske leger velger å omfavne eller motstå ledelsesroller.</p>	<p>Kvantitativ metode. Longitudinell studie av ledelsesposisjoner i den norske helsesektoren.</p>	<p>Flere har spekulert i at legene har valgt å forlate ledelsesposisjoner, men i artikkelen har de funnet ut at leger inntar ledelsesposisjoner på høyere nivå for å kunne formelt påvirke beslutningstakinger. Økt formalisering og regulering av ledelsesroller er ikke unikt for den norske helsesektoren. Dette er også en trend man ser i Storbritannia/NHS (Gray & Harrison, 2004). Det profesjonelle byråkratiet som Mintzberg definerte for flere tiår siden virker å ta på seg karakteristikker som det man finner i maskinbyråkratiet, hvor man har en formell hierarkisk struktur og en sentralisert form for beslutningstaking. Tre nye fremtidige roller for legene i helsesektoren: (1) Legene tar på seg ledelsesposisjoner fordi de tror at de er den eneste profesjonen som har den kunnskapen som trengs for å lede en avdeling, og for å beholde autoriteten og makten de har. (2) Hybride leger som både kombinerer profesjonen sin og ledelsesprinsipper som økonomi osv. (3) Legene blir mindre opptatt av å vedlikeholde autonomi</p>
----	---	---	---	--