

Hvor står NPM-debatten nå?

Vi trenger en balanse mellom fag og byråkrati, og en modig og reell dialog rundt uenigheter og vanskelige prioriteringer.

TEKST

Janne Horgen Friberg

PUBLISERT 5. juni 2015

NEW PUBLIC MANAGEMENT

Debatten om målstyring, eller New Public Management, går på tvers av flere profesjoner, og det er svært gledelig at Psykologtidsskriftet nå reiser den innenfor psykisk helsevern. Det er også svært positivt at helseministeren engasjerer seg i debatten. Det er nettopp i dialog mellom politikere, ledere og fagfolk vi kan finne nye og bedre løsninger. Selv har jeg bidratt til debatten gjennom to innlegg i Klassekampen og en paneldebatt, der jeg i ganske klare ordelag har kritisert dagens styringsregime. Slik jeg oppfatter debatten, er det likevel mye vi er enige om:

- Vi ønsker å tilby best mulig kvalitet i psykisk helsetjenester.
- Vi ønsker å få mest mulig ut av fellesskapets ressurser.
- Vi ønsker å sikre pasientenes rettigheter i møte med offentlig helsevern.
- Vi ønsker gode ledere som er i stand til å prioritere og å legge til rette for best mulig profesjonsutøvelse.
- Vi erkjenner at god ledelse forutsetter rutiner for å måle innsats og ressursbruk.

Skal debatten komme videre, må man imidlertid forholde seg til hva vi NPM-motstandere faktisk sier. Påstander fra henholdsvis Heidi Tessand, Jan Fredrik Andresen, Andreas Høstmælingen og Bent Høie om at vi som kritiserer NPM, er sutrete, ikke opptatt av kvalitet, effektivitet eller økonomi, eller at vi ikke ønsker innsyn i egen praksis, bringer *ikke* debatten videre.

Reell uenighet

Det er nemlig nok av reell uenighet å ta tak i. Men så langt synes det vanskelig å trenge igjennom med substansiell kritikk. Høies beskrivelse av NPM som en drage som ikke finnes, og vage visjoner om samhandling og kontinuerlig forbedring, tyder på en betydelig vilje til *ikke* å ta imot råd fra de som kjenner systemene på kroppen. Jeg vil derfor forsøke å klargjøre hva kritikken går ut på, og hvor jeg tror vi faktisk er uenige:

- Dagens omfattende målstyring og rapporteringsregime – kall det NPM eller hva du vil – eksisterer og krever mye tid og ressurser, som nødvendigvis må gå på bekostning av faglig arbeid og behandling.
- Rapporteringsmålene er i svært liten grad i stand til å måle reell kvalitet og effektivitet, men fokuserer i stedet på ting som enkelt lar seg måle.
- Fordi både finansiering og ledelsens prioriteringer styres av disse målene, perverteres insentivstrukturen.

De fleste ønsker ikke å jukse – eller ty til «kreativ bokføring» for å kjøpe en ny kaffemaskin til enheten man jobber ved. Men mange arbeidssteder opplever at kapasiteten presses, noen steder er avhengige av å vinne anbud, eller de sliter med å oppfylle enkelte måltall. I slike situasjoner tvinges mellomledere til å presse fagfolkene til å prioritere på en slik måte at man oppfyller styringsmålene, selv om det går på tvers av faglige vurderinger. Det fører til behandlingsanbefalinger basert på hvilke tiltak som utløser dyrest takst, kortere timer for å få plass til flere pasienter og mindre langvarig og mer lavfrekvent behandling enn hva som gir effekt. Dette hindrer fristbrudd og gir gode produksjonstall.

Noe av det mest ubehagelig å erkjenne for meg og mine likesinnede er at dette også påvirker oss fagfolk. Vi internaliserer de innebygde styringsmålene. Det gjør noe med både synet på pasientene og oss selv. Vi objektiverer og distanserer oss fra pasientene: At det første jeg tenker når en pasient med store tillitsproblemer ber om hjelp utenom oppsatt tid, er «yes, der fikk jeg en ekstra produksjon i dag», heller enn «yes, nå er vi i gang». At jeg oppsummerer graden av ukas suksess med antall konsultasjoner uavhengig av innhold. Når jeg som arbeidstaker blir vurdert ut fra produksjonstall og turnover, ikke reell kvalitet, påvirker det mitt fokus. Jeg blir mer selvopptatt og mindre engasjert i pasienten. De «vanskelige» pasientene lager problemer for min måloppnåelse, og jeg blir fristet til å omtale dem som «umotiverte» eller «behandlingsresistente». Dette er holdninger som åpenbart ikke fremmer kvalitet og brukermedvirkning.

Resultatet er at byråkratiske behov for kontroll, forutsigbarhet og økonomistyring hele tiden ender med å trumfe faglige vurderinger. Det fører til løgnaktighet i systemet, tilslører de faktiske prioriteringene vi gjør, og presser ansvaret for disse nedover på den enkelte behandler, mens øverste politiske ledelse har ryggen fri til å love «flere og bedre» helsetjenester til alle.

Den riktige balansen

Vi kan vel alle være enige om at vi trenger bedre styringsmål for å vri incentivene i riktig retning, men vi må samtidig være ærlige nok til å innrømme at det er ekstremt vanskelig å måle kvalitet innenfor en rimelig økonomisk ramme. Mål må holdes på en armlengdes avstand. Talsmennene for dagens stadig mer omfattende rapporterings- og styringssystem målbærer en hybris på vegne av den fremvoksende BI-utdannede ledelsesprofesjonen, som jeg tror vi om få år vil riste oppgitt på hodet av. Mye tyder på at situasjonen kommer til å bli verre før den blir bedre, gjennom ytterligere kontroll og

strømlinjeføring. Det skjer på tross av at Skottland, New Zealand og nå også Danmark snur. Den norske overlegeforeningen vil avskaffe helseforetakene, og snart vil forslag om det samme fremmes i Stortinget. Vi må finne en balanse mellom fag og byråkrati. Fagfolk må sikres profesjonell autonomi til å utøve sitt virke i tråd med den beste kunnskapen. Vi må ha rammer som oppmuntrer til modig dialog om vanskelige prioriteringer, og byråkratiske rutiner som bidrar til at prioriteringer og ressursbruk er i tråd med demokratiske politiske føringer. I dag er balansen i ferd med å tippe i favør av et byråkrati som ikke fremmer «pasientens helsevesen», som tilslører reelle prioriteringer, og som undergraver helsevesenets viktigste ressurs – nemlig fagfolkens kompetanse og engasjement.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 6, 2015, side

TEKST

Janne Horgen Friberg, psykolog.