

”FORANDRING FRYDER?”

**- en studie om endringsprosessen
i et helseforetak**

20. Juni 2012

Jørgen Nilsen
Line Strømhaug Grongstad

BE311E
MBA Helseledelse

Abstract

The purpose of this thesis is change management and implementation of decisions in health organizations. The study analyzes the difficulty of implementing structural changes decided by the boards of Helse Nord and Helse Finnmark. This thesis is based on a case study of the decisions in those boards and the experiences of central managers in Helse Finnmark.

Our objective is to show possible reasons why it's so difficult to change the orthopaedic health care in Helse Finnmark. We study the period from 2003 to 2012.

The main finding:

We found a kind of decoupling between the elements in the management circle. Our interpretation of the informants experience is that the change processes seems to be too weak. It seems like managers rarely demonstrate a need for change within the organization.

The main finding is influenced by:

- Major challenges in the principal-agent relationship, where parts have different objectives. Asymmetric information between the parts is present, and our informant's claims it's abused for personal gain.
- Helse Finnmark is an organization with several professions, where objective and behavior management seems hard to use. Implementation of the decisions seems difficult because of resistance.
- Culture, tradition and a "we've tried it before" - thinking makes collaboration, leadership and communication a challenge.
- The decisions are vague and unclearly formulated, and our informants claims this leaves room for interpretation and opens for play between principals and agents. It also seems that the strongest resistance came from persons, who are supposed to implement the decision.

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er endringsledelse og implementering av vedtak. Studien analyserer vanskeligheten med å gjennomføre strukturelle endringer vedtatt i styrene i Helse Nord og Helse Finnmark. Vi har basert oppgaven på en casestudie av vedtakene i de nevnte styrene og erfaringer fra sentrale aktører i lederposisjoner i Helse Finnmark.

Målet med oppgaven er å belyse årsakssammenhenger hvorfor endring av ortopedtilbudet i Helse Finnmark har vært så vanskelig. Vi forsker på perioden 2003 til 2012.

Hovedfunnet kan oppsummeres på følgende vis:

Det vises en form for dekobling mellom flere elementer i styringssløyfa. Dette kan tolkes som om endringsprosessene er for svake, og at ledere i for liten grad synliggjør et behov for endring i organisasjonen.

Hovedfunnet er sterkt påvirket av:

- Store utfordringer i prinsipal- agentrelasjonen der målene er ulike for de impliserte aktørene. Informasjonsasymmetri mellom partene er klart til stede, og informantene gjengir at dette kan misbrukes for egen vinnings skyld.
- Helse Finnmark er en profesjonsorganisasjon der mål- og atferdsstyring synes vanskelig å gjennomføre. Informantene gir uttrykk for at faggruppene motstand har gjort implementeringen av vedtaket utfordrende.
- Kultur, tradisjon og en “vi har prøvd det før”- tankegang gjør samarbeid, ledelse og kommunikasjon til en utfordring.
- Vedtakene er vagt og uklart formulert, og informantene hevder dette gir rom for tolkning, og åpner for spill mellom prinsipaler og agenter. I tillegg synes det som om at de som skal implementere vedtaket er de som har vist sterkest motstand.

Forord

Denne masteroppgaven er avslutningen på et 2 års studium ved Universitetet i Bodø. Her har vi tatt MBA (Master of Business Administration) innen helseledelse. Totalt gir masterstudiet 90 studiepoeng, hvorav 30 av disse er masteroppgaven. Vi har hatt en krevende, men lærerik prosess gjennom hele studiet. Arbeidet med denne oppgaven har vært svært spennende, og vi har følt oss hjemme i forskerrollen. Vi har forsket på hjemmebane, og har møtt stor interesse og hjelp fra hele organisasjonen - takk til alle for engasjement! Stor takk til våre kollegaer både ved Fysioterapi - og ergoterapiavdelingen i Kirkenes, Intensivavdelingen i Hammerfest og Luftambulansen i Alta. Dere har vist stor forståelse og støtte i en stressende periode. Nå ser vi fram til å bli “mentalt” tilstede på jobb.

Vi må rette en spesiell takk til våre tidligere ledere Eva H. Pedersen og Grete Åsvang som ga oss mulighet til å delta på masterstudiet, vi ser nå hvilket privilegium det har vært!

Tusen takk til våre informanter, som har tatt seg god tid til å delta i vår forskning! Vi setter stor pris på deres åpenhet og vilje til å løfte vår oppgave til uante høyder! Helse Finnmark har små forhold, og vi har virkelig kjent på utfordringer med å opprettholde konfidensialiteten. Dette har vi brukt mye tid på, og er tilfreds med å kunne levere en offentlig masteroppgave. Takk også til transkribent for hjelp til å transkribere to av våre forskningsintervju!

Takk til vår veileder Kari Nyland som har vært en god guide, og takk til pensjonert norsklærer Sissel Strømhaug for gjentatte korrekturlesninger!

Sist, men ikke minst vil vi takke våre familier som har vært gode støttespillere. Foruten deres tålmodighet gjennom studiet har dette aldri gått bra. Vel, nå er det deres tur, nå har dere all vår oppmerksomhet!

Hammerfest/Kirkenes 20. juni 2012

Jørgen Nilsen Line Strømhaug Grongstad

INNHALDSFORTEGNELSE

Abstrakt	I
Sammendrag	II
Forord	III
1.0 INNLEDNING	1
1.1 AKTUALISERING/ HENSIKT MED OPPGAVEN	1
1.2 BAKGRUNN.....	2
1.3 OPPGAVENS STRUKTURELLE OPPBYGGING	2
2.0 TEORI	3
2.1 PRINSIPAL- AGENT PERSPEKTIVET	3
2.2 EN IDEELL STYRINGSMODELL	6
2.3 DEKOBLING	8
2.4 ORGANISASJONSKULTUR.....	8
2.5 LEDELSE AV EKSPERTORGANISASJONER.....	12
2.6 IMPLEMENTERING	14
2.7 ÅTTE TRINN FOR VELLYKKET ENDRING.....	15
3.0 METODE	17
3.1 FORSKNINGSDESIGN.....	17
3.2 VALG AV METODE.....	18
3.3 OBSERVASJON	19
3.4 INTERVJU.....	20
3.5 GJENNOMGANG AV ENDRINGSVEDTAK	21
3.6 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	22
3.6.1 Validitet	22
3.6.2 Reliabilitet.....	22
4.0 EMPIRI	24
4.1 HELSE FINNMARK HF	24
4.2 ENDRINGSVEDTAK.....	25
4.2.1 En kronologisk historie.....	25
4.2.2 Oppsummering	34
4.3 ERFARINGER FRA ENDRINGSPROSESSEN	36
4.3.1 Vedtak.....	37
4.3.2 Plan	39
4.3.3 Gjennomføring.....	42
4.3.4 Evaluering.....	46

5.0 ANALYSE	50
5.1 UTFORDRINGER I PRINSIPAL- AGENT RELASJONEN	52
5.1.1 Ulike mål	52
5.1.2 Informasjonsasymmetri	53
5.1.3 Store styringsutfordringer	54
5.2 HELSE FINNMARK - EN PROFESJONSORGANISASJON.....	55
5.3 KULTUR OG TRADISJON.....	56
5.4 UKLARE VEDTAKSFORMULERINGER.....	58
6.0 KONKLUSJON OG FORSLAG TIL VIDERE STUDIER.....	60
LITTERATURLISTE	62
VEDLEGG 1: Intervjuguide.....	64
VEDLEGG 2: Prosedyre 1	68
VEDLEGG 3: Prosedyre 2	71
VEDLEGG 4: Prosedyre 3	74
FIGUR 2.1 Prinsipal - agent	4
FIGUR 2.2 Styringsløyfen	7
FIGUR 2.3 Forandringsprosessen.....	9
FIGUR 2.4 Komplimentære perspektiver på kultur	11
FIGUR 2.5 Kotters åtte trinn for endring	15
FIGUR 3.1 En typologi over feltroller.....	19
FIGUR 3.2 Oversikt over intervjuene.....	21
FIGUR 4.1 Organisasjonskart helse finnmark.....	24
FIGUR 4.2 Milepæl over vedtak	35
FIGUR 5.1 Hovedfunn	51

1.0 Innledning

1.1 Aktualisering/ hensikt med oppgaven

Helseforetaksreformen ble iverksatt i 2002 der de fylkeskommunale sykehusene ble innlemmet i fem regionale helseforetak. Et av målene med foretaksreformen var at ledelsen av sykehusene skulle effektiviseres. Spørsmålet er om dette er oppnådd. Det har vært mange diskusjoner, debatter og stort mediefokus, særlig når sakene har dreid seg om innhold og funksjonsfordeling mellom sykehus.

Helse Finnmark er et helseforetak i Helse Nord. De somatiske klinikkene i Helse Finnmark ligger i Hammerfest og Kirkenes. Tradisjonelt har Hammerfest vært ”storebror” mens Kirkenes har vært ”lillebror” på bakgrunn av størrelse og pasientgrunnlag. I mange år har også nedleggingsspøkelset hengt over disse klinikkene på grunn av sin kostbare drift. Begge klinikkene har, og har alltid hatt, kirurgisk akuttberedskap og fullverdige fødeavdelinger. Spørsmålet om funksjonsfordeling har blitt debattert utallige ganger. Hver gang det har kommet forslag om strukturelle endringer i tilbudet ved noen av klinikkene, har dette vakt lokalpolitisk motstand og intern støy.

Et av vedtakene som ble fattet, omhandlet endring i den ortopediske vaktberedskapen ved klinikk Kirkenes. Dette vedtaket ble gjort både i Helse Nord og i styret i Helse Finnmark, samt fulgt opp av ledelsen i foretaket. Det har vært satt ned arbeidsgrupper og prosjektgrupper for å få vedtaket implementert. Det har vært leid inn konsulenter, satt ned evalueringsutvalg, det har vært møter med brukerorganisasjoner og fagråd er konsultert. Forslaget satte sinnene i kok hos fagfolk, politikere, media og befolkning. Det har vært leserinnlegg og artikler i lokalavisene, fakkeltog og mye politisk innblanding.

Med dette som bakteppe er følgende problemstilling formulert:

Hvorfor er endringer så vanskelig å gjennomføre?

-en casestudie av ortopeditilbudet i Helse Finnmark i perioden 2003 – 2012.

1.2 Bakgrunn

Det er stor avstand mellom de somatiske klinikkene i Helse Finnmark, og vi har selv erfart at dette gir utfordringer i forhold til samarbeid og kommunikasjon. Vi har opplevd vedtak om funksjonsfordeling og omorganisering som har skapt mye støy, både internt og eksternt. Dette har påvirket vår arbeidshverdag, til tross for at det i flere tilfeller ikke har medført faktiske endringer. For ortopeditilbudet i Helse Finnmark har endringsprosessen vært vanskelig, og det vekket vår nysgjerrighet til å belyse den tilsynelatende manglende kobling mellom vedtak og endring. Er det slik at vedtak i forhold til ortopeditilbudet møter så mye motstand at de treneres og ikke gjennomføres? Dette spørsmålet ga oss assosiasjoner til historien om ALLE, NOEN, ENHVER og INGEN:

*“Det var en viktig endring som skulle gjennomføres og
ALLE var sikker på at NOEN skulle gjøre det.
ENHVER kunne gjort det, men INGEN gjorde det.
NOEN ble opprørt på grunn av dette, for det var ALLEs ansvar.
ALLE trodde ENHVER kunne gjøre det,
men INGEN forsto at ALLE ikke ville gjøre det.
Det endte med at ALLE bebreidet NOEN da
INGEN gjorde hva ENHVER kunne ha gjort.”*

1.3 Oppgavens strukturelle oppbygging

I Kapittel 2 presenteres teori som belyser vårt forskningsspørsmål, og danner bakteppet for dette arbeidet. Prinsipal- agent perspektivet er sentralt og danner den overordnede referanserammen for oppgaven. Den ideelle økonomiske styringsløyfa, endringsledelse, ledelse av ekspertorganisasjoner, implementering samt Kotters åtte steg for en vellykket endring, er teorier vi har valgt for å belyse vår problemstilling. Kapittel 3 beskriver metoden som er benyttet for framskaffing av våre empiriske data. Oppgavens validitet og reliabilitet er også beskrevet her. I Kapittel 4 blir vår empiri presentert. Vi har valgt å legge fram historikken bak vedtaket som ble fattet første gang i 2003, og som fram til i dag har vært gjenstand for debatt. Relevante funn fra informanter blir lagt fram for leseren. I Kapittel 5 analyseres hovedfunnene fra empirien og knyttes opp mot den teoretiske referanserammen. Kapittel 6 trekker enkelte konklusjoner og gir forslag til videre forskning.

2.0 Teori

Vi har valgt å ta for oss prinsipal – agent perspektivet som omhandler relasjonene mellom individer. Hvordan disse relasjonene fungerer, har vi valgt å vise ved bruk av en ideell styringsmodell som poengterer at kobling mellom styringsprosesser står sentralt, dersom modellen skal fungere optimalt. Disse koblingene er i stor grad preget av organisasjonens kultur, og vi velger derfor å beskrive noe om organisasjonskultur og hvordan denne kan influere endring. Videre har vi valgt å fokusere på ledelse av ekspertorganisasjoner, for å gi lesere innblikk i ulike ledelsesutfordringer og kompleksiteten av denne type organisasjon. I slike organisasjoner kan implementering av beslutninger være en reell utfordring, og vi gir innføring i forhold som Jacobsen og Thorsvik (2005) hevder kan problematisere implementeringen. Da forskningsspørsmålet er knyttet direkte opp mot endringsledelse, finner vi det naturlig å ta med Kotters åtte suksesskriterier for endring. Disse er et av de mest anvendte verktøy for endringer i organisasjoner, og vi avrunder teorikapittelet med å beskrive hans hierarkiske ”åttetrinns-rakett” for å oppnå en vellykket endring.

2.1 Prinsipal- agent perspektivet

Prinsipal - agent perspektivet er med på å belyse de utfordringer vi står ovenfor for å lykkes i styring innen helsevesenet. Teorien bygger på en agent som er den utførende part, mens prinsipalen er den delegerende part. Prinsipal – agent relasjonen ble av professor Pål Pedersen definert som:

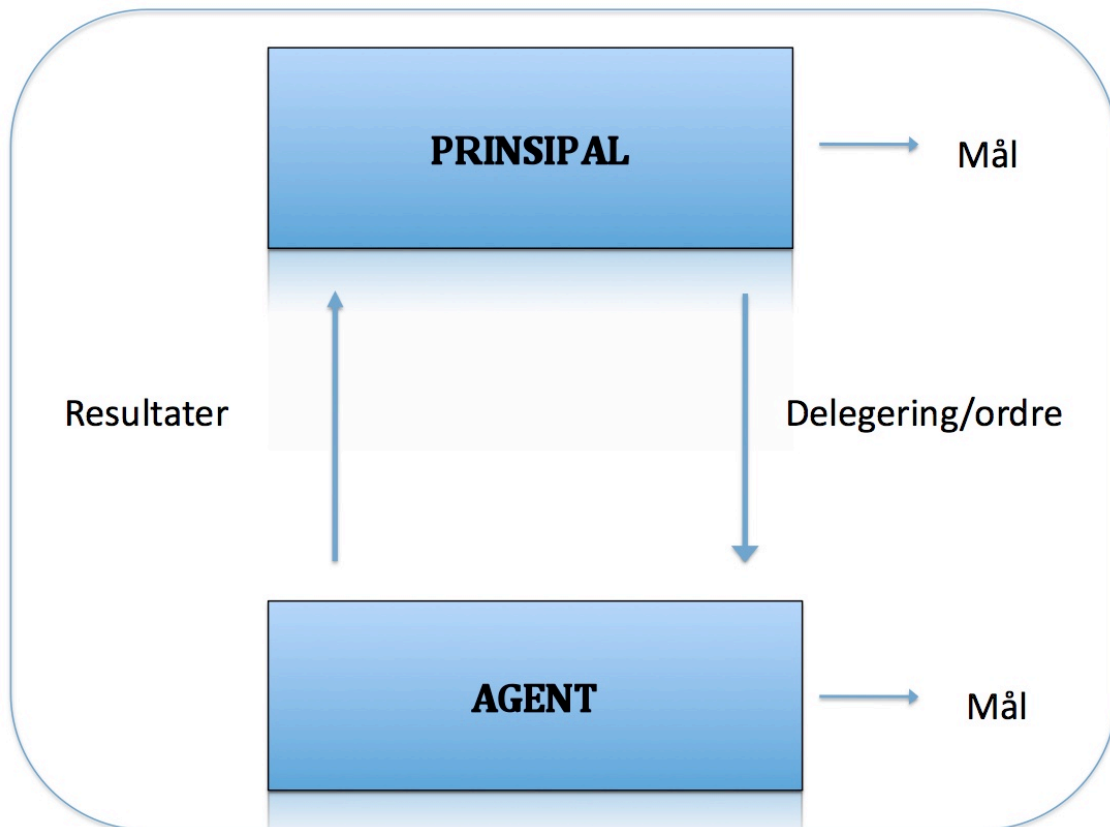
”En idé om at et individs adferd bestemmes av mulige reaksjoner fra andre individer gjennom strategiske handlinger.” (Pedersen 2010 a)

Professor Jan Thorsvik forklarer individets adferd og mulige reaksjoner som et strategisk maktforhold. Han beskriver hvordan makten kan forflytte seg fra prinsipalen til agenten:

“Jo sterkere ønske B har fra A, jo større makt har A.” (Thorsvik 2011 a)

Opstad (2006) sier at et hovedpoeng i prinsipal- agent perspektivet er en kontraktinngåelse mellom prinsipal og agent som regulerer oppgavene delegert fra prinsipalen til agenten. Helsesektoren består av et komplisert nettverk av prinsipal- agent forhold; mellom det Regionale Helseforetaket og Helseforetaket, mellom Helseforetaket og klinikker, mellom klinikkleidelse og ansatte og mellom behandler og pasient. Teorien innebærer at prinsipalen fattet operative beslutninger som delegeres til agenten. Prinsipalen vil søke å få utført

produksjonen tilfredsstillende med tanke på pris og ressursbruk, mens agenten ofte vil søke å oppnå gode rammebetingelser for seg selv. Opstad og Berg (1992) illustrerer prinsipal- agent forholdet slik:



Figur 2.1 Prinsipal – agent. (Opstad og Berg 1992)

Sandmo m.fl. (1992) hevder at prinsipalens nytte er avhengig av aktørens handlinger. Agenten må derfor utøve en innsats til tross for at teorien sier at agenten vil forsøke å oppnå mest mulig egennytte med minst mulig innsats. Dette kan gi motstående interesser eller målsetninger. Når agenten ikke handler etter prinsipalens interesser, men jobber mot å oppnå egne mål og interesser, oppstår det problemer. Det kan være flere årsaker til de ulike mål og interesser, og Opstad (2006) beskriver seks slike forhold:

1. *Helhetsvurdering*: Prinsipalen har det overordnede ansvar og fokuserer på de overordnede mål og en helhetlig vurdering.
2. *Nærhet til brukerne*: Agenten er opptatt av behovene til brukerne/ pasientene da denne har nærmere kontakt med disse.
3. *Egeninteresse*: Både prinsipalen og agenten kan ha personlige interesser. Det å ha en opportunistisk atferd for å sikre egen vinning, vil forsterke prinsipal- agentproblemet.

4. *Forskjellig virkelighetsoppfatning*: Både prinsipal og agent kan ha ulik oppfatning av behov, situasjon og hvilke tiltak som bør iverksettes.
5. *Ulik holdning til risiko*: Dersom risikovilligheten er forskjellig, kan valgene aktørene gjør få konsekvenser for den andre.
6. *Målforskyvning*: Endringer gjør at det er behov for oppdatering og justering av oppgaver og målsettinger.

En utfordring i prinsipal – agent perspektivet kan være at prinsipalen ofte har begrenset eller utilstrekkelig informasjon i forhold til agenten som har full informasjon – ofte kalt *informasjonsasymmetri*. Dersom agenten sitter med mer informasjon enn prinsipalen, kan dette resultere i en moralsk risiko (moral hazard) der agenten opptrer i strid med den inngåtte avtalen for egen vinnings skyld. (Pedersens 2010 a) *Informasjonsasymmetrien* deles av Sandmo m.fl. (1992) inn i skjult informasjon og skjulte handlinger. Skjult informasjon dreier seg om at agenten kan ha bedre kjennskap og informasjon enn prinsipalen, om varen eller tjenesten transaksjonen gjelder. Ved skjulte handlinger har ikke prinsipalen mulighet til å observere agentens handlinger. Disse skjulte handlingene kan resultere i den moralske risiko nevnt tidligere.

Som nevnt er kontraktinngåelse et viktig poeng i relasjonen. For at begge parter skal ha best utbytte av kontrakten eller avtalen, gjelder det for prinsipalen å utforme incentivsystemer. Dette for å sikre adferd hos agenten som tjener prinsipalen best, og som gir størst egen nytte til agenten. (Pedersen 2010 a)

Det at partene sitter med ulik kunnskap eller informasjon, kan bli et stort problem for måloppnåelsen. Dette betyr at dersom ikke ledelsen ved et helseforetak har samme mål som det regionale helseforetaket, så kan dette føre til dårlig måloppnåelse. Et eksempel kan være myndighetenes overordnede krav om økt kostnadseffektivitet, noe som kan stå i motsetning til helsepersonellens oppfatning om hva som skal til for å gi en tilfredsstillende kvalitet på behandlingen. Dersom prinsipalen ikke har oversikt over agentens forutsetninger for å gjennomføre tiltak, vil han ikke være i stand til å bedømme hvorvidt dårlige resultater skyldes ineffektivitet eller andre ukontrollerbare forhold. (Askildsen og Haug 2001) En prinsipal kan ha mange ulike agenter under seg. Dette betyr at prinsipalen styrer forskjellig avhengig av den enkelte agent. (Opstad 2000) Videre har Opstad poengtert at prinsipal – agent forholdet er med på å belyse de styringsutfordringer vi har i helsevesenet. Mange av aktørene er

prinsipaler og agenter samtidig. For eksempel er avdelingslederen agent i forhold til klinikk sjefen, men er prinsipal i forhold til sine ansatte. Prinsipalen har behov for å kontrollere det agenten utfører, noe som vil gi ekstra styringskostnader. Det utstrakte hierarkiet i helsevesenet, som Opstad (2000) kaller lange kommandolinjer, synliggjør et behov for en rasjonell styringsmodell i sykehusene slik at prinsipalens styringskostnader blir lavest mulig.

2.2 En ideell styringsmodell

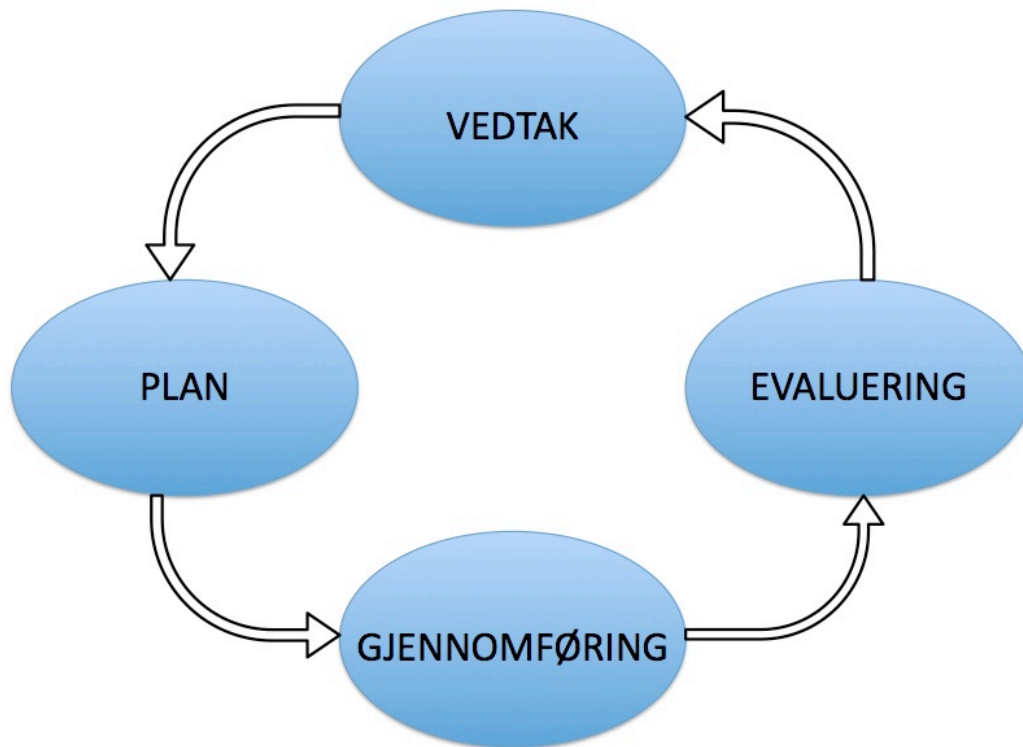
Mange hevder at dagens helsevesen i stor grad styres av økonomi. Dette gjenspeiles i Oppdragsdokumentet fra Helse Nord til Helse Finnmark i 2010, der det overordnede målet er et økonomisk overskudd. Pettersen m.fl. (2008) har definert økonomistyring som:

”Den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsetninger.” (Pettersen m.fl., 2008:139)

Det kan for eksempel være et overordnet mål for Helse Nord å oppnå økonomisk overskudd i Helse Finnmark, slik at man kan benytte overskuddet til fremtidige investeringer og utbygging. Økonomistyring framstilles av Pettersen m.fl. (2008) som en rasjonell modell, og vi vil bruke en modifisert utgave av denne modellen som utgangspunkt i presentasjonen av vår empiri. Pettersen m.fl. (2008) framstiller, i likhet med andre lærebøker, økonomistyring som en kontinuerlig prosess bestående av fire elementer med tette koblinger:

- definisjon av strategi (vedtak)
- planlegging (plan)
- aktivitetsoppfølging (gjennomføring)
- rapportering (evaluering)

Pettersen m.fl. (2008) illustrerer Anthony og Youngs ideelle økonomiske modell for styring. Vi har valgt å tilpasse elementene i modellen slik at den best beskriver styringsprosessen i forhold til vårt forskningsspørsmål.



Figur 2.2 Styringsløyfen. (Anthony & Young gjengitt i Pettersen m.fl. 2008)

Figuren illustrerer at styringsprosessen foregår på forskjellige plan. Alle elementene kan påvirkes av eksterne forhold som kan gi endringer i prosessen. Dette kan være endringer i budsjett, mediepress, teknologisk utvikling og lignende. Styringsløyfa er i utgangspunktet en ideell økonomisk styringsmodell, men vi velger her å benytte den som en generell modell for styring. Prosessen starter med *vedtak* fattet av styre eller eiere. Dette danner strategiske mål og visjoner for organisasjonen. Videre lages det en *plan* basert på målene og visjoner organisasjonen har. Styringen av planene foregår kontinuerlig og *gjennomføringen* av planene dokumenteres fortløpende. Dokumentasjonen og gjennomføringsevnen *evalueres* opp mot planene som er lagt, slik at man kan se om mål og visjoner må endres. (Pettersen m.fl. 2008) Styringsløyfa tar utgangspunkt i at koblingene mellom elementene er uproblematisk, at målene er konsistente og uten interessekonflikter. Dette kaller Pettersen m.fl. (2008) for formålsrasjonelle koblingene. Videre er det et poeng at rekkefølgen på elementene er fast og bygger på hverandre. Dersom styringen skal være formålsrasjonell, må det være samsvar mellom det som planlegges og det som gjennomføres av endringer i en organisasjon. (Pettersen m.fl. 2008)

2.3 Dekobling

Koblingene mellom elementene i den ideelle styringsmodellen i Figur 2.2, forutsettes å være faste og formålsrasjonelle. Dersom vi har brudd i koblingene, har vi et styringsproblem. (Pettersen m.fl. 2008) Forfatterne stiller videre spørsmål om den manglende integreringen mellom elementene gir en styringsmodell med en eller fire verdener. De overordnede målsetningene kan leve sitt eget liv, frikoblet fra planene og gjennomføringen. Og evalueringen som skal være beslutningsgrunnlag, er mest utformet for kontroll og historisk dokumentasjon. Pettersen m.fl. (2008) mener derfor vi ut i fra dette kan si at den ideelle økonomiske styringsløyfa har brudd mellom alle fire styringselementene. Til tross for at det er spesielt kritikken av budsjettssystemet forfatterne diskuterer, velger vi å overføre denne betydningen av dekobling til vår tolkning av styringsløyfa.

Brunsson (2002) sier organisasjonen ikke står fritt til å gjøre det den måtte ønske. Den må ta hensyn til eksterne interessenters krav for å sikre tilgang til ressurser. Eksempelvis må klinikkene følge krav fra eier gjennom oppdragsdokument. Kravene kan ofte gå på tvers av interne hensyn i organisasjonen. Brunsson (2002) hevder organisasjonen kan løse dette ved å koble beslutningen løs fra handlingen av rasjonalitetshensyn. Også Pettersen m.fl. (2008) sier at dersom styringen skal være rasjonell, må det være samsvar mellom det som planlegges og det som gjennomføres. Dersom beslutninger tas, gjøres kjent, men ikke påvirker den daglige drift og produksjon, har vi i følge Brunsson (2002) en "hyklerisk organisasjon". Pettersen m.fl. (2008) viser til en studie på et stort universitetssykehus der det ble funnet flere eksempler på at målsetninger blir tilpasset handling i ettertid, for å få styringen til å framstå som rasjonell. Denne dekoblingen kan være en strategi som virker rasjonell for ledere i sykehus. Kan rasjonaliteten denne dekoblingen gir, være med å skape en egen organisasjonskultur i sykehus?

2.4 Organisasjonskultur

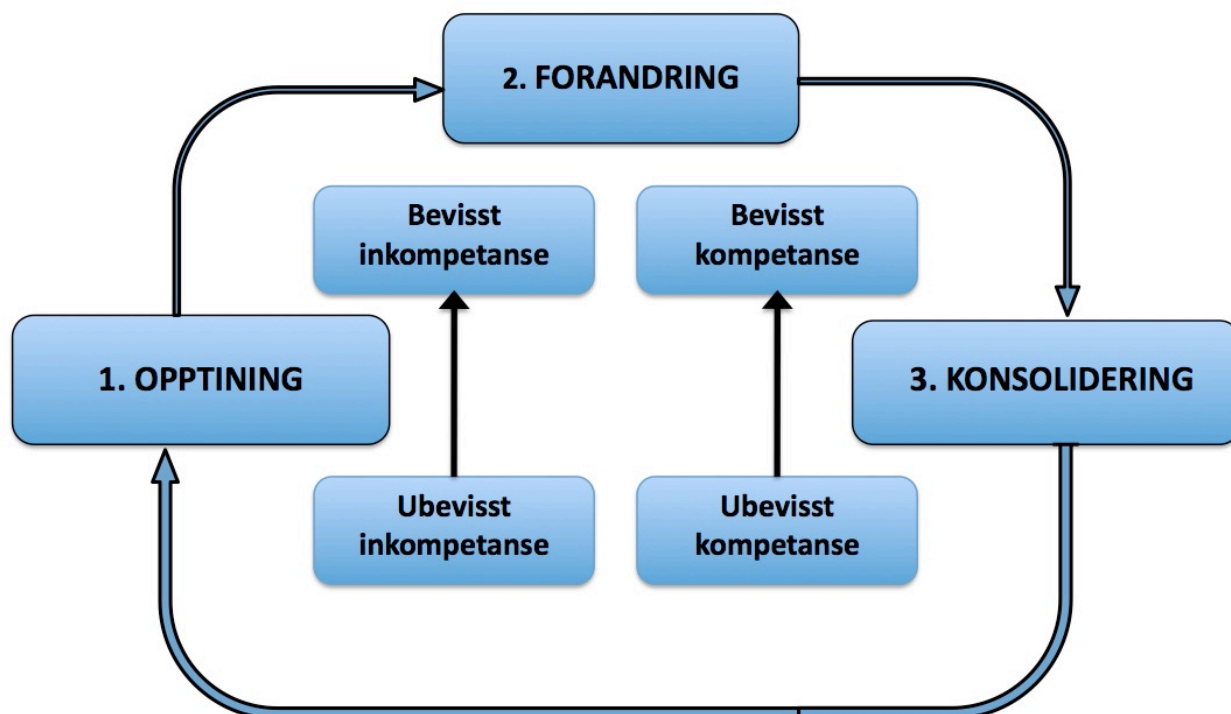
Ifølge Strand (2010) er det en nokså utbredt oppfatning at en sterk kultur er en viktig komponent for å lykkes og kan fremme suksess i styringsløyfen. Som følge av dette velger vi å ta med organisasjonskultur som et sentralt teoretisk begrep, for å belyse vårt forskningsspørsmål. Amitai Etzioni definerer en organisasjon som følger:

"En organisasjon er et sosialt system eller et virkemiddel som er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål." (Grund, 2006:143)

Når det gjelder begrepet organisasjonskultur har vi valgt å anvende Edgar Schein, som sier:

“Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser - skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene.” (Johannessen og Olaisen 2007:106)

Schein er opptatt av det han kaller grunnleggende antakelser. Dersom en løsning på et problem virker gang på gang, vil den etter hvert bli tatt for gitt. Han sier også at dersom en grunnleggende antakelse er sterk nok i en gruppe, så vil medlemmene ha vanskeligheter med å tenke seg atferd som bygger på andre premisser. Å oppnå endring av menneskers atferd og handlingsmønstre, kan beskrives som en tretrinns prosess. Denne prosessen skal bringe den det gjelder fra en “ubevisst inkompetanse” til en “ubevisst kompetanse”. De ulike trinnene er opptining, forandring og konsolidering og kan skjematisk fremstilles som i Figur 2.3 (Johannesen og Olaisen 2007):



Figur 2.3 Forandningsprosessen, opptining til konsolidering. (Johannessen og Olaisen 2007:109)

Denne figuren forsøker å vise at det er først når organisasjonen blir bevisst sin inkompetanse, at det blir mulig å starte forandring eller endring. I første trinn, opptining, er det vesentlig å

bli bevisst at dersom endring skal skje, må det bli tydelig for individet i organisasjonen hvor dysfunksjonelt det er å gjøre det samme i fortsettelsen. Det er i første trinn hele grunnlaget for endringen bygges opp. I andre trinn, forandring, må det settes mål og foretas konkrete handlinger for å oppnå forbedring eller endring. I tredje og siste trinn, konsolidering, må den nye kompetansen integreres i den enkeltes naturlige væremåte dersom forbedringen/endringen skal bli varig. Dette innebærer at man handler automatisk uten å tenke over hvordan eller hvorfor. (Johannessen og Olaisen 2007)

Professor Jan Thorsvik hevder at organisasjonskultur påvirker atferd da kulturen kan angi hvilken informasjon som er viktig og sentral, og hvilke som kan utelukkes. Han mener kulturen angir hva som er passende atferd når personer skal foreta et valg på vegne av organisasjonen. Om det er vage regler og uklare mål, gir det rom for personlig skjønn som kan være sterkt preget av kulturelle forhold. Han definerer tre ulike perspektiver på kultur i organisasjoner (Thorsvik 2011 b):

1. Integreringsperspektivet: Fokus på kulturelle uttrykk og bare fokus på kulturelle uttrykk som gjør at ansatte oppfatter og tenker likt, og som tegner et integrerende meningsmønster som samler alle i organisasjonen til en felles enhet.
2. Differensieringsperspektivet: Fokus på kulturelle uttrykk som tolkes ulikt av ulike grupper, eller er begrenset til bestemte grupper, og som derfor skaper subkulturer som eksisterer side om side i organisasjonen.
3. Fragmenteringsperspektivet: Fokus på kulturelle uttrykk som er uklare og skaper tvetydighet og usikkerhet med hensyn til kulturelle spørsmål som for eksempel “ Hva står vi for?” og “ Hvordan bør vi gjøre ting her?”.

En og samme organisasjon kan inneha flere perspektiver, som gir ulik fokus og bilder av kulturen utad. For eksempel kan subkultur i et differensieringsperspektiv lett føre til en selvgod oppfatning av seg selv og andre i gruppen, både for hva man står for og hva man representerer. Når man her overvurderer egen kapasitet og ferdigheter, mister man evne og vilje til å tenke kritisk og reflektere omkring egen praksis. Det kan redusere evne til å se mulige mangler, svikt og feil man gjør. Over tid kan man bli preget av trangsynthet og manglende evne til å forstå kritikk og andre synspunkt. Her kan det utvikles sosialt og emosjonelt press i gruppen i retning av ensartet tenkning og handling. (Thorsvik 2011 b)

Det at ansatte har felles eller ikke felles oppfatning om virksomheten, kan ha stor betydning for hva man får ut av virksomheten. Det vil derfor være viktig å se på hvordan man kan påvirke organisasjonskulturen for å utvikle den i en ønsket retning. Definerte verdier og visjoner er vanlig for å gjøre organisasjonen gjenkjennelig. En omorganisering som krever tett samarbeid, vil raskt synliggjøre betydningen av organisasjonskultur. Interessekonflikter i forbindelse med refordelinger av posisjoner og oppgaver, kan føre til uoverensstemmelser og ulike virkelighetsoppfatninger. (Thorsvik 2011 b)

Videre presiserer Thorsvik at all læring er kontekstuell og relasjonell, og en skjematisk fremstilling viser hva disse tre perspektivene kan lære oss om kulturen i organisasjonen:

	Integreringsperspektivet:	Differensieringsperspektivet:	Fragmenteringsperspektivet:
Fokus på:	Konsensus som er utbredt i hele organisasjonen	Konsensus som er begrenset til subgrupper i organisasjonen	Kulturuttrykk som er uklare og skaper tvetydighet og usikkerhet
Bildet som tegnes av kulturen i organisasjonen:	Hva som måtte finnes av felles kultur	Hva som måtte finnes av subkulturer	Hva som måtte finnes av uklare kulturelle manifestasjoner

Figur 2.4 Komplementære perspektiver på kultur. (Thorsvik 2011 b)

Kulturforskjeller i organisasjonen kan gi ulike forutsetninger for hvordan aktørene ser på ledelsens rolle. I en slik sammenheng kan det stilles spørsmål om organisasjonskulturen kan påvirkes og styres, og hvorvidt den kan være et mulig lederinstrument. I en organisasjon vil det i mange tilfeller være felles kjennetegn ved kulturen som kan være ervervet over tid. (Strand, 2010) Siden kulturen som regel er ervervet over tid, fremhever Thorsvik betydningen av en organisasjons eller et individs evne til avlæring. Lengre perioder med suksess gjør det vanskelig å endre måten man alltid har gjort tingene på. Organisasjonen må ha absorbtiv kapasitet og evne til å se relevans, til å integrere ny kunnskap og ikke minst kunne anvende denne kunnskapen slik at den gir praktisk nytte. (Thorsvik 2011 b)

Om vi ser dette i sammenheng med Nils A. Eggens “Godfot-teori”, så er også denne knyttet opp mot å bli bevisst både egen og lagspillerens kompetanse. Her vektlegges nødvendighet

av endring helt ned på individnivå for å oppnå lagets eller organisasjonens felles mål. Det er viktig at den enkelte lærer seg å akseptere sin rolle, og at det er deres eget ansvar å fylle rollen i samsvar med andre og videreutvikle den. Eggen poengterer:

“Det er viktig å gå på banen for å være best mulig sjøl! Men det er langt viktigere å gå på banen for å gjøre medspillerne gode ... “ (Johannessen og Olaisen 2007:97)

2.5 Ledelse av ekspertorganisasjoner

Det eksisterer svært mange definisjoner på ledelse. Professor Inger Johanne Pettersen har en enkel og kort definisjon:

“Ledelse er å nå mål gjennom andre” (Pettersen 2011 a)

Thorsvik beskriver tre sentrale aspekter ved ledelse (Thorsvik 2011 b):

1. Ledelse er en rekke handlinger som utøves av en eller flere personer.
2. Ledelse har til hensikt å få andre mennesker til å gjøre noe.
3. Ledelse skal bidra til at organisasjonen når sine mål.

For at organisasjonen skal nå sine mål, er det ifølge organisasjonsteoretiker Ouchi (Pettersen m.fl. 2008) kun to forhold som kan måles:

- Hvordan aktørene i organisasjonen utfører handlingene, altså aktørens adferd.
- Hva man får ut av handlingene, altså resultat av aktørens adferd.

Med bakgrunn i disse forhold blir det viktig å fokusere på adferd eller resultat for å styre en organisasjon mot bestemte mål. Dersom man kan avdekke en sammenheng mellom årsak og virkning (kausalkunnskap), kan man aktivt benytte målstyring for å fremme best mulig adferd for måloppnåelse. Målstyring i denne sammenheng kan være gitte prosedyrer eller regler som viser hvordan handlingen skal utføres for å oppnå ønsket effekt.

Videre presiserer Pettersen m.fl. (2008) flere utfordringer ved alternativt å lede ut fra resultatstyring i helsevesenet. Her er det vanskelig å måle resultater og flere av disse vurderes på bakgrunn av fagprofesjonenes kliniske skjønn. Som i alle organisasjoner er det også her avgjørende å kunne definere mål og bestemme hvilke virkemidler som sikrer måloppnåelse. Helseorganisasjoner er svært sammensatte og gir utfordringer når en skal velge riktig styringsprinsipp. Dette understøttes av Strand (2010) som beskriver fire ulike organisasjonstyper:

1. Byråkrati
2. Ekspertorganisasjoner
3. Entreprenørorganisasjoner
4. Gruppeorganisasjoner

Ifølge Strand er det rimelig å anta at de fleste organisasjoner har erfaringer og disposisjoner som tenderer mot å legge vekt på en eller to av typene. Et helseforetak eller et sykehus er et typisk eksempel på en ekspertorganisasjon, men det kan også ha byråkratiske trekk. Både i forhold til høy spesialisering og formaliserte prosedyrer, men også i forhold til ledelse som ikke nødvendigvis er personer med høy fagkompetanse. Ledere i dagens sykehus kan være en dreven ingeniør eller en stødig administrator. (Strand 2010) Likevel påpeker Pettersen m.fl. (2008) at sykehusene i stor grad er preget av profesjonsstyring, og det er profesjonenes normer og verdier som avgjør hvilke handlinger aktørene skal utføre. Her kan det synes en manglende sammenheng mellom ressursinnsats og resultat, da lik diagnose ikke nødvendigvis krever lik behandlingsmetode.

En ekspertorganisasjon har færre nivåer enn en byråkratiorganisasjon, og posisjonen i organisasjonen er i stor grad basert på yrkesmessig status og erfaring. I ekspertorganisasjoner er de fleste arbeidstakere rekruttert på bakgrunn av sin dokumenterte fagkompetanse. Styring er preget av deltakernes ekspertkunnskap, og disse er opplært til å akseptere faglige normer. Det er liten plass for ledelse ut over det som bygger på faglig autoritet. Ofte er leder i slike organisasjoner erfarne og vel ansatte fagpersoner, som bør jobbe målrettet og løse kompliserte problemer. En god leder her tilstreber å la folk gjøre det de er gode til, da den viktigste drivkraften er de utfordringene fagfolkene selv føler ligger i arbeidet. (Strand 2010)

Grund (2006) fremhever at den viktigste egenskap hos en leder i en ekspertorganisasjon, er evnen til å håndtere dilemmaer og motsetninger. Strand (2010) har videre definert tre ulike dilemmaer for ledere i ekspertorganisasjoner:

1. Spørsmålet om kollegial, versus organisatorisk oppgaveløsning.
2. Forholdet mellom kyndighet og myndighet.
3. Om fagpersonen skal velge fortsatt fagkarriere eller lederkarriere.

En leder i en ekspertorganisasjon må en sørge for faglig legitimitet, og avgjørelser skal vanligvis grunngis med faglige eller fagpolitiske argumenter. Samtidig må ledere, i mange

tilfeller, akseptere en mindre tett tilknytning til faget. Det å ha innsikt i medisin er en fordel for en sykehusdirektør, men det er ikke essensielt for å utøve ledelse dersom en blir godtatt av de mektige og kyndige. (Strand 2010) Ifølge Ole Berg er det:

“...bare leger, om noen, som kan kontrollere leger.” (NOU 1997 nr. 18: 36)

Strand (2010) poengterer videre en større utfordring for ledere med lavere faglig kompetanse enn de dominerende ekspertene. For eksempel kan de faglige standpunkt ved et styrevedtak vise seg å være tøyelige, og gi grunnlag for forhandling eller tilpasninger. Det kan da bli vanskelig å få sterke fagekspertter til å avfinne seg med krav til økonomisering, måloppnåelse og lønnsomhet.

Dette ønsker vi å knytte opp mot Thorsviks refleksjoner om at et hvert tiltak eller vedtak vil inneha både funksjonelle og dysfunksjonelle effekter. Han fremmer utfordringer ved ledelse i en ekspertorganisasjon, spesielt når fagekspertter fremmer private mål som ikke nødvendigvis er de samme som organisasjonen har. (Thorsvik 2011 a) Dysfunksjonelle effekter kan direkte påvirke en organisasjons evne til implementering, og vi vil videre beskrive disse iverksettingsproblemene.

2.6 Implementering

Dersom en beslutning tas, medfører ikke dette automatisk til endret atferd. Jacobsen og Thorsvik (2005) hevder at det kan oppstå et gap mellom de intensjoner som ligger bak beslutningen, og de oppnådde resultatene. De peker på flere forhold som kan gi et slikt avvik:

- Kunnskapsgrunnlaget for beslutningen kan være for dårlig. Dersom beslutningstaker ikke har god nok innsikt i hvilke virkemidler som er nødvendig for å realisere intensjonen bak beslutningen.
- Ressurser til å sette beslutning ut i livet er utilstrekkelige.
- Man kan ha nok ressurser, men kombinasjonen gjør gjennomføringen umulig.
- Man møter politisk motstand som vanskeliggjør gjennomføringen av beslutningen.

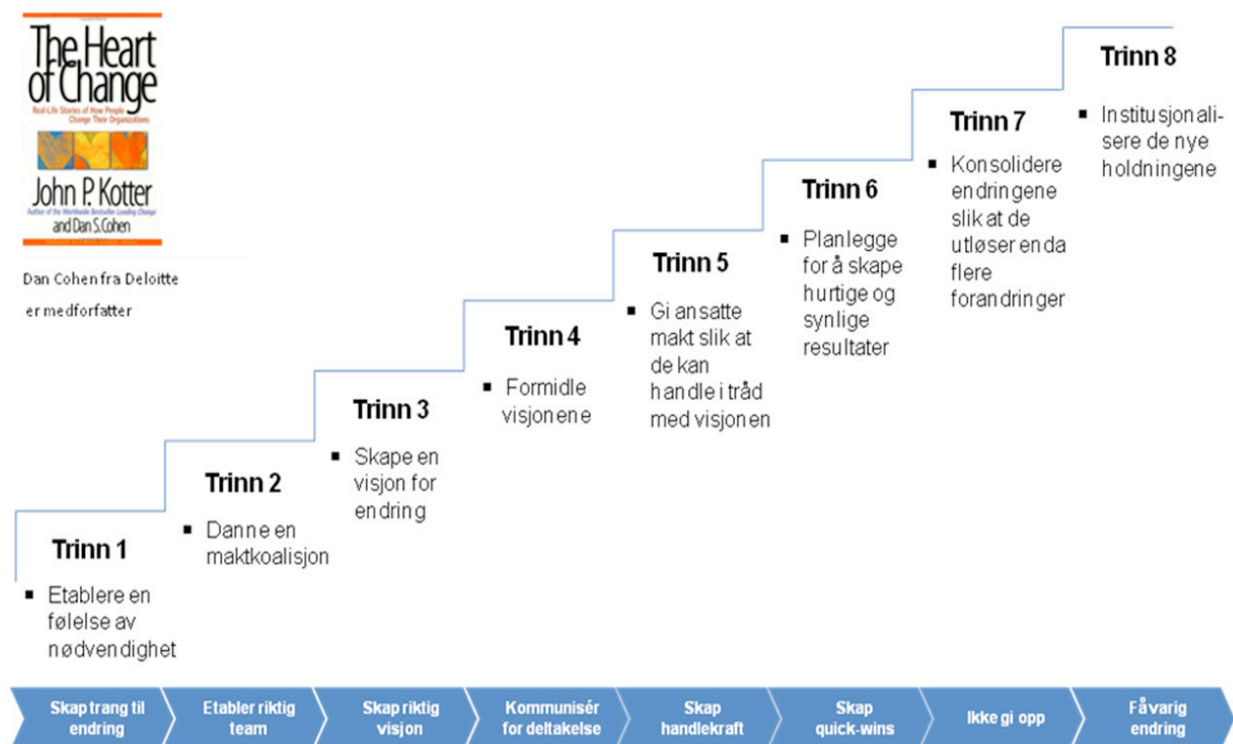
Jacobsen og Thorsvik (2005) henviser til Van Meter & Van Horn, som har studert iverksettingsproblemer når de som skal iverksette, er andre enn de som har besluttet. I tillegg til de nevnte forhold over, har de funnet to nye problemstillinger man kan støte på som også gjør iverksettingen problematisk. Det kan være at de som skal iverksette beslutningen, ikke er

klar over hva de skal gjøre eller hvilke forventninger som stilles til dem. Det andre kan være at de rett og slett nekter å gjennomføre beslutningen.

“Slike problemer er mest sannsynlig der iverksetterne er medlemmer av profesjonsgrupper, og der deres profesjonelle normer og faglige idealer står i konflikt med innholdet i den beslutningen som skal iverksettes.” (Jacobsen og Thorsvik, 2005:320)

2.7 Åtte trinn for vellykket endring:

En av de mest anvendte endringsinstrumenter som benyttes i organisasjoner er John P. Kotters åtte trinn for en vellykket endringsprosess. Trinnene innebærer åtte suksesskriterier Kotter (2002) mener organisasjoner må ta i kronologisk rekkefølge, for å oppnå en vellykket endring. Trinnene vises i følgende figur:



Figur 2.5 Kotters åtte trinn for en vellykket endring. (Kotter 2002, oversatt av Deloitte)

Trinn 1 innebærer at organisasjonen må innse alvoret i situasjonen. Dette er i følge Kotter det viktigste endringssteget. I denne fasen må du overbevise de ansatte om at det eksisterer problem, trusler, mangler eller nye muligheter. På denne måten kan de ansatte begynne å snakke om utfordringene, og ideen om behov for endring kan vokse frem av seg selv. Kotter har selv foreslått at dersom en endring skal bli vellykket, må 75% av organisasjonens ledelse “kjøpe” ideen. Hvis ikke, blir endringen unødvendig vanskelig å gjennomføre.

I **trinn 2** velges en gruppe som kan lede endringsprosessen. Det trenger ikke være folk fra den tradisjonelle hierarkiske strukturen. Det må være mennesker som har innflytelse på forskjellige nivå ut i fra jobbtittel, sosial status, fagkunnskap eller lignende. Hovedpoenget er å danne en sterk koalisjon.

Gruppen eller teamet skal i **trinn 3** utarbeide en visjon og strategi for å lede endringsprosessen.

Kommunisering av visjon og strategi blir da **trinn 4**. Ledelsen av endringsprosessen må bruke enhver anledning til å kommunisere strategi og visjon for de ansatte. De må sørge for at organisasjonen forstår dem, og motivere til å støtte opp om dem. Visjonen vil få konkurranse fra den daglige kommunikasjonen innad i organisasjonen, så det gjelder å holde trykket oppe under endringsprosessen.

Trinn 5 er delegering av handlefrihet og sørge for å fjerne hindringer. Dyktiggjøre andre til å arbeide og handle i tråd med visjonen, og sørge for å fjerne strukturelle trekk som virker hemmende for visjonen.

For å kunne vise nytteverdien av endringen, er det i **trinn 6** nødvendig å planlegge og skape kortsiktige hurtiggevinster. Det er en fordel at målene er lett oppnåelige slik at dette lett kan nås og skape større aksept. Dersom tidlige mål ikke nås, kan hele endringsinitiativet skades.

Konsolidering av forbedringer i **trinn 7** betyr at man skal benytte aksepten ved tidlig måloppnåelse til å øke momentet, og gå løs på større problemer som hemmer en realisering av visjoner og mål. Kotter hevder mange prosjekter havarerer fordi seieren tas på forskudd. Ekte endring liggere dypere enn i bare raske oppnåelser av delmål.

Til slutt må man i **trinn 8** sørge for å institusjonalisere de nye måtene å tenke og handle på. Vi utvikler dermed en kultur omkring de nye funksjonelle endringene, samtidig som vi tar avstand til tradisjonene som hemmer realiseringen av visjonen. (Kotter 2002)

3.0 Metode

Vi har valgt å benytte en samfunnsvitenskapelig metode, som dreier seg om hvilken framgangsmåte som benyttes når man skal innhente informasjon om virkeligheten. Det dreier seg også om hvordan man skal analysere betydningen av informasjonen slik at den gir ny innsikt i samfunnsmessige forhold og prosesser. (Johannessen m.fl. 2011)

3.1 Forskningsdesign

Vi har kvalitativt studert hvorfor endringer er så vanskelige å gjennomføre, ved å se på hvordan elementer og koblinger i styringssløyfen oppfattes av ledere. Vi har valgt å bruke casedesign som hjelpemiddel for å samle inn og analysere våre data. Det som kjennetegner casestudier, er en detaljert datainnsamling av et eller flere caser over tid. Studiene gjennomføres gjerne som observasjon eller åpne intervjuer. Det brukes altså flere datakilder, men felles er at de er tids- og stedsavhengige:

“Caseundersøkelser kan med fordel gjennomføres ved å kombinere forskjellige metoder for å skaffe seg mye og detaljert data.” (Johannessen m.fl., 2011:90)

Ved en casestudie er ofte det primære målet å utforske temaet nærmere og ikke nødvendigvis komme frem til en endelig konklusjon.

Ved å intervjuere aktører som har vært sentrale i endringsprosesser, får vi deres erfaringer og kunnskaper om temaet der vi beskriver deres erfaringer og forståelse av endring. Dette gir en fenomenologisk tilnærming som Johannessen m.fl (2011) beskriver som:

“... å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med, og forståelse av, et fenomen.” (Johannessen m.fl., 2011:86)

Vi bruker en hermeneutisk tilnærming, da formålet med vår fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse for hva en tekst betyr. (Kvale og Brinkmann 2010) Den hermeneutiske tradisjonen legger vekt på den fortolkende tilnærmingen til menneskene. Johannessen m.fl. (2011) henviser til Nyeng som sier at:

“... hovedoppgaven er å utvikle en forståelse av meningen i konkrete menneskelige forhold og sosiale strukturer og aktiviteter.” (Johannessen m.fl., 2011:416)

3.2 Valg av metode

Vi har benyttet tre ulike metoder for å samle inn relevant data: Intervju, dokumentstudier og våre egne observasjoner. Dokumentstudier har vært fokusert rundt gjentatte styrevedtak i Helse Finnmark og Helse Nord, og hvilke prosesser disse vedtakene har startet både i organisasjonen, fagmiljø og befolkning i Finnmark. Det er empiri fra informanter og dokumentstudier som blir primærdata i vår forskning, egne observasjoner blir kun tatt med i analyse og konklusjon.

Vi har valgt å benytte oss av kvalitativ metode for å belyse vårt forskningsspørsmål på best mulig måte. Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Disse metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. (Johannessen m.fl. 2011) Vi har et ontologisk perspektiv for valg av kvalitativ metode, for å se hva som i hovedsak styrer menneskelig handling. En teori om dette perspektivet kan være:

“Individet vurderer de handlingsalternativer som foreligger i en gitt situasjon, og skiller mellom alternativer som det ønsker å realisere, og alternativer som det ønsker å unngå.” (Johannessen m.fl., 2011:49)

Vi har interesse for de ulike informantenes erfaringer angående endringer i ortopedtilbudet. Disse innehar kunnskap og erfaring som vi vanskelig kan tilegne oss ved ensidig gjennomgang av styrende dokumenter og vedtak.

For å gjenkjenne og lese data fra intervjuene, har vi valgt fortolkende lesning. En slik tilnærming medfører at vi ønsker å belyse hva vi tror de innsamlede data betyr og representerer. Det vil også legge føringer for hvilke slutninger vi legger fra innsamlede data. Fortolkende lesning stiller krav til at vi må forsøke å tilegne oss en forståelse av hvordan informantene fortolker og forstår fenomenet vi forsker på. Eller det kan være en form for versjon for hvordan de finner mening i den sosiale konteksten de befinner seg i. Vi som forskere har også mulighet til å gjøre våre egne fortolkninger av hva vi studerer. Det å ha sin egen fortolkning samtidig som vi forsøker å tilegne oss informantens fortolkning, er ikke en uvanlig tilnærming.

3.3 Observasjon

Vår helsefaglige utdanning og våre grunnverdier påvirker vår holdning til problemstillingen. Vi arbeider begge i fagfeltet, så det er ikke til å unngå at framstillingen vil få et subjektivt preg. Vi kan derfor kalle oss deltakere i organisasjonen vi skal studere. Rollen vi vil ha i undersøkelsen kan i følge Johannessen m.fl. (2011), klassifiseres etter grad av åpenhet og grad av deltakelse i feltet man studerer. Han beskriver fire observatørroller i følgende figur:

	Skjult	Åpen
Deltaker	Fullstendig deltaker (1)	Observerende deltaker (2)
Ikke deltaker	Ren observatør (3)	Tilstedeværende observatør (4)

Figur 3.1 En typologi over feltroller. (Johannessen m.fl. 2011)

Kjennetegnene ved rollene beskrives av Johannessen m.fl. (2011) som følger:

Fullstendig deltaker (1): Forskeren blir en del av miljøet som skal studeres. Miljøet er ikke klar over at det blir studert fordi forskningen foregår i det skjulte. *Observerende deltaker (2)*: Også her er forskeren en del av miljøet som skal studeres. Forskningen foregår åpent og de øvrige deltakerne er klar over forskerens status. *Ren observatør (3)*: Forskeren deltar ikke i feltet det forskes på. De øvrige deltakerne vet ikke at de blir observert og kan heller ikke se forskeren. *Tilstedeværende observatør (4)*: Forskeren engasjerer seg gjennom samtaler og intervjuer, men ikke som deltaker. Forskeren deltar i liten grad i den ordinære samhandlingen mellom deltakerne i feltet. Her er forskerens status som utenforstående meget tydelig.

I vår forskning beveger vi oss mellom flere av disse rollene over tid. Som ansatte har vi vært fullstendige deltakere i tiden før denne studien startet. I denne perioden var vi skulte observatører da aktørene ikke visste at feltet kom til å bli gjenstand for forskning. Heller ikke vi hadde gjort oss opp en mening om at feltet skulle forskes på, så observasjonene kan ikke sies å være strukturerte. I arbeidet med denne studien har vi vekslet mellom å være observerende deltakere til å være tilstedeværende observatører. Under intervjuene med informanter har vi hatt en observerende deltakerrolle, da prosjektet har vært åpent og kjent for informantene. Vår rolle som forskere og aktører er kjent. I forhold til dokumentstudiet vi

har gjennomført på vedtakene og prosessene, har vi vært tilstedeværende observatører. Vi har ikke engasjert oss som deltakere.

3.4 Intervju

For å innhente empiri til vår oppgave, bestemte vi oss tidlig for å gjennomføre kvalitative forskningsintervju. I et kvalitativt forskningsintervju er intervjueren selve forskningsinstrumentet, og det stilles store krav og kunnskaper for å få frem svar på det man forsker på. (Kvale og Brinkmann 2010)

Vi ønsket å gjennomføre fem eliteintervjuer, men en av informantene takket nei til å delta. Vi endte derfor opp med fire informanter.

“Eliteintervjuer foregår med personer som er ledere eller eksperter og vanligvis har stillinger med stor makt.” (Kvale og Brinkmann, 2010:158)

Elitepersoner har vanligvis lang erfaring med intervju, og dette stiller store krav til utarbeidelse av spørsmål. Det er viktig at intervjuer har innhentet bakgrunnskunnskap og er godt kjent med tema. Ifølge Kvale og Brinkmann (2010) kan eksperter i en intervjusituasjon ha forberedte innlegg, som de ønsker å fremme i løpet av intervjuet. Det kan kreve betydelig evne fra intervjueren å avbryte slike innlegg. I selve intervjusituasjonen er partene likevel ikke likestilte. Intervjueren som stiller spørsmålene vil kontrollere situasjonen. Vi valgte å distribuere elementer fra intervjuguiden på forhånd, slik at informantene fikk anledning til å forberede seg. I forkant av intervjuene fikk de skriftlig informasjon og det ble informert om at konfidensialiteten var sikret - slik at resultat ikke skulle gi uønskede konsekvenser for informantene. Det ble i samme skriv informert om bruk av lydbåndopptaker - noe som ga oss bedre kvalitet i transkripsjonen. Informantene fikk tilsendt egne sitater til gjennomlesning og godkjenning før det ble anvendt i oppgaven.

I oppgaven er endringsledelse den “røde tråden”, og vi belyser utfordringer ved å utøve dette. Intervjuguiden ble lagt opp både med direkte og indirekte spørsmål. For å belyse vårt forskningsspørsmål, ble intervjuguiden delt inn i fem hovedegenskaper:

Mandat - Endring - Samarbeid/kommunikasjon - Kultur - Kontinuitet

Alle hovedspørsmålene ga flere valg i forhold til oppfølgingsspørsmål. I tillegg valgte vi å avrunde med informantenes egne tanker rundt endringer og organisering av ortopeditilbudet. Vår intervjuguide er lagt som Vedlegg 1.

Vi valgte å gjennomføre direkte intervju, med hver enkelt informant der vi begge var tilstede. Den ene var intervjuer, mens den andre styrte lydopptak og var referent. Lokaler ble valgt av informantene. Det ble satt av 1,5 - 2 timer til hvert intervju. Det ble i forkant gjennomført ett prøveintervju, dette for å få trening i å stille de aktuelle spørsmål. Vi anså dette som viktig, da vi ønsket et godt kvalitativt intervju. Transkriberingen ble foretatt umiddelbart etter gjennomførte intervju. To av intervjuene ble transkribert av innleid transkribent, og kvalitetssikret av oss. De to resterende transkriberte vi selv. Alle fire intervju ble transkribert etter samme mal, for å sikre samme skriveprosedyre. For å sikre informantenes konfidensialitet, velger vi å ikke gi ytterligere detaljer i denne oversikten.

Informant:	Periode:	Sted:	Varighet:
A	Vår 2012	Valgt av informant	155 minutt
B	Vår 2012	Valgt av informant	107 minutt
C	Vår 2012	Valgt av informant	118 minutt
D	Vår 2012	Valgt av informant	93 minutt

Figur 3.2 Oversikt over intervjuene.

3.5 Gjennomgang av endringsvedtak

Vi har valgt å fremstille aktuelle dokumenter rundt endringsvedtaket i historisk kronologisk rekkefølge. Vi oppdaget at et dokumentstudie rundt ortopeditilbudet i Helse Finnmark, ble en svært tidkrevende og omfattende prosess. Det er store mengder materiale som er produsert i forbindelse med disse vedtakene, og en avgrensning har vært nødvendig. Vi fremlegger kun data vi mener kan forsterke den interne validiteten til å svare på vårt forskningsspørsmål.

Endringsvedtakene omfatter rene styrevedtak, både fra Helse Nord og Helse Finnmark. Vi har valgt å forkorte beskrivelser av vedtak og andre dokumenter, men har tatt med sitater der vi har ansett det som nødvendig for å belyse problemstillingen.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

3.6.1 Validitet

Begrepet validitet blir ofte definert som en uttalelse om sannhet, styrke og riktighet. Når et argument er valid, betyr det at det er fornuftlig, velfundert, berettighet, sterkt og overbevisende. Kvale og Brinkman referer til:

“I følge en metodologisk positivistisk tilnærming til samfunnsvitenskapene begrenses den vitenskapelige validitet til målinger, som i utsagnet: Validiteten bestemmes ofte ved at man stiller spørsmålet: måler du det du tror du måler?”(Kvale og Brinkmann, 2010:250)

Johannessen med fl. (2011) deler validitet i tre sentrale begrep: begrepsvaliditet, intern validitet og ytre validitet. I vår forskning benytter vi aktivt begrepsvaliditet, da det er tydelige relasjoner mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes, og de konkrete data. Videre er også intern validitet sentralt da vi ønsker å påvise årsakssammenhenger til fenomenet. Dersom den interne validiteten er høy, har forskningen påvist sammenheng mellom to variabler og en mulig årsakssammenheng. For å sikre den interne validiteten, ble det utarbeidet intervjuguide, og stort sett de samme spørsmålene ble benyttet til alle informantene. Ytre validitet bestemmer om en forskning kan overføres i tid og rom. Vår forskning har trolig begrenset overføringsverdi, da resultatene avhenger av en spesiell kulturell eller nasjonal kontekst.

Man kan stille spørsmål til om vår interne validitet hadde økt dersom vi hadde opprettholdt vår plan om fem eliteintervju. Det var totalt 14 aktuelle informanter, men vi vurderte at vår totale empiri, og fire informanter, var tilstrekkelig for å belyse årsakssammenhenger i vår forskning.

3.6.2 Reliabilitet

Reliabiliteten i et forskningsopplegg sier noe om innsamlingen av data er gjort på en slik måte at dataene er pålitelig. (Johannessen m.fl. 2011) Vi har transkribert våre intervjuer og latt våre informanter lese gjennom slik at deres mål og meninger fremkommer på best mulig måte. Videre har vi klippet ut sitater og tolket utsagn som informantene på nytt har fått til gjennomlesning. På denne måten har vi styrket reliabiliteten til dataene som er samlet inn. Ved å velge andre informanter, kunne man fått andre svar. Det har vært en utfordring og selv

være deltakende i miljøet som studeres, men vi har klargjort vår posisjon med våre informanter på forhånd og synliggjort dette for leseren.

Vi ser at den mest optimale intervjuformen i vårt tilfelle kunne vært konfronterende intervju.

Vi siterer Kvale og Brinkmann på følgende:

“Bruk av konfronterende intervjuformer avhenger av hvem som skal intervjues; for noen intervjupersoner vil sterke utfordringer av deres grunnleggende antakelser være en etisk krenkelse, mens respondenter med stor selvtillit, for eksempel intervjuede fra eliten, kanskje stimuleres av de intellektuelle utfordringene. Et konfronterende intervju kan slik tilnærme seg en gjensidig og likeverdig relasjon, der begge parter stiller spørsmål og gir svar, og der de kritiserer hverandres utsagn.” (Kvale og Brinkmann, 2010:171)

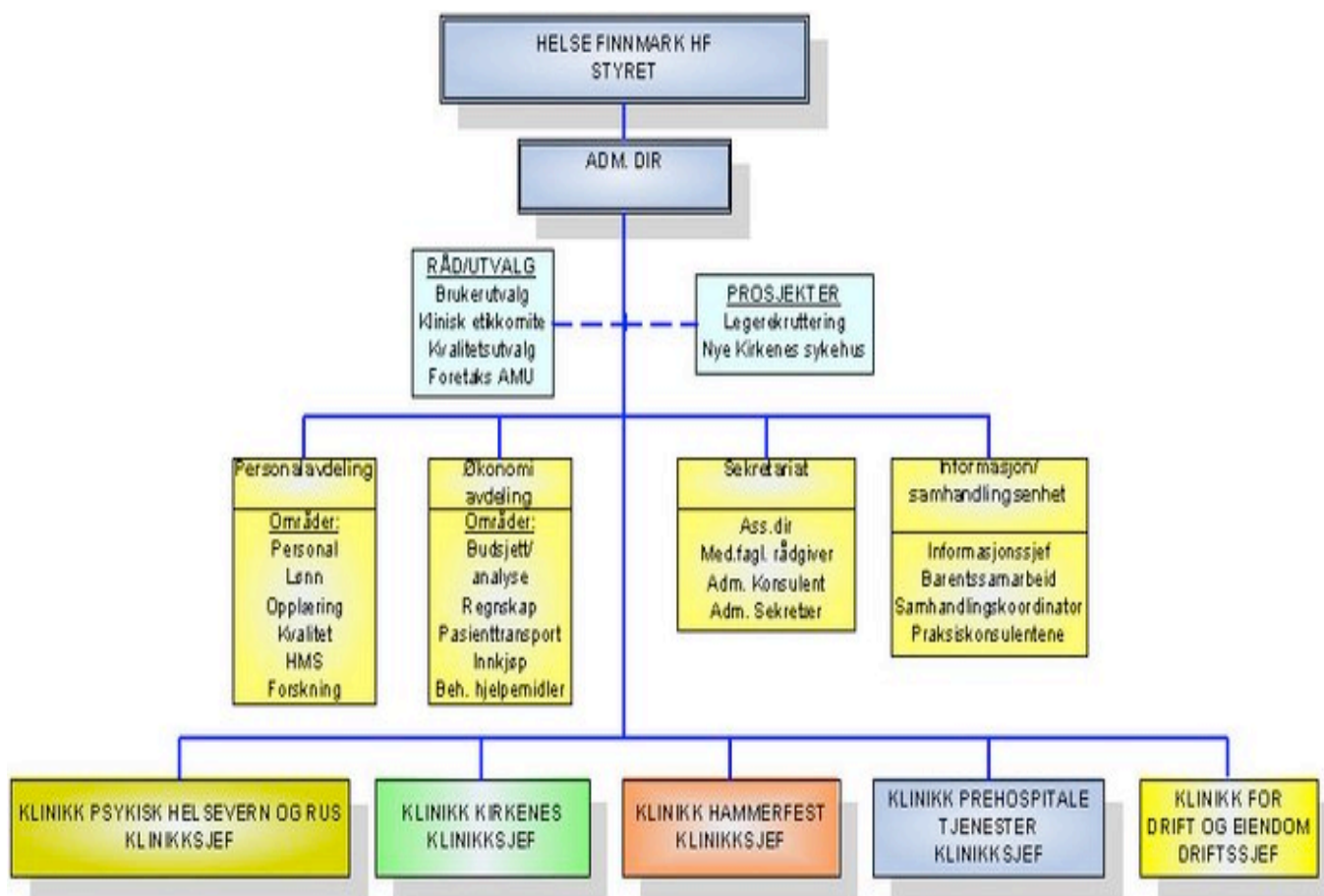
På grunn av manglende erfaringer med forskningsintervju og nære relasjoner til informantene, har vi valgt å ikke anvende konfronterende intervju. En av oss har vært avdelingsleder i Helse Finnmark de siste 15 år, og har hatt direkte eller indirekte kontakt med alle de aktuelle informantene. Den andre har vært ansatt i Helse Finnmark i 18 år, har tidligere vært avdelingssykepleier, og har også kjennskap til informantene. Vi ser at vårt ståsted trolig har påvirket reliabiliteten i forskningen, da andre forskere ikke nødvendigvis har fått lik tilgang til empiri. For oss tror vi kjennskapet har bidratt til større åpenhet i selve intervjusituasjonen, og sikret reliabiliteten for vår fenomenologiske forskning. Videre har det vært naturlig å ha en hermeneutisk tilnærming for å fange opp synspunkter fra flere ulike ledere og ledernivåer. Vår forskning er likevel subjektiv, da vi kun ser på interne forhold i eget helseforetak.

4.0 Empiri

I dette kapitlet har vi valgt å presentere helseforetaket og gi en kronologisk oversikt for noen av sakene som gjaldt endring av ortopeditilbudet i Helse Finnmark. Styrene i Helse Nord og Helse Finnmark behandlet sakene mange ganger i de aktuelle årene. Dette vil fremgå av gjennomgangen av de aktuelle vedtakene. Deretter presenteres funn fra intervju, og vi har valgt å knytte presentasjonen av disse opp mot styringssirkelen. Våre egne erfaringer har vi valgt å bruke i analysedelen og i konklusjonen.

4.1 Helse Finnmark HF

Helse Finnmark er ett av fire helseforetak i Helse Nord, og har ansvaret for spesialisthelsetjenester i Finnmark fylke. Vi illustrerer organisasjonen med følgende kart:



Figur 4.1 Organisasjonskart Helse Finnmark.

Helse Finnmark har administrativ hovedbase i Hammerfest, hvor også det ene av foretakets to somatiske klinikker befinner seg. Den andre klinikken er i Kirkenes. Klinikk Hammerfest i Vest-Finnmark har et nedfeltsområde på ca 45 000 mennesker, mens Klinikk Kirkenes i Øst-Finnmark har ca 32 000 mennesker. Det er ca 500 km mellom de to klinikkene, noe som kan gi utfordringer når det gjelder arbeids- og samarbeidsformer innen egen virksomhet. Ortopedifaget er ulikt organisert ved de to klinikkene. I Hammerfest har det siden 1999 vært en egen ortopedisk avdeling, mens i Kirkenes er ortopedifaget underlagt den kirurgiske avdelingen.

4.2 Endringsvedtak

Vi har valgt å synliggjøre bakgrunnen med å lage en oversikt over viktige styrevedtak og strukturelle endringer som er vedtatt av Helse Nord og Helse Finnmark. Det vises også til evalueringer fra interne og eksterne aktører, samt til dokumenter og brev som vi anser nødvendige for å gi et godt bilde av prosessen.

4.2.1 En kronologisk historie

I 1999 fikk daværende Hammerfest sykehus egen ortopedisk avdeling, og året etter fikk de godkjenning som utdanningsinstitusjon. I den forbindelse ble det opprettet et eget assistentlege-sjikt for ortopedi på lik linje med kirurgiske assistentleger.

2003

Våren, Helse Nord: En prosjektgruppe settes ned for å vurdere ulike modeller for organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord. Gruppen skal henviser til og oppsummere andre utredninger, samt kort beskrive aktiviteten og vurdere tiltak som kan øke produksjonen innenfor elektiv ortopedi. De skal også beskrive viktige faktorer som kan påvirke etterspørselen av ortopediske tjenester i Helse Nord. Deretter skal de beskrive hvordan den elektive ortopedien skal organiseres, og angi hovedprinsipper for organisering av akutt ortopedi i relasjon til deres elektive anbefalinger. Denne gruppen la fram sin rapport i november 2003. (Rapport 1) Der ble det foreslått å rullere med ortoped fra Hammerfest ti uker pr. år for elektiv kirurgi.

November, Helse Finnmark: Det besluttes i styret å innføre en beredskapsordning i Kirkenes som innebærer vaktsamarbeid innenfor ortopedi mellom klinikkene. Se hovedvedtaket nedenfor:

Vedtak 65/2003-1 – Helse Finnmark:

Beredskapsordning og vaktsamarbeid innenfor ortopedi:

- *Det etableres en felles, samordnet ortopedisk virksomhet i Helse Finnmark.*
- *Virksomheten ledes fra Hammerfest Sykehus.*
- *Det arbeides videre med utredning av økonomiske, praktiske, faglige og utdannings-messige konsekvenser.*

November, Helse Finnmark: Samarbeid mellom Hammerfest og Kirkenes om en ortopedisk bakvaksordning fastsettes. Det skal være tilgjengelig ortoped i Kirkenes fra mandag morgen til fredag ettermiddag. Når det ikke er ortoped i vakt i Kirkenes, skal ortoped i Hammerfest vurdere pasienten ved hjelp av telematikk. Dette blir ikke gjennomført.

Desember, Helse Finnmark: Ortopeditilbudet i Helse Finnmark tas opp som en eventueltsak, der en representant fra de ansatte ber om en orientering på hvor saken står. (81/2003 Helse Finnmark)

2004

August, Helse Nord: Rapport fra nedsatt prosjektgruppe i 2003 “ Organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord”, blir fulgt opp i styrevedtak 55/2004 i Helse Nord. Denne rapporten anbefaler å samle de ortopediske fagressurser til et senter i hvert foretak. Styret i Helse Finnmark vedtar at dette skal lokaliseres i Hammerfest.

Oktober, Helse Finnmark: Vedtatt samlokalisering av kirurgisk og ortopedisk avdeling i Hammerfest. (40/2004 Helse Finnmark) Dette resulterer i at avdelingsoverlege og en overlege i ortopedi ved klinikk Hammerfest, leverer sine oppsigelser.

November, Helse Finnmark: Oppfølging av vedtak fra direktør i Helse Finnmark, med forslag om å avvikle den ortopediske vaktberedskapen i Kirkenes fra 01.01.05.

2005

Februar, Helse Nord: Oppfølging av vedtak tas opp som styresak 12/2005 Helse Nord, Helse Finnmark skal gjennomføre vedtatte endringer innen ortopedisk kirurgi.

November, Helse Finnmark: I strategidokumentet til Helse Finnmark for 2005-2010 står det spesifikt som mål:

“Det faglige ansvaret for den ortopediske virksomheten ved klinikk Kirkenes, skal overføres til klinikk Hammerfest. Det skal etableres felles ventelister for ortopediske pasienter i Helse Finnmark, med frist 2006.” (53/2005 Helse Finnmark)

2006

Februar, Helse Finnmark: Oppfølging av bestillerdokumentet for 2006 fra Helse Nord styrebehandles. Det forventes av Helse Nord at Helse Finnmark følger opp de vedtatte endringer innen organiseringen av ortopedi. (5/2006 Helse Finnmark)

Februar, Helse Finnmark: En egen arbeidsgruppe nedsettes av direktør i Helse Finnmark, som ledes av seksjonsoverlege Anders Walløe. Gruppen får følgende mandat:

“Beskrive forslag til praktisk gjennomføring av tidligere styrevedtak om ortopeditilbudet i Helse Finnmark og den ortopediske vaktberedskapen i Kirkenes.”

Mai, Helse Finnmark: Ortopedigjennomgangen og fjerningen av vaktberedskapen ved klinikk Kirkenes er et innsparringstiltak som presenteres på styremøtet under økonomigjennomgangen. (23/2006 Helse Finnmark)

Juni, Helse Finnmark: Rapport angående ortopedien ferdigstilles (Rapport 2). Av alternativene som er skissert av gruppen, velger direktør i Helse Finnmark å gjennomføre et prosjekt der beredskapsmessig tilstedevakt av ortopedspesialist i Kirkenes, erstattes med telemedisinsk klinisk konferanse.

August, Helse Finnmark: Prosjektgruppe blir nedsatt av direktør i Helse Finnmark med følgende mandat:

- Beskrive, gjennomføre og evaluere rutineendringer.
- Opplæring i bruk av telemedisinske konsultasjoner.
- Opplæring av kirurgiske assistentleger i Kirkenes.
- Forberede reforhandling av avtaler med Narco Polo (legevikarbyrå).

- Utrede økonomiske forhold knyttet til dette.

Det forventes en oppstart av det nye opplegget fra 1. november med fortløpende evaluering underveis, og med endelig evaluering etter 1 års prøvedrift. Denne evalueringen ble ikke gjennomført.

November, Helse Finnmark: Direktør i Helse Finnmark sender skriftlig henvendelse til Direktør i UNN vedrørende ortopediske tjenester i Kirkenes. Henvendelsen lyder som følger:

“Den ortopediske virksomheten i Kirkenes drives i dag med innleie av ortopeder fra Narco Polo. I tråd med vedtatt strategi om ett tettere faglig samarbeid mellom fagmiljøene, ønsker Helse Finnmark en tilbakemelding om UNN har kapasitet til å dekke hele eller deler av det ortopediske tilbudet vi planlegger i Kirkenes... Helse Finnmark ønsker en formalisert samarbeidsavtale med UNN.”

Direktør i Helse Finnmark får ingen tilbakemelding fra UNN på denne henvendelse.

November, Helse Finnmark: På styremøte gjøres følgende vedtak: Tidligere styrevedtak angående ortopedien i Helse Nord og Helse Finnmark, forventes gjennomført. (53/2006 Helse Finnmark) I den forbindelse kommer følgende protokolltilførsel fra ansatterepresentantene:

“Vi beklager på det sterkeste at styret vedtar tiltak/kutt som er stikk i strid med anbefalingene fra fagmiljø, ikke bare internt i Helse Finnmark, men også eksternt. Dette gjelder spesielt sakene som omhandler ortopediberedskapen i Kirkenes... Vi kan ikke stå inne for dette vedtaket, som et splittet styre i Helse Finnmark har gjort.”

November, Helse Finnmark: Helsetilsynet i Finnmark etterspør en redegjørelse fra Helse Finnmark om hvordan de vil ivareta forsvarlige ortopediske tjenester til befolkningen i Øst-Finnmark som følge av vedtaket i styret. (53/2006 Helse Finnmark)

2007

Februar, Helse Nord: Det kommer krav i oppdragsdokumentet for 2007 fra Helse Nord at Helse Finnmark skal rapportere oppfølgelse av vedtaket om “... *avvikling av spesialisert ortopedisk bakvakt ved klinikk Kirkenes.*” (19/2007 Helse Finnmark) Som følge av dette kravet la prosjektgruppa (August 2006) ned sitt arbeide. Ansvaret med den videre oppfølgingen av vedtaket var nå lagt til linjeledelsen.

April, Helse Finnmark: Det avvikles møte med fagdirektør i Helse Nord. Fagmiljøet ønsket å ha en dialog for å legge frem sitt syn angående krav i oppdragsdokumentet om å avvikle ortopedisk bakvakt ved Kirkenes. Fagdirektør forsvarer i første rekke kravet ved å vise til faglig dokumentasjon og nasjonale traumeutredninger og rapporter, men ender med å forklare at kravet rett og slett er et prinsipp - da Helse Nord ikke skal ha ortopedisk vaktlinje ved alle lokalsykehus.

Mai, Helse Finnmark: Helse Finnmark informerer Brukerutvalget om at det ikke foreligger noe nytt innenfor ortopedisaken, og at det jobbes med iverksettelsen av tidligere vedtak. (23/2007 Brukerutvalget)

Juni, Helse Finnmark: Direktør i Helse Nord gir skriftlig svar til ordfører i Sør-Varanger kommune etter en bekymret henvendelse. Direktøren bekrefter:

“Det ikke vil være vaktfunksjon i helgene, men det er en situasjon vi har i de fleste helseforetakene i regionen og den er faglig forsvarlig.”

Juli, Helse Nord: Helse Nord tar initiativ til å opprette fagråd i ortopedi. Fagrådet skal bestå av ni representanter og alle helseforetak i Helse Nord er sikret minst en representant. Disse skal foreslå samarbeidsløsninger, innhente og sammenstille data, for å sikre tilstrekkelig kvalitet og riktige behandlingsforløp ved sykehus uten spesialisert ortopedisk vakt. Sist men ikke minst, skal denne gruppen:

“Følge opp implementering av vedtatte løsninger etter styrebehandlinger i Helse Nord. Fagrådet skal deretter fortløpende arbeide med oppfølging, så lenge Helse Nord og fagrådet finner det formålstjenlig.”

Oktober, Helse Finnmark: Vaktberedskapen og tilstedeværelse av ortoped i helgene fjernes fra 01.10.07 ved klinikk Kirkenes. I den forbindelse sender avdelingsoverlege i Hammerfest en bekymringsmelding til Helsetilsynet hvor han hevder det er uforsvarlig å fjerne vaktberedskapen i Kirkenes.

Oktober, Helse Finnmark: Det avholdes et møte mellom ledelsen i Helse Nord, Helse Finnmark og Sør-Varanger kommune den 23.10.07, hvor tema er spesialisert ortopedisk akuttberedskap ved klinikk Kirkenes. Etter møtet sender Direktør i Helse Nord brev til Helse - og omsorgsdepartementet der det refereres til følgende:

“Møtet ble avholdt i en god atmosfære, og deltakerne utvekslet informasjon om erfaringer, saksgang og prosess rundt organiseringen av den ortopediske akuttberedskapen ved Helse Finnmark Kirkenes. Det var enighet om at saken nå var godt opplyst, men at prosessen kunne vært bedre. Det ble uttrykt ønske fra begge sider om fremtidig rask informasjon ved tiltak som kan påvirke helsetilbudet i Sør-Varanger.”

Oktober, Helse Finnmark: Vikarbyrået Narco Polo får 26.10.07 en ny avtale med klinikk Kirkenes, som ikke innebefatter helgevakt, men vakt fra mandag morgen til fredag formiddag samt visitt søndag kveld.

Oktober, Helse Finnmark: Svaret fra Helse- og omsorgsdepartementet 31.10.07 forutsatte opprettholdelse av et akuttmedisinsk tilbud ved sykehuset i Kirkenes med generell kirurgisk vaktberedskap, for å vurdere og håndtere akutte ortopediske tilfeller. Dette spesielt når det i henhold til ny vaktplan, ikke er ortoped på vakt. Dette er også referert som egen referatsak i Helse Finnmark. (52/2007 Helse Finnmark) På samme styremøte orienterer styreleder om ortopedisaken. (53/2007 Helse Finnmark)

November, Helse Finnmark: Det opprettes prosedyre i internt kvalitetssystem for behandling av pasienter til øyeblikkelig hjelp når det ikke er ortoped tilstede ved klinikk Kirkenes, gjeldende fra 09.11.07 (Vedlegg 2):

“Kirkenes har ortoped i beredskap fra mandag morgen til fredag formiddag kl 10, samt gjennomfører en visitt søndag for å forberede elektiv ortopedi mandag.”

Samme dato mottok direktør for Helse Finnmark en bekymringsmelding fra Den norske legeförening vedrørende organisering av ortopediberedskap ved klinikk Kirkenes. Konklusjonen her er som følger:

“Legeföreningen forutsetter at det umiddelbart iverkettes tiltak, enten ved å videreføre ortopedisk bakvaksordning i helgene, eller ved at man organiserer vaktordningen i samsvar med de forutsetninger som følger av departementets brev av 31.10.07. Assistentlegene i Kirkenes er ikke kompetente til å inneha det ansvaret de blir pålagt i henhold til de vedtatte retningslinjer gjeldende fra 01.11.07.”

November, Helse Finnmark: Direktøren i Helse Finnmark svarer Helsetilsynet angående redegjørelse for ortopeditilbudet den 22.11.07.

2008

Juli, Helse Finnmark: Helsetilsynet tok ny kontakt 24.07.08 og ber om redegjørelse for hvordan de planlagte tiltakene hadde fungert i de ni månedene ordningen hadde fungert.

August, Helse Finnmark: I tiltaksplanen for å komme i økonomisk balanse, blir ortopediordningen tatt opp igjen som en orienteringssak, og som et av tidligere iverksatte tiltak for å komme i økonomisk balanse. (39/2008 Helse Finnmark).

September, Helse Finnmark: Direktør i Helse Finnmark redegjør til helsetilsynet den 16.09.08 for hvilke utfordringer de har møtt, og hvordan de har løst dem (utarbeidelse av rutiner, opplæring av assistentleger, informasjon til ortopedivikarene osv.) På bakgrunn av denne redegjørelse, bestemte Helsetilsynet i Finnmark å avslutte den tilsynsmessige oppfølgingen.

2009

Januar, Helse Finnmark: Det ansettes ortoped i fast stilling i Kirkenes. To ortopeder deler en 100 % overlegestilling i ortopedi. Disse har tilstedevakt mandag til fredag 08 - 17 og tilkalling etter 17:00.

Juli, Helse Finnmark: Ny arbeidsavtale for ortopeder. Samme arbeidstid som ble avtalt i januar, men de lønnes søndag til søndag. Det hele fungerer altså som passiv helgevakt.

2010

Januar, Helse Finnmark: Ny arbeidsavtaler for ortoped i Kirkenes innføres. Dette innebærer tilstedevakt mandag til torsdag kl 08.00 - 16.00, og passiv vakt fra 16.00 - 21.00. Fredag aktiv vakt fra 08.00 - 21.00. I tillegg aktiv vakt lørdag 08.00 - 10.00.

November, Helse Finnmark: Revidering av prosedyre for behandling av pasienter til øyeblikkelig hjelp når det ikke er ortoped tilstede ved klinikk Kirkenes, gjeldende fra 03.11.10 (Vedlegg 3) :

“Kirkenes har ortoped i beredskap fra mandag kl 08.00 og til og med torsdag kl 21.”

Desember, Helse Nord: Direktørmøtet diskuterer ortopedien i Helse Nord. De beslutter at Helse Nord skal gjennomgå den vedtatte funksjonsfordelingen innen ortopedi. Helse Nord

kommer til å benytte seg av forslaget til regionalt fagråd i ortopedi om funksjonsfordeling der det blant annet står:

- Det faglige ansvaret legges slik at det sikrer større bærekraftige miljøer.
- Det er ikke hensiktsmessig å ha døgnkontinuerlig vaktberedskap i Kirkenes.
- På lokalsykehus med ortopedisk vaktberedskap, skal det være minst fire overleger ansatt som skal kunne utdanne spesialister.

2011

November, Helse Nord: Endringer i ortopediorganiseringen i Helse Nord revideres med utgangspunkt i forslaget til regionalt fagråd i ortopedi. Der kommer det fram at det ikke er hensiktsmessig å ha vaktberedskap i Kirkenes. (135/2011 Helse Nord)

Desember, Helse Finnmark: Fylkesmannen i Finnmark åpner 01.12.11 tilsynssak mot Helse Finnmark på bakgrunn av bekymringsmeldinger fra fagmiljøet ved klinikk Kirkenes, vedrørende ortopediberedskapen ved klinikken.

Desember, Helse Finnmark: I forbindelse med budsjettet for 2012 vil administrerende direktør gjennomgå ortopeditilbudet i Helse Finnmark. (66/2011 Helse Finnmark) Direktøren setter derfor ned et evalueringsutvalg som skal se på ordningen med bortfall av døgnkontinuerlig vakt og helgeortopedi på klinikk Kirkenes.

2012

Januar, Helse Finnmark: Anders Walløe blir igjen innleid, denne gang for å evaluere det faglige arbeidet som er gjort med pasientene som ble innlagt i Kirkenes første halvår i 2011. Han vil se på om kvaliteten er forringet etter at vaktberedskapen ble fjernet. Han leverer sin evaluering med følgende konklusjoner (Rapport 3):

- Det har ikke framkommet forhold som, fra en ortopedisk synsvinkel, har vært skadelig for pasientene.
- Det framgår ikke at det er vanskelig å få kontakt med andre vakthavende leger, men det er problematisk å gjennomføre diskusjon om diagnostikk og behandling. Dette på grunn av ulik tilgang til røntgen.
- I rapporten framgår bare de ortopediske konsekvenser endringen har fått for de innlagte pasientene.

Februar, Helse Finnmark: Evalueringsutvalget nedsatt av direktøren i desember 2011, ferdigstiller sin rapport om ortopeditilbudet i Helse Finnmark (Rapport 4). De har kommet til følgende konklusjoner:

- Ortopediordningen har ikke vært drevet i henhold til planer og prosedyrer skissert i tidligere styrevedtak, med telemedisinske konsultasjoner og ortopedisk opplæring av assistentleger.
- Tiltakene er ikke tilstrekkelig grundig evaluert.
- Det faglige ansvaret til ortopediavdelingen i Hammerfest må tydeliggjøres bedre enn i dag.
- Det er usikkert om gjennomføring av skisserte planer er tilstrekkelig til å sikre en god og rasjonell behandling av ortopedipasienter i Øst-Finnmark i helger og høytidsperioder.
- Utvalget anbefaler Helse Finnmark å utrede muligheten for å ha ortopeditjeneste i Kirkenes noen timer daglig i helger og høytider.

Februar, Helse Finnmark: Administrerende direktør sender 28.02.12 sin tilbakemelding til Helsetilsynet angående forsvarlighet for ortopedipasienter i Øst Finnmark når ortoped ikke er tilgjengelig.

Mars, Helse Finnmark: Styremøtet orienteres om status på ortopedisaken. (26/2012 Helse Finnmark) Styret avventer tilbakemelding fra Helsetilsynet før saken tas opp igjen.

April, Helse Finnmark: Direktør i Helse Finnmark får 18.04.12 brev fra Helsetilsynet med avgjørelsen i tilsynssaken. Det er påvist pliktbrudd, og Helsetilsynet konkluderer med at Helse Finnmark ikke har gjennomført, evaluert og korrigert sin virksomhet på en måte som sikrer et forsvarlig ortopeditilbud til hele befolkningen som foretaket har ansvar for. Plan for retting av avvik oversendes snarest med frist 15.05.12.

Mai, Helse Finnmark: Ny revidering av prosedyre for behandling av pasienter til øyeblikkelig hjelp når det ikke er ortoped tilstede ved klinikk Kirkenes, gjeldende fra 09.05.12 (Vedlegg 4):

“Kirkenes har ortoped i beredskap mandag - fredag fra kl 08.00 - kl. 21, samt tilstede lørdag fra kl 08.00 - kl. 10.00.”

Mai, Helse Finnmark: Angående tilsynssaken vedrørende ortopeditilbudet i Helse Finnmark, informerer Direktør i Helse Finnmark styret i den 30.05.12. Han gjeninnfører noen timer med ortopeditjenester lørdag og søndag ved klinikk Kirkenes fra 01.08.12. Dette på bakgrunn av intern støy og manglende gjennomføring av vedtak. (37/2012 Helse Finnmark)

Mai, Helse Finnmark: Direktør i Helse Finnmark sender 31.05. svar til Helsetilsynet, hvor han beskriver løsning for ortopeditilbudet i Helse Finnmark. Denne er lik den han la frem for styret.

4.2.2 Oppsummering

Både styret i Helse Finnmark og styret i Helse Nord har gjentatte ganger hatt ortopeditilbudet på sakslisten. Det har vært svært vanskelig å få en total oversikt over dette, men vi oppsummerer elleve egne styresaker i Helse Finnmark og tre i Helse Nord i perioden 2003 - 2012. Vi har ikke fått oversikt over antall ganger ortopediordningen ikke har hatt eget saksnummer. I tillegg er det nevnt i styringsdokument, bestillingsdokument og oppdragsdokument fra Helse Nord. I strategidokumentet for Helse Finnmark er ortopediberedskapen satt som et spesifikt mål. Første vedtak rundt endring av beredskap ble tatt i 2003, men vedtaket ble først delvis implementert høsten 2007. Vi har oppsummert vedtakene i tabell:

Når	Helse Nord	Helse Finnmark	Hva
2003 – nov		X	Hovedvedtak om samarbeid om ortopediberedskapen i Helse Finnmark. Betyr i praksis slutt på vaktberedskap i Kirkenes på ettermiddag, helg og høytid. (65/2003)
2004 – aug	X		Rapport "Organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord" som går for samling av ortopediske fagressurser til et senter i hvert foretak. (55/2004)
2005 – feb	X		Helse Nord vedtar at Helse Finnmark skal gjennomføre vedtatte endringer innen ortopedisk kirurgi. (12/2005)
2005 – nov		X	Oppfølging av vedtaket i strategidokument 2005 – 2010 med frist til gjennomføring av vedtaket til 2006. (53/2005)
2006 – feb		X	I bestillerdokumentet for 2006 forventes det at Helse Finnmark følger opp de vedtatte endringer innen ortopediorganiseringen. (5/2006)
2006 – mai		X	Fjerning av vaktberedskapen er et innsparingstiltak som presenteres i økonomigjennomgangen. (23/2006)
2006 – nov		X	Nytt oppfølgingsvedtak der tidligere vedtak forventes gjennomført. (53/2006)
2007 – feb		X	Oppdragsdokumentet styrebehandles og oppfølging av tidligere vedtak er et krav i dokumentet. (19/2007)
2007 – okt		X	Styreleder orienterer om ortopedisaken. (53/2007)
2008 – aug		X	Ortopediordningen blir tatt opp som orientering i forhold til å være et tiltak for å komme i budsjettbalanse. (39/2008)
2011 – nov	X		Endringer i ortopediorganisering i Helse Nord der vaktberedskap ikke sees som hensiktsmessig i Kirkenes. (135/2011)
2011 – des		X	I forbindelse med budsjettbehandlingen setter Adm dir. ned et evalueringsutvalg til å gjennomgå ortopeditilbudet i Helse Finnmark. (66/2011)
2012 – mars		X	Styret blir orientert om status på ortopedisaken og evalueringsutvalgets konklusjoner. (26/2012)
2012 – mai		X	Direktør informerer styret om at han vil innføre to timer ortopeditjeneste ved klinikk Kirkenes lørdag og søndag. Dette skal gjelde fra 01.08.12. Dette gjøres på bakgrunn av intern støy og manglende gjennomføring av det opprinnelige vedtaket. (37/2012)

Figur 4.2 Tabell over vedtak.

Det har vært flere bekymringsmeldinger, spesielt etter fjerning av helgeberedskap fra høsten 2007. Meldingene er både fra politikere, fagfolk og fagforeninger. I 2011 etterspør også Helsetilsynet tilbakemelding for hvordan ordningen fungerer.

Helse Nord har både satt ned prosjektgruppe for "Organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord" (Rapport 1) og opprettet fagråd for ortopedi (2007). Helse Finnmark opprettet en arbeidsgruppe (2006), ledet av ortoped Anders Walløe, som skulle: "Beskrive forslag til praktisk gjennomføring av tidligere styrevedtak om ortopeditilbudet i Helse Finnmark, og

den ortopediske vaktberedskapen i Kirkenes.” Samme år ble det satt ned en prosjektgruppe som aktivt skulle implementere forslag som arbeidsgruppen hadde kommet frem til. Prosjektgruppen skulle sikre opplæring, beskrive, gjennomføre og evaluere rutineendringene, i et økonomisk perspektiv.

Både prosedyrer for ortopeditilbudet ved klinikk Kirkenes, og arbeidsavtaler til ortopeder, har vært endret flere ganger fra 2007 og frem til i dag. Vår kronologiske historie viser ingen logisk sammenheng mellom arbeidstid for ortopeder i arbeidsavtaler og prosedyrer. En annen ting det er verdt å bemerke, er vanskeligheten med å få tak i oversikten over arbeidsavtalene til ortopedene. Det er tilsynelatende ingen som har, eller har hatt, den totale oversikten over dette.

I 2012 velger direktør i Helse Finnmark på nytt å leie inn Anders Walløe for å evaluere det faglige arbeidet. Det konkluderes med at ordningen ser ut til å fungere greit, det har ikke fått konsekvenser for pasientene. Samtidig, i forbindelse med budsjettet for 2012, setter direktør i Helse Finnmark også ned et evalueringsutvalg som skal se på ordningen om bortfall av døgnkontinuerlig vakt og helgeortopedi, ved klinikk Kirkenes. Dette utvalget konkluderer med at ordningen ikke fungerer tilfredsstillende, og anbefaler videre utredning for å ha ortopeditjeneste i Kirkenes noen timer daglig i helger og høytider.

Kort tid før levering av vårt forskningsresultat, bestemmer direktør i Helse Finnmark å følge denne anbefalingen og innfører ortopeditjenester i Kirkenes noen timer både lørdag og søndag. Selvsagt var ikke våre informanter orientert om dette da intervjuet fant sted, og deres erfaringer fra endringsprosessen vil derfor ikke kommentere denne løsningen. Denne endringen velger vi å kommentere i vår konklusjon.

4.3 Erfaringer fra endringsprosessen

Vi har valgt å anvende styringssløyfen ved presentasjon av våre funn, og disse er knyttet til begrepene vedtak, plan, gjennomføring og evaluering. For å gjøre informantenes uttrykk mest mulig oversiktlig, gir vi en oppsummering etter hvert begrep.

4.3.1 Vedtak

Som milepælsplanen viser, har vedtak rundt endringer i ortopeditilbudet vært en gjenganger på styremøter både i Helse Nord og Helse Finnmark. Ifølge informantene var det uklare begrunnelser for hvorfor denne endringen skulle gjennomføres. For noen var vedtaket økonomisk begrunnet. Informant C fikk en annen begrunnelse og uttalte: *“... endringene i ortopeditilbudet var med bakgrunn i faglige vurderinger, altså forsvarlighetsvurderinger.”* For informant A ble en helt annen begrunnelse for vedtaket framført: *“... det konkrete i vedtaket for både Helse Nord og Helse Finnmark var at man ikke skulle ha vaktberedskap. Det ble først begrunnet økonomisk, deretter gikk leder for fagrådet i Helse Nord, ut og innrømte at dette er et prinsipp.”* Videre hevdet informant A at visjonen ble uklar: *“Folkene innad i organisasjonen og samfunnet utenfor, mistet tillit til toppledelsen når de skiftet argumentasjon underveis i prosessen.”*

Informantene hadde svært ulik oppfatning om det fra ledelsens side var utarbeidet en klar og felles visjon for endringene som skulle gjennomføres. Informant D hevdet: *“Visjonen og oppdraget var tydelig og klar. Men det var uenighet om vedtaket skulle gjennomføres, og da kan vedtaket oppleves utydelig.”* Denne utydeligheten ble bekreftet av informant A som sa: *“... visjonen burde være meningsfylt, forutsigbar og håndterbar. Det ble hverken meningsfylt, forutsigbart eller håndterbart for organisasjonen hvilke endringer man skulle gjennomføre.”* Alle informantene er enige i at visjonen hverken ble formidlet eller etterlevd i organisasjonen. Ingen av informantene kan erindre at det var utarbeidet noen informasjonsstrategi i forbindelse med vedtaket. Informant D poengterer dette ved å si: *“Jeg kan ikke med sikkerhet svare på at informasjonen var tydelig nok og at vedtaket var godt nok forankret helt ut i linjen i organisasjonen ...”*

To av informantene mente de var gitt et tydelig mandat i forhold for å følge opp vedtaket. De to andre mente det var utydelig da de ikke fikk et eget mandat til å lede og endre ortopeditilbudet i Helse Finnmark. Informant C påpekte videre at mandatet ble tolket ulikt mellom ledelse og fagmiljø: *“Klinikkjefene og direktøren hadde samme forståelsen av mandat, men det hadde ikke fagmiljøet. Fagmiljøene på begge steder var helt uenige og mente at det var uforsvarlig.”*

Selv om noen av informantene hevdet de hadde et tydelig mandat, har informant D likevel uttalt: *“Selv tilretteleggingen av vedtaket varierte ... vi måtte gjøre noen justeringer*

underveis. Det fikk vi klarsignal til å gjøre, innenfor en viss ramme.” Informant C følger dette opp med å si: “Først strammet man inn, så slakket man ut igjen fordi man så at det ikke var holdbart ...” Informant B var enig i at vedtaket ble tøyd og hevdet: “... vi holdt oss innenfor vedtaket ved å gjøre det på den måten.”

Alle informantene var enige i at vedtaket i for liten grad var forankret i fagmiljø og ledelse. Dette mener informantene kan ha vært en direkte årsak til at endringene var utfordrende å gjennomføre. Informant D poengterer dette med å forklare: *“Jeg kan ikke si det var godt nok forankret, og det var gjenstand for veldig mye diskusjon, noe som skapte usikkerhet.”*

Det var diskrepans mellom informantene om det var en klar og tydelig funksjonsfordeling av ortopeditilbudet mellom klinikkene. Alle informantene mente likevel det var rom for tolkning, og informant C uttalte: *“Jeg oppfattet at det var en funksjonsfordeling, men jeg oppfattet ikke at den var klar og tydelig. Den var hverken formidlet eller forstått, dette ble oppdaget når det ble rapportert hendelser av uheldig grad til foretaksledelsen.”* Informant A hevdet at tolkningen kunne bidratt til å skape frykt i organisasjonen: *“På papiret var det klart og tydelig. Jeg opplevde at man også tolket å skulle trappe ned på det elektive ortopeditilbudet i Kirkenes, men dette lå ikke i det opprinnelige vedtaket.”*

I styrevedtak 55/2004 i Helse Nord ble det vedtatt et ortopedisk senter i hvert helseforetak, for Helse Finnmark skulle dette plasseres i Hammerfest. Tanken var at den faglige ledelsen skulle være i Hammerfest. En av informantene hevdet klinikk sjefene hadde ansvaret for totaliteten, mens de tre andre mente det var uklart hvem som skulle utøve den administrative ledelsen. Dette poengterer informant B slik: *“... det var sagt at ortopedien skulle ledes fra Hammerfest, men slik jeg forstod så fungerte ikke det ... jeg så ikke at den ble utøvd på et eneste tidspunkt mens jeg var der.”* Også informant C hevdet det var uklarheter i ledelsesressursene: *“... jeg oppfattet at ansvaret lå i Hammerfest. De fikk oppdraget, men fikk ingen ressurser til å gjøre det.”*

Oppsummert uttrykte informantene følgende på vedtak:

- Uklare begrunnelser for å gjennomføre endringen.
- Visjonen i forhold til endringen har ikke vært klar nok, og den ble hverken formidlet eller etterlevd i organisasjonen.
- Mandatet for endringen ble tolket ulikt av informantene, og manglet faglig forankring.

- Funksjonsfordelingen var ikke klar og tydelig, og det var rom for tolkning.
- Det var uklarerheter rundt den administrative ledelsen av ortopeditilbudet.

4.3.2 Plan

Alle informantene hadde sentrale roller ved implementering av de vedtatte endringer. Det var kun den ene som opplevde god støtte ved utarbeidelse av den videre planen. De andre opplevde til tider å stå veldig alene i utarbeidelse av planer og videre strategisk tenkning. Informant B uttrykte ensomheten med å si: *“Selve prosessene kjørte jeg alene, og jeg opplevde blant annet at det på grunn av manglende kompetanse, var vanskelig å få bistand fra personalavdelingen.”* Informant A opplevde en helt annen form for støtte fra ledelsen: *“Jeg opplevde ingen reell støtte. Jeg ba om råd fra min nærmeste leder, og da fikk jeg råd om å distansere meg fra beslutninger og fra presset: “Distanser deg, så gjør det mindre vondt. Det har jeg selv brukt mye, og det hjelper.” Det var min støtte og svar på forespørsel om råd ...”* På oppfølgingsspørsmål om lederstøtte svarte alle at behovet var til stede. Dette ble også synliggjort av informant C som hevdet: *“Dersom du har mange ledere uten lederkompetanse annet enn praktisk erfaring, så er det nok i større grad behov for å ha en god lederstøtte.”*

I følge informantene var det utfordrende å utarbeide planer og sikre korrekt informasjon, både internt og eksternt, for hvordan vedtaket skulle gjennomføres. Informant B mente informasjonsspredningen innad i organisasjonen var et problem og stilte motspørsmålet: *“Hvordan man skal klare å informere nok i en organisasjon hvor tusen ting skjer, det er nesten umulig.”* Sakens karakter og betydning for befolkningen gjorde informasjon via media til en utfordring. Informant A sa: *“Jeg kjente ikke igjen den informasjonen som ble gitt ut til kommunene. Jeg fikk referert fra befolkningen at de trodde det var likt tilbud i Hammerfest og Kirkenes, men i realiteten var det ikke det. Jeg opplevde det alvorlig at befolkningen og leger som skulle henvise, fikk så ukorrekt informasjon.”* Også informant D mente Helse Finnmark ikke var gode nok til å formidle informasjon, spesielt ved bruk av media: *“Det er utfordrende å sikre at ting formidles rett i media. Fagdirektøren i Helse Nord gjorde et godt intervju i lokalavisen, men et sånt innlegg gir ofte mange uenighetsinnlegg ... vi forsøkte, men jeg tror ikke vi fikk det godt nok til.”* Informant C uttrykte at det var gjort forsøk på å anvende informasjonskonsulenter, som et ledd i formidling av planer: *“Man forsøkte å anvende informasjonskonsulenter, men man lyktes dårlig med det - man fikk ikke til samarbeid med media.”* Informant A opplevde stor forskjellsbehandling fra ledelsen for hvordan sykehusene

eksternt fikk markedsført ortopeditilbudet og forklarte: *“Ledelsen i Hammerfest fikk lov til å sende brev til samtlige kommuner i Finnmark. Der det ble gitt informasjon om hvilket tilbud som eksisterte, og det ble oppfordret til å sende alle elektive ortopedipasienter til Hammerfest. Når ledelsen i Kirkenes ønsket å sende lignende brev til kommunene i Øst-Finnmark, som er hovednedslagsfeltet for Kirkenes Sykehus, ble dette stoppet av ledelsen. Begrunnelsen som ble gitt, var at det kunne undergrave ortopedisk senter i Hammerfest.”*

Det var enighet blant informantene om at stor gjennomtrekk av ledere ga utfordringer i forhold til planer rundt ortopeditilbudet. Informant B uttrykte klart: *“En ny leder er i seg selv en organisatorisk endring.”* Mangel på kontinuitet gjorde det vanskeligere å beholde fellesskapsfølelsen. Informant A som ikke opplevde støtte fra ledelsen, hevdet det trolig var enklere å distansere seg hvis man var ny leder. Informant D begrunner noen av utfordringene til en ny leder med å si: *“... en leder trenger tid til å sette seg inn i jobben ... med en ny leder så vil organisasjonen, eller de ansatte, ha opp sine kjernesaker som det ikke er gjort noen ting med i den forrige lederperioden. Det blir gjerne omkamper, og man bruker masse energi som man gjerne skulle vært foruten.”* Informant C var enig i dette og ga uttrykk for: *“En har ikke kapasitet til å tenke strategi samtidig som en skal lære opp nye ledere og samtidig ivareta den daglige driften.”*

To av informantene påpekte også utfordringer i forhold til stor gjennomtrekk av ortopeder. Det var ulik oppfatning av hvem som hadde ansvar for å opprettholde kontinuiteten i ortopeditilbudet. Informant D hevder det ble utarbeidet særavtaler og stadige justeringer for å sikre ortopeditilbudet: *“Vi justerte litt frem og tilbake og forsøkte å tilpasse vaktordninger. Det er mulig at det ikke burde vært gjort, men det var avveininger opp mot at vi hadde rekrutteringsproblemer, og at folk krevde en viss betaling – ellers så kom de ikke. Når du betaler folk veldig godt, så vil du jo gjerne at de skal jobbe litt ... det er mulig at det har rotet det til.”* Dette er informant B enig i og hevdet: *“Det var tilfeller hvor ortopeden meldte avbud en og to dager i forveien fordi de oppdaget at det var så få betalte timer ... og jeg var opptatt av at man ikke skulle betale døgnet rundt for en som ikke jobbet døgnet rundt, så det var ikke like enkelt.”* Noen av informantene sier Helse Finnmark har utfordringer med rekruttering av fagfolk, og informant C påpeker nødvendigheten av å være attraktiv som arbeidsgiver: *“Har du som leder gitt ut en “gulrot”, så er avtalen som regel så solid at du får ikke gjort noe med den. Det hjelper ikke å rive seg i håret, det er bare å betale ... Det er*

fagmiljøet som legger premissene for virksomhet og aktiviteter, og vi andre må bare tilpasse oss og støtte opp om det øvrige.”

Det hevdes av informant A at vedtaket i utgangspunktet var rent økonomisk, og utstyrmessig har det gitt synlige forskjeller internt i Helse Finnmark. Samme informant kom med følgende oppsiktsvekkende påstand, som for øvrig er bekreftet av dagens økonomisjef i Helse Finnmark. *“Jeg vet at vedtaket medførte et ortopedisk utstyrbudsjett som var fire ganger høyere i Hammer-fest enn i Kirkenes. Dette har gjennom år gitt en urovekkende stor forskjell på kvaliteten på ortopedisk utstyr ...”* Til tross for denne forskjellen sa samme informant: *“Dersom planen medførte fire ganger høyere aktivitet på elektiv ortopedisk virksomhet i Hammerfest, så får man si dette høyt og tydelig da muligheter for elektiv ortopedi handler om inntekter.”* Informant D hadde en helt annen oppfatning og mente: *“... det ble gjort meget ryddige og helhetlige vurderinger hele tiden, og det var egentlig gode diskusjoner mellom klinikkene når det gjaldt utstyr ... Man hadde litt ulik standard på utstyr – og vi jobbet for å få lik standard.”*

Alle informantene bekreftet forsøk på å opprette felles ventelister. En informant mener felles ventelister kan være et virkemiddel for å oppnå et bedre samarbeid mellom klinikkene, mens de andre poengterte dette mer som en løsning for bedre samarbeid. Informant C sa: *“Jeg er overbevist om at felles ventelister hadde vært et pluss. Det hadde gitt ryddigere prosesser og det ville krevd en tydelig ledelse.”* Felles ventelister ble ikke gjennomført, og ble av informantene generelt begrunnet av manglende dataverktøy. Informant A fremla forøvrig en løsning for hvordan dette kunne vært praktisert: *“Jeg synes dette ble et dårlig argument, de var ikke så mangfoldige disse ventelistene. Man kunne etablert faste ukentlige telefon- eller telematikk møter med gjennomgang av ventelistene, men jeg opplevde vel egentlig motstand mot dette.”*

Tre av informantene tror eksterne interessenter som media, politikere og befolkning påvirket hvordan ortopeditilbudet ble organisert. Dette bekrefter informant B med å si: *“Det var vel nettopp press fra media som førte til at man valgte å utvide tilbudet i ukedagene fra kl 16 til kl 21 i Kirkenes, til tross for at dette ikke var i tråd med vedtaket.”* To av informantene bekreftet videre at dette i stor grad påvirket deres vurderinger eller beslutninger. Informant A forklarte: *“Eksterne interessenter stilte krav om likeverdig tilbud i Hammerfest og Kirkenes. De stilte spørsmål om forsvarlighet, trygghet og åpenhet for hva slags tilbud som eksisterte.”*

Selv var jeg ikke overbevist om at vedtaket var tatt på rett grunnlag, det vil si om begrunnelsen var økonomisk eller faglig. Og jeg ble selvsagt påvirket av disse interessenter som også etterspurte den virkelige begrunnelsen for vedtaket.” Videre hevdet samme informant: “Det ble gjort forsøk både fra Helse Nord og Helse Finnmark å kjøre prosesser unntatt offentlighet, men tillitsvalgte var skjerpet og hadde kort vei til media. De fikk offentlig lys på prosessene.” Informant D hadde en annen vinkling i forhold til eksternt press: “Det at vi ikke gjennomførte helt som det var vedtatt, tror jeg heller skyldes intern støy og uenighet mer enn det skyldes press fra eksterne interessenter. Jeg har ikke latt meg påvirke av det eksterne i min lederrolle.”

Oppsummert uttrykte informantene følgende på plan:

- Støtten fra ledelsen og personalavdeling var til tider fraværende og flere av informantene følte seg alene i prosessen.
- Å bruke media som informasjonskanal ble av informantene beskrevet som utfordrende.
- De opplevde forskjellsbehandling av toppledelsen i forhold til distribusjon av eksternt informasjon.
- Gjennomtrekk av ledere og ortopeder ga utfordringer i forhold til kontinuiteten.
- Felles ventelister var tenkt som et tiltak for å bedre samarbeid og pasientflyt. Men motstanden i form av manglende dataverktøy, samt lite villighet i forhold til andre løsninger, satte en stopper for dette.

4.3.3 Gjennomføring

For å få en mest mulig vellykket endring, fremhevet informantene viktigheten av å skape gode og meningsfulle prosesser. Informantene vektlegger viktigheten av å kunne utøve endringsledelse og å ha de rette lederegenskapene. Informantene påpeker nok en gang viktigheten av at visjonen må være tydelig og meningsfylt slik at endringen blir gjennomførbar. Informant A sa: *“Det viktigste elementet er den menneskelige drivfaktoren. Det ligger mye i at man har en overbevisning om at dette er rett, og at man har tillit til at dette er noe man skal gjøre og er trygg på det.”* Prosessens tydelighet og visjonens synlighet poengteres også av informant C: *“Det bør være en tydelig oppgave slik at medspillere har den samme forståelse av oppgaven, vet hvor man skal og hva resultatet skal bli. I gjennomføringen er det viktig å sette seg noen delmål som kan evalueres underveis, slik at man ser om man er i ferd med å nærme seg målet.”*

Hvordan prosessene gjennomføres er avgjørende for resultatet av endringen, noe informant D bekrefter med å si: *“Du må rigge en god prosess, folk må forstå hvorfor de skal gjøre endringen. Med god prosess tenker jeg at du må ha en utredning og en medvirkning, og det må være deltagelse fra de ansatte gjennom organisasjonen. Det må være en god informasjonsstrategi, internt og eksternt, for hvorfor man gjør endringene. Og det må være en kontinuerlig oppfølging av prosessen.”* Informant A hadde en annen erfaring med prosessene: *“Jeg opplevde at det var mange uformelle kanaler og flere lukkede prosesser som skapte mye utrygghet i organisasjonen.”* En av informantene hevdet Helse Finnmark hadde en noe særegen måte å “sikre” seg vellykkede prosesser på og sa: *“Jeg opplevde at man skiftet ut ansatte ved å ikke gi forlenget kontrakt til de som ikke var enige, og ansatte nye som var “myke” og enige med ledelsen.”*

Alle informantene opplevde motstand når det ble tid for gjennomføring, de beskriver intern motstand i betydelig grad fra fagmiljøene. En av informantene refererte til at ledere med overordnet ansvar, ikke tok ansvar. De benyttet heller ikke mulighetene eller handlingsrommet til å finne velfungerende løsninger. Motstanden fra fagfolkene poengteres av informant C som uttalte: *“Vi hadde mange møter hvor fagfolk ikke møtte opp. Eller når de deltok på møtet, var det helt umulig å få til en konstruktiv dialog. Jeg opplevde rett og slett at fagfolk boikottet møter, og det var tydelig at tilliten fra fagfolkene til ledelsen ikke var spesielt god.”* Informant A ga en annen årsakssammenheng på hvorfor det ble så mye motstand: *“Jeg opplevde en tydelig konflikt mellom myndighet og kyndighet.”*

De eksterne interessenter som lokalpolitikere, media og befolkning viste motstand i betydelig grad. Alle informantene uttrykte at i Kirkenes var det en sterk “kampkultur”, både innad i sykehuset og generelt i befolkningen. Informant C hevdet motstanden kom fra begge sykehus og forklarte: *“Det var motstand, for å si det mildt. Det var direkte motstand både fra politikere og media som var involvert.”* Informant D var av en litt annen oppfatning og sa: *“Jeg opplevde at lokalmiljøet i Hammerfest opptrådte med en annen lojalitet og respekt for vedtakene enn man gjorde i Kirkenes.”* Informant A opplevde overraskende nok den største motstanden fra sine egne overordnede: *“Motstanden møtte jeg fra mine overordnede. De var ikke åpen for å analysere de økonomiske konsekvensene vedtaket kunne medføre, når dette konkret ble etterspurt både formelt og uformelt.”* Videre uttrykte en av informantene: *“Fra foretaksledelsen var det jo helt klart at enten er du med oss eller så er du mot oss!”*

Ingen av informantene hadde inntrykk av at det var etablert tilstrekkelig kraft i organisasjonen for å få gjennomført endringer i ortopeditilbudet. Informant D uttalte: *“Det var ikke etablert tilstrekkelig kraft i lederlinjen, spesielt da noen av lederne var imot gjennomføring av vedtaket. Og da tenker jeg spesielt på oppfølging av prosedyren, og det samarbeidet som skulle være på tvers.”* Det ble fra ledelsen gjort flere forsøk på å innhente faglig tyngde, men det ga i liten grad resultater. Informant A hevdet motstanden ble forsøkt bekjempet og gjennomføringsevnen forsøkt økt ved at ledelsen brukte rådgivere som ”motorer” for å få gjennomført endringen. Informant C er enig i at ledelsen forsøkte å legitimere endringen gjennom å hente inn ekstern kompetanse: *“Helse Finnmark innhentet ekstern fagkompetanse gjennom Anders Walløe, for å rettferdiggjøre gjennomføringen av vedtaket.”*

Det hevdes også av to av informantene at et av de viktigste elementene for å få tilstrekkelig kraft til å gjennomføre en slik endring, er egnede ledere. Informant C hadde en formening om hvorfor dette var vanskelig og forklarte: *“Jeg prøvde å finne nøkkelen i dette her, hvem er “jokeren” for å få dette til å fungere? Jeg tror “jokeren” ligger hos fagmiljøene. Det som er sært og spesielt, i hvert fall i Helse Finnmark er at ledere i fagmiljøene driver i det praktiske arbeidet, noe som ga reelle utfordringer med å få “jokeren” på banen.”*

Flere av informantene opplevde også illojale medarbeidere og fikk betydelige utfordringer i forhold til dette. Informant D mente: *“Det preget organisasjonen at det var manglende respekt for beslutninger, og at man opptrådte illojalt. Jeg tror ikke at alle i lederlinjen forstod lojalitet på samme måte. For noen lå lojaliteten i større grad til faget. Når man var faglig uenig i det som skulle gjøres, regnet man seg ikke illojal dersom man unnlot å gjennomføre det.”*

Samtidig viste en annen informant til en episode hvor en ortopedisk overlege i Hammerfest ringte personlig til en pasient i Øst-Finnmark for å advare mot å la seg operere i Kirkenes. Denne pasienten tok saken til lokalavisen, og det ble et større oppslag som synliggjorde en intern krig om pasientene. Informant D påpekte videre: *“Det handler om forståelse for lederansvar ... manglende forståelse for at du som leder faktisk har et ansvar for å følge opp vedtak, selv om du er helt uenig i det.”*

Når det gjaldt samarbeid mellom klinikkene, påpekte alle informantene at dette burde vært mye bedre. Det var ingen jevnlige møter i forhold til ledelse av ortopeditilbudet, til tross for de mange nevnte utfordringer. Informant C fastslo dette og sa: *“Vi hadde ingen formelle møtearenaer i forhold til ortopedi, heller ikke noen generelle.”* Alle informantene påpekte manglende planlegging for drift av ortopedien. Informant A mente: *“Det var lite fokus på hvordan ortopedisk senter skulle understøtte klinikk Kirkenes.”* Dette ble videre understøttet av informant B som sa: *“Det var vanskelig å samarbeide på tvers av klinikkene, vi la planer som ikke ble gjennomført. Planlagte retningslinjer som skulle lages felles, ble heller ikke gjort.”* Ingen av informantene hadde inntrykk av at utarbeidede prosedyrer ble etterfulgt, og informant D uttrykte: *“Det var utarbeidet en prosedyre, og den var veldig tydelig på at fagmiljøet i Hammerfest hadde et ansvar for fagmiljøet i Kirkenes. Denne ble ikke fulgt, og ble diskutert på utallige møter. Dette var en kjempeutfordring, hvordan skal du egentlig få folk over på et konstruktivt spor. Det greide vi nok ikke. Sikkert mange grunner til det, men det var så sterk uenighet om beslutningen, så det er ikke sikkert man hadde vilje til å komme i et konstruktivt spor.”*

Alle informantene uttrykte at organisasjonskulturen ga spesielle utfordringer i forhold til ledelse av ortopeditilbudet. De hadde også inntrykk av at det var andre utfordringer i motsatt klinikk. Informant C uttalte: *“Ja, det var en kjempeutfordring, for jeg oppfattet at ledelse ikke hadde noen høy stjerne i organisasjonen. Jeg oppfattet at i Kirkenes hadde ledelse en helt annen posisjon enn i Hammerfest. Å drive ledelse var viktig i Kirkenes – det hadde betydning - og det levde en form for ledelseskultur der.”* Informant D hadde et mer generelt syn på hvilke utfordringer man møter ved endringer og hevdet: *“Jeg tror ikke bare det handler om måten du planlegger eller måten leder får til å gjennomføre endringen, men det handler også om kulturen og hvor åpen en organisasjon er for endring.”* Samme informant koblet organisasjonskulturen direkte opp mot endringsvilligheten og uttrykte: *“Jeg oppfattet at det var liten vilje til å endre, man var veldig opptatt av at “sånn har vi gjort det - vi har prøvd det før”, selv om det var over 10 år siden de prøvde sist, og det var endrede forutsetninger for å kunne lykkes.”*

Informantene la for øvrig vekt på at det var tydelig ulik organisasjonskultur mellom de to somatiske klinikkene i Helse Finnmark. De beskriver et større samhold og sterkere motstand i Kirkenes, og informant A sa: *“Jeg opplevde vel at i Kirkenes søkte folk veldig sammen, sånn*

på tvers av fag, og så på helheten i forhold til pasienttilbudet. Ortopedien var en veldig viktig del av tilbudet, og de laget et konsept "i samme båt".

Som kjent er det over 50 mil mellom de somatiske klinikkene i Helse Finnmark. Det var enighet blant informantene om at avstanden i stor grad hadde betydning for gjennomføring av endringer. Her fikk vi flere interessante utsagn fra våre informanter:

"Avstand gjør kommunikasjon vanskelig, hvis man ønsker det." (Informant C)

"Ledelse på distanse? Værsågod, sier jeg bare!" (Informant C)

"Beklager, men jeg har ikke tro på distanseledelse..." (Informant D)

"Ren fysisk nærhet er veldig viktig når det gjelder beslutningsprosesser." (Informant A)

Oppsummert uttrykte informantene følgende på gjennomføring:

- Det er viktig å ha gode og åpne prosesser slik at endringen blir tydelig for de som skal endre, og å skape forståelse for hvorfor endringen er nødvendig.
- Lukkede prosesser og uformelle kanaler er med på å skape utrygghet i organisasjonen, og lederskifter til fordel for ledelsen, er med på å forsterke denne utryggheten.
- En endring som har en slik karakter, vil gi motstand både internt og eksternt. Informantene erfarte at den interne motstanden kom både fra fagmiljøene og fra ledelsen.
- Det var mangel på kraft og tyngde for å gjennomføre endring.
- Selv om en leder er uenig i et vedtak, har den ansvar for å følge det opp.

4.3.4 Evaluering

Et viktig ledd i styringen av organisasjoner, er evalueringen av tiltakene som er iverksatt. Alle informantene hevdet evaluering er viktig, og at Helse Finnmark burde bli bedre på dette. Informant D uttrykte: *"Noe vi i Helse Finnmark er dårlig på, er å evaluere etter gjennomførte endringer."* Informant B påpekte at evalueringen ikke bare må gjøres for evalueringens skyld, den må ha et mål: *"Vi må sørge for at vi gjør det vi har satt på papiret og evaluerer det. Vi kan ikke drive å evaluere noe som foregår i hytt og pine. Du kan ikke evaluere noe som ikke forholder seg til saken som den skal være."* Videre presiserte samme informant: *"Du får ikke gjennomslag for evaluering der det fremkommer at det aldri har vært praktisert sånn."*

Avviksmeldinger ble av flere informanter dratt fram for å være en viktig del av evalueringen. Dersom avvikene skulle være en del av evalueringen, måtte den som meldte et avvik, føle at den ble tatt på alvor. Dette poengterte informant A med å hevde: *“Det er en tankevekker at helseprofesjonene mister tilliten til systemet, resignerer og ikke melder avvik engang ... Spesielt når det gjelder resignasjonen til å melde avvik i forhold til ortopediske saker når endringsprosessen pågikk.”*

Vi har tidligere vist informantenes syn på viktigheten med å ha egnede ledere med på laget, for å sikre vellykket endring. Informantene er enige om at alle må dra sin del av lasset, men hevder lederne i fagmiljøene trenerte vedtaket. Informant C uttalte: *“Meningen var jo at man skulle jo få dette til å fungere, bare man gjorde det man skulle i Hammerfest.”* Samme informant hevder videre at treneringen ikke fikk konsekvenser for lederne: *“Noen ledere opptrådte helt klart illojalt i forhold til direktøren, til målet og til nærmeste leder. Men det fikk ikke konsekvenser for deres arbeidsforhold.”* Informant A hadde et noe annerledes syn på problemet: *“En av de involverte lederne i ortopeditilbudet fikk munnkurv av ledelsen. Vedkommende fikk heller ikke lov å ytre sine meninger offentlig. Jeg fikk referert at det kunne få konsekvenser for den involverte leders og dennes ektefelles karrieremuligheter hvis vedkommende ikke var medgjørlig.”*

Informantene er enige om at organiseringen av ortopeditilbudet med fordel kunne vært gjort på en annen måte. Det er enighet om at prosessene i forkant er avgjørende for gjennomføring av et vedtak. Informant C poengterer viktigheten av at dataverktøy er på plass, felles ventelister, samt at muligheten for å se på faste samarbeidsavtaler utenfor Helse Nord absolutt bør vurderes framfor vikarbyråavtaler. Informant D ville utnyttet ressursene ved å ha en vaktberedskap fra mandag til fredag.

Til tross for all motstand som er beskrevet av informantene, er alle enige om at endringene til dels var nødvendige. Informant D var i tvil om dette var riktig å gjøre, men følte seg presset til å prøve å gjennomføre vedtaket. Nå i ettertid uttrykte samme informant: *“Når vedtaket ikke er falt til ro etter så mange år, så er det ikke sikkert det var akkurat der det skulle gjøres justeringer.”* Imidlertid var det to informanter som støttet behov for å endre ortopeditilbudet, og informant A hevdet: *“Ja, endringer i den forstand at man måtte sikre den faglige kompetansen på en bedre måte. Det er ikke sunt å jobbe alene på et lite sykehus med så få*

kollegaer.” Informant C sa: *“I forhold til de vurderinger som ble gjort, så tenkte jeg at dette her høres rimelig ut.”*

Måten prosessene er gjennomført på, har etter informantenes syn fått konsekvenser for omdømmet til Helse Finnmark. Informant A hevdet at dette har medført et “B-tilbud” ved klinikk Kirkenes og begrunnet dette med å forklare: *“Jeg tror det har vært negativt for omdømmet til Helse Finnmark at man har kjørt så lukkede prosesser.”* Informant D støttet for så vidt informant A og uttalte: *“Dette er en sak som av mange årsaker har skadet omdømmet til Helse Finnmark. Om denne skaden er permanent, er jeg usikker på da det til stadighet kommer nye saker som opptar medias søkelys.”* Informant C sa: *“Jeg tror ikke nødvendigvis at endringene alene har vært med på å skade omdømmet. Men det er klart at med så mange runder, så trakk det omdømmet ned i betydelig grad.”* Graden av skade omdømmet kan få, er etter informant Bs syn avhengig av: *“... det berører folk og jeg tror absolutt at det bidrar til negativt omdømme. Ikke alle beslutninger kan styres av om omdømmet blir berørt.”*

I etterpåklokskapens lys gir informantene uttrykk for mangelfulle prosesser, liten faglig forankring og manglende evaluering. Informant D påpekte: *“Det er ikke sikkert at det ble jobbet hardt nok med funksjonsfordelingen, og at den var tydeliggjort og diskutert grundig nok i arbeidsgruppen hvor fagmiljøene satt.”* Samme informant innrømmet også: *“Jeg tror faktisk ikke jeg har gjennomført noe omstillingstiltak hvor vi har hatt den nitidige prosessen på oppfølging og overvåkning av vedtaket, i forhold til faglig forsvarlighet og uforsvarlighet.”* Flere av informantene erkjente at denne endringen kom til å bli utfordrende og informant A uttrykte: *“Jeg så det kom til å bli vanskelig å gjennomføre endringen. Det kom til å bli hindringer, og derfor var det viktig å jobbe med å få det forankret. Du må ha folk med deg for å kunne gjennomføre noe.”*

Informantene er tydelige på at det i liten grad ble gjennomført endringer i ortopeditilbudet i deres tid som ledere. Informant A uttrykte at mulig årsak kunne være: *“Det er mange aktører/toppledere her som har brukt Helse Finnmark som et springbrett for egen karriere ved å gjøre en ”ryddejobb” en kort periode. Det tror jeg vi må ta til etterretning nå.”*

Oppsummert uttrykte informantene følgende på evaluering:

- Vi er kjent for ikke å evaluere iverksatte tiltak.

- Organisasjonskulturen har medvirket til ulik lojalitetskultur på de to klinikkene.
- Støyen rundt vedtaket og mediefokuset kan ha svekket Helse Finnmarks omdømme.
- Det var tvil om det var innenfor ortopeditilbudet man skulle gjøre endringer.
- Motstand og trenering av vedtak ga ingen konsekvenser.

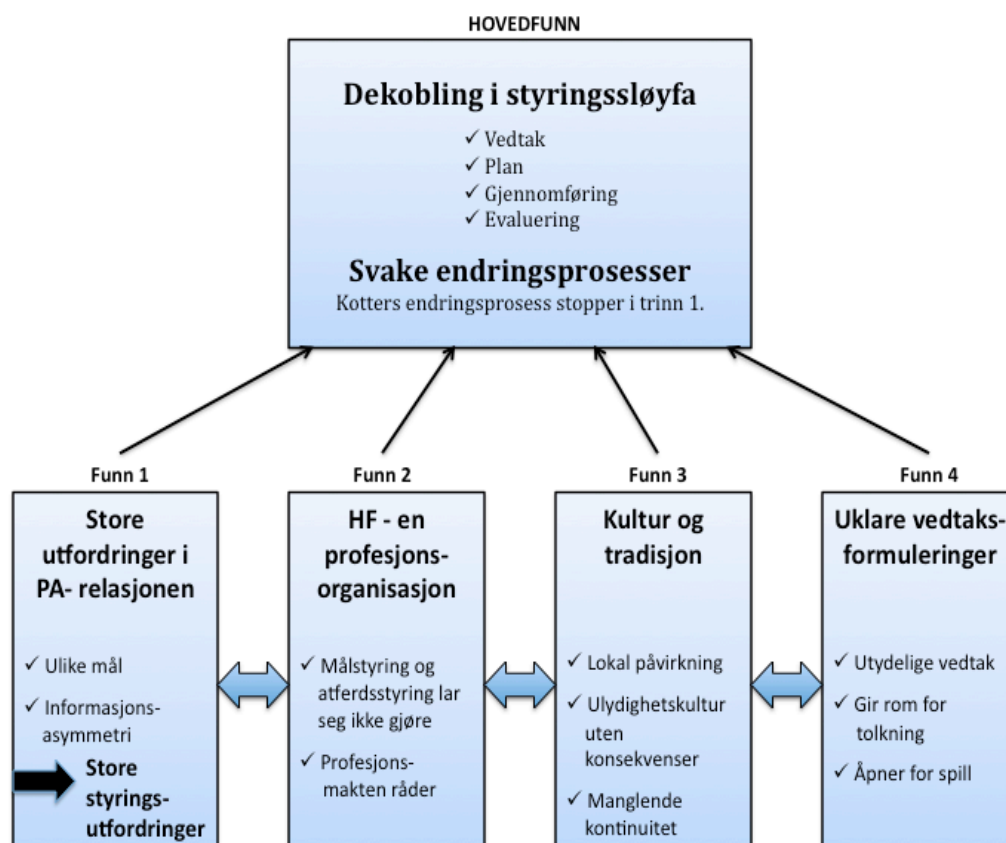
5.0 Analyse

Funnene våre viser at de gjentatte vedtakene om endring i ortopeditilbudet, har møtt massiv motstand og har ført til mange styringsutfordringer. Den forventede endringen ble først gjennomført i 2007, fire år etter det opprinnelige vedtaket. Etter denne implementeringen har diverse oppmykninger vært gjort. Både for å redusere støyen i etterkant av hovedvedtaket, men også for å minke støyen som har kommet i kjølvannet av implementeringen. Til tross for oppmykningene, har man ikke oppnådd tilstrekkelig støtte fra de ansatte eller fagmiljøet til å gjennomføre endringen. Det viser seg den dag i dag at vedtaket ikke er fulgt slik intensjonen var, og den massive motstanden mot denne endringen har fortsatt fram til i dag. Legene og de sterke faggruppene, har blitt sett på som en svært viktig faktor som har bidratt til store deler av støyen, og vanskeliggjort implementeringen av vedtaket.

Anthony & Youngs styringssløyfe tar utgangspunkt i at koblingene mellom elementene er konsistente og at det ikke eksisterer interessekonflikter. (Pettersen m.fl., 2008) Vedtaket som i dette tilfellet går på strukturelle endringer av ortopeditilbudet, har skapt motstand både internt og eksternt i foretaket. Motstanden det har møtt på veien, kan ha medvirket til at endringen ikke ble implementert. Det har vært sterk faglig uenighet om endringen skulle gjennomføres eller ikke.

Faggruppenes sterke motstand mot endring, gjør at det oppstår løse koblinger på flere nivå i styringssløyfa, noe som har medført at vedtaket ble en gjenganger på styremøter. Dette kan være et eksempel på det Brunsson (2002) kaller en "hyklerisk organisasjon". Det vedtas at ortopeditilbudet bare skal være i ukedagene. Men for å unngå all støyen, reforhandler man avtaler med ortopeder til å jobbe utover det som er vedtatt. Media, politikere og befolkning har også utøvd et press mot Helse Finnmark som har vært delaktig i å skape denne hykleriske organisasjonen.

Det aller tydeligste funnet er den totale dekoblingen i styringssløyfa. Vår tolking av informantenes utsagn er også at denne dekoblingen skjer på alle nivå i sløyfa, både innad i hvert element og i koblingene mellom elementene. Figuren vi har laget, viser at hovedfunnet er påvirket av alle de fire funnene vi beskriver nedenfor. Vi vil også vise at alle funnene har innvirkning på hverandre.



Figur 5.1 Hovedfunn.

Det paradoksale er at alle informantene er bevisste endringsverktøy og poengterer viktigheten av å gjennomføre en god og åpen endringsprosess, men få synes å anvende disse verktøyene. Kotter (2002) sier man må synliggjøre for organisasjonen at det eksisterer et behov for endring. Dersom endringen skal bli vellykket og gjennomførbar, må det i følge Kotter (2002) være 75 % oppslutning rundt endringsideen. Våre informanter uttrykker at endringen ikke er faglig forankret og ikke virker meningsfull og håndterbar. I følge Kotter (2002) skal trinn 1 være det viktigste trinnet i en endringsprosess, og vi tolker ham slik at det må stilles krav om en viss lederkompetanse og kraft i lederlinjen. Dette er noe informantene er enige om at Helse Finnmark mangler. Årsaken kan være manglende kontinuitet både blant ledere og fagpersonell, som endringen skal “selges” til. Uklarheten i ledelsen av ortopeditilbudet er synliggjort av alle informantene. Etter vårt syn kan dette ha bidratt til svake endringsprosesser, og vi begrunner vårt syn i funnene nedenfor.

5.1 utfordringer i prinsipal- agent relasjonen

I følge Askildsen og Haug (2001) vil alle helseforetak møte målkonflikter i form av interessekonflikter eller asymmetrisk informasjon. Vedtaket var i utgangspunktet faglig begrunnet fra prinsipalen (Helse Nord). Men etter press fra agentene (fagmiljøene) innrømte Helse Nord at det hverken var økonomiske eller faglige argumenter som lå til grunn, men at det hele var et prinsippvedtak. Det er tydelig at utfordringene med prinsipal- agent relasjoner er representert på flere nivå. Dette fremkommer av ulike mål mellom agenter, mellom prinsipaler og mellom agent og prinsipal. Vi tar videre for oss det vi vurderer som viktige bidragsyttere til forsterking av prinsipal- agent problemet.

5.1.1 Ulike mål

Vedtaket knyttet til ortopeditilbudet møtte motstand fra fagmiljøene og fra ledere som skulle være endringsagenter. Opstad (2006) beskriver flere forhold som kan føre til at mål- og interessekonflikter oppstår. Det var massiv motstand fra fagmiljøene både i Kirkenes og Hammerfest. Vedtaket ville muligens gitt et redusert tilbud til pasientene, og ortopedimiljøet ville fått færre faglige utfordringer. Egeninteressen til ortopeder og fagmiljøet kan, i følge Opstad (2006), føre til opportunistisk atferd hos agentene slik at de sikrer egen vinning. Også Nils Arne Eggens "Godfot- teori" sier endring må skje på individnivå dersom man skal oppnå organisasjonens felles mål. (Johannessen og Olaisen 2007) Ortopedimiljøet i Hammerfest skulle støtte opp om endringen slik at assistentlegene i Kirkenes fikk den støtte og oppfølging de hadde behov for. Både vår egen erfaring og informantene, bekrefter at samarbeidet på dette nivået har vært utfordrende. Aksept for vedtaket kan sitte langt inne dersom det får konsekvenser for den enkelte. Egeninteressen vil ofte kunne gå foran organisasjonens mål. Opstad (2006) sier en slik opportunistisk adferd vil forsterke prinsipal- agent problemet. Det viser seg imidlertid at det ikke bare er agentene som har denne opportunistiske atferden som Opstad (2006) beskriver. Enkelte topplederes kortsiktige tidshorisont og ønske om å gjennomføre endringen, "koste hva det koste vil", har i følge informantene vist at egeninteressen kan gå foran målene til organisasjonen. Dette kan gi et maktspill mellom prinsipal og agent, og informantene bekrefter at spørsmål om lojalitet kom opp som et tema. Det kan virke som en utbredt enighet om at lojalitet tolkes ulikt. Forståelse for lojalitet til å gjennomføre vedtak man er uenig i, tolkes også ulikt. Man kan spørre seg om det er en kultur for dette i Helse Finnmark. Informantene beskriver manglende støtte, både fra ledelsen og fra personalavdelingen. En av informantene fikk utrolig nok råd fra sin egen leder om å

distansere seg fra prosesser og beslutninger. Dersom man møter motstand fra ledelsen på grunn av uenighet i endringen, vil gapet mellom intensjonene og oppnådd resultat bli større. (Jacobsen og Thorsvik 2005) Når vi fikk utsagn om at ansatte blir “byttet ut” på grunn av uenighet til endringen, etter prinsippet “*enten er du med oss eller mot oss*”, er det etter vårt syn tydelige målforskjeller i organisasjonen. Thorsvik (2011 a) påpeker utfordringene ved ledelse av en profesjonsorganisasjon når fagekspertene fremmer egne mål, som ikke er de samme som organisasjonens, og målforskjeller oppstår.

5.1.2 Informasjonsasymmetri

Sandmo m.fl. (1992) beskriver poenget med at det er ulik informasjonstilgang i en prinsipal-agentrelasjon. I vårt tilfelle synes agentene (fagfolkene) å ha større innsikt og fagkunnskap enn prinsipalen (ledelsen). Prinsipalen leier i vårt tilfelle inn en ekstern ortoped for å legitimere gjennomføringen av endringen. Dette blir av informantene beskrevet som ledelsens metode for å skaffe seg tilstrekkelig informasjon og faglig alibi. I tillegg viser forskningen vår totalt fravær av kommunikasjonstrategier, både internt og eksternt. Dette er noe vår egen erfaring understøtter. Press fra interessenter, internt og eksternt (media, politikere og lignende), fører til utvidelse av tilbudet. Informantene bekrefter både Sandmos m.fl. (1992) og Pedersens (2010 a) beskrivelse av at informasjonsasymmetri er til stede. Sandmo m.fl. (1992) beskriver videre at skjulte handlinger kan føre til en moralsk risiko. Prinsipalen har ingen mulighet til å observere agentens handlinger, og disse handlingene kan dreies mot en mer skjodesløs og risikovillig atferd. Prinsipalen vil kun se resultatet av agentens atferd, men vet ikke innsatsen agenten har lagt i arbeidet. I vårt tilfelle ser prinsipalen at endringen ikke skjer fordi agenten trolig misbruker informasjonsasymmetrien for egen “vinnings” skyld. Dette bekreftes av våre informanter, vår empiri og vår egen erfaring.

Vi har selv erfart at Helse Finnmark er for dårlig til å evaluere både underveis og etter implementering av endring. Dette understøttes av informantene og synliggjøres klart i den historiske framstillingen av vedtakene. Man kan spørre seg om dette skyldes informasjonsasymmetri, da vi ikke drar lærdom av endringene og prosessen underveis. Dersom agentene sitter med større kunnskap enn prinsipalen, vil det være vanskelig å evaluere. Informantene er enige i dette og poengterer at man bare kan evaluere det som vi har sagt vi skal gjøre. Anthony og Youngs styringsløyfe (Pettersen m.fl. 2008) sier

gjennomføringsevnen må evalueres slik at mål og visjoner for organisasjonen kan endres og bli like for alle.

5.1.3 Store styringsutfordringer

Utfordringene som skapes i prinsipal – agent relasjonen, er etter vår erfaring det som gir de største styringsutfordringer. Opstad (2006) beskriver problemet med at mange aktører er prinsipaler og agenter samtidig. Dette kan gi en utfordring, nevnt innledningsvis, i forhold til hvem som er den reelle agent og prinsipal. Motstanden som vedtaket har møtt og faggruppens massive trykk mot ledelsen, har sådd tvil om hvem som er den reelle prinsipal. Informantene hevdet de lot seg presse av enten interne eller eksterne interessenter, for hvordan endringen skulle gjennomføres. Til tross for dette ble deler av endringen gjennomført først i 2007, fire år etter at vedtaket ble gjort. Underveis er det også gjort flere endringer i arbeidsavtaler, uten at dette er i samsvar med eksisterende prosedyrer. Vår forskning viser diskrepans mellom ortopedens arbeidstid i avtale og arbeidstid i prosedyre, det synes å være liten sammenheng og ansvar for å revidere prosedyrer. Vi stiller spørsmål ved om en av årsakene til dette er utallige endringer av arbeidsavtaler, men likevel synes vi det er et lederansvar å sikre god kvalitet og korrekte prosedyrer til enhver tid.

Legitimiteten til prinsipalen blir trukket i tvil av informantene. Skiftet av argumentasjon i forhold til hvorfor endringen var nødvendig, har ikke bidratt til å øke prinsipalens legitimitet, men har gjort at tolkningen av det opprinnelige vedtaket blir uklart. Etter vårt syn spenner prinsipalen her bein på seg selv, og gjør at kontrakten som er inngått mellom partene, blir uklar. Opstad (2006) hevder at hensikten med kontrakten er at prinsipalens interesser skal ivaretas av agenten. I dette tilfellet er klarheten stor, og både vår empiri og erfaring viser at agenten opptrer opportunistisk for å bedre sin egen situasjon. (Opstad 2006) Spørsmålene man kan stille seg er om styringssystemene vi har i Helse Finnmark er tilstrekkelige. Brukes de riktig for å styre agenters atferd og oppnå mål organisasjonen ønsker, eller er det slik at det er profesjonsmakten som rår?

5.2 Helse Finnmark - en profesjonsorganisasjon

Ifølge Brunsson (2002) står ikke en organisasjon fritt til å gjøre det den måtte ønske, men våre informanter beskriver det motsatte. Til tross for overordnet vedtak har organisasjonen bevisst koblet løs beslutningen fra handlingen, og det er vanskelig å se samsvar mellom det som planlegges og det som gjennomføres i forhold til ortopedtilbudet i Helse Finnmark. Brunsson (2002) kaller dette en “hyklerisk organisasjon”, noe vi selv har erfart, og informantene bekrefter dette ved at vedtaket i liten grad har påvirket den daglige driften.

De utfordringer som er beskrevet rundt prinsipal- agent perspektivet i Helse Finnmark, synes å ha nær sammenheng med at dette er en ekspertorganisasjon. Ifølge Strand (2010) kan helseforetak drives av personer uten høy fagkompetanse, men vår forskning viser at Helse Finnmark i stor grad er preget av profesjonsstyring. Det er fagprofesjoners normer og verdier som avgjør hvilke handlinger aktørene skal utføre, noe som understøttes av Pettersen m.fl. (2008). Informantene gjengir store ledelsesutfordringer på grunn av massiv motstand, spesielt fra fagprofesjonene, og det foreligger flere bekymringsmeldinger til Helsetilsynet, Fylkeslege og Den norske legeforening. Vi ser at forholdet mellom myndighet og kyndighet i stor grad påvirket og forhindret implementeringen, og ledelsens forsøk på å innhente “faglig alibi” lyktes ikke. Alle informantene påpekte manglende lederstøtte, og det beskrives store ledelsesutfordringer da vedtaket endte opp som en “prinsippsak”. Informantene bekrefter Jacobsen og Thorsviks (2005) beskrivelse hvor faglige idealer og profesjonelle normer kom i konflikt mellom vedtaket og implementeringen. Det viser mangel på kraft og tyngde for å gjennomføre denne type endring. Vår forskning rundt vedtakene for Helse Finnmark viser både en manglende faglig forankring og manglende ressurser for å utøve faglig ledelse. Informantene bekrefter diskrepans mellom ledelse og fagmiljø, noe som medførte motstand som igjen resulterte i stadige justeringer i forsøk på å implementere vedtaket. Dette lyktes ikke, og skapte trolig mer forvirring og usikkerhet for hvilket ortopedtilbud Helse Finnmark hadde til enhver tid. Det beskrives en lojalitetsbrist og manglende tillit mellom fagfolk og ledelse som forhindret muligheten for konstruktiv dialog. Vi finner det oppsiktsvekkende at en av informantene gjengir press og direkte trusler fra ledelsen mot en annen leder i organisasjonen, noe som trolig kan ha preget hele fagmiljøet. Vi tolker dette som manglende forståelser for å sikre positive effekter med ledere som vil være “jokeren”. Men vi ser også at det kan skyldes at “jokeren” i utgangspunktet ikke ønsket å bidra med positive effekter. Det kan også tolkes som opportunistisk atferd i et prinsipal- agent perspektiv. (Opstad 2006)

Informantene knytter dette opp mot manglende forståelse av lederansvar da det som vedtas og planlegges, skal gjennomføres, selv når man er uenig i vedtaket.

Selv om Helse Finnmark i hovedsak er en ekspertorganisasjon, har den også byråkratiske trekk med gitte prosedyrer og regler som skal fungere som oppskrift, for å oppnå ønsket effekt. Likevel tok det, som tidligere nevnt, hele fire år før prosedyrer ble utarbeidet, og det var både manglende evne og vilje til å følge og gjennomføre gitte prosedyrer. Informantene påpekte direkte boikotting og resignasjon for å melde avvik når prosedyrer ikke ble fulgt, noe som gir svært begrenset validitet dersom man her skulle anvendt resultatstyring.

I Helse Finnmark, lik andre helseforetak, er det vanskelig å benytte resultatstyring, da resultater måles på bakgrunn av fagprofesjonenes kliniske skjønn. Dette understøttes både av Pettersen m.fl. (2008) og våre informanter. Vi ser at styringen er preget av å akseptere faglige normer, og det er liten plass for ledelse ut over det som bygger på faglig autoritet. Angående ortopeditilbudet i Helse Finnmark, har fagmiljøenes vurderinger ikke vært i samsvar med ledelsens. Kausalkunnskapen synes fragmentert og indikerer ingen forslag til hva som er best mulig adferd for måloppnåelse. Det blir vanskelig å måle eller styre noe som gjentatte ganger justeres, uten korrigerende eller evaluering underveis. Vi ser at Helse Finnmark i denne forbindelse synes å oppleve en dekobling i styringssløyfa. Pettersen m.fl. (2008) refererer til en studie hvor målsetninger tilpasses handling i ettertid, noe vi kan gjenkjenne i vår forskning. Det er gjort mange justeringer, trolig for å få styringen til å fremstå som rasjonell og unngå dekobling, men det har nødvendigvis ikke gitt noen suksess for Helse Finnmark.

5.3 Kultur og tradisjon

Både vi som forskere, og informantene opplever en tydelig og sterk profesjonskultur i Helse Finnmark. Denne profesjonskulturen beskrives å gi store ledelsesutfordringer, og Strand (2010) hevder sterk kultur er viktig for å fremme suksess i styringssløyfen. Vi antar at en sterk profesjonskultur i dette tilfellet ikke nødvendigvis er et positivt element, da det i Helse Finnmark beskrives en “kampkultur” og direkte motstand mot endringen. Det er sannsynlig at profesjonskulturen direkte har bidratt til dekobling mellom elementer i styringssløyfa. (Figur 2.2) Det har vært, og er, stort fokus på å ha to “likeverdige” sykehus i Finnmark, og dette har skjerpet både befolkning, politikere og fagmiljøet til å forsvare og direkte forhindre, endring av tilbud.

I likhet med informantene har vi erfart ulik fokus på ledelse i Helse Finnmark, og det er sannsynlig at dette har medført ulike kulturelle utfordringer. I Kirkenes har det vært tradisjon for at ledelse er viktig, og det er gjennomført flere utdanningsprogram. Paradoksalt nok antar vi likevel en større ledelsesutfordring ved å drive endringsledelse ved klinikk Kirkenes enn ved klinikk Hammerfest. I Kirkenes beskrives en massiv interesse fra media og befolkning, med blant annet flere bekymringsmeldinger og politisk engasjement. Denne sterke “motstandskulturen” ble ikke synlig i Hammerfest, og informantene gjenga en annen lojalitet til endringen enn de ga i Kirkenes. Vi antar at dette skyldes at organisasjonskulturen i Hammerfest bar preg av trygghet for eksistens, og ingen reell frykt for tap av tilbud.

Vår forskning viser at Helse Finnmark innehar to av de tre komplementære perspektiver på kultur (Thorsvik 2011 b). Informantene bekrefter våre antakelse om at Helse Finnmark har et kulturelt fragmenteringsperspektiv, da visjoner og føringer i forhold til denne endringen var uklar og ga usikkerhet blant ansatte. Selv har vi ingen erfaring med at Helse Finnmark har en felles overordnet kultur, og informantene bekrefter at dette fører til et utbredt differensieringsperspektiv og at subkulturer etableres. Dette synes å være tydelig i Helse Finnmark, her beskrives subkulturer som eksisterer side om side, med tydelig ulik oppfatning og liten evne eller vilje til å endre denne oppfatningen. Empirien understøtter også dette med en såkalt “vi har prøvd det før”- mentalitet, som for øvrig stemmer overens med det vi selv har erfart.

Vår erfaring indikerer at Nils Arne Eggens “Godfot-teori” (Johannessen og Olaisen 2007) blir utfordret av kulturen i Helse Finnmark. Det vises til konkurranse mellom klinikkene, og synes å være liten vilje til å sikre gode medspillere. Alle våre informanter poengterer manglende grad av samarbeid mellom klinikkene, det er kun på foretaksnivå at jevnlig kontakt er etablert. Vi antar at dette gir store utfordringer i forhold til Eggens teori. Han poengterer viktigheten av å bli bevisst både egen og lagspillerens kompetanse, for å nå felles mål. Vår forskning indikerer at Helse Finnmark generelt har en vei å gå, når det gjelder å etablere en felles organisasjonskultur. Spesielt når våre informanter beskriver at det fra ledelsens side er lagt føringer som aktivt har bidratt til intern konkurranse, både økonomisk og i forhold til hvilke informasjonsstrategier man anvender.

Vår empiri beskriver en form for “ulydighetskultur”, hvor både ledere og fagfolk opptrer illojalt overfor vedtak og gjennomføring av disse. Dette funnet bekrefter vår egen erfaring i

Helse Finnmark, da manglende levering av gitte oppdrag dessverre ikke medfører noen negative konsekvenser. Vi velger å se dette som vårt mest oppsiktsvekkende funn innen kultur og tradisjon. En slik form for ukultur vil sannsynligvis direkte påvirke elementene i styringssløyfa (Figur 2.2) og resultere i dekobling. Informantene beskriver at fagfolk aktivt har boikottet implementering av vedtak, og vi tolker informantenes utsagn til at Helse Finnmark generelt mangler lederkompetanse til å håndtere slik ulydighet. Det stilles krav til samarbeid og lojalitet på foretaksnivå, men vår forskning viser lite eller ingen krav om samarbeid ellers i organisasjonen. Forskningen viser også en ulik oppfatning av begrepet lojalitet, og vi antar dette kan forklare noe av “ulydighetskulturen”. Informantene gjengir at ledere ikke anser seg selv som illojale, så lenge de følger normer og verdier for sin fagprofesjon. (Pettersen m.fl. 2008)

Som Opstad (2006) også påpeker, er det et poeng å inngå en kontrakt eller avtale som gjør at prinsipalens interesser blir ivaretatt. Dersom en slik kontrakt skal være tuftet på uklare vedtak, vil det etter vårt syn være vanskelig å utforme kontrakter som vil sikre prinsipalens interesser. Vi har hørt utsagn fra informantene, og har selv erfart, at kontraktene til ortopedene til stadighet ble endret. Informantene gjengir at ortopeder har presset Helse Finnmark med at de ikke vil komme dersom de ikke får godt nok betalt. Rekrutteringsproblemene vil da kunne presse prinsipalen til å etterkomme kravene fra legene. Dette vil kunne utløse et spill mellom en prinsipal og hans agenter der agentene har de beste kortene på hånden til enhver tid. Om dette kunne vært unngått ved å ha klare og nøyaktige formuleringer i vedtakene, kan man bare spekulere i.

5.4 Uklare vedtaksformuleringer

Selv om saker vedtas av Helse Nord eller Helse Finnmark, får det ingen konsekvenser dersom vedtaket ikke implementeres. Vi har sett at fire forskjellige informanter har tolket samme vedtaket på ulike måter, samt hva betydningen av vedtaket ville innebære. I evalueringsgruppens rapport (Rapport 4) har det også vært behov for en avklaring på hvordan man skulle tolke vedtaket som ble gjort for ni år siden. Fagdirektøren i Helse Nord bekreftet i 2012 tolkningen av det opprinnelige vedtaket med: “... *egentlig at det ikke skulle være vakt i Kirkenes, men kun elektiv virksomhet.*” (Rapport 4:5) Man kan stille seg spørsmål hvorfor det formuleres uklare vedtak som gir rom for tolkning. Det virker også uklart om Helse Nord ser hvilke konsekvenser man kan dra ut av et slikt vedtak, idet fagdirektøren videre sier at det på

direktørnivå var: “... enighet om at det kunne være vakt i ukedagene.” (Rapport 4:5) Utydeligheten i vedtakene som gjøres, er med på å komplisere problemene i prinsipal- agent relasjonen. Opstad (2006) peker på ulik virkelighetsoppfatning som årsak til ulike mål for organisasjonen. I og med at prinsipalen tolker vedtaket for så å informerer sine agenter, vil uklarhetene spre seg til agentene og man får en ulik virkelighetsoppfatning. Agentene har også en nærhet til brukerne som ikke prinsipalen har, noe som vi ser kan resultere i at målforståelsen blir ulik.

Jacobsen og Thorsvik (2005) referer til Van Meter og Van Horn som hevder at implementering av en beslutning kan være vanskelig dersom den som skal implementere, er en annen en den som har gjort beslutningen. Vedtaket var gjentatte ganger oppe som sak i styremøter både i Helse Finnmark og Helse Nord, men ingen tok ansvar for å følge opp gjennomføringen av vedtaket. Jacobsen og Thorsvik (2005) sier det er flere årsaker til at det kan oppstå et gap mellom intensjoner og oppnådd resultat. Dette kan være kunnskap om endring, motstand mot endring og ressurser til gjennomføring. Vår forskning synes også å underbygge disse årsakene. Vår empiri understøtter problemet med at ledere som skulle være iverksettere, også var sterke motstandere av endringen. Helse Finnmark er profesjonsstyrt og når fagprofesjonene er godt representert i iverksettingsgruppen, kan man få utfordringer ved gjennomføring av det som var vedtatt. Nok en gang poengterer vi at de:

“... profesjonelle normer og faglige idealer står i konflikt med innholdet i den beslutningen som skal iverksettes.” (Jacobsen og Thorsvik, 2005:320)

6.0 Konklusjon og forslag til videre studier

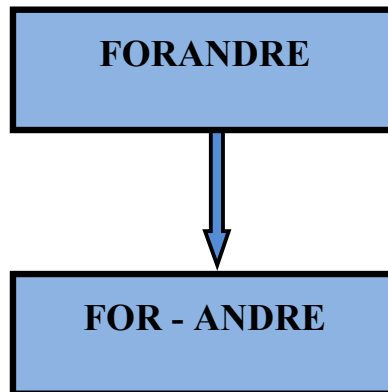
Vi ønsker med vår forskning å belyse årsaker til hvorfor endring av ortopeditilbudet i Helse Finnmark har vært så vanskelig. Våre egne erfaringer har i flere tilfeller vist seg å være lik informantenes, men for oss har det også fremkommet flere overraskende momenter.

Forskningen har avdekket dekobling i flere ledd i styringssløyfa, både innenfor- og mellom vedtak, plan, gjennomføring og evaluering. Som Pettersen m.fl. (2008) gjengir kan denne dekoblingen føre til styringsproblemer. Det hevdes av våre informanter at prosesser i forkant av endring er mangelfull, og i endringsprosesser er det vanskelig å se at Helse Finnmark følger eksisterende endringsverktøy. Empirien kan tolkes slik at flere ansatte trolig ikke ønsker seg opp på Kotters 1. trinn, da det i for liten grad er etablert følelse av nødvendig og begrunnet endring. Muligheten for tolkning av vedtak har i dette tilfellet gitt ekstra utfordringer i endringsprosessen. I tillegg gjengir informantene manglende støtte og lederkompetanse, noe som har vist seg utfordrende i denne profesjonsorganisasjonen. Vi er enige med våre informanter om at informasjon og kommunikasjon, både internt og eksternt, må bedres. Trolig vil dette bidra til en større forståelse for endringen.

Vi stiller spørsmål til hvorfor det ikke medfører noen reell konsekvens av å ikke gjennomføre vedtak, eller aktivt forhindre dekobling. Trolig henger dette sammen med en organisasjonskultur, og kan tolkes som en aksept for at det er “ok ikke å levere”. I denne sammenheng kan det være viktig å avdekke hvordan man kan påvirke organisasjonskulturen for å utvikle den i riktig retning. Forskningen belyser også store utfordringer sett i et prinsippal - agent perspektiv, og vi tolker at dette kan underbygge denne “ulydighetskulturen”. Man kan, på bakgrunn av vår forskning, reflektere over hvilke pressmidler som kan legitimeres for å implementere vedtaket.

Avslutningsvis vil vi trekke frem historien fra vår innledning om ALLE, NOEN, ENHVER og INGEN. Vår forskning viser at Helse Finnmark synes å følge denne historien. Vi tolker informantenes utsagn dit at Helse Finnmark bør tilstrebe økt evne til absorptiv kapasitet. Dette fordi endringsprosesser synes å ha samme oppskrift - til tross for mangelfulle resultater. Som forskere ser vi et sterkt behov for å “bygge en kraftigere bro” mellom klinikkene, og forhindre et differensieringsperspektiv, i Helse Finnmark. Vi ser et stort potensial for økt samarbeid på tvers, og vi tolker empirien til at Helse Finnmark er i utakt med “Godfot-

teorien”. Det synes som om det i for liten grad jobbes aktivt for å få et bedre team. Informantene hevder at organisasjonen bør jobbe mer mot å sikre gode endringsprosesser, og bli mer bevisst sin inkompetanse, slik at det er mulig å starte en forandring. Skal endringen vare, må de ansatte endre sin væremåte og ny kompetanse må integreres. (Johannessen og Olaisen 2007) Vår forskning belyser utfordringer ved å forandre tilbudet i en organisasjon, og vi ønsker å illustrere dette på følgende måte:



Informantene uttrykker at det har vist seg vanskelig å endre ortopedtilbudet, og av ulike grunner har endringen endt opp med å bli FOR - ANDRE. Vi tolker at organisasjonen ikke hadde tilstrekkelig tyngde eller lederkompetanse til å gjennomføre en slik forandring. En lang kamp med svært mye motstand, endte opp med et kompromiss hvor direktør i Helse Finnmark bestemte delvis ortopedtilbud også i helger for klinikk Kirkenes. Tittelen på vår oppgave ”Forandring fryder?”, synes med denne siste endringen å bli besvart med *nei*. Fortsatt skal ortopedisk senter være plassert ved klinikk Hammerfest, men prosedyrer og rutiner skal endres slik at de i fremtiden følges. Generelt belyser vår forskning at Helse Finnmark trolig har flere fremtidige utfordringer når det gjelder å sikre gode endringsprosesser.

Forslag til videre forskning:

Vi har gjennom vårt arbeid oppdaget flere spennende temaer for videre forskning. Spesielt spennende finner vi makt og maktforhold, og hvordan man kan bedre samarbeid mellom klinikkene. Det kunne også vært interessant å forske på hvordan man bedrer lederstøtten, eller gjøre rede for hvorfor styrevedtak er så utydelige og åpne for tolkning.

Litteraturliste

- Askildsen, Jan E. og Haug, Kjell (2001), *"Helse, økonomi og politikk. Utfordringer i det norske helsevesenet"*. J.W. Cappelens forlag AS, Oslo
- Brunsson, Nils (2006), *"The Organization and Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations"*. Abstrakt Forlag AS
- Grund, Jan (2006), *"Sykehusledelse og helsepolitikk- dilemmaens tyranni"*. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Jacobsen, Dag I. og Thorsvik, Jan (2005), *"Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse"*. Fagbokforlaget, Bergen
- Johannessen, Asbjørn, Christoffersen, Line og Tufte, Per A (2011), *"Forskningsmetode for økonomisk- administrative fag"*. Abstrakt forlag AS, Oslo
- Johannessen, Jon-Arild og Olaisen, Johan (2007), *"Styring av helseforetak. Hvorfor er sykehus så vanskelig å styre?"*. Fagbokforlaget, Bergen
- Kotter, John P. og Cohen, Dan (2002), *"The heart of change"*. Harvard business school press
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2010), *"Det kvalitative forskningsintervju"*. Gyldendal akademisk, Oslo
- Opstad, Leiv (2000), *"Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren"*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Opstad, Leiv (2006), *"Økonomistyring i offentlig sektor"*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Opstad, Leiv og Berg, John Erik (1992), *"Helseøkonomi"*. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Pettersen, Inger J., Magnussen, Jon, Nyland, Kari og Bjørnenak, Trond (2008), *"Økonomi og helse – perspektiver på styring"*. Cappelen Damm AS, Oslo
- Sandmo, Agnar og Hagen, Kåre P. (1992), *"Offentlig politikk og private incitament"*. TANO A.S, Bergen
- Strand, Torodd (2010) *"Ledelse, organisasjon og kultur"*. Fagbokforlaget, Bergen

Offentlige dokument

NOU 1997: 18 ”*Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*”. Sosial- og helsedepartementet

Bestillerdokument Helse Finnmark HF, 2006

Strategidokument Helse Finnmark HF, 2005 – 2010

Oppdragsdokument Helse Finnmark HF, 2007

Oppdragsdokument Helse Finnmark HF, 2012

Rapporter

Rapport 1: “Organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord- Rapport fra arbeidsgruppe” november 2003.

Rapport 2: “Gjennomgang av ortopedien i Helse Finnmark -Rapport fra intern arbeidsgruppe” 10.06.06

Rapport 3: “Om ortopediordningen ved Kirkenes Sykehus”, Anders Walløe 15.01.12

Rapport 4: “Om ortopediordningen ved Kirkenes Sykehus”, Evalueringsutvalget 15.02.12

Forelesningsnotater

Pål Pedersen forelesningsnotater fra 30.09.10 (Pedersen 2010 a)

Jan Thorsvik forelesningsnotater fra 30.03.11 (Thorsvik 2011 a)

Jan Thorsvik forelesningsnotater fra 24.11.11 (Thorsvik 2011 b)

Inger Johanne Pettersen forelesningsnotater fra 21.10.11 (Pettersen 2011 a)

VEDLEGG 1: Intervjuguide

Intervjuguide:

Mandat:

1. I hvilken grad ble det gjennomført endringer i ortopeditilbudet i Helse Finnmark i din tid som klinikkssjef?
2. Hadde du et klart mandat i forhold til ledelse av ortopeditilbudet i Helse Finnmark?
 - a. Fikk du inntrykk av at mandatet var det samme på motsatt klinikk?
 - b. Har du evt. inntrykk av at mandat ble tolket ulikt innad i Helse Finnmark?
3. Hva legger du i begrepet mandat?
4. Opplevde du en klar og tydelig funksjonsfordeling i forhold til ortopeditilbudet i Helse Finnmark?
 - a. I hvilken grad mener du det var rom for tolking av funksjonsfordelingen som ble iverksatt i 2004?
 - b. Hvilke ledelsesutfordringer medførte evt. denne muligheten for tolkning?
5. I styrevedtak 65/2003 er det sagt at “...ortopedien skal ledes fra Hammerfest...”. Har du inntrykk av at det var klargjort hvem som skulle utøve denne ledelse?
 - a. I så fall- i hvilken grad ble denne ledelsen utøvd?
6. Har du inntrykk av at utarbeidede prosedyrer (angående drift av ortopeditilbudet) ble etterfulgt?
 - a. I så fall- hva tenker du er årsak til at disse ikke ble etterfulgt?
7. Var du kjent med arbeidsavtalene til ortopedene i Helse Finnmark?
 - a. Har du inntrykk av at disse ble fulgt?
8. I hvilken grad ble vedtatte endringer gjennomført i din tid som klinikkssjef?
 - a. I hvilken grad fikk du støtte og veiledning fra foretaksledelsen ved implementering av vedtatte endringer?

Kultur:

1. Har du inntrykk av at ortopedifaget ble verdsatt likt ved begge klinikkene?
 - a. I så fall, hva tenker du kan være årsak til dette?
2. Opplevde du at beslutninger rundt ortopeditilbudet ble forankret i fagmiljø og ledelse?
 - a. Vil du si at dette fikk konsekvenser for din ledelse?
3. Ga organisasjonskulturen i Helse Finnmark deg utfordringer i forhold til ledelse av ortopeditilbudet?
 - a. Kan du si noe mer om det?
4. Er ditt inntrykk at ortopeditilbudet var likt organisert ved begge klinikkene?

- a. Har du opplevd spesielle utfordringer ved dette?
 - b. Kan du gi eksempler på dette?
5. Har du inntrykk av at det var andre ledelsesutfordringer ved “motsatt klinikk”?
6. I hvilken grad opplevde du motstand mot endringene av ortopeditilbudet?
- a. Var denne motstanden åpen/ skjult?
 - b. I så fall, kan du gi eksempler på dette?

Makt:

1. Har du inntrykk av at det eksisterte uformelle ledere når det gjaldt ledelse av ortopeditilbudet i Helse Finnmark?
 - a. Var disse tydelige for deg som klinikkssjef?
 - b. Ga dette deg ledelsesutfordringer? (Evt hvilke?)
2. Opplevde du å bli utfordret eller direkte presset av medarbeidere i forhold til ortopeditilbudet?
 - a. Evt. av hvem?
 - b. I hvilken grad påvirket dette dine beslutninger?
3. Opplevde du lojalitet hos ortopedi-relatert personell?
 - a. Kan du si noe mer om det?
4. Tror du eksterne interessenter som media, politikere og befolkning har påvirket Helse Finnmarks organisering av ortopeditilbudet?
 - a. På hvilken måte?
 - b. Påvirket dette deg og dine vurderinger eller beslutninger?

Endring:

1. Opplevde du spesielle ledelsesutfordringer i forbindelse med endringer i ortopeditilbudet? (som ikke har kommet fram tidligere)
2. Har du erfaring fra endringsledelse fra tidligere?
3. Hva legger du i begrepet endringsledelse?
4. Hva mener du er de viktigste elementene for å oppnå en vellykket endring?
 - a. Hva legger du i begrepet vellykket?
5. Var ansatte, befolkningen og ledelse, etter ditt syn, klar over endringer som ble vedtatt?
 - a. Ble i så fall implementeringen av vedtakene gjort kjent for de overnevnte?

Samarbeid/ kommunikasjon:

1. Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen og samarbeidet mellom de to klinikkene angående ortopeditilbudet?
 - a. Hvilken rolle hadde du i samarbeidet mellom klinikkene?
 - b. Var det jevnlig møter i forhold til ledelse av ortopeditjenesten?

2. Opplevde du å ha en god og direkte dialog med ortopeder som var ansatt på den tiden?
 - a. Kan du si noe mer om det?
3. I hvilken grad fungerte samarbeidet mellom klinikkene i forhold til ortopeditilbudet ved Spesialistpoliklinikken i Alta?
 - a. På hvilken måte ga dette ekstra ledelsesutfordringer?
4. Var det foreslått å opprette felles ventelister for ortopediske pasienter i Helse Finnmark i din tid som klinikk-sjef?
 - a. Kan du si noe mer om dette?
 - b. Ville det fått konsekvenser for funksjonsfordelingen eller samarbeidet generelt?
5. Tror du avstanden har hatt betydning for gjennomføring av evt. endringer i ortopeditilbudet?
 - a. Kan du si noe mer om det?

Kontinuitet:

1. Siden 2004 har det i Helse Finnmark vært stor gjennomtrekk av ortopeder, hvilke utfordringer ser du i forhold til dette?
2. Sett fra ditt ståsted, hvem sikret kontinuiteten i ortopeditilbudet i Helse Finnmark?
 - a. Var det klare retningslinjer i forhold til opplæring av nyansatte direkte knyttet til ortopeditilbudet?
3. Er utfordringene i forhold til kontinuitet i Helse Finnmark annerledes enn andre foretak i Helse Nord?
 - a. Var det utfordrende å rekruttere og beholde ortopedi-relatert personell til Finnmark?
 - b. Har dette påvirket deg som leder i noen grad - evt hvilken?
4. I hvilken grad tror du de endringer som er gjort innenfor ortopeditilbudet har fått konsekvenser for omdømmet til Helse Finnmark?
 - a. Tror du organiseringen av ortopeditilbudet har hatt direkte innvirkning på "fritt- sykehusvalg"?

Avsluttende spørsmål:

1. Har du tillit til at funksjonsfordelingen/ endringen av ortopeditilbudet ga en bedre kvalitet i behandlingen av ortopedipasientene?
 - a. På hvilken måte
 - b. Var endringene av ortopeditilbudet etter ditt syn forsvarlige?
2. Ville du i dag organisert ortopeditilbudet i Helse Finnmark på en annen måte?
 - a. Hvordan ville en slik organisering evt vært?

- b. Hvorfor en slik organisering?
- c. Tror du klinikkorganisering kunne gitt en bedre ledelse og organisering av denne tjenesten?

VEDLEGG 2: Prosedyre 1



Behandling av pasienter til øyeblikkelig hjelp ortopedi når det ikke er ortoped tilstede ved Kirkenes sykehus.

Utarbeidet av: Mile Vukovic

Dokumentnummer: PR12124

Godkjent av: Eva Pedersen

Versjon: 2

Gyldig for: Helse Finnmark HF

Gyldig fra: 21.11.2007

Behandling av pasienter til øyeblikkelig hjelp ortopedi når det ikke er ortoped tilstede ved Kirkenes sykehus.

Revisjon 1:

Gjelder fra og med 09.11.07,
erstatte prosedyre av 01.11.07

1 Rutinens hensikt

Kirkenes er uten ortoped fredag morgen til mandag morgen.

Dette innebærer at ortoped i Kirkenes kan vurdere pasienter natt til fredag men det kan ikke forventes operativ behandling.

Det er gjort avtale om en kveldsvisitt søndag med henblikk på operativ aktivitet av ventende pasienter mandag.

Ortoped vil ikke være tilgjengelig for vurdering og råd natt til mandag.

Når ortoped ikke er tilstede eller ikke er i vakt sikre at :

- ortopediske pasienter i kategorien øyeblikkelig hjelp får en forsvarlig vurdering når de meldes til Kirkenes sykehus.
- disse pasientene får en forsvarlig vurdering og oppfølging av behandling når de ankommer Kirkenes sykehus.
- pasientene som ikke kan behandles forsvarlig ved Kirkenes sykehus får en forsvarlig transport og overføring til fortrinnsvis Hammerfest sykehus.

2 Omfang

Gjelder :

Kirurgiske overleger, assistentleger og turnusleger ved Kirkenes sykehus

Overleger ortopedisk avdeling Hammerfest sykehus

Sykepleiere i amk-sentralen ved Kirkenes sykehus

3 Arbeidsbeskrivelse

1. Ansvar:

- a. Rekvirerende Fastlege/Kommunelege har ansvar for pasienten til den ankommer sykehus eller til AMK-legen eller annen lege på grunn av forhold under transporten medfører at de må overta ansvaret gjennom kontakt med helsepersonell i ambulansen..

- b. Leger i vakt ved kirurgisk avdeling har ansvar for pasienten når pasienten ankommer akuttmottaket ved Kirkenes sykehus og videre når pasienten legges inn ved Kirkenes sykehus.
 - c. Leger i vakt ved kirurgisk avdeling har ansvaret for pasienten ved videresending av pasienten til pasienten ankommer neste mottakende sykehus eller til at forhold under transporten medfører at lege ved mottakende sykehus overtar ansvaret gjennom kontakt med helsepersonell i ambulansen.
 - d. Ortoped på vakt ved Hammerfest sykehus har ansvar for å motta opplysning om alle pasientkontakter som gjelder ortopediske pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.
Ortoped på vakt i Hammerfest har ansvar for å anbefale videre behandlingsforløp.
2. Melding av ortopedisk pasient med behov for øyeblikkelig hjelp:
- a. Fastlege/kommuneleger i Øst-Finnmark melder pasient til AMK-Kirkenes.
 - b. Varsling av assistentlege i vakt:
AMK-sykepleier kontakter kirurgisk assistentlege i vakt ved Kirkenes sykehus.
 - c. Varsling av ortoped i vakt ved Hammerfest sykehus:
AMK-Kirkenes varslar AMK-Hammerfest om ortopedisk pasient i kategorien øyeblikkelig hjelp akutt, haster eller traumealarm.
AMK-Hammerfest vil videre varsle ortoped i vakt ved Hammerfest sykehus.
- AMK-Kirkenes oppretter telefonforbindelse mellom assistentlege ved Kirkenes sykehus og ortoped ved Hammerfest sykehus og oppretter ved behov konferanse mellom legene i sykehus og rekvirerende fastlege/kommunelege.
- AMK-Kirkenes kobler opp lyd-bilde mot studio i Hammerfest ved behov og varslar AMK-Hammerfest ved slikt behov.
- AMK-Hammerfest varslar nødvendig personale for demonstrasjon av RTG-bilder ved Hammerfest sykehus.
3. Undersøkelse av pasient og rekvirering av undersøkelser:
- a. Vakthavende assistentlege ved Kirkenes sykehus undersøker alle ortopediske pasienter og rekvirerer de nødvendige undersøkelser. Ortoped i Hammerfest skal informeres om alle pasientkontakter. Det benyttes telefonkonferanse eller bruk av lyd-bilde.
 - b. Overlege i bløtkirurgi på vakt ved Kirkenes sykehus skal også kontaktes i forbindelse med ortopediske pasienter og alltid når det haster i livstruende- og alvorlig helsetruende situasjoner. Overlege i bløtkirurgi skal forøvrig informeres om pasientkontakt og innleggelse i forbindelse med ved første ordinære anledning og senest mandag morgen.

2. Medisinskfaglige vurderinger:

Ortopeden i Hammerfest anbefaler eventuell behandling og tar stilling til om pasienten kan vente til over helgen eller om han/hun skal sendes Ø.Hj. med fly til Hammerfest.

Følgende retningslinjer gjelder for slike beslutninger :

- a. Ikke dislokerte ekstremitetsbrudd tas hånd om av assistentlege ved Kirkenes sykehus. Øvrige ekstremitetsbrudd er gjenstand for diskusjon med ortoped i Hammerfest. Denne anbefaler videre tiltak og hvor behandlingen skal skje.
- b. Alle dislokerte ekstremitetsbrudd hos barn (under 16 år) skal behandles i Hammerfest.
- c. Eldre pasienter med lårhalsbrudd innlagt i Kirkenes før søndag kveld kl 15:00 sendes til Hammerfest. Primærlegene oppfordres til å ta direkte kontakt med Hammerfest når bruddene skjer før søndag kveld. Disse pasientene sendes da direkte til Hammerfest.
Det samme gjelder lignende skader og situasjoner.
- d. Ankelskader vil oftest ble operert i løpet av 24 timer. Disse pasientene sendes derfor etter grovreposisjon direkte til Hammerfest når skaden er skjedd før søndag kveld kl 15:00.
- e. Ishias-pasienter med raskt progredierende pareser og/eller innsettende vannlatingsbesvær overflyttes etter konferanse med ortoped i Hammerfest til UNN.
- f. Pasienter med bløtdelsskader og mulige seneskader diskuteres med ortopeden i Hammerfest.
- g. Hvis assistentlegen ikke er komfortabel med eventuelle forslag til tiltak – da tas dette på alvor og pas. sendes til Hammerfest.
- h. Foreligger det uenighet om en pasient skal sendes til Hammerfest eller ikke – da skal pasienten sendes til Hammerfest.
- i. Når pasienter sendes til Hammerfest for videre utredning og/eller behandling skal det følge med et journalnotat fra Kirkenes.
Likeledes skal det samme dag behandlingen i Kirkenes er gjennomført sendes et journalnotat/epikrise fra Klinikk Hammerfest til Klinikk Kirkenes.

3. Alternativ sykehus:

Når en pas. skal sendes til Hammerfest er det rimelig å benytte flytransport. Skulle det oppstå landingsproblemer i Hammerfest vil det være ortopeden i Hammerfest som kontakter Ortopedisk avdeling ved UNN.

4. Registrering:

Assistentlege i vakt ved kirkenes sykehus har ansvar for å registrere på eget skjema alle pasientkontakter som berøres av denne prosedyre. Registreringen vil danne grunnlag for statistikk og vurdering av prosedyrer og medisinskfaglig forsvarlighet.

VEDLEGG 3: Prosedyre 2

1 Rutinens hensikt

Kirkenes har ortoped i beredskap fra mandag morgen kl 08 til og med torsdag kl 21.

Prosedyren skal sikre at :

- ortopediske pasienter i kategorien øyeblikkelig hjelp får en forsvarlig vurdering når de meldes til Klinikk Kirkenes.
- pasientene får en forsvarlig vurdering og oppfølging av behandling når de ankommer Klinikk Kirkenes
- pasientene som ikke kan behandles forsvarlig ved Klinikk Kirkenes får en forsvarlig transport og overføring til fortrinnsvis Klinikk Hammerfest.

2 Omfang

Gjelder :

kirurgiske overleger, assistentleger og turnusleger ved Klinikk Kirkenes

Sykepleiere i amk-sentralen ved Klinikk Kirkenes

Overleger ortopedisk avdeling Klinikk Hammerfest

3 Arbeidsbeskrivelse

1. Ansvar:

- Rekvirerende Fastlege/Kommunelege har ansvar for pasienten til den ankommer sykehus eller til AMK-legen eller annen lege på grunn av forhold under transporten medfører at de må overta ansvaret gjennom kontakt med helsepersonell i ambulansen..
- Lege i vakt ved kirurgisk avdeling har ansvar for pasienten når pasienten ankommer akuttmottaket ved Klinikk Kirkenes og videre når pasienten legges inn ved Klinikk Kirkenes.
- Lege i vakt ved kirurgisk avdeling har ansvaret for pasienten ved videresending av pasienten til pasienten ankommer neste mottakende sykehus eller til at forhold under transporten medfører at lege ved mottakende sykehus overtar ansvaret gjennom kontakt med helsepersonell i ambulansen.
- Ortoped på vakt ved Klinikk Hammerfest har ansvar for å motta opplysning om alle pasientkontakter som gjelder ortopediske pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.
Ortoped på vakt i Hammerfest har ansvar for å anbefale videre behandlingsforløp.

Melding av ortopedisk pasient med behov for øyeblikkelig hjelp:

- Fastlege/kommuneleger i Øst-Finnmark melder pasient til AMK-Kirkenes.

- Varsling av assistentlege i vakt:
AMK-sykepleier kontakter kirurgisk assistentlege i vakt ved Klinikk Kirkenes.
- Varsling av ortoped i vakt ved Klinikk Hammerfest:
AMK-Finnmark varsler Akuttmottaket Hammerfest om ortopedisk pasient i kategorien øyeblikkelig hjelp akutt, haster eller traumealarm.
Akuttmottaket Hammerfest vil videre varsle ortoped i vakt ved Klinikk Hammerfest.

AMK-Finnmark oppretter telefonforbindelse mellom assistentlege ved Klinikk Kirkenes og ortoped ved Klinikk Hammerfest og oppretter ved behov konferanse mellom legene i sykehus og rekvirerende fastlege/kommunelege.

AMK-Finnmark kobler opp lyd-bilde mot studio i Hammerfest ved behov og varsler Akuttmottaket Hammerfest ved slikt behov.

Akuttmottaket Hammerfest varsler nødvendig personale for demonstrasjon av RTG-bilder ved Klinikk Hammerfest.

2. Undersøkelse av pasient og rekvirering av undersøkelser:

- Vakthavende assistentlege ved Klinikk Kirkenes undersøker alle ortopediske pasienter og rekvirerer de nødvendige undersøkelser. Ortoped i Hammerfest skal informeres om alle pasientkontakter. Det benyttes telefonkonferanse eller bruk av lyd-bilde.
- Bløtkirurgene i Kirkenes skal ikke kontaktes angående ortopediske pasienter i forbindelse med vurdering av undersøkelse og behandling av ortopediske pasienter. De vil bare kunne engasjeres når det haster i livstruende- og alvorlig helsetruende situasjoner. Bløtkirurgene skal forøvrig informeres om pasientkontakt og innleggelser ved første ordinære anledning og senest mandag morgen.

A: Medisinskfaglige vurderinger:

Ortopeden i Hammerfest anbefaler eventuell behandling og tar stilling til om pasienten kan vente til over helgen eller om han/hun skal sendes Ø.Hj. med fly til Hammerfest.

Følgende retningslinjer gjelder for slike beslutninger :

- Ikke dislokerte ekstremitetsbrudd tas hånd om av assistentlege ved Klinikk Kirkenes. Øvrige ekstremitetsbrudd er gjenstand for diskusjon med ortoped i Hammerfest. Denne anbefaler videre tiltak og hvor behandlingen skal skje.
- Alle dislokerte ekstremitetsbrudd hos barn (under 16 år) skal behandles i Hammerfest.
- Eldre pasienter med lårhalsbrudd innlagt i Kirkenes før søndag kveld kl 15:00 sendes til Hammerfest. Primærlegene oppfordres til å ta direkte kontakt med Hammerfest når bruddene skjer før søndag kveld. Disse pasientene sendes da direkte til Hammerfest.
- Det samme gjelder lignende skader og situasjoner.

- Ankelskader vil oftest bli operert i løpet av 24 timer. Disse pasientene sendes derfor etter grovreposisjon direkte til Hammerfest når skaden er skjedd før søndag kveld kl 15:00.
- Ischias-pasienter med raskt progredierende pareser og/eller innsettende vannlatingsbesvær overflyttes etter konferanse med ortoped i Hammerfest til UNN.
- Pasienter med bløtdelsskader og mulige seneskader diskuteres med ortopeden i Hammerfest.
- Hvis assistentlegen ikke er komfortabel med eventuelle forslag til tiltak – da tas dette på alvor og pasienten sendes til Hammerfest.
- Foreligger det usikkerhet om en pasient skal sendes til Hammerfest eller ikke – da skal pasienten sendes til Hammerfest.
- Når pasienter sendes til Hammerfest for videre utredning og/eller behandling skal det følge med et journalnotat fra Kirkenes.
Likeledes skal det samme dag behandlingen i Kirkenes er gjennomført sendes et journalnotat/epikrise fra Klinikk Hammerfest til Klinikk Kirkenes.

B: Alternativ sykehus:

Når en pasient skal sendes til Hammerfest er det rimelig å benytte flytransport. Skulle det oppstå landingsproblemer i Hammerfest vil det være ortopeden i Hammerfest som kontakter Ortopedisk avdeling ved UNN.

C: Registrering:

Assistentlege i vakt ved Klinikk Kirkenes har ansvar for å registrere på eget skjema alle pasientkontakter som berøres av denne prosedyre. Registreringen vil danne grunnlag for statistikk og vurdering av prosedyrer og medisinsk faglig forsvarlighet.

VEDLEGG 4: Prosedyre 3

Klinikk Kirkenes har ortoped i beredskap mandag-fredag kl 08-21 og lørdag kl 08-10.

Prosedyren skal sikre at:

- Ortopediske pasienter i kategorien øyeblikkelig hjelp får en forsvarlig vurdering når de meldes til AMK Finnmark.
- Ortopediske pasienter får en forsvarlig vurdering og oppfølging av behandling når de ankommer Klinikk Kirkenes
- Ortopediske pasienter som skal ha behandling ved Klinikk Hammerfest får en forsvarlig transport og overføring til fortrinnsvis Klinikk Hammerfest.

Omfang

Gjelder:

Kirurgiske overleger, LIS-leger og turnusleger ved Klinikk Kirkenes.

Sykepleiere på AMK-Finnmark.

Overleger ortopedisk avdeling Klinikk Hammerfest.

Arbeidsbeskrivelse

1. Ansvar:

- Rekvirerende allmennlege har ansvar for pasienten til pasienten ankommer sykehus, eller til AMK-legen eller annen lege på grunn av forhold under transporten må overta ansvaret gjennom kontakt med helsepersonell i ambulansen.
- LIS-lege i vakt ved kirurgisk avdeling Klinikk Kirkenes har ansvar for å kontakte ortopedisk overlege i vakt ved Klinikk Hammerfest for veiledning når ortopedisk pasient kommer til Klinikk Kirkenes. LIS-legen ved Kirkenes og overlegen ved ortopedisk avdeling Hammerfest har deretter felles ansvar for pasienten når pasienten legges inn, vurderes og behandles ved Klinikk Kirkenes.
- LIS-lege i vakt ved kirurgisk avdeling Klinikk Kirkenes og ortopedisk overlege i vakt ved Klinikk Hammerfest har felles ansvar for pasienten ved videresending av pasienten fram til pasienten ankommer mottakende sykehus, eller til at forhold under transporten medfører at lege ved mottakende sykehus overtar ansvaret gjennom kontakt med helsepersonell i ambulansen.
- Ortopedisk overlege på vakt ved Klinikk Hammerfest har ansvar for å motta opplysning om alle pasientkontakter som gjelder ortopediske pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.
- Ortopedisk overlege på vakt i Hammerfest har plikt til å se på røntgenbilder tatt i Kirkenes når LIS-lege i Kirkenes anmoder om dette.
- Ortopedisk overlege på vakt i Hammerfest har ansvar for å bestemme videre behandlingsforløp.

2. Melding av ortopedisk pasient med behov for øyeblikkelig hjelp:

- Allmennleger i Øst-Finnmark melder pasient til AMK-Finnmark. Når det ikke er ortoped til stede på Klinikk Kirkenes skal AMK-Finnmark rute alle ortopediske problemstillinger fra Øst-Finnmark unntatt Sør-Varanger direkte til ortoped i Hammerfest.

Når det kommer ortopediske pasienter til Klinikk Kirkenes gjøres flg:

- Varsling av LIS-lege i vakt:
AMK-Finnmark kontakter kirurgisk LIS-lege i vakt ved Klinikk Kirkenes.
- Varsling av ortopedisk overlege i vakt ved Klinikk Hammerfest:
Med mindre LIS-legen på Kirkenes selv ringer ortopedisk overlege i Hammerfest, kan AMK-Finnmark være behjelpelig med å opprette telefonforbindelse mellom LIS-lege ved Klinikk Kirkenes og ortopedisk overlege ved Klinikk Hammerfest.
- AMK kan ved behov opprette konferanse mellom legene i sykehus og rekvirerende allmennlege.
- Ved behov kan AMK-Finnmark koble opp VAKe mot studio i Hammerfest og varsle akuttmottaket Hammerfest.
- Ved behov varsler sykepleier ved akuttmottaket Hammerfest nødvendig personale for demonstrasjon av rtg-bilder ved Klinikk Hammerfest.

3. Undersøkelse av pasient og rekvirering av undersøkelser:

- Vaktstående LIS-lege ved Klinikk Kirkenes undersøker alle ortopediske pasienter som ankommer klinikk Kirkenes og rekvirerer de nødvendige undersøkelser. Ortopedisk overlege i Hammerfest skal informeres om alle pasientkontakter. Det benyttes telefonkonferanse eller bruk av VAKe.
- Kirurgisk overlege ved klinikk Kirkenes skal informeres av LIS-lege ved klinikk Kirkenes om pasientkontakt og innleggelser ved første ordinære anledning og senest mandag morgen.
- Kirurgisk overlege i Kirkenes skal rutinemessig ikke kontaktes i forbindelse med vurdering, undersøkelse og behandling av ortopediske pasienter med mindre det dreier seg om livstruende- og alvorlig helsetruende tilstander.

A: Medisinskfaglige vurderinger:

- Når det ikke er ortoped til stede på Klinikk Kirkenes skal AMK-Finnmark rute ortopediske problemstillinger fra Øst-Finnmark unntatt Sør-Varanger direkte til ortoped i Hammerfest.
- Ortopeden i Hammerfest skal gi anbefaling om behandling og tar stilling til om pasienten kan vente til over helgen eller om han/hun skal sendes Ø.Hj. med fly til Hammerfest.

Følgende retningslinjer gjelder for slike beslutninger:

- Ikke dislokerte ekstremitetsbrudd tas hånd om av LIS-lege ved Klinikk Kirkenes. Øvrige ekstremitetsbrudd er gjenstand for diskusjon med ortoped i Hammerfest. Ortopeden anbefaler videre tiltak og hvor behandlingen skal skje.
- Alle dislokerte ekstremitetsbrudd hos barn (under 16 år) skal behandles i Hammerfest.
- Pasienter innlagt i Kirkenes før søndag kl 15.00 med brudd som trenger rask operasjon skal sendes til Hammerfest. Det samme gjelder lignende skader og tilstander.

- Ishias-pasienter med raskt progredierende pareser og/eller innsettende vannlatingsbesvær overflyttes etter konferanse med nevrokirurg ved UNN til UNN.
- Pasienter med bløtdelsskader og mulige seneskader diskuteres med ortopedene i Hammerfest.
- Når pasienter sendes til Hammerfest for videre utredning og/eller behandling skal det følge med et journalnotat fra Kirkenes.
- Likeledes skal det etter slutført behandling sendes et journalnotat/epikrise fra Klinikk Hammerfest til Klinikk Kirkenes.
- Ortopedene i Hammerfest må i DIPS dokumentere all telefonveiledning gitt til LIS-lege i Kirkenes.
- Når pasienter sendes fra Hammerfest til Kirkenes for videre utredning og/eller behandling skal det følge med et journalnotat fra Hammerfest.

Ved uenighet mellom ortopedisk overlege Hammerfest og LIS-lege Kirkenes:

- Hvis LIS-legen på Klinikk Kirkenes ikke er trygg med anbefalte tiltak og ønsker at pasienten skal sendes til Hammerfest, da tas dette på alvor og pasienten skal sendes til Hammerfest.

B: Alternativ sykehus:

Når en pasient skal sendes til Hammerfest er det rimelig å benytte flytransport. Skulle det oppstå landingsproblemer i Hammerfest skal ortopedene i Hammerfest kontakte Ortopedisk avdeling ved UNN.

C: Utskrivning av ortopedisk pasient fra klinikk Hammerfest:

- En ortopedisk pasient fra Øst-Finnmark som behandles i Hammerfest skal som hovedregel ferdigbehandles i Hammerfest.
- En ortopedisk pasient fra Øst-Finnmark som er ferdigbehandlet på Klinikk Hammerfest skal som hovedregel sendes direkte hjem til hjemkommunen fra Klinikk Hammerfest.
- Klinikk Hammerfest skal i forbindelse med planlagt utskrivning kontakte hjemkommunen etter vedtatte samhandlingsprosedyrer.