

”Enhetsledernes udfordringer ved lokalsykehus”

Av
Lise Beate Dalsaunet

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København (CBS) og
Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet(DPU)
for graden

Master of Knowledge Management
(Master i Kunnskapsledelse)
2015





HINT

**SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR-
/KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER**

Forfatter(e): Lise Beate Dalsaunet

Tittel: Enhetslederens utfordringer ved lokalsykehus

Studieprogram: Master i Kunnskapsledelse

Kryss av:

Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: _____

Dato: 28.08.2015

Lise Beate Dalsaunet
underskrift

FORORD	4
SAMMENDRAG	5
1.0 INNLEDNING	6
2.0 TEMA OG PROBLEMSTILLING	8
2.1 TEMA.....	8
2.2 PROBLEMSTILLING	9
2.3 OPPBYGGING AV OPPGAVEN	10
3.0 HISTORIKK	11
3.1. FINANSIERINGSMODELLEN FOR SYKEHUSENE.....	12
3.1.1 <i>Innsatsstyrt finansiering (ISF)</i>	12
3.1.2 <i>Diagnoserelaterte grupper (DRG)</i>	13
3.2 FUNKSJONSFORDELINGEN MELLOM LOKALSYKEHUS OG UNIVERSITETSSYKEHUS.....	15
3.2.1 <i>Nasjonale mål og satsingsområder</i>	15
3.2.2 <i>Funksjonsfordelingen i Helse Nord</i>	16
4.0 METODE	21
4.1 VITENSKAPLIG STÅSTED	21
4.2 ULIKE UNDERSØKELSESMETODER	22
4.3 VALG AV METODE	24
4.3.1 <i>Kvalitativ metode</i>	24
4.3.2 <i>Validitet og reliabilitet</i>	25
4.4 VALG AV RESPONDENTER	26
4.5 INTERVJUGUIDE	26
4.6 FORSKNINGSPROSESSEN	26
4.7 INTERVJUATFERD OG FORSKNINGSAFFEKTER	28
4.8 ANALYSEFASEN.....	29
4.9 ETIKK	29
5.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER	31
5.1 KUNNSKAP	31
5.1.1 <i>Hva er kunnskap</i>	32
5.1.2 <i>Kunnskapspyramiden</i>	34
5.1.3 <i>Tre former for kunnskap</i>	36
5.1.4 <i>Taus og eksplisitt kunnskap</i>	36
5.1.5 <i>Hvordan skapes kunnskap</i>	37
5.2 KUNNSKAPSLEDELSE	40
5.2.1 <i>Kunnskapsorganisasjonen</i>	43
5.3 LÆRING	46
5.3.1 <i>Organisatorisk læring</i>	48
5.4 HELSEØKONOMI	51
5.4.1 <i>Fordelingsmodeller- historikk</i>	51
5.4.2 <i>Økonomisk styring</i>	55
5.4.3 <i>Effektivitetsmåling</i>	56
5.4.4 <i>Effektivitetsanalyser i Norge</i>	58
6.0 EMPIRI	61

6.1 INTERVJUGUIDEN.....	61
6.2 EMPIRI I FORHOLD TIL FORSKNINGSSPØRSMÅL 1	63
6.2.1 Åpne spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 1.....	63
6.2.2 Påstander knyttet til forskningsspørsmål 1	65
6.2.3 Oppsummering av empiri i forhold til forskningsspørsmål 1	67
6.3 EMPIRI I FORHOLD TIL FORSKNINGSSPØRSMÅL 2	68
6.3.1 Åpne spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 2.....	68
6.3.2 Påstander knyttet til forskningsspørsmål 2	70
6.3.3 Oppsummering av empiri i forhold til forskningsspørsmål 2	71
6.4 EMPIRI I FORHOLD TIL FORSKNINGSSPØRSMÅL 3	72
6.4.1 Åpne spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 3.....	72
6.4.2 Påstander knyttet til forskningsspørsmål 3	74
6.4.3 Oppsummering av empiri i forhold til forskningsspørsmål 3	77
6.5 EMPIRI I FORHOLD TIL FORSKNINGSSPØRSMÅL 4	78
6.5.1 Åpne spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 4.....	78
6.5.2 Påstander knyttet til forskningsspørsmål 4	79
6.5.3 Oppsummering av empiri i forhold til forskningsspørsmål 4	81
7.0 ANALYSE.....	83
7.1 LEDERUTFORDRINGER	83
7.1.1 Oppsummering av analysen i forhold til forskningsspørsmål 1.....	85
7.2 FAGLIG UTVIKLING	86
7.2.1 Faglige prosjekter	90
7.2.2 Faglig utvikling og kunnskapsdeling.....	93
7.2.3 Oppsummering av analysen i forhold til forskningsspørsmål 2.....	96
7.3 KVALITET OG ØKONOMISKE RAMMER.....	98
7.3.1 Oppsummering av analysen i forhold til forskningsspørsmål 3.....	102
7.4 AKTIVITET OG AKTIVITETSFORBEDRING	103
7.4.1 SAMDATA rapporten og Freibu rapporten	105
7.4.2 Funksjonsfordelingen.....	107
7.4.3 Oppsummering av analysen i forhold til forskningsspørsmål 4.....	107
8.0 KONKLUSJON.....	110
LITTERATURLISTE.....	112
LISTE OVER FIGURER.....	115
LISTE OVER TABELLER.....	115
VEDLEGGSOVERSIKT.....	116

FORORD

Denne oppgaven er motivert av en interesse for ledelse innenfor spesialisthelsetjenesten, et område som jeg er så heldig å få jobbe med til daglig.

Gjennom arbeidet med oppgaven og gjennom studiet generelt, føler jeg at jeg har fått med meg ny og god ballast som vil hjelpe meg videre i det daglige arbeidet som leder. Selve skriveprosessen har vært spennende - og framfor alt utfordrende. En del av studieutbyttet for min del ligger nok nettopp i det å ha blitt tvunget til å skrive. Til tider har akkurat det vært frustrerende, i hvert fall inntil jeg så konturene av det som nå har blitt en masteroppgave.

Studiet har jeg tatt parallelt med at jeg har vært i fullt arbeid. Dette har beriket begge forhold – arbeid og studie. Men det har vært en svært krevende prosess som har gitt en del dårlig samvittighet på flere hold. Når jeg nå har satt punktum for oppgaven er det ikke fordi jeg er hundre prosent fornøyd med resultatet, men snarere fordi punktum på et eller annet tidspunkt må settes. Jeg må si meg enig med Kvale (1997) som sier at fordi analysefasen vanligvis er meget tidkrevende, avsluttes den oftere som følge av utmattelse enn fordi materialet anses som ferdig analysert.

Jeg vil gjerne takke dere som har bidratt på veien. Aller først vil jeg takke enhetslederne, som har delt sine erfaringer fra jobben med meg. En takk går også til min arbeidsgiver som har lagt til rette på beste måte. Så vil jeg takke familien min for oppmuntring og overbærenhet i denne prosessen. Til slutt vil jeg takke veileder Knut Ingar Westeren for god og uvurderlig hjelp og støtte i prosessen.

Kirkenes 28.08.2015

Lise Beate Dalsaunet

SAMMENDRAG

Utgangspunktet for masteroppgaven i kunnskapsledelse (MKL) er enhetsledernes utfordringer ved lokalsykehus. Oppgaven har følgende problemstilling: Hvilke lederutfordringer har enhetsledere på lokalsykehus i en hverdag der kvantitet fremstår som viktigere enn kvalitet?

Til denne problemstillingen er det knyttet fire forskningsspørsmål:

1. Hvilken betydning har økonomi for enhetsledernes arbeidshverdag?
2. Hvilken betydning har de økonomiske utfordringene for den faglige utviklingen ved lokalsykehus?
3. Hvilke konsekvenser har de økonomiske rammene og ISF regelverket for kvaliteten på pasientbehandlingen?
4. Har enhetslederne påvirkning på aktiviteten og aktivitetsforbedringen?

Data i oppgaven er innhentet gjennom kvalitativ tilnærming med individuelle intervju av 11 enhetsledere i Klinikken. De teoretiske perspektivene i oppgaven er knyttet til kunnskap, kunnskapsledelse, læring og helseøkonomi.

Ettersom vi har enhetlig ledelse i Klinikken har respondentene personalansvar, budsjett- og økonomiansvar, driftsansvar samt fagansvar, dette er en meget krevende jobb, noe som respondentene bekrefter i løpet av intervjuene. Respondentene har størst fokus på at driften i enheten skal være forsvarlig og faglig utvikling av de ansatte. Forsvarlig drift og faglig utvikling henger sammen, men samtidig skaper dette et dilemma for respondentene. Hvis man bruker for mye ressurser til å opprettholde en forsvarlig drift, må man i verste fall spare på de budsjettpostene som var tiltenkt faglig utvikling, på grunn av at man kontrollerer disse budsjettpostene. Men hvis man ikke har mulighet for faglig utvikling kan det igjen føre til at man ikke kan opprettholde forsvarlig drift.

Økonomi har dermed betydning for enhetsledernes hverdag, det ligger som et bakteppe, men forsvarligheten i pasientbehandlingen veier tyngst. Enhetslederene ønsker å drive enhetene godt med forsvarlig drift, faglig utvikling og med budsjett som går i balanse. Det er derfor en utfordring å få mest mulig ut av de ressursene man har til rådighet og da må man tenke nytt og alternativt.

Ettersom man i sykehusene har Innsatsstyrt finansiering (ISF) hvor 50% av bevilgningene er aktivitetsbasert og resterende 50% er basisbevilgninger, betyr dette at aktiviteten man har ved sykehusene har stor betydning for budsjettene. Det er dermed økt fokus i Klinikken på å utnytte de ressursene man har slik at man øker aktiviteten uten nevneverdige kostnader.

Oppgaven har gitt meg noen svar, men også etterlatt nye spørsmål.

1.0 INNLEDNING

Jeg har valgt å skrive om et tema som jeg mener og tror opptar mange. Sykehusenes drift og eksistens betyr mye for de som jobber ved de ulike sykehusene, men det har like stor betydning for befolkningen som sogner til de ulike sykehusene. Jeg jobber ved ett av de minste lokalsykehusene i Helse Nord, hvor det er store geografiske avstander mellom de ulike sykehusene og mellom befolkningen.

I kampen om lokalsykehusenes fremtidige plass i medisin og samfunn har det utviklet seg en splittelse mellom ansvarlige myndigheter og fagfolk på den ene siden, og befolkningen på den andre. Intensjonene med sentralisering og nedleggelse av lokalsykehus har vært gjennomført for å skape et bedre, ikke et dårligere tilbud til pasientene. Det finnes sterke argumenter, både medisinskfaglige og samfunnsmessige, som støtter en modell som bygger på hovedtrekkene på dagens sykehusstruktur. Lokalsykehusene fyller viktige funksjoner i forhold til akuttberedskap og sykepleietjenester nær der folk bor, og de spiller en viktig rolle for å opprettholde bosettingen rundt omkring i landet.

Gjennom St.meld. nr. 9 (1974-75) ble helseplanlegging som styringsside befestet og dagens sykehusstruktur og den politiske og administrative ansvarsfordeling ble bestemt. Funksjonsfordelingen mellom regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus ble innført og den regionaliseringen som vi hadde frem til 2002, med ansvarsfordeling mellom stat, region og fylkeskommune. Med visse endringer ble de etablert gjennom stortingsbehandling og den nevnte stortingsmeldingen. I perioden med rammefinansiering fra 1980 til 1997 var det stor vekt på program- og planstyring, det ble omfattende helseplanarbeid både i fylkeskommuner og departementer. Det ble på den ene siden en overføring av planoppgaver fra departementet til fylkeskommunene og videre til de enkelte sykehusene. På den andre siden ble det økt innslag av statlige styringstiltak i samme periode. Det skjedde på mange måter en økning av begge typer styringstiltak, økt frihet for sykehusene og økt sentral styring. På tross av omfattende nasjonale og lokale styringssystemer fremstod ofte sykehusene som "ustyrige", spesielt er dette knyttet opp mot den kontinuerlige underskuddssituasjonen i sykehussektoren fra 1980 tallet og helt frem til i dag. Dette har ført til kontinuerlig søk etter organisatoriske løsninger for bedre styring av sykehusene. Pendelen har svingt fra planstyring til mer markedsstyring. Sykehusene sees i dag på som økonomiske organisasjoner med en bedriftslogikk som ligner på den vi ser i store konsern i offentlig og private virksomheter. Dette sees ved at man benytter andre begrep som for eksempel produksjon om aktivitet knyttet til sykehusdrift. For 25 år siden hadde sykehusene en form for naturlig legitimitet i samfunnet i kraft av aksepterte velferdsfunksjoner, prestasjonsmåling og resultatevaluering var ukjente begrep i den offentlige debatten. Tankegangen fra Hippokrates sin tid om tempeltankegangen er erstattet av en markedsorientert tenkning gjennom sykehusenes organisering som helseforetak, aktivitetsorienterte finansieringsmodeller og pasientenes deltakelse i helsetjenesten er basert på rettigheter og krav. Den utviklingen som kort er beskrevet, viser at det er gått fra enkle sykehusorganisasjoner på 1970 tallet til

kompliserte "bedrifter". Det er strengere krav om at pasientflyten i sykehusene må bli bedre. Sykehusene er ikke bare kompliserte ut fra mange spesialiteter og ulike profesjonsgrupper, men også på grunn av at de er kunnskapsintensive og det forutsetter innsikt i sammensatte del-teknologier. Det krever kunnskap om både kliniske virksomheter, ledelse og administrasjon for å kunne administrere pasientflyten i det moderne sykehuskomplekset (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak, 2008).

Den norske sykehusreformen som ble iverksatt fra 2002, den innebar særlig to endringer. For det første ble det slik at staten overtok fylkeskommunenes eieransvar overfor spesialisthelsetjenesten. For det andre ble institusjonene organisert som egne rettsobjekter, kalt helseforetak (HF), de ble underlagt fem regionale helseforetak (RHF). Sykehusene ble da organisert i statlige eide foretak som i størst mulig grad skulle drives etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Det ble innført et skille mellom bestillerenheter (fem regionale helseforetak) og leverandører (sykehusene) som forhandler om priser og oppgaver som skal utføres. Foretaksreformen er sammen med fire andre lovendringer og omlegginger, med på å etablere en utvikling av spesialisthelsetjenester i Norge (Ot.prp.nr.66 2000-2001).

Den markedsbaserte fornyelsen av offentlig sektor handler om å ta i bruk deler av den private sektors prinsipper for organisasjon og ledelse. Helseforetakene har hentet inn ledere og styremedlemmer fra private bedrifter og prøver å skape en bedriftskultur som er mer fokusert på lønnsomhet og økonomiske resultater. Dette kolliderer med det som har vært sykehusansattes tradisjonelle oppfatning av sin oppgave i samfunnet, å ta et faglig ansvar for at pasientene får den nødvendige behandlingen de har krav på. Resultatene har ofte vært frustrasjoner, suboptimalisering og mer byråkrati enn effektivitet og kostnadskontroll.

2.0 Tema og problemstilling

2.1 Tema

Tradisjonelt har ledelse ikke vært særlig omtalt i offentlig sektor. Det har vært demokratiet som skulle være kilden til beslutningene, som igjen skal være upartiske og objektive, og der rommet for skjønn og vilkårlighet skal være lite. Man kan da stille spørsmål om hvilken lederfilosofi man skal ha i offentlige virksomheter. Strand påpeker at det ikke skal ledes i offentlig virksomhet i den forstand at personlig makt skal få noe spillerom. Det er for å hindre maktbruk og fremme likebehandling at byråkratiet som organisasjonsform har stått så sterkt i det offentlige. Nå er det nettopp byråkatiets rigiditet og tungroddhet som har vært gjenstand for kritikken mot denne organisasjonsformen. Tendensen i dag er å styrke og utvide ledelsesfunksjonene. "Mindre byråkrati og mer ledelse" er nærmest blitt et folkekrav. Måten å snakke om det offentlige på har tatt farge av begreper og forestillinger med opphav i privat virksomhet: Konsern, målstyring, kvalitetsledelse, effektiv ressursutnyttelse og liknende uttrykk fortrenger et stykke på vei "gamle" talemåter som administrasjon, forvaltning og saksbehandling (Strand 2007).

De omstillingene som har skjedd i helsesektoren siden 1980-tallet er etter hvert blitt betegnet som New Public Management (NPM). NPM- reformer er kjennetegnet av seks grunnelementer:

1. Vektlegging av økt kostnadsbevissthet/effektivisering, der argumentasjonen er basert på modeller fra private bedrifter.
2. Vektlegging av et "brukerperspektiv".
3. Innføring av nye organisasjonsmodeller, kjennetegnet ved "divisjonisering" og resultatenheter.
4. Helhetsledelse/totalansvarsledelse – "managementledelse".
5. Målstyring som viktigste planleggingssystem.
6. Resultatevalueringssystemer som kobler mål og resultatvurderinger.

De to første punktene er kulturelle kjennetegn ved en organisasjon, de to neste kjennetegner den formelle organisasjonsstrukturen, mens de to siste er kjennetegn ved styringsformen (Ramsdal og Skorstad 2004).

På mange måter representerer sykehusfeltet en særlig utfordring for NPM- reformene. For det første fordi effektivisering av behandling og pleie av alvorlig syke mennesker reiser spørsmålet om borgerne har ubetinget rett til behandling, eller om adgangen til behandling skal underordnes NPM strategier med vekt på produktivitet og økonomisk effektivitet. For det andre er det snakk om et modent organisatorisk felt preget av mange innarbeidede institusjoner, hvor NPM styringskonsepter skal konkurrere med sterke og etablerte institusjoner og faglige tradisjoner (Kragh Jespersen 2005).

En lederutfordringene vil dermed være å opprettholde de tjenestene vi har med lavere kostnader. Mitt inntrykk er at det nå har vært en periode med mer oppmerksomhet mot kvalitetsforbedring, men dette er noe jeg ønsker å undersøke nærmere ved å utføre denne studien. Direktøren i Foretaket har snudd organisasjonskartet på hodet, med pasientene øverst og styret i Foretaket nederst på kartet. Dette signaliserer at man ønsker å ha stort fokus på pasientbehandlingen. Hvis det ikke hadde vært for pasientene hadde vi vært uten jobb, men det er dessverre ikke alle som tenker på at den jobben de gjør er for pasientene, da tenker jeg spesielt på enheter som ikke er pasientnære.

Jeg ønsker i tillegg å se på finansieringsmodellen, med bakgrunn i at storparten av de største kirurgiske inngrepene er blitt funksjonsfordelt til Universitetssykehusene og dermed blir det stort sett småkirurgi på lokalsykehusene. Det gir mindre DRG-poeng og dermed mindre inntekter og delvis mindre kostnader. Ettersom lokalsykehusene fortsatt har akuttberedskap som tidligere, vil det si at kostnadene er tilnærmet lik de som var tidligere, men man har mindre inntekter. Dette medfører at man står overfor store lederutfordringer ved lokalsykehusene, for å opprettholde driften uten at man bruker for mye penger. I tillegg har man utfordringer i forhold til rekruttering og stabilisering av personell, da vi blir så små og mange opplever at hverdagen blir lite utfordrende.

2.2 Problemstilling

Etter Helsereformen 2000 er det blitt innført ny organisasjonsmodell i sykehusene - foretaksmodellen. Omstillingsprosessen ser ut til å ha fått stor betydning for lederne på alle nivå i sykehusene, særlig på bakgrunn av kravet om enhetlig ledelse. Totalansvaret innebærer at lederen har ene ansvaret for alt; personal, budsjett, drift, samt økonomi og fag.

Følgende problemstilling danner derfor basis for denne oppgaven:

Hvilke lederutfordringer har enhetsledere på lokalsykehus i en hverdag der kvantitet fremstår som viktigere enn kvalitet?

Problemstillingen belyses gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilken betydning har økonomi for enhetsledernes arbeidshverdag?
2. Hvilken betydning har de økonomiske utfordringene for den faglige utviklingen ved lokalsykehus?
3. Hvilke konsekvenser har de økonomiske rammene og ISF regelverket for kvaliteten på pasientbehandlingen?
4. Har enhetslederne påvirkning på aktiviteten og aktivitetsforbedringen?

2.3 Oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven er inndelt i 8 deler. Etter en innledende introduksjon har jeg valgt å beskrive tema og problemstilling for oppgaven samt oppgavens oppbygning. I kapittel 3 tar jeg et tilbakeblikk på historikken i helsevesenet med en presentasjon av finansieringsmodellen og funksjonsfordelingen. Metoden for oppgaven beskrives i kapittel 4, der jeg presenterer de valg som er gjort med hensyn til på forskerdesign herunder valg av datainnsamlingsmåte og behandling av de data som er samlet inn.

I teoridelen som presenteres i kapittel 5, behandler jeg begrepene kunnskap, kunnskapsledelse, læring og helseøkonomi. Disse temaene vil bidra til å belyse tematikken i oppgaven. For å understøtte analysen har jeg gjort en innsamling av empiri som beskrives i kapittel 6. Denne fremkommer gjennom en spørreundersøkelse gjort i Klinikken hvor jeg jobber. Deretter i kapittel 7 som er analysekapitlet hvor empirien sammen med teorien er bakgrunnen og tyngden bak analysene i oppgaven.

Til slutt i kapittel 8 kommer jeg med en oppsummering av resultatene i oppgaven, og prøver å samle alle løse tråder. Jeg reflekterer da over om det går an å trekke bastante konklusjoner på hele eller deler av funn i forhold til forskningsspørsmålene og problemstillingen, eller om noe nødvendigvis må henge litt i luften.

3.0 HISTORIKK

Helsepolitikken har alltid hatt en sentral posisjon i Norge. I lang tid bidro den store legitimiteten som sykehussektoren hadde i befolkningen til "at helsesektoren ble ansett som for viktig til å overlates til amatørerne, og at dens preg av å være en "institusjon", basert på verdier og normer som ble delt av alle, var sterk" (Ramsdal og Skorstad 2004).

Det "evangiske system" var lenge ansett som selve fundamentet og garantisten for helsesektoren som "velferdsstatens dronning". Dette "systemet" fikk denne benevnelsen etter helsedirektør Karl Evang i den første gjenoppbyggingsfasen etter krigen. Kjentegn ved "systemet" er "profesjonsstaten", altså at det var "en sterk tro på profesjonsstyring og profesjonsmakt i organisering og utførelse av helsearbeid" (Ramsdal og Skorstad 2004). På slutten av 70-tallet skiftet synet på dette systemet karakter i mange politiske kretser. I den vestlige verden dreide det seg om et mer kritisk syn på profesjoner og eksperter, og ikke minst på institusjonaliseringen av ulike pasient- og klientgrupper. Oppfatningen var nå at det "evangiske system" og profesjonsstaten representerte et styringsproblem.

Et annet viktig kjennetegn var medisinenes nære kobling til det politiske systemet. Det var også en tro på at et moderne helsevesen måtte være sterkt spesialisert, at helseinstitusjoner måtte utgjøre kjernen i tjenestetilbudet, og et hierarkisk oppbygd forvaltningssystem der legene hadde makten. Helsesektoren opplevde en eksplosiv vekst som innebar en skjevfordeling av ressursene på to plan: Noen geografiske områder ble forfordelt med ressurser samtidig som noen fagfelt, sykdommer og diagnoser fikk en forrang i forhold til andre prioriterte områder.

Fokus ble etter hvert knyttet til de problemene veksten medførte for samfunnsøkonomien, og hvordan fordelingsproblemer kunne forklares. Helsesektoren fremsto som preget av en fundamental beslutningskrise der veksten sprengte de offentlige budsjettene samtidig som fordelingskrisen ble stadig mer åpenbar. Nedbrytningen av systemet skjedde gjennom en rekke små, bare delvis samordnede skritt. Denne endringsprosessen dreide seg kort sagt om å bryte opp det profesjonelle jerntriangel (Ramsdal og Skorstad 2004).

Den neste endringsprosessen hadde sin forankring i fylkeskommunenes utprøving av organisasjonsmodeller med nye krav til styring og ledelse. Nye organisasjonsmodeller ble utprøvd, og flere steder ble det vedtatt å etablere en "konsernorganisasjon". Et eksempel er Østfold, som i 1987 valgte å organisere hele helsesektoren etter "konsernmodellen". Problemet i helsesektoren var "for svak sentral styring" og "for mye administrasjon og for lite ledelse", het det. Dette ble også gitt som begrunnelse senere, for helsereformen i 2000. De tidligere sykehusdirektørene ble nå divisjonsledere med resultatansvar for hele denne virksomheten, og skulle ansettes på åremål. De tidligere sykehusstyrene, som nettopp ble oppfattet som lokalpolitiske bolverk, ble tatt bort. Også innad i hvert helsedistrikt var forutsetningen at avdelingene nå skulle styres gjennom et målstyringssystem.

”Konsernmodellen som ble vedtatt i 1987, innebar at en hadde tatt det første skrittet mot det vi kan kalle en ”modernisert” helsesektor” (Ramsdal og Skorstad 2004).

Innføringen av konsernmodellen kan sies å være uttrykk for et paradigmeskifte, ikke bare i forståelsen av helsesektorens organisering, men også med tanke på det verdifundamentet og ideologien som helsesektoren tradisjonelt har vært bygget på. Valg av organisasjonsmodeller var ulike i de nitten fylkeskommunene, selv om konsernlogikk og målstyring var en fellesnevner. Det som også var felles, var en tiltakende opplevelse blant sentrale politiske myndigheter av at de endringene som ble gjennomført ikke var tilstrekkelige for å løse styringsproblemene i sektoren. Flere offentlige utvalg var ett skritt på veien mot helsereformen i 2000 (Ramsdal og Skorstad 2004).

I Sørensen-utvalgets innstilling i 1999 ble valg av tilknytningsformer begrunnet med at utviklingstrekk i samfunnet innebar at den tidligere ”tilbudsstyringen” (der offentlige myndigheter definerer omfang og prioriteringer) måtte erstattes med ”brukerperspektiver”. Utvalget kom med den konklusjonen at forvaltningsformen var best egnet for sykehus, men at det innenfor den rammen måtte gis bedre muligheter for profesjonell ledelse. Det var i følge innstillingen viktig at tilknytningsformen kun dreide seg om relasjonen mellom en (offentlig) virksomhet og dens overordnede nivå. I praksis innebar dette en videreføring av konsernmodellen. Foretaksmodellen ble vedtatt til tross for sterke argumenter fra de ansattes organisasjoner.

Målet med reformen var å skape enklere og klarere ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten, og |grunnlag for bedre helsetjenester. Reformen innebar kort sagt at staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene, og at virksomhetene ble organisert som relativt autonome sykehusforetak under fem regionale helseforetak. Reformen dreier seg om å etablere en konsistent styrings- og ledelsesstruktur innenfor rammen av den konsernlogikken som er vanlig i privat næringsliv. Dette skjer gjennom selve organisasjonsstrukturen, der ”fristillingen” er kjernepunktet, gjennom sterkere fokus på ledelse, nye krav som stilles til lederne, og gjennom at styringssystemet er gjennomsyret av en kontraktbasert resultatstyringsmodell (Ramsdal og Skorstad 2004).

3.1. Finansieringsmodellen for sykehusene.

3.1.1 Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Innsatsstyrt finansiering ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997. ISF er aktivitetsbasert tilskudd som årlig bevilges over statsbudsjettet til de regionale helseforetakene (RHF). Finansiering av de regionale helseforetakene er todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbevilgning. For 2015 er aktivitetsbaserte bevilgningen om lag 50 prosent og basisbevilgningen er på om lag 50 prosent for somatisk spesialisthelsetjeneste. Størrelsen på basisbevilgningen avhenger av blant annet antall innbyggere i helseregionen og dens alderssammensetning og er uavhengig av produksjon av helsetjenester. ISF

refusjoner avhenger av hvor mange som får behandling og hvilke type pasienter/behandlinger. Til grunn for beregningen av ISF refusjoner ligger Diagnose Relaterte Grupper (DRG) systemet. ISF refusjonen er ment å dekke om lag 50 prosent av ordinære driftskostnader knyttet til behandlingsaktiviteter, i tillegg påvirkes refusjonen både av pasientens tilstand og hvordan den behandles. Fra 01.01.2014 ble finansieringsmodellen endret fra at basisbevilgningen var på ca. 60 prosent og aktivitetsbevilgningen på om lag 40 prosent. Denne endringen fører til enda større fokus på aktivitet (Helsedirektoratet, Innsatsstyrt finansiering 2015).

Formålet med denne ordningen er at ISF skal sammen med den øvrige finansieringsordningen understøtte de regionale helseforetakenes "sørge for" ansvar. Samtidig skal det bidra til at aktivitetsmålene fastsettes i oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til regionale helseforetak slik at de nås på en best mulig måte. Regelverket skal ikke være bestemmende for hvilke prioriteringer som gjøres med hensyn til hvilken type helsehjelp som ytes eller hvilke pasienter som blir tilbudt helsehjelp. Regelverket avgjør heller ikke hvordan de regionale helseforetakene finansierer virksomheter, offentlig eller privat, for å realisere sitt "sørge for" ansvar. Utbetalingene av ISF- ordningen skal baseres på reell aktivitet rapportert til Norsk pasientregister (NPR). ISF-refusjonens samlede størrelse avhenger av hvor mange pasienter som behandles og hvilken type behandling som utføres. Både pasientens tilstand og hvordan den er behandlet vil påvirke refusjonen (Helsedirektoratet, Innsatsstyrt finansiering 2015).

3.1.2 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Det har vært en rekke diskusjoner om de er homogene. DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet (Helsedirektoratet, Innsatsstyrt finansiering 2015).

Systemet bygger på at alle sykehusopphold plasseres i en av 383 Diagnose Relaterte Grupper, klassifiseres ut fra hoveddiagnose, bidiagnose og alder. Klassifiseringen bygger på en diagnosestandard utviklet av WHO (Verdens Helseorganisasjon), og hver behandling blir i siste instans prissatt til et bestemt kronebeløp. Det skjer ved at behandlinger som er plassert i en bestemt DRG-gruppe kvalifiserer til et visst antall DRG- poeng for sykehuset. Betalingen fremkommer som antall poeng x pris pr. poeng. Både prisen pr. poeng og det antall poeng en bestemt behandling skal kvalifiseres for, fastsettes av Helsedepartementet. Begge deler blir endret eller justert ved jevne mellomrom. Sykehusets inntekter vil øke med antall produserte DRG-poeng (Helsedirektoratet, Innsatsstyrt finansiering 2015).

DRG- gruppering betyr at hver behandlet pasient blir plassert i en DRG. Grupperingen gjøres ut i fra de data som registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative

datasystem. Gruppering til DRG skjer ved hjelp av et dataprogram. Man kan derfor ikke selv "velge" en DRG.

De sentrale variablene for DRG-klassifisering er:

- Diagnoser
- Prosedyrer (operasjoner med mer)
- Kjønn
- Alder
- Utskrivningsstatus

Tradisjonelt skilles det mellom medisinske og kirurgiske DRG-er og mellom kompliserte og ukompliserte DRG-er. Det er også utviklet DRG-er som kun er ment for polikliniske pasienter. Pasienter med samme type problemer kan behandles ulikt. For å ta høyde for dette har man etablert «kirurgiske» og «medisinske» DRG-er. Hvis en operasjon er utført under sykehusoppholdet, grupperes pasienten i kirurgisk DRG. Hvis ikke, blir resultatet medisinsk DRG. Med operasjon mener man en prosedyre som vanligvis utføres i operasjonsstue. Alt annet oppfattes som mindre inngrep og disse påvirker ikke i samme grad DRG-plasseringen (Helsedirektoratet, Innsatsstyrt finansiering 2015).

I stedet for antall opphold, brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål. DRG gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Systemet gjør det også mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter (Helsedirektoratet, Innsatsstyrt finansiering 2015).

Kategoriseringen er basert på medisinsk og administrativ informasjon som rutinemessig registreres ved sykehusene. Kostnadsinformasjonen innhentes årlig fra sykehusene, sammen med rapporterte aktivitetsdata, dette benyttes for å fastsette refusjonen knyttet til de ulike DRG-ene (diagnosegruppene). Kostnadsvektene (beregnet ressursbruk) fremkommer gjennom beregning basert på gjennomsnittskostnader. Kort sagt kan man si at en kostnadsvekt uttrykker hva opphold innen en DRG koster i gjennomsnitt, for lik behandling i alle sykehus, relatert til opphold i andre DRG-er. Kostnadsvektene brukes til å beregne DRG-poeng som igjen gir grunnlag for ISF- refusjon. Kostnadsvekten er delvis utarbeidet basert på informasjon fra helseforetak med ulik pasientsammensetning og ulike kostnadsnivå. Kostnadsvekt for en DRG omfatter ikke bare kostnader fra behandlende enhet men også kostnader som relateres til støtteavdelinger (laboratorier, røntgen etc.) og felleskostnader (administrasjonen etc.). ISF refusjonene er ment å dekke en bestemt andel av kostnadene mens resten dekkes av øvrige midler. Pasientbehandling skal skje basert på pasientens behov og i henhold til gjeldene lovverk og pasientrettigheter (Helsedirektoratet, Innsatsstyrt finansiering 2015).

I tillegg til at det er utfordringer i forhold til finansieringsmodellen er det også utfordringer i forhold til funksjonsfordelingen som er foretatt i de senere år. Funksjonsfordelingen har ført til

at lokalsykehusene har fått mindre operasjoner da de største operasjonene skal gjennomføres på sentralsykehusene. Lokalsykehusene skal fortsatt ha akuttisykehusfunksjon med de funksjonene det innebærer og med tilnærmet de samme kostnadene, men med lavere inntekter. Når man har lavere inntekter skal det i følge DRG systemet føre til færre kostnader, nedgangene skal være parallelle. Men vi ser at sentralsykehusene opererer pasientene og overflytter de relativt rask tilbake til lokalsykehusene. Da får vi jobben med rehabilitering av disse pasientene, som kan være ressurskrevende, men vi får ikke uttelling for dette i DRG- systemet. Det er sentralsykehusene som får inntektene.

3.2 Funksjonsfordelingen mellom lokalsykehus og universitetssykehus.

3.2.1 Nasjonale mål og satsingsområder

Sosial- og helsedepartementet valgte i rundskriv I-34/99 å begrense antall nasjonale satsingsområder til tre hovedområder:

1. Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene
2. Kreftbehandling
3. Psykisk helsevern

Formålet med rundskrivet var å angi nasjonale mål og satsingsområder for regionale helseplaner for planperioden/gjennomføringsfasen 2001- 2004.

Departementet har tatt utgangspunkt i *St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet*, som ligger til grunn for formaliseringen av de regionale helseutvalgene og lovfesting av plikten til å utarbeide regionale helseplaner. Hovedkonklusjonen i meldingen er at de samlede ressursene, herunder helsepersonell, utnyttes for dårlig. Det er behov for bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene og bedre skjerming av planlagt virksomhet. Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene gjennom sterkere samordning av spesialisthelsetjenesten, vil være hovedmålet med det regionale helseplanarbeidet.

Behovet for bedre arbeids- og funksjonsfordeling i sykehussektoren kommer også til uttrykk gjennom foreliggende utbyggingsplaner for sykehusene. En kartlegging av fylkeskommunenes planer for renovering/nybygg av sykehus i tidsrommet 1999-2010 viser at det er planer for investeringer i sykehusbygg for minst 30 milliarder kroner. Av disse gjelder ca 7,5 milliarder kroner prosjekter som er planlagt ferdigstilt i tidsrommet 1999-2001/2002. Utbyggingsplanene for perioden 2002-2010 var kostnadsberegnet til ca 23 milliarder kroner, men tallmaterialet er mangelfullt og erfaringsmessig er anslagene satt for lavt. Regionale helseplaner skal være hovedinstrumentet for vurdering av behov for og prioritering av utbyggingsprosjekter, i tillegg til de vurderinger som skjer internt i den enkelte fylkeskommune (jf *rundskriv I-20/99*).

Departementet legger derfor opp til at helseregionene tar utgangspunkt i eget ståsted som grunnlag for planlagte endringer.

De regionale helseplanene skal i henhold til malen (vedlegg til rundskriv I-19/99) ha et langsiktig perspektiv (en tidshorisont på 15-20 år) utover planperioden 2001-2004.

De regionale helseplanene skal omfatte følgende:

- Analyse av framtidig behov, senge- og behandlingsskapasitet i helseregionen med en tidshorisont fram til 2015/2020 (jf malen – beskrivelse knyttet til del 1).
- Utredning av og anslag for mulig endring i kapasiteten som følge av endret funksjonsfordeling og etablering av samarbeidsordninger mellom sykehusene (jf malen - del 2).
- Strategier og tiltak for å møte framtidig behov i regionen (jf malen - del 2 og 3), herunder planer for sykehusutbygging. Tiltak i kommende planperiode må vektlegges. Det vil her være aktuelt å angi tiltakene på spesifikke fagområder.
- Prioriteringer og tiltak, inkl investerings- og driftskostnader osv skal beskrives (jf malen del 3).

Det langsiktige analyseperspektivet har først og fremst til hensikt å sikre at planene og den framtidige strukturen er fleksibel nok til å ta høyde for nye krav og muligheter i kjølvannet av medisinsk utvikling og endringer i teknologi og behandlingsmetoder, samt demografiske endringer. Planer for framtidig struktur må også vurderes i lys av konsekvenser av andre styringsvirkemidler som innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg.

Rundskriv I-20/99 Godkjenning av helseinstitusjoner – midlertidig ordning stiller krav om ny vurdering av hvilke oppgaver det enkelte sykehus skal ha, blant annet i forbindelse med bygging av nytt sykehus eller total renovering av eksisterende bygningsmasse. Fra det tidspunkt regionale helseplaner er vedtatt i 2001, vil departementet ved behandling av søknad om godkjenning av institusjoner og/eller helsetjenester (jf ny *lov om spesialisthelsetjenesten*) vektlegge at disse inngår i vedtatt regional helseplan.

3.2.2 Funksjonsfordelingen i Helse Nord

1. Kreftkirurgi, blodkreft og annen cellegiftbehandling

Helse Nord har foretatt en nesten komplett fordeling av kirurgisk kreftbehandling. Arbeidsdelingen er basert på tilgjengelig kunnskap om hvilken organisering som gir størst sannsynlighet for et godt behandlingsresultat, hensyn til fagmiljøene og rimelig grad av nærhet.

- For en rekke kreftsykdommer er det ikke gjort vedtak på kirurgisk behandling i Helse Nord, men fagmiljøene har som sedvane å fordele disse på få sykehus på bakgrunn av faglige/bemanningsmessige vurderinger. Ved andre kreftsykdommer er det ikke gjort noe funksjonsfordeling på kirurgisk behandling og de utføres på alle sykehus i

regionen som har den nødvendige kompetansen. Disse kreftformene er ikke oppført i tabellen nedenfor. Kreftformer hvor den kirurgiske behandlingen er sentralisert til få nasjonale sentra er heller ikke tatt med i listen.

- Unntatt tumorer som affiserer sfinkterapparatet, disse skal henvises til Tromsø for vurdering. Pas. med metastasert kreft (stadium 4) som har/kan ha et kurativt behandlingsmål skal vurderes i Tromsø.
- Kurativ intensjon
- Fjernelse av blære

Helse Nord har vedtatt følgende funksjonsfordeling mellom sykehusene, som skal utføre hvilke typer kirurgisk kreftbehandling:

Funksjonsfordeling av kreftkirurgi											
	FIN	FIN	UNN	UNN	UNN	NLSH	NLSH	NLSH	HSYK	HSYK	HSYK
	Hammerfest	Kirkenes	Tromsø	Harstad	Narvik	Bodø	Vesteraalen	Lofoten	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen
Endetarm(2)			x			x					
Tykkertarm	x		x	x		x			x	x	
Mavesekk			x								
Prostata (3)			x			x					
Blære (4)			x			x					
Skjoldbruskkjertel			x			x					
Bryst, hvor det er indikasjon for us. av vaktpost-lymfeknute (mistanke om spredning)			x			x					
Høyrisiko kreft i livmorslimhinnen			x								
Eggstokkcystrer med risikoscore (RMI) lik eller høyere enn 200			x								
Kreft i livmorhalsen			x								
Kreft i ytre kjønnsorganer (vulva)			x								
Spiserør			x								
Bukspyttkjertel			x								
Lever (unntatt ad hoc kile-sreseksjon)			x								
Retroperitonealt glandeltolett ved testikkelkreft			x								
Binyre			x								
Nevroendokrine svulster			x								
Bløtdelssarkomer			x								
Lungekreft			x			x					

Tabell 1 Funksjonsfordelingen av kreftkirurgi i Helse Nord

Funksjonsfordeling av blodkreft og annen cellegiftbehandling:

	FIN	FIN	UNN	UNN	UNN	NLSH	NLSH	NLSH	HSYK	HSYK	HSYK
	Hammerfest	Kirkenes	Tromsø	Harstad	Narvik	Bodø	Vesteraalen	Lofoten	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen
AML			x								
ALL			x								
Myelomatose HMAS			x								
Myelomatose KLL			x	x		x					
KML			x	x		x					
Hårcelle-leukemi			x	x		x					
LGL leukemi			x	x		x					
MDS			x	x		x					
Waldenström			x	x		x					
Polycythemia vera			x	x		x					
Primær myelofibrose			x	x		x					
Essentiell trombocytose			x	x		x					

Tabell 2 Funksjonsfordelingen av blodkreft og cellegiftbehandling i Helse Nord

2. Behandling av alvorlig og hardt skadde pasienter (traume)

Alvorlig og hardt skadde pasienter skal transporteres raskest mulig til sykehus som kan gi den endelige behandlingen. Forskning viser at det beste for en alvorlig skadd pasient er å komme raskest mulig fra skadested til det sykehuset som kan utføre den endelige behandlingen. En traumepasient som er svært alvorlig og hardt skadd, trenger avansert medisinsk behandling, ofte med innsats fra mange spesialiteter og tverrfaglige team. I Nord Norge er det om lag 130 traumepasienter årlig. Universitetssykehuset Nord Norge Tromsø (regionalt traumesenter nivå 3) skal kunne behandle alle pasienter. Nordlandssykehuset Bodø (traumesykehus nivå 2) skal kunne håndtere pasienter som ikke trenger behandling på regionalt traumesenter. Lokalsykehusene, med kirurgisk akuttberedskap, skal ha lokale traumeteam som skal kunne gi livreddende og stabiliserende behandling av pasienter som en ikke får sendt direkte til Tromsø eller Bodø.

3. Fødselsomsorgen

Gjennom Stortingsmelding 12 – En gledelig begivenhet og påfølgende veileder fra Helsedirektoratet ” Et trygt fødetilbud- kvalitetskrav til fødeinstitusjoner” har Helse Nord RHF utarbeidet en regional handlingsplan for implementering av nye kvalitetskrav i fødselsomsorgen i Helse Nord. Helse Nord har valgt å opprettholde en desentralisert struktur for fødselsomsorgen. Det er ca. 5000 fødsler i regionen per år og disse fordeles på 15 fødeinstitusjoner: to kvinneklinikker, syv fødeavdelinger og seks jordmorstyrte fødestuer. Disse forholdene gir en del utfordringer for organiseringen av tilbudet, en tilstand som forsterkes av en fallende trend i fødselstallene de siste årene. De nasjonale kvalitetskravene

har allerede ført til omfattende endringer i fødselsomsorgen. Fødeinstitusjonene følger nasjonale kriterier for selektering om en kvinne kan føde på fødestue, fødeavdeling eller kvinneklinikk. Formålet er å finne den fødeinstitusjonen som er best egnet til å ivareta både kvinnens og barnets behov, basert på en medisinsk vurdering.

- **Fødestue:** har kompetanse til å behandle friske fødende hvor en ikke forventer komplikasjoner under fødselen hos mor eller barn. Kvinner som er egnet til å føde på fødestue kan velge om de ønsker å føde på fødestue eller fødeavdeling.
- **Fødeavdeling:** kan motta de fleste fødende og tilby operativ førstehjelp og avansert smertelindring.
- **Kvinneklinikk:** dette er høyspesialiserte enheter, de kan ta i mot alle fødende. De har full beredskap og spesialfunksjoner som for eksempel nyfødtavdeling.

En rekke aktører har jobbet for å forbedre tilbudet til fødende og deres familier. Å bygge opp og beholde et bærekraftig fagmiljø i en betydelig desentralisert omsorg byr på særskilte utfordringer. Felles undervisning, hospiteringsordninger og dialog på tvers av institusjoner, foretak og nivå samt et mer formalisert samarbeid med primærhelsetjenesten skal være midler for å sikre kompetanse hos alle aktører til tross for lave fødselstall.

4. Elektiv Ortopedi

Funksjonsfordelingen av elektiv ortopedi i Helse Nord ble vedtatt i 2004, men etter at dette vedtaket ble fattet har det skjedd store organisatoriske endringer, blant annet ble Hålogalandssykehuset HF oppløst, Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset HF (NLSH) har fått klinikkstruktur. Funksjonsfordelingen ble dermed revidert i 2011, den innebærer ingen strukturelle endringer eller endringer i vaktberedskapen på sykehusene i regionen. Men for å kunne ivareta kjerneverdiene kvalitet, trygghet og respekt var det nødvendig med en revidering av tidligere vedtak om funksjonsfordelingen.

Det ble dermed i 2011 vedtatt følgende funksjonsfordeling:

- Ryggkirurgi
All instrumentell ryggkirurgi og all cervical og thoracal kirurgi gjøres ved UNN
- Håndkirurgi
Komplisert håndkirurgi skal opereres i ett senter på UNN og konsentreres til få hender.
- Barneortopedi
Skal gjøres ved UNN (ett senter) og NLSH (ett senter). Alle ortopediske miljøer skal gjøre enkle prosedyrer som for eksempel konservativ behandling av klompføtter.
- Revmakirurgi
Alle sykehus skal kunne gjennomføre revmakirurgi dersom de har mulighet for tverrfaglig behandling med revmatolog der det er nødvendig. Unntak er proteser i ankel, albue og håndledd, disse pasientene skal kun opereres ved ett senter på UNN. Behandling av barnerevmatologi er sentralisert på nasjonalt nivå til Rikshospitalet.
- Arthroscopi

Arthroskopi av albue skal kun gjøres ved ett senter på UNN og NLSH

- Bløtdelssarkomer

Nord-Norge skal ha kompetanse på utredning og behandling av bein- og bløtdelssarkomer på UNN i samarbeid med et nasjonalt senter. Bensarkomer er sentralisert til Radiumhospitalet eller Haukeland sykehus på grunn av lite volum nasjonalt.

- Revisjoner

All revisjonskirurgi skal gjøres på ett senter på UNN og ett senter på NLSH. Unntak for tidlige revisjoner av proteseinfeksjoner og luksasjoner samt ukomplisert utskifting fra uniprotese til totalprotese i kne. Disse kan gjøres utenom senteret ved UNN og NLSH. Komplekse kneligamentskader og sekveler av disse skal behandles ved UNN. Avansert bruskkirurgi sentraliseres til UNN. Revisjoner av korsbånd skal legges til UNN og NLSH.

Hovedprinsippet må være at vikarer ikke brukes til høy spesialiserte tjenester på lokalsykehusene. Unntak er hvor vikarene er leid inn med formålet er å utføre en spesiell type behandling i samråd med den faglige ansvarlige ledelsen i Foretaket. Unn har også myndighet til å delegerer ansvaret for operasjonstyper som i utgangspunktet er funksjonsfordelt til andre sykehus i Helse Nord (Styresak 135- 2011, Helse Nord).

4.0 METODE

I dette kapitlet vil jeg presentere og drøfte de metodiske valg jeg har tatt i denne masteroppgaven. Metode er en måte å gå frem på for å samle inn empiri, eller det vi kaller data om virkeligheten. Metoden vil da bli et hjelpemiddel for at en skulle kunne gi en beskrivelse av virkeligheten eller empirien. Metoden angir hvilke fremgangsmåter som kan anvendes for å kartlegge virkeligheten, enten den oppfattes som objektiv eller som en menneskelig fortolkning (Jacobsen, 2000).

4.1 Vitenskaplig ståsted

I forskning er metode måten man går frem på for å samle inn data om virkeligheten. Hvilken metode man velger, kommer an på hvilket syn man har på hva virkeligheten er, eller hvilken vitenskapsteoretisk retning man bekjenner seg til. Den grunnleggende uenigheten omkring spørsmålet om hva virkelighet er (ontologi) og hvordan man kan vite noe om denne virkeligheten (epistemologi), har vært gjenstand for debatter i flere hundre år (Jacobsen 2000)

De grunnleggende antakelser om de ulike vitenskapsteoriene bekjenner seg til, har konsekvenser for metoden de ulike retningene anser for å være best egnet for å samle inn informasjon om virkeligheten. Positivismens grunnleggende antakelse er at det finnes noen generelle lover, også i sosiale systemer, og her vil metoden være å avdekke disse lovmessighetene. Kritikken mot denne retningen kommer fra de som bekjenner seg til den hermeneutiske retningen (hermeneutikk = gresk for fortolkning eller forståelse) (Jacobsen 2000). Representanter fra denne retningen hevder på sin side at vi bare kan forstå det unike, noe som betyr at generalisering ikke er mulig. Som forsker vil derfor mitt ontologiske utgangspunkt påvirke mitt valg av metode. Disse to retningene er som nevnt uenige også når det gjelder epistemologi. Positivismens tre teser om epistemologi er; det finnes en objektiv verden utenfor oss selv; denne verdenen kan studeres objektivt; vi kan opparbeide kumulativ kunnskap om den objektive virkeligheten. Den hermeneutiske tilnærmingen avviser at virkeligheten er objektiv, og hevder at mennesker tvert i mot bare har ulik forståelse av virkeligheten, og at det derfor antas at kumulativ kunnskap om virkeligheten umulig kan oppnås. Alt må dessuten forstås i den konteksten fenomenet inngår i (Jacobsen 2000).

Jeg skal ikke gå nærmere inn på innholdet i disse debattene, men ønsker bare å vise at mitt ontologiske og epistemologiske ståsted vil være utgangspunktet for valg av metode. De ulike tilnærmingene har videre ført til debatt mellom kvantitative og kvalitative tilnærminger, eller sagt med andre ord, en debatt mellom tall og ord. Det ontologiske synet er hentet fra Karl Popper som "forkastet både den positivistiske antakelsen om generelle lovmessigheter og den forståelsesbaserte antakelsen om at alt er unikt" (Jacobsen 2000). Popper innførte i stedet begrepet sannsynlighet, og avviste at vi kan si noe sikkert om virkeligheten.

Det epistemologiske utgangspunktet er at det vi ser vil avhenge av flere ting, som for eksempel hva vi er opplært til å se og hva vi interesserer oss for. For å unngå en situasjon der alt er relativt, der alle har opsjon på sannheten, har Jacobsen brukt begrepet intersubjektivitet. Dette begrepet går på enighet, altså at flere oppfatter et fenomen likt, til tross for at utgangspunktet er at all kunnskap er subjektiv. Derfor kan vi si at jo flere som er enige, eller ser likt på et fenomen, jo større sannsynlighet for at dette er "sant" (Jacobsen 2000) Sentrale spørsmål er hvordan vi mennesker danner oss bilder av våre omgivelser samt funderinger på hva som er grunnleggende sannheter, det har vært aktuelt siden filosofene og vitenskapsmennene i det gamle Hellas begynte å beskjeftige seg med disse spørsmålene. For forskningen er dette avgjørende spørsmål og det kan være nyttig å betrakte dette ut fra et ontologisk og epistemologisk perspektiv.

Ontologi er et gresk ord og betyr læren om hvordan virkeligheten og verden faktisk ser ut. Epistemologi kan betegnes som læren om kunnskap og om hvordan vi skaffer oss kunnskapen. Disse begrepene er sentrale innenfor vitenskapsteorien, de kan begge betraktes ut fra et objektivistisk eller subjektivistisk perspektiv (Coghlan og Brannick, 2005). Når det gjelder ontologi vil et objektivistisk syn være ensbetydende med at man betrakter verden ut fra at verden forklares og beskrives på en objektiv måte og at den er basert på visse allmenne lovmessigheter. På motsatt side vil et subjektivistisk syn innebære at man betrakter verden som en sosial konstruksjon som må fortolkes ut fra bakgrunn og kultur (Jacobsen, 2000).

Ut fra et objektivistisk eller positivistisk ståsted er forskeren en nøytral iakttaker og adskilt fra det fenomenet som skal studeres eller forskes på. Denne måten å forstå verden på er fundamentet, særlig for den naturvitenskaplige forskningen men også forskere innenfor samfunnsvitenskapen kan innta et slikt ståsted.

Som en motsats til dette har man et subjektivistisk eller fortolkningsbasert utgangspunkt der man ikke anser at det finnes noen objektiv virkelighet, men at alt må oppfattes som ulike fortolkninger av virkeligheten. Man kan her snakke om verden og fenomener som sosialt og kulturelt konstruert og at de derfor må studeres og forstås på bakgrunn av dette. Det betyr samtidig at man i stor grad ser bort fra universelle sannheter og da kan man ikke snakke om noe samlet bilde av virkeligheten. Dette ståstedet er spesielt vanlig innenfor samfunnsvitenskapen.

4.2 Ulike undersøkelsesmetoder

I denne masteroppgaven foretar jeg en undersøkelse som skal danne det empiriske grunnlaget for en analyse. Når jeg skal velge undersøkelsesmetode står jeg overfor et valg mellom ulike metoder som kan gi et bilde av virkeligheten (Jacobsen, 2000). Her skiller det mellom kvalitative og kvantitative undersøkelsesmetoder som begge angir metoder som kan gi innsikt og øke kunnskapen innen et bestemt område. Kvantitativ tilnærming er strukturert

og systematisk. Denne metodetypen går i bredden og tar sikte på å formidle forklaringer ut fra at informasjonen er formet til målbare enheter. Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative metodetypen går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet. Den tar sikte på å formidle forståelse (Dalland 2007).

Det kan være interessant å vurdere tilnærmingen til metode i forhold til Nonakas & Takeuchi (1995) sin oppfatning av kunnskap. Kvantitative metoder kan sies å være innrettet mot å gi oss eksplisitt kunnskap, mens kvalitative undersøkelser kan være mer innrettet mot å gi oss innsyn i den tause og prosessuelle kunnskapen. Man kan anta at begge metodene for tilnærming til undersøkelsesfeltet er egnet til å gi en form for kunnskap karakterisert med det Nonaka og Takeuchi benevner "berettiget overbevisning" eller "justified belief". Slik sett er begge undersøkelsesmetodene i stand til å bidra i en prosess der forskeren nærmer seg sannheten i størst mulig grad.

To-sidigheten ved vurdering av metode og den datatype de ulike metodene resulterer i kan illustreres ved følgende sitat:

"Ikke sjelden må vi imidlertid velge mellom kvalitative og kvantitative data. Det er et utgangspunkt for meg at dette valget ikke er av prinsipiell, men av strategisk karakter. Ingen av de to datatypene er prinsipielt bedre enn den andre, og ingen av dem er prinsipielt mer vitenskaplig enn den andre. Hvilken av dem som er mest fruktbar i forbindelse med et konkret forskningsopplegg, avhenger i første rekke av den spesielle problemstillingen som skal belyses." (Sigmund Grønmo 1996 i følge Jacobsen 2000, s. 40)

Dermed blir det opp til forskeren i den konkrete problemstillingen å vurdere og å foreta valget av metode for å frembringe kvalitative eller kvantitative data. Det er imidlertid ulike syn på hva som skal vektlegges ved dette valget av metode og man kan kort skissere følgende fire viktige tema i metodedeбата, slik Jacobsen beskriver dem (Jacobsen 2000).

- **Induktiv versus deduktiv innsamling**

Dette omhandler hvilken strategi som er best egnet til å beskrive virkeligheten. Deduktiv strategi går ut på at man først danner seg et bilde på hvordan virkeligheten er og deretter går ut og undersøker for å se om bildet samsvarer med virkeligheten. Alternativt velges en induktiv tilnærming, der datainnsamlingen foretas uten først å ha laget seg noen forventninger om virkeligheten. På bakgrunn av vurderingen av de innsamlede dataene kommer man frem til et bilde av virkeligheten (Jacobsen 2000).

- **"Holisme" eller individualisme**

Dette gjelder i første rekke hvordan sosiale fenomener skal forstås. På den ene siden er det de som mener at individets motiver og atferd er det eneste som er interessant å analysere. Da er det en tilnærming preget av individualisme og det er enkeltmennesket som er den viktigste datakilden. Dette er grunnlaget for store undersøkelser. En holistisk tilnærming medfører at man ser på sosiale fenomener som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den sosiale sammenhengen de inngår i, noe som vil være en tids- og ressurskrevende datainnsamlingsmetode (Jacobsen 2000).

- **Nærhet eller distanse**

Dette temaet beskriver graden av skille mellom den som undersøker og det som undersøkes. Idealet er at den som undersøker ikke skal innvirke på det som undersøkes og at resultatene kan repeteres dersom man gjentar lignende undersøkelser. Kritikere til dette synet har innvendinger i forhold til at det aldri helt kan unngås at den som undersøker i en viss grad påvirker resultatene i undersøkelsen. Det er blitt hevdet at den sterke vektleggingen av distanse mellom den som undersøker og det som undersøkes, det har medført at forskningen har blitt dårligere (Jacobsen 2000). Denne oppgaven er en del av en erfaringsbasert studie og det har vært naturlig for meg å foreta en undersøkelse i en virksomhet jeg har kjennskap til. Denne kjennskapen gir meg en nærhet til forskningsfeltet som jeg mener bidrar til nyttig innsikt i det denne oppgaven omhandler.

- **Ord eller tall**

Den kvantitative metoden har som et grunnleggende utgangspunkt at resultatene fra slike undersøkelser kan presenteres i form av tall og statistiske teknikker. En vanlig metode er spørreskjemaer med faste svaralternativer. Idealet er naturvitenskapen der tallfesting er svært vesentlig for å beskrive resultater av undersøkelser. Den kvalitative metoden er ofte sett på som en reaksjon på naturvitenskapelig metode for å beskrive sosiale fenomener (Jacobsen 2000).

4.3 Valg av metode

4.3.1 Kvalitativ metode

Med et kvalitativt forskningsintervju menes et intervju der formålet er å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på kvalitativ tolkning av meningen i de beskrevne fenomener. Et kvalitativt opplegg egner seg ofte til å avklare et uavklart tema nærmere og til å få frem en nyansert beskrivelse av temaet. Det har som hensikt å få frem hvordan mennesker fortolker og forstår en gitt situasjon (Kvale 1997).

Fordelene knyttet til en kvalitativ tilnærming er, i følge Jacobsen, for det første at det legges få begrensninger på de svarene respondentene gir fordi metoden fordrer bruk av åpent

intervju med bruk av semistrukturerte intervjuguider eller temaguider der det er respondentenes virkelighetsforståelse vi er ute etter. Dette gir generelt høy intern gyldighet. Dataene vi samler inn er nyanserte og egner seg godt til å få frem det spesifikke og unike ved respondenten og hans/hennes kontekst. En kvalitativ metode gir også forskeren fleksibilitet i forhold til å kunne justere problemstilling underveis (Jacobsen 2000).

Ulemper ved kvalitativ tilnærming er for det første at det er en ressurskrevende metode. I de fleste kvalitative forskningsprosjekt vil det være slik at vi bare kan rekke over et fåtall personer. Dette gjør at vi får problem med representativiteten fordi vi ikke kan hevde at disse personene er representative for andre enn seg selv. Kvalitative tilnærminger vil derfor som regel ha lav ekstern gyldighet. Jacobsen peker også på en videre ulempe med kvalitativ tilnærming; komplekse data kan føre til at vi mister oversikten, noe som også kan medføre fare for ubevisst siling av informasjon (Jacobsen 2000).

4.3.2 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er kvalitetskriterier innen kvalitativ forskning, men dette er også svært kontroversielle fenomener (Ryen 2002). Kritikken går på at disse kvalitetskriteriene er lite tilfredsstillende fordi de er sentrale kriterier innen positivismen, som forfekter et syn om at det finnes en objektiv virkelighet, og som derfor er en grunnleggende kvantitativ logikk som er tilpasset kvantitativ metode (Jacobsen 2000). Likevel er det uansett viktig å vurdere kvaliteten i kvalitative undersøkelser i form av gyldighet (validitet), hevder David Silverman som påpeker at "Gyldighet er viktig uansett ens teoretiske innfallsvinkel, eller bruk av kvantitative eller kvalitative data" (Jacobsen 2000). Med begrepet intern validitet menes hvorvidt vi har fått tak i det vi ønsket å få tak i, og videre betyr ekstern validitet om vi kan generalisere funnene til andre sammenhenger. I begrepet reliabilitet ligger et kriterium om påliteligheten i dataene.

Det er flere måter å gå frem på for å teste validiteten. Man kan kontrollere konklusjoner mot andre undersøkelser, eller man kan gå kritisk gjennom dem selv (Jacobsen 2000). Jeg har i denne undersøkelsen forsøkt å være kritisk til mine egne funn og konklusjoner. Kvalitativ forskning gir generelt høy intern validitet (Jacobsen 2000), mens hensikten som regel ikke er å generalisere funn til annet enn den enheten man har undersøkt.

Når det gjelder å vurdere reliabiliteten (påliteligheten), må man stille spørsmål om det kan ha vært faktorer ved selve undersøkelsen som kan ha skapt resultatene (Jacobsen 2000). Må også her være selvkritiske til eventuelle intervju effekter, for som Jacobsen sier, vil en samtale eller et intervju alltid formes både i stil og innhold av partene. Derfor vil det ikke være tale om å fjerne intervju effekter, utfordringen ligger snarere i å gjøre slike effekter mest mulig positive gjennom for eksempel å følge rådene om god intervjuteknikk, som jeg vil beskrive nærmere senere i kapitlet.

4.4 Valg av respondenter

På bakgrunn av problemstillingen valgte jeg å invitere alle Enhetslederne i Klinikken til intervju. Dette gir et utvalg på til sammen 14 personer, noe som er et ressurskrevende arbeid. Det har gjennom prosessen også vist seg at ikke alle potensielle respondenter har vært villige til å stille opp i undersøkelsen av ulike årsaker. Over en periode på 6 uker har jeg til sammen intervjuet 11 personer. Utvalget er i og for seg tilstrekkelig, men det hadde vært ønskelig med en respondent fra legene og merkantilt personell på bakgrunn av at da hadde jeg dekket de fleste profesjonene. Men det er dessverre ingen leger ved Klinikken som har lederansvar, så slik sett var de ikke med i utvalget.

4.5 Intervjuguide

Etter å ha fått på plass problemstillingen og valg av respondenter, startet arbeidet med intervjuguiden. Jeg forsøkte å operasjonalisere problemstillingen i forhold til hvilke variabler jeg ønsket å undersøke. Jeg lagde en intervjuguide med inndeling i tema, hvor det under temaene var noen åpne spørsmål og noen påstander. Denne guiden brukte jeg under alle intervjuene. I følge Ryen finnes det ikke noe fasitsvar på graden av forhåndsstrukturering. Det kan argumenteres for ulike grader. Ideelt sett er det kvalitative intervjuet kjennetegnet av lite formalisering, men i følge Ryen finnes det også argumenter som støtter mye forhåndsstruktur. "Vet man på forhånd hva man ser etter, bør ikke noe være til hinder for å planlegge hvordan man skal samle inn nettopp den informasjonen". Dette er også et argument for å unngå informasjon som er overflødig i analyseprosessen (Ryen 2002).

4.6 Forskningsprosessen

Jeg skrev brev til Klinikksjefen hvor jeg presenterte og redegjorde for målet med oppgaven. Jeg ba om tillatelse til å foreta studien i Klinikken og ønsket en tilbakemelding på dette. I begynnelsen av mars skrev jeg en e-post til respondentene hvor jeg redegjorde for studiet, tema og problemstilling. I denne e-posten ble de forespurt om de kunne tenke seg å delta i studien og innkalles til intervju innen utgangen av april. Som vedlegg i e-posten lå intervjuguiden og samtykkeerklæring.

Selve intervjuene foregikk på mitt kontor på sykehuset. Jeg hadde på forhånd fått respondentenes tillatelse til å bruke båndopptaker, men jeg gjentok spørsmålet om det var greit før jeg tok den frem og slo den på. I de fleste intervjusituasjonene hadde jeg en god følelse av å bli tatt på alvor og intervjuene hadde preg av å være en samtale der respondentene fortalte og jeg smatt inn tilleggsspørsmål, der tema og flere spørsmål jeg hadde på arket ble berørt og snakket om uten at jeg stilte dem. Ved enkelte anledninger foretok jeg tolkninger av utsagn der og da og la frem min tolkning av utsagnet. "Så du sier med andre ord at.....?" Dette kan kanskje hevdes å være en situasjon der jeg legger ordene i munnen på respondenten, men jeg følte likevel ikke at jeg gjorde det. Uansett, gjennom å tolke utsagn underveis fikk respondentene anledning til enten å bekrefte min tolkning eller å

utdype eller presisere det de mente å si (Kvale1997). Intervjuformen var gjennomgående løs og ledig. Alle intervjuene var avtalt å vare i ca. en time.

Det jeg opplevde som det mest utfordrende i intervjusituasjonene, var min egen opptreden som forsker. Men jeg synes at intervjuene gikk bra og at jeg hadde en god dialog med respondentene. En foreleser sa en gang at det tar mindre enn ti sekunder for et menneske å gjøre seg opp en mening om en person man møter for første gang. Dette har jeg vært bevisst på i møte med respondentene. I metodelitteraturen vektlegges det at man som forsker må fremstå som "likeable" for å vinne tillit og for å få respondentene til å åpne seg (Rapley 2004).

I forkant av intervjuprosessen tenkte jeg på hvordan jeg skulle kle meg og te meg i møte med respondentene. Jeg valgte å kle meg slik jeg gjør i hverdagen, uformelt men stelt. Jeg finner det vanskelig å skulle fremstå som noe annet enn jeg er, så jeg satset på å være meg selv. For meg har det vært viktig ikke fremstille meg selv som noe annet enn jeg er, og da er det også viktig å kle seg komfortabelt. Det er min oppfatning at i intervjusituasjoner der to mennesker er så nær hverandre og har en så dyp og meningsfull samtale, da må man være ærlig. Ryen vektlegger også ærlighet som en avgjørende faktor for å oppnå tillit i tillegg er viktig å ha samme vokubalar, siden intervju nødvendigvis krever verbal interaksjon (Ryen 2002). I de fleste intervjusituasjonene mener jeg selv at vi fant tonen og jeg har hatt mange positive opplevelser, der jeg følte at vi kommuniserte godt og at intervjuet hadde preg av å være en samtale.

Under selve intervjuene forsøkte jeg å holde meg til rådene Ryen gir til et godt intervju, basert på McCracken. Dette er hovedelementene i det naturalistiske intervjuet som, i følge Ryen, ennå er den dominerende tilnærmingen innen kvalitativ forskning. Det at jeg har forsøkt å følge disse rådene i intervjusituasjonene betyr ikke dermed at jeg bekjenner meg til positivismen som paradigme, for som Ryen argumenterer; "det er en meget sterk overforenkling å sette denne tilnærmingen i bås med den klassiske positivismen på den ene siden i motsetning til de øvrige på den andre siden" fordi linjene mellom paradigmene ikke er så klare som de ofte fremstilles som. Rådene fungerer imidlertid som en nyttig mal for hvordan man bør gå frem for å få et godt intervju (Ryen 2002). McCracken deler opp intervjuet i tre faser; åpningen, hovedfasen og avslutningen. Det anbefales at man i åpningsfasen stiller ikke-truende spørsmål og bruker litt tid på småprat, som en slags oppvarming (Ryen 2002).

Hva som er gangbare tema for småprat avhenger av konteksten, og det sentrale i hovedfasen er å la respondenten fortelle og intervjueren skal holde en lav profil. "Man skal få respondenten i tale uten å overspesifisere innholdet eller perspektivet i samtalen" (Ryen 2002). Om denne fasen fungerer, lister Ryen opp flere teknikker man kan bruke for å få den til å vedvare, som for eksempel med oppfølgingsspørsmål eller kroppsspråkteknikker.

Hovedfasen fungerte bra i mine intervjuer, og jeg følte jeg hadde mye igjen for å ha lest disse rådene på forhånd. I avslutningsfasen er det viktig å skape en positiv slutt, der man takker respondenten for samarbeidet. Jeg fulgte også Ryens råd om ikke å avslutte relasjonen helt, men ba om å få lov til å ta kontakt senere dersom det skulle vise seg nødvendig.

4.7 Intervjuatferd og forskningsaffekter

Det sentrale i kvalitative undersøkelser er forskeren i møte med den enkelte respondent. I denne kommunikasjonen er det flere forhold som kan påvirke interaksjonen. Kroppsspråk og atferd er viktige aspekter i møte med respondenten. Ryen peker på risikoen for at kommunikasjonen kan influeres av både konteksten, strukturen i selve intervjuet og karakteristikken ved de to partene (Ryen 2002).

Jeg har tidligere i kapitlet beskrevet noen vurderinger jeg gjorde med hensyn til atferd og valg av klær i møte med respondentene, noe som også hører naturlig inn under dette avsnittet. Jeg velger imidlertid ikke å gjenta de tingene her, men bare nevne at de valgene jeg gjorde, som å fremstå naturlig som den jeg er, forhåpentligvis hadde en positiv effekt med tanke på å bygge opp tillit. En kontekst som kan være problematisk for forskeren er kjønn (Ryen 2002). Av de 11 respondentene i denne undersøkelsen er bare 2 menn. Jeg har gjennom datainnsamlingen forsøkt å evaluere min egen atferd og tenkt nøye gjennom hvorvidt jeg har hatt ulik atferd i møte med kvinner og menn. Det at jeg er kvinne kan utgjøre en fare for at jeg ubevisst forsvare de kvinnelige respondentenes utsagn. Denne faren har jeg vært bevisst på og jeg har etter beste evne forsøkt å være kritisk til mine oppfatninger og tolkninger.

For å få et så godt intervju som mulig er det viktig å følge de rådene som metodelitteraturen gir om intervjueteknikker og intervjuatferd. For å klare det kan bruk av båndopptaker være et hjelpemiddel, slik at man kan konsentrere seg fullt og helt om kommunikasjonen med respondenten. På denne måten har man også muligheten til å skrive ut opptakene ordrett og dermed sikre at man får med alt som blir sagt. At alt respondenten sier blir tatt opp på bånd kan imidlertid påvirke dataene på den måten at noen kanskje føler det ubekvent, slik at informasjonen kan bli begrenset. Ryen anbefaler at det i slike situasjoner er best å la være å bruke båndopptaker av hensyn til dataene (Ryen 2002).

I min undersøkelse brukte jeg opptaker, og jeg opplevde ikke en eneste gang at respondenten var ubekvem med det. Jeg ba på forhånd om jeg kunne få bruke båndopptaker og jeg presiserte hensikten med det, samtidig som jeg understreket min taushetsplikt og at båndene ville bli slettet etter at oppgaven var ferdig. Jeg gjentok alltid spørsmålet om det var greit før jeg slo på båndopptakeren. Flere har sagt at det er først etter at opptakeren er slått av at det interessante blir sagt. Ryen tolker disse situasjonene som et uttrykk for at

respondentene føler seg friere til å åpne seg, og det er en indikasjon på at bruken av båndopptaker har påvirket dataene (Ryen 2002). Etter at båndopptakeren ble slått av avsluttet jeg med å spørre om det var noe respondenten ønsket å tilføye, men samtlige har gitt uttrykk for at de mener det meste har kommet frem under intervjuet. Likevel er båndopptakeren en del av konteksten som man ikke kommer utenom når man velger å bruke den (Rapley 2004).

4.8 Analysefasen

I en kvalitativ analyse starter gjerne analysen allerede under datainnsamlingen (Hellevik 1999), noe jeg også gjorde ved at jeg noterte kommentarer på intervjuguiden underveis i intervjuene. Datamaterialet mitt er tekster i form av utskrift av sammendrag av intervjuene som ble tatt opp på bånd. Dette arbeidet gjorde jeg umiddelbart etter hvert intervju. Dette var et omfattende arbeid.

Mange kvalitative forskere benytter seg av ulike hjelpemidler til å systematisere dataene sine, mens andre ikke gjør det. Denne fasen kaller Hellevik for forenkling eller datareduksjon, og skal hindre at forskeren drukner i detaljer (Hellevik 1999). Jeg har ikke valgt å benytte meg av slike hjelpemidler, men har forsøkt å redigere intervjuene på den måten at jeg har laget et sammendrag av hvert intervju, med mine tolkninger av utsagn. Hellevik sier at uansett bruk av hjelpemidler eller ikke, skal det legges vekt på at opplysningene i oversikten skal være mest mulig rikholdige, og at den konteksten de inngår i skal komme best mulig frem, nettopp for å bevare verdien i materialet i størst mulig grad (Hellevik 1999).

Hellevik peker på flere dilemmaer forskeren stilles overfor i en kvalitativ analyse. Balansegangen mellom en beskrivende og en fortolkende fremstilling er ett av dilemmaene. En rendyrket beskrivelse kan lett få et journalistisk preg, i følge Hellevik, men på den annen side er det viktig å få en virkelighetsnær fremstilling uten at man overfortolker et fenomen. Det vil derfor være viktig å finne en balansegang mellom beskrivelse og fortolkning (Hellevik 1999). En annen balansegang går mellom forskerens egen fortolkning og respondentens virkelighetsforståelse. Med henvisning til Pål Repstad (1998), sier Hellevik at målet er å oppnå det som kalles en "overskridende gjenkjennelse", med andre ord at aktørene skal kunne kjenne seg igjen i beskrivelsen, og samtidig lære noe nytt om sin egen situasjon (Hellevik 1999).

4.9 Etikk

Det eksisterer ikke noen form for internasjonal enighet eller regler for etisk standard i forskning. Det er i følge Ryen likevel tre etiske aspekt som går igjen i den vestlige forsknings-etiske diskursen; samtykke, konfidensialitet og tillit. Det første aspektet betyr at den som forskes på skal være klar over dette og ha gitt sitt samtykke til det, samt at de har krav på informasjon om studien. De skal også vite at de når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen (Ryen 2002).

Konfidensialiteten går på at forskeren er forpliktet til å beskytte deltakernes og stedets identitet. Dette kravet kan i mange tilfeller medføre et etisk problem, da mange forskningsprosjekt foregår i forskerens lokalmiljø. Man kan klare å beholde anonymiteten i selve rapporten, men ikke i litteraturlisten, dersom man har benyttet referanser om stedet. Dette kan i neste omgang føre til negative reaksjoner når studien offentliggjøres, særlig dersom media viser sin interesse (Ryen 2002).

Tillitsaspektet viser til relasjonen mellom forskeren og deltakerne, samt at forskeren har et ansvar for ikke å ødelegge forskningsfeltet for andre forskere (Ryen 2002). Tilliten er viktig og opprettholde gjennom hele prosessen, ikke bare i møte med respondentene, men også i det ferdige arbeidet. Ryen hevder derfor at de tre etiske aspektene; samtykke, konfidensialitet og tillit, er knyttet tett opp mot hverandre. Et vanlig etisk dilemma er, i følge Ryen, hva som skal inkluderes i selve forskningsrapporten. "Det som blir nedskrevet, kan meget vel være en lojal representasjon av utsagn, men sier svært lite om hva som er blitt utelatt i rapporten" (Ryen 2002).

5.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

I dette kapitlet blir kunnskapsbegrepet, kunnskapsledelse, læring og helseøkonomi belyst ved å trekke fram relevant teori og litteratur. Hensikten er å trekke opp et lerret som bakgrunn for senere analyse av empiri, for å kunne svare på problemstillingen.

5.1 Kunnskap

Kunnskapsbegrepet har til alle tider vært sentralt i filosofien, helt fra erkjennelsesteorien i gresk filosofi og til kunnskap på nytt ble et sentralt begrep i forbindelse med den filosofien som vokste frem på 1600-tallet. Før 1600-tallet hadde man ikke noen utvikling av den empiriske vitenskap slik vi kjenner den i dag. Det var først på starten av 1600-tallet at man begynte å diskutere betydningen av kunnskapsbegrepet og hvordan man kunne utvikle kunnskapen. Den første som formulerte ideer om kunnskapssamfunn var den engelske filosofen Francis Bacon. Han skrev et stort verk kalt *Novum Organum*, om hvordan man kunne utvikle nye redskaper. Det karakteristiske med 1600- og 1700-tallet var at de ikke hadde kunnskaper om utviklingen av redskapene som Francis Bacon beskrev i bøkene, slik at ideene hans bare ble utopier. Det er først på slutten av 1800-tallet at vi ser en tidlig fremvekst av produksjon basert på forskningsresultater i Tyskland. Dette er starten på det utviklede industrisamfunnet i Europa. Siemens, Bosch og Bayer er eksempler på bedrifter som ble etablert og utviklet på grunnlag av vitenskapelig aktivitet. Det er denne industrielle produksjonen som gir grunnlag for at vi kan snakke om utvikling av forskningsmessig kunnskap, som har fått betydning for produksjon og økonomi (Westeren 2013).

Utviklingen de siste 30-40 årene har ført til at kunnskapsbegrepet har utviklet seg videre og dekker andre enn de teknisk- naturvitenskaplige områdene. Det er spesielt interessant å se på utviklingen innenfor informasjonsteknologi området. Man kan si at IT har brakt oss fra begrepet «Information Management» til «Knowledge Management». Denne utviklingen baserte seg på at man kunne lage kunnskapssystemer basert på IT. På 1960-tallet hadde man en forestilling om at man skulle implementere intelligens i IT systemene, dette måtte gjøres ved hjelp av søke- og problemløsningsalgoritmer. Tanken var at man kunne lage systemer som hadde generell problemløsningssevne (Westeren 2013).

Ettersom man mislyktes med å lage kunstig intelligens ved hjelp av IT-systemer, så fikk man etter hvert en ny grunn ide. Tanken var at man måtte ha en enkel IT-basert problemløsningsmetode som var generell, slik at systemene hadde et stort kunnskapsinnhold innebygd i seg. Det vil si at man i stedet for søke- og problemløsningsalgoritmer utviklet systemer basert på logiske slutninger. Man klarte i 1970- og 80- årene å lage logiske slutninger innen rammen av datamaskinprogrammet. En ting var å lage selve programmene, men etter hvert måtte man også kunne løse problemet ved å legge inn kunnskap i systemene (Westeren 2013).

5.1.1 Hva er kunnskap

Man hadde en arbeidshypotese om at kunnskap basert på logisk slutning var tilstrekkelig for å simulere ekspertise og bygge ekspertsystemer. Det var en rekke prosjekter om dette, og dermed ble ekspertsystemer og kunnskapsrepresentasjon helt sentralt. Som konsekvens av dette ble det mer fokus på kunnskapsbegrepet og forskjellige kunnskapsformer. Det ble videre viktig hvilken rolle kunnskap spilte i forskjellige relasjoner og i forskjellige organisasjonsmessige sammenhenger. Denne utviklingen ga opphav til «Information Management». I utviklingsarbeidet av disse ekspertsystemene ble det simulert til diskusjon om hvilke kunnskapsbegrep man egentlig bygde på (Westeren 2013).

Et annet utviklingstrekk man så var at man fikk fokus på organisatorisk læring. Dette satte videre fokus på at kunnskap og læring ikke bare var individuelle og kognitive fenomener, men også sosiale fenomener. Denne utviklingen av kunnskapsbegrepet førte til at man ikke lengre kan si at filosofene har monopol på å diskutere og definere kunnskapsbegrepets innhold. Man kan i dag si at alle IT-systemer som brukes i bedrifter til styring har et kunnskapselement i seg. Dette vil si at alle systemer har på en eller annen måte et innebygd aspekt av logisk slutning for å håndtere data (Westeren 2013).

Ser vi i organisasjonslitteraturen har kunnskap også der vært et sentralt tema, spesielt det siste århundret. Frederick Taylors *Scientific Management* representerte en overgang fra styring av arbeid på basis av tradisjonell kunnskap til vitenskapelig kunnskap og framstår som ett av flere eksempler på dette. Taylor søkte nettopp kunnskap for å optimalisere prosesser, metoder og framgangsmåter i arbeidslivet: *"Det er alltid en metode og framgangsmåte som er raskere og bedre enn noen av de andre. Denne beste måten å gjøre tingene på kan man bare oppdage gjennom vitenskapelige studier"* (Sen 2000).

Max Weber hadde med sin byråkratimodell også et fokus på kunnskap. Hans siktemål var å dele opp organisasjonen i faste kompetanseområder organisert i en hierarkisk struktur. Han beskrev kunnskap som nedfelt i formelle beskrivelser og knyttet til utøvelse av myndighet. Taylors og Webers teorier og modeller står som illustrasjoner på hvordan de på den tiden vektla og forsto kunnskap i organisasjoner. Dette må også ses i lys av den tids organisasjonsliv, der realkapital og råvarer var den viktigste ressursen. Utviklingen fram mot i dag har endret dette bildet betydelig. Med overgangen fra det klassiske industrisamfunnet til det man har i dag ofte benevner som kunnskapssamfunnet ser man at det nå er de menneskelige ressurser og tid som er den viktigste ressursen. Denne endringen ligger til grunn for det økte fokuset på kunnskap som begrep, som faktor i arbeidslivet og på utviklingen av andre kunnskapsperspektiv enn de Taylor og Weber sto for.

Kunnskap er altså ikke et nytt begrep, men vil heller si at kunnskapsbegrepet har fått en fornyet aktualitet. Ikke bare ser man dette i organisasjonslitteraturen og i arbeidslivet generelt, det er også en naturlig konsekvens av blant annet en framvekst av stadig flere

kunnskapsbaserte organisasjoner, IKT-utviklingen, vekst i (behovet for) informasjons- og kunnskapsbaserte tjenester og et høyere utdanningsnivå i befolkningen.

Kunnskap var tidligere i større grad forbundet med det arbeidet som forskere og den intellektuelle eliten bedrev. Diskusjoner omkring kunnskap som begrep tilhørte stort sett de akademiske miljø. I dag har kunnskap imidlertid blitt en del av vår hverdag, vi både skaper og bruker kunnskap hver dag, kunnskap har blitt en nødvendighet for alle. Kunnskap er noe vi kan skape, spre og selge – vi kan ikke behandle det som et objekt i fysisk forstand. Det nye er at også kunnskap selv har blitt objekt for kunnskap (Rolfesen, 2000).

Å definere kunnskap er derfor verken en enkel eller entydig oppgave. Kunnskap kan forstås og fortolkes forskjellig, avhengig av tilnærming og epistemologi. Tar man utgangspunkt i den mer folkelige oppfatning er kunnskap innholdsorientert, den representerer noe man kan, altså er kunnskap "noe" som individet besitter. Eksempler på dette kan være "Jeg kan sykle", "Jeg kan bake brød". Denne oppfatningen av kunnskap gjenspeiler en konkretisert og strukturbasert forståelse. Når man har lært, har man fått kunnskap. Vi finner også dette igjen i miljøer og sammenhenger utover den mer folkelige konteksten, blant annet i arbeidslivet: Begrep som formalkunnskap, faktakunnskap, prosedyrer med mer beskriver kunnskap som konkret og stabilt.

En slik statisk forståelse av kunnskap står i motsetning til en mer prosessuell tilnærming til begrepet, en tilnærming som også ville gitt kunnskapen en dynamisk karakter. En dynamisk tilnærming til begrepet understreker at kunnskap ikke er konkret og stabil, men at kunnskap utvikles og endres. Det er ikke nok med "Jeg kan sykle" eller "Jeg kan bake brød". Man kan utvikle sine ferdigheter og sin kunnskap videre utover dette. Kunnskap utvikles både gjennom erfaring og gjennom samhandling med andre. I dette perspektivet kan ikke kunnskap bedømmes ut fra en slags forhøyet faktakunnskap som sann/ikke-sann, men mer være gjenstand for dialog, diskusjon og utvikling. Med en prosessuell tilnærming som dette kan kunnskap betraktes som sosialkonstruert; det man vet om virkeligheten er at det er sosialt/politisk konstruert, kunnskap blir bedømt som riktig/sann ut fra erfaringsgrunnlaget hos de personene som er involverte i den sosiale konteksten. Med en slik pragmatisk og sosialkonstruktivistisk tilnærming til begrepet kan man forstå kunnskap som en nøkkel til kompetent atferd (Coll, 1998).

For grovt å skille hovedperspektivene i det strukturelle og det prosessuelle perspektiv, har jeg satt dem sammen i en tabell:

Strukturelt perspektiv	Prosessuelt perspektiv
<ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap er noe isolert kognitivt som personer og organisasjoner innehar. - Kunnskap er objektivt og statisk. - Kunnskap finnes på det individuelle og det kollektive nivå. - Forskjelling type kunnskap har forskjellig dominans i ulike bedriftstyper. - Kunnskap skapes via spesifikke, sosiale prosesser. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap er rotfestet i praksis, utøvelse og i sosialt fellesskap. - Kunnskap er dynamisk – prosessen mot informasjon er like viktig som kunnskapen. - Kunnskap eksisterer i vekselspill mellom det individuelle- og det kollektive nivået. - Organisasjoner karakteriseres gjennom forskjellig type informasjon og praktiseringen av kunnskap. - Kunnskap finnes via sosiale prosesser.

Tabell 3 – Det strukturelle og det prosessuelle perspektiv (Newell, Robertson, Scarbrough, & Swan, 2002, s. 8. Oversatt av forfatter)

Krogh, Ichijo og Nonaka definerer å *skape kunnskap* som:” - summen av alle aktivitetene i en organisasjon som påvirker kunnskapsutvikling på en positiv måte” (Von Krogh m.fl., 2001). Forfatterne hevder videre at betydningen av kunnskap i organisasjoner egentlig handler om hvilke praktiske grep ledere kan ta i foretningssammenheng.

For å oppnå forbedring er en avhengig av at det blir utviklet ny kunnskap. En slik prosess vil bestå av fem steg:

1. Dele taus kunnskap
2. Utvikle konsepter
3. Legitimere konsepter
4. Utvikle en prototype
5. Spre kunnskap

En leder kan ikke starte en forbedringsprosess hvis han ikke forstår hvordan hvert av de fem trinnene er knyttet til de andre, og hvordan de kan fremmes.

5.1.2 Kunnskapspyramiden

Med bakgrunn i denne systemteoretiske behandlingen av kunnskapsbegrepet overtok man også hierarki av begreper man kaller kunnskapspyramiden, med data, informasjon og kunnskap. Innenfor IT-faget hadde man lenge diskutert forskjellene på begrepene «data» og

«informasjon». Data ble tidlig definert som en formell representasjon av et saksforhold, det innebærer at det må være et sett regler som styrer dette ettersom det er et representasjonssystem. Data kan for eksempel være ett tall og regelen en typebestemmelse av tallet (Westeren 2013).

Når man nå hadde utviklet et IT- system for å håndtere og manipulere data, så hadde man å gjøre med informasjonsbehandling. Det er flere forfattere som hevder at man i tilknytning til begrepet «informasjon» ikke nødvendigvis behøver å ha et kognitivt eller bevisst innhold. Videre knyttes informasjonsbegrepet til kommunikasjon. Det vil si at når data blir kommunisert, så skjer det en informasjonsoverføring (Westeren 2013).

Når det gjelder overgangen fra informasjon til kunnskap finnes det flere oppfatninger, hvor en sier at informasjon forutsetter at det er en representasjon i en bevissthet. Dette baserer seg på den amerikanske filosofen Fred. I. Dretske, som har skrevet en bok med tittelen Knowledge of the Flow and Information (1981). Han prøver i denne boken å gi en teori på hvordan man kan omsette informasjon til kunnskap (Westeren 2013).

Begrepet kunnskap, bygger på informasjon som er oppfattet og behandlet av en bevissthet, slik at en definisjon er at kunnskap er informasjon og bedømmelse/vurdering («judgement»). For at man skal kunne kalle det kunnskap må det foregå en eller annen form for vurdering av informasjon. Problemet med informasjon i forhold til kunnskap er at kravet til kunnskap er om kunnskapen er sann. Skille mellom informasjon og feilinformasjon blir dermed en diskusjon. Dersom man ikke legger inn et sannhetskrav i tilknytning til informasjonsbegrepet, kan man dermed ikke skille mellom informasjon og feilinformasjon (Westeren 2013).

Kunnskapspyramiden inneholder ofte et fjerde begrep, nemlig «visdom», dette blir en form for «superkunnskap». Et slikt hierarki ble først formulert av den hollandske vitenskapsmannen og filosofen Spinoza, som mente at intuisjon var den høyeste form for kunnskap. Dreyfus og Dreyfus har i boken Mind over machine (1986) diskutert forholdet mellom kunnskap og visdom. Det blir hevdet at begrepet «visdom» ikke kan simuleres innen rammen av IT-teknologi, fordi man ved IT-verktøy aldri kan komme høyere opp enn til nivået kunnskap i kunnskapspyramiden. Det å utvikle en ytterligere form for kunnskap man kaller ekspertise, kan da kun gjøres av mennesker da man trenger en form for intuisjon som et IT-verktøy pr definisjon ikke innehar. Man kan si at hvis man klarer å bruke kunnskapen fornuftig så kan man kalle det for visdom (Westeren 2013).

Polynari hevder at man må se teorien om kunnskap ut fra to grunnleggende forhold:

- Må knyttes til sammenhengen den opptrer i.
- Må sees i sammenheng med hvilke ferdigheter det dreier seg om.

(Westeren 2013).

5.1.3 Tre former for kunnskap

I utgangspunktet opererer man med tre former for kunnskap:

1. Know why – å vite hvorfor

Dette er kunnskap som er svar på et spørsmål som krever en forklaring, det kan være snakk om mange ulike forklaringer. "Know why" som kunnskapsform er knyttet til logiske slutninger. Ved en "know why" form for kunnskap er det knyttet til en hvis så betegnelse, dermed blir denne formen for kunnskap en aktiv form for kunnskap.

2. Know that – å vite om noe

Denne kunnskapen er om et saksforhold og forutsetter en bestemt repetisjon og et bestemt språk. Innholdet skal i prinsippet være det samme uansett hvilket språk man bruker. En rekke filosofer sier at innholdet i en "know that" setning definisjonsmessig er informasjon.

3. Know how – å vite hvordan

Dette kunnskapsbegrepet er knyttet til ferdigheter. I norsk språkmessig forstand er det slik at ordet viten knyttes til "know why", og ordet viten er stammen til ordet vitenskap. Tilsvarende knyttes ordet kunnskap til "know how", altså ferdigheter. Det som er interessant er om disse to aspektene egentlig er av samme saksforhold eller om det er to forskjellige typer begreper. Mange filosofer og språkforskere mener at det er sammenheng mellom "know that" og "know how", jamfør Polanyi som mener at sammenhengen mellom disse begrepene er sentral for å kunne utvikle en konsistent betydning av begrepet taus kunnskap.

(Westeren 2013)

5.1.4 Taus og eksplisitt kunnskap

Begrepet taus kunnskap ble introdusert av Polanyi. Det engelske begrepet "tacit knowledge" som på norsk blir oversatt til "taus kunnskap", bruker Polanyi i liten grad selv. Polanyi skriver om "the tacit component", "the tacit dimension" og "tacit knowing" som de viktigste begrepene. Han beskriver at eksplisitt kunnskap kan utgjøre en del av menneskers kunnskap fordi at vi vet mer en vi faktisk kan uttrykke.

Polanyi hevder at taus kunnskap kan karakteriseres i forhold til fire aspekter:

1. Den funksjonelle strukturen til kunnskap

Polanyi hevder at taus kunnskap alltid har to ledd. Ledd 1 er det proksimale som bindes sammen med ledd 2 som Polanyi kaller det distale. Den funksjonelle strukturen er sammenhengen mellom disse leddene. Polanyi mener at man kan kjenne til den tause kunnskapsutviklingen ved å rette oppmerksomheten fra det distale til det proksimale.

2. Taus kunnskap som fenomen

Polanyi stiller seg deretter et spørsmål om den strukturen han mener å avdekke som sammenhengen mellom to kunnskapsprosesser, kan beskrives som et fenomen.

3. Det semantiske aspektet til taus kunnskap

Er sammenhengen mellom henholdsvis taus og artikulert kunnskap, gir den mening eller på hvilken måte gir den mening. Oppmerksomheten mot meningen i situasjonen og mot det aspektet vi klarer å artikulere.

4. Det ontologiske aspektet til taus kunnskap

Dette aspektet forteller oss om hva taus kunnskap er kunnskap om.

(Westeren 2013)

Taus kunnskap, er kunnskap som ikke er kodifisert, det er kunnskap som blir brakt videre ved opplæring. Taus, eksplisitt og sosial kunnskap er tilgjengelig for alle bedrifter. Når en ansatt "forsker", og prøver seg frem til en ny løsning som kan bedre resultatet, kan den ansatte dele sin eksplisitte kunnskap med andre medlemmer i organisasjonen. Men den tause kunnskapen kan være vanskeligere å fange i formelle organisasjonsprosedyrer, den er mer avhengig av å spres gjennom mester/svenn relasjoner.

Taus kunnskap, kan også være Embodied, det forklarer Blackler som kunnskap som blir kroppsliggjort. Kjell-Åge Gotvassli beskriver det så enkelt som: " – det sitter i fingrene til lefsebakeren." Det er ferdigheter som også kan beskrives som motoriske. Men selv ved hjelp av "Mesterlære", er det ofte at "kunnskapen sitter i fingrene" til mesteren, og det behøver ikke være lett å tilegne seg læring, eller lære bort ferdigheter som er Embodied.

Taus kunnskap er kunnskapsdeling som blir omsatt i interaksjonen mellom medlemmene i organisasjonen, hevder Beate Elstad og Erik Døving (Nordhaug, 2002). Den tause kunnskapen er så tett knyttet til sansene våre samt kroppsspråk og personlige erfaringer at den er vanskelig å formidle til andre.

5.1.5 Hvordan skapes kunnskap

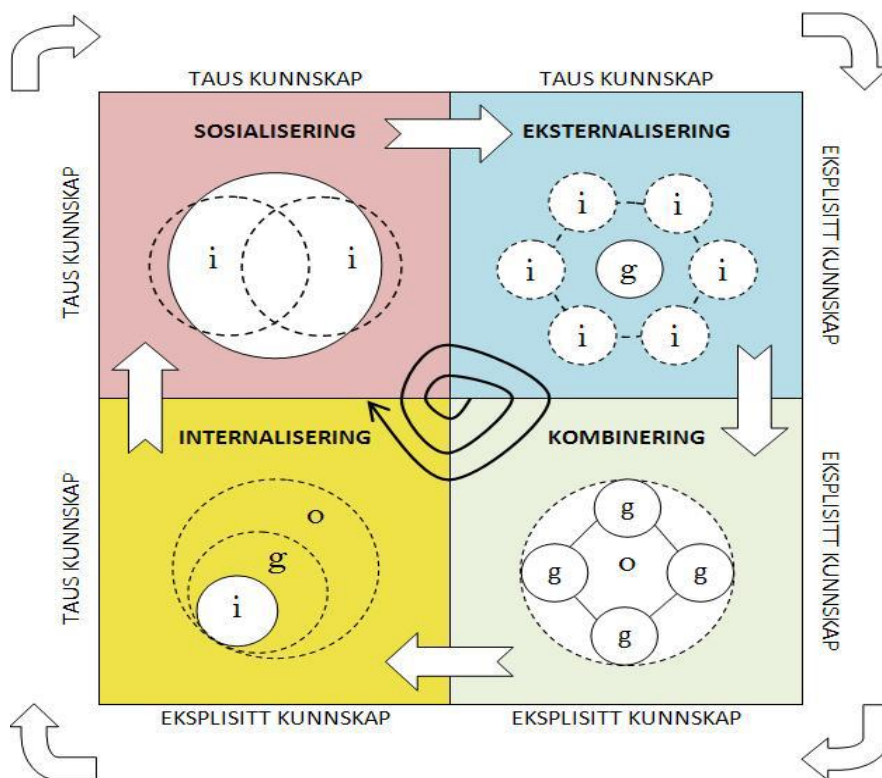
Legger vi en sosialkonstruktivistisk forståelsesramme til grunn for kunnskapsutvikling, er kunnskapsutviklingen en prosess som skjer i de fleste relasjoner mellom mennesker. For bedre å forstå hvordan denne prosessen med kunnskapsoverføring og kunnskapsdeling finner sted, har jeg valgt å ta utgangspunkt i SECI-modellen.

5.1.5.1 SECI-modellen

SECI-modellen forsterker utvikling av ny kunnskap (Von Krogh, Ichijo, Nonaka, 2001). Dette skjer ved at det rettes et fokus på selve konteksten – rommet for kunnskapsdeling (i japansk kultur og tradisjon kalt "ba"). Modellen er i følge Siggard Jensen m.fl.et gjennombrudd for kunnskapsutvikling og transformasjon av kunnskap i forhold til organisatorisk kunnskap. Modellen bygger på analyser som Nonaka og Takeuchi utførte, rettet mot den japanske industris overlegenhet på det innovative området i 1995. Siggard Jensen et al. viser i denne

sammenheng til at kunnskapsbegrepet ikke kan forstås som "rettferdig sanne overbevisninger", men mer "rettferdige overbevisninger" fordi det ikke er den absolutte sannhet som er i sentrum, men derimot den erfaringsbaserte kunnskapen der kunnskap skapes i en dynamisk og sosial prosess (Siggard Jensen, Mønsted, Fejfer Olsen, 2004). Utgangspunktet for modellen er at kunnskap ofte er personlig, erfaringsbasert og taus. Modellen forsøker å illustrere hvordan kunnskap omdannes fra individuell, taus kunnskap gjennom flere transformasjoner til organisatorisk kunnskap.

SECI-modellen viser denne kunnskapsutviklinga som en iterisk, dynamisk og kontinuerlig prosess, hvor interaksjonen mellom taus og eksplisitt kunnskap skaper ny kunnskap i organisasjonen. Denne prosessen starter på individnivå, men kan utvikle seg videre på gruppe- og organisatorisk nivå og derigjennom beskrives. Kjernen i modellen er å få til en konvertering mellom taus og eksplisitt kunnskap gjennom ulike sosiale prosesser: Sosialisering, eksternalisering, kombinerer og internalisering.



i = individ
g = gruppe
o = organisasjon

Figur 1 - Spiral evolution of knowledge conversion and self-transcending process (Nonaka & Konno, 1998)

Sosialisering

Taus kunnskap overføres gjennom deltakelse i aktiviteter, observasjon, lytting og imitasjon. Kunnskapsoverføringa skjer gjennom samhandling omkring arbeidsoppgavene. Eksempler er mentorordninger, lærling og mester. Sosialiseringa forutsetter et sett felles erfaringer, et felles utgangspunkt som gjør det mulig å dele tankeprosesser og tolke handlinger slik at de gir mening.

Eksternalisering

I den neste fasen oversettes den tause kunnskapen til verbale uttrykk, slik at den blir mulig å artikulere. Dette skjer gjerne gjennom bruk av metaforer og analogier. På denne måten kan den også kommuniseres til andre i organisasjonen, det legges et grunnlag for dialog og for økt forståelse. Dette gir igjen muligheter for å korrigere og justere oppfatninger, andre kan stille spørsmål og bidra til videre utvikling av kunnskap.

Kombinering

I den tredje fasen skapes ny kunnskap ved at ny og eksisterende kunnskap samles, systematiseres og kobles sammen. I denne fasen er det fokus på kommunikasjon og spredning av denne kunnskapen, for eksempel gjennom utvikling av rutinebeskrivelser og prosedyrer. Det er større grad av skriftlighet, kunnskap blir kodifisert, gjerne ved hjelp av IT-systemer.

Internalisering

I den siste fasen internaliseres kunnskapen – den "setter seg i ryggmargen" og går over til å bli organisasjonens tause kunnskap. Det forutsetter at menneskene i organisasjonen finner noe i denne kunnskapen som er relevant for en selv på en eller annen måte – personlig eller faglig. Dette innebærer også at det har skjedd læring, forstått som relativt permanent endring av atferd. Kunnskapen blir automatisert på en slik måte at man ikke tenker over hva man gjør.

Den iteriske dimensjonen i SECI-modellen innebærer at prosessene gjentas i en kunnskapsspiral. Transformasjonen mellom taus og eksplisitt kunnskap er derfor en kontinuerlig og dynamisk prosess. Prosessene i modellen der kunnskap dannes skaper denne kunnskapsspiralen hvor personlig kunnskap omdannes og utvikles til også å involvere andre og dermed blir dette et bidrag til den organisatoriske kunnskapen. Utfordringene for organisasjonen er dermed å lære ved å imitere og å skape ny kunnskap som kan omsettes til eksplisitt kunnskap (Siggard Jensen, Mønsted, Fejfer Olsen, 2004).

SECI-modellen forutsetter til en stor del at den tause kunnskapen er overførbar. I dette ligger også hovedkritikken av modellen. Siggard Jensen beskriver dette som at modellen har en endimensjonal vinkling på den tause kunnskapen, og at det derfor ikke er åpenbart at den iteriske prosessen vil gå som beskrevet. Han eksemplifiserer denne tause kunnskapen videre med referanse til Janik (1998) ved at taus kunnskap som håndlag, ferdigheter og

andre selvfølgelige og ubevisste forantakelser vanskelig lar seg transformere i den prosessen som SECI-modellen illustrerer (Siggard Jensen, Mønsted, Fejfer Olsen, 2004).

Stephen Gourlay er enda mer kritisk til SECI-modellen (Gourlay, 2005). Hans hovedinnvendinger mot modellen består i følgende:

1. Taus og eksplisitt kunnskap er ikke uavhengige slik modellen forutsetter. Gourlay hevder at eksplisitt kunnskap hviler på taus kunnskap slik at taus og eksplisitt kunnskap er avhengig – ikke uavhengige av hverandre.
2. Sosialisering kan ikke skilles fra internalisering, kunnskapsutvikling skjer ikke som en lineær prosess, slik modellen legger opp til gjennom sine fire stadier.
3. Kombinering innbefatter eksternalisering og internalisering og kan ikke ses på som egne adskilte stadier i kunnskapsprosessen.
4. SECI-prosessen er verken teoretisk fundamentert eller basert på nye bevis som understøtter modellen.
5. Ved at modellen tar utgangspunkt i kunnskap som "rettferdiggjort sann overbevisning", mener Gourlay at kunnskap blir gjenstand for bedømmelse og nærmest underlagt en autoritet for hva som kan anses som "sann" og "riktig" kunnskap. Jeg forstår denne kritikken til å handle om det samme som Siggard Jensen et al. som jeg tidligere har nevnt, heller mot en definisjon av kunnskap som "rettferdige overbevisninger".

Til tross for kritikken rettet mot SECI-modellen tror jeg likevel denne kan være et viktig bidrag til å synliggjøre og illustrere kunnskapsprosessen og dermed hjelpe til for å forstå hvordan kunnskapsdeling og -utvikling skjer i en organisasjon. Samtidig tror jeg modellen kan bidra til refleksjon og bevisstgjøring omkring taus kunnskap og dynamikken i organisasjonens kunnskapsutvikling.

5.2 Kunnskapsledelse

Knowledge management har vært tema siden tidlig på 1990 tallet. Forskere, konsulenter og mediefolk fra hele verden har formånet bedrifter om at det er fornuftig å betrakte kunnskapsutvikling som et mulig konkurransefortrinn. Det bør fokuseres på kunnskapsarbeidernes behov og å utvikle et læringsmiljø som tilfredsstillende de kravene som stilles av den postindustrielle informasjonsøkonomien (Von Krogh m.fl., 2005). Selv om det er lett å snakke om "å skape en god læringskultur", eller å snakke om en kunnskapsbasert økonomi er det vanskeligere å måle de menneskelige prosessene som kreativitet, samtaler, undervisning, læring og vurdering. Hvis man tar utgangspunkt i de bedriftene som har strevd med disse spørsmålene, virker det som om det er noe med begrepet kunnskapsledelse som setter begrensninger. Det er faktisk slik at begrepet ledelse innebærer eller signaliserer kontroll over prosesser som er ukontrollerbare eller som faktisk stivner om de blir styrt for strengt (Von Krogh m.fl., 2005).

Kunnskap er ikke et nytt fenomen i organisasjoners liv. Den største forskjellen mellom tidligere tiders virksomheter og mange av dagens organisasjoner er at mens man tidligere hadde som primærfunksjon å produsere – gjerne masseprodusere – noe materielt, har man i dag i stor grad, som mål å produsere immaterielle verdier i form av kunnskap. Dette medfører at mange organisasjoner i dag er mer avhengig av hvordan kunnskapen forvaltes og foredles enn tidligere. Hvordan organisasjonene ledes vil dermed ha avgjørende betydning for organisasjonens resultatoppnåelse.

Kunnskapsledelse henger nøye sammen både med organisasjonens (ledelsens) verdigrunnlag og epistemologi, organisasjonens karakteristika og omgivelsenes krav: Hvordan lederen ser på sine medarbeidere - menneskesyn, hvilke verdier som legges til grunn, hvilke verdier som kommer til uttrykk i skriftlige dokumenter, i den utøvende ledelse og i personalpolitikken. Verdier har alltid vært et viktig element i ledelse, og er det spesielt i kunnskapsledelse (Nordhaug 2002)

I et statisk, rasjonelt perspektiv oppfattes organisasjonen som konkret, entydig og gitt. Kunnskap vil i hovedsak finnes i kodifisert form og den enkelte medarbeiders individuelle kunnskap vil dermed ha mindre betydning. Fokuset vil i dette perspektivet være rettet mot informasjonsteknologi, rutiner og prosedyrer og kunnskap anses som et statisk objekt – det enkelte menneske kommer i andre rekke (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002).

Min oppfatning av kunnskapsledelse baseres imidlertid på at organisasjonen ikke er så klar og entydig som i det rasjonelle perspektivet. Forståelsesrammen er prosessuell og dynamisk, preget av at organisasjonen er mer uklar, mangetydig og subjektivt kodifisert som kunnskapsrepresentasjon konstruert. I dette perspektivet anses kunnskap som dynamisk og relasjonell; det å lære vil være like viktig som det å kunne (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002). Dette perspektivet har klare implikasjoner for ledelsesutøvelsen. En definisjon av kunnskapsledelse som man mener gir mening er kunnskapsledelse som ledelse av prosesser for utvikling, lagring, deling og anvendelse av kunnskap (Irgens, 2004).

Definisjonen har i forståelse av denne en pragmatisk tilnærming i det den både peker på ledelse av prosesser og lagring av kunnskap som elementer i kunnskapsutvikling og som grunnlag for kunnskapsledelse. I likhet med at man for kunnskapsbegrepet kan innta forskjellige tilnærminger avhengig av perspektiv, kan man også vinkle og forstå kunnskapsledelse tilsvarende. Christensen skiller mellom to til dels motsatte perspektiver på kunnskapsledelse; det instrumentelle og det refleksive (Christensen, 2000). På samme måte beskriver også Newell m.fl. to tilsvarende perspektiv: En kognitiv modell og en fellesskapsmodell (Newell, Robertson, Scarbrough, Swan, 2002).

I det instrumentelle perspektivet beskriver Christensen en organisasjon som vinkler sin kunnskapsledelse i et rasjonelt perspektiv, enten med en teknologisk håndtering eller en organisatorisk håndtering av kunnskap.

Den teknologiske håndteringa bygger på at kunnskapen finnes i organisasjonen - ved å kodifisere denne vil det gi økt tilgang og dermed mer effektiv bruk av kunnskap. Dette må forstås ut fra det strukturelle/instrumentelle kunnskapsperspektivet – der kunnskapsformidlingen ofte knyttes til bruk av IT som verktøy (Christensen, 2000). Det rasjonelle, instrumentelle perspektivet tegner en for meg ikke fullt så mekanisk forståelsesmodell i det den fokuserer på kunnskapsflyt på tvers i organisasjonen. I dette perspektivet organiseres virksomheten i tverrfaglige grupper med mål å utveksle kunnskap på tvers av faglige grenser. Kunnskapsperspektivet er imidlertid fortsatt statisk, og fokuset er på en statisk utveksling av kunnskap, ikke på en dynamisk utvikling.

Kunnskapsledelse i det instrumentelle perspektivet vil i følge Christensen framstå som *management fashion* – altså som et overflatefenomen, ikke som en dyptgripende endring fundert i et dynamisk kunnskapsperspektiv. Kunnskapsledelse vil i dette perspektivet ikke påvirke organisasjonens drift, men kun fungerer til å legitimere organisasjonen som en bedrift som har innført kunnskapsledelse (Christensen, 2000).

Det refleksive perspektivet bygger imidlertid som navnet antyder på en dynamisk kunnskapsforståelse. Christensen understreker at kunnskapsledelse i et refleksivt perspektiv ikke må betraktes som en metode, men som en analyse av de forandringer kunnskap gir i organisasjonen og som en analyse av kunnskap som ressurs for blant annet ledelse og organisering av virksomheten. Det refleksive perspektivet bygger videre på en forståelse av at kunnskap og kunnskapsledelse brukes til å skape forandringer i organisasjonen, ikke bare til å løse eksisterende problem. Kunnskapsledelse må i dette perspektivet forstås som en konsekvens av framveksten av kunnskapsamfunnet, og som et uttrykk for de endringer denne utviklingen medfører for organisasjonen (Christensen, 2000). Jeg mener å se klare likhetstrekk med dette refleksive perspektivet og en reflektert praksis.

Som nevnt tidligere er det viktig å kunne innta forskjellige perspektiver for å forstå og fortolke situasjoner og fenomener. Vi mener det er viktig at man også som leder gjennom refleksjon og dialog evner å utvikle og bevisstgjøre sitt perspektiv og forståelse av kunnskap samt utvikle sin kunnskap om kunnskap og kunnskapsutvikling i seg selv. Mette Mønsted understreker i sin artikkel "Organisering av viden i usikkerhet" at den kunnskap som skal ledes ikke er et objekt, men snarere et resultat – en prosess der en viktig del av denne er å arbeide i gråsonen mellom kunnskap og den kunnskap vi ennå ikke har ervervet oss (Christensen, 2000). Dette underbygger at kunnskapsledelse først og fremst handler om å lede prosesser - ikke objekter - og at kunnskapsledelse også må settes i det man velger å kalle et kunnskapsstrategisk perspektiv.

SECI-modellen bidrar til å få innsikt i kunnskapsutviklingen – hvordan taus og individuell kunnskap kan transformeres til organisatorisk kunnskap. Kunnskapsledelse må i lys av dette rettes mot å skape kontekst for kunnskapsutvikling – den må altså baseres på å oppdage og

foredle eksisterende taus og eksplisitt kunnskap og å tilrettelegge for eller utvikle ny kunnskap. Implisitt i dette ligger naturligvis et sterkt medarbeiderfokus basert på grunnleggende ledelsesverdier. Dette med formål både å øke den enkeltes generelle trivsel og motivasjon, men ikke minst for å stimulere til videre kunnskapsutvikling og bruk av kunnskap.

Å lede kunnskap innebærer også at kunnskapen i organisasjonen ikke bare foredles på individnivå og gruppenivå – den må deles både mellom organisasjonens medlemmer og på tvers av organisatoriske grenser. Det er den kollektive praksis som skal utvikles, ikke bare gjennom kunnskapsområder som mer formalkunnskap og ferdigheter, men også gjennom å utvikle felles språk, utvikle en felles historie og identitet gjennom fortellinger og myter samt ved å utvikle felles rutiner som handlinger og ryggmarksreflekser (Rolfsen, 2000).

5.2.1. Kunnskapsorganisasjonen

Mange organisasjoner har blitt mer avhengig av hvordan kunnskapen forvaltes og foredles enn tidligere. Dette som en naturlig konsekvens av at formålet for mange organisasjoner er å produsere immaterielle verdier i form av kunnskap eller for å bruke kunnskapen til å produsere andre verdier. Samtidig har jeg også beskrevet at kunnskap ikke er et nytt begrep i organisasjoners virke, poenget er at kunnskap har fått fornyet aktualitet. Å definere en kunnskapsorganisasjon kan derfor like mye handle om å definere hva som *ikke* er en kunnskapsorganisasjon. Alle former for tjenesteyting, service og produksjon vil i varierende grad baseres på kunnskap. Medarbeidernes kunnskap er avgjørende for organisasjonens produkt/leveranse, dette gjelder så vel tradisjonelle produksjonsbedrifter som mer servicerelaterte organisasjoner. Om det finnes en gruppe av organisasjoner som kan kalles kunnskapsorganisasjoner, handler altså ikke det nødvendigvis om den formelle kunnskapsbeholdningen og graden av kunnskap i organisasjonen.

Kunnskapsorganisasjoner kan også kalles kunnskapsintensive organisasjoner. Dette gir oss en viss formening om hva som ligger i begrepet. Det som særpreger kunnskapsorganisasjonen er at kunnskap først og fremst er knyttet til organisasjonens medarbeidere og mønstre internt og eksternt. Kunnskap er både innsatsfaktor, produksjonssystem og sluttprodukt på samme tid (Kongsvold, Skaret 2002).

Likevel, også i tradisjonelle produksjonsbedrifter – tradisjonelle i den forstand at teknologi og maskiner er essensielt for produksjonen – benyttes kunnskap som i en kunnskapsorganisasjon slik jeg har beskrevet denne. For eksempel må tradisjonelle industri- og produksjonsbedrifter også ha markedsføringskompetanse, strategisk kompetanse, informasjonskompetanse med mer. Deler av virksomheten har derfor kunnskap som innsatsfaktor, produksjonssystem og sluttprodukt. Man kan derfor trekke den konklusjon at det ikke er et skarpt skille mellom kunnskapsorganisasjoner på den ene siden og ikke-kunnskapsorganisasjoner på den andre.

For videre å forstå hva en kunnskapsorganisasjon er, kan det være nyttig å definere arbeidsprosessene og karakteristika ved disse. Med kunnskap som innsatsfaktor og produksjonssystem blir kunnskapsprosessen i organisasjonen essensiell. I kunnskapsorganisasjonen vil derfor de interne prosessene være relatert til kommunikasjon, koordinering, prosessering av informasjon og kombinerende av kunnskap (Gjersvik, Blakstad, 2002).

Kunnskapsorganisasjonen skal gi gode vekstvilkår for innovasjon og kreativitet der medarbeideren har tilstrekkelig handlefrihet. Tradisjonelle, hierarkiske organisasjonsstrukturer og planprosesser samsvarer dårlig med en slik organisasjon. Kunnskapsorganisasjonene må derfor utformes, organiseres, struktureres og ikke minst ledes slik at de legger til rette for kunnskapsutvikling og verdiskaping i tråd med de verdier som organisasjonen er bygget på (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002). Newell et.al. mener at spesielt serviceorganisasjoner tenderer mot å være kunnskapsorganisasjoner. Dette fordi deres eksistens er basert på i hvor stor grad de evner å løse komplekse problemer og finne løsninger for sine klienter/brukere (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002). Dette understreker etter min mening forståelsen av kunnskapsorganisasjoner til å ha kunnskap både som innsatsfaktor, produksjonsfaktor og sluttprodukt. Et annet viktig poeng er at kunnskapsorganisasjonene hviler på sin intellektuelle kapital – i kunnskapsorganisasjonene er det medarbeiderne som er ”produksjonsmidlene”, ikke teknologien eller maskinene (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002).

5.2.1.2 Kunnskapsmedarbeideren

Kunnskapsarbeideren vil i sitt arbeid søke kunnskap og intellektuelle utfordringer. Jobbens karakter preges gjerne av kreativitet, innovasjon og problemløsning. Muligheten til kunnskapsutvikling, karriere og personlig vekst betyr ofte mer enn lønn. Dette betyr blant annet at kunnskapsarbeideren må gis muligheter til personlig (kunnskaps-)utvikling, det må gis rammer og muligheter og stor grad av autonomi til faktisk å kunne møte de utfordringer og oppgaver som skal løses. Det er kunnskapsarbeideren som står for organisasjonens verdiskaping – kunnskapsarbeideren representerer dermed en investering for organisasjonen, ikke en kostnad (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002).

Med dette utgangspunktet vil tradisjonell styring, kontroll og hierarkiske maktstrukturer neppe være en farbar vei for lederen å gå. I tillegg er ofte lederen i en posisjon med manglende faglig autoritet, da denne ofte ikke har samme kunnskapsnivå som medarbeideren selv. Det kan være nærliggende å trekke den slutning at behovet for ledelse vil avta. Imidlertid er det ikke mengden ledelse som påvirkes, det er innholdet som må endres. Kontroll i sin tradisjonelle form vil ikke fungere, lederen må rette sin oppmerksomhet mot aktiviteter som sikrer at kunnskapsarbeiderens engasjement og arbeid er i samsvar med organisasjonens mål (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002).

Det er blant annet i dette perspektivet kunnskapsledelse fokuserer på ledelse av prosesser.

Som jeg har vært inne på tidligere kan man heller ikke betrakte den kunnskap som skal ledes som et objekt. Prosessledelsen som en del av kunnskapsledelsen blir da både en motiverende, kunnskapsutviklende, identitetsskapende og en "kontrollerende" aktivitet. Mintzberg understreker dette i sin ad-hokratimodell for kunnskapsorganisasjoner, der kontroll baseres på en normativ og kulturell kontroll i stedet for kontroll gjennom rutiner og prosedyrer og under et overoppsyn (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002).

Et annet moment som påvirker kontrollaspektet i kunnskapsledelse er kunnskapsarbeidernes trang til og behov for å søke ut av organisasjonen. Både deltakelse i nettverksarbeid og det faktum at medarbeideren ofte jobber "i feltet" – sammen med kunden og hos samarbeidspartnere bidrar til at kunnskapsledelse må fokusere på strategier som styrker organisasjonsidentitet og lojalitet. I tillegg vil kunnskapsarbeiderens nettverk og samarbeidsrelasjoner være løselige, som oftest prosessavhengig uten faste etablerte strukturer. Dette styrker det forhold at kunnskapsledelse må ha et sterkt fokus på strategier for utvikling, lagring, deling og anvendelse av kunnskap på tvers av samarbeidsrelasjonene/gruppene uten å intervensjon direkte i disse prosessene (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002).

Det er nærliggende og en fare at man får et inntrykk av kunnskapsarbeidere som tilnærmet organisasjonsuavhengige personer med helt spesielle krav til sine omgivelser, og uten påvirkningsmulighet for lederen. Kunnskapsarbeiderne blir i noen sammenhenger også benevnt som "gullsnipperarbeidere" ("gold-collar workers"), i den forstand at de trenger spesielt god ledelse, gis gode betingelser for jobbutførelse og gis gode ansettelsesforhold (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002). Etter min mening er dette en noe karikert beskrivelse, men samtidig gir det grunn til refleksjon for lederen og beskrivelsen kan bidra til å framheve og understreke ledelsesutfordringen i kunnskapsorganisasjonen. Kunnskapsarbeideren skal og vil ofte arbeide løsrevet fra organisatoriske rammer. Samtidig er han/hun et menneske med behov for å bli sett i sin jobbutførelse og for å få anerkjennelse for den jobben som utføres. Denne anerkjennelsen vil bidra til trygghet og til å synliggjøre at jobbutførelsen er et bidrag til organisasjonens samlede verdiskaping (Newell, Robertson, Scarbrough & Swan, 2002). I kunnskapsorganisasjonen er det medarbeiderne som gjennom sin kunnskap, sine handlinger og beslutninger som representerer verdiskapingen – de bærer altså med seg organisasjonens verdibeholdning. Kunnskapsarbeideren vil ofte representere en attraktiv verdi også for andre enn den organisasjonen vedkommende jobber i. Avhengighetsforholdet til organisasjonen kan oppleves redusert og medarbeideren står i en valgsituasjon i forhold til bruk av egen kunnskap. Nordhaug skiller i denne sammenheng mellom det han kaller "kontinuerlig ekstern eller intern valgsituasjon", altså at arbeideren både har stor valgfrihet til å velge å gå over til annen organisasjon, og hvorvidt han/hun ønsker å bruke sin kunnskap til organisasjonens beste, for eksempel dersom mistriivsel, konflikt eller lignende preger hverdagen (Nordhaug 2002).

Dette stiller ledelsen overfor store utfordringer ikke bare knyttet til det å beholde

kunnskapsarbeideren, men også til det å beholde kunnskapen i organisasjonen og redusere organisasjonens sårbarhet dersom medarbeideren velger å slutte i organisasjonen. Hva som er de riktige ledelsesmessige tiltakene vil være situasjonsavhengig, men dette forholdet understreker behovet for en ledelsesform som understøtter kunnskapsutvikling, lojalitet og tilhørighet hos medarbeideren samtidig som man i størst mulig grad må bidra til deling, utvikling og lagring av kunnskap i organisasjonen

5.2.1.3 Kunnskapsledelse for alle?

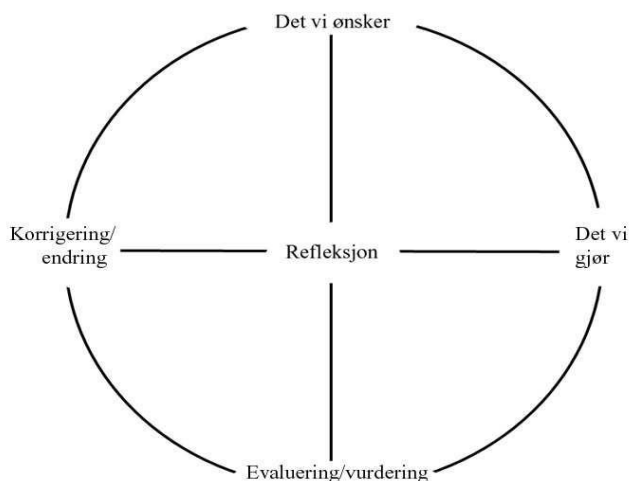
Har tidligere sagt at det ikke er et klart skille mellom kunnskapsorganisasjoner og "ikke kunnskapsorganisasjoner". Dette åpner for at kunnskapsledelse som ledelsesform kan ha nytteverdi i alle organisasjoner. Imidlertid kan det være både individuelle og organisatoriske hindringer for å innføre kunnskapsledelse. Enhver organisasjons- og kunnskapsutvikling handler om mennesker. Alle prosessene i organisasjonen er avhengig av enkeltindividene i organisasjonen, og den menneskelige faktor består da av ulike kunnskapsnivå, ulike relasjoner og ulike personlige egenskaper. Dette kan være problematisk dersom man som leder ikke anerkjenner mangfoldet, men ser det som en barriere for kunnskapsutviklingen (Von Krogh, Ichijo, Nonaka, 2000).

Dette understreker også det jeg har vært inne på tidligere – nemlig det faktum at kunnskapsledelse må bygges på et solid fundament basert på et positivt menneskesyn, et dynamisk kunnskapsperspektiv og et prosessuelt/dynamisk organisasjonsperspektiv. For meg er kunnskapsledelse derfor en prosess som må drives *blant* og ikke *for* medarbeiderne.

5.3 Læring

Jeg har vist at kunnskap har fått fornyet aktualitet i organisasjoner, og som en naturlig konsekvens av dette har det også blitt et økt fokus på kunnskapsutvikling og læring. Læring er knyttet til atferdsendring, og blir derfor ofte forstått som relativt permanent endring av atferd (Irgens 2000). Dette gjelder så vel så mye på individnivå som på gruppe- og organisatorisk nivå. Organisasjonens evne til læring er derfor avgjørende sett i lys av at organisasjonen alltid må håndtere ytre og indre (kommende) endringer. Irgens problematiserer imidlertid med referanse til Friedlander denne definisjonen av læring, og beskriver læring som "de prosesser som underbygger og virkeliggjør endring" (Irgens 2000). Med denne forståelse av læring vil læring i seg selv ikke nødvendigvis gi endring – poenget er at læring gir oss forståelse og innsikt i alternativene for handling slik at man kan velge mellom disse. Læring i denne forståelsen vil altså gi oss et potensial for å ta i bruk ny atferd.

Disse to forskjellige definisjonene av læring rokker ikke ved en forståelse av at læring og endring henger nøye sammen. Irgens viser i denne sammenheng til organisasjonens læringshjul, som illustrerer forholdet mellom intensjoner og atferd, evaluering og korrigerende (Irgens, 2000):



Figur 2 - Refleksjonssirkelen

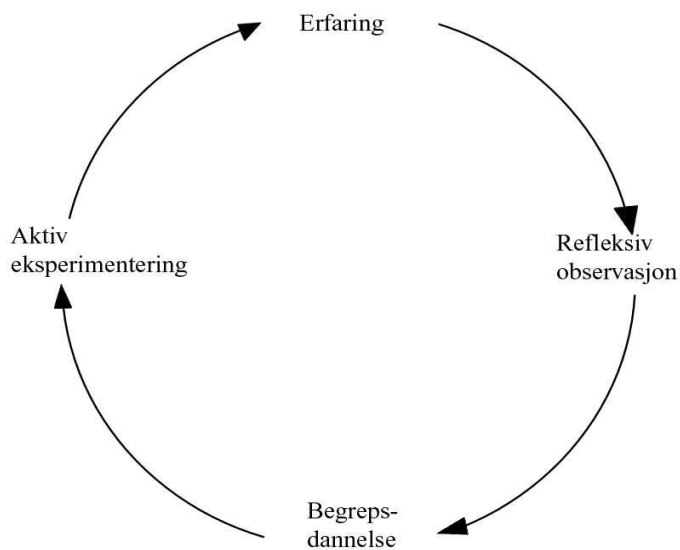
Modellen viser skjematisk at man kan holde opp det man gjør mot det man ønsker å gjøre for så å evaluere våre evner og våre muligheter til å realisere intensjonene. Ved å utvikle evnen til refleksjon i denne prosessen setter man seg bedre i stand til å forstå forholdet mellom de ulike prosessene i modellen, og hvorfor det eventuelt er et misforhold mellom det vi ønsker å gjøre og det man faktisk gjør.

Har tatt med denne modellen fordi den setter refleksjon sentralt i læringsprosessen. Irgens viser til at refleksjonen hjelper til å forstå hvilke faktorer som hindrer oss i å realisere det vi ønsker å gjøre og videre at vi ut fra dette kan forsterke de faktorer som styrker vår læringsevne (Irgens, 2000). Ved hjelp av refleksjon kan vi altså bli bedre til å lære, og dermed bli bedre til å utvikle og forbedre.

Den danske forskeren Knut Illeris beskriver den læring som foregår i utførelse av arbeidsoppgaver med begrep som hverdagslæring, uformell læring og erfaringslæring (Illeris 1999). Han hevder videre at dette er uformell læring som skjer gjennom utførelse av daglige arbeidsoppgaver og som springer ut av de handlingene og de konkrete erfaringene som blir gjort. Illeris har med sitt læringsbegrep et sterkt fokus på erfaring og handling. Som jeg tidligere har vist kan vi forstå kunnskap som "evne til handling" (Sveiby, 2001). Man kan derfor forstå læring som veien til kunnskap. Samtidig vil man som reflektert praktiker også lære i situasjonen, slik at kunnskap gjennom handling blir gjenstand for ny læring.

Den amerikanske psykologen David Kolb har en modell for en erfaringsbasert læring som etter min vurdering gir økt forståelse av læringsbegrepet (Kolb, 1984). Kolb legger konkret erfaring til grunn for sirkulære, kontinuerlige læringsprosesser der man gjennom observasjon og refleksjon forsøker å finne ny forståelse i den erfaringen man gjør seg. Denne forståelsen

benyttes så for å prøve ut nye handlinger som i sin tur gir erfaringer å reflektere over. Kolbs læringsmodell kan skisseres slik:



Figur 3 - Kolbs lærings sirkel

Som andre teoretiske modeller er også Kolbs modell et forsøk på å systematisere og illustrere en prosess slik at denne kan bidra til økt forståelse og kunnskap. Kolb understreker at det må foregå en intellektuell prosess - en refleksjon - i tiden mellom de ulike trinn. På den måten kan man forstå refleksjonen som en slags bro mellom erfaring og læring.

Slik jeg forstår Kolb, har han et dynamisk perspektiv på kunnskap der ny erfaring, ny innsikt og ny kunnskap blir utviklet i en kontinuerlig læringsprosess. Finner det også interessant å kunne sammenligne Kolbs modell med SECI-modellen, som i sin iteriske form er en modell for kunnskapsutvikling. Imidlertid – der SECI-modellen forsøker å illustrere omdannelsen av individuell, taus kunnskap til organisatorisk kunnskap, fokuserer Kolbs modell på individuell læring og læring/forståelse som individuelle fenomener. Dette understøttes også av Illeris som kritiserer Kolb for mangelen på det sosiale aspektet (Illeris, 1999). Likevel mener også han at Kolbs modell kan fungere som et verktøy til å systematisere læreprosesser og til å bevisstgjøre egne og organisasjonens erfaringer.

For meg gir Kolbs modell mening når man ser denne i sammenheng med SECI-modellen. Modellene har som jeg har nevnt tidligere flere fellespunkter, og jeg mener at de utfyller og støtter hverandre. Kolbs modell er til hjelp for å forstå hvordan erfaring kan omdannes til erkjennelse ved hjelp av refleksjon.

5.3.1 Organisatorisk læring

Når jeg benytter begrepet organisatorisk læring, blant annet i forbindelse med SECI-modellen, er det åpenbart at denne læringa utgjør mer enn medarbeidernes individuelle

tilegnelse av kunnskap. Jeg har så langt påpekt at læring i organisasjoner er avgjørende for organisasjonens tilpasning og overlevelse. En lærende organisasjon kan benyttes som begrep på en organisasjon som evner å lære på organisatorisk nivå, altså en organisasjon som har lært å lære – der læring inngår som en kontinuerlig og refleksiv prosess.

Det siste er et viktig poeng for meg: Uten refleksjon og bevissthet omkring læringsprosessen blir det etter min mening ingen læring, men kun en øvelse der organisasjon svarer med den samme respons på de stimuli som organisasjonen utsettes for - det som Chris Argyris kaller "null-læring" (Irgens, 2000).

I min forståelse av kunnskapsledelse har man blant annet vektlagt et prosessuelt perspektiv på kunnskap, og jeg har vist til at det er viktig å skape kontekst for kunnskapsutvikling og læring. Modeller og forståelsesrammer som SECI-modellen og improvisasjon har hjulpet meg til bedre å forstå hva dette innebærer. Tilrettelegging for læring og kunnskapsutvikling står sentralt i et kunnskapsperspektiv, men også i et perspektiv som nevnt over der organisasjonen er avhengig av utvikling og innovasjon for sin tilpasning og overlevelsessevne.

Med læring som "veien til kunnskap" forstår jeg derfor en lærende organisasjon ikke bare som en organisasjon som har lært å lære, men også som en organisasjon med evne til å tilpasse og utvikle seg gjennom kunnskapsutvikling. Det vil altså være et vesentlig poeng at organisasjonen gjennom læringsprosesser også utvikler evne til metalæring: Evnen til å lære å lære. Chris Argyris har beskrevet dette gjennom sin beskrivelse av organisatorisk læring i enkle og doble kretser (Argyris & Schön, 1996). Han skiller læring i organisasjoner mellom enkeltkrets- og dobbeltkretslæring, der enkeltkretslæring er den form for læring som jeg velger å kalle for enkle korreksjoner. Dette fordi enkeltkretslæring ikke endrer på de grunnleggende forutsetninger, altså normer og verdier som organisasjonen bygger på, men kun foretar en korrigerende av feil eller uønskede konsekvenser av handling. På den måten vil ikke årsakene til den uhensiktsmessige atferden bli berørt, og organisasjonen vil verken utvikle seg eller benytte situasjonen/muligheten til læring. Dette må da ses i forhold til læring som relativt permanent endring av atferd, eller i det minste at organisasjonen er bevisst valgmulighetene og det potensial som finnes for å ta i bruk ny atferd.

Dobbeltkretslæring vil da være den form for læring som går bakenfor selve handlingen. Ved dobbeltkretslæring stilles det spørsmål ved de eksisterende normer og verdier som forutsetninger for atferden. Det skjer etter min oppfatning en form for "organisatorisk refleksjon" der det skapes erkjennelser som bidrar til å endre på årsakene til den uhensiktsmessige atferden. Det oppnås med andre ord organisatorisk læring i den forstand at organisasjonens atferd endres. Forstår dette som en refleksiv atferd med mål å endre, tilpasse, utvikle organisasjonen – organisasjonen lærer av læringsprosessen, den lærer å lære. Et annet moment for å skape organisatorisk læring som jeg ønsker å framheve er å arbeide med mentale bilder. Ved å skape mentale bilder og arbeide for å virkeliggjøre disse, legges det et viktig grunnlag for organisatorisk læring. Ser også dette i sammenheng med kunnskapsledelse og improvisasjon, der felles mentale bilder kan fungere som ramme og

målbilde for virksomheten og dermed erstatte mer detaljerte og til dels begrensede tiltak og mål slik man kan finne det i tradisjonelle plandokumenter.

Mentale bilder fremstår derfor nyttig både som målbilde i kunnskapsorganisasjonen og som element for å skape organisatorisk læring. For bedre å forstå hvorfor mentale bilder har betydning for organisatorisk læring, vil jeg gå nærmere inn på Argyris og Schöns gapmodell for handlingsteorier og bruksteorier (Argyris & Schön, 1996). Argyris og Schön understreker at man må forstå hva som kjennetegner organisasjonens oppgaver og atferd før man kan forstå organisatorisk læring. Dette med utgangspunkt i gapet mellom de handlingsteorier og bruksteorier som benyttes i organisasjonen. Med handlingsteorier menes de offisielle, uttalte handlinger som organisasjonen representerer, muntlige og/eller skriftlige beskrivelser av for eksempel systemer, strukturer, prosedyrer, regler med mer. Bruksteoriene, derimot, avviker som oftest fra handlingsteoriene og representerer de faktiske teoriene – hvordan organisasjonen viser seg i sin atferd.

Argyris og Schön viser til at bruksteoriene er et resultat av individuelle fortolkninger i organisasjonen. Dette er den enkeltes eller gruppens fortolkninger av handlingsteoriene, en oppfatning av et framtidig bilde av organisasjonen, i hvilken retning den skal utvikle seg og en forventning om bestemte resultater. I følge Argyris og Schön har en organisasjon lært hvis det skjer endringer i organisasjonens bruksteorier. Når organisasjonens medlemmer avdekker mangel mellom forventninger og resultat, endres bruksteoriene slik at de igjen samsvarer med forventningene. Disse forventningene er det man forstår som det mentale bildet av en mulig framtid, et mulig målbilde.

For å kunne arbeide med organisatorisk læring er det viktig å forstå at det også ofte finnes hindringer for læring som det er viktig å avdekke. Argyris bruker begrep som organisasjonsmessig forsvarsmønster for å beskrive de mekanismer som hindrer organisatorisk læring (Argyris & Schön, 1996). Ved at organisasjonen søker å endre/justere de grunnleggende forutsetninger, verdier og normer kan dette oppfattes som en trussel som utløser forsvarsmekanismer. I stedet for å gå til de bakenforliggende forutsetningene, vil man i en slik situasjon for eksempel omgå feilene, late som de ikke har skjedd eller velge det alternativet som Argyris selv beskriver som å *passer på at den er umulig å diskutere, er umulig å diskutere*.

Naturligvis vil slike forsvarmekanismer fungere som en sperre for læring og utvikling. Man bør likevel ha forståelse for at slike mekanismer utløses, da de gjerne er tillært i individets oppvekst som en del av den enkeltes normsett. Det er etter min mening i utgangspunktet ikke noe negativt i å forsvare egne prinsipper og verdier. Utfordringen ligger i å åpne for vurdering av disse, være åpne for sine meninger, øke sin og andres evner til å bli konfrontert med egne ideer og resonnementer – å åpne opp for refleksjon (Irgens, 2000). Det er også interessant å se dette i sammenheng med improvisasjon.

Refleksjon blir et gjennomgående begrep og dermed svært sentralt i forbindelse med læring i organisasjoner. Som den amerikanske organisasjonsteoretikeren Donald Schön har sagt det: "Vi trenger å utvikle oss til reflekterende praktikere, noe som krever at vi beveger oss ut av den teknisk-rasjonelle tradisjonen over til å praktisere refleksjon i vår daglige praksis" (Irgens 2000).

5.4 Helseøkonomi

Mens helse og økonomi angår alle, angår helst helseøkonomi de som er interessert i helsepolitikk og helsevesenet. I likhet med mange andre land har Norge de siste tiårene gjennomført omfattende helsereformer med omlegging av finansieringsordninger for sykehusene. Hva er de overordnede målsettingene for helsevesenet? Det ene dreier seg om effektivitet "mest mulig helse for pengene". Det andre om rettferdighet "lik tilgang for like behov". I st.meld. nr. 16 (2002-2003) om Folkehelsepolitikken er målet "Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet". Men hvordan kan man ved vurdering av alternative helsepolitiske tiltak si hvilket som vil gi "mest god helse" eller "flest gode leveår"? Helseøkonomi dreier seg om helsetjenester - om produksjon, finansiering og fordeling som har til hensikt å forbedre folks helse.

5.4.1 Fordelingsmodeller- historikk

5.4.1.1 Fordelingsprinsippet under fylkeskommunalt eierskap - fra 1970-2001

Fra 1970 til 1979 fikk fylkeskommunen såkalt kurdøgnrefusjon for å finansiere sykehusdriften. Staten betalte i utgangspunktet 75% av godkjente kostnader per liggedøgn, de øvrige utgiftene måtte fylkeskommunen dekke over eget budsjett. I praksis betød dette at den geografiske fordelingen av ressursene i stor grad var bestemt av kapasitet/aktivitet og ikke så stor vekt på behov. Denne finansieringsmodellen resulterte i store ulikheter i tilbudet til befolkningen. Kurdøgnfinansieringen ga i prinsippet god uttelling til de fylkeskommunene hvor kapasiteten var godt utbygd, mens de med mindre utbygd kapasitet fikk relativt mindre ressurser. Fra 1980 ble dermed kurdøgnfinansieringen i sykehusene erstattet med en ordning hvor staten tildelte fylkeskommunene et rammetilskudd til helsetjenestene. Innføringen av rammetilskudd innebar at man nå baserte ressurstildelingen på såkalt objektive kriterier. Disse kriteriene bygde på en offentlig utredning, det såkalte Kvalheim-utvalget, og de bestod av:

- Alder (tre grupper)
- Kjønn (for de over 70 år)
- Antall uførepensjonister og attføringsmottakere
- Antall innbyggere som er bosatt i luftlinjeavstand 7 mil eller lengre fra nærmeste fylkessykehus type 1.

Den relative vektingen mellom kriteriene var basert på kriterienes andel av samlede utgifter for alders- og kjønnskriteriene, mens fordelingen ble skjønnsmessig fastsatt av de to siste kriteriene (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

I 1986 ble det innført nok en ny finansieringsmodell for kommuner og fylkeskommuner. I hovedsak innebar modellen at også de andre sektorene som fylkeskommunen hadde ansvaret for, ble tilført sektorspesifikke rammetilskudd tilsvarende ordningen for sykehusene. Fra 1994 ble de sektorvise tilskuddene slått sammen til et generelt tilskudd til fylkeskommunene. Dette prinsippet var vel og bra men ikke basert på virkeligheten. Det innebar at den instansen som er tildelt ansvaret for at det eksisterer et tjenestetilbud til befolkningen og som også bestemmer omfanget og dermed utgiftene, har et vesentlig økonomisk ansvar for resultatet. Logikken var at den instansen som hadde ”skoen på også visste hvor skoen trykkes”:

”Motivene for å innføre inntektssystemet var å fremme bedre ressursbruk ved utvidet lokalt selvstyre, stimulere lokaldemokratiet, sikre utjevningen etter fordelingspolitiske hensyn og bedre den makroøkonomiske styringen med kommunesektorens inntektsrammer”
(Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008, s. 57)

Man ser da at det fylkeskommunale inntektssystemet var motivert både ut fra et ønske om større lokal frihet, ut fra prinsippet om selvbestemmelse, og ut fra et ønske om en utjevning av kommunene. Dette viste seg å være to motstridende målsettinger (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

Det er ikke uten videre enkelt å finne et sett ”riktige” kriterier for geografisk fordeling av inntekter, disse kriteriene har vært revidert flere ganger. I hovedsak har dette vært motivert ut fra endringer i ansvarsområder og oppgavefordeling, men også ut fra bekymring over hvorvidt eksisterende kriterier virkelig fanger opp geografiske forskjeller. I det såkalte Rattsø I-utvalget ble følgende kriterier inkludert:

- Alder (6 grupper)
- Andel dødelighet 0-64 år
- Andel skilte 16-59 år
- Andel enslige og enslige forsørgere

I forhold til Kvalheim- utvalget er det flere endringer. Det skilles ikke lengre mellom kjønn, aldersgruppene er flere, reisetid er ikke lengre inkludert og det er andre helse- og sosiale kriterier som vektlegges. Det gikk imidlertid ikke mange år før det fylkeskommunale ansvaret gradvis ble redusert og staten økte dermed både styringsengasjementet og sin andel av finansieringen av helsetjenesten. Det var interessant å se at det økte statlige engasjementet i stor grad svekket den kriteriebaserte rammefinansieringen av fylkeskommunene. I grove trekk tok det statlige engasjementet tre former:

- Økt bruk av forskrifter
- De statlige intervensjonene form av øremerkede pakker

- Deler av rammefinansieringen ble erstattet av innsatsstyrt finansiering (ISF). Først som forsøksvirksomhet i perioden 1991 til 1993. Derneft ble ordningen permanent fra 1997.

(Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008)

Man skal merke seg at DRG- systemet som er basert på aktivitet, har andre fordelingsvirkninger enn systemer som er basert på ramme. Rammesystemer fordeler ressursene til en lokal enhet etter kriterier som skal reflektere forskjeller i behov, mens aktivitetsbaserte systemer fordeler inntekter etter faktisk aktivitet. Ordningen med ISF gjeninnførte dermed noe av den samme situasjonen man hadde med kurdøgnfinansieringen, at kapasitet og aktivitet fikk en økt betydning for fordeling av ressurser på bekostning av behov. For å motvirke dette ble det blant annet økt fokus på pasientens valgfrihet og i økende grad mulighet for å velge sykehus utenfor eget nærområde (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

5.4.1.2 Fordelingsprinsippet under statlig eierskap - fra 2002

Da staten overtok ansvaret for sykehusene i 2002, valgte den daværende regjeringen å videreføre ordningen med ISF fra stat til de regionale helseforetakene (RHF). Som under fylkeskommunens eierskap bevilget Stortinget fremdeles en betydelig del av RHF- enes inntekter som aktivitetsavhengige basistilskudd. Dette tilskuddet dekket i motsetning til det tilskuddet fylkeskommunen i sin tid fikk, bare befolkningens behov for helsetjenester. Hagen- utvalget fikk i mandat å foreslå en modell for finansiering av de regionale helseforetakene og utrede kriterier for basistilskudd. Hagen- utvalgets forslag til kriterier var forskjellig på to områder fra de tidligere utvalgenes kriterier. For det første foreslo Hagen- utvalget separate kriterier for somatiske helsetjenester og psykiatriske helsetjenester. For det andre ble det foreslått en endring i hvilke kriterier som skulle bli bestemmende for inntekstfordelingen.

Hagen- utvalget foreslo følgende kriterier:

- Alder (7 grupper)
- Reisetid til nærmeste akuttsykehus
- Andel ugifte over 34 år
- Andel uføretrygdede med psykiatriske diagnoser 18-64 år
- Andel sosialhjelpsmottakere 18-49 år
- Andel med kun grunnskole 18-59 år

Kriteriene for somatiske lidelser var fullt ut basert på aldersfordelingen, i tillegg til reisekriteriene som fanger opp til dels det behovet man har for ambulansetjenester og dels geografiske forskjeller i kostnader. Hagen- utvalgets forslag ble ikke fullt ut gjennomført. Hovedårsaken var at det fra politisk hold var en oppfatning om at kriteriene ville føre til store omfordelinger mellom de ulike RHF ene. Fra 2005 ble inntektene til de regionale helseforetakene basert på en modifisert versjon av forslagene fra Hagen- utvalget. 50% av inntektene ble fordelt etter Hagen- utvalgets kriterier og 50% basert på den historiske fylkeskommunale fordelingen. I tillegg ble det gitt ekstra tilskudd til Helse Nord og Helse Sør.

Helse Sør fikk ekstra tilskudd på grunn av Rikshospitalet (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

I perioden som fulgte ble inntektsfordelingsmodellen kritisert fra to hold. For det første ble det stilt spørsmål om det ikke burde være et sterkere innslag av sosiale kriterier også i fordelingen av inntekter til somatiske tjenester. For det andre ble det en politisk uro knyttet til denne blandingsmodellen. Det ble nok en gang satt ned et nytt utvalg, Magnussen- utvalget, som i januar 2008 leverte sitt forslag til nye kriterier. Disse kriteriene medførte vesentlige endringer i forhold til de forslagene som kom fra Hagen- utvalget. Magnussen- utvalget skilte i likhet med Hagen- utvalget mellom kriterier som bestemmer behovet for somatiske tjenester og psykisk helsevern. I tillegg beregnes det egne kriterier for behovet for spesialisert rusbehandling og for prehospitale tjenester (ambulanse- og pasienttransport). Følgende kriterier inngår:

- Alder (10 grupper)
- Andel ugifte over 39 år
- Andel uføretrygdede med psykiatrisk diagnose 18-69 år
- Andel sosialhjelpsmottakere 18-49 år
- Andel med kun grunnskole 18-59 år
- Andel uføretrygdede 20-66 år
- Andel med rehabiliteringsstønnad 20-66 år
- Andel barn som bor med en forelder
- Andel barnevernstiltak
- Andel sykemeldte
- Dødelighet 20 år og eldre
- Levekårsindeks
- Klimaindeks
- Andel ikke vestlige innvandrere
- Storby (Oslo)

Man ser nå at inntektsfordelingsmodellen nå er vesentlig mer kompleks enn det første forslaget fra Kvalheim- utvalget i 1978. Dette reflekterer fire forhold:

- Kunnskapen om hva som påvirker behovet for helsetjenester er bedret
 - Datagrunnlaget for å etablere robuste sammenhenger mellom ulike typer kriterier og behov er bedret.
 - Tjenestetilbudene er utvidet.
 - Den politiske oppmerksomhet rundt den geografiske fordelingen av inntekter er økt.
- (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

Modeller for inntekstfordeling er ikke noe særnorsk fenomen. Slike modeller eksisterer både i helsesystemer finansiert via skatter (Norden, UK) og i de forsikringsbaserte systemene i

Mellom-Europa (Nederland, Belgia, Tyskland, Frankrike). Det er imidlertid betydelige variasjoner både i valg av fordelingskriterier og i det analytiske grunnlaget for fordelingene (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

5.4.2 Økonomisk styring

5.4.2.1 Kobling mellom mål og planer (budsjett)

Helseforetakene må forholde seg til de føringene som blir gitt fra de regionale foretakene, som igjen må forholde seg til bestillerdokumentet fra staten. Dette omhandler krav til aktivitet, kvalitet og prioriteringer i tillegg til krav om å innfri økonomiske målsettinger. Disse målsettingene kan være innbyrdes motstridende. Et vesentlig problem er at budsjetttrammene for de regionale helseforetakene ofte ikke er klare før et godt stykke inn i driftsåret. Dette betyr at mål- og planleggingsdiskusjonene må foregå før de endelige budsjetttrammene er klarlagt. Dette vanskeliggjør en tett kobling mellom disse prosessene, og denne tidsforskyvningen kan være en medvirkende årsak til at man ser eksempler på at foretakets planer ikke gjenspeiler budsjettet (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

Når de endelige budsjettmidlene fra staten er klare i begynnelsen av januar og nivået på foretakenes budsjetter godkjennes i RHF ene, hender det relativt ofte at helseforetakene må redusere de opprinnelige budsjettene. Dette gjøres på ulike måter. En måte som ofte brukes er å redusere enhetenes budsjetter med en viss generell prosentstørrelse, osthøvelprinsippet. Ved en slik gjennomføring har man ofte ikke noen konkrete planer for hvordan besparelsen på de enkelte enhetene skal oppnås. Dette er med på å redusere koblingen mellom planen og budsjettene, dermed oppfattes budsjettene som urealistiske (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

5.4.2.2 Kobling mellom planer (budsjett) og handling

I diskusjonene om budsjettoverskridelser i helseforetakene de siste årene har aktivitetsnivået vært et sentralt tema. Det argumenteres fra foretakenes side med at aktiviteten målt i antall behandlede pasienter har vært større enn forutsatt i bevilgningene fra staten og at dette har vært årsak til budsjettoverskridelsene. Det er blitt satt krav til foretakene om at de ikke skal øke aktivitetsnivået, og de skal klare seg med de midlene som er stilt til disposisjon gjennom de enkelte års bevilgninger. Men samtidig blir foretakene pålagt via bestillerdokumentene fra staten, om å redusere ventetidene og innfri pasientenes rettigheter til behandling innen gitte frister. Når aktivitetstallene blir høyere enn planlagt, blir dette benyttet som et sterkt argument for tilleggsbevilgninger. Dette betyr at målsettingen om å redusere ventelistene og innfri garantiforpliktelser i ettertid løftes fram som viktigere enn målsettingen om å holde budsjettene. Når staten som eier deretter gir tilleggsbevilgninger med samme begrunnelse, selv om det i forkant ikke var gitt noen rangering av de ulike målsettingene fra statens side. På denne måten aksepteres brudd i koblingen mellom plan (budsjett) og handling. Denne bevilgningspraksisen viser at staten som eier, praktiserer myke budsjettbetingelser.

Tilleggsbevilgninger medfører at plan (budsjett) blir tilpasset handling, og ikke motsatt som forutsatt under betingelsene for rasjonell styringspraksis. Det er uklart hvorvidt aktivitetsøkningen faktisk har vært årsak til budsjettoverskridelsene (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

5.4.2.3 Kobling mellom handling og oppfølging (regnskap)

Det er ikke enkelt å sammenstille aktivitet og kostnader i sykehus. Foretakenes regnskapssystemer er ikke lagt opp slik at dette er mulig. Regnskapene er ofte organisert med utgangspunkt i funksjon, kostnadssted og art. Årsaken til denne organiseringen av regnskapene er å ansvarliggjøre lederne i sykehuset. Organisatoriske enheter er ikke sammenfallende med aktivitet, fordi pasienter ofte er innom flere organisatoriske enheter under sine behandlingsforløp. Det er i tillegg ulike typer aktiviteter på sykehusavdelingene som ikke er knyttet til pasienter, dette gjelder utdanning, forskning og beredskapsaktiviteter. Å måle sammenhengen mellom en økning i antall pasienter og kostnader i en avdeling er derfor problematisk (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

Ofte er det blitt reist kritikk mot regnskapssystemene i sykehusene med bakgrunn i at de ikke er relevante for oppfølging av de enkelte avdelingenes drift. Til dels henger kritikken sammen med at det er manglende kobling mellom kostnader og aktivitet og dels henger den sammen med kvaliteten på regnskapsdata. Det kan forekomme registreringsfeil, lønnsregnskapet er ikke korrekt, periodiseringen kan være forvirrende og mange kostnader og inntekter som egentlig "tilhører" avdelingen blir postert i fellesregnskapet. Dersom regnskapene er ufullstendige og ikke registrerer relevant informasjon, vil det ikke kunne legges til grunn for viktige økonomiske beslutninger, det vil heller ikke gi grunnlag for evalueringer. Iverksetting av tiltak vil da måtte skje uten at de økonomiske konsekvensene er kjent (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

5.4.3 Effektivitetsmåling

Mål på effektivitet utgjør et viktig grunnlag for styring, planlegging og utforming av helsepolitiske virkemidler. Deres nytte vil være tett knyttet opp mot kvaliteten på effektivitetsmålene. I praksis dreier dette seg om hvor presise målene er og hvordan den informasjonen de inneholder, best kan formidles og forstås (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

På samme måte som ved utformingen av finansieringssystem må man ved måling av effektivitet bestemme seg for hvilken aktivitetsenhet man ønsker å ta utgangspunkt i. Sykehusene behandler mange ulike typer pasienter, i pasientbehandlingen inngår også ulike typer aktiviteter og det brukes flere typer ressurser i disse aktivitetene. Dette reiser dermed spørsmål både om hvilket nivå man skal måle på og om hvordan aktiviteten måles. En mulighet er å måle effektivitet for de enkelte tjenestetypene. Fordelen med dette er at den enkelte aktivitet er avgrenset og den kan forholdsvis lett defineres. Ulempen er at sykehus

kan ha høy effektivitet knyttet til enkeltaktiviteter, for eksempel prøvetakninger. Men hvis det samtidig er for høyt forbruk av en tjeneste, for eksempel at det tas unødvendig mange blodprøver eller det utføres for mange kontroller, så vil sykehuset være ineffektivt selv om hver enkelt tjeneste hver for seg produserer effektivt (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

Derfor anbefales det at man måler effektivitet i forhold til et fullstendig pasientforløp. Dette gir to utfordringer:

- Hvordan man på en meningsfull måte avgrensner et pasientforløp
- Skille mellom ulike DRG-er

Behandlingsforløp og forventet ressursbehov vil variere med diagnose, alder og kanskje andre individuelle forhold. Det må dermed korrigeres for pasientsammensetningen når effektiviteten beregnes.

Leger Sykepleiere Annet personell Utstyr Medikamenter Etc.	Legekostnader Sykepleiekostnader Andre personellkostnader Utstyrskostnader Medikamentkostnader Etc.	Prøver Pleie Operasjon Etc.	DRG 1 DRG 2 DRG 3
(1)	(2)	(3)	(4)

Tabell 4 - Etter tabell, Ulike praktiske tilnærminger til måling av effektivitet (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008, s. 102)

- *Teknisk effektivitet* i produksjonen av tjenester finner man i forholdet mellom (1) og (3), forutsatt at man skiller ut ressursbruken knyttet til hver enkelt tjeneste.
- *Kostnadseffektivitet* i produksjonen av tjenester mellom (2) og (3), forutsatt at man skiller ut kostnadene knyttet til hver enkelt tjeneste.
- *Teknisk effektivitet* i behandlingen av pasienter finner man i forholdet mellom (1) og (4), forutsatt at man skiller ut ressursbruken knyttet til hver enkelt pasientgruppe.
- *Kostnadseffektivitet* i behandlingen av pasienter finner man i forholdet mellom (2) og (4), forutsatt at man skiller ut kostnader knyttet til hver enkelt pasientgruppe.

Man ønsker ideelt sett å måle kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet som forholdet mellom ressursinnsats (1), kostnader (2) og aktivitet i form av pasientgrupper (4). Dette har i Norge vært håndert gjennom systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG). Her defineres imidlertid behandlingsforløp noe snevert som en innleggelse (dag eller døgn). Polikliniske konsultasjoner eller kontroller inngår ikke i dette forløpet, og pasienter med flere opphold vil

telles ”på nytt” for hvert opphold. De ressursmessige variasjonene mellom ulike sykdommer ivaretas i DRG-systemet ved en inndeling av pasienter i om lag 500 ulike diagnoserelaterte grupper (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

I tillegg er det viktig å være klar over at sykehusene utfører andre typer aktiviteter enn de som er direkte knyttet til pasientbehandling. Både forskning, undervisning og pasientopplæring er lovpålagte oppgaver, og disse skal i prinsippet inkluderes i analyser av effektivitet. Disse aktivitetene er ikke inkludert i DRG systemet og de må derfor enten registreres for seg, eller man må prøve å skille ut ressursbruken knyttet til disse aktivitetene. En annen utfordring er å finne godt nok datagrunnlag for å beregne ressursbruken. Ressursbruken kan enten måles som totale kostnader knyttet til alle aktivitetene i pasientbehandlingen, eller de kan måles som bruk av legeårsverk, pleieårsverk, utstyr, medisiner og så videre innenfor de enkelte DRG gruppene (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

5.4.4 Effektivitetsanalyser i Norge

5.4.4.1 SAMDATA

De mest vanlige beskrivelsene av produktivitet og effektivitet finner man i den årlige SAMDATA rapporten fra Helsedirektoratet. Jeg gjengir her to ulike typer informasjon fra disse rapportene. Dette gjelder en beskrivelse av ”relativt kostnadsnivå” og en beskrivelse av kostnadseffektivitet. Avgrenser presentasjonen til RHF- nivå.

12.2 Driftskostnader per DRG-poeng uten pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift. Døgn, dag og poliklinisk virksomhet samlet.

Helseforetak og avtaleinstitusjoner	Driftskostnad per DRG-poeng, uten pensjon			Driftskostnad per DRG-poeng, uten pensjon og arbeidsgiveravgift		
	Nivå 2013	Pst end 12-13	Relativt kostnadsnivå	Nivå 2013	Pst end 12-13	Relativt kostnadsnivå
Helse Sør-Øst	42 843	-0,3	0,97	39 651	-0,3	0,97
Helse Vest	42 023	0,7	0,96	38 771	0,5	0,95
Helse Midt-Norge	45 318	-0,1	1,03	42 142	-0,1	1,03
Helse Nord	53 085	0,6	1,21	50 710	0,4	1,24
TOTALT	43 984	0,0	1,00	40 858	-0,1	1,00

Tabell 5 - Driftskostnader per DRG- poeng uten pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift. Hvor døgn, dag og poliklinisk virksomhet er samlet (SAMDATA 2013, s 192).

Sammenligninger av driftskostnader per DRG- poeng presenteres ikke som et mål for effektivitet, men som et mål på relativt kostnadsnivå. Dette er imidlertid praksis på et effektivitetsmål, men hvor normen er gjennomsnittet og ikke beste praksis. Det brukes her en tilnærming hvor alle pasientgruppene aggregeres opp til et samlet aktivitetsmål gjennom bruk av kostnadsvektore. Dette forutsetter at man kan skille ut ressursbruken ved polikliniske aktiviteter, det forutsetter at man kan skille ut kostnadene til undervisning og forskning og det

forutsetter at det ikke er stor- eller samdriftsfordeler/ ulemper (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

Tabell 12.3 Prosentvis endring i driftskostnader per DRG-poeng dekomponert i kostnadseffekt og aktivitetseffekt. Kostnader med og uten pensjon.

Helseforetak og avtaleinstitusjoner	Alle kostnader		Aktivitets- endring	Kostnader uten pensjon	
	Endring i kost- nad per DRG	Kostnads- endring		Endring i kost- nad per DRG	Kostnads- endring
Helse Sør-Øst	-1,0	-0,6	0,4	-0,3	0,1
Helse Vest	0,0	1,5	1,5	0,7	2,2
Helse Midt-Norge	-0,6	0,0	0,7	-0,1	0,6
Helse Nord	-0,1	-0,7	-0,6	0,6	0,0
TOTALT	-0,7	-0,1	0,5	0,0	0,5

Tabell 6 - Prosentvis endring i driftskostnader per DRG- poeng i kostnadseffekt og aktivitetseffekt. Kostnader med og uten pensjon (Samdata 2013, s 193).

Forskjellene på disse målene og målene for kostnadsnivå er at effektivitetsmålene inkluderer polikliniske aktiviteter, samt at man skiller mellom dag- og døgnaktiviteter. I utgangspunktet er ikke disse to tilnærmingene vesensforskjellige.

Begrunnelse for måling av effektivitet er blant annet ut fra et ønske om å få informasjon som kan brukes til styringsformål. Samtidig har man sett at gode effektivitetsmål krever gode data, og at det ligger et til dels tungt begrepsapparat og vanskelige metodiske valg bak effektivitetsmålene. Samtidig er det få begrep det er knyttet slik oppmerksomhet til som effektivitet. Det er imidlertid ett forhold som er viktig å ha med seg når effektivitetsmålene skal tolkes. Det er ikke nødvendigvis slik at effektivitet er et uttrykk for hvor flink man er, dette innebærer at to enheter på sykehuset kan ha ulik effektivitet uten at det nødvendigvis får styringsmessige konsekvenser (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

Skal nå se på noen grunner for at det er slik:

1. Sykehusene kan ha ulikt nivå av akuttberedskap. Dette vil gi økt ressursbruk som ikke nødvendigvis gir utslag i økt aktivitet. I den grad sykehusenes beredskap er pålagt, hvis beslutningen om dette er utenfor deres egen kontroll, vil effektivitetsforskjellene som skyldes ulik beredskap ikke ha normative implikasjoner.
2. Sykehusene kan ha ulike omgivelser. Med dette menes både at sykehusene kan ha ulik mulighet for å samhandle med primærhelsetjenesten, og at beliggenhet og reiseavstander kan innebære forskjeller i reiseinnsats for ellers like pasienter. Denne type forhold kan man heller ikke laste sykehusene for, og resulterende effektivitetsforskjeller har dermed begrenset verdi i en styringssammenheng.
3. Sykehusene kan ha ulik størrelse og ulik aktivitetssammensetning. Begge disse forholdene kan påvirke effektiviteten og begge forholdene kan være utenfor sykehusenes egen kontroll.

4. Sykehusene kan ha ulikt omfang av aktiviteter som ikke er direkte knyttet til pasientbehandlingen. Dette kan for eksempel være forskning og undervisning. Slike typer aktiviteter som er så integrert med pasientbehandlingen, at det vil være vanskelig å skille ut ressursbruken knyttet til dem.

Mål på effektivitet som brukes til styringsformål, må ikke betraktes som en fasit på hvilke sykehus eller avdelinger som er flinke og hvem som ikke er flinke. Mål på effektivitet kan være et utgangspunkt for videre diskusjoner og også et mulig utgangspunkt for læring (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

6.0 EMPIRI

Empirikapitlet er en narrativ beskrivelse av innholdet i forskningsprosessen slik jeg opplevde den. Bakgrunnen for denne studien er at jeg selv har vært enhetsleder ved en av sengeenhetene på sykehuset for en tid tilbake, jeg hadde dermed en formening om hvilke utfordringer enhetslederne stod overfor. Ønsket med denne studien var å se om mitt inntrykk stemmer med dagens virkelighet. Som sagt tidligere i oppgaven var målgruppen i denne undersøkelsen alle enhetslederne ved Klinikken, men av ulike årsaker var det 3 som ikke hadde mulighet for å delta og dermed hadde jeg 11 enhetsledere til intervju.

6.1 Intervjuguiden

I intervjuguiden hadde jeg først noen spørsmål knyttet til personopplysninger. Jeg inviterte som sagt 14 enhetsledere til intervju, men av ulike årsaker ble det 11 enhetsledere som deltok i undersøkelsen, det gir en svarprosent på 78,57%. Av disse var det 2 menn og det var spredt alderssammensetning fra ca.25-60 år på de ulike respondentene. 9 av respondentene er sykepleiere og 7 av respondentene har spesialutdanning innen sitt fagfelt. Når det gjelder formell utdanning innen organisasjon og ledelse har 6 av respondentene en form for formell lederutdanning, men bare 1 av respondentene har mer enn 60 studiepoeng. Respondentene har varierende erfaring som ledere i Klinikken, de har i snitt 4,68 års ledererfaring. Etter den innledende delen hadde jeg en del åpne spørsmål og deretter en del påstander.

Ut i skriveprosessen fant jeg ut at jeg måtte ha en bedre oversikt over hvilke spørsmål og påstander i intervjuguiden som var knyttet til de ulike forskningsspørsmålene. Har derfor laget en skjematisk oversikt over dette.

Med følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilken betydning har økonomi for enhetsledernes arbeidshverdag?
2. Hvilken betydning har de økonomiske utfordringene for den faglige utviklingen ved lokalsykehus?
3. Hvilke konsekvenser har de økonomiske rammene og ISF regelverket for kvaliteten på pasientbehandlingen?
4. Har enhetslederne påvirkning på aktiviteten og aktivitetsforbedringen?

Skjematisk oversikt over hvilke av de åpne spørsmålene i intervjuguiden som knyttes til de ulike forskningsspørsmålene.

Åpne spørsmål i intervjuguiden	Forskningsspørsmål
1. Fortell kort om din hverdag og hva det er du gjør?	1
2. Hvilke lederutfordringer står du ovenfor i din enhet?	1
3. Hvilken lederopplæring har du fått?	2
4. Hvor trygg føler du deg i lederrollen?	1
5. Har dere dedikert personale som jobber med fagutvikling?	2
6. Hvilket fokus har dere på fagutvikling i enheten?	2
7. Gi dine refleksjoner i forhold til kunnskapsdeling mellom de ansatte i enheten?	2
8. Gi dine refleksjoner om pasientbehandlingen i enheten?	3
9. Har fokuset på pasientbehandlingen endret seg de siste 2. årene, beskriv?	3
10. Har dere tilstrekkelig med ressurser for å kunne ivareta en god pasientbehandling, forklar?	3
11. Fortell om det fokuset dere har på aktivitet i enheten?	4
12. Føler du at du har tilstrekkelig med kunnskaper i forhold til aktivitetsforbedring? Hvis ikke, si noe om hva du eventuelt trenger av opplæring?	4
13. Gi dine refleksjoner om hvilken betydning økonomi har for driften i enheten?	3
14. Hvilke økonomiske utfordringer står enheten overfor?	3
15. Føler du at du har tilstrekkelig med kunnskaper om økonomistyring i forhold til det økonomiske ansvaret som enhetsleder? Eventuelt hvilken opplæring har du behov for?	3
16. Gi dine refleksjoner om hvordan DRG- systemet fungerer.	3
17. Hvordan er funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Finnmark og UNN?	4
18. Har funksjonsfordelingen betydning for driften ved Klinikken, beskriv?	4

Skjematisk oversikt over hvilke påstander som knyttes til de ulike forskningsspørsmålene.

Påstander	Forskningsspørsmål
1. Jeg bruker mer enn halve dagen på ledelse.	1
2. Jeg kan bruke alle lederverktøyene vi har i Foretaket.	1
3. Jeg føler meg trygg i lederrollen.	1
4. Alle ansatte har mulighet for faglig utvikling minst 1 time per uke.	2
5. Faglige diskusjoner foregår daglig i enheten.	2
6. Det er mer fokus på fagutvikling i dag enn for 2 år siden.	2
7. Daglig fokus på kvalitet i forbindelse med pasientbehandlingen har blitt bedre.	3
8. Pasienten får bestandig den behandlingen den har krav på.	3
9. Alle ansatte har pasienten i fokus.	3
10. Aktivitet er et tema vi snakker om i enheten.	4
11. Jeg som enhetsleder har stor påvirkning for aktiviteten ved enheten.	4
12. Bedre aktivitetsutnyttelse vil føre til bedre pasientbehandling.	4
13. Vi har fokus på økonomi i enheten.	3
14. Fokuset på økonomi har økt de 2 siste årene.	3
15. Økonomi betyr mye for pasientbehandlingen i enheten.	3
16. Har god kjennskap til DRG systemet	3
17. Funksjonsfordelingen er god sett i forhold til Klinikken.	4

6.2 Empiri i forhold til forskningsspørsmål 1

I dette punktet vil jeg gi en presentasjon av empirien knyttet opp mot det første forskningsspørsmålet som omhandler lederutfordringer. Her presenterer jeg først de åpne spørsmålene i intervjuguiden og deretter kommer presentasjonen av påstandene knyttet til forskningsspørsmål 1.

6.2.1 Åpne spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 1

Her gjengir jeg hva respondentene sa i intervjuene i forhold til forskningsspørsmål 1, for ordens skyld gjentar jeg forskningsspørsmålet: Hvilken betydning har økonomi for enhetsledernes arbeidshverdag?

1. Fortell kort om din hverdag og hva du gjør?

I det første åpne spørsmålet i intervjuguiden spurte jeg om enhetslederne kunne fortelle kort om hva de gjorde i hverdagen. De fleste enhetslederne har en 100% lederjobb, men noen av lederne har en delt stilling hvor de er leder i en del av stillingen og inngår i den daglige driften i enheten i den resterende delen av stillingen, noe som i følge respondentene er svært utfordrende. Alle enhetslederne på sengeenheter gikk på morgenen innom enheten for å høre hvordan belegget er og hvilke ressurser som var tilgjengelige. Ved behov hjelper lederne til i enhetene ved for eksempel sykefravær eller andre typer fravær. På poliklinikkene har de fleste enhetene morgenmøter hvor de fordeler arbeidsoppgavene ut fra hvilke program som er satt opp og tilgjengelige ressurser. En stor oppgave for respondentene er å dekke opp vakter ved fravær, enkelte enheter har mer fravær en andre, og dette medfører en del jobb for enhetslederne. Både i forhold til oppdekking av vakter og oppfølging av sykefravær jfr. IA avtalen. Ellers jobber de med de ulike administrative systemene vi har i Foretaket, det er totalt 9 ulike systemer som enhetslederne må lære seg å bruke, enkelte bruker systemene mer enn andre, avhengig av hvor mange ansatte de er ledere for. På de største enhetene bruker enhetslederne mye tid på de ulike systemene. De ulike systemene snakker ikke sammen og fungerer derfor ikke optimalt i forhold til hva som er ønskelig. Registreringer må gjøres i flere systemer og oppleves tungvint og frustrerende, dette fører til en del ekstraarbeid som kunne vært unngått hvis systemene fungerte i forhold til hverandre.

2. Hvilke lederutfordringene står du overfor i din enhet?

I dette spørsmålet er det ulike utfordringer etter hvilke enheter respondentene er ledere for. Men jeg ser at alle enhetslederne er opptatt av faglig utvikling hos de ansatte for å kunne yte best mulig pasientbehandling. Men de økonomiske rammene er til tider en bremsekloss for ønsket faglig oppdateringer. Da det er kostbart å reise på kurs, seminar og kongresser. Enkelte enheter har stor turnover av personalet og dermed er det utfordrende å opprettholde kompetansen i enheten, i tillegg til å kunne gi god nok opplæring av nye ansatte. De fleste enhetene har opplæringsplaner og årlige sjekklister for å kunne ha oversikt og dokumentasjon på at de ansatte har fått opplæring. Dette er en del av internkontrollen som skal sikre faglig forsvarlighet og at man oppfyller lovkravene. Etersom en del ansatte med erfaring søker nye utfordringer og spesialutdanning, tar de med seg en del av den kunnskapen som de har ervervet seg, som de ikke har klart å videreformidle til nye ansatte, den såkalte tause kunnskapen. Denne utfordringen er størst på sengeenheter hvor det kontinuerlig er utskifting av personell og hvor man ikke klarer å rekruttere personell med erfaring. Ofte ansettes det nyutdannende som trenger tid for å finne sin rolle og for å erverve seg erfaring.

Flere av lederne føler at de ikke har tid til å utøve så mye ledelse av enheten som ønsket, da de har så mange administrative systemer de bruker mye tid på og må forholde seg til. Det er som sagt totalt 9 systemer lederne må beherske og det sier seg selv at det er en tidkrevende prosess og lære seg disse systemene.

I NOU 1997 går det frem av definisjonen at ledelsesforståelsen ligger tett opp imot management- tankegangen. "Begrepet ledelse blir brukt i vid forstand om ivaretagelse av et helhetlig ansvar for den virksomhet som ledes.

- Administrasjon handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp til en stilling.
- Ledelse handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene.
- Lederskap handler om å utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategier og fellesskap om målene for virksomheten.

Det er forventet at en leder utøver lederskap, leder virksomheten og administrerer de rutiner som man skal følge" (NOU 1997: 10.1.1).

Ettersom Klinikken har enhetlig ledelse har alle enhetslederne jeg har intervjuet personalansvar, budsjett- og økonomiansvar, driftsansvar og fagansvar. Det å kunne forholde seg til budsjettet og klare å holde budsjettet er utfordrende for mange. Driften på flere av enhetene er vanskelig å forutse da det er en stor andel øyeblikkelig hjelp pasienter. Man har en bemanning ut fra x-antall senger, men det er alltid topper som man ikke har mulighet for å bemanne til og dermed utløser det behov for innleie av ekstra ressurser og ofte er dette innleie på overtid. Det er få enheter som har deltidstillinger og tilgang på timesbetalte vikarer og dette fører til at man får en stor andel overtid.

Noen av lederne synes det er vanskelig å tenke langsiktig, da man ikke har tid til dette i hverdagen på grunn av at det stadig dukker opp problemstillinger som må løses fortløpende. En av lederne sa at man hadde en plan for hva man skulle gjøre i løpet av dagen, men at den sjelden ble gjennomført på grunn av problemstillinger som dukket opp i løpet av dagen. Det blir mye ad hoc jobbing i hverdagen.

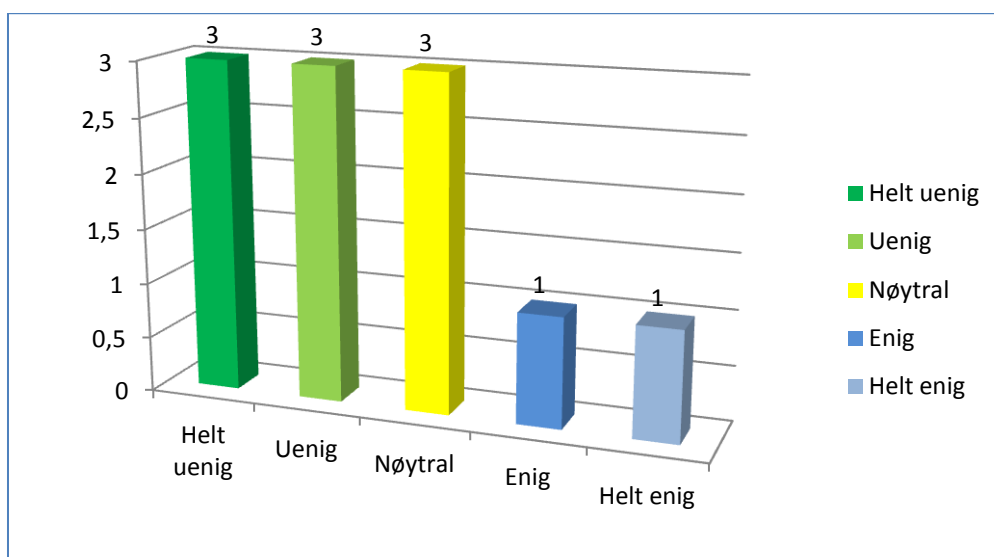
3. Hvor trygg føler du deg i lederrollen?

Stort sett alle respondentene føler seg trygge i lederrollen, men det er variasjoner i hvor trygg de føler seg. De fleste respondentene har en god del livserfaring og jobbet en del før de begynte som ledere. Dermed er de trygge på seg selv, de har ingen problemer med å innrømme feil og er bevisst hvilke fullmakter de har som enhetsledere.

6.2.2 Påstander knyttet til forskningsspørsmål 1

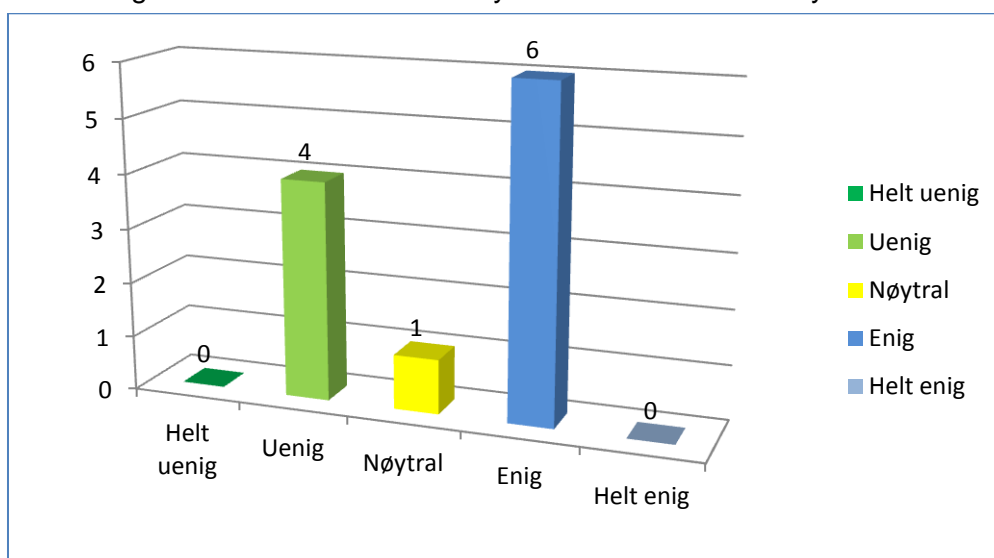
Her vil jeg presentere svarene på påstandene knyttet til forskningsspørsmål 1. Har lagd tabeller med svarene i for å få en bedre oversikt over svarene. For ordens skyld gjentar jeg forskningsspørsmålet: Hvilken betydning har økonomi for enhetsledernes arbeidshverdag?

❖ Jeg bruker mer en halve dagen på ledelse?



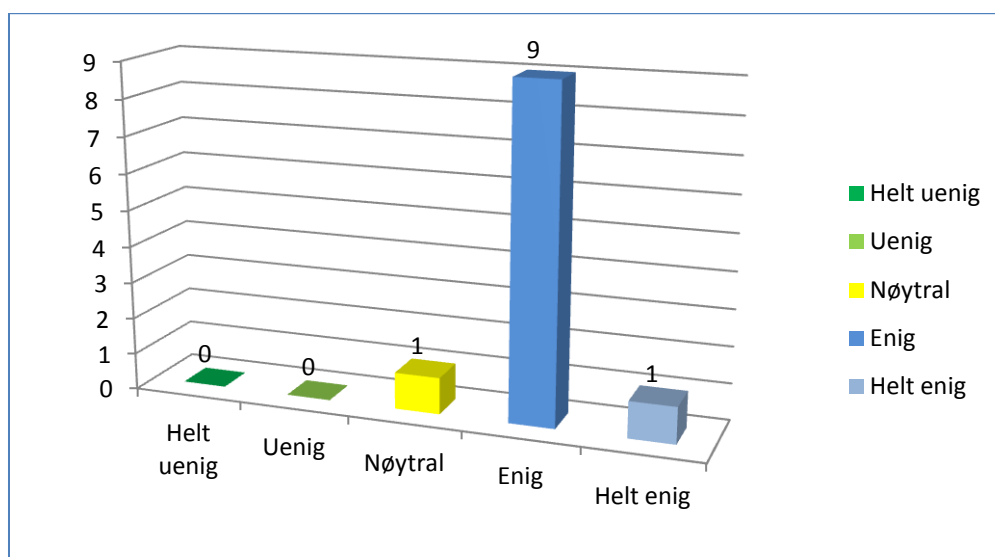
Som tabellen viser er de fleste uenig i at de bruker mer enn halve dagen på ledelse, men her er det spørsmål om hva man definerer som ledelse og hva man definerer som administrasjon.

❖ Jeg kan bruke alle lederverktøyene vi har i Finnmarkssykehuset?



Her ser man at de fleste er enige i at de kan bruke alle lederverktøyene som finnes i Finnmarkssykehuset, ser at det er de "nye" lederne som ikke har lært seg alle systemene like godt. Det er noen systemer som ikke brukes like hyppig og det er derfor en del av respondentene som ikke føler at de behersker disse systemene så godt, for eksempel arkivsystemet ePhorte.

❖ Jeg føler meg trygg i lederrollen?



Alle bortsett fra en av respondentene føler seg trygg i lederrollen, men som jeg tidligere har skrevet er det ulikt for hvor trygge de føler seg som ledere.

6.2.3 Oppsummering av empiri i forhold til forskningsspørsmål 1

Her skal jeg kort oppsummere hva jeg fant ut i intervjuene, som er knyttet til forskningsspørsmål 1. Hvilken betydning har økonomi for enhetsledernes arbeidshverdag.

Enhetslederne har mange og varierte arbeidsoppgaver i løpet av en arbeidsdag. Som tidligere nevnt i oppgaven har vi enhetlig ledelse i Klinikken, hvor enhetslederne har personalansvar, budsjett- og økonomiansvar, driftsansvar og fagansvar. Noen av disse oppgavene tar lengre tid enn andre og det virker som de fleste enhetslederne prioriterer drift og faglig utvikling høyest. På spørsmålet om hvilke lederutfordringer de stod overfor i enhetene, svarer de fleste at de er opptatt av faglig utvikling av de ansatte, men økonomien setter noen begrensninger for faglig utvikling. Økonomi er også en utfordring og har vært det gjennom flere år. Flere enheter har stor turnover av personell og det betyr at det gir utfordringer i forhold til opplæring og kvaliteten på behandlingen av pasientene. I tillegg er det en del fravær som gjør at man må leie inn ekstra personell, det er ikke bestandig det er like enkelt å få tak i kvalifisert personell og lederne må selv gå inn å hjelpe til for at det skal være forsvarlig drift i enheten. Det er også en utfordring å få nok tid til ledelse ettersom man har så mange administrative systemer man bruker i hverdagen og som man må beherske for å kunne gjøre en god jobb. Det er dessverre slik at ikke alle føler at de behersker alle lederverktøyene vi har i Foretaket, med bakgrunn i at de ikke bruker alle systemene like ofte slik at de ikke husker hvordan systemet er. Det er utfordrende for mange å kunne lage langsiktige planer for enheten da de blir oppslukt av problemstillinger som må løses fortløpende. Dette føles ikke tilfredsstillende for lederne. De fleste respondentene føler seg trygge i lederrollen, men det er varierende hvor trygge de føler seg og dette er i samsvar med hvor lenge de har jobbet som ledere og ut fra alder og livserfaring.

6.3 Empiri i forhold til forskningsspørsmål 2

I dette punktet vil jeg gi en presentasjon av empirien knyttet opp mot det andre forskningsspørsmålet som omhandler opplæring og faglig utvikling. Her presenterer jeg først de åpne spørsmålene i intervjuguiden og deretter kommer presentasjonen av påstandene knyttet til forskningsspørsmål 2.

6.3.1 Åpne spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 2

Her gjengir jeg hva respondentene sa i intervjuene i forhold til forskningsspørsmål 2, for ordens skyld gjentar jeg forskningsspørsmålet: Hvilken betydning har de økonomiske utfordringene for den faglige utviklingen ved lokalsykehus?

1. Hvilken lederopplæring har du fått?

Alle lederne har fått opplæring i de ulike administrative systemene og er stort sett fornøyd med denne opplæringen. De føler at de i etterkant av opplæringen får god støtte og hjelp av de som har support av de ulike systemene.

De fleste respondentene har vært ledere gjennom mange år og har dermed lang erfaring som ledere og føler ikke samme behov for opplæring som de som nettopp har startet som ledere. En av respondentene skulle ønsket å få mer opplæring i det å drive ledelse i enheten og skulle ønsket å ha en coach for å kunne få veiledning i utfordrende situasjoner. Dette kunne bidratt til at vedkommende ville følt seg tryggere som leder.

De fleste lederne jeg intervjuet har vært på en del kurs, men det har ikke vært noen form for systematisk opplæring. To av respondentene var i gang med Årsstudium i ledelse, men en av respondentene valgte bare å ta deler av studiet på grunn av at det ble for krevende i tillegg til jobb og familie. Vedkommende planlegger å ta studiet over lengre tid.

Respondenten som har planlagt å fullføre dette studiet føler at man har god nytteverdi av dette i jobben, men før man starter studiet bør man ha litt erfaring som leder. Da vil man ha bedre nytte av studiet og har knagger å henge teorien på.

De av respondentene som har vært ledere over lengre tid har gjennomført lederopplæring via Foretaket hvor det var 4-5 samlinger med ulike temaer, men det var ingen eksamener og dermed regnes ikke dette som noen formell lederutdanning. Av respondentene er det få som har formell lederutdanning, en av respondentene har masterutdanning.

2. Har dere dedikert personale som jobber med fagutvikling, beskriv?

Alle enhetslederne har det faglige ansvaret på de ulike enhetene de leder, men det er ulikt hvordan de ulike enhetene har valgt å organisere fagutviklingen. Av de respondentene jeg spurte var det 4 av lederne som har dedikert personale som jobber med fagutvikling og det er på de største enhetene. De som er dedikert til å jobbe med fagutvikling, har ansvar for å oppdatere og legge inn prosedyrene i kvalitetssystemet Docmap, det er ikke nødvendigvis de som utarbeider prosedyrene, men hvis alle skulle lært seg kvalitetssystemet godt nok hadde man brukt utrolig mye ressurser til opplæring. Det er derfor valgt at de fagansvarlige er superbrukere i systemet. I tillegg har de ansvar for at opplæringsplanene oppdateres og at

alle ansatte har tilstrekkelig opplæring. De har også ansvar for gjennomføring av internundervisning, mottak og opplæring av nyansatte i tillegg til mottak av studenter og kontaktperson opp mot skolene. En del enheter har faggrupper som har ulike ansvarsområder og dette er løst på ulike måter på enhetene.

3. Hvilket fokus har dere på fagutvikling i enheten?

Alle enhetslederne mener at det er stort fokus på fagutvikling, men at manglende ressurser setter en del begrensninger. På de fleste enhetene prøver man å ha ukentlige internundervisninger med ulike temaer, ser at det er ulikt hvor gjennomførbart det er. På sengeenhetene blir det ofte avlyst på grunn av at det er hektisk og da går pasientbehandlingen foran internundervisningen. Det sies også av enkelte at ansatte tidligere var flinkere til å møte på internundervisning fordi om de hadde fri på turnus, men nå ser det ikke ut til at avspasering time mot time er en stor nok gulrot. En av respondentene sa at man ofte ser at jo mer kunnskaper de ansatte erverver seg jo mer kunnskapssøkende blir de. Dette ser man spesielt på spesialenhetene.

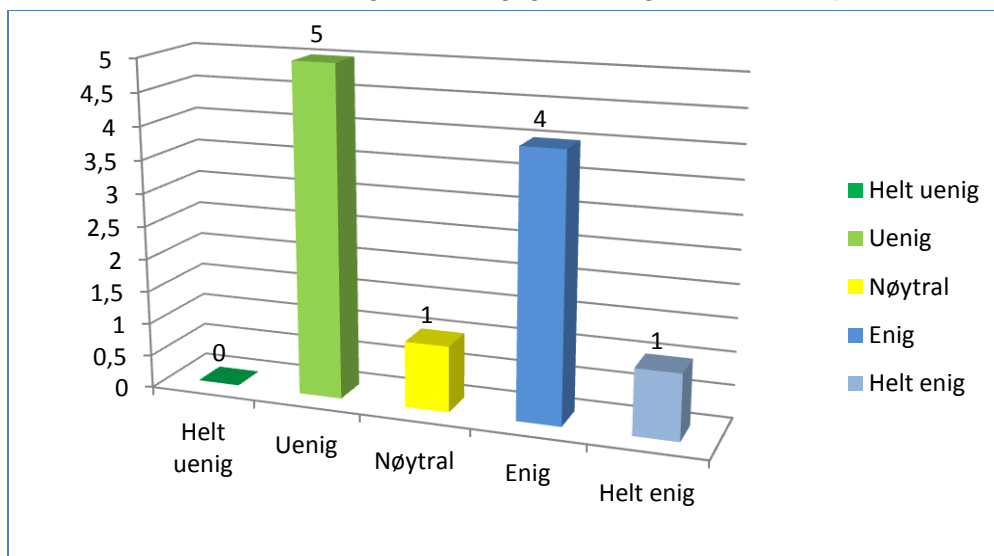
4. Gi dine refleksjoner i forhold til kunnskapsdeling mellom de ansatte i enheten?

Alle respondentene er enige i at det daglig skjer en kunnskapsdeling mellom de ansatte, men det skjer på ulike måter ut fra hvor man jobber. I de fleste enhetene har man i tillegg til nye ansatte også pliktig til å ha studenter. De ansatte blir dermed "tvunget" til å dele av den kunnskapen de innehar, de blir i tillegg mer bevisst på hva de gjør og hvordan de utfører arbeidsoppgavene. Dette bidrar positivt i arbeidsmiljøet og til kunnskapsdelingen i enhetene. På de enhetene hvor alle ansatte jobber dagtid har de morgenmøter hvor de daglig har faglige diskusjoner og refleksjoner. En av respondentene sier at de har pasientcaser som de tar opp på disse morgenmøtene og de diskuterer om det er oppgaver de kunne løst på andre måter eventuelt hvordan, eller de diskuterer hvordan behandling de ulike pasientene skal få. Det er ikke all kunnskap som er overførbart, en del læring kommer med erfaring. Sengeenhetene har rapporter både på morgen, ettermiddag og kveld i tillegg til visitt både morgen og ettermiddag hvor de diskuterer pasientene. Da foregår det også tverrfaglige utvekslinger av kunnskap. I tillegg skjer det faglige utvekslinger i løpet av arbeidsdagen ved pasientsenga, i korridoren, på lager, på medisinrom, på skyllerom, på vaktrom og i pausene. En av respondentene sier at man også i helsevesenet kan se mot Godfot teorien til Nils Arne Eggen, hvor man skal gjøre hverandre gode. For at man skulle kunne yte best mulig behandling til pasientene må vi spille på lag og dermed er det viktig at vi har et godt samarbeid og utnytter ressursene på best mulig måte. Da må man dele den kunnskapen man innehar med kollegaene, det gjelder da både positive og negative opplevelser. Enkelte enheter har temadager hvor de diskuterer pasientcaser eller øver på ulike hendelser som for eksempel traumer og nyfødt resucitering. I tillegg er det mange enheter hvor man i etterkant av ulike hendelser har en debriefing hvor man gjennomgår hendelsesforløpet for å se på forbedringer. Denne gjennomgangen oppleves av mange som en viktig læringsarena. I Klinikken er det vanlig å ha debriefing etter alvorlige hendelser spesielt ved akutenhetene, hvor alle som har vært involvert i hendelsen deltar.

6.3.2 Påstander knyttet til forskningsspørsmål 2

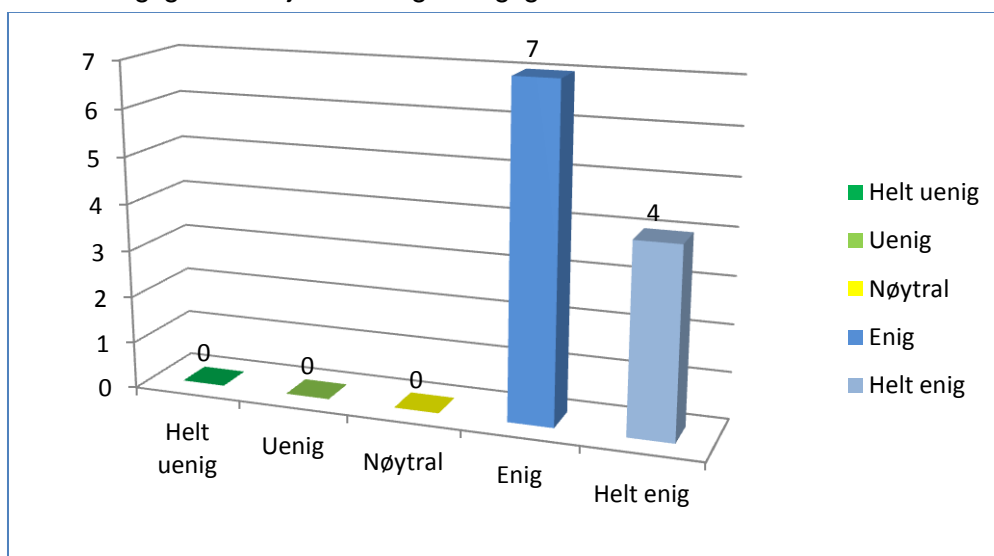
Her vil jeg presentere svarene på påstandene knyttet til forskningsspørsmål 2. Har lagd tabeller med svarene i for å få en bedre oversikt over svarene. For ordens skyld gjentar jeg forskningsspørsmålet: Hvilken betydning har de økonomiske utfordringene for den faglige utviklingen ved lokalsykehus?

- ❖ Alle ansatte har mulighet for faglig utvikling minst 1 time pr. uke.



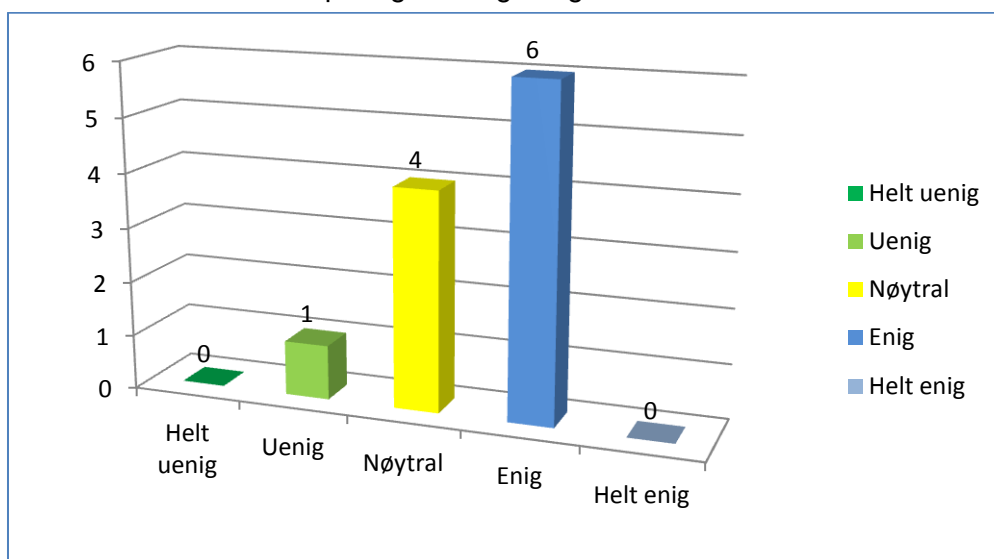
På denne påstanden er det ingen enighet da det er ca. halvparten som mener at de har mulighet for 1 time fagutvikling per uke og den andre halvparten er uenig. Dette spriket er vel ikke uventet da man ser at enkelte enheter har lettere for å kunne planlegge driften i enhetene enn andre. Men mitt inntrykk er at alle enhetslederne jobber mot at alle ansatte skal ha mulighet for å kunne få faglig påfyll ukentlig.

- ❖ Faglige diskusjoner foregår daglig i enheten?



På påstanden om det foregår faglig diskusjoner i enhetene er det stor enighet. Alle enhetslederne er enige eller helt enige i dette.

❖ Det er mer fokus på fagutvikling i dag enn for 2 år siden?



På denne påstanden er de fleste av de som har jobbet som enhetsledere i flere år enige i at det er større fokus på fagutvikling i dag enn for 2. år siden. De som svarer nøytral er de som ikke har jobbet her for 2 år siden og har dermed ikke noe sammenligningsgrunnlag. Så ut fra denne påstanden ser det ut til at det faglige fokuset har økt de siste to årene.

6.3.3 Oppsummering av empiri i forhold til forskningsspørsmål 2

Her skal jeg kort oppsummere hva jeg fant ut i intervjuene, som er knyttet til forskningsspørsmål 2. Hvilken betydning har de økonomiske utfordringene for den faglige utviklingen ved lokalsykehus?

Bare halvparten av lederne har en formell lederutdanning hvor bare en av respondentene har mer enn 60 studiepoeng. Alle har fått opplæring i de ulike systemene som brukes i Foretaket, og de er fornøyd med den supporten de får i forhold til systemene. Men det er flere som ønsker mer kompetanse på ledelse, en av respondentene kunne tenke seg en coach som kunne veiledet i utfordrende situasjoner. Når det gjelder fagutvikling har de største enhetene dedikert personale som jobber med fagutvikling hvor de har ansvar for oppdatering av prosedyrer, opplæringsplaner, internundervisning, mottak og oppfølging av nyansatte og studenter. I tillegg har flere enheter faggrupper som jobber med ulike ansvarsområder. Alle respondentene har stort fokus på at de ansatte skal ha mulighet for faglig utvikling som bidrar til bedre pasientbehandling. Alle enheter forsøker å gjennomføre internundervisning ukentlig, sengeenheterne med stor andel øyeblikkelig hjelp pasienter er de enhetene som har varierende oppmøte av personalet på disse undervisningene. Er det høyt belegg går pasientene foran undervisningen. Flere enheter har prøvd å løse dette med å legge inn undervisningen i arbeidsplanen til de ansatte, med varierende hell. Faglige diskusjoner og kunnskapsdeling foregår daglig i alle enhetene. Kunnskaper deles på mange ulike arenaer for eksempel morgenmøter, visitt, tverrfaglige møter, i pleiesituasjoner, prosedyrer, vaktrom

og medisinerrom. Har et inntrykk av at alle ansatte er positive til å dele den kunnskapen de innehar med kollegaene sine, dette bidrar til at man sammen blir bedre og kvaliteten på pasientbehandlingen øker.

6.4 Empiri i forhold til forskningsspørsmål 3

I dette punktet vil jeg gi en presentasjon av empirien knyttet opp mot det tredje forskningsspørsmålet som omhandler kvalitet og de økonomiske rammene. Hvor jeg først presenterer de åpne spørsmålene i intervjuguiden og deretter kommer presentasjonen av påstandene knyttet til forskningsspørsmål 3.

6.4.1 Åpne spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 3

Her gjengir jeg hva respondentene sa i intervjuene i forhold til forskningsspørsmål 3, for ordens skyld gjentar jeg forskningsspørsmålet: Hvilke konsekvenser har de økonomiske rammene og ISF regelverket for kvaliteten på pasientbehandlingen?

1. Gi dine refleksjoner om pasientbehandlingen i enheten?

Alle respondentene mener at det er god kvalitet på pasientbehandlingen ved enhetene, de ansatte har pasienten i fokus og pasientbehandlingen går foran alt annet. Men det er enkelte enheter som har vanskelig for å leie inn kvalifisert personale når det er høyt pasientbelegg, da de ikke er bemannet for toppene. Da kan det være at pasientene ikke får like god behandling som når det er roligere. En av respondentene stiller spørsmål ved hvilken pasientbehandling er god nok, dette kan være ulikt ut fra hvem man spør. Respondentene mener at man fortsatt har forbedringspotensiale til å kunne gi bedre behandling. Gjennom de nasjonale tiltakspakkene "I trygge hender 24/7", som er innført de siste årene, ser man at det øker kvaliteten på pasientbehandlingen, noe som også var intensjonen med innføringen av disse pakkene. Mange av de ansatte syntes i starten at det var mye administrativ jobb i forhold til disse pakkene, men etter hvert når de får gode rutiner ser man at det bidrar til å kvalitetssikre at man gjør en god jobb og at pasientene blir ivaretatt på best mulig måte.

2. Har fokuset på pasientbehandlingen endret seg de siste 2 årene, beskriv?

De fleste respondentene mener at pasientfokuset har økt de siste to årene fordi om man mener at man alltid har hatt pasienten i fokus. Ved hjelp av de ulike pasientkampanjene som er innført har man kanskje endret fokuset på pasienten, hvor man skal tenke hele pasienten også hjemmesituasjonene til pasientene. De siste årene har man også hatt fokus på et tettere samarbeid med kommunene gjennom Samhandlingsreformen, hvor man har fått elektronisk meldingsutveksling som har bidratt til bedre samarbeid med primærhelsetjenesten.

3. Har dere tilstrekkelig med ressurser for å kunne ivareta en god pasientbehandling, forklar?

De fleste respondentene mener at de har tilstrekkelig med ressurser ut fra den bemanningsplanen som er satt opp. Men bemanningsplanene tar ikke høyde for de toppene som man vet kommer, dette er øyeblikkelig hjelp pasienter som vi ikke har noen kontroll på. I tillegg til fravær av ulike årsaker. Det er ikke like enkelt for alle enheter å kunne leie inn kvalifisert personell ved fravær. Dette gjelder spesielt på spesialenhetene hvor man ikke har kvalifisert personell som kan ta ekstravakter. Ved fravær fører det ofte til overtid og over lang tid kan dette igjen medføre økt belastning og i verste fall fravær på de som har jobbet overtid.

4. Gi dine refleksjoner om hvilken betydning økonomi har for driften i enheten?

I tillegg til pasientene er økonomien grunnlaget for vår eksistens. Ut fra dette har det stor betydning for hvilke ressurser man har til rådighet i budsjettene. Men som alle respondentene sier så er det forsvarligheten som betyr mest, det vil si at man leier inn ekstra ressurser hvis det er behov. De som enhetsledere tenker over hvem de leier inn slik at det blir billigst mulig. En del av respondentene mener at de ansatte på gulvet ikke føler at det er noe fokus på økonomi, men de som enhetsledere og har budsjett- og økonomiansvar må forholde seg til budsjettene. Flere av respondentene føler ikke at de har nok kunnskaper om budsjett og økonomistyring og dette er dermed noe som er savnet, da de føler at budsjettansvaret de innehar som enhetsledere tynger. Alle har et ønske om at deres budsjett skal være realistisk og at enhetene de leder går i balanse. Men på de fleste enhetene ser man at man har budsjett overskridelse på lønnskostnader.

5. Hvilke økonomiske utfordringer står enheten overfor?

Alle enhetslederne synes det er lønnsutgiftene og manglende eller for lavt budsjett til kurs/kongresser som er den største utfordringen. I budsjettene har man ikke tatt høyde for sykefravær og man vet at man ikke får refundert alle utgifter ved langtidsfravær. Det vil da si at man ved langtidsfravær vil ha en del utgifter på den som er sykemeldt og i tillegg vil man ha utgifter for å dekke vikar. Ved korttidsfravær vil man ha dobbel utgift da arbeidsgiver dekker lønnsutgiftene de første 16 dagene og vikar.

6. Føler du at du har tilstrekkelig med kunnskaper om økonomistyring i forhold til det økonomiske ansvaret som du innehar som mellomleder? Eventuelt hvilken opplæring har du behov for?

De enhetslederne som har vært ledere over en lengre periode føler at de har nok kunnskaper ut fra det ansvaret de har. Men de fleste av respondentene føler ikke at de har nok kunnskaper om budsjett og økonomistyring og dette er dermed noe som er savnet, da de føler at budsjettansvaret de innehar som enhetsledere tynger. De ønsker en bedre opplæring av hvordan man skal lese og forstå budsjettet, gjerne 1 til 1 opplæring hvor man har en gjennomgang av budsjettet på enheten. Flere synes at økonomisystemet er vanskelig å forstå, de fleste føler at de mestrer det å behandle fakturaer, men det å lese budsjettet og kontrollere om det stemmer er vanskelig.

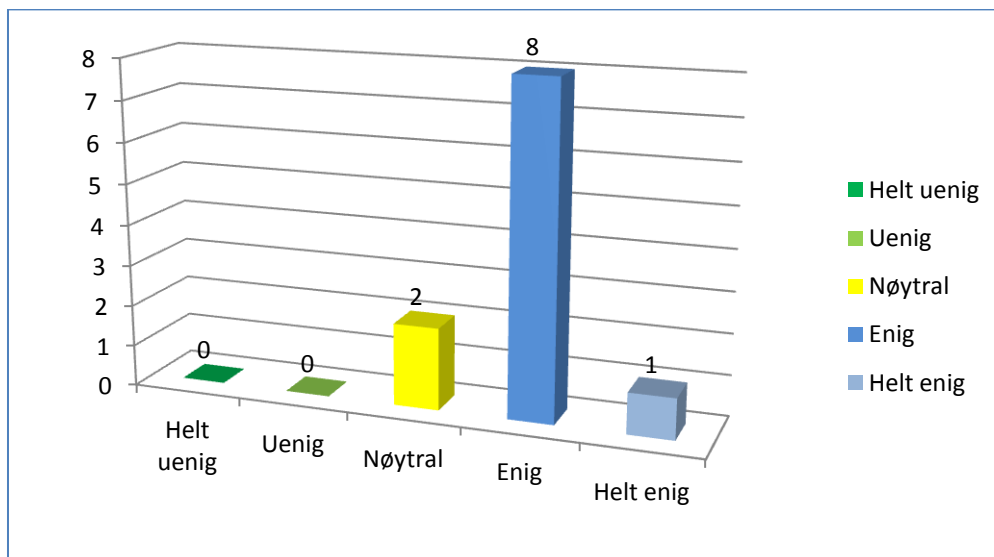
7. Gi dine refleksjoner om hvordan DRG systemet fungerer?

De fleste av respondentene har liten kjennskap til DRG systemet og hvordan dette fungerer. De vet at pasientene ut fra hvilken behandling de har fått, kodes med ulike koder og ut fra denne kodingen får man en viss betaling. I tillegg vet de at pasienter som skal på poliklinikk og dagbehandling må betale en egenandel. Ettersom kodingen er legenes ansvar mener noen enhetslederne at de ikke trenger å sette seg inn i dette systemet. En av respondentene sier at dette systemet skaper kynisme og at vår klinikk burde vært mer kyniske for å øke inntektene våre. Med dette mener vedkommende at vi må se på hvilke typer pasienter vi tjener mest på og da behandle flere av disse pasienttypene, dette gjelder da stort sett pasienter som skal opereres. Vi vet at det er store inntekter i forhold til for eksempel protesekirurgi.

6.4.2 Påstander knyttet til forskningsspørsmål 3

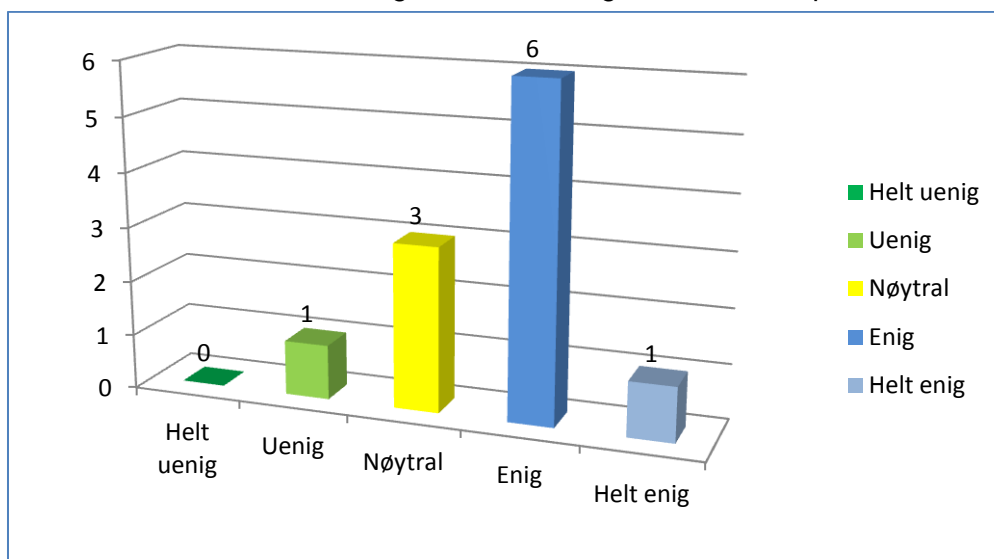
Her vil jeg presentere svarene på påstandene knyttet til forskningsspørsmål 3. Har lagd tabeller med svarene i for å få en bedre oversikt over svarene. For ordens skyld gjentar jeg forskningsspørsmålet: Hvilke konsekvenser har de økonomiske rammene og ISF regelverket for kvaliteten på pasientbehandlingen?

- ❖ Daglig fokus på kvalitet i forbindelse med pasientbehandlingen har blitt bedre.



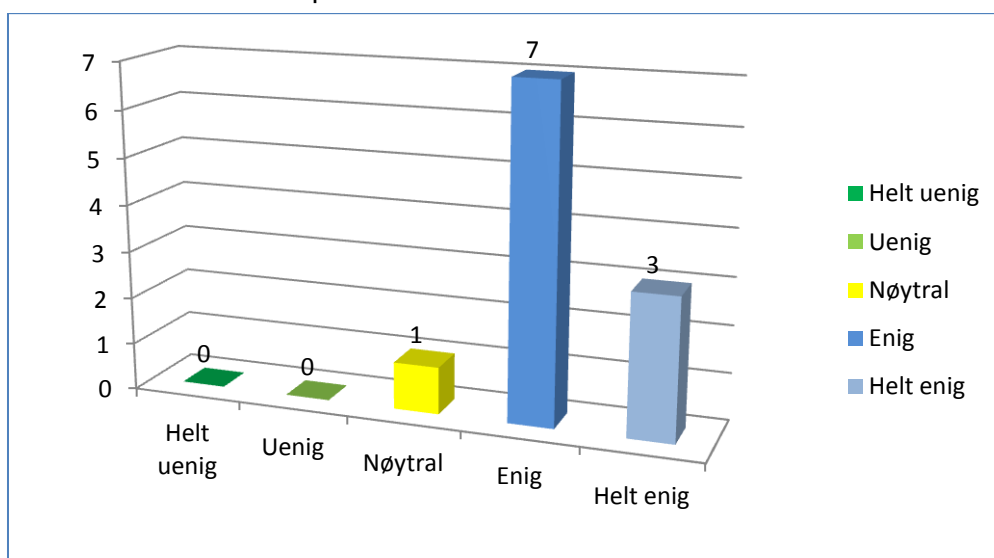
Stort sett alle er enige om at det daglige fokuset på pasientbehandlingen er blitt bedre, de som har svart nøytralt er de som ikke har noe sammenligningsgrunnlag, da de ikke har jobbet så lenge i Klinikken.

❖ Pasienten får bestandig den behandlingen de har krav på.



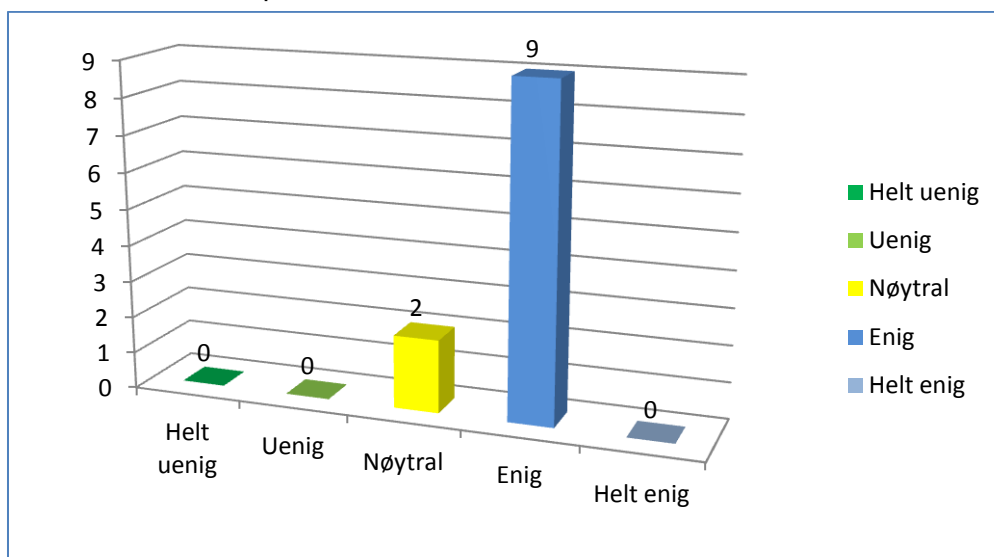
Ut fra svarene på denne påstanden kan jeg si at storparten av alle pasienter får den behandlingen de har krav på, men her er det også spørsmål med hva man definerer som "krav på".

❖ Alle ansatte har pasienten i fokus.



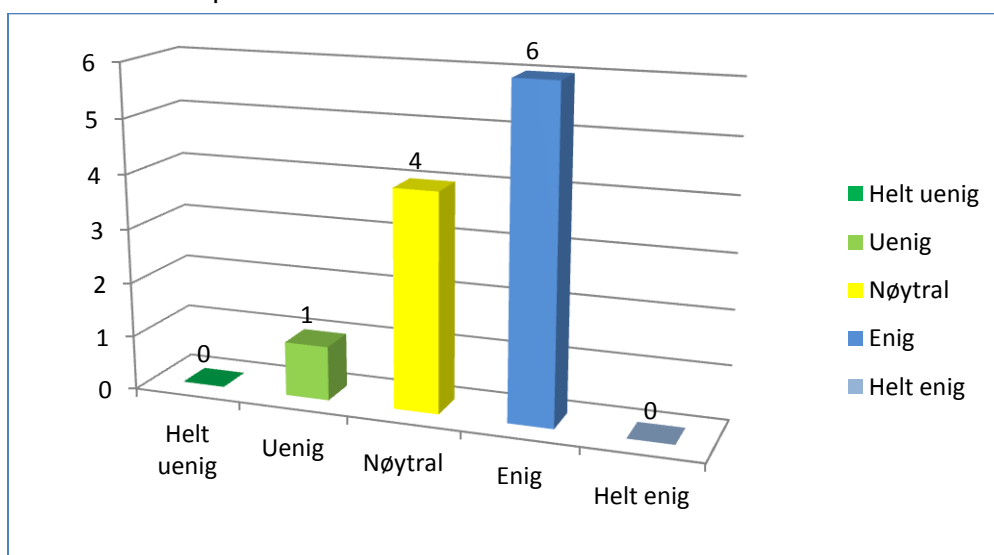
Alle respondentene utenom en som svarer nøytralt på denne påstanden er enig eller helt enig i at de ansatte har pasienten i fokus. Ut fra svarene på denne påstanden kan jeg da si at pasienten er i fokus hos de ansatte i Klinikken, noe som er viktig for at pasientene skal få en behandling av god kvalitet.

❖ Vi har fokus på økonomi i enheten



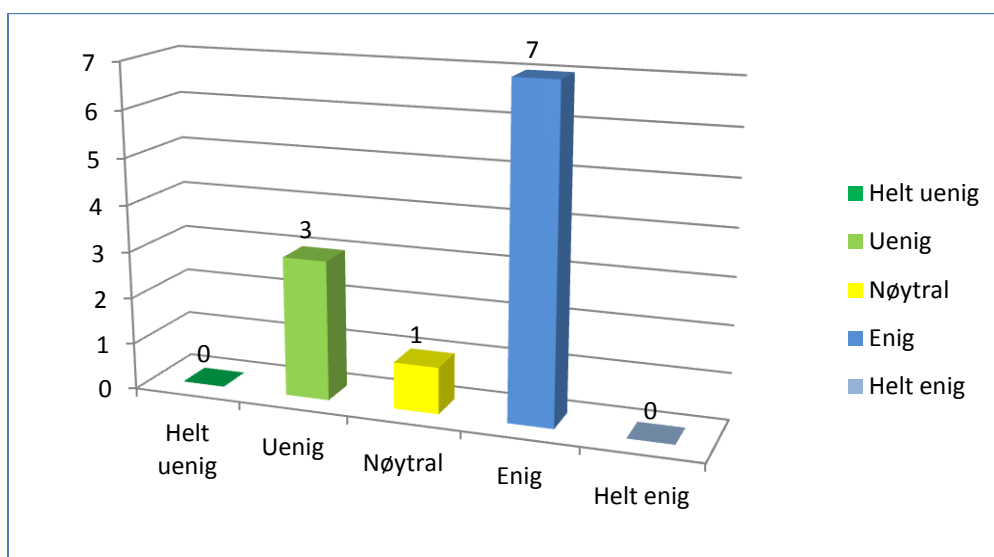
Stort sett alle respondentene er enige i at det er et fokus på økonomi, enkelte enheter har større fokus enn andre. De fleste ansatte på enhetene er opptatt av hverdagsparing, at man ikke bruker mer utstyr, tøy, engangsartikler og lignende enn nødvendig. I tillegg er mange flinke til å tenke på kostnader ved innleie av ekstra ressurser, dette gjelder spesielt de som har jobbet en del år ved sykehuset. Dette tror jeg handler om at de føler stort ansvar for arbeidsplassen sin og ønsker å bidra til at sykehuset skal kunne bestå også i fremtiden. De har opplevd at sykehuset har vært truet med nedleggelse, hvor man har gått i fakkeltog og lignende.

❖ Fokuset på økonomi har økt de siste 2 årene



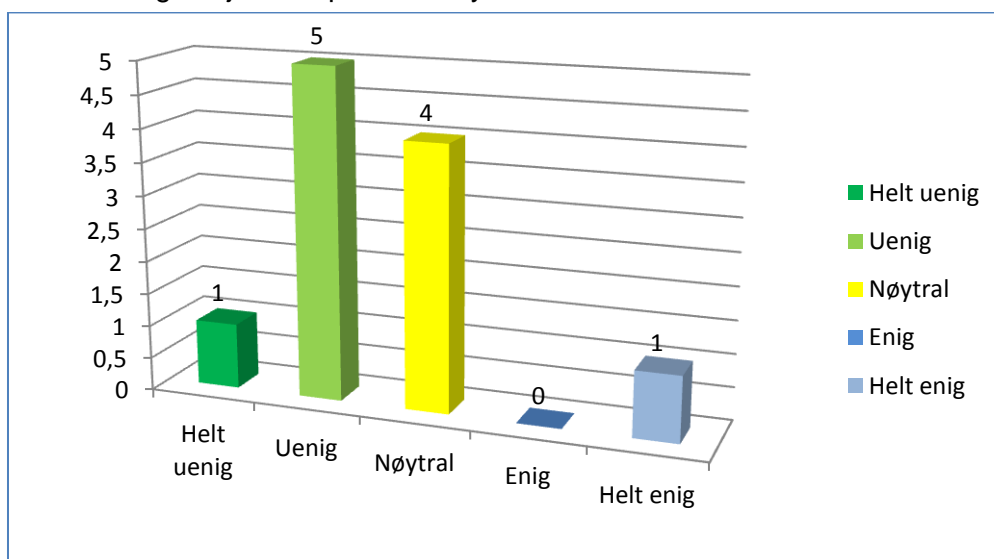
Her svarer 4 av respondentene nøytral, mens en er uenig og 6 er enig i at fokuset på økonomi har økt de siste 2 årene. Noen av de som svarer nøytral har ikke jobbet ved sykehuset så lenge og har dermed ikke noe sammenligningsgrunnlag. Dermed vil jeg ut fra denne påstanden anta at fokuset på økonomi har økt de siste 2 årene.

❖ Økonomi betyr mye for pasientbehandlingen i enheten



Her er det heller ingen entydige svar, men hele 7 respondenter er enige i at økonomi betyr mye for pasientbehandlingen, mens 3 er uenige og en svarer nøytral.

❖ Har god kjennskap til DRG systemet



Ut fra svarene på denne påstanden ser man at respondentene ikke har tilstrekkelig kjennskap til DRG systemet til å kunne ha noen refleksjoner om hvordan dette systemet fungerer.

6.4.3 Oppsummering av empiri i forhold til forskningsspørsmål 3

Her skal jeg kort oppsummere hva jeg fant ut i intervjuene, som er knyttet til forskningsspørsmål 3. Hvilke konsekvenser har de økonomiske rammene og ISF regelverket for kvaliteten på pasientbehandlingen?

Alle respondentene mener at det er god kvalitet på pasientbehandlingen og de ansatte har pasienten i fokus. De mener at pasientene stort sett får den behandlingen de har krav på, men ved høyt pasientbelegg får ikke alle pasientene like mye oppmerksomhet som hvis det

er lavt belegg. Pasientene vil ved høyt belegg ikke få noen ekstra service. Det kan være utfordrende for enkelte avdelinger å få tak i kvalifisert personale ved fravær eller høyt belegg. Enhetslederne leier inn ekstra ressurser ved behov, men det blir ofte overtid og det kostbart, men de er opptatt av at pasientbehandlingen går foran de økonomiske aspektene. Mange ansatte er opptatt av hverdagssparing, slik at det er fokus på økonomi i enhetene og det virker som fokuset på økonomi har økt de to siste årene ut fra svarene på påstanden. Det er de siste årene innført en del nasjonale tiltakspakker gjennom pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24/7", som har bidratt til at kvaliteten på pasientbehandlingen har økt. Det er tidkrevende og ressurskrevende å implementere disse på de ulike enhetene. De fleste enhetslederne mener at det er større fokus på pasientbehandlingen i dag enn for to år siden, noe disse tiltakspakkene kan være en medvirkende årsak til. Respondentene føler at de har nok ressurser ut fra bemanningsplanene, men utfordringen er ved fravær og høyt pasientbelegg. Som sagt er det ikke alle enhetene som har like god tilgang på kvalifisert personell som kan jobbe ekstra og da blir det større belastning på de faste ansatte når de må jobbe overtid. Økonomien har stor betydning for hvilke ressurser man har til rådighet i budsjettene. Men alle respondentene setter forsvarligheten høyest og de leier inn ekstra ressurser hvis det er behov, fordi om man vet at man da får et overforbruk på lønnskostnader. Enhetslederne er bevisst på hvem de leier inn slik at det blir billigst mulig, men de føler de ikke har nok kunnskaper om budsjett- og økonomistyring. De ønsker mer opplæring i hvordan de skal lese og forstå budsjettene. De økonomiske utfordringene de fleste enhetene står overfor er i forhold til lønnskostnader og for lave budsjett til kurs/kongresser og seminarer i tillegg til reise- og oppholdskostnader. Når det gjelder spørsmålet i forhold til DRG systemet og hvordan det fungerer har de en viss anelse om hva det går ut på, men det er legene som har ansvaret for kodingen i Klinikken og dermed har ikke respondentene forholdt seg til DRG-systemet.

6.5 Empiri i forhold til forskningsspørsmål 4

I dette punktet vil jeg gi en presentasjon av empirien knyttet opp mot det fjerde forskningsspørsmålet som omhandler aktivitet og aktivitetsforbedring. Hvor jeg først presenterer de åpne spørsmålene i intervjuguiden og deretter kommer presentasjonen av påstandene knyttet til forskningsspørsmål 4.

6.5.1 Åpne spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 4

Her gjengir jeg hva respondentene sa i intervjuene i forhold til forskningsspørsmål 4, for ordens skyld gjentar jeg forskningsspørsmålet: Har enhetslederne påvirkning på aktiviteten og aktivitetsforbedringen?

1. Fortell om det fokus dere har på aktivitet i enheten?

Respondentene mener at det er fokus på aktiviteten i enhetene, men de fleste svarer at de ikke har noen påvirkning på aktiviteten da det stort sett er øyeblikkelig hjelp pasienter. De polikliniske enhetene har større innflytelse i forhold til å kunne planlegge aktiviteten ut fra tilgjengelig ressurser. På de enhetene hvor man kan planlegge aktiviteten føler lederne at det

er stort fokus på at man skal ha fulle program, slik at flest mulige pasienter får behandling så raskt som mulig. I tillegg har man også fått nasjonale føringer om at pasienter med rett til helsehjelp skal få behandling innen 65 dager etter at henvisningen er mottatt. Fra 1.11.2015 har alle pasienter rett til helsehjelp innen 65 dager og dette vil få betydning for driften spesielt på poliklinikkene.

2. Føler du at du har tilstrekkelig med kunnskaper i forhold til aktivitetsforbedring? Hvis ikke, si noe om hva du eventuelt trenger av opplæring?

De fleste føler at de har god nok opplæring på aktivitetsforbedring, men at de ikke har så stor påvirkning på aktiviteten i enheten. Et tettere tverrfaglig samarbeid vil kunne bidra til bedre pasientflyt og pasientbehandling. Hvis man hadde hatt rom for tverrfaglige møter hadde man hatt en større kunnskapsdeling mellom de ulike profesjonene i Klinikken.

3. Hvordan er funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Finnmark og UNN?

Det er de nasjonale føringene som har bidratt til den funksjonsfordelingen man har mellom UNN og Finnmarkssykehuset.

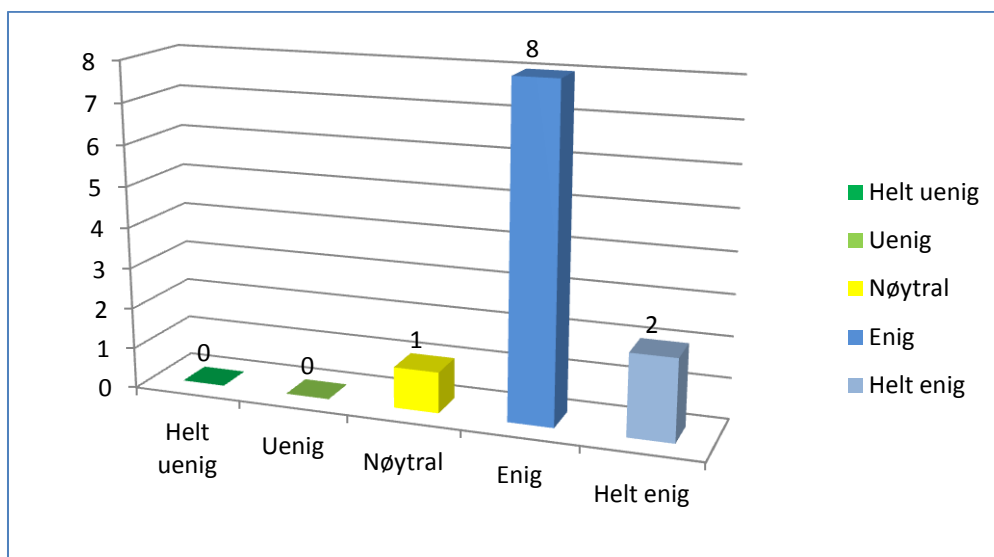
4. Har funksjonsfordelingen betydning for driften ved Klinikken, beskriv?

Alle respondentene mente at den funksjonsfordelingen man har i dag har betydning for driften i Klinikken. Ettersom de fleste av kreftpasientene starter behandlingen ved UNN har dette betydning for Finnmarkssykehuset da det blir økte utgifter til pasientreiser og en del av den behandlingen som startes ved UNN får økonomiske kostnader for Klinikken, da tenker de på medikamentell behandling. Klinikken er mindre attraktiv på arbeidsmarkedet spesielt innenfor det kirurgiske fagfeltet. Klinikken utfører stort sett bare mindre kirurgiske inngrep og dette kan oppleves som lite utfordrende for kirurgiske leger, anestesipersonell, operasjonspersonell, intensivsykepleiere og pleiepersonalet på sengeenhetene.

6.5.2 Påstander knyttet til forskningsspørsmål 4

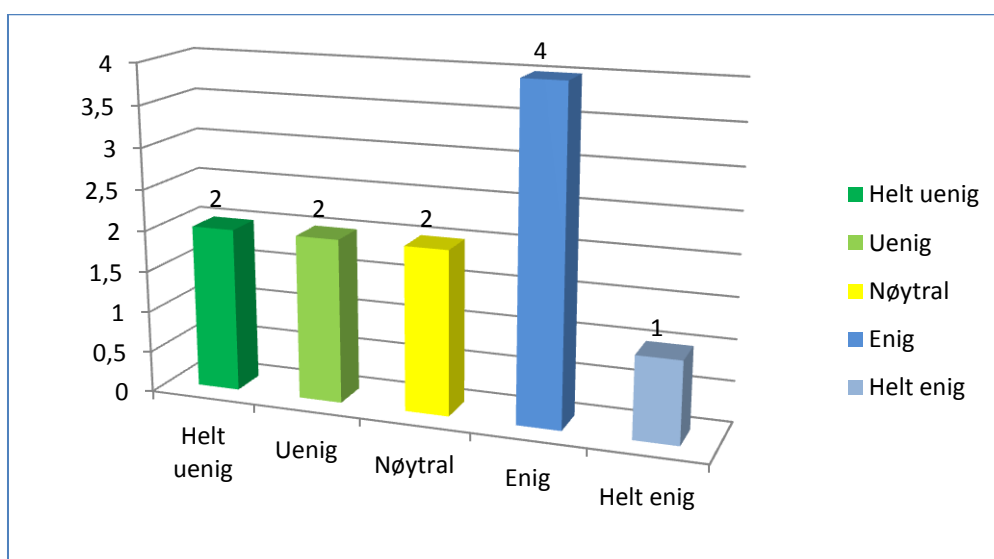
Her vil jeg presentere svarene på påstandene knyttet til forskningsspørsmål 4. Har lagd tabeller med svarene i for å få en bedre oversikt over svarene. For ordens skyld gjentar jeg forskningsspørsmålet: Har enhetslederne påvirkning på aktiviteten og aktivitetsforbedringen?

❖ Aktivitet er et tema vi snakker om i enheten



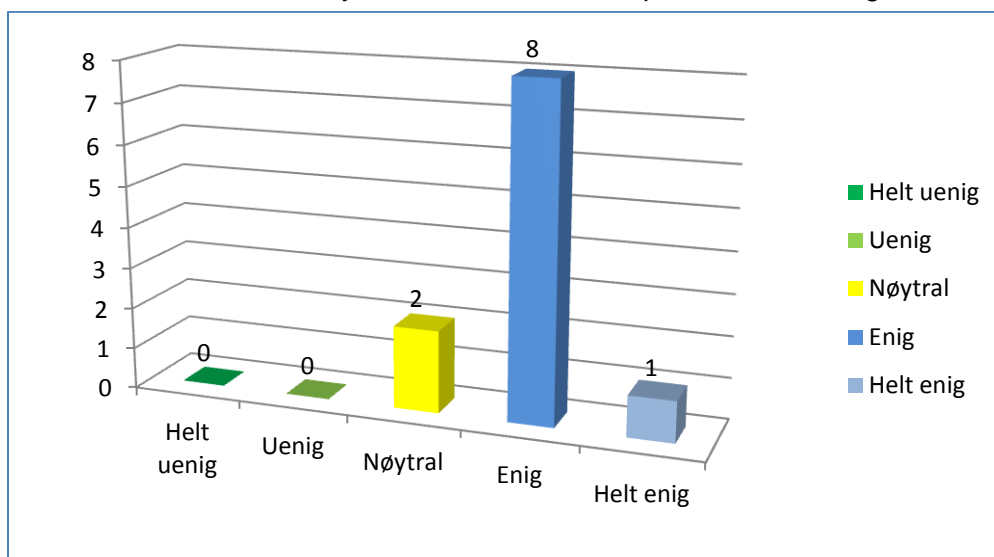
Stort sett alle har fokus på aktivitet i enhetene, noe svarene på denne påstanden viser.

❖ Jeg som enhetsleder har stor påvirkning for aktiviteten ved enheten



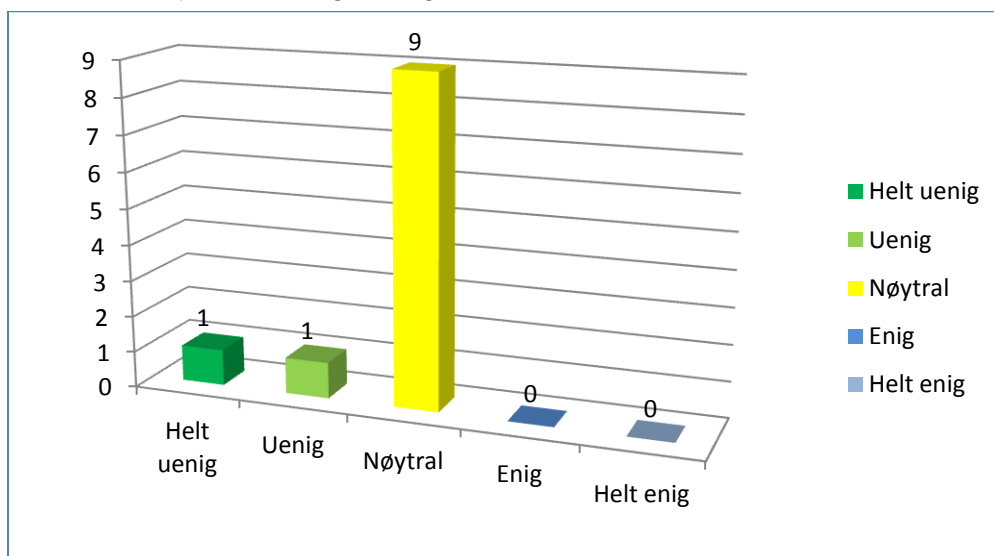
Når det gjelder denne påstanden om hvilken påvirkning enhetslederne har på aktiviteten i enheten, spriker svaralternativene. Dette er på grunn av at respondenterne er ledere på ulike enheter og hvor driften er ganske ulik. På sengeenheterne hvor størsteparten av pasientene er øyeblikkelig hjelp pasienter sier det seg selv at lederne her ikke har noen påvirkning på aktiviteten/belegget.

❖ Bedre aktivitetsutnyttelse vil føre til bedre pasientbehandling



Nesten alle respondentene er enige i at bedre aktivitetsutnyttelse vil kunne føre til bedre pasientbehandling. Vi ser at vi har et gammelt sykehus hvor vi ikke har god nok logistikk, ved bygging av nytt bygg kunne vi benyttet ressursene på en annen måte og det ville forhåpentligvis kommet pasientene til gode.

❖ Funksjonsfordelingen er god sett i forhold til Klinikken.



Når man ser på svarene på denne påstanden kan man ikke ta noen slutninger ut fra svarene da 9 av 11 svarer nøytral. Må dermed ta utgangspunkt i de åpne spørsmålene.

6.5.3 Oppsummering av empiri i forhold til forskningsspørsmål 4

Her skal jeg kort oppsummere hva jeg fant ut i intervjuene, som er knyttet til forskningsspørsmål 4. Har enhetslederne påvirkning på aktiviteten og aktivitetsforbedringen?

Respondenten mener at det er stort fokus på aktivitet i enhetene, men det er ikke alle enhetslederne som har like stor påvirkning på aktiviteten. Enhetslederne på sengeenhetene har ikke så stor påvirkning på aktiviteten da storparten av pasientene legges inn som øyeblikkelig hjelp. Poliklinikkene kan styre aktiviteten på en annen måte da de kan planlegge aktiviteten ut fra tilgjengelige ressurser. De nasjonale føringene om rett til helsehjelp og ventetid påvirker driften på poliklinikken, spesielt etter 01.11.15 da alle pasienter har rett til time innen 65 dager, dette vil bidra til større trykk på poliklinikkene. De fleste føler de har nok kunnskaper om aktivitetsforbedring ut fra den påvirkning de ulike har i forhold til aktiviteten ved enhetene. Videre mener de at man ved bedre aktivitetsutnyttelse hadde bidratt til bedre pasientbehandling, men vi ser at vi har noen bygningsmessige utfordringer med et gammelt sykehus. Nytt bygg kunne ført til bedre logistikk, pasientflyt og da mulig bedre pasientbehandling. Når det gjelder funksjonsfordelingen mellom de ulike sykehusene mener respondentene at de nasjonale føringene har ført til denne fordelingen. Funksjonsfordelingen i forhold til den kirurgiske kreftbehandlingen har hatt stor betydning for lokalsykehusene da de har mistet en del større kirurgi, dette påvirker arbeidshverdagen på flere nivå og jobben føles kanskje ikke så utfordrende som tidligere, dette kan i tillegg føre til vanskeligheter med å rekruttere kvalifisert personell på lokalsykehusene.

7.0 ANALYSE

7.1 Lederutfordringer

I dette punktet skal jeg analysere svarene på forskningsspørsmål 1. Hvilken betydning har økonomi for enhetsledernes arbeidshverdag?

I følge Nordhaug henger kunnskapsledelse nøye sammen med både organisasjonens (ledelsens) verdigrunnlag og epistemologi, organisasjonens karakteristika og omgivelsenes krav: Hvordan lederen ser på sine medarbeidere – menneskesyn, hvilke verdier som legges til grunn, hvilke verdier som kommer til uttrykk i skriftlige dokumenter, i den utøvende ledelsen og i personalpolitikken. Verdier har alltid vært et viktig element i ledelse, og er spesielt viktig i kunnskapsledelse (Nordhaug 2002).

Når jeg nå har intervjuet 11 av 14 enhetsledere i Klinikken ser jeg at de har ulike utfordringer ut fra alder, erfaring, størrelse på enheten og sammensetning av fagpersonell de er ledere for. I tillegg er det noen som har en delt stilling, hvor deler av stillingen er som leder og resterende del av stillingen inngår i den daglige driften av enheten. Som jeg tidligere har skrevet har vi enhetlig ledelse som vil si at de har både personalansvar, budsjett- og økonomiansvar, driftsansvar samt fagansvar. Dette er store ansvarsområder og det oppleves krevende for enhetslederne.

Ut fra svarene jeg fikk på spørsmålet om de kunne fortelle kort om deres hverdag og hva de gjør, kommer det tydelig frem at de har mange og varierte arbeidsoppgaver. Den mest tidkrevende jobben er å se til at det er en forsvarlig drift i enheten med tilstrekkelige ressurser. Ved fravær og høyt pasientbelegg må det leie inn ekstra ressurser og det er en utfordring for enkelte å få tak i kvalifisert personell. Ser i tillegg ut fra svarene at enkelte har bedre struktur på hverdagen og klarer å tenke langsiktig.

I følge Arntzen er tydelig ledelse og struktur grunnleggende for enhver virksomhet og en forutsetning for å oppnå kultur for forbedring og utvikling. Lederens oppgave er å sørge for at alt som kan og bør planlegges, blir planlagt, gjennomført, evaluert og forbedret når det trengs. God planlegging er en viktig nøkkel til suksess. Det å være leder i helsetjenesten betyr at arbeidsdagen består av både faste rutiner og uforutsigbare situasjoner. De faste daglige rutinene bør være så gode at ledelsen til enhver tid har kontroll over hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Muligheten for uønskede eller uforutsette hendelser bør reduseres til et minimum gjennom god planlegging og avklarte roller og oppgaver (Arntzen 2007).

En av respondentene sa at man har en plan når man kommer på jobb, men at man i løpet av dagen har fått en rekke problemstillinger som må løses her og nå og da blir de planlagte aktivitetene lagt tilside. Men jeg tror flere av lederne må bli flinkere til å delegerer oppgaver og ansvarliggjøre de ansatte, slik at en del av de uforutsette oppgavene løses av de ansatte på

enheten. Det er ikke sjelden man hører i en personalgruppe at de ønsker mer ansvar, men når de får delegert en oppgave så har de ikke tid eller mulighet.

Ser at de ulike respondentene har ulikt syn på ledelse, noe som har bakgrunn i erfaring, personlighet og personellsammensetningen i enheten. Noen mener at man må ha en "streng" linje slik at de ansatte er klar over hvem som er leder, mens andre er mer løsslupne. I følge Von Krogh m.fl. er det slik at begrepet ledelse innebærer og signaliserer kontroll over prosesser som er ukontrollerbare eller som faktisk stivner om de blir styrt for strengt (Von Krogh m.fl. 2005). Jeg tror at hvis man har et godt samarbeid med de ansatte vil man få et bedre arbeidsmiljø, arenaene for kunnskapsdeling vil bli bedre og dette kommer de ansatte og pasientene til gode. I tillegg mener jeg at de ansatte yter mer for arbeidsplassen sin hvis de har en god dialog med leder hvor man har en holdning hvor man både gir og tar.

Man ser samtidig at det stadig er en utvikling av fagene gjennom nyere forskning og nye behandlingsmetoder. For at pasientene skal få best mulig behandling krever det at de ansatte er faglige oppdaterte i forhold til god praksis. Hva er god praksis? Det kan defineres som kunnskapsbasert praksis, basert på forskningskunnskap, erfaringskunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning (Arntzen 2007). Nye behandlingsmetoder betyr endringer og ofte følger det kostnader med slike endringer, som kan være utfordrende for lokalsykehusene.

Et eksempel på dette kan være varicerkirurgi, hvor man tidligere ble operert på operasjonsstuen med alle prosedyrer det medfører, mot at man i dag har et lite inngrep som gjøres poliklinisk. Men før man kunne starte denne endringen måtte man gå til anskaffelse av operasjonsbord og ultralydapparat i tillegg til en del engangsutstyr. I forhold til behandlingen er operasjonsteknikken endret, noe som fører til mindre smerte og ubehag for pasientene. De trenger ikke ta ultralyd i forkant av inngrepet, ikke faste, ikke dusje med Hibiscrub, ingen samtale med anestesilege, ingen bedøvelse eller premedikasjon. I tillegg behøver de ikke en lengre sykemelding i etterkant av inngrepet. Dermed har man spart pasienten for en del ubehag og det er samfunnsbesparende og sykehuset har frigitt ressurser og kapasitet på operasjonsstuen til andre typer pasienter. Men som ved alle endringer tok det litt tid før man fikk gjennomslag for å gjennomføre dette, da det nesten bestandig er en del motstand motendring av arbeidsoppgaver eller nye oppgaver. Men når man startet med dette som et prosjekt og de ansatte så at dette var uproblematisk og pasientenes opplevelse av behandlingen var god, har det vært en suksess. I tillegg har personalet på poliklinikken fått en oppgave som oppleves som lærerik og utfordrende. Dette kan sees i følge Christensen som det reflekstive perspektivet. Det reflekstive perspektivet bygger på en forståelse av at kunnskap og kunnskapsledelse brukes til å skape forandringer i organisasjonen (Christensen 2002).

"Enhver prosess er perfekt konstruert for å gi de resultater den faktisk gir" skal Paul Batalden en gang ha sagt, eller sagt på en annen måte:

*If you always do
what you always did,
you always get
what you always got. (Arntzen 2007, s. 68)*

For enhetslederne oppleves det som utfordrende å få nok ressurser til faglig utvikling, som en av respondentene sa, kan de økonomiske rammene virke som en bremsekloss på den faglige utviklingen. Da det er kostbart å sende de ansatte på kurs, seminar og kongresser. Hva kan vi gjøre i Klinikken for å bedre den faglige utviklingen uten å reise på kurs, kongresser, seminarer som bidrar til kunnskapsutvikling hos flere en noen få ansatte? Dette kommer jeg tilbake til under analysen av forskningsspørsmål 2.

I følge Mønsted handler kunnskapsledelse om å lede prosesser – ikke objekter (Christensen 2002). Jeg mener at det i alle enheter er noen former for prosesser, men ikke alle er så store og satt i system. En del av respondentene synes det er vanskelig å tenke langsiktig på grunn av at det stadig dukker opp problemstillinger som må løses her og nå. Men samtidig har alle enheter mål for enheten og de jobber mot å nå disse målene. Enkelte er flinkere til å sette seg ned og nedtegne hvordan disse målene skal nåes, mens andre ikke har "tid" eller kunnskaper nok.

I alle enheter har man som del av internkontrollen, opplæringsplaner og årlige sjekklister som skal bidra til at alle ansatte har kjennskap og kunnskaper nok til å kunne jobbe ved de ulike enhetene. Den årlige sjekklisten er en del av opplæringsplanen for ny ansatte. I tillegg har vi innført nyansatt dag, en dag ca. annenhver måned hvor vi samler de nyansatte med felles opplæring i en del systemer i tillegg til undervisning i ulike emner vi mener alle ansatte trenger for å jobbe i Klinikken. De ansatte som har gjennomført denne opplæringsdagen har vært svært fornøyd og det opplevdes som positivt å treffe nye ansatte fra andre enheter i Klinikken.

7.1.1 Oppsummering av analysen i forhold til forskningsspørsmål 1

Her vil jeg kort oppsummere hovedtrekkene i analysen i forhold til forskningsspørsmål 1. Hvilken betydning har økonomi for enhetsledernes arbeidshverdag?

Ser at enhetslederne har mange og varierte arbeidsoppgaver noe som også er forventet ut fra at vi har enhetlig ledelse. Det kommer tydelig frem i intervjuene at respondentene har størst fokus på den daglige driften i enhetene og den faglige utviklingen av de ansatte. Dette fokuset er høyt prioritert for å kunne gi god pasientbehandling. Ut fra intervjuene hører jeg at en del av enhetslederne ikke har like god struktur på hverdagen, årsaken til dette er ofte at det stadig dukker opp problemstillinger som må løses fortløpende, i tillegg til mange oppgaver, slik at man nesten ikke vet hvor man skal begynne. I følge Arntzen er lederens oppgave å sørge for at alt som kan og bør planlegges, blir planlagt, gjennomført, evaluert og

forberedt (Arntzen 2007). Jeg tror at man ved å ha god struktur og jobber systematisk vil føre til at man mestrer jobben på en bedre måte, her mener jeg at en del av respondentene har noe å jobbe med.

Som sagt er alle respondentene svært opptatt av faglig utvikling, slik at man har et godt utgangspunkt for å utøve god kvalitet på pasientbehandlingen. Det er stadig en utvikling av fagene og det krever at lederne legger til rette for faglig utvikling og at de ansatte er opptatt av å utvikle seg. Man må være villige til å tenke nytt og starte med nye behandlingsmetoder for å kunne bidra til faglig utvikling, noe som eksempelet med varicerkirurgi illustrerer.

Respondentene føler at det er utfordrende å få nok ressurser til faglig utvikling, de økonomiske rammene setter noen begrensinger for hvor mye fagutvikling man kan ha i de ulike enhetene. Det er her vi må tenke annerledes, hva kan vi gjøre for å få mest mulig utav de midlene vi har til rådighet? De ansatte forbinder faglig utvikling med det å få reise på kurs/seminarer og kongresser, men faglig utvikling handler om mer enn det. Når det er ansatte som har vært på for eksempel kurs har det stor betydning for den enkelte, men den kunnskapen de har fått ervervet seg må deles med kollegaene. Dette er delvis satt i system ved at de har internundervisning eller et kort innlegg på morgenmøte eller personalmøte.

Ser at økonomien spiller en rolle i forhold til arbeidshverdagen til enhetslederne, men de er svært klare på at den daglige driften skal være forsvarlig, slik at de økonomiske aspektene setter ingen grenser for forsvarligheten av pasientbehandlingen. Men det skal sies at det er en fortløpende vurdering av om de ressursene som er tilgjengelig er i samsvar med forsvarlig drift. Det er heller den faglige utviklingen som blir skadelidende når man for eksempel har overforbruk i forhold til lønnskostnader. Da blir det gjort en streng prioritering av midlene som er tiltenkt faglig utvikling.

7.2 Faglig utvikling

I dette punktet skal jeg analysere svarene på forskningsspørsmål 2. Hvilken betydning har de økonomiske utfordringene for den faglige utviklingen ved lokalsykehus?

Vi har som sagt enhetlig ledelse i Klinikken, jeg ser ut fra intervjuene at hovedfokuset til respondentene er å ivareta forsvarlig drift og faglig utvikling av de ansatte som igjen bidrar til god kvalitet på pasientbehandlingen. For at man skal kunne gi pasientene god behandling er man avhengige av at de ansatte ønsker å bidra til faglig utvikling og kunnskapsdeling. I et arbeidsmiljø kan man dra veksler til Godfot teorien til Nils Arne Eggen hvor man må spille hverandre gode for å oppnå best mulig resultat eller sagt på en annen måte, man er ikke sterkere enn det svakeste ledd. Det vil da si at man må utnytte ressursene på best mulig måte og fremheve de gode egenskapene til hver enkelt og bidra til at de får opplæring på det de ikke er så gode på. Man ser ofte at de ansatte ønsker opplæring på det de er mest interessert i og som de som oftest er flinkest på.

Alle respondentene er enige om at det er stort fokus på fagutvikling i enhetene men manglende ressurser setter en del begrensninger på hva man kan gjøre i forhold til faglig utvikling. En av respondentene sa at jo mer kunnskaper de ansatte får jo mer kunnskapssøkende blir de, dette er svært positivt men samtidig utfordrende da man ser at fagutvikling koster. Det er positivt i forhold til at pasientene vil få en bedre behandling mens det er utfordrende i forhold til lave budsjetter til faglig utvikling. Her må vi starte med å tenke nytt, hvordan kan vi få faglig utvikling uten at det følger store kostnader med, eller ved å bruke pengene til fagutvikling til andre ting en kurs/seminar og kongresser for enkeltpersoner.

Respondentene har fått lederopplæring i de 9 ulike administrative systemene vi har i Foretaket, men det er ikke alle de føler de mestrer like godt. Årsaken til dette er at det er enkelte systemer man bruker mindre enn andre og dermed får man ikke like god trening og man glemmer mellom hver gang man skal bruke systemet. Ett eksempel er ePhorte som er arkivsystemet i Foretaket, dette systemet oppleves av mange ledere som vanskelig og lite logisk oppbygd. Men lederne opplever at de får god support på de ulike systemene og de er ikke redde for å spørre om hjelp hvis det er noe de står fast på.

I sykehuset er vi avhengig av at personalet har ferdigheter innen sitt fagområde. Vi har de senere årene fått på plass flere spesialister enn vi hadde tidligere og det betyr at pasientene kan få utredning og behandling på lokalsykehuset i stedet for å reise til UNN. For ti år siden startet man i Foretaket et prosjekt for å rekruttere og stabilisere legespesialister til Finnmarkssykehuset "Stol på egne krefter". Målet for prosjektet er å ha full spesialist legedekning i Foretaket innen 2020. Men for å kunne gjennomføre dette prosjektet blir det årlig innvilget en del penger. Dette er penger som brukes til stipend for leger som ønsker å komme tilbake som ferdige spesialister og som vi ønsker å få tilbake til Foretaket. De får årlige stipend til de er ferdige med spesialiseringen sin, mot en bindingstid på to år i 100% stilling. Dette er et valg som er besluttet i styret, ved å binde legespesialister til Foretaket som kommer tilbake som ferdige spesialister, sparer vi penger på innleie av leger fra Firma, noe som er svært kostbart for Foretaket. Men det å rekruttere legespesialister er en svært langsiktig prosess, da de bruker 5-7 år på spesialiseringen.

For at lokalsykehusene skal bestå må vi ha kvalifisert personell i alle ledd og det er en utfordring å få rekruttert annet type personell enn leger også, spesielt til enkelte enheter for eksempel jordmødre, bioingeniører, anestesi, operasjon og intensiv. For videreutdanning som anestesi-, barne-, intensiv-, kreft-, operasjonssykepleier eller jordmor har vi i mange år hatt stipendordninger, men man ser at man trenger en plan for hvilke utdanninger som skal prioriteres ut fra behovet i Klinikken. Man har gode erfaringer fra denne type rekruttering og at man rekrutterer personell som har tilknytning til Finnmark. Men som et lite lokalsykehus med små enheter, få pasienter og mindre kirurgiske inngrep må vi se på alternative løsninger for å opprettholde og videreutvikle kunnskapene til de ansatte, slik at de føler at de får faglige utfordringer i hverdagen, i tillegg til at vi utfører behandling ut fra god praksis.

Det forventes i dagens moderne og velutviklede samfunn at all forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering er av god kvalitet, det vil si at den er i samsvar med kunnskapsbasert praksis, baser på:

- forskningskunnskap
- erfaringskunnskap
- brukerkunnskap og brukermedvirkning

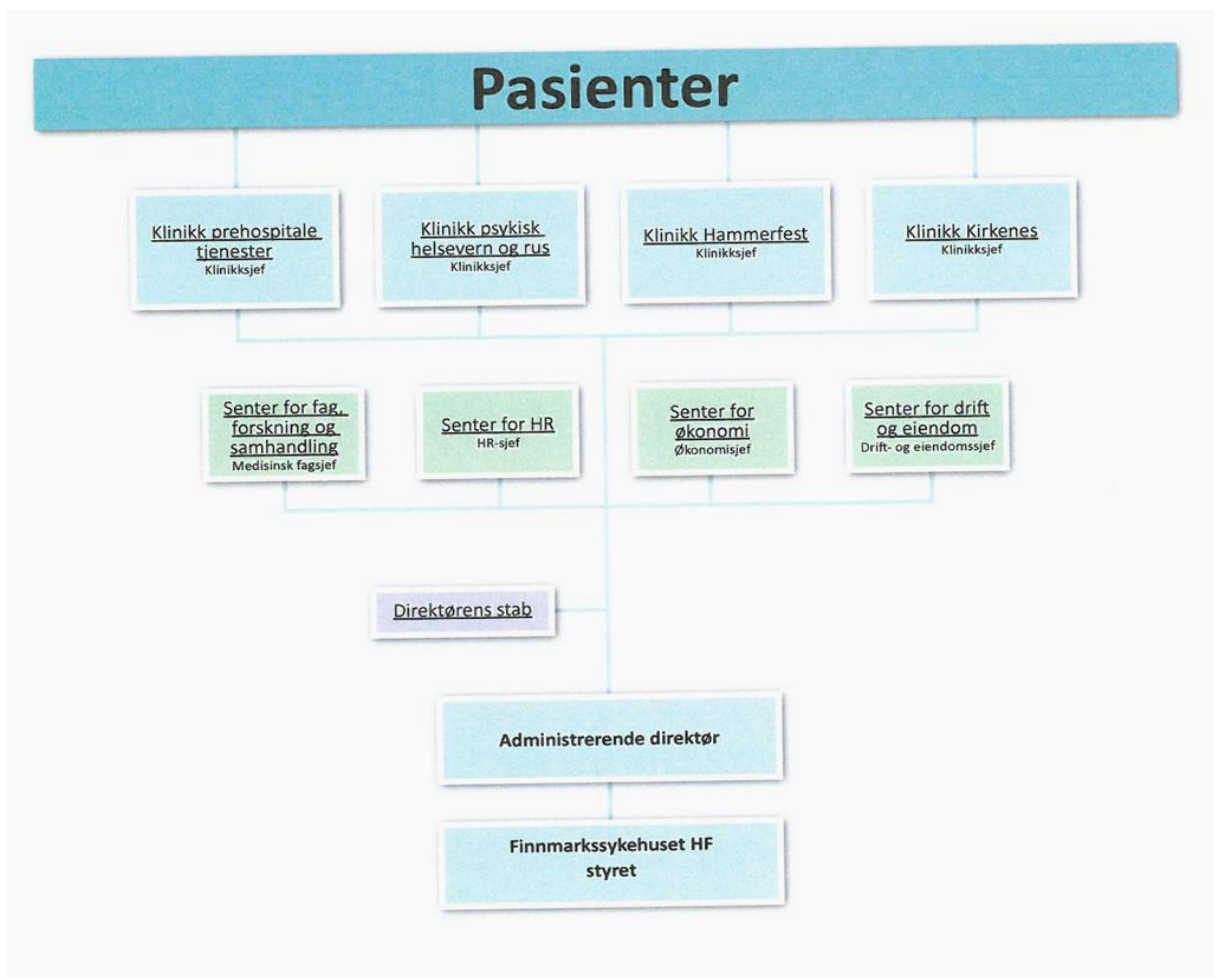
Pasientene har rett til et faglig likeverdig behandlingstilbud. Det forutsetter at helsepersonell kontinuerlig evaluerer egen praksis i forhold til gjeldende kvalitetsstandarder, og at fagmiljøene jobber aktivt med fag- og metodeutvikling. Helsepersonell legger tradisjonelt stor vekt på den kliniske kvaliteten på tjenester og er genuint interessert i å bedre denne når det er nødvendig (Arntzen, 2007).

For at man skal kunne gi en tjeneste av god kvalitet til pasientene må man ha ett sett med kunnskaper. Alle ansatte som jobber pasientrettet har en utdanning hvor de har fått teoretiske kunnskaper som er en formalkunnskap og faktakunnskap som er konkret og stabil. En slik statisk forståelse av kunnskap står i motsetning til en mer prosessuell tilnærming til begrepet, en tilnærming som ville gitt kunnskapen en dynamisk karakter. Med en dynamisk tilnærming menes at kunnskapen utvikles og endres. Det vil si at det ikke er nok at man kan "bake brød", den kunnskapen kan utvikle sine ferdigheter og kunnskaper ut over dette (Coll, 1998). Ved sykehuset har vi en rekke prosedyrer for hvordan ulike oppgaver skal utføres. Denne formen for kunnskap er en konkretisert og bygd på en strukturbasert forståelse. Men samtidig kan utførelsen av de ulike prosedyrene føre til at kunnskapene og ferdighetene utvikles jamfør den dynamiske tilnærmingen. Derfor er ingen prosedyrer evigvarende det er stadig revidering ettersom man får ny kunnskap.

I sykehuset er det en rekke taus kunnskap som blir videreformidlet i ulike situasjoner. I følge Polanyi er taus kunnskap noe som man eksplisitt ikke kan uttale og i følge Blackler er taus kunnskap Embodied, det vil si at kunnskapen er kroppsliggjort. En erfaren kirurg har denne kunnskapen som sitter i fingrene, og det er en utfordring for disse kirurgene å videreformidle denne kunnskapen til LIS legene (lege i spesialisering). Utfordringen ved små sykehus er at man får lite mengdetrening og vi har da sett på alternative løsninger for at LIS legene skal få trening og at disse kunnskapene skal bli kroppsliggjort, kommer tilbake til dette senere i kapitlet. Flygerne har i flere tiår hatt simulatorentrening som en obligatorisk del av jobben. I de senere årene har man også innenfor de medisinske fagene fått treningsdukker hvor man kan trene på prosedyrer og det er utviklet virtuelle dataplattformer. Det er derfor blitt besluttet i Klinikken at vi ønsker å prioritere en del penger for å utvikle et treningsrom, hvor vi samler alt av treningsutstyr i forbindelse med medisinsk trening. Simulatorentrening skal inngå som en del av opplæringen og fagutviklingen. Det har i mange år vært opplæring i hjerte- lungeredning ved hjelp av treningsdukker, men med den utviklingen som har vært de senere årene har ført til mer avanserte dukker hvor man for eksempel kan legge inn venefloner, kateter og utføre

intubasjoner. Det finnes også ulike dukker hvor man kan trene på naturlige og ukompliserte fødsler og fødsler hvor det oppstår ulike komplikasjoner. Ettersom vår Klinikk har en liten fødeenhet hvor jordmødrene får få fødsler og spesielt de nyutdannede får for lite mengdetrening, er det besluttet at vi skal gå til anskaffelse av en avansert dukke hvor man kan trene på fødsler. Dette vil ha stor betydning for kompetansehevingen av jordmødrene i Klinikken. Det å opprette ett treningsrom vil ha stor betydning for kompetansehevingen i Klinikken, noe som vi være bra sett i forhold til pasientbehandlingen. Og det er samsvarer med den "visjonen" direktøren i Foretaket har.

Da vi fikk ny direktør i januar 2014 snudde han organisasjonskartet på hodet hvor pasientene kommer øverst og Styret i Finnmarkssykehuset HF er nederst på kartet. Dette har gitt en god signaleffekt ut i organisasjonen hvor man da har fokuset på pasienten, noe som fagpersonell verdsetter høyt. I tillegg har direktøren innført en ny "visjon" om at Foretaket skal være førstevalget, da gjelder det både for pasientene og personalet. Vi skal gi så god pasientbehandling at pasientene velger oss fremfor å reise andre steder for å få behandling. I tillegg skal vi ha så god kvalitet på pasientbehandlingen og fokus på kvalitet at vi blir attraktive på arbeidsmarkedet, at helsepersonell velger å jobbe hos oss, det gjelder spesielt de med lokal tilhørighet.



Figur 4 – Organisasjonskartet i Finnmarkssykehuset

7.2.1 Faglige prosjekter

Jeg vil nå presentere noen faglige prosjekter som jeg mener har stor betydning for kvaliteten på pasientbehandlingen og på kunnskapsutviklingen hos de ansatte. Kostnadene i forbindelse med prosjektene er stort sett lønnskostnader i form av at det er blitt satt av tid hos enkeltpersoner til å jobbe med prosjektene og det er enkelte ganger blitt leid inn ekstra personell for å kunne implementere noen av prosjektene.

7.2.1.1 Simulatorprosjekt

Vi fikk i 2013 midler fra Helse Nord til innkjøp av simulator for kikkhullskirurgi i forbindelse med ett prosjekt for leger i spesialisering (LIS), simulatorprosjektet. Opplæring av LIS leger i generell kirurgisk laparoskopi på et lokalsykehus er utfordrende. Det er ofte helt uerfarne leger, uten noen laparoskopisk erfaring, som starter sin kirurgiske utdanning ved de minste sykehusene. Den elektive laparoskopien på de minste sykehusene består gjerne av cholecystektomi, lyskebrokk og ventralhernier, som dog kan utgjøre et visst volum, men ikke er godt egnede inngrep for nybegynnere. Treningsgrunnlaget er altså nokså beskjedent for å oppnå en god utdanningssituasjon.

Med Simulatorprosjektet ønsket vi å undersøke om systematisk og hyppig trening av LIS med laparoskopisk simulator ville øke kirurgiske ferdigheter under reelle kirurgiske omstendigheter. Et strukturert treningsprogram med konkrete øvelser i SimSurgery D-boks (manuell treningsplattform) og Surgical Educational Platform (SEP, virtuell dataplattform), er nå gjennomført av 10 leger i spesialisering (LIS). Treningsperioden omfatter 9 økter som gjennomføres i løpet av en 3-ukers periode. Reelle kirurgiske ferdigheter måles under en laparoskopisk cholecystektomi før og etter treningsperioden, med videoopptak av klipsing og deling av ferdigpreparert ductus cysticus og arteria cystica. Mål for ferdighetene er Objective Structured Analysis of Technical Skills score (OSATS) samt tidsbruk for oppgaven. I treningsperioden skal kandidaten ikke utførte annen laparoskopi enn det oppsatte treningsprogrammet i simulator.

I fjor gjorde vi opp et foreløpig materiale etter at 5 LIS hadde gjennomført opplæringen. Alle 5 forbedret både OSATS og tid på øvelsen. Fremgangen på de enkelte treningsøvelsene i simulator var større enn forbedringen i reell kirurgi. Ikke målbare effekter av prosjektet var en merkbar økning av samtlige LIS' entusiasme både for reell laparoskopi og simulatortrening. Vi konkluderer med at det strukturerte og obligatoriske treningsprogrammet i simulator har en tydelig målbar og positiv effekt på LIS' laparoskopiske ferdigheter og faglig entusiasme. Våre målinger viser at våre pasienter opereres raskere og tryggere av LIS etter simulatortrening. Treningsregimet gjør læringskurven brattere og øker laparoskopisk kompetanse raskere slik at avanserte elektive inngrep kan tjene som læringsinngrep. Vi har innført obligatorisk, strukturert, ukentlig trening på simulator i arbeidstiden som en del av utdanningen av våre LIS-leger.

7.2.1.2 IKT systemer

Sykehusene har i løpet av de siste 10-15 årene innført en rekke datasystemer, både kvalitetssystemer og pasientadministrative systemer. I Helse Nord er det besluttet at alle Foretak i RHF- et skal ha samme IKT løsninger, noe som er positivt i forhold til at vi har en del personell som ambulerer mellom Foretakene. Dips som er den ledende leverandøren av e-helse systemer i norske sykehus, med elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrasjon (PAS). Dette systemet ivaretar vårt behov for administrasjon og dokumentasjon av pasientbehandlingen, i tillegg til spesialistløsninger innenfor radiologi og laboratorier. Dette systemet skal forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen og øke pasientsikkerheten.

Med bakgrunn i den systemteoretiske behandling av kunnskapsbegrepet overtok man også det hierarki av begreper man kaller kunnskapspyramiden, med data, informasjon og kunnskap. For eksempel er alle aktivitetstall, effektivitetstall, DRG- poeng som kommer frem i SAMDATA rapporten hentet fra de ulike pasientadministrative systemene. Det vil si at det er gjort en del registreringer i Dips, som hentes ut via norsk pasient register (NPR). I SAMDATA rapporten finner man igjen de dataene fra NPR. I denne rapporten har de samlet informasjon som igjen spres ut til RHF-ene og videre til HF- ene. Denne informasjonen blir så behandlet på de ulike sykehusene og dette skaper forhåpentligvis en kunnskapsforbedring. Men man ser dessverre at det er feilkilder da man registrerer ting ulikt i Dips og da vil man ikke få sammenlignbare tall i SAMDATA rapporten, kommer tilbake til dette senere i oppgaven.

Sverige har vært tidlig ute med mange typer kvalitetsregister, mens vi i Norge ikke på langt nær har så mange registre. Disse registrene skal bidra til økt kvalitet på pasientbehandlingen i tillegg kan de fremme og gi grunnlag for forskning. Etersom vi ved sykehuset har mange små kirurgiske inngrep som for eksempel laparoskopisk galle og lyskebrokk, startet vi med å lage et register for brokk. Det fantes ikke noe brokkregister i Norge, men vi så mot Sverige som hadde hatt denne type register i en årrekke. Årsaken til at vi startet denne jobben var følgende:

- vanlig kirurgisk inngrep
- ulike operasjonsteknikker
- komplikasjoner er ikke uvanlig- men hvor vanlig?
- Lokale operasjonsresultater versus resultater fra andre sykehus/utlandet?
- DIPS har ingen enkel mulighet for register

Målet for å innføre dette registeret var:

- kartlegge egen virksomhet inklusive ventetider, komplikasjoner og pasienttilfredshet
- kvalitetssikring- forbedringspotensiale
- sammenligne oss med andre sykehus
- mulighet for prospektive studier
- redusere total tidsbruk for journalføring (enkelt, intuitivt og praktisk gjennomførbart)

Det var etter en lang prosess med mye arbeid og i godt samarbeid med Senter for klinisk dokumentasjon (SKDE Tromsø) og Helse Nord IKT vi fikk utarbeidet dette brokkregisteret. De første registreringene i registeret er gjort fra 01.03.2013. Legene registrerer en del informasjon i forkant av operasjonen som for eksempel kjønn, høyde, vekt, røyking, detaljer rundt brokket og gradering av plagene. I tillegg registrerer de detaljer i forhold til selve operasjonen som operasjonsmetode, bedøvelsesmiddel, nettype, fikseringsmetode, operasjonstid og kvalifikasjonene til kirurgen og assistenten. I etterkant av operasjonen blir pasienten fulgt opp per telefon etter en måned og etter ett år, legen har standardiserte spørsmål i forhold til plager i etterkant av operasjonen, forekomst av reoperasjon, infeksjon, tilbakefall av brokket og hvor tilfreds pasienten er i etterkant av operasjonen. Det er siden mars 2013 registrert ca. 140 brokk, nesten 100% av alle brokkoperasjonene som er foretatt ved Klinikken. 90% av alle pasientene har hatt oppfølging etter en måned og 45% etter ett år. De preliminære resultatene er gode, ca 18% har kroniske smerter i etterkant av operasjonen, men 12% av disse sier at smertene lett kan ignoreres og bare en pasient har fått residiv. Registeret er lett tilgjengelig for andre Foretak, Oslo Universitetssykehus innførte registeret fra 01.01.2015.

Dette registeret bidrar til å øke kunnskapene om resultatene av lyskebrokkoperasjonene ved sykehuset og man kan for eksempel se om residiv forekommer oftere med en type operasjonsteknikk kontra en annen, i tillegg vil pasientbehandlingen bli bedre. Det er utrolig spennende og vi er svært stolte av den jobben legene har lagt ned i utarbeidelsen og oppfølgingen av registeret, man ser at man klarer å være nytenkende og nyskapende også på små lokalsykehus.

7.2.1.3 Pasientkampanjer "I trygge hender 24/7"

Med bakgrunn i pasientkampanjen "I trygge hender 24/7" er det implementert en rekke tiltakspakker i sykehusene. Målsetningen med denne kampanjen var å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse og omsorgstjenesten. Dette skulle oppnås ved hjelp av målrettede tiltak på prioriterte områder. 11 innsatsområder ble valgt basert på kunnskap om hva som forårsaker flest pasientskader. For alle innsatsområdene ble det utviklet tiltakspakker som bestod av de viktigste tiltakene for å oppnå forbedring. Erfaring viser at det er krevende å innføre endringer som gir varige forbedringer. Kampanjen har derfor jobbet langs to akser: styrking av kompetanse i forbedringsarbeid hos helsepersonell og ledere, samt implementering av tiltak som ville redusere skader og bedre pasientsikkerheten på utvalgte innsatsområder. I vår Klinikkk har vi implementert eller delvis implementert 7 av de 11 tiltakspakkene.

En av tiltakspakkene er fallforebygging, her ser vi at denne tiltakspakken har effekt, men det har vært en stor jobb å få de ansatte til å se nytten av denne kartleggingen. Mange synes at man blir mer og mer fjernet fra pasienten ved at man stadig får flere pålagte oppgaver som innebærer administrasjon og dokumentasjon. Men nå når vi har jobbet med å fallkartlegge alle pasienter så ser de en stor forbedring og det kommer pasientene til gode. Disse

tiltaksprogrammene har tilført de ansatte en del kunnskaper som de muligens ikke hadde fått hvis det ikke hadde vært for dette forbedringsarbeidet. I tillegg ser vi at implementeringen av fallkartleggingen har ført til bedre sykepleiedokumentasjon ved at de har tatt i bruk behandlingsplan i Dips, noe som øker kvaliteten på pasientbehandlingen. Innføringen av disse tiltaksprogrammene er tid- og ressurskrevende og man er avhengig av at det er forankret hos ledelsen. Lederne må påse at det er nok ressurser tilgjengelig i tillegg til å være pådrivere for at man skal lykkes med å implementere disse tiltaksprogrammene. Men vi ser også at med implementeringen av disse tiltaksprogrammene har man økt antall avviksmeldinger i Docmap, det kan ha sammenheng med at økt fokus fører til økt forekomst. Men samtidig henger det nok sammen med at det tidligere var en underrapportering i Docmap.

7.2.2 Faglig utvikling og kunnskapsdeling

I et sykehus har alle profesjoner en teoretisk ballast med seg i bagasjen fra utdanningen, men det er varierende hvor lang erfaring de har innenfor sitt fagområde. På sengeenhetene har man en utfordring med at det stort sett er nyutdannede sykepleiere som ansettes og man har i tillegg en stor turnover. Jeg vil nå analysere de svarene jeg fikk fra respondentene i intervjuene opp mot SECI-modellen, som jeg allerede har redegjort for i teorikapitlet. Kunnskapsdelingen er en meget viktig faktor for faglig utvikling i sykehuset og jeg velger derfor å gi denne delen av analysen relativt stor plass. Med bakgrunn i at det er viktig for analysen og konklusjonen. Kjernen i modellen er som tidligere skrevet å få til en konvertering mellom taus og eksplisitt kunnskap gjennom ulike prosesser: sosialisering, eksternalisering, kombinerende og internalisering. Jeg velger å dele inn analysen ut fra de fire ulike prosessene.

Sosialisering

I analysen av sosialisering prosessen har jeg sett på i hvilke sammenhenger de ansatte i sykehuset møtes og hvordan kunnskapsdelingen er mellom de ansatte. I en læreprosess kan man i sykehuset se for seg en erfaren sykepleier ha med seg en sykepleierstudent, hvor sykepleieren viser studenten hvordan arbeidsoppgavene utføres.

Sosialiseringen skjer i vekselspillet mellom to personer når de møtes. I sykehuset er det mange slike treffpunkt. Jeg kan nevne treffpunkt som rapport, visitt, morgenmøter, samtaler, deltakelse under ulike prosedyrer, observasjoner, tverrfaglige møter, personalmøter, medarbeidersamtaler, kurs, temadager etc. Ikke alle disse hører til bare under sosialisering. Kurs for eksempel, kan man også plassere under internalisering, som jeg vil komme tilbake til, men også på kurs møtes enkeltmennesker og i deres kommunikasjon utveksles også taus kunnskap. Jeg vil også vise at noen av de større møtene som morgenmøter, tverrfaglige møter og personalmøter også hører til under eksternalisering der flere mennesker møtes og taus kunnskap gjøres eksplisitt.

Jeg ønsket gjennom studiet å finne ut om hvordan kunnskapsdelingen foregår på de ulike enhetene. I sykehus står kunnskap og fagutvikling i høysetet hos de ansatte, det er derfor viktig at det finnes arenaer for kunnskapsdeling. Spesielt er det viktig at de ansatte har rom

for og er bevisst den tause kunnskapen. Som tidligere nevnt i oppgaven har man i følge Westeren 3 former for kunnskap: "Know why", "know that" og "know how". "Know how" er kunnskapsbegrepet som er knyttet til ferdigheter. For å eksemplifisere dette har jeg tidligere nevnt det med at ferdigheter kan sitte i fingrene, som for eksempel lefsebakeren. Hvor man kan si at taus kunnskap også kan være Embodied, hvor kunnskapen blir kroppsliggjort. Men selv ved hjelp av "Mesterlære", er det ofte at "kunnskapene sitter i fingrene" til mesteren, og det behøver ikke være lett å tilegne seg læring, eller lære bort ferdigheter som er Embodied. Dette kan man tydelig se på operasjonsstuen hvor kirurgen har kunnskapen i fingrene etter mange års erfaring og hvor disse fingerferdighetene er vanskelig å overføre til LIS legen som er under opplæring. Eller fysioterapeuten som også har fingrene som arbeidsverktøy.

Eksternalisering

I analysen av eksternaliseringsprosessen har jeg sett på i hvilke sammenhenger flere møtes og hvor taus kunnskap transformeres og blir til eksplisitt kunnskap. I sykehuset er det mange slike møtepunkter i løpet av dagen. Det er morgenmøter, rapporter, visitter, tverrfaglige møter, samarbeidsmøter, personalmøter, avdelingsmøter, klinikk møter etc. Av elektroniske hjelpemidler til å gjøre den tause kunnskapen eksplisitt brukes IT verktøy og IT systemer, det skrives møtereferater fra en del møter - men ikke alle, alle ansatte har tilgang på egen e-postadresse, alle ansatte har tilgang til intranett og felles fil område, sms brukes og lyd/bilde brukes.

Taus kunnskap som blir eksplisitt gjennom eksternaliseringsprosessen kan være rutiner som ikke er nedskrevet eller mangfoldiggjort. Alle respondentene jeg intervjuet har faglig ansvar i enheten de leder og de gir inntrykk av at det jobbes godt på de ulike enhetene for å få på plass gode rutiner og prosedyrer. Enkelte enheter har fått på plass dette, mens andre har en vei å gå før de har gode nok rutiner og prosedyrer. Dette er en kontinuerlig jobb som man ikke kan legge til sides da det stadig skjer endringer og faglig utvikling. For de enhetene som ikke har dedikert personalet til å jobbe med dette, ser man at det er en utfordring å få tid til å jobbe med dette kontinuerlig. Men for at man skulle kunne gi en god pasientbehandling er det viktig at man har på plass gode rutiner og prosedyrer og at disse etterfølges av alle ansatte. Utfordringen er å få på plass en god opplæring av nyansatte, slik at de blir kjent med rutinene og prosedyrene. Ut fra forskningsstudiet ser det ut til at mange enheter har fått på plass gode rutiner og prosedyrer, men man har fortsatt en vei å gå. Det er etter min mening fortsatt en del rutiner som ikke er nedskrevet. En rutine trenger ikke å være en instruks for hvordan man skal gjøre ting, det kan være en måte å arbeide på som noen har lagt seg til og som faller naturlig for den som utfører oppgaven. Når de som har egne rutiner lagret i hodene sine som taus kunnskap er borte fra jobb, det er da enhetene kan få vanskeligheter med å få gjort arbeidsoperasjonen eller finne tilbake til hvordan ting er gjort tidligere. I en dynamisk organisasjon må man vokte seg for å lage rutiner for alt, rutiner vil være under endring hele tiden, og det kan gå med mye tid med å dokumentere ting i stedet for og "produsere" noe. Her må man finne en gylden middelvei – hva må man ha dokumentert og hva kan man tillate som kunnskap bare hos de som utfører oppgavene. En løsning kan her

være overlappende arbeidsoppgaver, ikke la noen sitte og gjøre ting andre ikke vet noe om, men sørge for at flere har kjennskap til arbeidsoppgavene slik at man ikke blir sårbar ved fravær eller utilsiktede hendelser som kan ramme enhetene. I sykehuset har vi enkelte enheter hvor det er mer sårbart enn hos andre, noe som man må ta på alvor, slik at man ikke må redusere driften på grunn av at man ikke har tatt høyde for dette. For eksempel ser vi dette hos enkelte av merkantilt personale, da de ofte sitter alene med en oppgave, som ingen andre kan.

Kombinering

I analysen av kombineringsprosessen har jeg sett på hvilke former for mangfoldiggjøring, lagring og distribusjon av informasjon som gjøres ved sykehuset. Fra Helse Nord får vi årlig et oppdragsdokument som sier noe om hvilke oppgaver som skal prioriteres. I tillegg til lover, forskrifter og nasjonale veiledere. I Klinikken har vi årshjul som sier noe om hvilke oppgaver som skal utføres i løpet av året i Klinikken. I tillegg finnes det planer på avdelings- og enhetsnivå. Foretaket har en filstruktur for interne dokumenter som alle ansatte har tilgang til i tillegg til intranett hvor det ligger mye informasjon. Men det er nok dessverre ikke alle ansatte som har så god kjennskap til alt som legges ut på intranettet. Gjennom kurs og konferanser tilegner de ansatte seg også kunnskaper som de viderefremmer når de er tilbake, ved å legge frem dette på morgenmøte, internundervisning eller personalmøter. Alle enheter har dessverre ikke gode nok rutiner for at dette gjennomføres systematisk.

I kombineringsfasen gjøres den eksplisitte kunnskapen fra eksternaliseringsfasen om til eksplisitt kunnskap gjennom mangfoldiggjøring, med andre ord kunnskapen lagres og flere får tilgang på denne. Internett og intranett, samt lokale filstrukturer er de mest vanlige i tillegg til tradisjonelle permer eller dokumenter som er trykt opp i flere eksemplarer. Når det gjelder kunnskapsdelingen på de ulike enhetene er det noe av kunnskapen som deles der og da, men de omdannes også til historier og blir fortellinger overfor andre ved et senere tidspunkt. En erfaring er at det kanskje er de gode opplevelsene som man velger å dele med andre. Erfaringer av den dårlige sorten velger man kanskje ikke å fortelle sine kollegaer om, det kan for noen oppleves som en svakhet og fortelle om situasjoner man ikke mestret eller negative hendelser. Slik er det selvfølgelig ikke for alle, dette beror mye på tilliten til kollegaene, personlig trygghet, kjemi og åpenhet for slike erfaringsutvekslinger. Å kunne le av sine feil og fortelle andre om disse feilene skaper også tillit, man gir noe av seg selv og åpner opp for dialog på en positiv måte. Respondenten trekker frem at kunnskapsdelingen er noe tilfeldig. Erfaringene deles av enkeltmennesker til en eller flere personer, gjerne en gruppe eller enheten. Hvem som deler hva er avhenger ofte av den rollen vedkommende har i organisasjonen, hvor han/hun ser seg selv, tidligere erfaringer er ofte avgjørende. Hvordan ble man møtt sist man delte sine erfaringer? Og ikke minst hvilken kultur er det i organisasjonen for erfaringsdeling. Når det gjelder rutiner og prosedyrer har vi et eget IT verktøy, kvalitetssystemet vårt som heter Docmap. I dette systemet lages alle prosedyrer og alle avvik legges inn i dette systemet og behandles elektronisk. Alle ansatte har tilgang til alle prosedyrer som ligger i systemet. En utfordring er at alle er kjent med systemet og vet å finne

frem til de aktuelle prosedyrene, det er et kontinuerlig behov for opplæringskurs i dette systemet. En del enheter har fortsatt permer med prosedyrer som er skrevet ut fra Docmap, faren med dette er at prosedyrepermene ikke blir oppdatert. Det er derfor ønskelig at alle enheter fjerner disse permene og da tvinges de ansatte til å bruke systemet og det vil igjen føre til at alle må gjøre seg kjent med systemet.

Internalisering

I analysen av internaliseringsprosessen ligger det at kunnskap er blitt så godt innarbeidet hos den enkelte, at den er blitt ens egen- kunnskapen er blitt kroppsliggjort. I denne prosessen, når ny kunnskap har blitt kroppsliggjort eiendel, vil det gjøre at man lager seg nye arbeidsmetoder, som igjen fører til utvikling av ny taus kunnskap.

For å oppnå en internalisering, skjer det gjerne en prosess med rollespill, simulatorer med flere brukere, gjennom å opptre for hverandre, prøve- og feilemetoden, gjennom refleksjon, eller gjennom "learning by doing". I Klinikken har vi jevnlig traumeøvelser hvor man har en case som skal løses og i etterkant har man en gjennomgang for å se hva man gjorde bra og hva man kan gjøre bedre neste gang. Ved alle reelle hendelser har man en debriefing i etterkant av situasjonen hvor alle som var delaktig i situasjonen deltar, dette er en fin læringsarena spesielt for de som ikke har så lang erfaring. I tillegg har vi en gang per år nyfødt resusciteringskurs hvor ansatte fra anestesi, operasjon, intensiv og føden deltar. Det er første en teoretisk gjennomgang etterfulgt av en praktisk gjennomføring. Etter den praktiske gjennomføringen har de en gjennomgang av hva som ble gjort bra og hva som kan gjøres annerledes, dette oppleves som meget lærerike kursdager hvor man får tid til refleksjon jfr. refleksjonssirkelen som er beskrevet i teorikapitlet.

7.2.3 Oppsummering av analysen i forhold til forskningsspørsmål 2

Her vil jeg ha en kort oppsummering av de funnene jeg gjorde i analysen i forhold til forskningsspørsmål 2. Hvilken betydning har de økonomiske utfordringene for den faglige utviklingen ved lokalsykehus?

Enhetslederne er svært opptatt av at kvaliteten på pasientbehandlingen skal være god og at de ansatte skal få påfyll og faglig utvikling. Finnmarkssykehuset har siden 2005 hatt et prosjekt "Stol på egne krefter" for å rekruttere og stabilisere legespesialister til Foretaket, noe som vi delvis har lyktes med, men man har fortsatt en vei å gå før man har full spesialist legedekning. Målet er at man innen 2020 skal ha full spesialist legedekning, men man ser at dette er en kontinuerlig jobb. Det samme gjelder for spesialsykepleiere som for eksempel intensiv, anestesi og operasjon hvor de som starter på utdanningen har fått stipend mot 2 års bindingstid i 100% stilling.

Faglig utvikling og god kvalitet på pasientbehandlingen er noe alt helsepersonell legger meget stor vekt på, men det er ikke all kunnskap som er like overførbare. Eksempelvis kunnskaper som man ikke kan uttale, kroppsliggjort eller Embodied. For å bidra til at LIS

legene innen kirurgi kan trene på å få kunnskapene i fingrene har vi i Klinikken tatt i bruk simulatorentrening for å kompensere for få operasjoner, noe som er mottatt på en god måte i det kirurgiske fagmiljøet i Klinikken.

Direktøren har med sin "visjon", at vi skal være Førstevalget både for pasientene og for ansatte, i tillegg til at han har snudd organisasjonskartet på hodet hvor pasientene er øverst bidratt til at de ansatte i organisasjonen føler at man har større fokus på kvaliteten på pasientbehandlingen og faglig utvikling.

Jeg har beskrevet 3 ulike faglige prosjekter som har ført til faglig utvikling hos de ansatte og som kommer pasientene til gode. Simulatorprosjektet, ulike IKT systemer og pasientkampanjen "I trygge hender 24/7", dette er bare eksempler på faglige prosjekter vi har i Klinikken. Med å beskrive disse prosjektene ønsket jeg å vise det fokuset som er på faglig utvikling og at vi er opptatt av at pasientene skal få god behandling ut fra god praksis. Disse prosjektene har ført til bedre pasientbehandling, større fokus på faglig kvalitet og dette har ført til større entusiasme hos de ansatte. Når de ansatte ser at kvaliteten på pasientbehandlingen øker bidrar det til en større tilfredshet hos de ansatte.

Deretter har jeg beskrevet hvordan den faglige utviklingen og kunnskapsdelingen skjer i Klinikken ved hjelp av SECI modellen og de fire ulike prosessene. Hvor taus kunnskap blir til eksplisitt kunnskap og eksplisitt kunnskap blir til taus kunnskap. Den kunnskapsdelingen som foregår i sykehuset hver dag 24/7, er vi avhengige av for at for eksempel nyutdannede skal kunne gå fra å "være novise til å bli ekspert". Dette bidrar også til å kunne gi en god behandling av pasientene. Alle nyutdannede som begynner å jobbe har med seg teoretiske ferdigheter, men de er på ingen måte ferdig utlært etter å ha gjennomført for eksempel sykepleierutdanningen. Det er først når de begynner å arbeide at de kan knytte teorien opp mot praksisen, og man opplever daglig situasjoner hvor man får ny kunnskap, slik at ferdighetene skal bli automatisert og sette seg i fingrene eller bli kroppsliggjort. Kunnskapsdelingen foregår på mange arenaer i sykehuset som for eksempel rapport, morgenmøter, visitt, ved pasientsengen og ved ut ved utførelse av ulike prosedyrer.

Ved sykehuset har vi en hel del prosedyrer og retningslinjer for hvordan ting skal utføres, disse prosedyrene skal være til hjelp for å kunne utøve god pasientbehandling ut fra beste praksis. Men man ser at det stadig er endringer av prosedyrene, slik at de er levende dokumenter med bakgrunn i at det skjer en kontinuerlig faglig utvikling. Derfor er det så viktig at alle ansatte i Klinikken bruker IT verktøyet vårt i forhold til kvalitetssystemet, Docmap hvor alle prosedyrer og retningslinjer til enhver tid er oppdaterte. En del enheter har fortsatt ringpermer hvor de har skrevet ut prosedyrene, men i prinsippet er de gamle når de blir skrevet ut, og det krever at det er noen som har hovedansvaret for å oppdatere disse permene når det kommer nye prosedyrer eller nye versjoner.

For kort å oppsummere har økonomi en betydning i forhold til hvor mye og hvilken type fagutvikling vi kan ha i Klinikken, men vi prøver å få mest mulig ut av de ressursene vi har til rådighet. Vi prøver å tenke nytt og langsiktig for å kunne innfri de kravene som stilles til faglig forsvarlighet og vi ønsker å være delaktig i den medisinske utviklingen. Ved å prioritere innkjøp av utstyr til et treningsrom for medisinsk trening, vil det bidra til faglig oppdatering og kvalitetsforbedring. Men for å få et treningsrom som er fullt utstyrt vil det ta en del år, på grunn av at vi har ikke økonomi til å kjøpe alt utstyret på en gang. Det må lages en prioritering ut fra hva Klinikken og fagmiljøene synes er mest viktig, i forhold til pasientgruppene som behandles i Klinikken.

7.3 Kvalitet og økonomiske rammer

I dette punktet skal jeg analysere svarene på forskningsspørsmål 3. Hvilke konsekvenser har de økonomiske rammene og ISF regelverket for kvaliteten på pasientbehandlingen?

Alle respondentene mente at kvaliteten på pasientbehandlingen i Klinikken er god, og at de ansatte har pasienten i fokus. En av respondentene stilte spørsmål ved hva er god pasientbehandling og hva er godt nok. En persons vurdering av om kvaliteten på en tjeneste er god eller dårlig, handler ofte om subjektive opplevelse i møte mellom mennesker, en vurdering basert på verdier og normer. Pasienter har vanligvis ingen forutsetning for å kunne vite hvor god den faglige kvaliteten er eller burde være. Etter kontakt med helsevesenet er hovedinntrykket pasientene sitter igjen med komme til å handle om hvordan de ble møtt, sett og hørt – den såkalte servicekvaliteten. Servicekvalitet viser seg daglig i helsepersonellens evne til innlevelse og forståelse av enkeltmenneskets behov for tilpasset pleie, omsorg og behandling. Helsepersonell skal være profesjonelle, samtidig som de i mange situasjoner må vise medfølelse og innlevelse (Arntzen 2007). Ut fra respondentenes svar i intervjuene ser det ut som alle ansatte har pasienten i fokus og pasientene går foran alt annet som for eksempel møter, undervisning og kurs.

Sykehus er komplekse kunnskapsbedrifter der helsepersonell alene eller i grupper utøver sin faglige praksis i samspill med pasienten. Innholdet i denne tjenesten avhenger i stor grad av at enkeltpersoner følger opp sitt selvstendige ansvar. Ledelsen skal tilrettelegge for at de ansatte kan utføre sine plikter, for eksempel gjennom ressurstilgang, opplæring og definerte rutiner og prosedyrer. For pasientene handler kvalitet først og fremst om et møte med sykehuset gir tillit fordi helsepersonellet er forberedt, kan faget sitt og utfører tjenesten i tråd med god praksis. Samtidig er det kvalitet for pasienten å bli møtt på en ivaretagende og god måte (Arntzen, 2007).

Kvalitet for pasienten kan oppsummert bety at:

- tjenesten er tilgjengelig når de trenger den
- tjenesten er rettferdig fordelt
- de blir møtt med respekt og omtanke
- de får faglig god behandling

- de får medinnflytelse
- de får trygge, forutsigbare tjenester med få uønskede hendelser

For helsepersonell handler kvalitet om hvor man legger lista, det vil si hvilke valg man tar når en oppgave skal løses eller jobben skal utføres (Arntzen, 2007).

De fleste respondentene mener at de ut fra bemanningsplanene har nok ressurser for å ivareta pasientene på en god måte, men da er det ikke tatt høyde for fravær eller høyt belegg. Hvis alle som er satt opp i arbeidsplanen er på jobb hadde det bare vært nødvendig og leie inn ekstra ressurser når det er topper seg med ø-hjelps pasienter, men slik er dessverre ikke virkeligheten. Det har tidligere vært forsøkt å øke bemanningen for at man skal ha litt ekstra ressurser for å se om det hjelper i forhold til fravær, men det var fortsatt en del fravær, slik at man ikke fikk ønsket gevinst av dette prosjektet.

I Helse Nord tilstreber man å planlegge langsiktig og tydelig. De ser sammenhengen mellom de viktigste plandokumentene og formålet, **pasientbehandlingen**. Oppdragsdokumentet er en viktig del av den totale styringen for å nå målene. Figuren nedenfor illustrerer sammenhengen mellom de ulike plandokumentene.

Helseforetakene har ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Tjenesten skal være pasientorientert og sikre gode pasientforløp innad og mellom de ulike delene av helsetjenesten. Forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende skal ivaretas på en god måte. Tjenesten skal gjenspeile kjerneverdiene kvalitet, trygghet og respekt (Oppdragsdokument 2015).

Vi har en rekke kvalitetsindikatorer vi blir målt på, et utvalg av indikatorene får vi presentert i kvalitetsrapporten som utarbeides av kvalitetsrådgiver i Foretaket. Dette er en månedlig rapport som man gjennomgår på klinikkledermøter og avdelingsmøter. I tillegg sendes den på e-post til alle enhetslederne som igjen videresender den til de ansatte i de ulike enhetene. Slik at denne rapporten skal være kjent for alle ansatte i Klinikken. Bakgrunnen for at man startet med å utarbeide denne rapporten var Foretakets kvalitetsstrategi, hvor vi skal øke fokuset på kvalitet og sikre detaljerte kvalitetsresultater til de ulike enhetene.

Kvalitetsindikatorer er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorerne tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløp og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorerne bør sees i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten på tjenesten (Helsenorge.no).

I kvalitetsrapporten fremkommer det hvordan vi ligger an i forhold til ventetid, fristbrudd, epikrisetid, gjennomsnittlig vurderingstid av henvisninger, antall åpne dokumenter over 14

dager i Dips, åpen henvisningsperiode uten ny kontakt, status på avvikshendelser i DocMap (kvalitetssystem) og dokumenter i DocMap. Det kan vel diskuteres om dette sier noe om den kvaliteten vi gir pasientene. Men vi har en bedre kontroll på at vi innfrir de krav myndighetene har satt på for eksempel ventetid, fristbrudd og vurderingstid av henvisninger, slik at pasientene får den behandlingen de skal ha innen gitte frister. Og man ser at tilgjengelighet er en viktig del av pasienters opplevde kvalitet på behandlingen. Lange ventetider og unødvendig sløsing med tiden til pasientene oppleves som dårlig planlegging og skaper lett irritasjon og mistillit. Derfor har man i de senere årene sett på pasientforløp ut fra LEAN prinsippet. LEAN betyr slank og ved hjelp av denne tenkningen skal man oppnå effektiv, sikker og god flyt uten sløsing (Arntzen 2007). Ved å se på pasientforløp ved hjelp av en slik metode ønsker man å unngå unødvendige flaskehals i pasientbehandlingen.

Helseøkonomi dreier seg om helsetjenester- om produksjon, finansiering og fordeling som har til hensikt å forbedre folks helse (St.meld. nr. 16 2002-2003).

Når det gjelder den betydningen økonomi har for driften i de ulike enhetene, sa en av respondentene at pasienter og økonomi er grunnlaget for vår eksistens. Det viser at vi er avhengig av både pasientene og god økonomi for å kunne levere en god tjeneste og da må vi forvalte pengene på en god måte. Men er finansieringsmodellen av sykehusene god nok slik at vi får de ressursene vi trenger for å gi den behandlingen av de ulike pasientgruppene vi skal ivareta?

Ett av spørsmålene i intervjuguiden var om hvilke økonomiske utfordringer enheten står overfor? Samtlige respondenter svarte at det er lønnsutgiftene og for lite budsjett til faglig utvikling som for eksempel kurs/kongresser og seminarer som er de største utfordringene. Man ser at man har for lavt budsjett på de fleste enhetene på lønnskostnader og i budsjettene har man ikke tatt høyde for lønnsveksten og da får man et overforbruk på denne posten som man må spare en annen plass i budsjettet. Ofte må man da spare på de budsjettpostene som gjelder kurs/seminarer og kongresser som man kan styre. Enkelte yrkesgrupper har i sine avtaler at de skal ha x- antall kurs per år og disse kursene kan vi selvfølgelig ikke gjøre noe med, men det er de andre yrkesgruppene som blir skadelidende og kanskje mest de med lavest utdanning.

I Norge er det et offentlig ansvar å sikre at befolkningen får de helsetjenestene de har behov for. Det er noe innslag av egenbetaling, men den altoverveiende finansieringen skjer ved hjelp av offentlige midler. Som jeg tidligere har skrevet innebærer dagens modell en rollefordeling mellom stat, regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF). Staten eier RHF- ene og RHF- ene eier HF- ene. Det vil si at statens primære rolle er å gi de overordnede retningslinjene for driften samt å legge de økonomiske rammebetingelsene. Staten opptrer dermed som en oppdragsgiver for RHF- ene. RHF- enes rolle er dermed å være en slags tilrettelegger (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008). I dette ligger:

”Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og utdanning.” (Lov om helseforetak §1.1,23)

I dagligtalen sier vi at RHF- ene har et ”sørge for” ansvar, de skal sørge for at befolkningen får de spesialisthelsetjenestene de har krav på. Mens RHF- ene skal være tilretteleggere og bestillere, skal HF- ene stå for produksjonen av spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning. HF- ene har derfor en rolle som de som yter tjenester, altså de utfører helsetjenestene (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

Statens rolle som eier innebærer at den må fatte to overordnede beslutninger av økonomisk karakter:

- Hvor stor andel av de offentlige midlene som skal benyttes til helsetjenester kontra andre offentlig finansierte fellesoppgaver?
- Hvordan skal de offentlige midlene som benyttes til helsetjenester fordeles mellom de regionale helseforetakene?

Staten kunne i utgangspunktet tatt ansvar for å prioritere hvor stor andel av helsetjenestens ressurser som skal benyttes på psykisk helsevern, somatiske tjenester, rusbehandling og lignende. En slik øremerking finner man delvis i opptrappingsplaner, for eksempel for psykisk helse fra 1999 til 2008 (Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak 2008).

Mange av respondentene føler at de har liten innsikt og kunnskap om budsjettene, de synes det er vanskelig å lese og forstå budsjettene og dermed føler at de ikke gjør en så god jobb som de kunne gjort. Her er det variasjoner ut fra hvor lenge de ulike respondentene har vært ledere. Enhetslederne føler stort ansvar for budsjettet og ønsker å gå i balanse, men når det er en del uforutsette utgiftsposter som de i liten grad kan styre blir det vanskelig. Alle er opptatt av å drifte enheten på billigst mulig måte, men forsvarligheten på pasientbehandlingen går foran de økonomiske aspektene.

Når det gjelder finansieringsmodellen og DRG- systemet har de fleste kjennskap til hva det går ut på, men de føler ikke at de trenger å sette seg inn i hele systemet ettersom det er legene som har hovedansvaret for DRG kodingen i Klinikken. Vi har jobbet mye med koding i Klinikken de siste årene hvor vi er opptatt av at vi skal kode riktig og ikke spekulere i kodingen, da det er rom for dette. Men man vet at en del sykehus har fått store bøter for å ha spekulert i kodebruken, noe som ikke er ønskelig i vår Klinik. Ved hjelp av kodingen ønsker vi å vise hvilken aktivitet vi har på sykehuset og selvfølgelig få betalt for den aktiviteten vi utfører. Det har vært og er en lang vei å gå før man har en god nok DRG- koding i Klinikken. Vi har utfordringer med at vi har en del vikarleger som ikke lærer seg dette på en ukes vikariat og da hviler det største ansvaret på de faste ansatte legene. Det er opprettet 2 stillinger som har som jobb å gjennomgå epikriser og se om vi har fått med oss de kodene vi

skal ut fra EPJ dokumentasjonen. Vi ser i tillegg at vi har en jobb å gjøre i forhold til dokumentasjon hvor vi ikke er gode nok til å dokumentere den behandlingen som er utført, da kan vi heller ikke bruke kodene. Dette tror jeg er en kontinuerlig jobb da det er utskifting av leger ved at vi får nye LIS leger (leger i spesialisering) og nye turnusleger hvert halvår i tillegg til nye overleger. Vi leier inn eksterne kursholdere fra Analysesenteret for å holde kurs om koding til nye leger to ganger per år, dette er i forbindelse med at det kommer nye turnusleger. En viktig utfordring fremover er å få alle ansatte i Klinikken til å forstå at ut fra DRG kodingen hentes aktivitetstallene våre og det er disse tallene som gir grunnlag for budsjettene.

7.3.1 Oppsummering av analysen i forhold til forskningsspørsmål 3

I dette punktet vil jeg gi en kort oppsummering av de funnene jeg gjorde i analysen i forhold til forskningsspørsmål 3. Hvilke konsekvenser har de økonomiske rammene og ISF regelverket for kvaliteten på pasientbehandlingen?

Alle respondentene mener at kvaliteten på pasientbehandlingen er god på de ulike enhetene, men det er bestandig muligheter for forbedring. Men hva er god pasientbehandling? Vi har ulikt ståsted og dermed har vi forskjellige definisjoner på hva som er god pasientbehandling. Jfr. Arntzen som sier at kvaliteten på tjenesten handler om en subjektiv opplevelse i møte mellom mennesker, en vurdering basert på verdier og normer. Ledelsen har plikt til å tilrettelegge slik at de ansatte kan utføre sine plikter, for eksempel gjennom ressurstilgang, opplæring og definerte rutiner og prosedyrer (Arntzen 2007). Dette er en oppgave som respondentene ikke tar lett på.

De fleste enhetslederne mener at de har gode bemanningsplaner men utfordringene er ved fravær, da må de ofte leie inn ekstra personell for å kunne ivareta forsvarlig drift. Vi ser at det spesielt er utfordrende for enhetslederne å holde budsjettene i forhold til lønnsutgiftene, dette er en budsjettpost som stort sett er underbudsjettet. Lønnsbudsjettene tar ikke høyde for lønnsvekst eller fravær av ulike årsaker og da speiler det ikke virkeligheten hvor vi vet at det for eksempel sykefravær.

Helse Nord tilstreber å være tydelig og tenke langsiktig, og det er en rekke plandokumenter som vi må forholde oss til å jobbe ut fra. Vi har i tillegg en rekke kvalitetsindikatorer som vi blir målt på og disse indikatorene er en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles, for eksempel ventetid, fristbrudd, epikrisetid og gjennomsnittlig vurderingstid på henvisninger. Det er en diskusjon om disse kvalitetsindikatorene sier noe om kvaliteten på pasientbehandlingen, men jeg mener man får en bedre kontroll på at vi innfrir de kravene myndighetene har satt. Man ser at tilgjengelighet er en viktig del av pasientenes opplevde kvalitet på behandlingen, det er derfor viktig at vi har en god planlegging og god flyt i pasientbehandlingen jfr. LEAN prinsippet hvor man prøver å fjerne unødvendig flaskehals.

Økonomien er i tillegg til pasientene grunnlaget for sykehusenes eksistens. I Norge er det et offentlig ansvar at befolkningen får de helsetjenestene de har krav på, det vil si at finansieringen stort sett skjer ved offentlige midler. Dagens modell har en rollefordeling mellom stat, RHF og HF, hvor staten eier RHF ene og RHF ene eier HF ene. Det vil si at det er statens primære rolle å gi de overordnede retningslinjene for driften samt å legge de økonomiske rammebetingelsene. Respondentene føler ikke at de har god nok innsikt i budsjettene og de synes det er vanskelig å lese budsjettene, dermed føler de ikke at de gjør en så god jobb som de burde gjort. Alle enhetslederne har innsikt i hvilket ansvars- og myndighets de innehar, men etterspør mer opplæring i det å lese og forstå budsjettene.

Finansieringsmodellen og DRG systemet har de en noenlunde innsikt i, men ettersom ansvaret for kodingen er lagt til legene føler de ikke at de har behov for å sette seg bedre inn i kodingen. Her er det i intervjuene ulikt hvor mye innsikt de har ut fra hvor lenge de har vært ledere, noen har bedre innsikt enn andre. Det er stort fokus på koding i Klinikken, da vi ser at ved bedre koding fører det til økte inntekter og det har igjen betydning i forhold til registrering av aktiviteten i Klinikken.

Ut fra de svarene jeg har fått i intervjuene vil jeg si at de økonomiske rammene og ISF regelverket setter noen begrensninger på den faglige utviklingen og dermed kan kvaliteten på pasientbehandlingen bli skadelidende. Men det kommer tydelig frem at de ansatte har pasienten i fokus og respondentene opplever at det er god kvalitet på pasientbehandlingen i Klinikken. Men det er ingen grunn for å lene seg tilbake, faglig utvikling er en kontinuerlig prosess, da det stadig skjer utvikling innenfor medisinsk behandling.

7.4 Aktivitet og aktivitetsforbedring

I dette punktet skal jeg analysere svarene jeg fikk i intervjuene i forhold til forskningsspørsmål 4. Har enhetslederne påvirkning på aktiviteten og aktivitetsforbedringen?

I følge respondentene er det stort fokus på aktivitet på de ulike enhetene men det er varierende hvor stor påvirkning de ulike enhetslederne har på aktiviteten. På sengeenhetene har enhetslederne liten påvirkning på aktiviteten da storparten av pasientene er øyeblikkelig hjelps pasienter og disse pasientene har man ingen kontroll på. Man ser at medisin har ca. 85% øyeblikkelig hjelp, kirurgen har ca. 70% øyeblikkelig hjelp og føde og gynekologi har ca. 75% øyeblikkelig hjelp. Dette vil si at kirurgen har mer rom for å planlegge elektiv virksomhet enn de andre sengeenhetene ut fra tallene som er hentet i Dips. Men på poliklinikkene har man mulighet for å påvirke og styre aktiviteten på en annen måte, der kan man se på hvilke ressurser man har til rådighet i tillegg til å se på ventelistene og prioritere ut fra der man har høyest behov, hvis man da har tilgang til spesialist innenfor gitte fagområde.

Det siste året har Klinikkleidelsen hatt fokus på at legene har fulle timebøker slik at produksjonen i poliklinikkene er jevnt fordelt hver dag og hver uke, ut fra de spesialistene vi har tilgjengelig. Med å fylle timebøkene til legene vil man kunne øke aktiviteten til en viss

grad, slik at man utnytter de ressursene man allerede har til rådighet. Men man ser at det kan være utfordrende ved fravær hos merkantilt personalet og at pasientene ikke kommer av ulike årsaker som for eksempel sykdom og dårlig vær. Dette er uforutsette hendelser som vi ikke har kontroll på, det er noe vi ikke kan gjøre noe med. Vi må i tillegg se på driften i poliklinikkene og se om det er noen tiltak som kan iverksettes for å bedre driften. Et tiltak kan være at pleiepersonalet på poliklinikken har differensiert oppmøte da vi ser at legene har arbeidstid til 16, men de fleste av pleiepersonalet jobber til 15.30. Det vil da si at man ikke får utnyttet legeressursen maksimalt. I tillegg ser vi at det er varierende ventelister innen for de ulike fagfeltene hvor noen har lange ventelister, mens andre har korte ventelister. For å ha en god flyt må vi ha en viss mengde pasienter på ventelistene, vi ser blant annet at det er utfordrende i forhold til ventelistene på operasjon til generell kirurgi og gynekologi. Vi har korte ventelister og det er vanskelig å sette opp et godt program da vi trenger ulike inngrep for å få en god logistikk. Vi har et godt samarbeid med UNN i forhold til generell kirurgiske operasjonspasienter, hvor vi har fått en stor andel av pasienter som har hatt lang ventetid på operasjon ved UNN, dette gjelder for eksempel laparoskopisk galle, brokk og varicer.

Klinikkledelsen har stort fokus på aktiviteten på operasjonsstuen, slik at det er en god flyt gjennom dagen. For å få god flyt trenger man god logistikk, godt planlagte og sammensatte operasjonsprogram. Vi ser at vi har en strykprosent på ca. 10%, noe som gjør at det enkelte dager blir slakk i programmene. Noen årsaker til at pasientene ikke blir operert er at pasientene ikke møter, har infeksjon, manglende indikasjon eller dårlig vær og føreforhold. Dårlig vær og føreforhold kan vi ikke gjøre noe med, men vi har i løpet av sommeren startet med å ringe pasientene 1-2 dager i forkant av operasjonen, for å spørre om de kommer og om de er forkjølet eller har annen type infeksjon. Hvis det da er noen som ikke kommer har vi mulighet for å innkalle nye pasienter, slik at vi har en jevn produksjon og det vil dermed gi økte inntekter. Vi prøver så godt det lar seg gjøre at det er samme lege som har pasientene til vurdering på poliklinikken som skal operere pasientene, men på grunn av en del vikarer klarer vi ikke å gjennomføre dette. Vi ser spesielt at ortopedene har ulike kriterier for henvisning til operasjon og dermed har en del strykninger på grunn av manglende indikasjon. Det er i høst innført faste møter hver onsdag, for å vurdere operasjonsprogrammene for kommende uke. Dette for å se om programmene er for store eller for små, slik at man har mulighet for eventuelt å flytte pasienter eller innkalle flere pasienter. På disse møtene deltar avdelingsleder for akutt, enhetsleder på anestesi og operasjon i tillegg til merkantilt personale som har ansvaret for innkallingen av pasientene. Blir spennende å se utover høsten om man får bedre flyt og bedre sammensatte program på operasjonsstuene. Hvis man i tillegg får ned strykprosenten ved at man ringer pasientene vil man kunne se at aktiviteten og effektiviteten blir høyere og det fører igjen til bedre inntekter.

Aktiviteten som man har i sykehusene er en viktig faktor for hvor store budsjett man får fra RHF- ene og HF- ene. Aktivitetstallene hentes ut fra de ulike pasientadministrative systemene via Norsk pasient register (NPR). I Helse Nord har man som tidligere nevnt valgt Dips som pasientadministrativt system og NPR dataene kommer fra Dips. Det er derfor viktig

at vi har god dokumentasjon og koding i Dips, slik at det gjenspeiler den aktiviteten som er i Klinikken. Det er ansatt 2 konsulenter i Klinikken som jobber med å se til at vi har riktig koding ut fra hva som er dokumentert i Dips, de har en kontrollfunksjon og et nært samarbeid opp mot legene. Den største utfordringen er alle vikarene som kommer og går, de har ikke god nok opplæring slik at vi mister en del registreringer av aktiviteten og en del inntekter på grunn av dette.

7.4.1 SAMDATA rapporten og Freibu rapporten

Vi blir i SAMDATA rapporten fra Helsedirektoratet sammenlignet med andre RHF, men ettersom kostnadsforskjellene på foretaksnivå har begrenset verdi for aktivt forbedringsarbeid. Med utgangspunkt i SAMDATA rapporten har Helse Nord laget en egen rapport som heter Freibu rapporten, denne rapporten sammenligner kostnadene i lokalsykehusene i Helse Nord. Målsettingen med denne rapporten er å sammenligne kostnader, aktivitet og personellbruk mellom sykehusene i Helse Nord, dette for å skaffe relevant og handlingsrettet kunnskap om kostnadsforskjellene. En viktig målsetting med denne rapporten er å vise forskjellene på et nivå som gjør det mulig å benytte dokumenterte funn i aktivt forbedringsarbeid, både på sykehusnivå og enhetsnivå innen sykehusene. Dokumentasjonen vil legge til rette for at sykehusenheter med høyt kostnadsnivå kan lære av enheter med lavt kostnadsnivå. Man ønsker også i denne rapporten å vise utviklingen i kostnader, produktivitet og aktivitet over tid (Freibu rapporten 2014).

Finnmarkssykehuset fremkommer med et relativt høyt kostnadsnivå. Vi i Finnmarkssykehuset har de høyeste kostnadene per DRG i 2014 og er blant de som har lavest arbeidsproduktivitet av lokalsykehusene i Helse Nord, men det vises også til en del usikkerhetsmoment i rapporten.

Usikkerheten er blant annet knyttet til:

1. Inntektsmodellen i Helse Nord

Inntektsmodellen for den somatiske virksomheten i Helse Nord består av følgende elementer:

- Behovskomponenten
- Kostnadskomponenten
- Strukturkomponenten
- Aktivitetskomponenten
- Mobilitetsfaktoren

I tillegg finansieres en del særskilte funksjoner utenfor modellen.

2. Overlegepermisjon i Finnmark

Optjeningstid for 4 måneders overlegepermisjon er 3 år i Finnmark mot 5 år for resterende del av Helse Nord. Overleger i Finnmark har i tillegg rett til 2 ukers permisjon med lønn og 2 ukers faglig oppdatering per år.

3. Ulik organisering og gruppering

Ulik organisering kan gi kostnadsforskjeller mellom fagområder eksempelvis ved at kontortjenester inngår som del av virksomhetene i *en* sykehusenhet mens tilsvarende tjeneste i en annen virksomhet er organisert som en egen enhet. Denne feilkilden er søkt redusert ved at innholdet i de ulike fagområdene er gjennomgått og drøftet med den enkelte sykehusenhet.

Kostnadsstedene til de ulike sykehusenhetene danner grunnlaget for kategorisering i ulike fagområder. Det vil kunne være tilfelle hvor innholdet i kostnadsstedene er ulikt mellom den enkelte sykehusenhet. Dette kan føre til kostnadsforskjeller mellom fagområder og sykehusenheter. Ved at analysemodellen tar utgangspunkt i HF' enes samlede kostnader, vil kostnader som ikke inngår i ett fagområde gjenfinnes i et annet. På sykehusenhetsnivå skal en derfor ha en rimelig grad av sikkerhet for at alle relevante kostnader inngår, men fordeling mellom fagområder kan være noe unøyaktig ut fra innholdet i det enkelte kostnadssted.

Avdelingsklassifisering i DIPS og regnskapet følger ikke alltid samme prinsipp. Dette kan føre til at det kan være avvik mellom den aktivitet som er registrert og den tilhørende kostnad.

4. DRG-systemet

Det er knyttet usikkerhet til bruk av DRG-systemet som outputmål blant annet fordi viktige deler av aktiviteten som helseforetakene driver, ikke gir DRG poeng. Dette gjelder blant annet forskning og undervisning. Det er ikke korrigerert for dette i analysene. I den grad sykehusenhetene har ulikt omfang av slik virksomhet vil dette kunne gi seg utslag i form av forskjeller i kostnader.

5. Poliklinikkinntektene

For servicevirksomhetene som ikke genererer egne DRG poeng er virksomhetens samlede DRG-aktivitet benyttet som aktivitetsmål. Dette kan være problematisk om virksomhetenes innhold er ulikt. Utfordringen ved bruk av DRG som aktivitetsmål er størst innenfor laboratoriene siden deler av virksomheten til disse er innrettet mot primærhelsetjenesten og ikke den sykehusinterne aktiviteten. Siden den eksterne laboratorievirksomheten ikke er fullfinansiert vil ulikt omfang av ekstern virksomhet kunne gi kostnadsforskjeller som ikke er begrunnet i egen produktivitet.

Innenfor radiologi er en betydelig del av virksomheten poliklinisk. I den grad denne ikke er fullfinansiert og omfanget av poliklinisk virksomhet er ulik, vil dette også kunne påvirke kostnadsbildet.

Ut fra dette vil jeg si at man ved sammenligninger med andre sykehus må undersøke om det er sammenligningsgrunnlag, da det er en del faktorer som det ikke er tatt høyde for i SAMDATA rapporten og Freibu rapporten, man må unngå å sammenligne epler og pærer.

7.4.2 Funksjonsfordelingen

Det har kommet nasjonale føringer for funksjonsfordelingen og fordelingen i Helse Nord er gjennomført på bakgrunn av disse føringene. Det er dermed lite vi kan gjøre i forhold til den funksjonsfordelingen som er vedtatt. Vi har innfunnet oss med at slik er det og vi må gjøre det beste ut av den situasjonen vi nå står i. Jeg mener at vi må fremheve det vi er gode på og ved hjelp av det, kan vi kanskje få noen pasienter fra UNN, slik vi gjør innen generell kirurgi.

Respondentene mener at funksjonsfordelingen i Helse Nord påvirker driften i Klinikken. De fleste kreftpasientene starter behandlingen ved UNN og dette får betydning for vår Klinikkk ved at vi har "mistet" en del operasjonspasienter som vi tidligere hadde. Dette er nasjonale føringer og det hjelper som sagt lite å protestere mot dette, selv om vi har en del kirurger som jobber på større sykehus og hvor de opererer samme type pasienter som nå må opereres på UNN.

I tillegg fører denne funksjonsfordelingen til økte utgifter til pasientreiser og medikamentell behandling som starter ved UNN. Budsjettet for pasientreiser i Finnmarkssykehuset er noenlunde likt det vi har i Klinikken, så det er vanvittig mye penger som brukes på å transportere pasientene i Finnmark og til UNN. Kreftpasientene som starter behandlingen på UNN vil få videre behandling på lokalsykehuset og dette får økonomiske konsekvenser for Klinikken.

Ved å ha funksjonsfordeling blir Klinikken mindre attraktiv på arbeidsmarkedet for yngre personell spesielt innen for kirurgi, operasjon, anestesi, intensiv og til dels helt nede på sengeenhetene på grunn av at det gjøres stort sett bare mindre inngrep på lokalsykehusene. Dette fører til at en del personell søker seg til større sykehus hvor de føler at de får større utfordringer. Dette fører til at vi i ledelsen må legge til rette for alternative løsninger for at de ansatte skal kunne få faglig oppdatering og treningsrommet er ment som en kompensasjon for manglende mengetrening.

7.4.3 Oppsummering av analysen i forhold til forskningsspørsmål 4

I dette punktet vil jeg gi en kort oppsummering av de funnene jeg gjorde i analysen i forhold til forskningsspørsmål 4. Har enhetslederne påvirkning på aktiviteten og aktivitetsforbedringen?

Jamfør svarene i intervjuene føler de fleste enhetslederne at de ikke har noen påvirkning på aktiviteten i enhetene. Enhetslederne på sengeenhetene er de som har minst påvirkning på belegget i enhetene, kirurgen er den enheten som har mulighet for å planlegge noe elektiv virksomhet. Poliklinikkene og operasjon er de enhetene som til en viss grad kan planlegge

driften ut fra tilgjengelige ressurser. Det er stort fokus på aktivitet i Klinikkleidelsen og det er iverksatt en del tiltak på de ulike enhetene for at man skal kunne øke produksjonen med de ressursene man har tilgjengelig. Hvis vi lykkes med dette, fører det til høyere aktivitet og det vil bidra til bedre pasientflyt og økte inntekter. Det vil også føre til at vi kommer bedre ut i SAMDATA og Freibu rapporten.

Som sagt har Klinikkleidelsen hatt fokus på å utnytte de ressursene vi allerede har til rådighet. Vi ønsker å øke aktiviteten på poliklinikkene og operasjon, fylle timebøkene til legene på poliklinikkene og få et bedre sammensatt operasjonsprogram, slik at vi får god flyt i løpet av dagen. I tillegg har vi høy strykporsent på operasjon som gjør at vi får ledig kapasitet på operasjon, det er i løpet av høsten planlagt iverksetting av tiltak for å unngå en del av disse strykningene. Strykningene skyldes for eksempel at pasienter ikke kommer til oppsatt time, har infeksjon, manglende indikasjon og dårlig vær og føreforhold. Ved å ringe pasientene 1-2 dager i forveien kan man muligens luke ut noen og da har man mulighet for å innkalle nye pasienter. For å unngå at pasientene blir strøket på grunn av manglende indikasjon prøver man å sette opp pasientene til samme lege som har vurdert pasienten på poliklinikken. Men på grunn av at vi har en del vikarer klarer vi ikke å gjennomføre det. I tillegg skal vi styre aktiviteten ut fra ventelistene i større grad, noe som nå tvinges frem ettersom nyhenviste pasientene fra 01.11.15 har krav på behandling innen 65 dager. Dette blir en utfordring innenfor enkelte fagområder, hvor vi har lite tilgjengelig ressurser til rådighet, da tenker jeg på legespesialister. Men samtidig ser vi at vi innen andre fagområder har korte ventelister som igjen fører til andre utfordringer, dette gjelder spesielt innenfor fagområdene generell kirurgi og gynekologi. Her har vi korte ventelister til operasjon som gjør at det kan være problematisk å få godt sammensatte operasjonsprogram da vi må ha en kombinasjon av korte og litt lengre inngrep. Men vi ser at vi har et godt samarbeid med UNN innen generell kirurgi hvor vi får operasjonspasienter fra UNN som har stått på venteliste over lengre tid, da de ikke har hatt kapasitet. For eksempel pasienter til brokkoperasjoner, galleoperasjoner og varicer, dette er pasientgrupper som ikke har høy prioritet ved UNN.

Fokuset på aktiviteten er med bakgrunn i at den har betydning for budsjettene våre da 50% av finansieringen er i forhold til aktivitet. I tillegg må vi påse at vi har god koding, slik at vi får uttelling for den faktiske aktiviteten som gjøres ved sykehuset. For å kunne bidra til god koding har alle legene ved sykehuset vært på kurs med Analysesenteret. Analysesenteret kommer opp 2 ganger per år for å ha kurs med legene, dette er i forbindelse med at vi får nye turnusleger hvert halvår. I tillegg har vi i Klinikken to ansatte som kontrollerer den kodingen som gjøres og ut fra dokumentasjonen i Dips kan stille spørsmål ved kodingen. De har ett tett samarbeid spesielt med overlegene i Klinikken.

Freibu rapporten som utarbeides i Helse Nord på bakgrunn av SAMDATA rapporten, sammenligner kostnadene i lokalsykehusene i Helse Nord. Målsettingen med rapporten er å sammenligne kostnader, aktivitet og personellbruk mellom sykehusene i Helse Nord, for å skaffe relevant og handlingsrettet kunnskap om kostnadsforskjellene. En av de viktigste

målsettingene med rapporten er å vise forskjellene på et nivå som gjør det mulig å benytte dokumenterte funn i aktivt forbedringsarbeid, både på sykehusnivå og enhetsnivå i sykehusene. Finnmarkssykehuset har i mange om ikke alle år kommet svært dårlig ut i disse rapportene, vi har de høyeste kostnadene per DRG og er det Foretaket med lavest arbeidsproduktivitet av lokalsykehusene i Helse Nord. Men vi ser at vi har en bedring fra år til år og at kostnadene per DRG er blitt lavere enn for noen år siden. Det er en del usikkerhetsmomenter i denne rapporten: inntekstmodellen, overlegepermisjon i Finnmark, ulik organisering og gruppering, DRG- systemet og poliklinikkinntektene. Så ut fra dette må man ikke ta denne rapporten for god fisk, da det kan være ulikheter som rapporten ikke tar høyde for. Man skal vokte seg vel for at man ikke sammenligner epler og pærer.

Når det gjelder funksjonsfordelingen i helse Norge er det med bakgrunn i nasjonale føringer. Helse Nord har foretatt en fordeling med bakgrunn av de nasjonale føringene. Det var en del protester da de nasjonale føringene kom, men nå har vi akseptert at slik er det og vi må gjøre det beste utav det. Vi må finne våre nisjer som vi kan selge ut til andre sykehus. Funksjonsfordelingen har selvfølgelig en påvirkning på driften ved sykehuset. Vi har mindre inngrep på operasjon, noe som fører til reduserte inntekter og delvis reduserte utgifter. Men vi ser at UNN overflytter pasientene ganske raskt til lokalsykehusene for opptrening og videre behandling, disse pasientene kan være svært ressurskrevende, men vi får lite inntekter for disse pasientene. Foretaket har fått økte utgifter til pasientreiser i forbindelse med denne funksjonsfordelingen, vi ser at det er vanvittig mye penger som går til reiser, penger som vi hadde ønsket skulle gå til pasientbehandlingen i stedet. Det er i tillegg en fare for at en del yrkesgrupper synes det blir lite utfordrende å jobbe på lokalsykehusene ettersom det innenfor det kirurgiske fagfeltet blir færre store operasjoner. De får ikke nok mengdetrening og det er dermed en utfordring for ledelsen å finne alternative måter for faglig utvikling og kompensasjon for manglende mengdetrening. Derfor er et treningsrom for medisinsk trening høyt prioritert i Klinikken.

8.0 KONKLUSJON

Jeg vil i dette kapitlet trekke ut det jeg på bakgrunn av empirien mener er hovedtrekkene i oppgaven. Siden jeg i kapitel 6 og 7 har svart på forskningsspørsmålene, vil dette kapitlet være en sammenfatning av de viktigste funnene jeg har gjort i oppgaven, relatert til problemstillingen.

Hvilke lederutfordringer har enhetsledere på lokalsykehus i en hverdag der kvantitet fremstår som viktigere enn kvalitet?

Det er ingen overraskelse for meg at faglig utvikling og kvaliteten på pasientbehandlingen er i høysetet hos enhetslederne. Men jeg hadde en formening før jeg startet arbeidet med oppgaven, om at de økonomiske rammene hadde større påvirkning på arbeidshverdagen deres, enn hva som kom frem i løpet av intervjuene. Alle respondentene var bevisst på å ha forsvarlig drift til en hver tid i enhetene, slik at man opprettholdt god kvalitet på pasientbehandlingen. Men de økonomiske rammene man har i budsjettene setter noen begrensninger for den faglige utviklingen ved de ulike enhetene, dette oppleves utfordrende. Respondentene har et fokus på økonomi, men det går ikke på bekostning av forsvarlig drift, de leier inn ekstra ressurser hvis det skulle være behov. Økonomi ligger der som et bakteppe og man ønsker å gjøre driften så billig som mulig, men med forsvarlig pasientbehandling. Man ser at det er ressursene til faglig utvikling som reduseres hvis man har overforbruk og må iverksette tiltak for å komme i budsjettbalanse. Dette blir et dilemma for respondentene, da faglig utvikling må prioriteres for å kunne gi god pasientbehandling som er ut fra beste praksis. Dermed ser man at det er et avhengighetsforhold mellom forsvarlig drift og faglig utvikling.

Faglig utvikling og kunnskapsdeling er "limet" som vil bidra til at vi i Finnmarkssykehuset blir førstevalget både hos pasientene og hos de ansatte. For at vi skal kunne gi god pasientbehandling og innfri de lover og retningslinjer som kreves av oss, må vi ha faglig utvikling av de ansatte og kunnskapsdeling mellom de ansatte og mellom enhetene. Kvaliteten på tjenesten skal være på høyde med den medisinske, teknologiske, sosiale, økonomiske og politiske utviklingen. Helsepersonell må dermed til enhver tid være oppdatert på hvor kvalitetsnivået på tjenesten skal ligge. Dette krever rask endringsvilje og endringsevne samt tilgang på ressurser dersom helsetjenestene alltid skal være på høyde med utviklingen (Arntzen 2007). Jeg har gitt eksempler på flere faglige prosjekter som illustrerer nettopp dette med å tenke nytt for at vi skal kunne henge med på den faglige utviklingen som skjer på det medisinske fagfeltet. Simulatorprosjektet skal bidra til at LIS legene får mengdetrening på simulator i stedet for å trene på mennesker, slik at de får kunnskapene i fingrene, at den blir automatisert. Nye IKT systemer som for eksempel brokkregisteret skal bidra til å øke kunnskapene om resultatene av brokkoperasjonene som utføres i Klinikken, i tillegg til at det bidrar til bedre pasientbehandling. Pasientkampanjen "I trygge hender 24/7" skal bidra til å redusere antall pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten. De

ansatte opplever at det blir mer administrativt arbeid, men vi ser at dette bidrar positivt i forhold til bedre dokumentasjon som igjen fører til bedre pasientbehandling. I sykehuset er det mange møteplasser hvor det skjer kunnskapsdeling mellom ansatte, disse arenaene er viktig for å viderefremme kunnskap fra de erfarne til de som er nyutdannede, dette gjelder både taus og eksplisitt kunnskap som jeg i analysen har analysert opp mot SECI modellen.

Det jobbes kontinuerlig med å rekruttere og stabiliserer for eksempel legespesialister, spesialsykepleiere og jordmødre. Vi ser at man over lengre tid har klart å rekruttere personell som har tilknytning til Finnmark og det har vært en suksess. Men dette er en kontinuerlig jobb med bakgrunn i at det tar 5-7 år før legene er ferdige spesialister. For at vi skal kunne bli førstevalget er god rekruttering og stabilisering av fagpersonell det viktigste kriteriet for at vi lykkes.

Ettersom 50% av bevilgningene til sykehusene er aktivitetsbasert er det viktig at man bruker ressursene på best mulig måte og at pasientforløpene er effektive, sikre og har god flyt uten noen form for sløsing. Det jobbes iherdig i Klinikken med å utnytte de ressursene vi har på best mulig måte. Dette gjelder spesielt på poliklinikkene og operasjonsstuene hvor vi kan planlegge driften, slik at vi har jevn og god flyt av pasienter gjennom dagen og i løpet av uken. Dette kommer pasientene til gode da vi kan behandle flere pasienter, men det skal ikke gå på bekostning av kvaliteten på pasientbehandlingen.

Sykehus kan sammenlignes med ei maurtue. Ei maurtue hvor det hersker tilsynelatende kaos, men hvor hver enkelt maur har et oppdrag sammen med de andre, i gjensidig avhengighet og med felles mål. Hver enkelts bidrag er viktig for å nå disse målene, og for at det skal gå mest mulig friksjonsfritt. Leger, sykepleiere, sekretærer, portører, renholdspersonell; de har alle hver sin bit i et puslespill som skal legges hver dag, hele døgnet, hele året. I en travel hverdag kan dette være lett å miste av syne, og det er ikke alltid at den enkelte ser sitt eget bidrag i forlengelsen av andres, eller som et utgangspunkt for andre som skal ta over oppgaven. Alle bitene i puslespillet må yte optimalt og i samarbeid med hverandre, for at vi i Finnmarkssykehuset skal bli førstevalget for befolkningen i Finnmark.

LITTERATURLISTE

Argyris, Chris og Schön Donald A. (1996) Organizational Learning II: theory, method and practice. Reading, Massachusetts: Addison Wesley.

Arntzen, Elisabeth (2007) En forutsigbar helsetjeneste- kvalitet og orden i eget hus. Oslo: Gyldendal Akademisk

Christensen, Peter Holdt (2000): Viden om- ledelse, viden og virksomhet. København: Samfundslitteratur

Coghlan, David og Brannick, Teresa. (2005). Doing action reserarch in your own organization. Sage Publications London, Thousand Oaks, New Delhi.

Coll, Gunnar (1998): Et praktisk blikk på kunnskapsbegrepet. Fra nedtegnelser om kunnskap, nr. 3/98. KUNNE- Sintef, Trondheim.

Dalland, Olav (2007): Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendahl Akademisk.

Gjersvik, Reidar og Blakstad, Siri H. (2002): Towards a typology of knowledge work and workplaces. United kingdom, Salford Manchester.

Gourlay, Stephen (2005): "The theory of organizational knowledge-creation: a critique and alternative framework". United Kingdom: Kingston University og Kingston School.

Hellevik, Ottar (1999): Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse Nord (2015) Oppdragsdokument 2015. Helse Nord.

Helsedirektoratet (2014): Innsatsstyrt finansiering 2015. Oslo: Helsedirektoratet.

Irgens, Eirik J. (2000) Den dynamiske organsisasjonen. Oslo: Abstrakt forlag.

Jacobsen, Dag Ingvar (2000): Hvordan gjennomføre undersøkelser? Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Kolb D. A. (1984) Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

Kongsvold, Kenneth og Skaret, Mona (2002): Ledelse i kunnskapsintensive tjenesteytere. Trondheim: Utsiktsnotat, Sintef teknologiledelse.

Kragh Jespersen, Peter (2005 b): Mellem Profession og Management. København: Handelshøjskolens Forlag.

Kvale, Steinar (1997) Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendahl Akademisk.

Lov om spesialisthelseinstitusjoner (1999) Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata (Online) Tilgjengelig:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Lov om helseforetak (2001) Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata (Online) Tilgjengelig:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

Newell Sue, Robertson Maxine, Scarbrough Harry og Swan Jacky (2002): Managing knowledge work. New York: Palgrave Macmillian

Nonaka, I., & Konno, N. (1998). The concept of "Ba". Building a foundation for knowledge creation. *California management review vol 40 nr 3*, s. 40-54.

Nonaka, I og Takeuchi, H (1995) The Knowledge-creating Company. Oxford: Oxford University Press

Nordhaug, Odd (2002): Kunnskapsledelse- trender og utfordringer. Oslo: Universitetsforlaget

Ot.prp. nr 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. Det Kongelige Sosial og helsedepartementet. (Online) Tilgjengelig:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/>

Pettersen Inger Johanne, Magnussen Jon, Nyland Kari og Trond Bjørnenak (2008): Økonomi og helse, perspektiver på styring. Oslo: Cappelen Damm AS

Ramsdal, Helge og Skorstad, Egil J. (2004): Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Rapley, Tim (2004): Interviews. Sage Publications London, Thousand Oaks, New Delhi.

Rolfsen, Monica (2000): Trendenes tyranni. Produksjon og arbeid i et nytt århundre. Bergen: Fagbokforlaget

Ryen, Anne (2002): *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013 (2014) Helsedirektoratet (Online) Tilgjengelig:
<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

Sen, Grethe (2000): *Fra kunnskap til kunnskap. Klassisk organisasjonsteori og kunnskapsintensive organisasjoner*. Trondheim: KUNNE nedtegnelse N 07/00. Sintef teknologiledelse

Siggard Jensen Sisse, Mønsted Mette, og Fejfer Olsen Sanne (2004). *Viden, ledelse og kommunikasjon* (Kap 3 s. 37-72). København: Samfundslitteratur.

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikk. Det Kongelige Sosial og helsedepartementet. (Online) Tilgjengelig:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003/id196640/>

Stortingsmelding nr. 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Det Kongelige Sosial og helsedepartementet. (Online) Tilgjengelig:
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-24_1996-97/id191073/

Strand, Torodd (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Sveiby, Karl-Erik (2001): En kunnskapsbasert virksomhetsteori som veileder i strategiarbeidet. Artikkel til Journal of Intellectual Capital vol.2, nr. 4.

Von Krogh Georg, Ichijo Kazuo og Nonaka Ikujiro. (2001). *Slik skapes kunnskap*. Oslo: NKS forlaget.

Westeren, Knut Ingar (2013): Kunnskap og konkurransevne. Bergen: Fagbokforlaget.

www.helse-nord.no

www.helsenorge.no

LISTE OVER FIGURER

Figur 1- SEKI- modellen.....	38
Figur 2- Refleksjonssirkelen.....	47
Figur 3- Kolbs læringssirkel.....	48
Figur 4- Organisasjonskartet i Finnmarkssykehuset.....	89

LISTE OVER TABELLER

Tabell 1- Funksjonsfordelingen av kreftkirurgi i Helse Nord.....	17
Tabell 2- Funksjonsfordelingen av blodkreft og cellegiftbehandling i Helse Nord....	18
Tabell 3- Det strukturelle og det prosessuelle perspektiv.....	34
Tabell 4- Ulike praktiske tilnærminger til måling av effektivitet.....	57
Tabell 5- Driftskostnader per DRG.....	58
Tabell 6- Prosentvis endring i driftskostnader per DRG.....	59

VEDLEGGSOVERSIKT

1. Intervjuguiden

Mellomlederes daglige utfordringer ved et lite lokalsykehus

Målgruppe: Enhetsledere

1. Personopplysninger

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: 25-34 35-44 45-54 55-65

A) Grunnutdanning

Sykepleier
Bioingeniør
Fysioterapeut
Ergoterapeut
Annet

B) Utdanningsnivå

Treårig utdanning
Spesialutdanning
Master

C) Utdanning i organisasjon og ledelse

Ingen formell utdanning
< 30 studiepoeng
30- 59 studiepoeng
60-120 studiepoeng

D) Antall år

Hvor mange år har du jobbet ved sykehuset?

Hvor mange år har du jobbet i pasientrelatert arbeid?

Hvor mange år har du jobbet som mellomleder innenfor og utenfor sykehuset?

Hvor mange år har du jobbet som mellomleder ved sykehuset?

E) Fortell kort om din hverdag og hva det er du gjør?

Jeg vil nå stille deg 3 frie spørsmål og deretter 3 påstander

2. Ledelse og administrasjon i en kunnskapsbedrift

- A) Hvilke lederutfordringene står du overfor i din enhet?
- B) Hvilken lederopplæring har du fått?
- C) Hvor trygg føler du deg i lederrollen

Forhold deg til følgende påstander:

1. Jeg bruker mer en halve dagen på ledelse

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

2. Jeg kan bruke alle lederverktøyene vi har i Finnmarkssykehuset

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

3. Jeg føler meg trygg i lederrollen

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

3. Faglig utvikling av de ansatte

- A) Har dere dedikert personale som jobber med fagutvikling, beskriv?
- B) Hvilket fokus har dere på fagutvikling i enheten?
- C) Gi dine refleksjoner i forhold til kunnskapsdeling mellom de ansatte i enheten?

Forhold deg til følgende påstander:

1. Alle ansatte har mulighet for faglig utvikling minst 1 time pr. uke

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

2. Faglige diskusjoner foregår daglig i enheten

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

3. Det er mer fokus på fagutvikling i dag enn for 2 år siden

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

4. Kvalitet på pasientbehandlingen

- A) Gi dine refleksjoner om pasientbehandlingen i enheten?
- B) Har fokuset på pasientbehandlingen endret seg de siste 2 årene, beskriv?
- C) Har dere tilstrekkelig med ressurser for å kunne ivareta en god pasientbehandling, forklar?

Forhold deg til følgende påstander:

1.Daglig fokus på kvalitet i forbindelse med pasientbehandlingen har blitt bedre.

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

2.Pasienten får bestandig den behandlingen de har krav på.

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

3.Alle ansatte har pasienten i fokus.

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

5. Aktivitet

- A) Fortell om det fokus dere har på aktivitet i enheten?
- B) Føler du at du har tilstrekkelig med kunnskaper i forhold til aktivitetsforbedring?
Hvis ikke, si noe om hva du eventuelt trenger av opplæring?

Forhold deg til følgende påstander:

1.Aktivitet er et tema vi snakker om i enheten

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

2.Jeg som enhetsleder har stor påvirkning for aktiviteten ved enheten

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

3.Bedre aktivitetsutnyttelse vil føre til bedre pasientbehandling

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
------------	-------	---------	------	-----------	--

6. Økonomi

- A) Gi dine refleksjoner om hvilken betydning økonomi har for driften i enheten?
- B) Hvilke økonomiske utfordringer står enheten overfor?
- C) Føler du at du har tilstrekkelig med kunnskaper om økonomistyring i forhold til det økonomiske ansvaret som du innehar som mellomleder? Eventuelt hvilken opplæring har du behov for?

Forhold deg til følgende påstander:

1. Vi har fokus på økonomi i enheten

Helt uenig		Uenig		Nøytral		Enig		Helt enig	
------------	--	-------	--	---------	--	------	--	-----------	--

2. Fokuset på økonomi har økt de siste 2 årene

Helt uenig		Uenig		Nøytral		Enig		Helt enig	
------------	--	-------	--	---------	--	------	--	-----------	--

1. Økonomi betyr mye for pasientbehandlingen i enheten

Helt uenig		Uenig		Nøytral		Enig		Helt enig	
------------	--	-------	--	---------	--	------	--	-----------	--

7. DRG systemet

- A) Gi dine refleksjoner om hvordan DRG systemet fungerer

Forhold deg til følgende påstand:

1. Har god kjennskap til DRG systemet

Helt uenig		Uenig		Nøytral		Enig		Helt enig	
------------	--	-------	--	---------	--	------	--	-----------	--

8. Funksjonsfordelingen mellom sykehusene

- A) Hvordan er funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Finnmark og UNN?
- B) Har funksjonsfordelingen betydning for driften ved Klinikken, beskriv?

Forhold deg til følgende påstand:

1. Funksjonsfordelingen er god sett i forhold til Klinikken.

Helt uenig		Uenig		Nøytral		Enig		Helt enig	
------------	--	-------	--	---------	--	------	--	-----------	--