

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Tone Johnsen

“Puppet on a string ?”

Om overordnede styringskrav og relevans for klinisk ledelse

En kvalitativ intervjuundersøkelse

Dato: 20.6.16

Totalt antall sider: 65

“No Man is an Island”

No man is an island entire of itself; every man
is a piece of the continent, a part of the main;
if a clod be washed away by the sea, Europe
is the less, as well as if a promontory were, as
well as any manner of thy friends or of thine
own were; any man's death diminishes me,
because I am involved in mankind.
And therefore never send to know for whom
the bell tolls; it tolls for thee.

MEDITATION XVII
Devotions upon Emergent Occasions
John Donne

Forord

Kjære mamma !

Du fant på å gå bort midt i dette utdanningsløpet mitt, og jeg har vel kanskje ikke før nå forstått det helt, det har vært travelt og fokus på jobb og masterstudier har fortrent det uomtvistelige faktum at du ikke finnes mer. Du sa ikke så mye, men jeg vet du ikke helt forsto hvorfor jeg studerte, men jeg vet du var stolt av meg. Jeg håper du sitter et sted og ser meg nå. Takk for alt du gav meg og ikke minst de verdiene du og pappa sto for – «kunnskapen er ikkje tung å bære «



En stor takk til alle mine kolleger i Habiliteringsteamet for voksne! Dere har vært mye aleine det sist året. Ledelse på minstemål og på distanse er ikke optimalt. Men jeg har lært at høykompetente tverrfaglige team også er god på selvledelse – og det har dere bevist til fulle. Mekan til kreative og selvstendige ansatte må Nordlandssykehuset leite lenge etter, og hva har dere ikke fått til! Og det uten økonomiske incentiver til og med

Takk til min leder Tove som lot meg få plundre med dette i og utenfor jobb, og som gav meg rom for å fullføre.

En stor og hjertelig takk til min gode, kjære og omsorgsfulle venninne Ellen

- Som heiet på meg hele veien,
- Som beordret meg i jobbingen og sa «jobba på - jeg vet du får det til «!
- Som har underholdt meg med oppmuntrende «snapper» underveis

Tusen takk til Store frøken Inger Johanne, Lille frøken Anita og Ekstrafrøken Kari!
Inger Johanne Pettersen fortjener en særlig takk for sitt engasjement og oppriktige interesse for oss studenter, sitt positive og varme vesen og ikke minst sin kunnskap og erfaring innen fagområdet. Uvurderlig!

En stor takk til alltid like positive og humørfylte veileder Kari Nyland som loset meg gjennom den kronglete veien mot ferdig oppgave. En ensom ulv som meg er ikke alltid like lett å veilede

Takk til mine informanter som så villig delte sine refleksjoner, meninger og tanker med meg!

Til dere mine medstudenter: TAKK for alle gode diskusjoner og det fine felleskapet vi har hatt – det har betydd mye.

Til sist men ikke minst – takk til dere hjemme for å ha holdt ut med en samboer og mor som til tider har slitt med stressmestringen

Tone Johnsen

Bodø 20.6.16

Sammendrag

Å være førstelinjeleder i spesialisthelsetjenesten (her benevnt klinisk leder), kan beskrives som et spenningsfelt, der overordnede styringskrav møter klinisk ledelse. Dette ledernivået er mindre utforsket enn andre ledernivåer, og formålet med denne oppgaven er å undersøke kliniske lederes opplevelse av dette spenningsfeltet. Styringskravenes relevans utforskes via beskrivelser av opplevelser. 6 utvalgte kliniske ledere med erfaring fra ulike virksomheter i Nordlandssykehuset HF er intervjuet gjennom semistrukturerte kvalitative intervju.

Informantene forteller ulike historier og har ulike opplevelser, men det ser ut i dette materialet at tradisjonelle virksomheter som for eksempel sengeposter, har mindre utfordringer og beskriver mindre vansker med relevansen av styringskravene enn virksomheter i tverrfaglige ikke sengebaserte virksomheter.

De beskrevne opplevelsene tolkes ut fra en teoriramme omkring virksomhetsstyring, ny offentlig styring, dekobling og hykleri, administrativ overbelastning, institusjonell lederteori og lederroller som klinisk leder. Egen erfaring er også med som referanseramme for analyse og tolking.

Funn fra disse intervjuene viser at virksomheter som beskriver utfordringer med de overordnede styringskravenes relevans får en brutt styringssirkel i sin virksomhetsstyring. Dette kan medføre dekooblede virksomheter, opplevelse av hykleri med styringskravene, lavere grad av meningsinnhold og vanskeligere arbeidsforhold, samt endring av lederform og lederrolle som passer bedre til industrisamfunnet enn til et kunnskapssamfunn. Ledere selv ønsker ikke dekobling, og ønsker verktøy og kompetanse for å koble seg på styringssirkelen, være en del av et større hele, og ikke en «øy uten kontinent». Med lite meningsfulle styringskrav, mye administrative oppgaver og opplevelse av lite samsvar mellom ansvar og myndighet blir det mindre rom for lokal utvikling og faglighet, og en kan oppleve seg som en marionett hengende i en tråd. Noen løser dette ved å arbeide klinisk, noen ved å arbeide mye overtid, og noen ignorerer kravene som kommer.

Funnene er interessante og kan ha implikasjoner for hvordan en kan utvikle det kliniske ledernivået mer individuelt, med utvikling av mer lokale mål og krav, med bedre kompetanse i virksomhetsplanlegging, økonomistyring og større administrativ støtte.

Utprøving og utvikling av nye organisasjonsstrukturer for små tverrfaglige virksomheter, større samsvar mellom ansvar og myndighet, utprøving av andre institusjonelle lederformer kan også være interessante områder for videre utforsking.

Summary

Being clinical leader in the hospital specialist care is described as an area of conflict, where overall management requirements meets clinical leadership. This level of leadership is less explored than other levels, and the aim of this thesis is to investigate experiences of clinical leaders in this area of possible conflicts. The relevance of overall management requirement is being explored through descriptions of the experiences of some clinical leaders. 6 selected clinical with experience from various fields of activity in Nordland Hospital Trust is interviewed through semi-structured qualitative interviews.

Informants tell different stories and have different experiences, but it appears in this material that traditional units such as ordinary hospital wards, has less challenges and describes minor difficulties with the relevance of management requirements than interdisciplinary units without beds.

The described experiences are interpreted from a theoretical framework of corporate governance, new public management, decoupling and organizational hypocrisy, administrative overload, institutional leader theory and leadership roles as clinical leader. My own experience is also a frame of reference for analysis and interpreting.

Findings from these interviews show that hospital units that describes challenges with the relevance of overall management demands gets an interrupted management circle in its corporate governance. This may result in decoupled hospital units, experience of hypocrisy, lower degree of meaning, difficult working conditions, and changes of leadership style and leadership role better suited to an industrial society than to a knowledge society. Managers themselves do not want decoupling, and want tools and expertise to connect the management circle, being part of a larger whole and not an "island without continent." With less meaningful management requirements, a lot of administrative tasks and experience of little correlation between responsibility and authority there will be less room for local development and professionalism, and one can experience as "a puppet hanging by a thread". Some overcome this by working clinically, some by working much overtime, and some ignore requirements to come. The findings are interesting and may have implications for how to develop clinical leadership positions more individually, developing more local goals and requirements, with better expertise in business planning, financial management and better administrative support. Testing and development of new organizational structures for small interdisciplinary units, greater consistency between responsibility and authority, testing of other institutional leadership styles may also be interesting areas for further exploration.

Innholdsfortegnelse

“No Man is an Island”	1
Forord	2
Sammendrag	3
Summary	4
Innholdsfortegnelse	5
1.0 INNLEDNING	7
<i>1.1 En hverdagshistorie</i>	7
<i>1.2 Bakgrunn for valg av tema - aktualitet</i>	7
<i>1.3 Problemstilling</i>	8
<i>1.4 Begreper og avgrensninger</i>	8
<i>1.5 Oppgavens struktur</i>	9
2.0 TEORETISK INNRAMMING	9
<i>2.1 Perspektiver på styring i spesialisthelsetjenesten</i>	9
2.1.1 Om virksomhetsstyring	9
2.1.2 Om negative virkninger av omfattende styring og kontroll	12
2.1.3 Om dekobling og organisatorisk hykleri.....	14
<i>2.2 Perspektiver på ledelse i spesialisthelsetjenesten</i>	14
2.2.1 Om ledelse	14
2.2.2 Om verdibasert ledelse	16
2.2.3 Om klinisk ledelse.....	18
<i>2.3 Oppsummering av teoretisk ståsted</i>	22
3.0 METODE OG DESIGN	22
<i>3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted</i>	22
<i>3.2 Design og valg av metode</i>	23
3.2.1 Intervju som metode.....	23
3.2.2 Datainnsamling.....	23
3.2.3 Valg av informanter.....	24
3.2.4 Utvikling av intervjuguide	24
3.2.5 Planlegging og gjennomføring av intervju, transkribering	24
3.2.6 Bearbeiding av datamaterialet.....	25
3.2.7 Vurdering av undersøkelsens kvalitet - reliabilitet og validitet	26
<i>3.3 Metodevurdering</i>	26
3.3.1 Etske betraktninger	26
3.3.2 Metodekritikk.....	27
3.3.3 Forforståelse	27
<i>3.4 Innhenting av litteratur og kilder</i>	28
4.0 PRESENTASJON AV EMPIRI	28

<i>4.1 Bakgrunnsinformasjon</i>	28
<i>4.2 Styringskrav og oversettelse</i>	29
<i>4.3 Klinisk ledelse, ansvar og oppgaver</i>	32
<i>4.4 Overordnet kontakt og oppfølging</i>	33
<i>4.5 Oppsummering av empiri</i>	36
5.0 ANALYSE OG DRØFTING AV HOVEDFUNN	36
<i>5.1 Manglende relevans kan gi brudd i styringssirkelen</i>	36
<i>5.2 «Administrativ overbelastning» kan gi brudd i styringssirkelen</i>	39
<i>5.3 Brudd i styringssirkelen kan medføre dekobling og organisatorisk hykleri</i>	41
<i>5.4 Brudd i styringssirkelen kan gi konsekvenser for hvilken klinisk lederform som utøves</i>	42
<i>5.5 Brudd i styringssirkelen kan gi konsekvenser for hvilken klinisk lederrolle som inntas</i>	43
<i>5.6 Oppsummering</i>	46
6.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER - IMPLIKASJONER	47
Litteraturliste	49
VEDLEGG 1: Intervjuguide	52
VEDLEGG 2: Henvendelse om deltakelse i intervju i forbindelse med Masteroppgave i helseledelse .	57
VEDLEGG 3: Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger	59
VEDLEGG 4: Fra Oppdragsdokument 2016	63

1.0 INNLEDNING

1.1 En hverdagshistorie

”Jeg kjente at avmakten tok meg, og lente meg bakover i kontorstolen da jeg så at mail nr. 32 denne dagen hadde landet i innboksen. Enda en arbeidsoppgave der noe skulle rapporteres, telles og meldes. Denne gangen så jeg at det lå ved et 20 siders vedlegg om hvordan, og at jeg måtte installere et nytt program via å henvende meg til IKT brukerstøtte og gjennomgå et e-læringskurs. Jeg åpnet mailen og så at dette hadde svært lite relevans for min drift og fag. Da kjente jeg at luften gikk ut av meg. Hvordan skulle jeg forklare og oversette dette til mine ansatte? Denne uka var det planlegging av kompetanseutvikling og endring av arbeidsrutinene våre som skulle gjøres, vi skulle innføre en ny måte å behandle pasienter på og øve oss på den nye behandlingsmetoden, og så må jeg prioritere dette? Hvordan skulle vi få jobbet ut bedre behandlingsrutiner til pasientene hvis vi ikke fikk øvd oss? Hvordan kunne dette skje igjen? Direktørens ord om pasientsikkerhet og kvalitet, min klinikksejers ord om plantall og inntjening seilet gjennom mitt hode. Hvordan skulle jeg navigere i dette farvannet, hvordan skulle jeg prioritere? Noen setninger om dialog, medbestemmelse, verdibasert ledelse og etikk fløy forbi, men hvor ble de av? Halvdan Sivertsens ord” og meininga forsvinn i det vi gjør” syntes jeg å høre i det fjerne.”

1.2 Bakgrunn for valg av tema - aktualitet

Historien beskriver noen dilemmaer i hverdagsledelsen, og et spenningsfelt der krav ovenfra møter hverdagskravene hos en førstelinjeleder i spesialisthelsetjenesten. Overordnede styringskrav(Helse Nord 2016) kan omfatte alt fra detaljer om kvalitetsindikatorer, pasientsikkerhetsindikatorer, forventninger om hvor lang ventetid som er akseptabelt, fristbrudd, til medisinske utviklingsområder, personalutvikling, pasientmedvirkning osv. De regionale helseforetakene oversetter så disse kravene ned i sine lokale foretak og spesifiserer hva som forventes. De økonomiske styringskravene har fått mye fokus de senere år, men store underskudd på den ene siden og store utbyggingsprosjekter på den andre siden. På samme måte må de lokale foretakene operasjonalisere økonomiske krav ned i sin organisasjonen – helt ytterst i organisasjonen- til det ledernivået som leder de som arbeider med pasienter – den kliniske ledelsen. Disse lederne er de som i siste instans skal «få det til», skal oppfylle de kravene som kommer. På den måten har den kliniske lederen kanskje de største utfordringene i dagens spesialisthelsetjeneste(Berg 2014).

Egen erfaring som klinisk leder i spesialisthelsetjenesten har gitt meg kontakter med mange andre kliniske ledere. De beskriver at krav i arbeidshverdagen ikke alltid synes å henge sammen med og ha mening i forhold til de krav som stilles fra overordnet nivå.

Lederkompetanse for å kunne ivareta økonomiske og administrative oppgaver på en tilfredsstillende måte har hovedsakelig kommet ledere på høyrere nivå i sykehus til gode. Dette i form av utvikling av ledelsesfaglig og økonomisk kompetanse. Dette understøttes også av at forskning knyttet til helseledelse i hovedsak er fokusert mot denne gruppen(Nasjonale

plattform for ledelse i helseforetak: Sluttrapport). Det er derfor i denne konteksten mangelfull kunnskap om ledelsesutøvelse i dette antatte spenningsfeltet på de laveste nivåene i sykehus. Helse Nord beskriver i sin lederstrategi i styresak 134/2014 Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord 2015-2018 følgende punkter (utdrag):

«Førstelinjledning og spesielt det å lede for første gang er identifisert som satsingsområde. Overgangen fra medarbeider til leder er krevende. Plan for utvikling av og støtte til disse slik at de utvikler en identitet til lederrollen, skal utarbeides. Støtte og inspirasjon skal gis blant annet ved hjelp av mentor, gode ledergrupper og nettverk og lokale/regionale samlinger for førstelinjledere.»

På bakgrunn av egen erfaring og opplevelser som beskrevet i inngangshistorien, samt den uttrykte satsingen på og anerkjennelsen av utfordringer for førstelinjledere nasjonalt og i Helse Nord, ønsker jeg å finne ut hvordan førstelinjledere (her betegnet som kliniske ledere) i eget helseforetak opplever relevansen av overordnede lederkrav for sitt klinisk lederskap, hvilke konsekvenser dette kan ha og hvordan utfordringer håndteres. Med dette håper jeg å kunne bidra til en større forståelse av betydningen av førstelinjlederes rolle i spesialisthelsetjenesten. Jeg tror at førstelinjlederne vil være krumtapper i fremtidens helsevesen, og at satsing på førstelinjledere er grunnleggende for å oppnå visjoner om å ha de mest fornøyde pasientene og den beste mulige kvaliteten på pasientomsorgen.

1.3 Problemstilling

De forhold jeg søker å få belyst i denne masteroppgaven kan formuleres på følgende måte:

”Hvordan oppleves relevansen av overordnede styringskrav for det kliniske lederskapet i spesialisthelsetjenesten ?”

Underspørsmål:

- Hvilke konsekvenser har evt. mangel på relevans for det kliniske lederskapet ?
- Hvordan løser kliniske ledere å stå i et evt. spenningsfelt som mangelen på relevans kan være ?

1.4 Begreper og avgrensninger

Her vil jeg gjennomgå de ulike begrepene i problemstillingen for å belyse innholdet i problemstillingen.

Opplive/ opplevelsen: I denne sammenhengen vil jeg forstå opplevelse som en persons (her informantene) sin subjektive erfaring, følelse, tanker og refleksjon rundt et tema og eller et spørsmål - her rundt relevansen av styringskrav for klinisk ledelse.

Relevansen av: I denne sammenhengen vil jeg forstå begrepet som grad av samsvar og anvendelighet, en sammenheng og /eller kobling mellom to forhold, her overordnede styringskrav og klinisk lederskap.

Spesialisthelsetjenesten: Spesialisthelsetjeneste defineres som alle virksomheter i et helseforetak – HF. I denne sammenhengen er spesialisthelsetjenesten Helseforetaket Nordlandssykehuset, her både psykisk helse og rus samt somatisk helseforetak i Bodø, Lofoten og Vesterålen.

Klinisk lederskap/ledelse: Dette forstår jeg som utøvelse av ledelse i form av en formell funksjon som leder, ansatt som leder med det ansvar og den myndighet som tilligger denne stillingen. I denne sammenhengen vil jeg forstå dette som de lederne som gjennom en formell lederposisjon leder ansatte som har direkte pasientkontakt og ansvar for oppfølging av pasient, enten det dreier seg om en sengepost, poliklinikk, som tilsyn, dag eller ambulante tjenester, der den enkelte leder utøver sitt lederskap som klinisk leder, på sitt sted i sin kontekst.

Overordnede styringskrav: Med det vil jeg forstå følgende styringskrav, mål og rapporteringskrav slik de fremstår i oppdragsdokumentet, eget foretak og klinikk og formidles ut gjennom organisasjonen.

1.5 Oppgavens struktur

I oppgaven vil jeg først presenterer en teoretisk referanse ramme med ulike perspektiver på ledelse og styring. Deretter vil metode og datainnsamling presenteres, for deretter å drøfte funnene fra datainnsamlingen. Til slutt søkes det å oppsummere, konkludere og trekke perspektiver fremover på bakgrunn av konsekvenser av funn og skissere evt. implikasjoner for videre utforsking av området klinisk ledelse.

2.0 TEORETISK INNRAMMING

2.1 Perspektiver på styring i spesialisthelsetjenesten

2.1.1 Om virksomhetsstyring

Virksomhetsstyring kan forstås som hvordan en operasjonalisere og implementerer de overordnede styringskrav ned i organisasjonen (Pettersen et. al 2006). På neste side ser en hvordan Helse Nord skisserer denne prosessen fra oppdragsdokumentet som sendes helseforetakene, til rapporteringen kommer tilbake til Helse Nord.

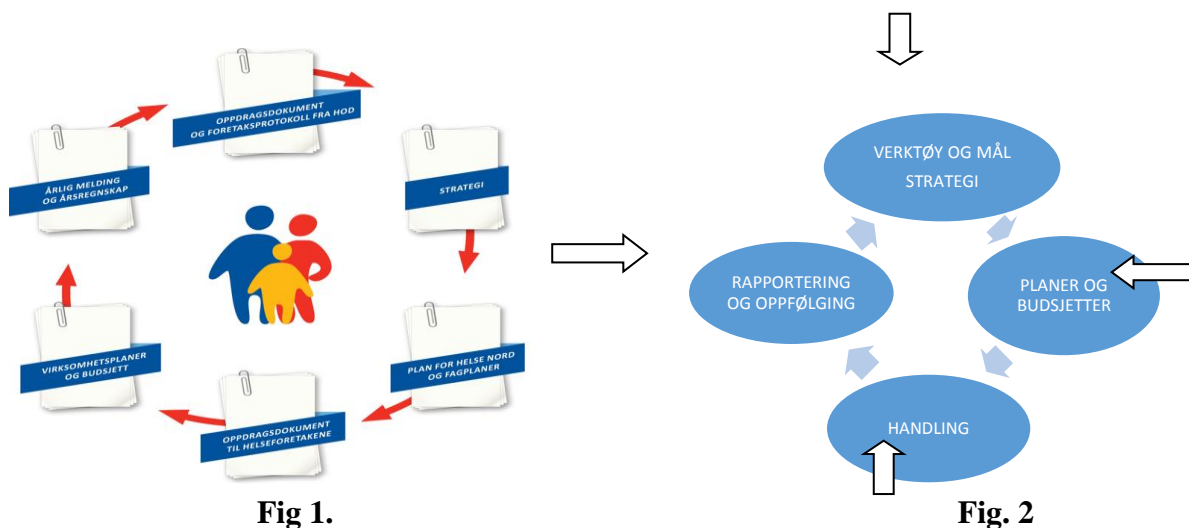


Fig. 1: Modell for virksomhetsstyring i Helse Nord (Oppdragsdokumentet 2016).

Fig. 2: Den ideelle styringssirkelen (Pettersen et. al 2006).

Helsesektoren har styringsutfordringer knyttet til både fordeling av ressurser mellom ulike tjenester og utfordringer til planlegging på den enkelte tjenesteenhet. Det er utfordrende både å styre ressursinnsats og aktiviteter. Avstanden mellom den administrative og den kliniske kulturen i spesialisthelsetjenesten er og har vært stor, og det har medført en todeling i ansvarsforholdet. De som ”produserer” tjenester har ikke hatt ansvar for ”kostnadene”. (Pettersen, Magnussen, Nyland & Bjørnenak 2006). Sykehusene har endret seg fra forvaltningsorgan til statlig foretak. Helseforetaksreformen fra 2002 er ett eksempel på at staten utøver sitt eierskap gjennom formelle krav spesifisert i lover og formelle kontrakter, som oppdragsdokumenter og styringsdialog. Styringskravene er blitt mer markedsorientert ved at pasientrettighetene har blitt styrket og finansieringen er blitt mer innsatsstyrt (Pettersen et al. 2006). Styring dreier seg om å velge (Pettersen et al. 2006), og en har begrensede ressurser til rådighet. Økonomistyring dreier seg derfor om å velge riktige løsninger slik at riktige tilbud blir gitt til de riktige pasientene til riktig tid av de rette menneskene med den riktige kunnskapen og kompetansen. Dette betyr at økonomistyring i helsevesenet handler om å optimalisere disse forholdene til hverandre. Den ideelle modellen har klare sammenhenger mellom mål og midler for å oppnå målene, i virkeligheten er dette svært vanskelig, spesielt i helsevesenet eksisterer mange mål - middel konflikter, og hva som skal til for å oppnå mål kan være uklart. Modellen i fig 2 på s. 10 presenterer den ideelle styringssirkelen (Pettersen et. al 2006) der sammenhengene mellom mål – planer - handling og rapportering/ evaluering av resultat sees på som en prosess med direkte sammenhenger, og innholdet i sirkelen er entydig for de som skal være svare oppdragsgiverne. I figur nr. 3 ser en kompleksiteten i den ideelle styringssirkelen, og hvilke krav som stilles til rapporteringer og oppfølging underveis.

I modellen ser en likhetene med Helse Nord's virksomhetsstyringsmodell, der rammene for virksomheten settes via lov og forskrift og finansiering, mens oppdragene kommer fra oppdragsdokumentet og rapporteringene er standardiserte. Det kan bli nokså sammensatt for de enkelte enhet dersom styringsmål skal operasjonaliseres og gis en mening, og en skal rapportere fra virksomheten ytterst i organisasjonen. Dette betinger mestring av og håndtering av mange ulike rapporteringer - se vedlegg nr.4(Helse Nord 2016).

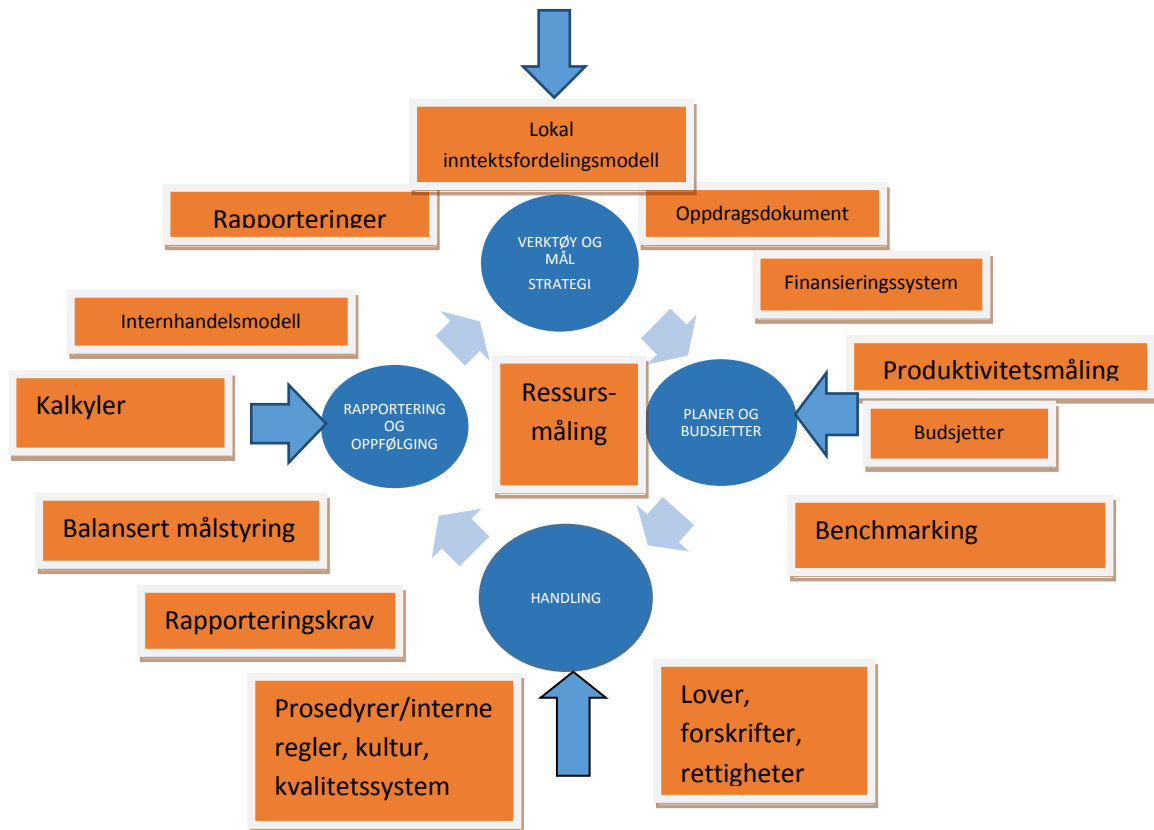


Fig. 3: Den ideelle styringssirkelen med eierperspektivet og virksomhetsperspektivene(Fritt etter Kari Nyland – forelesning Virksomhetsstyring, Master Helseledelse høsten 2015).

Alle systemer som skal rapportere er avhengig av de data som kommer inn, og da må kvaliteten på disse også sikres, og krever nye systemer, og det må finne statistikker og verktøy for å kunne ta ut disse tallene. Dette er administrativt ressurskrevende, spesielt med omfattende rapporteringer på mange ulike mål, det må da også vurderes på hvilket nivå slike rapporteringer skal tas ut, når, hvordan og hvem som skal rapportere, begrunne og forklare de –se vedlegg nr. 4. Den ideelle styringssirkelen som modellen for virksomhetsstyring bygger på antagelser om knytting mellom mål – handling og rapportering, og er et rasjonelt syn på sammenhenger og målstyring. Dette kan en se på som et resultat av de ideer som ligger til grunn for innføring av helseforetaksmodellen(Pettersen et al 2006).

New Public Management (Ny Offentlig Styring) er blitt en felles betegnelse på de siste 25 års forsøk på å overføre forretningsinspirerte ideer til offentlig forvaltning. I Norge kan en si at NPM kom for fullt da helseforetaksreformen ble innført i 2002 for spesialisthelsetjenesten. Daværende helseminister Tore Tønne hadde vært i USA og lært om måten sykehusene ble drevet ut fra en forretningsmessig modell, og inspirasjon til innføringen kom også fra NHS (National Health Service) i England som også hadde innført disse forretningsmessige prinsippene i helsetjenesten (Berg 2006). I f.eks. offentlige helsetjenester i europeiske land har verdier og logikker som bygger på demokrati, rettssikkerhet og lik tilgjengelighet til helsetjenester uansett bakgrunn og økonomisk evne vært overordnet de verdier som økonomismen prioriterer (Røvik 2007). Temaene i NPM beskrives som: Resultatorientering, klare mål og krav til resultater, oppdeling i mindre og styrbare enheter, konkurranse, lavere ressursbruk, profesjonell ledelse (Røvik 2007). Innenfor denne rammen finner vi den såkalte nytaylorisme som fokuserer på standardisering av arbeidsprosedyrer, og kontroll og målinger av resultatet. Den såkalte nytaylorismen innebærer også en maktforskyvning fra ansatte til ledere i og med at det igangsettes store kontroll og måleregimer for resultatoppnåelse og det administrative arbeidet øker. Det er hevdet at offentlig organisasjoner rives mellom disse ideene, man benytter kontroll og målinger, men samtidig oppfordres det til kreativitet og deltakelse. Dette skaper et forvirrende bilde for ledere og medarbeidere i forhold til hvilken rolle som skal inntas og hvordan en skal lykkes (Lian 2007). Det er første og fremst økonomifaget som har fått gjennomslag for hvordan de institusjonelle omgivelsene for offentlig organisasjoner bør og kan endres. Dette bygger på antagelsene om at mennesker er motivert fra motiver om egennytte, som et resultat av at den enkelte er ute etter å maksimere egen inntekt, status, makt og innflytelse. For å stimulere ønskede handlinger blir derfor straff og belønning viktig. I dette ligger også antagelse om at mennesket lar seg motivere av penger og ikke ut fra det den enkelte mener er riktig og viktig (Lian 2007). En ser her hvordan de underliggende teoriene i NPM også har påvirket offentlige organisasjoner som den norske spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet er våre sykehus bygget på den skandinaviske velferdsmodellen der vi alle spleiser på det vi mener er grunnleggende rettigheter og ikke en vare, nemlig helsetjenester. NPM innfører vare og produktmodellen for noe som vi ikke før har verdisatt i penger på denne måten. Dette kan medføre konflikter og diskusjoner. To helt ulike verdisett konkurrerer.

2.1.2 Om negative virkninger av omfattende styring og kontroll

Det er vanlig å skille mellom ledelse og administrasjon, som to typer roller og prosesser.

Produksjonen er fokuset for administrasjon, og det å gjøre ting riktig. Ledelse er avhengig av administrasjonens fungering, men ledelse handler mer om å gjøre de riktige tingene (Jacobsen og Thorsvik 2013). Administrative systemer som har som hensikt å skape orden og kontroll som i NPM har en tendens til å vokse, tilpasse seg på en negativ måte og unndra seg styring. – en slags «administrative overbelastning». Systemene har en tendens til å vokse og bli uhåndterlige, visse prosesser kan hemmes eller slå feil ut og individer har vanskelig for å finne seg til rette under strengt rasjonelle regimer (Strand 2007). Byråkratiske systemer kan reagere på klager og avvik med å presisere regler i stedet for å gå inn i problemet og finne løsninger. Kompleksiteten i kontroll og rapporteringsregimet overgår det enkeltmennesket kan bearbeide tankemessig. Dette kan kjennetegnes ved at det gjøres usynlige beslutninger, saker forblir uavsluttet og samordningen lammes. Ingenting nytt skjer, små problemer blir store, det oppstår motsetninger mellom enheter i sentrum og periferi, rapporteringsdatoer blir viktigere enn innholdet, og reaktivt fremfor proaktivt arbeid prioriteres (Strand 2007). For den enkelte leder kan dette medføre å ta i bruk midler som å overse, ta risiko, drive intern politikk og arbeide urimelig hardt. Dette kan gi store personlige kostnader og kan bli nedbrytende for lederen og endre atferden. En slik stor overbelastning kan få en til å investere i IT systemer og lage systemer som ikke skiller mellom små og store problemer (Strand 2007). Dette kan føre til store samordningsproblemer i en organisasjon og ledelsen får mindre muligheter til å ha nær kontakt og kunnskap om medarbeiderne. En slik utvikling hemmer også læringen i en organisasjon. Dersom noen ikke passer inn i et system oppfattes det som avvik og må passes inn i et system. I en organisasjon preget av forutsigbarhet og klare strukturer kan dette være greit, men i en organisasjon med stor kontaktflate mot omgivelsene og raske endringer og behov for tilpasninger vil dette være hemmende for utvikling og læring. Det er ikke kanaler for å håndtere usikkerhet og uenighet, og det blir sett på som rusk i systemet. Det som kunne gitt læring blir håndtert som feil. Kvalitetssystemer har potensielt noen av disse fallgruvene. Individene kan føle seg ubekvemme og bli tappet for krefter og motivasjon dersom kontrollrutinene blir store og uoversiktlige. De kan også aktivt motarbeide kontrollforsøkene. Ansatte kan føle seg fremmedgjort dersom de blir tatt fra muligheten til å få oversikt over arbeidsprosesser og muligheter til utvikling. Tiltak som skal gi oversikt og kontroll kan motvirke ansattes forståelse og oppslutning. Medarbeidere skaper gjennom sitt arbeid sin identitet, og tillegger oppgaver mening. Dette påvirker deres egenoppfatning. Dagens ansatte forventer mening og oversikt, og det er også hjemlet i AML (arbeidsmiljøloven), men samtidig påføres de nye metoder for dressur via tidsfrister og rapporteringer (Strand 2007).

2.1.3 Om dekobling og organisatorisk hykleri

Organisasjoner planlegger sin drift og har målsetninger for driften og prioriterer hva som skal gjøres til enhver tid. Det er ikke alltid samsvar mellom det som planlegges og det som faktisk blir gjennomført, og hva som har høyest prioritet ute i organisasjonen. I organisasjonen er det bare delvis kobling mellom plan, aktivitet og retorikk (Pettersen IJ, forelesning 29. september 2015). Det er mange krav som skal oversettes ut i organisasjonen. Dette betyr at mange organisasjoner får problemer, da det er vanskelig å oppfylle alle disse krav samtidig, å oppfylle krav på ett område kan underminere et annet område. Der oppstår med andre ord inkonsistens mellom organisasjonens forskjellige mål. Måten organisasjoner kan ta hensyn til alle disse krav er ved noe som betegnes som hykleri. Organisatorisk hykleri kan beskrives som at organisasjonen sier at den gjør en ting, men så gjør noe helt annet. De ansatte i organisasjonen tar ikke hensyn til retningslinjer og bestemmelser som er nedfelt i formelle mål og strukturer, men gjør arbeidsoppgavene sine i tråd med slik de selv mener det bør gjøres. Dekobling kan finne sted på mellomleder- og ansattnivå, der disse sier at de tar i bruk systemer og nye standarder, men likevel ikke gjør det (Jacobsen & Thorsvik 2013). Hykleri er en også en måte organisasjoner kan håndtere flere forskjellige verdier samtidig, som ellers vil være i konflikt med hverandre. Dvs. at der oppstår en forskjell mellom beslutning og handling, altså at man sier en ting og gjør noe annet, og på den måte muliggjøres det for organisasjonene bedre å oppnå og opprettholde legitimitet (Brunsson 2002). Den operative kjernen i en organisasjon kan være såkalt løst koblet til den overordnede formelle strukturene. De utførende deler – driften ytterst i organisasjonen fremstår som en mer privatisert sfære. Dette kan forklares ved en slik dekobling og hykleri, men det gir utfordringer med å en ønsket utvikling og endring fra øverste hold. Utfordringene er å få spredd et budskap til ytterste ledd når deler er dekoblet og kanskje ikke er utsatt for innsyn. Skal endring og utvikling skje også ytterst i organisasjonen, der det operative skjer, må tilkobling skje (Brunsson 2002).

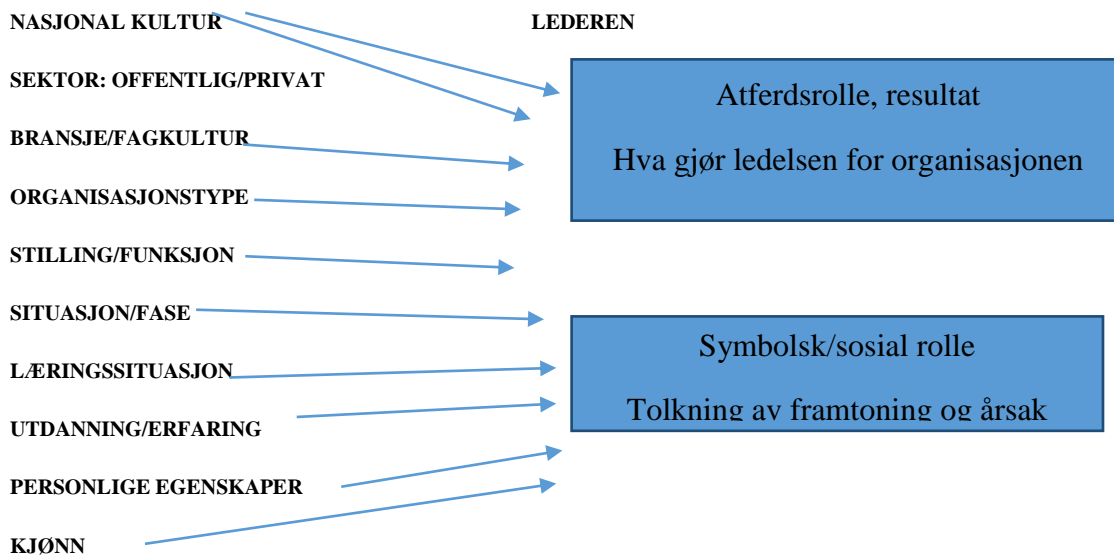
2.2 Perspektiver på ledelse i spesialisthelsetjenesten

2.2.1 Om ledelse

Det er enighet om at ledelse som skjer innenfor rammen av en organisasjon, som f.eks et helseforetak er, har som hensikt å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål, å motivere dem til å yte mer og få dem til å trives i arbeidet (Jacobsen & Thorsvik 2013). Når en studerer ledelse kan en studere ulike forhold ved ledelse, som roller (atferd og forventninger), personlighetstrekk, stil (relasjonsorientert, oppgaveorientert, situasjonsorientert) og hvordan gi retning, mening og få til endring (institusjonell eller

verdibasert) (Jacobsen & Thorsvik 2013). Strand (2010) sin modell for ledelse tar utgangspunkt i at ledelse best kan forstås i sin sammenheng. Denne forståelsen for ledelse innebærer at ledelse får mening og virkning innenfor sin kontekst eller meningssammenheng. Lederen har derfor både en atferdsrolle som sier noe om hva lederen gjør for organisasjonen, og en symbolsk rolle som sier noe om hva lederen er for organisasjonen.

Fig. 4: Kontekstuell (situasjonsbestemt) ledelse (Etter Strand 2010).



I Busch (2012) tar forfatteren utgangspunkt i en ledelsesteori fra Erik Johnsen (Busch 2012) som definerer ledelse som:

«et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom relevante personer»

Dette innebærer at alle medarbeidere i større eller mindre grad kan delta i ledelsesprosessen, uansett hvor de er plassert i et organisasjonshierarki. I offentlige verditunge organisasjoner med profesjonelle arbeidstakere er dette særlig relevant. Helseforetak er en slik organisasjon, med mange profesjoner og høyt kompetansenivå, der verdier som medbestemmelse og demokrati står sterkt. I vanlige bedrifter er økning av produksjon og profittmaksimering formålet med produksjonen mens i helsevesenet er formålene mer verdibaserte. De skal tilfredsstillende formål som tilgjengelighet, kvalitet og fordeling, og også ansattes interesser og verdier (Berg, 2014). Helseforetak er kunnskapsorganisasjoner, og ikke industribedrifter, og lederfunksjoner og roller derfor ulike. Under skisseres ulikheter mellom industrisamfunnets og kunnskapssamfunnets lederroller. Denne figuren illustrerer også de paradoks som kan forekomme ved bruk av bedriftslogikk inn i helseforetak.

Fig. 5: Ulike lederroller (Etter Voxsted 2007).

	Industri­samfunnets lederrolle	Kunns­kapssamfunnets lederrolle
Viktigste oppgave	Nå mål som toppledelsen har satt innenfor de budsjett­rammer som toppledelsen har satt	Skape et miljø hvor alle medarbeidere trekke i samme retning og yter sitt beste for å nå felles mål
Informasjon	Sørge for at medarbeiderne får nøyaktig den informasjon som er nødvendig og ikke mer	Sørge for at medarbeiderne har fri adgang til all informasjon og at de forstår betydningen av at den ikke kommer i feil hender
Kommunikasjon	Representere avdelingen utad og ivareta kommunika­sjonen til andre avdelinger	Hjelpe medarbeiderne til å komme i kontakt med relevante medarbeider i andre deler av virksomheten med henblikk på direkte kommunika­sjon
Forhold til medarbeidere	Sørge for at medarbeidere har klare jobb­beskrivelser, mål og budsjetter, og med jevne mellomrom kontrollere at planer og budsjetter overholdes	Skape rammer for at hver enkelt medarbeider har frihet til og motivasjon til å yte sitt beste. Konstant dialog med medarbeidere
Forhold til overordnede	Forelegge planer og budsjetter til godkjenning. Rapportere om vesentlige avgjørelser. Forelegge saker til godkjenning	Løpende dialog om muligheter og problemer. Delta i samarbeid og nettverk med deltakelse fra andre deler av virksomheten samt eksternt

2.2.2 Om verdibasert ledelse

Som beskrevet før kan en studere ulike forhold ved ledelse, verdibasert ledelse hører til en retning som også kalles institusjonell og som fokuserer på retning og mening. (Jacobsen & Thorsvik 2013). Verdibasert ledelse er en helhetlig tilnærming til ledelse som bygger på moralske verdier. Medarbeidere må trekkes inn i vurderingen og utformingen av de verdier som bør prioriteres, og operasjonaliseringen av verdier i konkrete situasjoner. Dette betyr også at medarbeiderne blir involvert på en annen og mer forpliktende måte, og en lar ansatte får mer innflytelse i en organisasjon. Ledelsen gir her ansatte tillit, og ansatte blir i større grad både ansvarliggjort men også myndiggjort til å delta i planer og avgjørelser (Jakobsen, forelesning i Etikk, Master i Helseledelse våren 2015). Å lykkes slik at dette blir en holdning som gjennomsyrrer en organisasjon, trenger langvarig og intens innsats på mange plan, og det er mye lettere å styre etter regler og kontroll enn etter demokratiske modeller. Å utvikle og myndiggjøre ansatte og miste kontrollen som leder kan være utfordrende for mange. Dialog brukes som verktøy i en prosess med målsetning om å gi organisasjonen en basis i verdier og drøfte de moralske og etiske dilemmaene som kan oppstå. Verdibasert ledelse knytter ledelse til verdibegrepet. En verdibasert leder er “spesialist” i å gjøre verdier eksplisitte, “selge” de internt og eksternt og beskytte verdiene mot “angrep”. (Jacobsen & Thorsvik 2013).

Verdibasert ledelse gir en forpliktelse til å legge verdiene til grunn for refleksjoner og valg. Dette blir på denne måten en rettesnor og veileder i de valg som ikke er opplagte, for

eksempel hvor hensynet til kostnad står opp mot hensynet til den ansatte eller tjenestemottakeren (Garder, 2012). Verdibasert ledelse har derfor mer langsiktige perspektiver enn tradisjonell ledelse, med demokratiske styringsformer og flate strukturer der ansatte involveres Dybvig, D., Ingebrigtsen, S., Jakobsen, O. & Nystad, Ø. (2013). Tor Busch definerer verdibasert ledelse i sin bok, *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner* (2012) s. 95, på denne måten:

«Verdibasert ledelse er et målformulerende, språkskapende og verdiutviklende samspill, forankret i organisasjonens verdier og høye etiske standarder, som kan utøves på både individ-, gruppe- og organisasjonsnivå.»

Ut fra definisjonen til Busch knyttes verdibasert ledelse direkte til Johnsen sin ledelsesmodell (Johnsen, 2006 i Busch, 2012). Alle medarbeidere kan delta. Utvikling av visjoner må skje i en organisasjons arbeid med verdibasert ledelse (Busch, 2012). Organisasjonen må arbeide med konkrete handlinger, gjerne i en konkret handlingsplan, for hvordan den skal operasjonalisere sin visjon. Den planen skal skape handling hos den enkelte medarbeider og forplikte. Slik kan vi også se verdibasert ledelse i lys av virksomhetsstyring – der en slik plan er en del av styringssirkelen. På samme måte som en beskriver virkemidler som skal til for holde budsjetttrammene og oppnå aktivitetsmål og mål og resultatstyring må en planlegge hvordan verdiforvaltningen skal foregå. Modellen under skisserer kort en modell for verdibasert ledelse der ledelsesformene team, selv og transformasjonsledelse er integrert. Disse ledelsesformene representerer verdibasert ledelse på ulike nivå i organisasjonen som f. eks et helseforetak er.



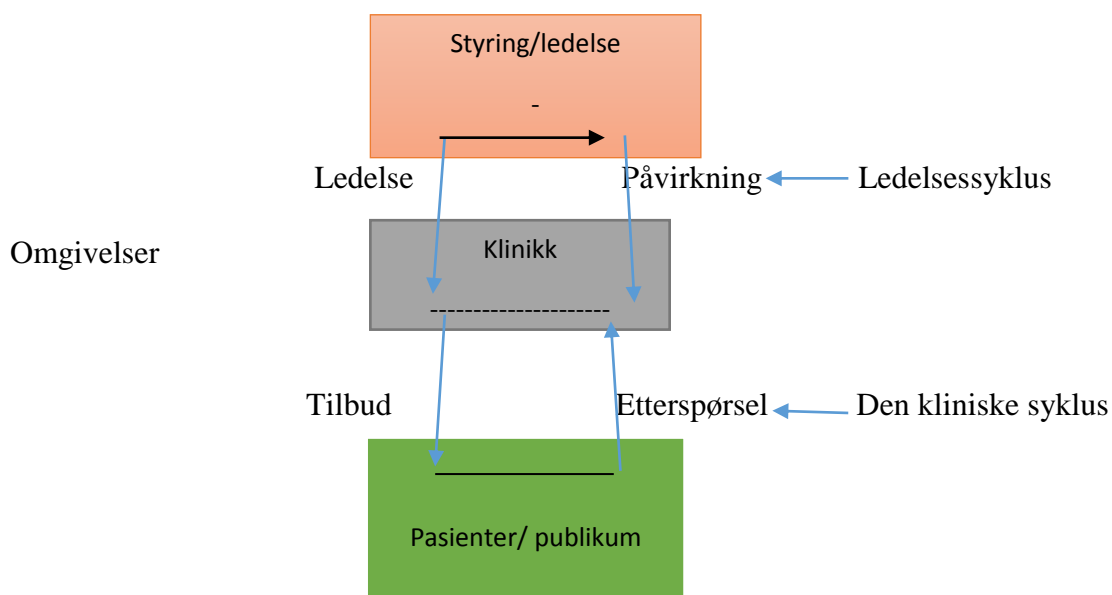
Fig. 6: Modell av verdibasert ledelse (Fritt etter Busch 2012).

2.2.3 Om klinisk ledelse

2.2.3.1 Kontekst

Helsesektoren er blitt mer omfattende og mer spesialisert, således også styrings og ledelsesoppgavene. Det er blitt flere ledelsesnivåer, lederrollens oppgaver er vokst i bredden, og det har utviklet seg et større ”støtteapparat”. Dette kan sees på som en utvikling av lederroller og rammebetingelser. Denne figuren gir et forenklet bilde av dette. I denne modellen ser en på ledelsessyklusen som en forutsetning for å få den kliniske syklusen til å fungere best mulig (Berg, O 2014).

Fig. 7. Den kliniske syklusen og styrings/ledelsessyklusen (etter Berg, 2014)



Koblingene mellom styring, ledelse, klinikk og pasienter er sentrale for å oppnå resultater. Rammer og rettsliggjøringen av styringen og ledelsen av helsevesenet har endret de muligheter og begrensninger som finnes (Molven 2012). Det forventes også at den enkelte leder og helsevesenet generelt skal interagere i stor grad med flere og flere eksterne aktører (Berg, O 2014). Den kliniske ledelse - den som skal sørge for tjenester til pasienter, og altså den innerste lederfunksjonen i spesialisthelsetjenesten, vil få store utfordringer. Den økende standardiseringen av pasientbehandling og prosedyrebasert utføring av tjenester gir utfordringer for den enkelte behandler i å bruke det kliniske skjønn i sin praksis. Pasientene vil fremover få et mer sammensatt tilstandsbilde, ha flere psykiske og rusrelaterte diagnoser, mer kroniske og tilbakevendende tilstander (Melberg, H.O. & Kjekshus L.E. 2012). Dette fordrer lite standardiserte og mer individualiserte behandlingsløp, tverrfaglige team som i dialog med pasienter kommer frem til et behandlingsløp som prøves ut og evalueres jevnlig i samarbeid og dialog med pasient, pårørende og kommunehelsetjenesten. Dette kan oppleves

som et paradoks for kliniske ledere – standardisering opp mot individualisering. Det er også beskrevet i litteraturen at bare ca 50 % av den kliniske virksomheten kan standardiseres og prosedyrebeskrives (Gray & Harrison 2004). Samhandling, dialog, pårørende og mestringsarbeid være sentrale fagområder som må utvikles. Hvordan få høykompetente mennesker til å jobbe i team på oppdrag fra pasienten, er en utfordrende lederoppgave i fremtiden (Edmonstone 2008). Styrking av pasientrettighetene utover på 90 og 2000 tallet har også utfordret lederrollen i helsevesenet på alle nivåer. (Melberg & Kjekshus 2012).

Arbeidstakerrollen har også endret seg, rettighetene til den enkelte er blitt mer eksplisitte, og ikke minst kravet om medbestemmelse og medvirkning gjør at endringer og store avgjørelser skal vurderes av representanter for de ansatte. I arbeidsmiljøloven stilles det også krav til arbeidsmiljø som etterprøves og føres tilsyn med, og ikke minst det psykososiale arbeidsmiljøet, der kravet til god og menneskelig ledelse er i fokus (Molven 2012). Ansatte er også gjennomgående bedre utdannet, mange på masternivå, og har forventninger om å delta i utvikling av faget sitt i sin kliniske praksis, og være en del av levende fagutvikling til beste for pasientene. Mange har forskningskompetanse, og forventer å benytte dette i klinisk arbeid. Å bli satt til rutinearbeid etter spesifiserte prosedyrer utarbeidet av andre, å utføre ordre uten medvirkning kan en anta enten vil føre til at kompetanse forsvinner fra klinikken. eller til utvikling av en ny arbeidstaker rolle og former for jobbglidning. (Berg 2014).

Alle disse forhold er det forventet at kliniske ledere skal mestre. Som beskrevet er klinisk ledelse betegnelsen på lederfunksjonen hos førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten, de som er ledere for ansatte som behandler pasienter direkte/ har ansvaret for oppfølging av pasienter. Dette gjelder i alle de virksomhetene som sykehusene i dag har - sengeposter, poliklinikker, service funksjoner, dagposter og ambulant virksomhet. Sett fra de generelle teoriene om ledelse, styring og NPM kan det tenkes at førstelinjelederen blir en viktig brikke for sykehusdriften.

2.2.3.2 Å løse den kliniske lederrolle

Forskeren Sue Llewellyn (2001) innførte metaforen “two-way Windows” i en artikkel hun har skrevet etter å ha gjennomført en studie i 3 sykehus i Skottland (Llewellyn 2001). Denne metaforen beskriver hvordan ledere i sykehus kan betrakte og forstå sin rolle, med økonomi og styring på den ene siden og profesjonaliteten, kunnskapen om faget på den andre siden. Llewellyn understreker muligheten til skape en nytt kunnskapsområde, der både det medisinske og det administrative er satt sammen. Hun bruker metaforen ”toveis vindu « for å forstå hvordan ledere kan fungere i krysningen mellom den medisinske logikken og den

økonomisk/ administrative logikken som kom med NPM. De kan jobbe parallelt med begge deler. Toveis vindu kan også implisere at de ser ting klarere fra begge sider, noe som kan bidra til en bedre gjensidig forståelse av begge logikkene. Dette betyr at en slik rolle også kan skape muligheter og ikke bare begrensninger (Llewellyn 2001). Ledere med et toveis perspektiv må være en slags tospråklig og kunne både det medisinske språket og det økonomiske språket. Slike ledere vil være av stor betydning i en organisasjon preget av begreper, styring og mål som ikke umiddelbart forstås av ansatte som utfører pasientbehandling. En slik leder vil fungere som en oversetter ut i organisasjonen, og vil derfor være sentral for å skape oppslutning og sikre felles arbeid mot overordnede mål (Llewellyn 2001). Dette er også i overensstemmelse med NPMs vektlegging av ledelse og leder som sentralt element (Johansen 2005). Slik kan en forstå kliniske lederes utfordringer i spenningsfeltet mellom ulike krav.

I en artikkel fra 2008 (Edmonstone 2008) hevdes det at klinisk ledelse alltid har vært og alltid vil være en del av klinisk virksomhet. Det er en form for lederskap som utøves av personer som fortsatt har klinisk forankring, og som bruker mye av sin tid på ledelse og administrasjon knyttet til klinisk virksomhet, også avgjørelser om bruk av ressurser, tjenesteutvikling, og som står i dialog med administrativ ledelse (Edmonstone 2008). Klinisk virksomhet karakteriseres av at den er ufullstendig, og beslutninger er basert på profesjonelt skjønn og vurderinger. Klinisk kompetanse utvikles gjennom samarbeidsrelasjoner med kollegaer, pasienter og pårørende, virksomheten krever kontinuerlig vilje og evne til kritisk å vurdere grunnlaget for beslutninger og klinikerne har et moralsk ansvar – i møte med enkeltmennesker i sårbare situasjoner. Ettersom det er klinikerne i front som forholder seg til denne virkeligheten og som forvalter kompetansen, vil administrativ kommandoleidelse være problematisk og kunne gi grunnlag for konflikt. Klinisk ledelse må synliggjøres som et eget kompetanseområde (Edmonstone 2008). Den administrative leders grunnlag for å påvirke andre er at vedkommende sitter en overordnet posisjon i organisasjonen. Den kliniske lederen vil på sin side være innstilt på å måtte håndtere situasjoner der regler ikke finnes, skape rom for kreativitet og rom for å ta feil, være opptatt av å gi medarbeidere tillit, anse det som viktig at endring kommer innenfra, og skaffe til veie ressurser for viktige formål. Kliniske ledere er viktige oversettere mellom ulike nivå i organisasjonen og det er viktig at klinikere bidrar til å styre helsetjenesten gjennom å utvikle kompetanse i klinisk ledelse i en situasjon med ressursknapphet, økte krav til kvalitet, økende spesialisering og økt behov for koordinering (Edmonstone 2008). På samme måte må overordnede ledere og politikere skjønne

helsevesenets egenart i beslutningsprosesser, der dialog, medbestemmelse, drøftinger og utprøving er profesjonene måte å ta beslutninger på. Klinisk ledelse og profesjonell praksis er refleksiv praksis og kunst mer enn byråkratisk, teknisk og rasjonell. Endring og kvalitetsutvikling må skje via de profesjonelle i helsetjenesten og ikke som generell ledelse(Edmonstone 2008).

I en artikkel av Nordstrand, Berg, Byrkjeflot og Kvåle fra 2010(Nordstrand et al. 2010) drøftes begrepet hybridledelse i spesialisthelsetjenesten ut fra en gjennomgang av tilgjengelig litteratur. En hybridleder kan ha roller som: formidler mellom sfærer eller logikker(mellom profesjonsverdier og monetære verdier), sekvensiell dekobler mellom rolle og sfærer(profesjonsroller og den økonomiske sfære) og sammensmelter av eller integrator av roller og ekspertområder – (mellom profesjon og administrasjon).Det beskrives at dette ikke fremstår som et entydig og klart fenomen, og at en bør en mer se på hvordan det kommer til uttrykk i praksis for å forstå det bedre. Studier av sykehusledelse ser ut til å gjøres med en oppfatning av lederteorier som er knyttet til individuelle egenskaper, handlinger og ansvar. Artikkelforfatterne spør om det gir det mening å snakke om en slik ledelse på individnivå, om en rasjonalistisk ledelsestro som gir enkeltlederen ansvar for virksomhetens måloppnåelse slik det gjøres i ny offentlig styring. Å se på ledelse som et kollektivt prosjekt mellom aktører og relasjoner mellom dem på tvers av både profesjongrenser og organisasjonsgrenser gir større mening til begrepet hybridledelse(Nordstrand et al. 2010).

I en bok utgitt i 2015 beskriver forfatteren Arne Orvik et mulig utvidet og nytt syn på kliniske ledelse i helsevesenet(Orvik 2015). Han beskriver et syn på at organisatorisk kompetanse utfyller den klinisk kompetanse og at disse to kompetansene er gjensidig avhengige og sammen kvalifiserer for ledelse(Orvik 2015). Helsepersonell må i fremtiden besitte en bred kompetanse som inneholder kompetanse i å handtere yrkesrollen som helhet, ha innsikt i hvordan organisasjoner fungerer og endrer seg, å kunne handle organisatorisk og å kunne vurdere helseorganisasjonen i et samfunnsmessig sammenheng. En snever kompetanse som gir helsepersonell myndighet til å utøve spesifikke kliniske funksjoner for å ta ansvar for syke mennesker er ikke nok(Orvik 2015).Skillet mellom generell ledelse og spesiell ledelse drøftes videre ut fra NPM sitt syn på ledelse og opp mot nye trender der ledelse erstatter ledere - en delegerer ledelse som et samspill til selvdrevne team og grupper(jfr. selvledelse i verdibasert ledelse) Boken presenterer videre modeller for klinisk ledelse som team og gruppeledelse. Det konkluderes videre med at klinisk ledelse i fremtiden er en integrert leder, med kompetanse både inne økonomi og administrasjon uten å forlate egen profesjon. Å handle både i

profesjonell verden og i den økonomisk ledelsesverden gir helsepersonell en overlegenhet i forhold til andre ledere uten helsebakgrunn(Orvik 2015).

2.3 Oppsummering av teoretisk ståsted

Som teoretisk referanseramme som bakgrunn for problemstillingen, og det jeg søker å undersøke i min studie, har jeg skissert aspekter ved ledelse og styring som grunnlag. Jeg har gjennomgått aspekter ved virksomhetsstyring illustrert ved styringssirkelen, der det illustreres kompleksiteten ved styringssirkelen når den kompletteres ved styringskrav og rapporteringer, det er skissert konsekvenser av omfattende styring og kontroll, hvordan mange mål krav kan virke mot hverandre og føre til en dekopling. Det er også skissert ny offentlig styrings innvirkning på helsesektoren. Videre er ledelsesperspektivet i offentlige organisasjoner skissert, med vekt på profesjoner og verdier som vektlegges mer her enn i produksjonsbedrifter. Å lede verdibasert er også beskrevet som en lederform for å ivareta det samfunns og verdiansvar offentlige organisasjoner som et sykehus har. Til sist er funksjonen som klinisk leder ytterste ledernivå beskrevet fra ulik forskning - der en sammensmelting av ulike verdier og logikker synes å være det spenningsfeltet kliniske lederne befinner seg i, som en oversetter og en slag hybrid mellom ny offentlig styring/ bedriftslogikk og et omsorgs og verdiunivers.

3.0 METODE OG DESIGN

Her gjør jeg rede for vitenskapsteoretisk perspektiv og den metoden som er brukt for å samle inn det empiriske materielt som skal analyseres i denne oppgaven. Design, datainnsamling og kvalitetsvurdering begrunnes og det reflekteres over stikk, forforståelse og settes kritisk søkelys på metode og empirisk kvalitet.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapsteori er studiet av vitenskap. Særlig viktig er den logiske positivismen som har dominert hvordan både natur og samfunnsvitenskapene skal gjennomføre forskning. Positivismen vektlegger å analysere observerbare fakta og søke lovmessige forklaringer paradigmateteorier(Nyeng 2004).Hermeneutikk (av gresk, hermeneuein= fortolke) handler generelt om å søke forståelse av meningsfulle fenomen, gjenstander som ikke er fullt identifiserer og beskrives ved fysiske kriterier, slik som fortellinger, bilder, menneskelige handlinger, sosiale relasjoner og organisasjoner(Nyeng 2004).Hermeneutikk står dermed frem som en alternativ filosofi og en forskningstilnærming i forhold til positivismen. Den illustrer hvordan man veksler mellom å studere deler og helhet for til slutt å oppnå dypere forståelse. I

min studie er det vitenskapsteoretiske ståstedet hermeneutisk og jeg søker å forstå og finne mening i en spesiell kontekst - utvalgte informanter formidler sin forståelse ut fra sitt ståsted.

3.2 Design og valg av metode

Å etablere prosedyrer og teknikker for å komme frem til mest mulig relevant kunnskap om kalles metode. Metode inneholder teorier om hvordan velge informanter, hvordan data skal samles inn og hvordan analysere og tolke data (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011). Design dreier seg om formgiving - og vi skiller mellom kvalitative og kvantitative design. Kvalitative metoder er tekstenes tale, kvantitativ metode er tallenes tale (Nyeng 2004). Det betyr at man i kvalitativ metode er opptatt av å produsere fortolkninger som gjengir ordenes tekst, mens man i kvantitativ metode fokuserer på å analysere og fortolke tall (Nyeng 2004). Det er valgt en kvalitativ fenomenologisk tilnærming til undersøkelsen da dette forskningsdesignet er godt egnet når man ønsker å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen (Johannessen et al., 2010). Målet med en fenomenologisk undersøkelse er å forstå et fenomen, her altså opplevelsen av relevansen mellom overordna styringskrav og klinisk lederskap, gjennom ledere som er en del av den virkeligheten (Johannessen et al 2011). En fenomenologisk studie har som mål å få innsikt i andres livsverden, og forstå andres tolkningsmønster.

3.2.1 Intervju som metode

Undersøkelsens hensikt er å få økt innsikt i opplevelsen til et utvalg førstlinjeleder i spesialisthelsetjenesten i eget helseforetak. Det var derfor naturlig å velge intervju som metode for datainnsamling.

” I en intervjusamtale stiller forskeren spørsmål og lytter til hva folk selv forteller om livsverdenen sin. Intervjueren lytter til deres drømmer, frykt og håp, lytter mens intervjupersonen med egne ord uttrykker sine oppfatninger og meninger, og lærer om deres tanker om..... ”(Kvale & Brinkmann 2009 s.19).

Jeg ønsket at intervjuene skulle gi rom for å snakke om det intervjupersonene hadde å fortelle innenfor tema, og valgte semistrukturert intervju. Dette for å åpne best mulig og samtidig holde intervjuene innenfor undersøkelsens tema .

3.2.2 Datainnsamling

Det ble søkt om tillatelse fra NSD til å gjennomføre en intervjuundersøkelse, og tillatelse ble gitt, se vedlegg nr. 3. Informasjon tjenestevei ble gitt, og kopi av tillatelsen fra NSD ble sendt forskningsseksjonen ved foretaket slik rutineene ved foretaket er beskrevet. Henvendelser til informanter ble sendt ut pr. mail, og i etterkant ble de ringt opp for videre informasjon og

endelig samtykke. Se vedlegg nr. 2. Alle forespurte informanter svarte ja og samtykket. En av informantene ønsket å få tilsendt det transkriberte intervjuet.

3.2.3 Valg av informanter

Informantene er valgt ut fra flere kriterier. Jeg ønsket i denne undersøkelsen å få meninger og opplevelser fra ledere for ulike virksomheter i ulike klinikker, ulik størrelse på virksomhetene, og lederne skulle ha erfaring. Jeg ønsket informanter som kunne formidle og reflektere, og valgte derfor kliniske ledere ut fra dette.

3.2.4 Utvikling av intervjuguide

Ved utvikling av intervjuguiden (Vedlegg. Nr. 1) har jeg tatt utgangspunkt i begrepene i problemstillingen min, relevansen av styringskrav for klinisk ledelse. Det er brukt begreper fra problemstillingen og fra teori omkring styringskrav og virksomhetsstyring samt klinisk ledelse og ledelse generelt.

3.2.5 Planlegging og gjennomføring av intervju, transkribering

Intervjuene ble gjennomført i løpet av uke 14 og 15 i 2016. Intervjuene var beregnet til ca. 1 time, men det varierte hvor mye den enkelte hadde å formidle. Intervjuene har derfor en varighet fra 35 minutter til 90 minutter. Jeg vurderte å gjennomføre et pilotintervju – noe som hadde styrket kvaliteten på spørsmål ved at jeg hadde kunnet justere de. Jeg valgte i midlertid heller å gjennomføre 6 ordinære intervjuer for å ivareta mangfoldet av virksomheter og klinikkrepresentasjon. Noen var preget av litt redsel for ikke å svare riktig og prestere, mens andre hadde veldig mye på hjertet som de ønsket å formidle. Jeg brukte en Iphone som lydopptaker, og det fungerte bra. Imidlertid ble intervju nr. 1 avkortet med ca. 10 minutter, da jeg ikke trykket hardt nok på opptaksknappen, intervjuets 10 første minutter er referert etter hukommelsen. Informanten har fått dette intervjuet til gjennomlesning. Dette intervjuet kan vel betegnes som et pilotintervju, men er likevel tatt med.

INFORMANT	TIDSPUNKT FOR INTERVJU	LENGDE	VIRKSOMHET	ANTALL ÅR SOM LEDER
1	4.4.16	1.02.07	Psykisk helse og rus	6
2	6.4.16	0.41.56	Somatikk	26
3	6.4.16	1.11.33	Somatikk	10
4	7.4.16	1.06.22	Psykisk helse og rus	15
5	8.4.16	1.23.55	Psykisk helse og rus	25
6	15.4.16	0.34.50	Somatikk	3

Tabell 1: Oversikt over intervjuer

Jeg har valgt å kun identifisere to virksomheter i denne tabellen, dette pga. risiko for gjenkjennelse av informantene. Gjengivelsen av intervjuene kalles for empiri og belyses i kapittel 5. Data som gjengis kan ikke regnes for å være virkeligheten, men tolkning av hva jeg observerer at respondentene formidlet. Observasjoner selekteres, og det gjør også tolkningen av de data som velges ut. Det som vektlegges, vil være preget av min forforståelse og et resultat av min kompetanse og erfaringsbakgrunn (Johannessen et al 2011). Jeg er en uerfaren intervjuer i denne sammenhengen, men siden min vanlige jobb inneholder samtaler med mennesker, opplevdes det som en grei situasjon. Intervjuguiden ble tilpasset underveis, da mange underspørsmål ble overflødige ettersom den enkelte informant hadde ulike utgangspunkt og opplevelser. Flere av informantene hadde mye de ønsket å formidle som ikke nødvendigvis passet under de tema, som var satt opp. Jeg måtte også regulere min egen rolle som aktiv og passiv etter hvor mye de enkelte hadde å komme med, noen svarte lite på spørsmål og fylte lite ut med refleksjoner, mens andre ønsket å formidle mange tanker og refleksjoner. En av informantene er leder i egen klinikk, dette kan synes noe uheldig, men på bakgrunn av kjennskap og relasjon til denne lederen ble dette intervjuet kanskje et av de beste med tanke på ærlig formidling av egne refleksjoner. Flere av de andre lederne kjente jeg også, men dette var bevisst utvalg da jeg visste de hadde mange refleksjoner og tanker de ønsket å formidle. Informantene valgte selv sted for intervjuet, noen ønsket å ha det på eget kontor og noen ble det ordnet et møterom for gjennomføring av intervjuet. Jeg transkriberte alle de 6 intervjuene selv etter opptak på I Phone. Transkriberingen foregikk i umiddelbart etterkant av intervjuene.

3.2.6 Bearbeiding av datamaterialet

I fenomenologisk analyserer man meningsinnhold, hva en informant ønsker å fortelle, å og å forstå den dypere meningen - en innholdsanalyse. Etter transkribering av intervjuene innebærer tolkning og analysering flere faser (Kvale & Brinkmann 2009). Fase 1: gjennomlesning og funn av sentrale temaer. Det skrives kommentarer som prøves å koble til teori - dette betegnes koding og kondensering. Her leter en etter interessante temaer og sammenfatter. Fase 2: å identifisere meningsbærende elementer i materialet som gir kunnskap og informasjon. Her identifiserer en tekstelementer som gir kunnskap og informasjon om hovedtemaene en har festet seg ved - og en kan dele dette inn i klasser og kategorier for å konsentrere meningsinnholdet. En prøver å finne beskrivende koder. Fase 3: å trekke ut det som er meningsbærende i kategorier. - en såkalt kondensering En finner ulike, og da er materialet redusert og ordnes etter kodeordene. Fase 4: å sammenfattet materialet for å

identifisere og beskrive funn. En ser etter mønstre, sammenhenger og fellestrekk eller forskjeller. Mønstrene vurderes i lys av eksisterende forskning og teorier (Johannessen et. al (2011)). Det er sentralt å benytte direkte sitat i kvalitativ metode. Dette benyttes i framstilling av empirien.

3.2.7 Vurdering av undersøkelsens kvalitet - reliabilitet og validitet

Man bruker begrepene validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) som mål på et forskningsoppleggs kvalitet. Noen forskere mener at kvalitative undersøkelser må vurderes på en annen måte enn kvantitative undersøkelser (Johannessen et al 2011) De opererer med begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreft barhet.

Reliabilitet betyr pålitelighet og knytter seg til hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides. I kvalitative data kan en styrke påliteligheten ved å inngående beskrive konteksten, fremgangsmåten og lager en prosedyre som det går an å spore dokumentasjonen (Johannessen et. al 2011). I mitt studie er dette forsøkt gjort, men en detaljert prosedyre er ikke beskrevet for dokumentasjonen. Validitet betyr gyldighet og knytter seg til i hvilken grad man ut fra resultat av et studie kan trekke slutninger (Johannessen et. al 2011). Funns i kvalitative studier er ikke repliserbare for en annen forsker, da de er avhengige av kontekst og av forskerens erfaringsbakgrunn. Pålitelighet i kvalitative studier framkommer ved at den er transparent og lar seg etterprøve. Min studie er liten og begrenser seg til få informanter i en kontekst. Funnene vil derved ikke være generaliserbare, men de vil likevel gi nyttig innsikt i feltet. Andre vil kunne ha ulike erfaringer og synspunkter på de samme fenomener. Man snakker om overføring av kunnskap i stedet for generalisering og bekreftbarhet i det at det bringer inn et unikt perspektiv, som resultat av forskning og ikke egne holdninger (Kvale & Brinkmann 2009).

3.3 Metodevurdering

3.3.1 Etske betraktninger

Man må følge visse etiske prinsipper uansett type datainnsamling, som konfidensialitet, informert samtykke og integritet. Det er et krav for den enkelte å kunne verne om livsrom og personlig integritet. I kvalitative intervjuer er det viktig å ivareta integriteten til de personene som intervjues både under selve intervjuet og i etterkant, når resultatene skal presenteres og fortolkes. Det er vanligvis et krav at man anonymiserer gjenkjennelige detaljer, og at man behandler sensitive opplysninger med varsomhet. I intervjuundersøkelser som omhandler sensitive temaer, er det ofte nødvendig å innhente et skriftlig samtykke (Kvale og Brinkmann 2009). Dette er gjort med intervjuene i denne studien. Prosjektet er rapportert til Norsk

Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og godkjenning er gitt (se vedlegg nr. 3). Deltakerne har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og har skriftlig samtykket til frivillig deltakelse. Datamaterialet er anonymisert og behandlet konfidensielt slik det beskrives fra NSD. En må ikke love ikke mer anonymitet enn du kan holde og en må maskere mulige identifisering av utsagn og bakgrunnsvariabler. Dette blir viktig for meg her i denne sammenhengen, med få og kjente informanter i egen organisasjon, og der bakgrunnen kan gjenkjennes. All informasjon som kan identifisere enkeltpersoner og virksomheter er forsøkt anonymisert.

3.3.2 Metodekritikk

I oppstarten av mitt arbeid vurderte jeg å benytte en omfattende spørreundersøkelse som skulle gå via Questback til mange ledere i Helse Nord. Etersom jeg gikk mer inn i problemstillingen ble det klart for meg at det jeg ønsket å få kunnskap om ville best formidles ved intervju. Det beste ville å bruke spørreskjema først for å kartlegge ulike tema og interesse hos leder, for deretter å foreta utvalgte intervju for utdyping og validering. Imidlertid anså jeg dette for å bli for omfattende for rammen i denne oppgaven og endret det til intervjuer. Jeg valgte et semistrukturert intervju, men ser i ettertid at det om mulig var for strukturert. På den andre siden ville de informantene som hadde meninger få det frem uansett, og rollen som tilbakelent kunne opprettholdes. Strukturen i intervjuguiden ble imidlertid viktig for de informantene som ikke ved åpne spørsmål hadde mye å formidle.

3.3.3 Forforståelse

Tradisjonelt er synspunktet at det kun er gjennom objektivitet og uavhengighet at forskning blir troverdig. Med et slikt utgangspunkt vil det være viktig å skille mellom forsker og det fenomen som undersøkes, og det perfekte metodiske opplegg er der forskeren ikke kan påvirke resultatene (Nyeng og Wennes 2006). Med et slikt utgangspunkt vil nærhet til forskningsenheten være en utfordring. Jeg har vært ansatt ved Nordlandssykehuset i 14 år og må ha et bevisst forhold til både bakgrunn og perspektiv. Samtidig vil lang erfaring være en fordel med kjennskap til den komplekse organisasjonen et helseforetak er. Den personlige drivkraften har vært å få knyttet den kunnskap jeg har ervervet gjennom studiet til det spenningsfeltet det er å være klinisk leder i spesialisthelsetjenesten. Forskning i egen organisasjon er utfordrende, men oppleves lærerikt. At jeg har vært klinisk leder over år preger hva jeg spør om og ikke minst hvordan jeg oppfører meg overfor den enkelte informant, det gjør også om jeg kjenner vedkommende eller ikke. Ved tolkning er det vanskelig å ikke la seg påvirke av forutfattede meninger og fordommer, bevisst eller ubevisst, man kan jo også filtrere de dataene man får slik at det passer ens egen forutinntatte

holdninger. Dersom det fremsettes kritikk mot eget arbeidssted og meningene er sterke og anklagende kan man også i tolkningen bli redd for å fremsette for sterk kritikk, og bli for snill når en skal skrive det ut. Dette kan da nøytralisere de positive sidene det har å studere egen organisasjon. I boken Tall, tolkning og tvil (Nyeng og Wennes 2006) anbefaler forfatterne å skrive to sammen når det gjelder egen organisasjon – dette fordi det da er lettere å se ulike forhold og ikke går seg fast i forforståtte mønstre. Dette er en metodesvakhhet med denne oppgaven da den er skrevet alene.

3.4 Innhenting av litteratur og kilder

Relevant litteratur er hentet fra pensum fra studiet, samt i ORIA ved Nord Universitet sitt bibliotek. Jeg brukte bibliotekbasen og Google, og søkte på emneord/søke ord som: «førstelinjeledelse», «klinisk ledelse», «clinical management» og «clinical leadership». Jeg har også søkt på begrepene i databaser over doktorgrader og masteroppgaver. Det var ikke mange relevante treff på disse begrepene, men noen masteroppgaver omhandler perspektiver som vedrører emnet førstelinjeledelse i spesialisthelsetjenesten. Det som var mest aktuelt for min problemstilling er tatt med.

4.0 PRESENTASJON AV EMPIRI

I dette kapittelet presenterer jeg datamateriale ut i fra intervjuene. Jeg har valgt å gjengi sitater sin helhet der respondentene besvarer viktige spørsmål og reflekterer over utfordringer knyttet til relevansen av styringskrav og klinisk ledelse.

4.1 Bakgrunnsinformasjon

Informantene kommer fra mangfoldige virksomheter med mange profesjoner. En av enhetslederne har ansvaret for 7 ulike virksomheter og fag. Ingen av enhetslederne har medisinsk bakgrunn og representerer 3 andre helsefaglige profesjoner. Virksomhetene er sengepost i psykiatri og somatikk, poliklinikk i psykiatri og somatikk, dagpost somatikk, ambulant virksomhet psykiatri og somatikk, tjenesteyting internt i somatisk sykehus og dagpost somatikk. Sengepostene jobber både akutt og elektivt, en psykiatrisk enhet jobber akutt. Det er interessant at kun to av enhetene har enhetlig ledelse, 2 leder bare pleiepersonell og miljøpersonell, 2 leder mange profesjoner utenom leger og psykologer, 2 leder alle profesjoner inkludert leger og psykologer. Flere ledere har flere virksomheter under seg, og antall ansatte varierer fra 12 – 77 ansatte, som både går i turnus og har dagarbeidstid. 2 av lederne har ansvar for egne pasienter og jobber direkte klinisk. Lederkompetansen varierer fra ingen formell lederutdanning utenom den interne i sykehuset til mastergrad i ledelse, flere har

60 stp. ledelse fra universitet, erfaringsbakgrunn som leder er fra 3 til 25 år, men ingen har mindre enn 10 års erfaring som helsearbeider.

4.2 Styringskrav og oversettelse

Informantene har ingen enhetlig forståelse av overordnede styringskrav, men alle er av den oppfatning av at det kommer ovenfra og at det er noe en må forholde seg til. Informant nr.6 sier:

«vi skal levere ting i våre daglige systemer- det er en type overordnet styringskrav»

Informant nr. 4 forstår det slik:

«dette som kommer fra departementet via helse nord og så kommer det til sykehuset og så kommer det ned gjennom hva vi skal prioritere»

Flere uttrykker at de ikke ser hvordan disse kravene skal omsettes til egen virksomhet, og at det er utydelig hva som skal prioriteres.

Informant nr. 5 sier:

«hvis vi skal ta det på alvor er det nettopp noe vi bør ta i ledergruppen og satt strek under hva det er av disse tingene vi skal prioritere, vi hadde trengt et forum som kunne jobbet med oversettelse av styringskravene, vi gjør det i liten grad»

Informant nr. 3 strever med å finne ut hvordan kravene skal «oversettes»,

«det er større og større krav til at vi skal følge de overordnede kraven uten at vi følges opp hvordan man skal gjøre det i praksis»

På samme måte sier informantene at å bli stilt krav til er ønskelig:

«tenke mæ på en måte å bli stilt krav til hvis æ skal formidle noe styring ned i min lille organisasjon, så må æ ha noe å styre etter»

Samtlige beskriver styringskrav som omhandler økonomi som utfordrende og bistand til hvordan gjøre dette mangler for flere av informantene.

Informant nr. 3 uttrykker det slik om økonomiske styringskrav:

«her er styringa for 2016, her er det dokker har å rutte med og så må dokker finne ut kordan dokker skal prioritere men det skal være der og det ska være der og det skal være der»

Informant nr 4 beskriver det slik:

«alt dette krevere mye tid og det er klart at sånn sett så føle æ at de skal tenke at vi skal gjøre meir og meir uten at vi skal bruke meir penga, Samtidig så tenke æ at vi har nådd et metningspunkt for ka vi klare å romme med den tida vi har, det går bra nu

men æ tenke at æ kjenne at vi e veldig nært ei grense for ka som lar sæ gjøre med den bemanningen vi har uten at det skal gå utover pasientan sånn ordentlig, æ kjenne at vi i perioda så gjør vi det»

Flere informanter opplever å ha lite påvirkning og opplæring i økonomistyring:

Informant nr. 1 sier:

«æ har jo ikke noe innvirkning på økonomi og budsjett, det e jo ei skinndrøfting æ bryr mæ faktisk ikke noe om det, vi har altfor lite opplæring i sykehuset til å, kunne håndtere budsjett»

Informant nr. 3 sier :

«for selv om vi har penga i budsjettet får vi kke lov til å bruke de, kan æ ikke være så snill og få hvis æ sier at æ kan berre bruk det og det kan æ få fritt spillerom for så mye av mitt kursbudsjett, men det får æ heller ikke, så der blir det begrensinger»

Informant nr. 1 uttrykker en form for ignorans :

« en del ting bryr vi oss ikke om, vi driver business as usual og tenker at det er viktigere enn disse styringskravene som kommer»

Når styringskravene skal oversettes inn i organisasjonen og i klinisk ledelse, er flere opptatt av at verdier, idealisme og faglighet lett mistes av syne når de overordnede styringskravene fokuserer på tall og produksjon.

Informant nr. 3 uttrykker hva som får prioritet i virksomheten:

«æ har inntrykk av og det e nok helt rett, det er blitt, det blir litt lite fagtenking i det siste, det dreie sæ mye om penga og kamp om plassen»

Lokale styringskrav for egne klinikk og virksomhet synes godt kjent for alle, men bare to av lederne beskriver det som aktiv i bruk og har relevans i forhold til egen virksomhet. Det beskrives fra flere av informantene at de lokale virksomhetsmålene er lite relevante for eget bruk, flere informanter uttrykker at de ikke har utarbeidet en plan for sin virksomhet og beskriver at det streves med dette .

Informant nr. 4 uttrykker det slik.:

«en del av de her oppgavan som blir utført på hele sykehuset, det er laget som en Generell standard, som skal gjelde i somatikken, da tenke æ at dette e helt tullat at æ skal bruke tid på å sitt og gjøre dette der, idioti, æ forstår behovet for å ha generaliserte tiltak men samtidig blir det, når trøyken blir like stor på oss som på nyfødtintensiv blir for meg litt sånnja»

Informant nr. 3 uttrykker frustrasjon omkring planlegging av virksomheten:

«Æ synes vi fomle litt for oss sjøl i forhold til de kravan som kommer

får beskjed om at det skal gjøres og det skal gjøres og det skal leveres og det er ofte veldig korte frister, og vi fomler på den planmessige delan som går på det som æ skal rapportere på nokka direkte på mitt virke finnes kanskje ikke»

Den samme informanten leter etter mål å styre etter :

«Vi prøve å leite etter målsetninger, bka meine sykehuset, sykehuset må si noen om dette,men sykehuset sier jo veldig lite om de tingan som æ rår med ja egentlig, så de målan, så vi må jo føye oss inn i de rekkan som er der, og vi må sette de selv det er store ambisjoner i alle faggrupper,og det kan stå i så mange planer det vil ka som skal være tilgjengelig og kordan pasientene skal behandles med ulike ressurser kor man stadig vekk møter at dette skjer ikke hos oss, vi skal berre styre for oss sjøl at vi berre skal skjære ned stillinger, og da må vi prioritere sjøl, og det e det som ligg i det

Informant nr. 5 mener det må juks til dersom en skal imøtekomme kravene :

«Sliter jo jævlig med lojaliteten til disse styringskravene for jeg synes ikke det alltid er klokt det vi skal gjøre og likevel tenker jeg vi skal gjøre det fordi jeg er likevel ganske lojal til det som kommer ovenfra, og noen ganger så jukser vi. Et veldig godt eksempel er jo dette med epikrisetider, og dermed jukser vi og vi får fine tall men det reflekterer ikke at vi skiver epikriser, det blir hysterisk. Det andre er dette med fristbrudd, at vi absolutt ikke skal ha fristbrudd, da kan vi tilby pasienten behandling i Lofoten, og det mener jeg er juks, og det synes jeg er ubehagelig fordi dette får man ikke skrive om i avisene, og det er en slags systematisk juksing og ubehagelig å leve med «

To av enhetene har virksomhetsplaner, og det beskrives og det kan beskrives nokså detaljert hvordan tiltakspakker, kvalitetsforbedring, og pasientsikkerhetsprogrammene brukes i planleggingen. På samme måte beskrives det planer for personalet, bemanning, opplæring og HMS tiltak.

Informant nr. 3 sier:

«Vi har jo utarbeida en virksomhetsplan og en handlingplan for vårres enhet det går jo mye på økonomi på plantall på ting som skal gjennomføres og være på plass fordi det skal bringes videre i andre rapporteringer»

Flere av lederne opplever moralske og etiske dilemma i sin lederhverdag, som press på sine ansatte og at økonomi går utover tilbudet til pasienter. Informant nr. 5 uttrykker det slik:

«men det er jo sånn at jeg egentlig ikke synes det er så viktig, men som er viktig fordi styringen over krever det, dette kravet om ikke å ha fristbrudd synes jeg er et veldig moralsk og etisk dilemma, og oppover i systemet får du ikke noe støtte for at det er vanskelig»

og

«jeg har flyttet ventelisten fra å være mitt ansvar til å være den enkelte behandler ansvar og det synes jeg er betenkelig og det synes jeg at sykehuset burde tenkt var betenkelig, for jeg synes det har vært vanskelig å ha ansvar for ventelisten og nå er det alle enkeltbehandlere som har dette ansvaret, og det synes jeg ikke er bra «

4.3 Klinisk ledelse, ansvar og oppgaver

Informantene har nokså enhetlig forståelse av begrepet klinisk ledelse.

Informant nr.4 sier det slik om klinisk ledelse: :

«form for ansvar for det kliniske arbeidet som skjer her i posten, æ skal være så godt kjent med fagfeltet at æ skal være i stand til å lede personalgruppa i riktig retning, æ må delta i det som er av fagutviklingsarena før det fagfeltet æ jobba innaførr men æ må også vær i posten, æ må se ka de jobba med»

Informant nr. 1 uttrykker det slik :

«man e leder for de som e nærmast pasientan, at den kliniske virksomheten vi gjør skal være forsvarlig, den kliniske ledelsen ivaretas gjennom samtaler med enkeltpersoner og også gjennom møtene vi har som viser situasjonen og nivået på kordan man tenker og jobber klinisk, så klinisk ledelse innebærer å ha en oversikt over det og være trygg på at det vi gjør er holdbart og forsvarlig»

Når det gjelder beskrivelser av de ansvarsområder gjøres dette forskjellig hos de ulike informantene. Noen beskriver sine ansvarsområder ut fra administrative funksjoner, noen vurderer og reflekterer rundt ansvar og kanskje spesielt økonomi, mens de som har flere fag fokuserer på diversiteten i de faglige ansvarsområdene. Felles for alle er fokuset på personalet, på ivaretagelsen av personalet, både som tilrettelegger og ivaretaker av arbeidsmiljø osv. Informant nr. 4 uttrykker det slik:

«det e jo kjempesprikandes, alt fra personalansvar med alt det innebær av oppfølging, medarbeidersamtaler og sykefraværsoppfølging som innebære at man både e det ene og det andre for personalgruppa, begge to er like viktig for uten god personaloppfølging får du ikke godt personell, det hæng sammen førr mæ»

Informant nr. 5 reflektere om sitt ansvarsområde som klinisk leder:

«det arbeidet som gjøres tenker jeg er mitt ansvar selv om jeg ikke springer rundt og undersøker hva folk gjør, jeg har jo et ansvar for arbeidsmiljøet slik at det er en god arbeidsplass slik at folk blir ivaretatt og trives, og har et bra og at ikke ansatte utsettes for brudd på arbeidsmiljøloven, så har jeg jo et budsjettansvar, det har jeg et litt mer fluffy forhold til ,i nesten alle år har jeg vært underbudsjettert, og dermed så har jeg et lekebudsjett, jeg har ingen frihet til å si at ansatte skal kunne få gå på kurs»

Informantene beskriver mange arbeidsoppgaver som synes unyttige og for omfattende. Felles for disse oppgavene er at de er av administrativ art, at de benytter datasystemer som det finnes

for lite hjelp å få til å forstå, at de utføres sjelden, og at en ikke kan forstå hvorfor en kontoransatt/en som ikke er leder ikke kan utføre dette. Informant nr. 1 sier:

«noen støttefunksjoner som æ synes e irriterandes,og så ser æ at støttefunksjoner ellers som på gat support og personal og ikt er svært vanskelige å få tak i, æ tenke at det e de som skal være til stede når vi treng dæm, det e ikke vi som skal være til stede når det passe dem å ring så det er snudd på hodet, akkurat som vi e til stede for dæm»

Flere opplever å ha fått mer ansvar for systemer og oppgaver som andre gjorde før:

Informant nr. 4 sier:

«og det handla om at vi blir pålagt mer og mer sånne personalsadministrative oppgava, vi tar jo et større og større ansvar for utlysning av stillinga, for innkalling til intervju, alle brev og alt det med lønn»

Flere informanter opplever arbeidsoppgaver som meningsløse og har et sterkt engasjement når dette kommer opp som tema. Informant nr. 1 sier:

«en annen meningsløs oppgave er å gå gjennom truende fristbrudd når vi aldre har fristbrudd fordi vi har en akutfunksjon det ikke er tilrettelagt i journalsystemet i dips, koffor i all verden skal æ telle fristbrudd og se på rapporter, det blir jo sånn det blir, ja æ ville ha jobba meir klinisk i stedet for å sitte med alle disse tulltingan som æ driv med, det e jo blitt så mye tullføringa som æ driv med at de e helt sykt «

Informant nr. 1 sier også dette om et IKT prosjekt som skulle gi forbedringer men som ser ut til å ha gitt en del forkludringer også : :

«bruke frøktelig mye tid på, å få samarbeid med, få tilganger med IKT der det sitt folk som ikke ane ka vi gjør, som tar fra oss tilganger til journaler, det har ikke vært tilganger til å gjøre arbeidet vårres og sånn har det vært siden det der HOS prosjektet, bruka veldig mye tid på det, skriv avvik på avvik, vet ikke om det er noen som læs de der avvikan»

4 av 6 informanter er opptatt av kvalitetstavler(!!) som en arbeidsoppgave som ikke prioriteres, oppleves meningsløs. Informant nr. 1 uttrykker irritasjon over kvalitetsstavlene slik:

«så måtte æ få skrudd opp ei kvalitetstavle som pasienten skulle få se, heilt meningsløst, trur du folk som e i akutt situasjon e opptatt av ei kvalitetstavle ?

4.4 Overordnet kontakt og oppfølging

Kun to av informantene beskriver regelmessig oppfølging via medarbeidersamtaler med sin overordnede leder. To av informantene beskriver at de har hatt en samtale i løpet av 20 år, og 2 av informantene kan ikke huske sist de hadde en medarbeidersamtale. På spørsmålet om regelmessig oppfølging og samtaler med sin overordna leder sier informantene på

sengepostene at de opplever seg godt fulgt opp, har regelmessig kontakt og samarbeid med sin leder. Informant nr. 6 sier:

”vi jobba tett, æ blir sett”

Informant nr. 4 sier:

”mulig æ e naiv men det er jo mye lønn i å gjøre noe meningsfylt, men det er klart at det er ikke samsvar mellom det vi gjør og det vi tjene, det er det ikke sånn sett, men samtidig føle æ at man blir veldig sett før den jobben man gjør og det settes pris på den jobben man gjør og at det meningsfullt, æ har en veldig flott sjef”

Informantene fra andre virksomheter beskriver en litt annen virkelighet. Informant nr. 5 sier:

”for å si det som det e, i heile mitt liv har hatt 1 medarbeidersamtale og den hadde æ etter jul i år”

Det uttrykkes også et ønske om å bli kalt inn til samtaler om driften og drøftet hvordan krav kan gjennomføres og løses, og behovet for å bli mer sett beskrives. Informant nr. 3 uttrykker det slik:

«æ kunne godt tenke mæ at min leder tok m inn en halvtime time, og sier kordan går det hos dokker, e det noe æ kan hjelpe til med, og få tilbakemeldinger på, nu ser æ at du ikke har klart å ta ned den stillingen, har du noen tanka om det»

På spørsmålet om lederavtaler og instruksjer sier alle informantene at de ikke har inngått lederavtaler. Bare 2 av informantene beskriver at de har en stillingsinstruks og at de kjenner denne. 4 vet ikke om noen stillingsinstruks, eller om den finnes. Flere av informantene lederne beskriver at de opplever seg som alene og ensomme i sitt lederskap. Informant nr. 3 uttrykker det slik:

«æ sier stadig vekk at æ føle mæ frøktelig aleina i mitt lederskap, min virksomhet er veldig annerledes enn de andre enhetan og virksomheten i vår klinikk, æ synes min virksomhet blir veldig tilsidesatt det, og æ føle meg egentlig ikke sett som leder i den settingen æ føle mæ veldig aleine i ,det domene æ har her oppe, æ har få å spell på «

Og

«for å sitte alene som leder er ikke noe spesielt enkel jobb fordi at du sitter så aleine og så disse styringssignalene som du på en måte skal oversette til spiselig og overkommelig for dine medarbeidere»

Alle lederne har en ledergruppe, men 4 av 6 synes ikke ledergruppa avspeiler det de har behov for å drøfte, og ønsker seg en annen arena for drøftinger rundt blant annet styringskrav, mål og verdier. Informantene fra sengepostene opplever å ha gode arenaer for drøftinger mens de siste 4 informantene opplever dette i mindre grad. Flere fokuserer på at det er behov for å drøfte de kravene som kommer ovenfra. Informant nr. 5 sier:

«Vi har ikke noen gode fora å diskutere hva disse styringskravene egentlig skal bety. Og selvfølgelig sier de jo aldri noe i de overordnede styringskraven om hva vi da skal prioritere bort. De sier jo alltid hva vi skal prioritere»

Til slutt spurte jeg som en avslutning på intervjuet om evt. avsluttende refleksjoner omkring temaet klinisk ledelse.

Informant nr. 1 uttrykker:

«æ savna meir respekt for den enkelte i systemet, folk ska slepp å gå på jobb for kun betaling, de skal kjenne at det er viktig og for at det skal vær sånn må lederen stimuleres, æ skulle ønske at det var meir rausheit som blei formidla ut æ sie ikke at det skal gå på bekostring av struktur men det e ikke noe motsetning mellom rausheit og struktur»

Informant nr. 1 uttrykker frustrasjon og resignasjon over at verdier som før var viktige ikke synes å være i fokus:

«så det har endt opp med er at æ jobbe ikke lenger enn æ må, det e så mye som har forsvunne, det er ingen idealisme igjen, det er bare å få dagan til å gå og det er krav om forandringer hele tida, og æ synes de kravan er ureflekterte i at man også tar bort ting som fungere»

Her sammenfatter informant nr. 4 og uttrykker hva « det handler « - nemlig balansen mellom fag og penger.

«æ forstår jo problemstillingen for det e jo den mest sentrale problemstillingen som er i hverdagen, å balansere mellom økonomi og fag, men samtidig er det jo gøy, og balansekunst er jo en sport det og»

Informanten nr. 5 uttrykker her en indignasjon på vegne av ledere i sykehuset, og oppsummerer opplevelsen:

«jeg har ikke så veldig mye lojalitet til Nordlandssykehuset, jeg har lojalitet til de ansatte som jobber i avdelingen og enheten min, men den er litt bristende den og, men mest lojalitet til de jeg føler at er vårt ansvar, nemlig pasientene, men Nordlandssykehuset, altså nei bare irritasjon, av og til har jeg en sommerfugl på meg for å minne meg på at jeg skal late som om, jeg skal være stolt av Nordlandssykehuset, men jeg synes ikke at de ivaretar oss ledere «

Ved spørsmål om lederopplæring og relevans beskriver informantene at den interne lederopplæringen sykehuset i liten grad gjenspeiler styringskrav og behov i det kliniske lederskapet, men at det som har vært verdifullt har vært å møte andre ledere og få et ledernetverk. 3 beskriver at de skulle ønske at lederopplæringen varte lenger og kunne føre til varige nettverk.

4.5 Oppsummering av empiri

Ulike virksomheter har ulike opplevelser av relevans mellom styringskrav og klinisk

ledelse: tradisjonelle virksomheter som f. eks sengeposter dr det finnes flere lignende

virksomheter opplever at kravene passer virksomheten, de er operasjonaliserbare og

gjennomføres i virksomhetene, de er likevel utfordrende med de økonomiske kravene.

Tverrfaglige enheter/team og poliklinikker og enheter med flere små virksomheter opplever

møtet utfordrende, kravene har mindre relevans, drøftes lite, gir mindre mening og

sammenheng. De økonomiske kraven er spesielt utfordrende.

Ledere ved tverrfaglige små virksomheter som poliklinikk, team osv. opplever spesielle

utfordringer i den kliniske ledelsen: De opplever lite tilpassede mål og planer for

virksomhetene og verktøy for å utarbeide dette, de har lite påvirkning på økonomistyring og

det er ikke samsvar mellom ansvar og myndighet. De har ikke tilpassede og fungerende

støttesystemer, opplever administrativ overbelastning og mindre fokus på fagutvikling.

Ledere ved tverrfaglige små virksomheter som poliklinikk, team osv. opplever

utfordringer ift. eget arbeidsinnhold og oppfølging som leder: De opplever å bli lite fulgt

opp av overordnet ledelse, de opplever å må "finne opp kruttet" selv, de mangler

medarbeidersamtaler og kontakt med overordnet leder og opplever ensomhet i lederrollen. De

har et ønske om tilpassete krav og mål, de opplever lavere grad av mening og sammenheng,

og opplever seg umyndiggjort spesielt ift. økonomistyring. De beskriver har et ønske om

veiledningsgrupper og ledernetverk i tillegg til bedre fungerende ledergrupper.

5.0 ANALYSE OG DRØFTING AV HOVEDFUNN

Ut fra presentasjon av empirien i forrige kapittel vil jeg oppsummere mine funn og drøfte i lys av teori presentert i teorikapittelet.

5.1 Manglende relevans kan gi brudd i styringssirkelen

I teorikapittelet om virksomhetsstyring beskrives styringssirkelen som et bilde på prosessen

for virksomhetsstyring i helseforetakene (Pettersen et al 2008). Dette bygger på en

formålsrasjonell logikk der det er sammenhenger mellom mål, plan, handling og rapportering.

Som beskrevet er det i helsevesenet i mange tilfeller ikke slike klare sammenhenger og det er

ikke klare sammenhenger mellom mål og hva som skal til for å oppnå målene (Pettersen et al

2008). Dette fører til brudd i styringssirkelen. En av informantene illustrere dette ved å

beskrive hvordan en f. eks skal oppnå null fristbrudd. Ved å senke kvalitetene eller kvantiteten på behandling når en må gi behandling pga. de rettslige rammene og pasientrettighetene?(Berg 2014).Slike forhold blir som beskrevet av informantene som privatisert helt ned til behandlernivå, og ansvaret legges det. .

Et annet eksempel fra informantene er kravene om kvalitetstavlene som et krav. Det er ikke mitt inntrykk at kliniske ledere ikke er opptatt av kvalitet, men hvordan måler en dette `? Det finnes ikke kvalitetsindikatorer som gir et uttrykk for kvalitet på tilbud for en del virksomheter, og kvalitetstavlene skulle føre til etablering av egne indikatorer. Nasjonale kvalitetsindikatorer er tilpasset somatiske sengeposter og ikke egnet til å måle kvalitet i en f.eks en psykiatrisk poliklinikk, og det stemmer også med egen erfaring. En «finner opp» indikatorer i virksomheter, felles drøfting rundt slike forhold skjer ikke, og det blir noe som blir privatisert til den enkelte virksomhet .En av informantene illustrerer også dette gjennom kravene om epikrisetid. For virksomheter med langvarige tverrfaglige pasientforløp oppleves de absolutte fristen som lite relevante. Man kan bestemme seg for når man avslutter et forløp, og man kan ta en konsultasjon som oppstart og argumentere for å vente med neste. For pasienter med sammensatte og kroniske tilstander er det den individuelle tilstanden som gjelder, og den individuelle behandlerens vurdering sammen med pasient og pårørende. Et absolutt krav pusher presset på behandlere, og beskrivelsen av at ansvaret trykkes nedover i systemet til den enkelte. I tillegg har NPM og innføring av omfattende rapporteringer og målinger forsterket synet på at skal finnes slike klare sammenhenger i styringssirkelen. Dette forsterkes også ved at økonomiske rammer også skal rapporteres og justeres til aktivitetskrav som f. eks antallet behandlede pasienter og konsultasjoner. Figur 3 på s.12 illustrerer dette godt, med den kompleksitet som styrings- sirkelen utvides til. Å operasjonaliser ned ulike styringskrav til handling lokalt kan synes omfattende, og styringskravene oppleves ikke å passe til egen virksomhet. Flere opplever at kravene ikke passer dem, de har ikke verktøy for å oversette, noen bryr seg ikke om de osv. Slik blir det ikke sammenheng i styringssirkelen, og mål, planer, handling rapportering henger ikke sammen. Det ser ut som det er det spesielt de krav som rettes mot tradisjonell drift inne på et sykehuset som oppleves lite relevant for noen virksomheter. Eksempler på dette er som nevnt kvalitetsindikatorer, men også pasientsikkerhetsprogrammene, pakkeforløp osv. (se vedlegg 4).Krav om kunnskapsbasert praksis, prosedyrebeskrivelser og konkrete uttrykk for kvalitetsforbedring (som kvalitetstavlene som informantene har vært engasjert i ...) er krav som er mer generelle, men som krever kunnskap for å jobbe med, og som ikke ser ut til å nå helt ned i små tverrfaglige enheter og skape relevans. Det kreves arbeid for å finne relevans for eget fagområde, og det

ser ikke ut til at det er ressurser og/eller kompetanse til dette i små tverrfaglige enheter. Dersom en går tilbake til styringssirkelen, tolker jeg det slik at styringssirkelen får et brudd når kravene ovenfra ikke har relevans. Styringssirkelen gir for flere av de lederne jeg har intervjuet ikke sammenheng når det gjelder overordnede styringskrav. De kravene som gjelder er de som en selv finner ut av og operasjonaliserer så godt som mulig. For noen blir det den daglige driften som utgjør styringssirkelen, og den preges da lite av langsiktighet. Noe har få mål og planer for sin virksomhet, og det er daglig pasientbehandling og personalarbeid som prioriteres. Det blir brudd mellom mål og planer, mellom planer og handling og mellom handling og rapportering. Flere informanter beskriver også det de opplever som juks i forhold til det som skal rapporteres, det oppleves at en må svare på en del krav og man jukser det til for å tilfredsstille styringskravene, slik at styringssirkelen blir hel, og at man har oppfylt foretakskravene. Man « ordner» på bruddet på styringssirkelen, man plastrer den igjen for at en skal kunne rapportere. Å oppfylle foretakskravene skaper også legitimitet for sykehusledelsen. Min tolkning er at det er bedre å jukse det til for at rapportene skal se bra ut enn at man stiller spørsmål om relevans og innhold av kravene. Det er for krevende da man opplever at ledelsen over synes det er irrelevant at man opplever å jukse. Å jukse for å tilfredsstille er også en måte å gjøre styringssirkelen hel på - det blir sammenheng mellom handling og rapportering. En kan se på dette som at den formelle styringssirkelen opprettholdes, men at det er uformelle forhold og «juksing» som kompenserer. Det er viktig å presisere her at styringssirkelens formelle krav og målsetninger synes å gi mening for mer tradisjonelle ikke tverrfaglige virksomheter uten enhetlig ledelse, og mål og krav synes å være tilpasset deres drift og pasientpopulasjon. Noen virksomheter har få eller ingen direkte mål for sin virksomhet, og strever med dette når det ikke er overordna krav tilpasse egen kliniske virksomhet.

Når det gjelder økonomiske styringskrav strever alle informantene med å imøtekomme de. Budsjettet er en sentral del av planleggingen av virksomheten og styringssirkelen for et år (Pettersen et al 2008), og setter rammer for hva en kan gjøre. Samtidig skal pålagt pasientbehandling finne sted. Dette er utfordringer for alle lederne jeg har intervjuet. Det synes som om kunnskapen om budsjettet og økonomistyring er liten hos flere, og de formidler manglende kompetanse og forståelse. På samme tid er også myndigheten over eget budsjettet begrenset slik det fremlegges. Styringssirkelen kan også tolkes å være brutt, da mellom plan og handlingssammenhenger er uklare pga. mindre samsvar mellom ansvar og myndighet.

Økonomiske incentivsystemer som ISF(innsatsstyrt finansiering)er innført som en del av den nye forretningsmessige styringslogikken i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid ser en at de disiplinerende styringsdelene er kommet de senere år med omfattende målingssystemer og rigide kontrollrutiner. Styringssirkelen beskriver et målrasjonelt syn på en virksomhet, så det er ikke overraskende at sammenhengene i sirkelen brytes i en virksomhet som også er verdibasert, profesjonsbasert og kunnskapsbasert. Sirkelen representerer ikke et syn på beslutninger som er typiske i kliniske virksomheter(Edmonstone 2008), og derfor kan kjennes fremmed og ikke tilpasset.

5.2 «Administrativ overbelastning» kan gi brudd i styringssirkelen

I teorikapittelet beskrive konsekvenser av omfattende styring og kontroll, der kontrollrutiner og rapporteringer blir så omfattende at både leder og ansatte mister oversikten, leder kan overse forhold, arbeide for hardt, og saker forblir uløste over tid(Strand 2007). Noen av informantene beskriver slike forhold. Det beskrives overtidsarbeid, at man overser krav og oppgaver og at en ikke har muligheter til å drive fagutvikling og fremover- rettet arbeid. Strand(2007) beskriver også at det kan skape motsetninger mellom sentrum og periferi, administrative systemer tar overhånd, noe min informanter også beskriver. Også en beskrevet motsetningsforhold mellom toppledelse og klinisk ledelse er slike forhold en ser ved omfattede kontrollregimer, og bekreftes av uttalelser av mine informanter(Strand 2007). Slike forhold kan hemme læring og lederformen blir via avvik. En vil presse ting inni systemet ved å anta forutsigbarhet og klare strukturer. Men spesialisthelsetjenesten preges av uforutsigbarhet og krevet stor kontaktflate(Berg 2014), beslutninger krever stor deltakelsesflate, og «avvik» skal føre til læring(Strand 2007). Slik jeg tolker informantenes utsagn, går tiden til reaksjoner på overordnede krav fremfor selv å kunne ta initiativ til proaktive lokalbaserte og tilpassede handlinger. Beskrivelsen av ubekvemme medarbeidere der det kan mangle motivasjon, og en opplevelse av fremmedgjøring beskrives fra informantene, og en kan tolke dette som også et uttrykk for konsekvenser av omfattende styring og kontrollrutiner(Strand 2007).

Jeg tolker uttalelser fra noen av mine informanter som uttrykk for å miste oversikt over arbeidsprosesser og muligheter til utvikling. Å forvente mening men få frister og rapporteringer kan endre egenoppfatning og identitet som også beskrevet i teorikapittelet. (Strand 2007).Rapportering på verdier, samfunnsansvar, opplevelser og læring og utvikling mangler og er medvirkende til mindre meningsinnhold i den kliniske lederjobben. En forventer mening og oversikt, men blir dressert inn i tidsfrister og rapporteringer (Strand 2007).I siste optelling av egne administrative datasystemer talte jeg opp 14 ulike systemer

som måtte sjekkes med fast frekvens. I disse systemene skal det saksbehandles, rapporteres, regisseres og formidles informasjon. De fleste får jeg varsel om når det er en ny arbeidsoppgave som skal gjøres, men det ene systemet som ivaretar kjerneoppgavene, nemlig pasientbehandling finnes ikke et slikt varselsystem. Det betyr at dette system må åpnes hver dag for å sjekke nye henvisninger, beskjed på pasienter osv. Flere av disse systemene har mange funksjoner som brukes sjelden. Ett eksempel på dette er rekrutteringsdelen for ledige stillinger. Flere av informantene har beskrevet at de opplever å bruke uforholdsmessige mye tid på den administrative biten av personalsystemet som utlysning og ansettelse i ledige stillinger, og at det ikke er bistand og tilgjengelig hjelp. Flere har også beskrevet registreringer i avvikssystemet, og registreringer av oppdrag til teknisk avdeling som utfordrende. Det tar tid å skulle registrere dette skriftlig i et system, og flere informanter synes det er misbruk av lederressurser å sitte å punche data.

Flere av de virksomhetene jeg har intervjuet holder også til utenfor sykehusets hovedbygning, og sliter med tilgang til vedlikehold av lokaler og utstyr. Ledere opplever å være sekretærer for både sine ansatte, for serviceavdelinger på sykehuset og for HR (personalavdelingen). Ansvar er presset utover i systemet, men det er ikke tilført ressurser. Jeg tenker at dette må gå utover ledelsesfunksjoner til den enkelte. Tiden til ledelse blir redusert pga. «administrative overbelastning» og manglende støttesystemer. Dette må ha slik jeg tolker det, ha konsekvenser for virksomhetene og medarbeidere. Det blir mindre ressurser til direkte medarbeiderkontakt og oppfølging, og legitimiteten til den kliniske lederen kan forvitre. (Strand 2007). Forholdet til egne medarbeidere blir fjernere.

I styringssirkelen vil dette også gi konsekvenser. Styringssirkelen brytes fordi det blir u håndterlige rapporteringssystemer, en greier ikke å oppfylle alle, beslutninger er blir gjort på færre områder enn kravene er. Omfanget av styringssirkelen blir mindre, og en del « loops» blir ikke fullført. Når omfanget av mål og rapporteringer blir for stort, vil det være mål og rapporteringer som ikke vil blir prioritert gjennomført, noe informantene også uttrykker. Slik vil det mangle sammenheng mellom handling og rapportering, og deler av noen virksomheter vi ikke vises. På samme måte kan informantene forstås som at det også mangler mål og rapportering på områder som omhandler verdier, samfunnsansvar og det er lite demokrati og drøfting.

I teorikapittelet er det beskrevet kjennetegn på ny offentlig styring og de konsekvenser dette kan ha for offentlige organisasjoner(Lian 2007). NPM sin kjerne er medarbeider kontroll og ledelse som styringsverktøy. Stadig nye parametre for å måle effektivitet, produktivitet og kvalitet innføres. Disse parameterne gir en slags «overload» i forhold til det ansatte og ledere

med helsebakgrunn og profesjon er vant til å ha som førende mål(Lian 2007).Fokuset tas bort fra pasientkvalitet og pasient behandling og det synes ikke å være ressurser igjen til kvalitetsutvikling som er lokal og individuell - heller ikke hjelp til å utvikle dette. NPM som et syn på helse som en vare fører til uttrykksformer og rapporteringsrutiner/ målesystemer som krasjer med verdsettene i en helseorganisasjonen – for flere informanter vurderes krav og rapporteringer som meningsløse og lite relevante .

5.3 Brudd i styringssirkelen kan medføre dekobling og organisatorisk hykleri

I teorikapittelet beskrives det hvordan en organisasjon kan løse utfordringene ved å ha mange mål, oppgaver og krav som skal løses samtidig(Brunsson 2002). Dersom omfanget blir stort, og oppgavene strider mot hverandre kan løsningen bli det som beskrives som dekobling og organisatorisk hykleri(Brunsson 2002). En sier noe og gjør noe annet, og fremstiller det som de angitte oppdrag er utført. Slik jeg tolker mine informanter kan en se på en del virksomheter, og for så vidt også ledere som helt eller delvis dekoblet. De beskriver at de opplever oppgaver som meningsløse, de ignoreres, en gjør det en selv synes er mest fornuftig for driften og pasienten. Når styringskravene oppleves som lite relevant, og det ikke er utviklet tilpassede mål og styringskrav, vil den enkelte leder og virksomhet la være å forholde seg, da velges dekobling. Denne dekoblingen i styringssirkelen kan ha konsekvenser, det er virksomheter i et sykehus som er avkoblet, som ikke har relevante styringskrav, og som «lever sitt eget liv », inn og ut alt etter som oppgaver og krav gir mening. Det blir inkonsistens mellom ulike krav og mål(Brunsson 2002). Dersom leder og virksomheter ikke etterspørres ser en slags fri eller frakobling fra resten av organisasjonen. Jeg tolker imidlertid mine informanter dit at de vil bli målt, de vil gjerne formidler hva de holder på med, og ønsker en form for «tilkobling» til systemet. Opplevelsen av å være alene, ikke bli etterspurt og/eller krevd noe annet enn økonomiske innsparinger fører igjen til en forsterking av dekoblingen. Det er frustrerende ikke å bli sett. Men inntrykket fra informantene er at dette ikke endrer virksomhetene, de ulike lederne blir enda mer bevisst på å gjøre en god jobb, og de skjærer sine ansatte og pasientene for dette. Å håndtere pasientbehandling og personaloppgaver gir en opplevelse av være påkoblet organisasjonen. Informantene beskriver også juks som en del av måten å tilfredsstille rapporteringskrav som girt mindre mening. Dette kan også tolkes som en slags hykleri, rapporteringene blir mer viktige enn innhold og mening, en skal ikke bare rapportere på ikke relevante krav, men en skal også jukse for å få det til. Slik forsterkes også dekoblingen. På samme måte kan dette ha konsekvenser for ansatte i den kliniske virksomheten. Når leder ikke blir sett og fulgt opp, når virksomheten er dekoblet og rapporteringene er mange og meningsløse og tiden brukes til å tilfredsstille

rapporteringsystemer - da blir det lite igjen til ansatte oppfølging dersom ikke den kliniske leder ignorerer og overser krav og oppgaver. Min informanter beskriver også lojalitetsutfordringer når en ikke opplever å være en del av noe, og oppleves å bli oversett og neglisjert. Man opplever seg ikke som viktig for driften i et sykehuset, og det kan oppleves helt motsatt av det en daglig opplever med pasienter. For klinisk ledere kan det å jobbe klinisk bli en løsning for å bli anerkjent og sett. Dette er grunnleggende behov for alle mennesker, men etter en del av mine informanter sine uttalelser noe som kan mangle. Det er krav til hurtige omstillinger og endringer, styringskravene endrer og rapporteringskravene endres også. Dette setter krav til organisasjonen som raskt omstillbar. Endring blir utfordrende å få til i en løst koblet organisasjon. Implementering av endring når ikke ut i organisasjonen, det er vanskelig å "selge budskapet", og endringspotensialet synker (Brunsson 2001). Etter min erfaring stemmer dette for virksomheter som er små og tverrfaglige i spesialisthelsetjenesten. Min erfaring er også at dette medfører slitasje på tillit og lojalitet til overordnet ledelse og systemer. Strukturen som skulle koble på ledere nederst tas bort til fordel for andre oppgaver. Denne investeringen er viktig for påkobling av lojalitet og tillit. Min erfaring er at dette kan medvirke mest til dekobling. Så lenge du har kontakt og er etterspurt som person kan du oppleve å være en del av et hele, det relasjonelle danner ut det formelle rapporteringssystemet. Opplevelsen av å ikke eksistere for ledelsen har etter min erfaring en sterke emosjonell side som ikke bør undervurderes.

5.4 Brudd i styringssirkelen kan gi konsekvenser for hvilken klinisk lederform som utøves

I teorikapittelet beskrives det ulike definisjoner på ledelse, og det gjøres et poeng av at helseforetak og offentlige organisasjoner er verditunge og profesjonstunge. Referanse ledelse beskrives som både situasjonsavhengig (Strand) og som en demokratisk prosess der mange deltar – noe som passer en kunnskapsorganisasjoner som et helseforetak er (Busch 2012). I teorikapittelet beskrives også de ulike lederrollene i et industrisamfunn og et kunnskapssamfunn (Voxsted 2007). Slik informantene beskriver sin lederform kan man stille spørsmål om lederformen mer kan ligne et industrisamfunn enn et kunnskapssamfunn. NPM logikken med rammer, rapporteringer, jobb-beskrivelser og budsjetter ligner mer på det Voxsted beskriver som industrisamfunnets lederrolle. Verdibasert ledelse slik det fremstilles kan være en anvendbar lederform for å vareta profesjoner, verdier, demokrati og samfunnsansvar. Verdibasert ledelse er en lederform som skal mobilisere alle ansatte, krever planlegging og krever langvarig innsats (Busch 2012). For selvstendige profesjoner med stort beslutningsrom i egen profesjon vil en slik lederform være bedre egnet enn kommandometoden, og gi en mye større legitimitet for avgjørelser. Edmonstone (2008)

beskriver også at beslutninger i helsevesenet ikke er enkle styringsoppgaver, men komplekse, sammensatte og må avgjøres gjennom refleksjon og dialog. Slik er verdibasert ledelse som lederform en egnet måte å drive kompliserte prosesser på, men i mine intervjuer sier informantene at denne ledelsesformen kan synes å mangle. De sier at det savnes fora for gode drøftinger om de kravene som kommer, men også verdier og andre forhold som trenger refleksjon. Jeg forstår det slik at i helseforetaket i dag med utgangspunkt i disse lederne, mangler litt « lange tanker og litt undring» Kommandometoden som lederstrategi er den som oppleves nedover i systemet. Kontakten med overordnede ledere er på ledermøter og via mail. I verdibasert ledelse ligger det forventninger om at beslutninger og ledelse skal være i felleskap og bygd på felles verdier som er anerkjent i hele organisasjonen. Min tolkning er at de ikke på ytterste nivå finnes arenaer for drøftinger og dialoger pga. arbeidspress og krav uten flere ressurser. Som klinisk leder har en ansvar, men har en myndighet? Jeg tror at dette også går utover læringen i organisasjonen, selv om dette ikke er tema i denne oppgaven. Læring henger sammen med ledelse. Verdibasert ledelse fokuserer på gjøre sammen – men styringskravene og oppdragsdokumentet bryter med denne tankegangen og oppleves som kommandoer uten rom for drøftinger og refleksjoner. Verdibasert ledelse krever handlingsrom for ledere, og informantene tolker jeg som dit hen å oppleve at dette er det mindre av. De formidler også at arbeidsoppgaver av administrativ art må tas på overtid fordi kjernevirksomheten som er pasientbehandling ikke skal lide. Jeg tolker informantene slik at de uttrykkes et behov for å utvikle de lokale målene og den kortreiste rapporteringen for virksomheten. Dette for å skape relevans og mening, og også om mulig ivareta verdiperspektivet og det kvalitative i tillegg til det tallbaserte og kvantitative. Verdibasert ledelse er en lederform som er egnet til slik prosesser. Det synes å skorte på denne ledelsesformen og de prosessene som kan skapes gjennom å mobilisere «bottom- up». Det er for mange rapporteringer og hurtigvar «innen i går» som forstyrrer for å etablere denne lederformen.

5.5 Brudd i styringssirkelen kan gi konsekvenser for hvilken klinisk lederrolle som inntas

Som beskrevet i teorikapittelet er det skjedd endringer i spesialisthelsetjenesten som har konsekvenser for lederrolle og lederfunksjoner generelt (Berg 2006, 2014; Melberg et al 2012) Det pekes på de spesielle utfordringen de kliniske lederne har fått i spenningsfeltet mellom penger og fag – de ulike styringslogikkene som skal kombineres når helseforetakene har fått en forretningsmessig design, og mål og resultatstyring krever omfattende rapportering og stram økonomistyring (Pettersen et al 2006, Berg 2014). I intervjuene beskriver informantene noen av disse dilemmaene i spenningsfeltet som klinisk leder og spesielt gjelder

dette dilemmaet som har med økonomistyring og de økonomiske styringskravene å gjøre. Flere beskriver mangel på kompetanse når det gjelder økonomistyring, og samtidig formidler de en ignorering av dette, da opplevelsen av at de ikke har et reelt budsjett å styre etter. Det beskrives at tallene som står i budsjettet ikke kan styres etter, de har ikke myndighet til å råde over egne driftsmidler, og ikke en kan bestemme om ansatte skal få delta på kurs. Det beskriver altså en fratatt myndighet over egen virksomhets budsjett. Samtidig kommer de økonomiske styringskravene i form av kutt og innsparinger, og jeg tolker mine informantene slik at dette er utfordrende å oversette ned i klinikken og omsettes i handling. I Edmonstone 2008 beskrives den kliniske beslutningsprosessen som annerledes enn den formålsrasjonelle, og hvordan en slik åpen, demokratisk beslutningsprosess er viktig for klinisk ledelse, og det gjør også Orvik i sin bok (Orvik 2015) I teorikapittelet er det også beskrevet ulike aspekter ved rollen som klinisk leder. I hovedtrekk beskrives denne lederrollen som en oversetter, en koblingsagent og en tolker av krav ovenfra. En slik leder er også en tolker for de som sitter ytterst i organisasjonen. Sue Llewellyn beskriver rollen som et toveis vindu – der transparens mellom klinikk og økonomi begge veier betinger en lederrolle som oversetter mellom både oppover og nedover i systemet (Llewellyn 2001) Det brukes også begrepet hybridleder som en beskrivelse på en lederrolle som skal ha beina i både faget/ klinikken og i den økonomisk/administrative sfæren. (Berg et al 2010). Den kliniske lederen i spesialisthelsetjenesten som en hybrid som må mestre to logikker. Det beskrives også perspektiver på at fremtidens ledere i helsevesenet på ytterste nivå må ha kompetanse både i kliniske fag og i økonomi/administrasjon (Orvik 2015). Dersom en ser på mine funn i intervjuene vil en finne mange uttalelser der møtet mellom de ulikelogikkene beskrives. Jeg tolker uttalelsen slik at det er utfordrende med dette oversettelsesarbeidet, det mangles både kompetanse og verktøy for å oversette den økonomiske logikken, og det mangler kompetanse for å oversette den rasjonelle målstyringslogikken. Resultatet blir at det ikke blir et transparent speil slik Sue Llewellyn beskriver det i artikkelen om «two ways window», men mer en glassplate der kravene kommer og blir liggende som Bambi på isen. Og der blir de liggende til noen etterspør. Da prøver en å karre seg på beina men underlaget er utrygt og beina svake. Hva en kan få formidlet på utrygge ben kan være varierende. Spørsmålet blir hvilken lederrolle en inntar som løsning på å stå i dette spenningsfeltet. En kan bli en oversetter dersom en har kompetanse, en kan bli en skjerm for både oppover og nedover, en kan koble seg fri ved å bli en kliniker, en kan opptre som et toveis vindu eller som et speil. Mulighetene for å utvikle en ny kompetanse ved oversetting og transparens mellom nivåene beskrives ikke hos informantene, snarere en form for skjerming og speil/glassplate mellom

nivåene slik jeg tolker det. Flere av lederne uttrykker usikkerhet ift økonomistyring, og forstår en del ting dårlig, mens flere uttrykker likegyldighet fordi en likevel ikke har påvirkningskraft. Flere av lederne har mye lederkompetanse, men uttrykker behov for økonomistyringskompetanse, mens noen som er i klinisk arbeid uttrykker at det ikke er nødvendig og de indentifiserer seg mest som kliniker. Orviks konklusjoner om fremtidens leder med to kompetanser er etter min oppfatning og erfaring riktig (Orvik 2015). Fremtidens ledere må ha kompetanse både i økonomi og klinikk dersom de skal kunne forvalte lederoppgavene i fremtiden. En må kunne snakke språket for å kunne argumentere og drøfte. Skal en ikke bli stående som «offer» for omfattende kontroll og stuingsregimer, og ledelsesformer som innebærer kommando, må en kunne terminologien. På samme måte vil de som har økonomisk utdanning aldri kunne drøfte de kliniske perspektivene, og dermed vil en kunne forskyve makten i en klinisk retning. Samtidig fokus på verdier /etikk og økonomi er en kritisk balanseport, og flere av mine informanter uttaler at det er behov for støtte ovenfra for å mestre denne balanseporten. Denne doble kompetanse en kan se for seg kan gi større transparens mellom nivåene, så fremt en kan oversette også nedover til ansatte. Balanseporten kan ellers bli en slags inneklemt funksjon dersom en ikke mestrer den. Den manglende forståelsen av økonomi hindrer de også i å stille spørsmål, kunne vurdere, presentere konsekvenser og argumenter innenfor sitt eget budsjettet, og en maktesløshet i forhold til å oversette styringskravene ned i organisasjonen. Opplevelsen av å ikke få det til, ikke ha verktøyene for å oversette er utfordrende, og kan tolkes som en slags umyndiggjøring. En kan uten problemer forstå at denne rollen er utfordrende å bekle. Det kan nok oppleves som å være dobbeltagent, der lojalitet kan bli satt på prøve både innover og utover i systemet. Etter min erfaring er det å kunne kommunisere omkring økonomi helt sentralt for egen legitimitet oppover. Å ha noe økonomikompetanse gjøre at en kan stille spørsmål, drøfte og også kunne vurdere forhold ellers ikke ville kunne vurdere. Når planer og mål for økonomi og i mange tilfeller innsparinger drøftes i fm. budsjettplanlegging, må den nærmeste leder til driften argumentere med økonomitermer for å bli hørt. Noe av det som synes underlig med informantenes uttalelser er den manglende myndigheten på eget budsjett. Å bli fratatt myndighet, men likevel ha ansvar synes som en umulig hybrid å skulle forvalte. Det strider også mot prinsippene med avdelingsvise budsjetter og beskrivelser av innsparinger som ikke synes i budsjetter forundrer. Opplevelsen av meningsløshet i denne sammenhengen er forståelig. Her kan en kanskje snakke om en planlagt frikobling fra resten av systemet, mens andre deler av virksomhetsstyringen er uplanlagt frakoblet. Klinisk ledelse kan for noen virksomheter bli en frakoblet hverdagsledelse .

5.6 Oppsummering

I min innledningshistorie har jeg beskrevet et øyeblikksbilde fra en klinisk leders hverdag, med beskrivelse av et opplevd spenningsfelt. I min oppgave ønsket jeg å utforske mer om dette spenningsfeltet, med utgangspunkt i min problemstilling omkring de overordnede styringskravs relevans for klinisk ledelse, konsekvenser av evt. mangel på relevans og hvordan dette løses. Mine funn kan oppsummeres slik:

Relevansen av overordnede styringskrav for den kliniske ledelsen oppleves ulikt i de ulike virksomheter, men noen virksomheter har større utfordringer enn andre. For små tverrfaglige ikke tradisjonelle sykehusvirksomheter i mitt materiale ser det ut til å gi slike utslag.

Manglende relevans og administrativ overbelastning kan gi brudd i styringssirkelen. Brudd i styringssirkelen kan medføre dekobling og organisatorisk hykleri, ha konsekvenser for hvilken klinisk lederform som utøves og hvilken klinisk lederrolle som inntas. Kliniske ledere ved tradisjonelle virksomheter som sengeposter synes å oppleve kravene som mer relevante i den forstand at der er mer forståelige og oversettbare enn kliniske ledere ved tverrfaglige team, poliklinikker og små fagenheter. Disse kliniske lederne synes å oppleve styringskravene som mindre relevante, vanskelig forståelige, mindre oversettbare og mindre egnet til bruk i mål og planer. Konsekvensene kan være at det kan oppstå brudd i styringssirkelen og sammenhengen mellom plan, handling og rapportering og evaluering forvirrer og virksomhetsstyringen blir uforutsigbar. Formålsrasjonaliteten bryner seg her mot kliniske beslutningsprosesser basert på bred deltakelse og klinisk skjønn.(Edmonstone 2008).Mindre relevante styringskrav kan gi dekobling og organisatorisk hykleri (Brunssom 2002), og kan medføre at virksomheter kan være uten kontroll, privatisert og uten innsyn. Informantene selv synes å ønske innsyn og relevante styringsverktøy og kompetanse til utvikle de.

Opplevelsen av stort omfang av administrative oppgaver, og lite relevante rapporteringer gir også brudd i styringssirkelen og forsterker dekoblingen. Dette har konsekvenser for identitet, mening og den enkelte leders arbeidsforhold(Strand 2007). Hvordan en løser å stå i dette spenningsfeltet kan endre rollene som leder og formen på ledelse. Rollen som leder som oversetter av krav gjennom et toveis vindu, rollen som hybridleder og rollen med to kompetanse blir endret når kravene er lite relevante. Det toveis vinduet(Llewellyn 2001) blir til en glassplate, i rollen som en hybridleder(dekobler, formidler eller sammensmelter) tas rollen som dekobler(Berg et al 2010) og lederrollen med to kompetanser blir ikke inntatt. De tar fagrollen fordi kravene blir uforståelige og den økonomiske kompetansen savnes. Rollen som klinisk leder kan bli en som skjerner for, eller en rolle som bare speiler, der kravene blir liggende på en glassplate, fremfor å skape transparens og innsyn. Det kan ikke skapes innsyn

når mål og krav ikke oppfattes som hensiktsmessige og en ikke vet hvordan de skal oversettes. Den forretningsmessige driften av helseforetakene med økonomiske incentiver, kvantitative mål, styrings- rapporteringskrav som den nye offentlige styringen representerer (Lian 2007), reduserer også fokuset på verdiene som har vært grunnleggende for vårt offentlige helsevesen, og institusjonelle lederformer som verdibasert ledelse blir ikke en lederform som synes å kunne anvendes i stor grad (Busch 2012). Noen ledere opplever å være utenfor og alene i sitt kliniske lederskap, og dette gir en sterkere dekobling og en slags fremmedgjøring hos flere. Kliniske ledere kan miste motivasjon, tillit slipes tynn og lojalitet kan bli satt på prøve. (Strand 2007) For flere av mine informanter er det det nære pasientarbeidet og personalarbeidet som gir mening, der de umiddelbare tilbakemeldingene og anerkjennelsen på godt utført arbeid kommer. Det synes som om det blir lite ressurser igjen til å utvikle lokalbasert og kortreist fagutvikling, og det kan utfordre legitimiteten i organisasjonen.

6.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER - IMPLIKASJONER

I overskriften på oppgaven har jeg skrevet « Puppet On a String ? – som et spørsmål om det er slik at kliniske ledere opplever seg som en marionett, der en blir styrt ovenfra og reagerer på drag i tråden – som et bilde på styringskravenes relevans for klinisk ledelse. Til en viss grad er kliniske leder marionetter som henger i styringskravens tråd - men bildet er nyansert for mine informanter. Tråden kan være slakk og marionetten kan ha muligheter for noen egne veier, den kan være stram og den kan være helt borte. Da går dukken helt sine egne veier og finner kanskje ikke tilbake dersom ikke tråden strammes opp. Kanskje blir virksomhetene en øy for seg selv – av og til i skinnet av relevante styringskrav. For noen virksomheter kan det nok oppleves som å være på en øy alene uten et kontinent. Men hvis man er i solen kan det kompensere, men det ser ut som om noen befinner seg både alene og i skyggen, spesielt de små utradisjonelle tverrfaglige virksomhetene. Når endringer skal skje, nye rutiner implementeres, og utvikling skal skje raskt, medfører slike ensomme øyer uten innsyn at organisasjonen blir tregere og mindre omstillbar. Spørsmålet er da hvordan en kan knytte slik øyer sammen, både seg imellom og mot ledelsesnivået over.

Det er mange forhold ved funksjonene som klinisk ledere vi ikke vet noe om. Denne undersøkelsen er en smakebit fra 6 svært ulike virksomheter i ett helseforetak. Imidlertid gir intervjuene interessant kunnskap om hvordan hverdagen «der ute» er for noen kliniske ledere, for de som skal balansere kravene som kommer utover i sykehusorganisasjonen, og som

daglig skal stå til ansvar for at pasientene får behandling med høy kvalitet, at ansatte ivaretas, og at pengene holder. Jeg tror ikke at forholdene for å kunne oppfylle overordnede styringskrav slik de kommer nedover i organisasjonen er til stede for en del kliniske ledere, og dermed kan det oppstå egne øyer i organisasjonen som har lite tilknytning til resten av «kontinentet». Spenningsfeltet kan oppleves motstridende, og behovene er ulike, men det er vel kanskje mangelen på konsistens som forvirrer – å være leder uten land – dvs. uten myndighet – har det noen hensikt? Selv om en ikke kan generalisere ut fra et lite materiale som det dreier seg om her, kan det være kunnskap som kan være interessant og kan brukes i «satsingen på førstelinjeledere». Ut fra mine funn tenker jeg at utvikling og styrking av førstelinjeledelse i spesialisthelsetjenesten kan vektlegge følgende forhold:

- Individualisering og operasjonalisering av styrings og rapporteringskrav - alle kan ikke følge samme standard og greier ikke å oversette kravene meningsfullt
- Ta i bruk verdibasert ledelse for å drøfte og individualisere krav og målsetninger, for å utarbeide individuelle planer og mål, og operasjonalisere hvordan levere og rapportere på verdier og samfunnsansvar
- Kompetanseheving i praktiske verktøy innen økonomistyring, planlegging og rapportering – kortreiste, lokale og individuelle
- Behov for mer administrativ støtte, bedre opplæring, support og oppfølging på støttesystemer for å frigjøre ressurser. Kan en vurdere mulig jobbglidning for merkantilt personell?
- Sammenhengen ansvar og myndighet må avklares – er det vits med budsjetter for de ytterste leddene når de ikke har myndighet?
- Kan en se på større grad av selvledelse som lederform i teambaserte tverrfaglige virksomheter ?
- Kan en se på organisasjonsstrukturer med sambruk av funksjoner og samledelse av flere virksomheter?
- De psykologiske jobbkravene for kliniske ledere må revitaliseres - kliniske ledere har krav på medarbeidersamtaler og evaluering av eget arbeid som alle ansatte
- Etablering av ledernetverk og veiledningsgrupper, særlig for kliniske ledere i ikke tradisjonelle tverrfaglige fagenheter

Litteraturliste

- Berg, L. N, Byrkjeflot H & Kvåle G(2010): Hybridledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske Organisasjonsstudier*. 13 (3), s. 30-49
- Berg, O.(2006): *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste Sekel*. Tidsskriftets skriftserie. Oslo: Den norske lægeforening
- Berg, O.(2014): Styring og ledelse i helsevesenet - en innføring, *Rammebetingelser for Helsesektoren, lederroller og bruk av støttesystemer for ledelse*. Kompendium til modul 2 i MBA i helseledelse, Universitetet i Nordland
- Brunsson, N.(2002): "The Organization of Hypocrisy" Talk, Decisions, and Actions in Organizations(2. Utg)Copenhagen Business School Press
- Busch, T.(2012): *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen, Fagbokforlaget
- Dybvig, D., Ingebrigtsen, S., Jakobsen, O. & Nystad, Ø(2013): *Etikk for økonomifag*. Oslo, Gyldendal Akademisk
- Edmonstone, J.(2008): "Clinical leadership: the elephant in the room", *International journal Of health planning and management*, 2008 (Published online in Wiley InterScience www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/hpm.959)
- Garder, A. C. (2012): *Effektivitet som verdi, kan vi trives med det?* Mastergradsavhandling, Diakonhjemmets høgskole. Hentet fra <http://brage.bib.sys.no/xmlui/handle/11250/98461>.
- Gray, A. & Harrison, S.(2004): *Governing medicine*. London, Open University Press
- Helse Nord(2014): *Regional lederstrategi i Helse Nord - styresak 134/14 Strategi for leder og ledelsesutvikling Helse Nord 2015 – 18*
- Helse Nord(2016): *Oppdragsdokument 2016 fra Helse Nord til HF Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord Norge, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset*,
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013): *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen,

Fagbokforlaget

Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A.(2011): *Forskningsmetode for økonomiske og administrative fag*. Abstrakt Forlag

Johansen, M. S.(2005): Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet. *Universitetsforskning Bergen, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier* Notat 16 – 2005

Kvale, S. & Brinkmann, S.(2009): *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lian, O. S.(2007):*Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Llewellyn, S.(2001):Two-way Windows: Clinicians as Medical Managers *Organization Studies* 2001, 22/4 593–623

Melberg, H. O. & Kjekshus L. E. (2012): *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget

Molven, O. (2012): *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal

Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak: *Sluttrapport*. Hentet fra: [http://www.helse-sorost.no/aktuelt /nyheter /Documents/Sluttrapport%20Nasjonal%20plattform%20for%20ledelse%20i%20helseforetak\[1\].pdf](http://www.helse-sorost.no/aktuelt /nyheter /Documents/Sluttrapport%20Nasjonal%20plattform%20for%20ledelse%20i%20helseforetak[1].pdf)

Nyeng, F.(2004): *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo. Abstrakt forlag

Nyeng, F. og Wennes G.(2006): *Tall, tolkning og tvil bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Orvik, A.(2015): *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm AS

Palm, M.(2005): *Helsefremmende lederskap – en utforskende studie blant førstelinjeledere*

*ved et norsk helseforetak. Master of Public Health MPH 2010: Nordiska högskolan för
folkhälsvetenskap*

Pettersen, I. J., Nyland, K. Magnussen, J. og Bjørnenak, T.(2008): *Økonomi og helse
Perspektiver på styring Oslos* Cappelen, Akademisk Forlag.

Røvik, K. A.(2007):*Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets
organisasjon* Oslo: Universitetsforlaget

Strand, T.(2007): *Ledelse, organisasjon og kultur.* Bergen: Fagbokforlaget.

Voxted, S.(2007): *Den nye mellomlederen.* København: Hans Reitzels Forlag

VEDLEGG 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Intervjutidspunkt:

Sted for intervjuet:

Gå gjennom henvendelsesbrevet som ble sendt ut i forkant

HUSK Å INFORMERE OM AT DET BLIR TATT OPP PÅ BÅND

Intervjuformen er ikke ustrukturert, men semistrukturert.

Det betyr at jeg tar ansvar for å geleide deg gjennom samtalen på en måte som gjør at du svarer på det jeg lurer på.

- Er det noe du lurer på eller vil si før vi begynner?

Du har lest undersøkelsens problemstilling:

” Hvordan opplever førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten møtet mellom overordnede styringskrav og sitt kliniske lederskap?”

- er det noe ved den som du vil si du gjenkjenner, noe du synes er interessant ?

TEMAER FOR INTERVJUET

BAKGRUNNSINFORMASJON

Alder

Profesjon

Type virksomhet du er leder for

Antall ansatte og profesjoner - antall ansatte - fagprofesjoner

Hvor lenge i denne lederstillingen

Andre lederstillinger

Har du lederutdanning - hvilken

Hvordan vil du beskrive ansvarsområdene dine ?

Hvilket ansvarsområde mener du er viktigst

KLINISK LEDELSE

Hva forstår du med begrepet klinisk ledelse/ klinisk lederskap ?

Førstelinjeledere er de som leder de som behandler pasienter direkte. Disse lederne kalles også kliniske ledere, og er det ytterste lederleddet i helseforetaket. Kliniske ledere kan lede mange ulike virksomheter, både sengeposter, poliklinikker,

dagavdelinger og tverrfaglige team, både ambulante og innadrettede.

Kliniske ledere i spesialisthelsetjenesten har mange arbeidsoppgaver og kan oppleves å være oversettere av krav både inn og utover i organisasjonen, og stå i et krysspress av krav fra overordnede, ansatte og pasienter.

Lederoppgavene er også mange, både driftsmessige dag - til dag oppgaver, oppgaver som går ut på å tilpasse seg nye krav og endringer samt å jobbe med utvikling som en ser behov for.

Er det utarbeidet en plan for virksomheten /enheten din ?

Kan du si noe om denne - hva den inneholder - mål , tiltak , områder , innhold osv

Kan du nevne områder for disse målene

Er de nedfelt i en virksomhetsplan el lignende ?

Hva bygger planen på - krav ovenfra eller nedenfra ?

Hvilke

Ansatte, pasienter, undersøkelser, trender eller annet

Hvordan har denne utarbeidelsen vært gjennomført, hvem gjøres det sammen med ?

Har du vært med på å utarbeide disse målene ?

Hvordan opplever du at målene for 2016 gjenspeiler din kliniske enhet sine behov og mål sett fra ditt kliniske lederskap ?

Savner du noe ?

Kan du si noe om det ?

Følges disse målene opp utover året ?

Kan du si noe om det ?

Har du arenaer for drøfting og refleksjoner rundt utfordringer og oppgaver for kliniske ledere utfordringer, mål verdier og mål sammen med andre ledere ?

Hvis ja - hvordan er dette organisert / fungerer ?

Hvis nei , hadde du ønsket å ha det ?

Hva ville det vært behov for å drøfte i et slikt fora ?

Hvilke arbeidsoppgaver mener du er viktigst for deg som klinisk leder ?

Hvor stor påvirkning du selv har på dine arbeidsoppgaver som klinisk leder ?

Er det andre som kan påvirke ansvarsområdet som i utgangspunktet er tillagt deg?

Hvem og hvordan

Blir du begrenset på tillagt ansvarsområde, og i tilfelle på hvilken måte?

Håndterer du dine kliniske lederoppgavene innenfor ordinær arbeidstid ?

Hvilke arbeidsoppgaver får du evt. ikke utført i ordinær arbeidstid ?

Har du noen du kan delegere arbeidsoppgaver til ?

Ja - til hvem, og hvilke oppgaver

Nei - er det behov, hvilke oppgaver

Får eller har du arbeidsoppgaver du opplever er meningsløse ?

Kan du si noe mer om dette ?

Får eller har du arbeidsoppgaver du opplever du ikke mestrer ?

Kan du si noe mer om dette ?

Får eller har du arbeidsoppgaver som opplever å ikke forstå behovet for å utføre?

Kan du si noe mer om dette?

Får eller har du arbeidsoppgaver som du opplever etiske og moralske dilemmaer i forhold til ?

Kan du si noe mer om dette ?

Er det arbeidsoppgaver du mener som burde vært prioritert som du ikke får gjort da du blir pålagt andre arbeidsoppgaver ?

Kan du si noe mer om dette ?

STYRINGSKRAV

Hva forstår du med overordnede styringskrav ? Hva tenker du på som overordnede styringskrav?

(Kan du nevne noen eksempler på hvilke styringskrav din virksomhet utsettes for?)

Kjenner du til:

- **Spesialisthelsetjenestens kjerneverdier?** :
kvalitet, trygghet, respekt

- **Nasjonale leder krav ? : Nasjonale krav til lederatferd**
- Helhetstenkende
- Ansvarlig
- Endringsvillig
- Handlekraftig
- Kommuniserende
- Inspirerende

- **Oppdragsdokumentet fra Helse Nord 2016 ?:**
Kravene fra sentrale myndigheter og
Helse Nord

- **Klinikkens styringskrav ?**

Driftsrapporteringen til NLSH :

Kvalitet (ventetid, fristbrudd epikriser, korridorpasienter, kvalitetsindikatorer, tiltakspakker, pasientsikkerhet osv)

Aktivitet

Økonomi

Personell - bemanning (herunder sykefravær)

Annet - fagplaner f.eks

Hvordan har du fått kjennskap til styringskravene for 2016 ?

Oversettes de overordnede styringskravene inn i din virksomhet ?

Hvordan gjøres evt. denne oversettelsen?

Gjør du sammen med noen eller alene ?

Kan du si noe mer om dette ?

Hvordan opplever du sammenhengen mellom de overordnede styringskrav og de kliniske lederoppgavene i enheten din ?

- henger sammen - ikke
- motsetningsfylt- konfliktfylt - ikke -hvordan

Kan du si noe mer om dette

Savner du noe ?

Følges disse styringskravene opp ilt året ?

Hvordan ?

LEDEROPPFØLGING

Har du fått intern lederopplæring ?

Hvilken og hvordan var dette organisert ?

I hvilken grad har denne opplæringen avspeilet de kravene du møter som klinisk leder ?

I hvilken grad har den en opplæringen avspeilet de overordnede styringskravene du møter ?

Følges du opp regelmessig opp av din overordnede leder ?

Hvis ja på hvilken måte : f.eks

- generelle samtaler- medarbeidersamtaler
- samtaler om oppfylting av krav /mål for virksomheten
- tilbakemelding på utført arbeid
- annet

Har du en stillingsinstruks ?

Har du inngått lederavtale der det spesifiseres hva som kreves av deg som leder ?

Hvis ja - gjenspeiler denne avtalen de krav du møter i sin kliniske lederhverdag ?

Hvordan opplever du å bli ivaretatt som ansatt ? (feks. medvirkning, meningsfulle arbeidsoppgaver, arbeidstid, kompensasjon, medarbeidersamtaler osv)

Hva kunne du ønske deg/ ha behov for av lederstøtte og oppfølging som leder ?

AVSLUTNING

Noe du har lyst til å si noe om, forteller eller tilføye omkring temaet kliniske ledelse - noe du ikke har fått sagt som du synes er viktig å få frem ?

VEDLEGG 2: Henvendelse om deltakelse i intervju i forbindelse med Masteroppgave i helseledelse

Bodø, 20. mars 2016

Hei

Dette er en forespørsel om et intervju i forbindelse med masteroppgave i Helseledelse ved Universitetet i Nordland(nå Nord Universitet).

Mitt navn er Tone Johnsen, og jeg arbeider som enhetsleder ved Nordlandssykehuset.

Samtidig er jeg student ved Nord Universitet, og holder på med siste året i MBA - Helseledelse.

Jeg skal nå skrive masteroppgave. Mitt valg av tema er førstelinjeledelse i spesialisthelsetjenesten.

Jeg vil gjennomføre intervjuer med førstelinjeledere fra ulike virksomheter i Nordlandssykehuset. Jeg henvender meg til deg som erfaren enhetsleder, og håper at du er villig til å møte meg for en individuell samtale på ca 60 minutter.

Problemstilling:

” Hvordan opplever førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten møtet mellom overordnede styringskrav og sitt kliniske lederskap?”

Bakgrunn og formål:

Førstelinjeledere er de som leder de som behandler pasienter direkte. Disse lederne kalles også kliniske ledere, og er det ytterste lederleddet i helseforetaket. Det er flere ulike ledernivåer i et helseforetak, men det er lite kunnskap og beskrivelser av de oppgaver, det ansvar og de funksjoner førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten ivaretar, og førstelinjelederes opplevelse av hvordan det er å inneha en slik lederfunksjon.

Formålet med denne undersøkelsen er å rette søkelys på førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten.

På bakgrunn av samtaler og egne opplevelser som førstelinjeleder ønsker jeg å finne ut hvordan førstelinjeledere i eget helseforetak opplever møtet mellom overordnede lederkrav og de krav arbeidshverdagen stiller som klinisk leder. For å få kunnskap om denne problemstillingen vil det gjennomføres intervjuer av førstelinjeledere i NLSH, fra ulike klinikker og som leder ulike virksomheter.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i dette prosjektet vil innebære å delta i et intervju av ca 60 minutters varighet.

I denne sammenheng er min rolle student, og undersøkelsen vil med strenge kriterier anonymiseres. For å presisere anonymiteten til informantene, er ingen andre ledere enn de som er forespurt om samtale, informert om denne konkrete undersøkelsen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun undertegnede og min veileder som vil ha tilgang til informasjonen som samles inn. Personer kan identifiseres kun i egne notater som vil tilintetgjøres etter transkribering. Transkriberingen vil ødelegges når oppgaven er ferdig godkjent. Deltakerne vi ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.6.16

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Veileder er førsteamanuensis Kari Nyland ved Handelshøgskolen i Trondheim, NTNU, tlf. 92850786.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Jeg håper du vil svare positivt på min henvendelse, og ber deg kontakte meg enten via e-post tone.johnsen@nlsh.no, eller på telefon 48182927.

Vedlagt følger også et samtykke som jeg ber deg underskrive, scanne inn og sende meg på mail dersom du sier deg villig til å delta.

Mitt ønske for gjennomføring av samtalen vil være i ukene 13 og 14 - ikke tirsdager.

Det er fint om du kan komme med forslag om passende tidspunkt, disse ukene er satt av til dette formålet. Du kan selv velge hvor du vil gjennomføre samtalen. Jeg har mulighet for å skaffe rom.

Jeg tar også kontakt med deg pr. telefon etter at du har fått denne forespørselen skriftlig.

Med vennlig hilsen

Tone Johnsen

Masterstudent helseledelse

Nord Universitet

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i et intervju på ca. 60 minutter som omhandler problemstillingen

” Hvordan opplever førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten møtet mellom overordnede styringskrav og sitt kliniske lederskap?”

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 3: Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger



Inger Johanne Pettersen
Handelshøgskolen i Bodø Nord Universitet

8026 BODØ

Vår dato: 29.04.2016

Vår ref: 48197 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.04.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48197	<i>Puppet on a string? Førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten - marionetter eller sentrale beslutningstakere?</i>
Behandlingsansvarlig	Nord universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Inger Johanne Pettersen
Student	Tone Johnsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Tone Johnsen tone.johnsen@nlsh.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48197

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Nord universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 20.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

VEDLEGG 4: Fra Oppdragsdokument 2016

Innhold – med oppdrag /krav til det enkelte HF under hvert kapittel

- 2 Felles økonomiske krav og rammebetingelser
- 3 Pasientens helsetjeneste
- 4 Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap
- 5 Personell, utdanning og kompetanse
- 6 Forskning og innovasjon

Styringsparametere 2016

Styringsparametere er valgt for å gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukerorientering i tjenesten. Helse Nord RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetakene følge opp de valgte styringsparametere samt andre kvalitetsindikatorer ved behov. Styret og ledelsen i helseforetakene har et ansvar for å følge med på kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

Tabell 1. Mål 2016. Datakilder og publiseringsfrekvens. Mål 2016	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft)	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt)	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis.
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			

Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument" ⁹) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Årsverk: de regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private Polikliniske konsultasjoner: Helsedirektoratet (Helfo)	
Antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenlignet med 2015	Helsedirektoratet	Årlig
Andel årsverk i distriktpsykiatriske sentre og sykehus i psykisk helsevern for voksne	Økt andel årsverk i DPS sammenliknet med 2015	Helsedirektoratet (SSB)	Årlig

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 4,7%	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

Tabell 2. Rapportering 2016.

Datakilder og publiseringfrekvens. Mål

	Datakilde	Publiseringfrekvens	
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres 2016	
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig	
30 dagers overlevelse etter hjerneslag	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig	
30 dagers overlevelse etter hoftebrudd	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig	
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig
Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner.	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Årlig
Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring	Årsrapporter fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene		Årlig

Oppfølging og rapportering

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp mål 2015, foretaksspesifikke mål 2015 og styringsparametere 2015. Det skal ikke rapporteres på langsiktige mål. Kravene til enhetlig og standardisert regnskapsføring i foretaksgruppen gjelder all offisiell rapportering. Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Oversikt over rapporteringsrutiner og frister	Innhold	Frister
Rapportering Månedlig	Måned rapport i tråd med mal.	Månedregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertial-rapport	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): 3. juni 2016 6. oktober 2016 Administrativt utarbeidet tertialrapport: 20. mai 2016 30. september 2016 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Årlig melding	Felles mal for tertialrapport og årlig melding ettersendes	Styrebehandlet årlig melding (styrevedtak): 29. mars 2017. Administrativt behandlet årlig melding: 06. februar 2017. Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2016: 29. mars 2017.