

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE323E

Navn: Kristoffer Lein Staveli

På slakk line? Om å balansere kvalitet og effektivitet i klinisk ledelse.

Hva opplever ledere som de største utfordringene når de skal balansere kravene til effektivitet og kvalitet i klinikken?

Dato:

27/5-20

Totalt antall sider: 93



Abstract

The purpose of the current master's thesis was to increase the knowledge concerning challenges and resources among people who as a part of their daily task load, lead other health professionals. These insights may be useful to personnel acting as leaders on all managerial levels, moreover, such knowledge can be valuable in the recruitment of future leaders and health professionals. With this context in mind, the research question raised by the current thesis was *"What do leaders perceive as their main challenges in balancing demands of efficiency and quality in their clinics?"*.

The literature review segment of this thesis mostly concerns managerial and leadership in knowledge based organizations. In addition, the thesis presents some theory addressing the understanding of organization, as well as a chapter describing health judicial matters and areas of responsibility.

A qualitative methodological approach was chosen for the current thesis. Five structured interviews were carried out utilizing an interview guide for support, each lasting for maximum sixty minutes. A qualitative methodological approach was chosen in order to answer the research question, because the thesis aimed to extract high quality and encompassing data from respondents with intimate knowledge of the daily demands of clinical practice.

Data collections were conducted at two regional psychiatric centers (DPS) in the city of Trondheim. The respondents were all mid-level managers. employed at psychiatric out-patient clinics attached to these institutions. All the interviews were transcribed and then coded according to the proscribed methodological practices.

Conclusion: Overall, the findings indicate that strategy and directional demands on the clinics does not seem to be adequately in line with budgetary limitations and the budgetary administration within the division. In other words, there is not concurrence between the tasks and the resources of the clinics. Accordingly, the professional quality standards are lowered due to poor capacity, there is a tendency of increasing turnover, and there are fewer applicants for available positions.

The mid-level manager becomes a buffer between somewhat contradictory demands from both the lower and higher rungs of the hierarchy. It may seem as though both pressures for

activity and economical demands are generally preferred to, at the expense of the wellbeing of employees and sound clinical practices. To a large degree, mid-level leaders are loyal to people at higher rungs of the hierarchy. They deliver on the ascribed gauges of success, and there is a focus on maintaining a clinical high activity and reducing waiting-list times.

A possible consequence of today's practices is that one effects a distortion in the aims of the clinical operations. Thus, it is not certain that flattering numbers on the currently proscribed gauges of success will indicate high quality clinical treatment. The distance between divisional leadership and the respondents in the current thesis has increased. This disrupts communications, and results in a filtration of information as it is relayed to people in higher rungs of the hierarchy.

A development towards more strategical management contributes to the increasing distance between leaders and those who are led. A high degree of work related pressure leads workers to seek employment elsewhere. The consequences of not recognizing and listening to the employees in matters where professional justifiability is challenged, may be that experts leave the organization.

Forord

Det nærmer seg slutten på et treårig mastergradsløp ved Nord Universitet. Tilværelsen som deltidsstudent har vært ulik studietiden på tidlig 2000-tall, både på godt og på vondt. Det har vært mange nye fagområder og komplekse problemstillinger men også ransel, skolebøker og ny kalkulator. Jeg har møtt mange nye medstudenter med forskjellig bakgrunn, fått gode venner og mye god hjelp i møte med foretaksfinans, nøkkeltall og multiplikatoreffekter.

Det siste året har gått med på å skrive denne oppgaven. Erkjennelsen av at det er fordeler med å skrive oppgave sammen med noen har tidvis vært påtrengende, samtidig har det vært fint å kunne bruke siste år av studiet på et tema som er tett knyttet til egen arbeidshverdag, utforme oppgaven og dra vekslers på egne erfaringer.

Fremdriften har vært økende gjennom året, selvdisiplinen er styrket og prokrastineringsvevnen tøylet. Jeg syns temaet for oppgaven er både relevant, aktuelt og viktig. Helsevesenet står foran både store utfordringer og store muligheter i årene som kommer. Bevissthet rundt god styring og ledelse er avgjørende for å fortsatt kunne ivareta et viktig samfunnsoppdrag.

Stor takk til informanter som har stilt opp på intervju, gode kollegaer og ledere på arbeidsplassen. Det skal bli kjekt å være mer til stede på jobb både fysisk og mentalt.

Jeg vil også rette en takk til Inger Johanne Pettersen som har vært min veileder på oppgaven. Det har vært raust med veiledningstimer, god hjelp og bistand gjennom hele året. Det har kommet godt med!

Avslutningsvis en takk til familie og venner og ikke minst meg selv; kjøp deg noe fint Kristoffer, det har du fortjent.

Steinberget 27/5-20

Kristoffer Lein Staveli

Sammendrag

Målet med oppgaven har vært å få mer kunnskap om utfordringer og ressurser blant de som leder profesjonsutøverne i sitt daglige virke. Dette kan være nyttig for ledere på alle nivå og kan også være verdifull kunnskap i den fremtidige rekrutteringen av ledere og helsepersonell. Med dette som bakgrunn er følgende problemstilling valgt for denne oppgaven: **«Hva opplever ledere som de største utfordringene når de skal balansere kravene til effektivitet og kvalitet i klinikken?»**

Litteraturdelen omhandler i all hovedsak styring og ledelse i kunnskapsorganisasjoner. I tillegg er det noe teori for forståelse av organisasjoner samt et kapittel med helsejus og ansvarsområder.

Metoden som er valgt for oppgaven er kvalitativ metode. Det ble gjennomført 5 strukturerte intervju ved bruk av intervjuguide. Intervjuene har vært av inntil 60 minutters varighet. Hensikten med å velge kvalitativ metode har vært å få gode uttømmende data fra informanter som kjenner den kliniske hverdagen godt.

Den empiriske undersøkelsen er gjennomført ved to distriktpsykiatriske sentre i Trondheim. Informantene er alle mellomledere ansatt ved psykiatriske poliklinikker. Alle intervjuene er transkribert og kodet ved å følge prinsipper for kvalitativ metode.

Konklusjon: Strategi og styringskrav virker ikke å være koblet godt nok mot budsjett og budsjettarbeid innad i divisjonen. Det er med andre ord ikke samsvar mellom oppgaver og ressurser. Dermed senkes faglig kvalitet på grunn av dårlig kapasitet og det er tendenser til økt turnover og færre søkere til nye stillinger. Mellomleder blir en buffer mellom til dels motstridende krav fra topp og bunn i hierarkiet. Det kan virke som at aktivitet og økonomi sjeldent må vike, da på bekostning av hensyn til medarbeidere og klinikk.

Mellomlederen blir en buffer mellom delvis motstridende krav fra både over og under seg i hierarkiet. Det kan virke som at krav til aktivitet og økonomi blir prioritert på bekostning av arbeidsmiljø og god klinisk praksis. Mellomlederne har stor grad av lojalitet oppover hierarkiet til ledere lengre oppe. De leverer på det de blir målt på, det er fokus på aktivitet og lav ventetid. En mulig konsekvens er at man med dagens praksis får en mulig målforskyvning som påvirker klinisk kvalitet. Det er altså ikke sikkert at gode tall indikerer god behandling.

Avstand mellom divisjonsledelsen og informantene har økt. Man får kommunikasjonsproblem, der konsekvensen er at det blir filtrering av informasjon oppover nivåene.

En utvikling mot mer strategisk styring bidrar til økende avstand mellom de som styrer og de som ledes. Høyt arbeidspress gjør at ansatte søker seg bort fra enhetene. Konsekvensen av ikke å anerkjenne og lytte til de ansatte i veivalg der faglig forsvarlighet utfordres kan bli at ekspertene forlater organisasjonen.

Abstract	i
Forord	iii
Sammendrag	iv
Oversikt over tabeller	1
Oversikt over figurer	1
Oversikt over vedlegg	1
1. Introduksjon	2
1.1 Innledning	2
1.2 Bakgrunn og aktualisering	3
1.3. Valg av problemstilling	4
1.4. Operasjonalisering av begreper	5
1.5. Oppgavens oppbygging	6
2. Teoretisk rammeverk	7
2.1 Bakgrunn for valg av litteratur	7
2.2 Formelle og uformelle trekk ved organisasjonen:	7
2.3 Styring og ledelse	8
2.4 Styringsmodeller i organisasjoner	9
2.5 Ledelse	14
2.6 Ledelse i helseforetakene	16
2.6.5 Ledelse i offentlige virksomheter	18
2.6.6 Mellomleders ansvarsrolle og arbeidsmiljø	19
2.7 Oppsummering	20
3. Metode	22
3.1 Forskningsstrategi og design	22
3.2 Datainnsamlingsteknikk og utvalg	22
3.3 Behandling av data	25
3.4 Relabilitet og validitet	26
3.5 Refleksjon over egen rolle som forsker	28
3.6 Kritisk refleksjon over valgt design og metode	28
3.7 Etske problemstillinger	29
4. Empiri	31
4.1. Innledning	31
4.2 Kontekst	31
4.3 Virksomhetsstyring	34
4.4. Lederroller	42
4.5. Leders ansvar for klinisk kvalitet	53
4.6 Fremtidsutfordringer	58
4.7 Studiens hovedfunn	61
5. Analyse	62
5.1 Manglende kobling mellom krav til aktivitet og økonomiske rammer.	62
5.2 Balansering av lederroller.	63
5.3 Målforskyvning.	64
5.4 Mangelfull kommunikasjon.	66
6. Konklusjon:	68

Referanseliste.	70
Vedlegg:	72

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Intervjustatistikk.

Tabell 2: Utvikling knyttet til den gylne regel, Hentet fra *Årlig melding 2019 for Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/18f93a5faa81417b8ac28f74a02cc0ee/arlig-melding-helse-midt-norge-rhf-2019.pdf> s14.

Oversikt over figurer

Figur 1: Den gylne regel. Hentet fra forelesningsnotat. Pettersen, I. J., 2019.

Figur 2: Den kliniske syklus og ledelsessyklusen. Hentet fra manuskriptet *Klinikkens styring og ledelse*, Berg, O., 2016, s.2.

Figur 3: «Styringspyramiden». Hentet fra *Penger og Helse*, Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, s. 41.

Figur 4: «Faktorer som påvirker styring i helseforetak», Hopwood 1976. Hentet fra *Penger og Helse*, Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, s. 47.

Figur 5: «Den ideelle styringssirkel». Hentet fra *Penger og Helse*, Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, s. 48.

Figur 6: «Ledergitteret». Blake & Mouton 1968, Hentet fra *Hvordan organisasjoner fungerer*. Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s. 435.

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD – Norsk senter for forskningsdata.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv informanter.

Vedlegg 3: Intervjuguide.

1. Introduksjon

1.1 Innledning

Som politiker er jeg selvsagt opptatt av å holde alle løfter. Derfor kommer ikke styringsmålene jeg har satt i år som noen overraskelse. Jeg gjentar dem for fjerde året på rad. Jeg forventer at sykehusene skal:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Grunnen til at jeg gjentar målene, er ikke fordi jeg er lite oppfinnsom.

Styringsmålene er stødige mål som krever langsiktig arbeid. Det er helt nødvendig at vi fortsatt er spesielt oppmerksomme på disse områdene.

(Høie, 2019)

Helseminister Bent Høie har over flere år vært tydelig på sine styringsmål for de ansatte, både i helsevesenet generelt men også psykisk helsevern spesielt. Mindre variasjon, økt kapasitet og bedre kvalitet samt økt satsning på psykiatri går igjen. Ikke alle målene er nådd, dette stiller både ledere og ansatte ovenfor valg og prioriteringer for å realisere styringsmålene og tilby befolkningen gode helsetjenester.

Helseministerens refererte uttalelse (2019) og hans tydelige fokus illustrerer utgangspunktet for oppgaven, som studerer noen av lederutfordringene i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Mer spesifikt fokuserer oppgaven på hvordan poliklinikkledere i psykisk helsevern opplever utfordringer i møte med krav om stadig forbedring på to variabler; kvalitet og kvantitet. Helsepersonell møter stadig skjerpede krav til økt aktivitet og redusert ventetid som sitert fra sykehuset til helseministeren. Det er også tydeligere økonomistyring gjennom økonomiske incentiver i form av innsatsstyrt finansiering, der inntekt i større grad enn før følger aktivitet. Samtidig har det de siste år vært en økning i henvisninger og det er innført standardiserte pakkeforløp som spesifiserer innhold og krav til behandling.

Helsepersonell er høyt utdannede faggrupper med stor grad av autonomi og der oppfatningen av faglig kvalitet ikke nødvendigvis går hånd i hånd med kortere frister og raskere behandling. Med min bakgrunn som mellomleder i spesialisthelsetjenesten tenker jeg at det er interessant å forstå mer av de utfordringer helsepersonell i mellomlederstillinger har i dag, for slik å både motivere, lede og beholde ansatte i helseinstitusjonene gjennom pågående og kommende endringsprosesser.

1.2 Bakgrunn og aktualisering

Norge bruker over 10% av BNP på helsetjenester, dette er et tall som har vært i kontinuerlig vekst over langt tid (Statistisk sentralbyrå, 2018). Det er tilgang på stadig nye behandlingsformer og mer kostbar behandling i kombinasjon med økning i både levealder og forventninger til helsehjelp. Dette har bidratt til at helse og omsorgstjenestene utgjør en stor del av kostnadene knyttet til velferdssamfunnet.

Produktivitet kan potensielt gå foran effektivitet (som for eksempel kvalitetshensyn) som måltall i valg av behandlingstilnærming. President i Norsk psykologforening Tor Levin Hofgaard har i et intervju påpekt at de nye systemene driver frem en praksis der lønnsomhet går foran effektivitet i behandling (Storvik, 2017 b).

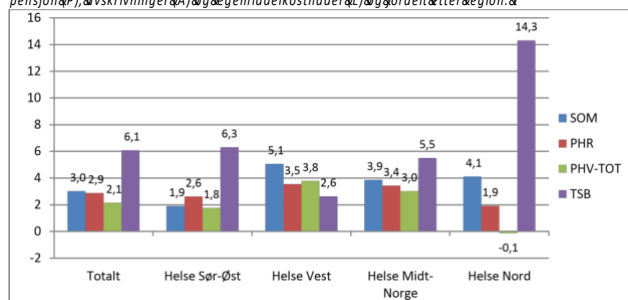
Mellomledere i helsevesenet har i all hovedsak helsefaglig utdanning og klinisk arbeidserfaring som faglig utgangspunkt. Mange rekrutteres fra egne rekker til lederstillinger, i mange stillinger er spesifikk helsefaglig utdanning et kriterium for å være aktuell for lederstillinger. Lederstillingene på seksjonsledernivå er ofte delstillinger på 50% eller 70%, lederne har dermed også klinisk virksomhet og behandlingsansvar som del av arbeidshverdagen. Formell lederkompetanse kommer ofte på plass i etterkant av at klinisk utdannet personell har tiltrådt stillingen.

Handlingsrommet som mellomleder i det offentlige er ofte begrenset. Det foreligger både klare krav til utdanning, tariffavtaler som styrer lønn, klare føringer for den behandlingen man tilbyr og krav til dokumentasjon og forsvarlighet. Det er med andre ord ikke mulig å foreta store omveltninger i daglig drift for å møte krav om behandling av flere pasienter til en lavere pris. Samtidig utfordres man på flere variabler, det kreves nær sagt økning på både kvantitet og kvalitet. Føringer fra regjeringen om etterlevelse av den gylne regel har heller ikke blitt

fulgt opp av helseforetakene, over tid har ikke veksten i psykisk helsevern og rusbehandling vært større enn i somatikken.

Prioritering: Den gylne regel ?

Figur 4: Prosentendring i gjestepasientkorrigerte kostnader til somatiske og spesialisthelsetjenester (SOM) og psykisk helsevern (PHR) og TSB samlet (PHR) fra 2015 og 2016. Angitt med alveksst eksklusive pensjon (P), avskrivninger (A) og gjennomsnittlig kostnader (L) og fordelt etter region.



Figur 1: Den gylne regel. Hentet fra forelesningsnotat. Pettersen, I. J., 2019.

I møte med mangel på spesialister i psykiatri og psykologi, færre sengeplasser, krav om reduksjon av ventelister og forventning om økt aktivitet uten økte midler er presset økende på ansatte i psykiatriske poliklinikker. Et viktig spørsmål er derfor hvordan skal man møte fellesskapets behov for helsetjenester i skjæringspunktet mellom skjerpede krav til kostnadseffektivitet og stadig større behov i befolkningen? Hvordan sikrer man fortsatt rekruttering og beholder kompetent personell i en arbeidshverdag med stadig nye krav om kvalitet og rapportering, tidspress og utmerket behandling?

1.3. Valg av problemstilling

Seksjonsledere i helsevesenet er oftest klinikere (helsepersonell som driver med direkte pasientbehandling) som i kraft av klinisk bakgrunn rekrutteres inn i lederrollen. Med lederrollen følger både resultatansvar, personalansvar og faglig ansvar. Det er på dette ledernivået man finner daglig kontakt og lederansvar for de som utøver helsehjelpen. Mange av lederne har også delte stillinger mellom klinikk og lederfunksjon.

Det offentlige helsevesenet har de senere år med inspirasjon fra New Public Management i større grad begynt å benytte mål- og resultatstyring og økt fokus på effektivitet og produktivitet. I skjæringspunktet mellom pålagte føringer, mer resultatstyring og faglige krav mener jeg det er nyttig å få frem kvalitativt gode funn basert på innspill fra de menneskene som står i disse ledelsesutfordringene og med vekt på hvordan de opplever lederrollen i hverdagen. Kvalitative data fra utøvernivå kan gi gode komplementære bidrag til kunnskap om utfordringer i helsevesenet ut over det aktivitetstall og kvantitative arbeidsmiljøundersøkelser kan gi innsikt i. Derfor ønsker jeg å gjennomføre kvalitative intervju med et utvalg mellomledere og analysere disse for å se om det er generaliserbare funn som går igjen (Johannesen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A., 2011).

Et bredest mulig kunnskapsgrunnlag vil bidra til at fremtidige strategi- og ledelsesvalg tas med best mulig forutsetninger. Det er stor økning i både antall pasienter som søkes til behandling i helsevesenet og kostnader knyttet til behandlingen. De offentlige helsetjenester står foran store utfordringer også i årene som kommer, og god ressursutnyttelse vil være avgjørende for å skulle kunne tilby gode helsetjenester.

Mitt utgangspunkt er at mer kunnskap om utfordringer og ressurser blant de som leder profesjonsutøverne i sitt daglige virke både vil være nyttig for ledere på alle nivå og også være verdifull kunnskap i fremtidig rekruttering av ledere og helsepersonell. Med bakgrunn i dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling for denne oppgaven:

Hva opplever ledere som de største utfordringene når de skal balansere kravene til effektivitet og kvalitet i klinikken?

1.4. Operasjonalisering av begreper

I dette underkapitlet definerer jeg de viktigste begrepene i problemstillingen slik:

Opplever: Her i denne oppgaven menes mellomlederens subjektive erfaringer i møte med krav til utøvelse av lederrollen.

Utfordringene viser til de arbeidsoppgaver eller avgjørelser som av forskjellige grunner er vanskelige å innfri.

Med begrepet balansere menes det som leder må innfri av forskjellige krav og forventninger, mer spesifikt aktivitetskrav, effektivitetskrav, krav til redusert ventetid og krav til (økt) faglig kvalitet.

Begrepet effektivitet betyr både kort ventetid, at antall pasientkonsultasjoner per dag per behandler (produksjonskrav) følger helseforetakets forventning om optimal ressursbruk og at individuelle behandlingsforløp ikke varer lengre enn nødvendig. Effektivitet inkluderer også begrepet produktivitet, som er et snevrere uttrykk for aktivitet enn effektivitet, som også kan inneholde kvalitative målinger.

Med begrepet kvalitet menes det at den helsehjelpen som ytes, er i tråd med Helsedirektoratets nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp samt i tråd med god klinisk praksis.

Begrepet klinikken omfatter det spesialiserte behandlingstilbudet til pasienter i psykiatrisk poliklinikk.

1.5. Oppgavens oppbygging.

Kapittel 1 omhandler innledning og valg av problemstilling, aktualisering og operasjonalisering. Kapittel 2 gir det teoretiske rammeverk for oppgaven, både litteratur og andre kilder og referanser. Kapittel 3 redegjør for valg av metode for oppgaven og gjennomføring av forskningsarbeidet: Det redegjøres for valg av forskningsstrategi og design for oppgaven. Videre beskrives gjennomføring av datainnsamling og behandling av data, samt kritisk refleksjon rundt valg av metode for oppgaven og etiske problemstillinger. Kapittel 4 er empiridel og kapittel 5 inneholder analyse. I kapittel 6 kommer konklusjon.

2. Teoretisk rammeverk

2.1 Bakgrunn for valg av litteratur

For å kunne forstå og analysere den informasjonen informantene kommer med og svare på problemstillingen er det nødvendig å ha et teoretisk fundament. Til denne oppgaven er det valgt teori om organisasjoner for å bedre kunne forstå helseforetakene som organisasjoner. Videre er det valgt teori om styring og ledelse. Som modeller på styring presenteres tema som «den kliniske syklus og ledelsesyklusen», «styringspyramiden» «Hopwoods modell på styring» og «styringssirkelen». Som modeller på ledelse brukes «PAIE-modellen» og «ledergitteret». Det presenteres også teori om lederstillinger, ledelse i helseforetak, selvledelse og ledelse i offentlige virksomheter. Arbeidsmiljø og mellomleders ansvarsområde er også tatt med for å få frem arbeidsoppgavene til informantene.

2.2 Formelle og uformelle trekk ved organisasjonen:

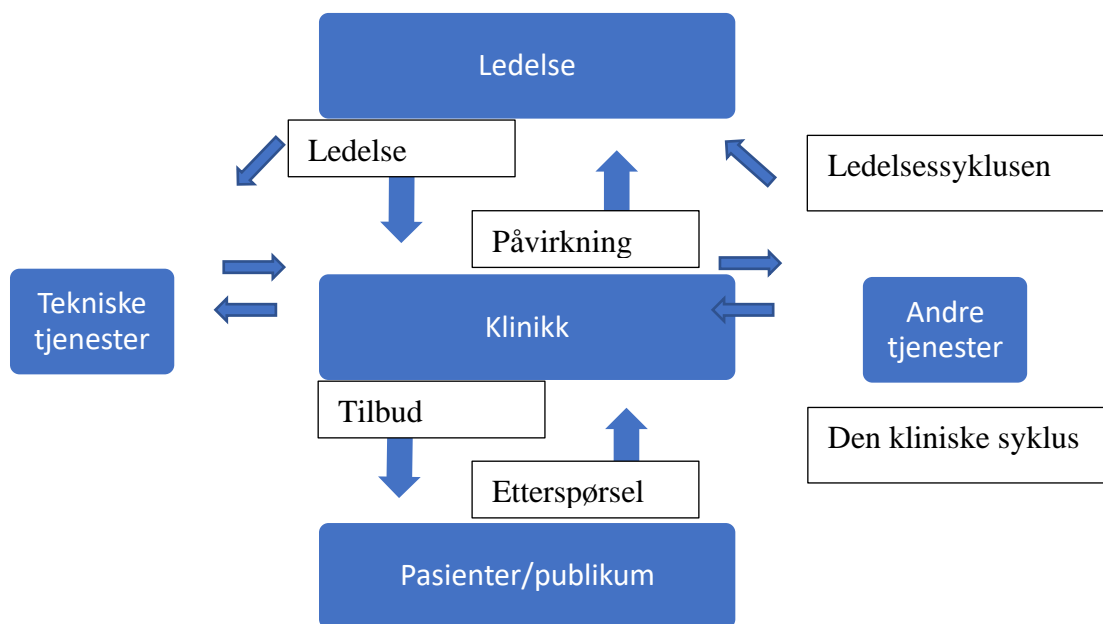
Jacobsens og Thorsvik (2013) sin overordnede modell forstår organisasjoner som produksjonssystemer. Menneskers adferd varierer ut i fra den kontekst de er i. Innad i organisasjoner kan adferden deles i både formelle og uformelle elementer. Med de formelle menes mål og strategi samt formell organisasjonsstruktur. Mål er det organisasjonen ønsker å realisere, mens strategien er planen for hvordan målene skal kunne nås. Formell organisasjonsstruktur består av hvordan arbeidsoppgavene er fordelt og hvordan arbeidet styres. De uformelle består av organisasjonskultur og maktforhold. Organisasjonskulturen utgjøres av blant annet samhold, verdier og normer, mens maktforhold består av undergrupper og enkeltpersoners mål og egeninteresser innad i organisasjonene (Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s. 22-23).

Selv om alle organisasjoner kan sies å ha en del fellestrekk så er det også mange forskjeller. Ett klart skille er mellom vare- og tjenesteproduserende organisasjoner, et annet er mellom private og offentlige organisasjoner. Offentlige organisasjoner skiller seg fra private blant annet ved at ledelsen er folkevalgt og at ved de må ta hensyn forskjellige krav og føringer som ikke alltid er samstemte. Det å skulle ivareta demokratiske verdier både i form av ansettelser og sammensetning kan stå i kontrast til økende krav om produksjon og effektivitet.

De offentlige organisasjoner konkurrerer heller ikke i et fritt marked mot andre aktører og får dermed heller ikke justert aktiviteten ut i fra markedets tilbakemeldinger. Samtidig er samfunnets forventninger til private bedrifter om å ta samfunnsansvar i vekst parallelt med at mange offentlige virksomheter i større grad møter krav om målstyring og anbudsutsetting av deler av driften (Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s. 26-29).

2.3 Styring og ledelse

Alle deler av styring og ledelse er en form for indirekte behandling og/eller omsorg ovenfor pasienter/brukere. Begrepet styring kan brukes til å dekke det som foregår på politisk nivå, dette være politisk nivå i kommune, departement, eller regjering og storting. Ledelse er de nivåer innad i den enkelte institusjon, dette være seg sykehjem eller sykehus.



Figur 2: Den kliniske syklus og ledelsessyklusen. Kilde: *Klinikkens styring og ledelse*, Berg, O., 2016, s.2.

Dette vises i figuren over. Modellen beskriver en nedadgående pil fra øverste organ og ned til klinikken, likeledes går det en pil motsatt vei fra klinikken og opp til det øverste organ, dette omtales som nedstrøms og oppstrøms påvirkning. Nedstrøms påvirkning er den ledelsen som

utøves og går nedover i organisasjonen mens oppstrøms påvirkning er de tilbakemeldinger som klinikken sender tilbake på hvordan ledelsens grep har virket og hva klinikken ønsker skal gjøres fremover. Med oppover går også mange typer informasjon, måltall etc., som ledelsen selv har etterspurt.

Gjennom prosesser i ledelsen blir den informasjonen som kommer oppover omsatt til ledelse som igjen går nedover til klinikken. Likeledes er det en tilsvarende prosess mellom klinikken og pasientene, den såkalte kliniske syklus. Denne beskriver tilsvarende prosesser mellom tilbydere og de som etterspør tjenester. I tillegg er man avhengig av flere støttefunksjoner som kan organiseres både internt og eksternt som ivaretar eksempelvis renhold, mat, vedlikehold etc. Det oppstår både interne og eksterne marked. Ledere i helsevesenet på alle nivå må se på stillingen som en form for medledere og i tillegg forholde seg til at ansattegruppen i ulik grad lar seg lede. Helsepersonell utgjør en variert faggruppe med både sterk tilhørighet til egen faggruppe og med stor grad av autonomi (Berg, O., 2016 s.1-5).

2.4 Styringsmodeller i organisasjoner

Nyland og Pettersen (2018: 39-40) definerer økonomistyring som «tiltak som ledere iverksetter for å øke sannsynligheten for at aktørene tilpasser adferden i samsvar med organisasjonens overordnede målsetninger».

2.4.1 Økonomistyring som styringsverktøy

Alle typer økonomistyring har som mål å påvirke organisasjonen på enten gruppenivå eller enkeltpersonnivå for å nå organisasjonens felles mål. Dette kan illustreres gjennom styringspyramiden i neste figur.

På sitt enkleste består styring av tre nivåer:



Figur 3: Styringspyramiden. Kilde: Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, s. 41.

Den strategiske styringen er øverst i pyramiden. Samtidig er det nederst i pyramiden at den operative styringen foregår, nær klinikken og pasientene. Det administrative nivået har som oppgave å sørge for at de strategiske valgene implementeres i klinikken. Samtidig har innføring av tydeligere statlig styring og standardiserte pasientforløp bidratt til at mye av styringen har blitt mer klinikknær i det operative nivået (Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, 40-41).

En annen mulighet er at økonomistyringen tar utgangspunkt i de innsatsfaktorene som brukes i sykehusets produksjon og som gir resultat. Det er fire mulige veier for å styre verdiskapningen;

-Innsatsfaktorer: Innsatsfaktorene er eksempelvis kapital og kompetanse som bygg, ansatte etc. Samlet sett utgjør dette de samlede ressursene organisasjonen har til rådighet.

-Aktivitet: Aktivitetene kan grupperes i direkte og indirekte pasientbehandling. Det er en klar sammenheng mellom ressurser og aktivitet, man søker gjerne å få mest mulig aktivitet ut av forbrukte ressurser.

-Resultat: Resultatet i helseforetakene er ikke knyttet til overskudd eller avkastning til eier som man ofte ville funnet i det private, men heller knyttet til antall behandlede pasienter, antall operasjoner eller andre målbare helsetjenester.

-Målstyring: Det er vanskelig å bruke målstyring innen helse, da målet med behandlingen kan være vanskelig å konkretisere og endre seg underveis.

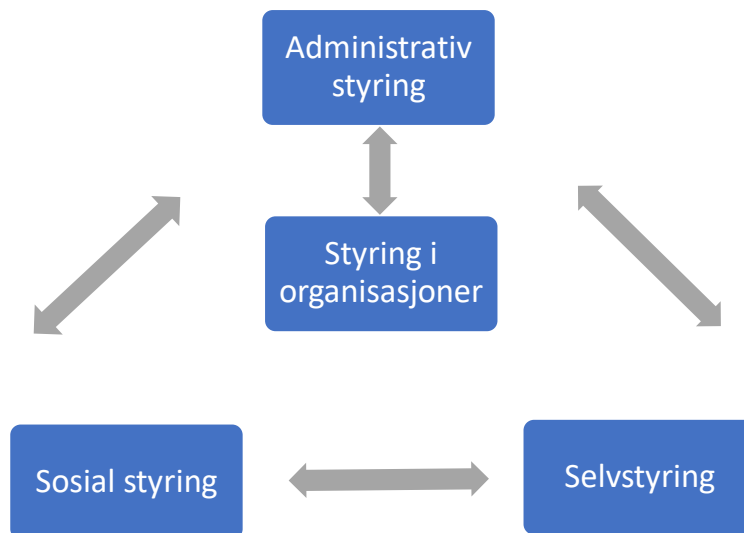
Innføring av innsatsstyrt finansiering i helseforetakene har medført at deler av inntektene er knyttet til standardisering med gitte takster for enkelte behandlinger ut i fra diagnose.

Potensielle utfordringer knyttet til måling av både aktivitet og resultater er at koblingen mellom faktisk kvalitet og kvantitative tall kan være vanskelig (Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, 41-46).

Målforskyvning kan oppstå hvis målsetningene i organisasjonen av forskjellige grunner endres til noe annet enn det som opprinnelig var planlagt (Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, 19-20). Man skiller mellom tre varianter av målforskyvning: Suboptimalisering, der ansatte prioriterer det som er til sitt beste. Overdreven regelfokusering, det blir viktigere å etterleve regler enn å bruke dem slik intensjonen opprinnelig var. Overmåling, man tilpasser driften slik at man leverer på det som måles. Det blir ofte kvantitative mål som prioriteres, en konsekvens kan være at dette motarbeider det egentlige målet (Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s.59-60).

Sykehusene står i en særstilling blant kunnskapsorganisasjoner med bakgrunn i profesjonsstyring. De forskjellige profesjonenes verdigrunnlag og normer for kvalitet legger klare føringer for i hvilken grad helsehjelpen som ytes er forsvarlig og god nok (Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, 46-47).

Moderne organisasjoner må kunne ta i bruk flere forskjellige styringsformer for best mulig å kunne møte sammensatte og tvetydige krav og forventinger. Hopwood (1976) har utviklet en modell som peker på koblingene mellom flere faktorer som påvirker styring i organisasjoner (helseforetak);



Figur 4: Faktorer som påvirker styring i helseforetak Kilde: Hopwood 1976 i Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, s. 47.

Hopwood (1976) peker på tre typer styring og hvordan disse påvirker hverandre og samlet utgjør styring i helseforetakene. De tre formene for styring er:

Administrativ kontroll; styring ut i fra regler og retningslinjer.

Sosial styring; styring betinget av profesjonenes normer og verdigrunnlag.

Selvstyring; den enkelte ansattes egne ansvar for å selv å strukturere og planlegge arbeidet innenfor stillingsinstruksen.

2.4.2 Styringssirkelen

Økonomistyring i virksomheter kan også beskrives som en repeterende øvelse med fire prosesser. Disse prosessene starter gjerne med visjoner, planer og strategi. Denne prosessen er gjerne knyttet til foretakets oppdragsdokument som klargjør mål og føringer fra eier. Deretter følger planer og budsjett, hvor det utarbeides tiltak for virksomhetens aktivitet og budsjettarbeid for å nå disse målene. Så følger handling/aktivitet, som betyr gjennomføring av det planarbeid som er gjort i de to forestående fasene. Det skjer gjerne en løpende dokumentasjon av både måltall og regnskap for å se om plan og handling stemmer overens. Deretter kommer rapportering og oppfølging. Her skjer evaluering av handlingsfasen og oppfølging av eventuelle avvik. Er det over eller under det man hadde planlagt av aktivitet?

Alt dette tas deretter med inn i en ny runde i fase 1, med nye visjoner, planer og strategiarbeid. Man får m.a.o. en gjentakende prosess med de samme elementer som gjentar seg igjen og igjen med nytt innhold.



Figur 5: Den ideelle styringssirkel. Kilde: Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, s. 48.

2.4.3 Enhetlig ledelse i helseforetakene

Nyland og Pettersen (2018) viser til innføringen av enhetlig ledelse (Spesialisthelsetjenesteloven) i helseforetakene på tidlige 2000-tall som medførte at en person både har administrativt og faglig ansvar for virksomheten. De siste par tiår har også statens eierstyring blitt mer gjeldende for alle helseforetakene, dette har skjedd på bekostning av helseprofesjonene og deres autonomi. Tydeligere strategisk styring kan medføre utfordringer knyttet til vertikal styring på grunn av at avstanden mellom øverste leder og de klinikknære lederne blir for lang og går gjennom for mange nivåer. Man risikerer at utfordringer i den faglige pasientnære ledelsen ikke gjøres kjent for ledelsen på topp og at viktig informasjon ikke når frem verken oppover eller nedover ledelsesnivåene. Det er også en utvikling mot flere ledernivåer i foretakene, i tillegg har man sett en økende innføring av målstyring. Samlet sett kan dette bidra til at mål på strategisk nivå og mål på klinisk nivå ikke sammenfaller. Utviklingen fra tidligere forvaltning til nåværende produksjonsfokus stiller krav til god ledelse i sykehusene. Stadig mer spesialisering gjør at hver enhet har ansvar for mer og mer avgrensede oppgaver, dermed blir krav til samhandling mellom flere enheter viktig for å møte pasientens behov for behandling. Spesialkompetansen er på bunnen av hierarkiet mens ledelsen skjer på topp. Sykehusene ledes dermed fra toppen men styres fra bunnen (Nyland,

K. & Pettersen, I. J., 2018, 189-194).

2.5 Ledelse

2.5.1 Innledning

Definisjon på ledelse finnes hos Yukl (2013) som definerer ledelse på følgende vis: «Ledelse er en spesiell adferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd» (Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s.416).

Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til definisjon på ledelse som er at «ledelse er en spesiell adferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd». Gjennom ledelse av en eller flere personer i organisasjonen søker man både å få medarbeidere til å gjøre noe og samtidig nå eller realisere organisasjonens mål.

Man kan skille mellom direkte og indirekte ledelse. Direkte ledelse er kommunikasjon og samhandling mellom leder og medarbeidere i alle kanaler mens det med indirekte ledelse tenkes på enten formelle eller uformelle organisasjonstrekk (Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s.416-417).

2.5.2 Administrasjon og ledelse og lederstiler

Det er vanlig å gruppere lederoppgavene i to kategorier, administrasjon og ledelse. Begge oppgaver er viktige for å kunne lykkes som leder. Der administrasjon dreier seg om daglig drift og produksjon er ledelse å bidra til visjon og innovasjon, retning og utvikling i virksomheten (Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s.418-419).

Innen lederteori er det et fokus på hvordan lederstil overfor de ansatte kan bidra til bedre ytelse i virksomheten. Lederens opptreden ovenfor de ansatte, hva denne er opptatt av og hvordan lederen fremstår utgjør den enkeltes lederstil. Grovt sett deler man inn i to forskjellige varianter av ledelse:

Relasjonsorientert ledelse (demokratisk):

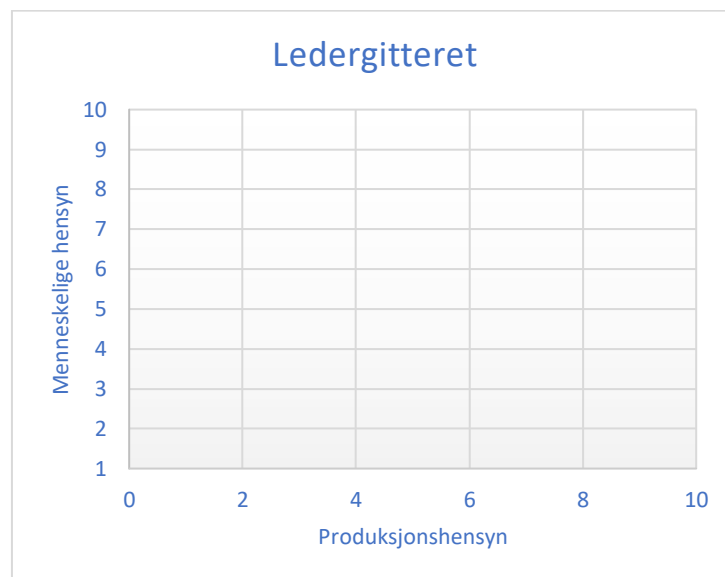
Lederstil som i stor grad involverer de ansatte, både i den sosiale kontakten ved å være støttende og involvert og ved å konsultere de ansatte både i spørsmål knyttet til daglig

oppgaveløsning og drift, men også i utfordrende situasjoner for virksomheten.

Oppgaveorientert ledelse (autoritær):

Fokus er på effektiv produksjon, klar struktur og måloppnåelse. Leder fattet beslutninger og informerer de ansatte om det som er vedtatt fremfor å inkludere de i prosessene.

Det er også mulig å ha en lederstil som kombinerer deler av begge. Hovedforskjellen mellom de to er om leder i noen grad enten delegerer myndighet til å ta beslutninger og/eller involverer de ansatte i beslutningsprosessene. Historisk sett har skiller mellom leder og ansatt vært tuftet på at leder har erfaring og kompetanse som gjør at denne er bedre rustet til å ta beslutninger og lede virksomheten fremover, mens de ansatte skal stå for produksjonen. Med dagens teknologiske utvikling i moderne organisasjoner har kompetansen til de ansatte i stor grad både økt og blitt spesialisert slik at denne er mye større enn tidligere. I takt med kompetanseheving blant de ansatte er lederfokus med på å øke de ansattes innflytelse på både beslutninger og påvirkning på egen arbeidshverdag. Som en kombinasjon av de to overnevnte lederstiler kan man bruke *ledergitteret* som en skjematisk fremstilling av hvordan man som leder kombinerer de to ulike lederstilene.



Figur 6: Ledergitteret. Kilde: Blake & Mouton 1968, i Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s. 435.

Her finner man igjen den relasjonelle lederstilen i form av de menneskelige hensyn i den vertikale aksens mens den horisontale aksens produksjonshensyn representerer en oppgaveorientert lederstil.

Kort fortalt har ledere med score 9,1 alt fokus på de ansatte og lite på produksjon, score 1,9 alt fokus på resultat og lite på de ansatte, score 5,5 er den gyldne middelvei med litt av alt mens score 9.9. har klart å forene fullt fokus på de ansatte med fullt fokus på resultater.

Ledergitterteorien hadde som utgangspunkt at 9,9 er den foretrukne lederstil, men forskning har ikke funnet at en spesifikk lederstil vil være best egnet under alle forhold (Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s.433-436).

2.5.3 PAIE-modell på ledelse

Lederrollen kan deles inn i 4 områder med oppgaver (Strand, T., 2007, s.433):

P-Produksjon: Produsent av helsetjenester, skape resultater for organisasjonen. Fokus på resultater og produktivitet. Samtidig at kvalitet er ivaretatt og at man ivaretar planlegging og retning fremover (Strand, T., 2007, s. 436-437).

A-Administrator: Bygge opp strukturer og systemer, papirarbeid-delen av jobben. Det er viktig å ivareta stabile forhold for drift og å ha full oversikt over at det man gjør er i henhold til lover, regler og egne standarder (Strand, T., 2007 s. 462-463).

I-Integrasjon: Hands-on, utvikle felles forståelse og være tett på de ansatte, bygge tilhørighet til organisasjonen. Sikre at de ansatte i organisasjonen ønsker å jobbe sammen, at man løser konflikter, utvikler seg og får god deltagelse fra alle i organisasjonen (Strand, T., 2007, 482-485).

E-Entreprenørskap: Utvikle seg i takt med omverdenen, implementering av endringer og utvikling. Det organisasjonen tilbyr må være tilpasset samfunnet rundt og man må utvikle tilbudene i takt med utviklingen i etterspørsel (Strand, T., 2007, 504-506).

2.6 Ledelse i helseforetakene

2.6.1 Medikrati og medledelse

Helseforetakene som organisasjoner er bygd opp med et tydelig ledelseshierarki. Samtidig består sykehusene av profesjonsutdannede grupperinger med tydelige profesjonsspesifikke verdier og målsetninger for sine profesjoner. Arbeidsoppgaver og ansvarsområder er ofte

profesjonsspesifikke og de enkelte profesjoner kan verne om sine områder. Dette kan gjøre målsetning om en felles organisasjonskultur vanskelig. Dagens hardere styring i form av målstyring og resultatstyring står i kontrast til den tidligere tradisjonen med styring fra fagpersoner. Sykehusene ble da styrt av leger, det Berg (2016) kaller medikrati. I tidligere tider ville sykehusene i mindre grad la seg styre utenfra men heller la faglige vurderinger styre virksomheten. Fortsatt er ledelse på mer klinikknære nivåer påvirket av denne tankegangen, der fagbakgrunn og klinisk kompetanse utgjør en stor del av lederens autoritet og posisjon. Det er også et poeng at fagpersoner i klinikken i kraft av utdanning og kompetanse i stor grad styrer egen hverdag og oppgaver. Her blir gjerne leders oppgave å utøve en form for «medledelse» sammen med de ansatte (Berg, O., 2016). Dette er bakgrunnen for at ledere på klinikknære nivå bør ha både helsefaglig- og lederutdanning (Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, 199-200).

2.6.2 Ansattes modenhet betydning for valg av lederstil

De ansattes modenhet er et uttrykk for i hvilken grad de ansatte er beredt til å gjøre jobben sin og består av en kombinasjon av *kompetanse* og *vilje*. Jo høyere grad av modenhet de ansatte innehar, jo større grad av autonomi og mindre støtte trengs i arbeidshverdagen. I motsetning til teori om *ledergitteret* som mener å ha den ideelle lederstilen, argumenteres det i denne retningen for at grad av modenhet skal styre leders adferd ovenfor de ansatte (Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s.436-439).

2.6.3 Selvledelse

Utviklingen mot et arbeidsmarked bestående av ansatte med høy utdanning og stor kompetanse har bidratt til et syn på ledelse der den mest sentrale oppgaven er å få de ansatte til å lede seg selv. Både ved å bidra til at de ansatte blir dyktige på egne arbeidsoppgaver, men også på å bidra til utvikling av kollegaers dyktighet for å nå felles mål for virksomheten. For å skulle være i stand til å spre selvledelse til kollegaer må en først selv kunne selvledelse. Sentrale ferdigheter er å både å kunne sette seg, realisere og belønne seg selv for mål. Evnen til evaluering og refleksjon rundt egne prestasjoner på godt og vondt er også viktig. Bruk av teamarbeid er en måte å bidra til utvikling av selvledelse og en kultur der ansatte både tar og får ansvar knyttet til egne arbeidsoppgaver. Gjennom å fremme selvledelse kan man få en

lederstil som i mindre grad er preget av kontroll av de ansatte (Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2013, s.453-454).

2.6.4 Ledelse som teori eller praksis

Både ledere, medarbeidere og for den saks skyld fremtidige medarbeidere er avhengig av motivasjon for at organisasjonen skal nå sine mål. Man skiller mellom ytre og indre behovstilfredsstillelse, der den indre skyldes at arbeid og arbeidsoppgaver er interessante mens den ytre skyldes utsikter til materiell belønning. Mye av dagens ledelse baserer seg på teorier om ledelse som beskriver mekanismer i ledelse ut i fra generelle prinsipper. Andre som Mintzberg ser på ledelse mer som en praktisk øvelse, som et håndverk som må utvikles gjennom praktisk ledelse og refleksjon over egen praksis underveis. Kanskje særlig i medikratiet har det vært en sterk tradisjon for at strategiutvikling og ledelse må skje i klinikken og at det ikke er mulig å lede klinikere uten selv å være klinisk aktiv. Ledere med et praksis-syn på ledelse vil være talsmenn for at alle oppgaver henger sammen og at det derfor sånn sett er vanskelig å dele opp oppgaver innad i organisasjonen (Berg, O., 2016, s. 4-8).

2.6.5 Ledelse i offentlige virksomheter

I kunnskapsbedrifter som sykehus er de fleste ansatte profesjonsutdannete. Indre motivasjon for arbeidsoppgaver og selvledelse står sterkt. Styring ovenfra kan bli møtt med motstand og medledelse har blitt trukket frem som rett vei å gå. Det har vært en utvikling fra klinikknær ledelse med faglig begrunnelse til mer regulering både ovenfra og utenfra. Dette kan medføre at man får målforskjeller i organisasjonene. Utviklingen særlig i somatikken har gått fra medarbeidere med mye selvstendighet og løst samarbeid til en utvikling over flere tiår der man ser en utvikling mot både spesialisering av faget og etterhvert innføring av standardisering i form av pasientforløp som styres ovenfra. Horisontal styring ved eksempelvis pasientforløp kan utfordre hierarkiet i den enkelte klinikk og avdeling og den faglige ledelsen. God lederpraksis blir avgjørende for å skulle kunne koordinere helhetlige helsetjenester til pasientene på tvers av enheter og med stor grad av spesialisering (Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018, 193-194).

Administrativt initierte forbedringsprosjekter og internkontroll samt målstyring og klare budsjettammer bidrar til at de pasientnære avdelingene i større grad styres av administrative enheter utenfor klinikken. Der den kollegiale ledelse tar utgangspunkt i fag, profesjoner og klinisk yrkesutøvelse tar den administrative ledelsen et overordnet ansvar for at organisasjonen ivaretar sitt samfunnsansvar, har fornuftig ressursbruk og tydelige grenser. Lederen i klinikken må forsøke å påvirke og styre kollegaene både gjennom å ivareta oppdragsgiveres krav og følge opp prestasjonsmål, men også ved å sikre faglige krav i behandling samt å ivareta de ansattes faglige autonomi i arbeidet. Strand (2007) peker på tre paradokser for ledere i ekspertorganisasjoner:

- «Kollegial popularitet versus organisatorisk oppgaveløsning». Styring og aktiv ledelse må balanseres mot faglig forankring og opplevd legitimitet blant de ansatte. Samtidig vil manglende styring og ledelse over tid kunne gi negative konsekvenser for så vel organisasjon som kollegaer.

- «Forholdet mellom kyndighet og myndighet». Når leder har lavere faglig kompetanse enn de ansatte og/eller de økonomiske rammene for driften gjør at faglig forsvarlighet utfordres. Det er viktig at de ansatte opplever at deres faglige føringer er avgjørende i møte med måltall og budsjett. Hvis denne tilliten uteblir er det en fare for at ekspertene i organisasjonen forlater den og tar med seg verdifull ekspertkompetanse.

- «Fagkarriere eller lederkarriere». Valget mellom å følge fagarbeidet eller lederarbeidet er viktig. Lederveien medfører andre utfordringer og krav til kompetanse enn det fagarbeidet gjør. Det er ikke automatikk i at dyktige fagfolk nødvendigvis blir gode ledere. Solid fagkunnskap kan være både en fordel og ulempe som leder. Suksess som leder avhenger både av ledererfaring og faglig legitimitet (Strand, T., 2007, 269-275).

2.6.6 Mellomleders ansvarsrolle og arbeidsmiljø

Mellomledere som har «tillagt ansvar» har delegert myndighet til å følge opp bestemte arbeidsoppgaver i sin kliniske enhet. Ansvar som er delegert fremkommer oftest av stillingsinstruks. Å inneha administrativt ansvar for enheten vil si å ha både økonomi-, personal- og fagansvar. Molven (2012) viser til at med fagansvar for enheten menes at man innehar både en rett og plikt for å sikre at det kliniske arbeid som utøves er i tråd med juridiske krav til faglig forsvarlighet, samt i tråd med organisasjonens prosedyrer og

retningslinjer. Med ansvar i form av stilling følger også mulighet for å stilles til ansvar, både juridisk og etisk. Hvis krav til faglig forsvarlighet ikke etterkommes kan man få reaksjoner fra både domstol, tilsynsmyndigheter eller arbeidsgiver (Spesialisthelsetjenesteloven).

Innføringen av enhetlig ledelse medførte at kun en person skulle utføre både ansvarlig ledelse og fungere som administrativ leder. Hensikten er at ansvarfordelingen skal være tydeligere og å samle alt ansvar hos en person. Ved innføring av enhetlig ledelse ble det ikke lenger krav til profesjon i enkelte stillinger slik tidligere praksis var. Profesjonsnøytrale ledere har medført at enkelte ledernivå har medisinskfaglige rådgivere der dette er påkrevd for å ivareta faglig forsvarlig behandling (Molven, O.,2012, s. 250-256).

I *NOU 1997:2. Pasienten først* er det tydelig at lederoppgaver skal være leders viktigste aktivitet og skal prioriteres foran andre arbeidsoppgaver. Det signaliseres at de som ønsker å ha fokus på kliniske fag må velge bort administrasjon og ledelse. *NOU 1997:2. Pasienten først* sier videre at leders administrative ansvar er alle sider ved driften inkludert personalansvar, budsjettansvar og resultatansvar. Leder har ansvar for at budsjett og resultatmål nås, men må samtidig sikre at dette er i tråd med krav til forsvarlighet som eventuelt kan overstyre rådende budsjett. I tillegg til disse oppgavene skal leder blant annet ivareta enhetens ansvar knyttet til; utdanning og opplæring, FOU-arbeid, sikre at behandling er i tråd med krav til faglig forsvarlighet, avdekke og iverksette behov for omstilling og opplæring der dagens praksis ikke er i tråd med nye krav til virksomheten (Molven, O.,2012, s. 255-257).

Arbeidsmiljøet på arbeidsplassen skal være forsvarlig slik at det ikke innvirker negativt på de ansattes psykiske og fysiske helse. Særlig forebygging av skade og sykdom skal vektlegges. Fokus på arbeidsoppgaver der risiko eller sikkerhet kan utfordres skal i større grad vies fokus og oppmerksomhet. Fokus på de ansattes sikkerhet har i senere tid blitt utvidet til et klarere fokus på psykososiale faktorer, ikke bare fysiske skade. Dette gjelder i særdeleshet der de ansatte kan utsettes for trakassering, trusler eller andre belastende forhold (Molven, O., 2012, s. 353).

2.7 Oppsummering

Det er en målsetting å skape gode koblinger mellom teori og empiri i oppgaven. Aktuell teori er hentet fra pensumlitteratur, litteratursøk og etter innspill fra veileder. Gjennom utarbeidelse

av intervjuguiden (vedlegg 3) er det tatt utgangspunkt i relevant teori for å strukturere intervjuguiden. Hovedsakelig er spørsmålene delt i kategoriene virksomhetsstyring og ledelse. Relevante modeller på styring og ledelse er også benyttet som vedlegg til intervjuguiden for å lettere kunne koble teori og empiriske funn.

Den strukturerte intervjuguiden er deretter benyttet som mal for empiridelen. Oppsettet på empiridelen med kapitler og underkapitler følger i stor grad oppsettet i intervjuguiden, dette har gjort oppsummering av empirikapittelet og analysen mer oversiktlig underveis.

3. Metode

3.1 Forskningsstrategi og design

For å kunne gjennomføre forskningsarbeid knyttet til valgte problemstilling er det allerede i en tidlig fase nødvendig å ta en del valg og avgjørelser. Dette gjelder både hva man ønsker å finne ut mer om og hvordan man tenker å gjennomføre arbeidet. Det er viktig å utarbeide en strategi for forskningsarbeidet og et design for gjennomføringen. Et viktig valg er om forskningen skal gjennomføres med en kvantitativ eller kvalitativ metode, alternativt som en kombinasjon (Johannesen et al., 2011, s 77-78).

Det foreligger en del tilgjengelig tallmateriale, både statistikk, regnskap, generiske arbeidsmiljøundersøkelser for alle avdelinger i helseforetaket etc. Det hadde også vært mulig og utarbeidet og gjennomført en spørreundersøkelse. Men det å fått tilstrekkelig antall respondenter kunne blitt en utfordring. Målet med denne oppgaven er imidlertid ikke å få kvantitative tallverdier på forskjellige spørsmål eller å generalisere for mange respondenter, men heller å kunne få uttømmende svar fra en gruppe mellomledere for å bedre forstå de utfordringer lederrollen innebærer. Overordnet valg av metode er derfor et kvalitativt design gjennomført ved bruk av individuelle intervju med intervjuguide.

3.2 Datainnsamlingsteknikk og utvalg

Datainnsamlingen er gjennomført ved bruk av kvalitative intervju. Det er utarbeidet intervjuguide til gjennomføringen av intervjuene (vedlegg 3). Intervjuene ble lagt opp slik at det ved behov for mer informasjon eller der informantene ikke forsto hva det spørres etter, så var det mulig å styre retningen på intervjuet slik at man kan få supplerende data underveis. Målet var å få mest mulig uttømmende data fra de som intervjues. Intervjuene er delvis strukturert ved hjelp av intervjuguiden, da det er ønskelig å ha fastlagte tema for å holde en viss struktur og retning på intervjuene. Spørsmålene ble ikke sendt ut på forhånd, da det ikke er ønskelig at noen skal lese seg opp på konkrete tema eller forberede seg i for stor grad i forkant av intervjuet.

I forkant av intervjuene ble det sendt ut kort informasjon om masteroppgaven, omfang av

intervjuet, taushetsplikt og anonymitet samt den overordnede problemstillingen. Dette for at det skal være mulig for intervjuobjektene å tenke gjennom egen praksis og erfaringer i forkant av intervjuet.

Det er presisert at all informasjon i intervjuene behandles anonymt. Det er benyttet to diktafoner og intervjuene er løpende transkribert i etterkant. Det er også informert om at det er mulig å trekke seg fra undersøkelsen. Alle informantene har lest og underskrevet samtykke skriftlig. Ingen av informantene har ønsket å trekke seg. Det anses å være lav risiko for at det skal være opplysninger som kan identifisere intervjuobjektene da de jobber i enheter som er like hverandre, samt har tilnærmet lik fagbakgrunn. Der det har vært aktuelt er navn på ledere og enkeltpersoner anonymisert (Johannesen et al., 2011, s 143-147).

I utarbeidelse av intervjuguide var det nyttig å bruke et strukturert oppsett både for å sikre at intervjuobjektene er informert og ivaretatt, men også for å sikre at forskeren tilegner seg nødvendig data i intervjusituasjonen.

Testintervju ble benyttet for å spisse spørsmål og form på intervjuguide samt få en pekepinn på tidsbruk. Som informant her ble det benyttet en kollega med ledererfaring. Dette bidro til å få en pekepinn på om spørsmålene ga nok uttømmende opplysninger, alternativt om enkelte av spørsmålene er formulert på en måte som ikke gir fungerer som tiltenkt. Det ble nødvendig å foreta noen endringer (Johannesen et al., 2011, s 147-152).

Som informanter ble det valgt mellomledere i stillinger som er relevante for å kunne svare ut problemstillingen. Poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern er i hovedsak lokalisert ved distriktpsykiatriske senter (DPS). I St. Olavs hospital sitt opptaksområde så er dette henholdsvis Orkdal DPS, Nidaros DPS og Tiller DPS. Majoriteten av poliklinikkledere er enten psykologspesialister eller legespesialister, noen har høyskoleutdanning. Det er valgt ledere med flere års ledererfaring for å sikre relevant ledererfaring, samt at de kjenner utviklingen i arbeidshverdagen knyttet til både aktivitetskrav og kvalitetskrav over noe tid. Dette ble gjort også for at informantene skulle ha et sammenligningsgrunnlag og kunne si noe om historisk utvikling. Det var på forhånd ikke kartlagt om de innehar formell lederutdanning i tillegg til klinisk utdanning, dette ville komme frem av intervjuet.

Det er gjennomført 5 intervju. Dette antallet intervju gir et representativt utvalg av det totale antall mellomledere innen sammenlignbare seksjoner. Dette vil slik jeg ser det gi et strategisk og hensiktsmessig kvalitativt datagrunnlag fra den aktuelle ledergruppen til å svare ut problemstillingen (Johannesen et al., 2011, s 110-112).

Man kunne valgt å intervju ansatte som er organisatorisk plassert både over og under seksjonslederne i organisasjonsstrukturen. Dette ville kunne gitt supplerende informasjon om seksjonslederne fra kollegaer som står nær dem i det daglige arbeidet. Men min vurdering er dette ville gitt mer data om leders adferd enn om leders utfordringer. Å avgrense datagrunnlaget på denne måten er også et bevisst valg ut i fra oppgavens omfang for å skulle kunne gjennomføre forskningsarbeidet på normert tid.

Det ble først sendt henvendelse til avdelingssjef på de to aktuelle DPS. I eposten presenteres forskeren, det informeres om oppgaven og omfang, samt andre praktiske opplysninger. Omfang av intervjuet tydeliggjøres også, anslagsvis 60 minutter. Det tilbys at intervjuene kan gjennomføres på mellomledernes kontor hvis ønskelig. Av erfaring er dette personer med travle arbeidsdager og høyt arbeidspress. Det kan derfor være enklere å få gjennomført intervjuene hvis de er på deres egne kontorer. Begge avdelingssjefer ga positivt svar til at informanter kunne kontaktes. En av avdelingssjefene videresendte også henvendelsen til flere mellomledere. Tre av informantene ble kontaktet pr epost for intervju, to ble oppsøkt på kontor. Det ble gjort avtale om tidspunkt og sted. I ett tilfelle ble det benyttet møterom, ellers ønsket informantene å gjennomføre dette på eget kontor (Johannesen et al., 2011, s 118-119). I tabellen under vises intervjustatistikken.

Tabell 1: Intervjustatistikk

Informant	Dato	Varighet	Sted	Medium
Pilotintervju	8/12-19	53 min	Informantens kontor	Direkte møte
1	18/02-20	37 min	Informantens kontor	Direkte møte
2	19/02-20	59 min	Informantens kontor	Direkte møte
3	27/02-20	33 min	Informantens kontor	Direkte møte
4	28/02-20	50 min	Møterom	Direkte møte
5	02/03-20	60 min	Informantens kontor	Direkte møte

3.3 Behandling av data

Alle intervju ble tatt opp på diktafon. Data er behandlet anonymt og opptaket slettet så snart intervjuet er transkribert. Studien er meldt til NSD (vedlegg 1). Det ble benyttet to diktafoner for å redusere faren for tekniske problemer. Etter transkribering av alle intervjuene satt man med et stort datamateriale i form av råtekst. Det kan fort bli et stort antall timer med intervju som er skrevet ned, man er derfor avhengig av å kunne redusere denne mengden og hente ut nyttige funn.

Målet med databehandlingen er å først organisere funnene i tema ut i fra innhold for så å analysere og deretter systematisere og fortolke funnene opp i mot teori (Johannesen et al., 2011, s 186-187).

Det er flere tilnæringer man kan bruke for å strukturere tallmaterialet. I denne oppgaven er det brukt kategoribasert inndeling av data. Utarbeidelsen av intervjuguide og overordnede tema i denne danner grunnlaget for inndelingen av de kategorier som er brukt for å

systematisere datamaterialet. Gjennom databehandlingen markerer og plasserer man da løpende aktuelle tekstutdrag under den relevante kategorien. Slik kan man identifisere og systematisere datamaterialet i kategorier som datamaterialet kan tilordnes. Deretter systematiseres flere utdrag av tekst i samme kategori for videre bearbeiding. Det er gjort manuelt med utskrift av intervjuene og fargekoding av innhold i de forskjellige kategorier (Johannesen et al., 2011, s 187-189).

3.4 Relabilitet og validitet

Opgavens validitet og relabilitet sier noe om kvaliteten på det gjennomførte forskningsarbeidet. Guba og Lincoln (1985,1989) er referert på at evaluering av kvalitative data må evalueres annerledes enn de kvantitative og bruker begrepene «pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet» (Johannesen et al., 2011, s 243).

Ved kvantitativ metode er datainnsamlingens relabilitet avgjørende for kvaliteten på forskningsarbeidet og viser hvordan det er mulig å gjenskape eller etterprøve datainnsamlingen. Ved bruk av kvalitativ metode som i denne oppgaven er ikke relabilitet like avgjørende, da datainnsamlingen i mindre grad er like strukturert som ved kvantitativ metode. En tredjeperson har ikke den nøyaktig samme kompetanse og erfaring og vil dermed ikke kunne reprodusere og tolke kvalitative funn helt likt det opprinnelige intervjuet. I denne oppgaven ble det viktig å være etterrettelig og nøyaktig i beskrivelsen av både metodevalg og utvalg, gjennomføring av datainnsamling og ikke minst de valg og drøftinger som gjøres i dataanalysen.

Som forfatter med bakgrunn fra samme arbeidssted tar man her med seg kompetanse og kjennskap til den aktuelle konteksten før data innsamles og oppgaven skrives. Dette vil bidra til at man i gjennomføring av intervju i større grad kan stille relevante oppfølgingsspørsmål for å få mest mulig uttømmende data og at man i analysearbeidet har mulighet til å vurdere og sammenligne funn fra de forskjellige informantene med egenerfaring. Dette ville vært vanskeligere for en forsker som ikke hadde kontekstkunnskap før gjennomføring av intervjuene. Dette kan bidra til bedre autentisitet i analysearbeidet. Bevisstheten rundt å fremvise åpenhet ved arbeidet som er gjort er viktig for å skape troverdighet til de funnene som framkommer (Johannesen et al., 2011, s 243-244).

Sentralt for oppgavens troverdighet er om forskningsmetoden faktisk undersøker det man har som hensikt å undersøke. I denne oppgaven blir det da viktig å påse at datainnsamlingen støtter opp om den problemstillingen som er valgt og det fenomenet som man ønsker å undersøke. Svakheter ved innsamlede data betegnes som metodefeil (Johannesen et al., 2011, s 244-247).

I denne oppgaven ønsket jeg i utgangspunktet å unngå utvalgsskjevhet. Populasjonen er mellomledere, og informantene har variasjon i alder, de jobber på to forskjellige DPS. Det er tre forskjellige profesjoner som er intervjuet. Det er noe variasjon i lederstilling, en DPS har et ekstra ledernivå der en del av lederne ikke har klinisk delstilling. Av hensyn til anonymisering er ikke kjønnsfordeling oppgitt. Videre har jeg valgt et strategisk utvalg av informanter. Dette er et bevisst valg for å sikre informanter fra to forskjellige DPS, variasjon i alder og utdanningsbakgrunn. Det er også viktig at man som forsker opptrer likt i de forskjellige intervjusituasjoner for å skaffe sammenlignbare data. Alle intervjuene følger samme mal og tema. Informantene er forelagt de samme modeller (vedlegg 3). Allikevel varierte tidsbruk fra 30 til 60 minutt.

Hukommelsesskjevhet har vært tilfelle blant informantene. Enkelte har deltatt i innføring av eksempelvis pakkeforløp eller vært med på organisasjonsutviklingsprosesser. Dette reflekteres i større kjennskap til arbeidet.

Det er et mål med forskning at de funn man gjør skal kunne ha en overføringsverdi ut over de faktiske funn man gjør i den aktuelle undersøkelsen. Seksjonslederne i denne studien er i en dobbeltrolle i helseforetakene. Ved St. Olavs hospital er mange av mellomlederne ansatt både i klinisk stilling og i lederstilling i forskjellige stillingsbrøker. Dette er også tilfelle generelt i somatiske avdelinger. Selv om fagfelt og arbeidsmåte er forskjellige, kan det tenkes at noen av funnene i denne oppgaven har overføringsverdi også til somatiske avdelinger eller til kommunehelsetjenestene, fordi mange av utfordringene med velferdsmodellen er av generell art (Johannesen et al., 2011, s 247-249).

Det er videre viktig at de konklusjoner man kommer frem til som resultat av forskningen er faktiske funn fra datainnsamlingen og ikke uttrykker forskerens egne meninger. Det kvalitative intervju som er brukt i denne studien, kan ikke fullt ut etterprøves eller gjenskapes. Men det er mulig å få tilgang til de sammenlignbare kilder og datagrunnlag ved å følge oppgavens nøyaktige beskrivelser av hele forskningsprosessen og hvilke sentrale valg

som er gjort for å skape åpenhet og avdekke mulige feilkilder i arbeidet (Johannesen et al., 2011, s 249).

3.5 Refleksjon over egen rolle som forsker

Som kollega og leder ved samme sykehus tar jeg med meg både en forforståelse og en forutinntatthet for både arbeidsplass, rammebetingelser og allmenne utfordringer. Som både helsepersonell og mellomleder har jeg forutsetninger for å kunne identifisere og kjenne igjen tematikk som kommer frem i intervjuene knyttet både til kliniske og lederrelaterte emner. Dette kan være en styrke for å få frem gode data, men også for å forstå nyanser i datamaterialet. Man har i dette arbeidet med seg en subjektivitet fra eget arbeidsområde men må tilstrebe å fremstå troverdig. Det er ikke mulig å være objektiv som forsker i denne situasjonen, eksempelvis i møte med data som avviker fra egen oppfatning. Det som blir svært viktig er at ens egen forforståelse og subjektivitet er forankret i teori slik at det ikke blir synsing men godt argumentert. Dette er noe man må være bevisst både i intervjusituasjon og i analysearbeidet.

Det er en periode med store omveltninger og omorganisering i sykehuset. Dette kan påvirke de man intervjuer. Mange er oppe i endringsprosesser som påvirker både arbeidssted, arbeidsform og faglig overbevisning. Det er samtidig ikke lett å velge informanter fra eksterne organisasjoner i Trondheim. En mulighet hadde vært og gjennomført to intervju ved sykehuset Levanger, alternativt ved sykehus i en annen storby for mer like demografiske forhold, men dette er ikke valgt ut i fra oppgavens omfang og tilgjengelig tid og ressurser. Det er valgt å benytte informanter fra eget foretak, dette for at funnene skal være mest mulig representative for arbeidshverdag hos egen arbeidsgiver.

3.6 Kritisk refleksjon over valgt design og metode

Det er alltid svakheter knyttet til valg av metode. I denne oppgaven er utvalget av informanter alle mellomledere som sitter i hovedsakelig samme funksjon og i tilsvarende roller. Dette vil på en side bidra til å gi god bredde i data fra en gruppe som er relativt homogen. Samtidig har

de ulike fagbakgrunn klinisk sett og stiller nok med forskjellig kompetanse som ledere, både m.t.p. utdanning og erfaring.

Å være kollega med alle informantene og i tillegg kjenne enkelte av dem mer inngående, vil kunne være en positiv ressurs ved at man raskere kommer inn på aktuelle tema. Men samtidig kan dette også være en kilde til mulig påvirkning av informantenes svar og at man mister fokus i intervjuet. Det er som forsker viktig å være bevisst denne relasjonen og mulig påvirkning (Johannesen et al., 2011, s 145-147).

Det kunne ha vært et alternativ å ha inkludert informanter i andre roller. De kunne muligens bidra med flere perspektiver. En mulighet hadde vært å gå for de som er ansatte hos mellomlederne, en annen å gå for et høyere ledernivå eller tillitsvalgte. Dette kunne ha bidratt til enda flere perspektiv, men samtidig er heller ikke disse gruppene homogene grupper. Det er også nødvendig å avgrense oppgaven både m.t.p. antall informanter og omfang generelt, dette for å sikre at det er praktisk mulig å gjennomføre og bearbeide forskningsarbeidet på normert tid.

Målet med oppgaven er å finne fellestrekk mellom ledere i samme funksjon. Derfor er det valgt relativt lik sammensetning på intervjuobjektene. Ut i fra stillingsbeskrivelser, funksjon og rolle har alle informantene omtrent det samme ansvar og handlingsrom formelt sett. De har alle personalansvar, de jobber i poliklinikk, og har samme overordnede lovverk å forholde seg til. Det vil derfor være spennende å se i hvor stor grad de forskjellige lederne tenker, planlegger og utøver ledelse på forskjellige vis.

Egenerfaring innen både helse og ledelse er både en ressurs og en utfordring i arbeidet med denne oppgaven. Blant fordelene er en større forståelse av arbeidshverdag og organisasjon samt mulighet til å kunne fange opp interessante referanser og sidespor som kan åpne for nye spørsmål. Dette kan også være en fordel i analyse av innsamlet data. På den andre siden står man i fare for å ha med seg fordommer og antagelser som man søker å få bekreftet. Dette har fordret at man tilstreber en klar objektivitet i forskerrollen (Johannesen et al., 2011, s 202-203).

3.7 Etiske problemstillinger

Selv om oppgaven omhandler ansatte ved sykehus er det ikke lagt opp til pasientspesifikke

opplysninger som vil kunne bidra til å utfordre taushetsplikten eller avsløre pasientidentitet. Pasientrelaterte utfordringer vil bli tematisert på et generelt og overordnet nivå og det ble i forkant av intervjuene spesifisert at det er lederrollen som er i fokus og ikke pasientbehandling generelt og identifiserbare pasientopplysninger spesielt. Masteroppgaven er meldt til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (Johannesen et al., 2011, s 99-101) (se vedlegg 1).

Informantene er alle i lignende stillinger og fordelt over flere enheter, derfor bør det være lite av informasjonen som kan identifisere dem som enkeltpersoner mtp anonymitet og evt. konflikt med stedlig ledelse. Det kan i en intervjusituasjon der man søker uttømmende svar og ikke forholder seg strengt til en definerte spørsmål oppstå situasjoner der intervjuobjektet kan komme med opplysninger som man i etterkant angrer seg på. Alle intervjuobjektene har også hatt mulighet til å trekke samtykke til intervju og avbryte intervjuet samt deltagelsen. Der det har vært behov har jeg anonymisert arbeidssted og navn på enkeltpersoner. Jeg har også anonymisert kjønnssammensetning blant informantene av samme hensyn. Jeg anser derfor at anonymiteten skal være godt ivaretatt (Johannesen et al., 2011, s 95-101).

Ved søk etter litteratur og andre opplysninger på internett er det viktig å ha en klar bevissthet rundt den informasjonen man tilegner seg. De kilder man bruker bør være av en offentlig karakter. Det er også viktig å gå tilbake til primærkilder og sikre gode referanser som sikrer at de funn man gjør kan etterprøves av andre på lik linje med trykte kilder. (Johannesen et al., 2011, s 96-97). Oppgaven skal være i tråd med de forskningsetiske retningslinjer som Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utarbeidet. Datainnsamlingen skal ivareta både informantens rettigheter og sikre at man unngår skade (Johannesen et al., 2011, s 95).

4. Empiri

4.1. Innledning

Empirikapittelet er inndelt i flere underkategorier. Innledningsvis i kapittel 4.2 kommer nøkkeltall for St. Olavs hospital som er informantenes arbeidssted, samt litt bakgrunnsinformasjon om organiseringen av psykisk helsevern. Videre refereres utdrag fra oppdragsdokumentet til Helse-Midt Norge, og tilbakemelding på måloppnåelse fra Helse Midt Norge til Helse- og omsorgsdepartementet på måloppnåelse. Dette skisserer viktige oppgaver og rammebetingelser som er relevant for informantenes arbeidshverdag og deres mulighet til å innfri krav fra ledelse. I kapittel 4.3 presenteres utdrag fra intervju med informantene. Relevante funn er strukturert ut i fra hovedtema i intervjuguiden, sammenfattet og oppsummert løpende gjennom kapittelet.

4.2 Kontekst

St. Olavs hospital er et universitetssykehus eid av Helse Midt RHF. Hovedvekten av aktiviteten foregår i Trondheim kommune, på flere lokasjoner. Sykehuset har over 10 000 ansatte. Hovedoppgavene er pasientbehandling, opplæring av både pårørende og pasienter, forskningsarbeid og utdanning av helsepersonell. Behandling av psykiske lidelser foregår i en egen divisjon, *Divisjon psykisk helsevern*. Det foregår behandling på flere lokasjoner i Trøndelag. Aktiviteten er delt inn i Barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og Voksenpsykiatri (VOP). Det gis tilbud om døgnbehandling, poliklinisk behandling og ambulant behandling. Antall polikliniske behandlinger gitt i voksenpsykiatrien i St. Olavs hospital i 2018 var på 130 272 konsultasjoner. Poliklinisk behandling gis i all hovedsak i poliklinikker tilknyttet distriktpsikiatriske sentre (DPS), henholdsvis Nidaros DPS, Tiller DPS og Orkdal DPS (St. Olavs hospital, 2020).

Oppdragsdokument 2020 for Helse Midt-Norge RHF kommer med klare krav til spesialisthelsetjenestene. Her kommer Helse og omsorgsdepartementet med både styringskrav til Helseforetakene og krav til oppgaver som helseforetakene skal utføre. For 2020 skal ventetid skal ned, kapasitet utnyttes bedre, gjennomføring av pakkeforløp har prioritet og psykisk helsevern og TSB skal prioriteres jfr. *Den gyldne regel*. Det står følgende (s.4-5):

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasientene skal slippe unødvendig ventetid...

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

De regionale helseforetakene skal fortsette å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Psykisk helsevern er tema i Nasjonal helse- og sykehusplan, og de regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet og styring av helseforetakene i tråd med planen. Blant annet skal det framtidige behovet for psykisk helsetjenester analyseres for å gi bedre grunnlag for framtidig dimensjonering og organisering av tjenestene, jf. oppdrag i revidert oppdragsdokument 2019.

Det siteres videre fra oppdragsdokumentet (s. 5-6):

Mål 2020:

- Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.
- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.
- Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Disse sitatene viser at Helsedepartementet stiller tydelige krav til helseforetakene om at de skal prioritere psykisk helsevern. I tillegg til blant annet bedre kapasitetsutnyttelse, lav ventetid og oppfølging av pakkeforløp er det også et tydelig krav om at veksten i psykisk

helsevern skal være større enn i somatikken. Vekst i aktivitet skal altså følges av vekst i ressurser.

I årlig melding 2019 for Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet sies følgende om oppnåelse av den gyldne regel i Helse Midt Norge:

Målet er ikke nådd.

Helse Midt-Norge har bare klart å oppfylle den gylne regel innen ventetider og aktivitet for TSB i 2019. Det har likevel vært en positiv utvikling for ventetider både for PHV og PHBU underveis i 2019. Begge var på 43 dager i desember. Vi forventer at den gode utviklingen skal fortsette og at målene for ventetid blir oppnådd ved utgangen av 2020.

For poliklinisk aktivitet innen PHBU har vi ikke hatt sammenlignbare tall fra 2018 til 2019 på grunn av omlegging av system. For PHV har det vært en vekst i poliklinisk aktivitet, men ikke like høy som i somatikken. Vi forventer en fortsatt vekst i poliklinisk aktivitet i 2020, og at vi har sammenlignbare tall fra 2019 til 2020.

Tabell 2: Utvikling knyttet til den gylne regel, Hentet fra *Årlig melding 2019 for Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*.

	Aktivitet	Ventetider	Kostnader*
Psykisk helsevern voksne	✘	✘	✘
Psykisk helsevern barn og unge	✘	✘	✘
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	✓	✓	✘

Oppdragsdokumentene fra Helse og omsorgsdepartementet utgjør altså et viktig styringsverktøy for både helseforetaket, sykehuset, divisjonen og helt ned på seksjonsledernivå der informantene har sitt arbeid. Manglende etterlevelse av den gylne regel, økning i henvisninger og samtidig krav om reduksjon av ventetid vil nødvendigvis gi konsekvenser for arbeidet til klinikerne.

Pakkeforløp for psykisk helsevern og rus ble åpnet for henvisninger 1 januar 2019. Gode erfaringer med innføring av pakkeforløp i somatikken er grunnlag for innføring av pakkeforløp også i psykisk helsevern. Helseminister Bent Høie sier; «Vi trenger trygghet og

forutsigbarhet når sykdom rammer». Raskere utredning og behandling samt økt brukermedvirkning i behandling trekkes frem som viktig og skal oppnås gjennom blant annet krav til forløpstider og egen koordinator for behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Sintef har på oppdrag av Helsedirektoratet evaluert innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern og rus nasjonalt. Denne rapporten er den første av tre, det skal evalueres årlig. Blant funnene er at et klart flertall av behandlere mener pakkeforløpene ikke bidrar til bedre brukermedvirkning og brukertilfredshet. Også på spørsmål om pakkeforløpene har bidratt til mer sammenhengende og koordinerte tilbud svarer et klart flertall nei. Omtrent samme svar gis på spørsmål om pakkeforløpene har bidratt til bedre somatisk helse og levevaner. Det rapporteres også at ledere gjennomgående er mer positive til pakkeforløp enn behandlerne. Andre funn er at omlag halvparten av de spurte mener de bruker mindre tid på pasientene. Hele 80% mener at de bruker mer tid på administrasjon etter innføring av pakkeforløp (Ådnes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., Lassemo, E., 2020).

4.3 Virksomhetsstyring

Jeg valgt å bruke styringssirkelen som teoretisk forståelse for å undersøke hvordan informantene følger opp virksomhetsstyring. Både sykehusets oppdragsdokumenter og avdelingens budsjett er tilgjengelig for intervjuobjektene, likeså aktivitetsmåling og rapportering gjennom elektroniske aktivitetstall og monitorering av pasientforløp gjennom programmet eSP (elektronisk standardiserte pasientforløp), et datasystem utviklet for bruk i Helse Midt-Norge.

Som teoretisk forståelse for hvordan informantene tolker lederrollene sine har jeg valgt ut to modeller for å analysere innsamlet data. Dette gjelder PAIE-modell for ledelse for å analysere hvordan intervjuobjektene fordeler sin tid på forskjellige arbeidsoppgaver, samt «Ledergitteret» for å analysere hvordan intervjuobjektens lederstil kan oppfattes.

I de følgende delkapittel presenteres sitater og refleksjoner knyttet til intervjuene av de 5 informantene. Presentasjonen er strukturert ut fra hovedkategorier som vist under.

4.3.1 Styringskrav

På spørsmål om styringskrav svarer informantene ulikt og det virker som de tolker dette på forskjellige vis. En viser til lokal strategiplan samt regionale og nasjonale styringskrav, mens to informanter begge forstår det knyttet til produksjonskrav. Informant 3 sier: *«De viktigste styringskravene i enheten min er nedfelt i strategiplan for DPSEN, og de viktigste styringskravene er knyttet til at vi har kjennskap til et utfordringsbilde med økt etterspørsel etter tjenester og svikt i ressurser og håndtering av det»*. Det informantene sier kan forstås som at strategidokumentet er godt kjent i enhetene og brukes aktivt i ledelse av enheten.

Informant 1 sier følgende om styringskrav:

De viktigste styringskravene, de får vi jo, de blir jo lagt til oss, vi har jo produksjonskravet, antall konsultasjoner pr dag, og vi har krav om at vi ikke skal ha fristbrudd, og vi har krav om redusert ventetid. Så det er de overordnede føringene for oss.

Informant 2 støtter Informant 1 sin oppfatning av aktivitetstall og reduksjon i ventetid og fristbrudd som viktige styringskrav som enhetene måles på. Informant 2 vektlegger videre: *«Så det å ha god plan, god oversikt på når man må starte ulike prosesser for å hele tiden ha folk på plass, det tenker jeg er en av mine største oppgaver for å opprettholde kvaliteten»*. Det vektlegges viktigheten av å jobbe aktivt med rekruttering og bemanning for at enheten skal kunne innfri styringskravene og opprettholde samtidig kvalitet i behandling.

Kort oppsummert kan vi si at styringskrav er et begrep som vektlegges ulikt av informantene, hos noen tenkes budsjett og aktivitetstall, mens andre tenker mer overordnet og refererer interne strategidokumenter. Det er allikevel enighet om at en av de største utfordringene er stadig økende antall nye pasienter og at poliklinikkene må rigge seg for å ta i mot flere pasienter uten å nødvendigvis få økning i budsjetter. Det kan virke som styringskravene er tydelige på områder som pasientforløp og aktivitet, men at de i mindre grad er tydelige på hvordan kapasitetsproblemer og ressursmangel skal møtes. Dette setter mellomlederne i en utfordrende posisjon med klare forventninger fra begge sider, både aktivitet og kvalitet.

4.3.2 Balansering

Informantene spørres hva de eventuelt må redusere på for å holde budsjettet. Alle oppgir at de holder budsjettet pr i dag, ellers er det lite samsvar mellom hvilke tiltak de kan sette inn på seksjonsnivå for å møte slike utfordringer. Ut i fra informantenes uttalelser om evne til å balansere budsjett og kvalitet kan en forklaring være at de som mellomledere ikke har myndighet til å bemanne opp enhetene ut i fra reel aktivitet og derfor heller får negative utslag på klinisk kvalitet.

Flere spørsmål i intervjuguiden tar for seg hvordan aktivitetsstyring preger hverdagen i klinikken. Et innledende spørsmål er hvordan informantene styrer driften etter aktivitetstall. Alle informantene oppgir at de har oversikt over de ansattes aktivitetstall og følger opp dette jevnlig. Informant 5 utdyper hvordan dette er nyttig som leder:

Før så fikk vi jo sånn aktivitetstall pr ansatt, og jeg likte det da, selv om det er litt å banne i kirka her på DPS-en da tenker jeg. Men jeg syntes både som ansatt og når jeg ikke var leder, og som leder syns jeg det var veldig allright å ha litt peiling på hvilken aktivitet den enkelte hadde. Så det syns jeg egentlig er et godt styringsverktøy sammen med andre verktøy man har. På seksjonen så har jeg jo konsultasjonstall pr måned, det syns jeg også er viktig.

Informantens uttalelse kan forstås som at aktivitetstall er nyttig for mellomledere og muliggjør videre oppfølging av ansatte ved unormal aktivitet. Ut i fra kjennskap til enhetene velger jeg å tolke utsagnet om å banne i kirka som et innspill i pågående debatter om at aktivitet og økonomi ikke skal styre fag og klinikk og profesjonenes autonomi i arbeidshverdagen. Aktiv bruk av aktivitetstall virker å være en integrert lederoppgave blant informantene.

Informantene blir også spurt om de opplever at det er samsvar mellom krav til aktivitet og tilgjengelige ressursene. To av informantene oppgir at det er knapt men akseptabelt, tre svarer tydelig at det ikke er samsvar. Det kan legges til at de to informantene som mener å klare seg greit har noe lavere produksjonskrav enn de tre andre.

Informant 5 sier følgende på om det er samsvar:

Ja, men det er ikke noe slingringsmonn, det er jo viktig å si da ... vi har ikke noe å gå på nei, det blir jo alt for stor belastning på noen andre når noe skjer, og det er jo ikke allright altså.

Dette støttes av Informant 4 som også er tydelig på at enheten ikke tåler sykemeldinger fordi det er vanskelig å få inn vikar.

Informant 1, 2, og 3 er tydelige og enige i sine tilbakemeldinger om det er samsvar mellom oppgaver og ressurser, Informant 3 har klar tale:

På ingen måte! Det er kritisk misforhold mellom oppgave og ressurs, og det går som sagt ut over pasientene ved at vi vanner ut tilbudet, der dem får bare hver andre, hver tredje, hver fjerde, hver femte uke, dårlig progresjon i terapiforløpene, lite fristbrudd men svak kvalitet.

Oppfatningen av at økt aktivitet medfører dårligere klinisk kvalitet er utbredt hos alle tre. Informant 2 sier følgende om aktivitetsveksten:

...altså det når en grense på kvaliteten, hvor mye aktivitet man kan ha pr behandlerårsverk og jeg tenker at vi har tatt ut effektiviseringsgevinsten der da ... Behandlerne til meg de løser det ved å prioritere det hardere ut og legge mer tid mellom hver time.

Informantenes uttalelser om samsvar mellom ressurser og aktivitetskrav er todelt. To av informantene melder om akseptabel bemanning, men har samtidig lite buffer ved sykdom og fravær. Dette kan forstås som at marginen ved uforutsett fravær er liten. De tre andre informantenes uttalelser er tydelige på at aktivitetskravene er for høye, dette kobles direkte mot lange intervaller mellom behandlingstimer og lavere kvalitet på behandling.

Samlet sett ser det ut til at informantene har oversikt over og kan innfri krav til aktivitetstall. Et større problem er at pasientstrømmen i stor grad øker ut over dette og gjør arbeidspresset for stort. Informantene oppgir ventetid og epikrisetid som måltall, effekten er at man starter opp for mange pasienter for å innfri krav til ventetid og med dette får for lange intervaller i behandling. Det uttrykkes klar bekymring for at behandling vannes ut og holder dårligere kvalitet. En forklaring kan være at mangelen på gode effektmål gir en målforskyvning der man i stor grad fokuserer på rask oppstart av behandling og rask utsendelse av epikriser, men i mindre grad fokuserer på langvarig effekt eller resultat av behandling.

Alle fire informanter ser behovet for å i større grad kunne måle kvalitet på behandlingen som gis. Informant 5 sier:

Ja vi er jo interessert i å få noe mer effektmål på det vi driver på med, det er jo kjempekomplisert. Vi er litt sånn opptatt av å implementere noe annet enn bare klinisk

skjønn da ... Vi trenger noe mer sånn objektiv informasjon om det enn hver enkeltes oppfatning er, så det er jo det vi har startet på ...

Innføringen av bedre kvalitetssystemer mener informantene er viktig for å skulle kunne få bedre tall på effekten av tjenestene. Informant 2 utbroderer hensikten:

Ja vi har jo tatt konsekvensen av at vi har alt for dårlige kvalitetsindikatorer, altså epikrisetid og ventetid, hva sier det om hvor fornøyde folk er. Vi har jo lagt opp et system der alle pasienter blir målt før og etter behandling, og pasienttilfredsheten blir innhentet, og det er jo litt sånn fordi vi vil synliggjøre kvalitet.

Det virker som informantene er i gang med å få på plass systemer for å bedre kunne måle kvalitet i behandlingen. Informantene ønsker å erstatte klinisk skjønn med objektive tall på kvalitet og dette kobles mot ønske om å erstatte dagens indikatorer på kvalitet, eksempelvis ventetid. Bedre kvalitetsmål virkes å være ønskelig for å kunne vekte aktivitet mot aktivitet.

På spørsmål om hvordan informantene forholder seg til eget budsjett og om det er forståelig svarer informant 1:

Du vet vi har ikke noe budsjett som er lagt ned på de enkelte nivå, vi har budsjettansvarlig og økonomiansvarlig hos oss. Jeg sitter jo ikke med tall, men det budsjettet jeg har er veldig greit det, det er de lønningene som betales og så har vi de pengene som hver enkelt enhet har til disposisjon.

Informant 3 er enig i dette.

Informant 5 sier mye av det samme: «Jeg synes det er enkelt å forstå, for jeg får så mye hjelp fra staben her da». Også informant 4 vektlegger tett samarbeid med økonomirådgiver.

På spørsmål om økonomi og budsjett svarer informantene at de har lagte stillingsbudsjett og krav til aktivitet, ut over dette har de lite innvirkning på budsjettarbeidet. Informantenes autonomi knyttet til økonomi ut over lønnsmidler virker i stor grad å være knyttet til midler til kompetanseheving og fagutvikling. Overordnede avtaler med eksempelvis psykologforeningen stiller krav om spesialiseringsløp for de ansatte og er således heller ikke noe informantene har påvirkning på.

4.3.3 Styrings sirkelen

Alle informantene er blitt bedt om å kommentere styrings sirkelen (figur 5) og fokus på de ulike fasene. Flertallet trekker frem «visjon planer og strategi» samt «handling-aktivitet» som de to fasene de jobber mest med. Sitatet fra informant 1 oppsummerer dette: «*Visjon, planer og strategi, det har man fokus på ... Budsjett har ikke den enkelte leder innflytelse på. Handling og aktivitet det går jo på en måte på hvilken faglig retning man styrer, men ikke på de overordnede krav*».

Informant 3 sier videre: «*Hvis vi tenker strategiplan på topp så er den det overordnede styringsdokument...*» Informant 3 nevner også flere av fasene og hvordan det jobbes med disse:

Handling og aktivitetsbiten på dette er vel litt spesialfeltet mitt, hvordan vi rigger utviklingsprosesser, får med fagfolk, får med brukere, kobler økonomi, kobler strategitenkning, kobler kravspecen der inn i dette og lager aktive handlinger og aktivitet på det.» «*Rapportering og oppfølging, her har vi da rapporteringssløyfer, flere, en ting er kvalitetsindikatorene da, en annen ting er leveranser som jeg sa på produksjon, annen rapportering er løpende dialog med brukerorganisasjoner og hvordan de syns tjenesten skal utvikles.*

Med utgangspunkt i styrings sirkelen (figur 5) svarer flertallet at de bidrar inn på visjon, planer og strategi samt på handling og aktivitet. Økonomiarbeid og budsjett er ikke en fase de deltar aktivt inn i, men rapportering nevnes og kobles mot kvalitetsindikatorer.

4.3.4 Handlingsrom

Ett spørsmål til informantene går på opplevelse av handlefrihet som leder og hvilke fag de gjerne skulle hatt større innflytelse på. Informantene er samstemte på at det ligger frihet til å utforme mye i egen enhet knyttet til klinikk, lederne har altså en profesjonell selvstendighet. Når det kommer til produksjonskrav og overordnet budsjett er styring på et høyere nivå og noe de ikke har stor medvirkning på.

Informant 1 sier:

Altså det man har fritt handlingsrom til det er for eksempel hva man faglig skal jobbe med i poliklinikken. Rammer for undervisning, fagdager, temaer å ta opp,

møtestruktur etc. Det har man frihet til. Når det gjelder på en måte sånt produksjonskrav så ligger det ikke nå frihetsmuligheter i det.

Dette understøttes av informant 3 og 4, handlingsrommet knyttes mot klinisk styring.

Informant 5 supplerer om områder med liten påvirkning:

Jeg får jo ikke ansette selv for eksempel, jeg bestemmer ikke budsjettet selv ... når det gjelder faglig innhold, så føler jeg at jeg har mye handlingsrom, personalsiden har jeg kanskje mye handlingsrom, men jeg bruker personalrådgiver og avdelingssjef ganske mye på det, det tenker jeg...

Informantene gjerne skulle hatt større innflytelse og påvirkning på økonomi. De ønsker også en tydeligere faglig retning på fremtidig behandlingstilbud. Informant 1 sier noe om begge momenter: *«Det man selvfølgelig skulle hatt større innflytelse på det er jo på en måte mere tilgang til ressurser og kanskje fordeling av arbeidsoppgaver litt annerledes»*. Med bakgrunn i kapasitetsproblemer nevner informanten omorganisering av tjenester som en mulig vei å gå.

Informant 5 sier: *«Jeg aksepterer at det blir mer styring fra avdelingssjef og co fordi at jeg føler at det frigir såpass mye tid til det jeg synes er viktig, nemlig faget...»*. Informanten er ambivalent til å skulle hatt mer totalansvar for økonomi og drift, det kan medføre distansering til klinikken og profesjon.

Informant 3 er mer kontant og tydelig på sine ønsker om påvirkning:

Ja, PH-s sviktende evne til å ha fokus på fag og fagutvikling er et område vi skulle hatt større innflytelse på, jeg er meget kritisk til hvordan PH siste 10 årene har fungert i en fagutviklingsrolle for psykisk helsevern, og jeg har store vansker med å se hvordan PH bidrar aktivt med en retning og en prioritering av hva vi skal drive med faglig. Så er det selvsagt eksempler på at de har bidratt, det er ikke det jeg sier, men jeg savner en strategisk tenkning, jeg savner en retning, jeg savner at de er opptatt av hva vi driver med Det har vi mye å bidra med og å komme med i en sånn sammenheng.

Informantens uttalelser kan forstås som kritikk av manglende retning på fagutvikling og prioriteringer på de overordnede styringsnivå. Informanten trekker inn ekspertkompetansen på bunn i kunnskapsorganisasjoner og hvordan denne burde blitt benyttet til bedre styring.

Vi kan summere opp ved å si at informantene synes å ha bra handlingsrom, men de knytter dette i hovedsak mot faglig retning og tjenesteutvikling. På spørsmål om hva informantene ønsker mer innflytelse på nevnes både økonomi og innspill på mer langsiktig faglig utvikling av tjenestetilbudene.

Styringskrav forstås ulikt av informantene, noen tenker budsjett og aktivitetstall, andre tenker mer overordnet og refererer interne strategidokumenter. Det kan virke som styringskravene er tydeligere på områder som pasientforløp og aktivitet, men i mindre grad er tydelig på hvordan kapasitetsproblemer og ressursmangel skal løses. Dette setter mellomlederne i en utfordrende posisjon med klare forventninger fra begge sider, til både aktivitet og kvalitet.

Informantene sier at et stadig økende antall nye pasienter er en stor utfordring. Poliklinikkene må rigge seg for å ta i mot flere pasienter uten å nødvendigvis få økning i budsjetter. Ventetid og epikrisetid er måltall, man starter opp for mange pasienter for å redusere ventetid. Konsekvensen er for lange intervaller mellom konsultasjoner. Det uttrykkes klar bekymring for at behandling vannes ut og holder dårligere kvalitet.

Informantene er delt på om det er samsvar mellom ressurser og aktivitetskrav. To melder om akseptabel bemanning, de tre andre er tydelige på at kravene er for høye. Konsekvensen er lange intervaller mellom konsultasjoner og lavere kvalitet på behandling. Informantene jobber med å få på plass systemer for å kunne måle kvalitet i behandlingen. Målet er å erstatte klinisk skjønn med objektive tall på kvalitet. Bedre kvalitetsmål virkes å være ønskelig for å kunne vekte aktivitet mot resultat.

Informantenes påvirkning på styringssirkelen (figur 5) er mest knyttet til «visjon, planer og strategi» samt på «handling og aktivitet» Økonomiarbeid og budsjett er ikke en fase de deltar aktivt inn i, de har lagte stillingsbudsjett og krav til aktivitet. Samtidig oppgir de ønske om større innflytelse på økonomi samt fremtidig faglig retning på behandling.

4.4. Lederroller

4.4.1 Mellomlederes bakgrunn

Fem av informantene oppgir noe forskjellig når det gjelder bakgrunn og inngang til lederrollen. Blant 4 av 5 informanter kommer det klart frem at de var tilknyttet enheten som klinikere og ble oppfordret til å søke lederstillingen.

Informant 1 oppgir følgende: «*Motivasjonen var vel at det ikke var veldig mange andre kandidater*». Informant 2 sier: «*Jeg tror det er veldig mange som opplever det sånn, at man må se noe talent i deg og vise deg tillit. Jeg er ikke sikker på at jeg hadde hatt selvtilliten til å søke stillingen på egen hånd*». Informant 4 sier: «*Jeg var jo behandler, og så ble jeg oppfordret til å ta lederstilling ja...*». Informant 5 sier:

Sånn konkret så var jeg på en seksjon som jeg syntes ikke fungerte så godt, og da liksom brant det i fingrene etter å ordne opp, og så syns jeg at jeg fikk mye tillit fra min leder som så det og oppfordret meg til å søke min første lederjobb.

Dette betyr at informantene i stor grad er rekruttert internt når lederstillinger har blitt ledig. To informanter oppgir at oppfordring til å søke stillingen har kommet relativt kort tid etter at de var ferdig utdannet spesialist og at dette har vært en ønsket og nødvendig kvalifikasjon. Tillit fra ledelsen oppgis å være viktig, flere av informantene så ikke på seg selv som en aktuell kandidat til stillingen i utgangspunktet. Flere av informantene antyder at de har hatt en fremtoning og fremvist lederadferd allerede som ansatte og at dette har blitt fanget opp av ledelsen.

Når det gjelder egenmotivasjon for lederrollen svarer 2 av 5 informanter konkret på dette. Informant 2 sier: «*Jeg er en person som engasjerer meg, blir fort opptatt av organisasjonen og ikke bare det som foregår på mitt rom. Så er jeg nok en som tar ledelse og stikker nesen min bort i ulike ting*». Informant 4 svarer at: «*Motivasjonen for å bli leder var at jeg var interessert i å videreutvikle organiseringen av tjenestene i DPS*».

Av dette ser vi at selv om informantene har forskjellige og dels tilfeldige veier inn i sine lederstillinger, så uttrykker flere at de motiverte for oppgaven og ønsker å bidra til gode helsetjenester. Av det som nevnes som viktige og spennende oppgaver er utviklingsarbeid av både tjenestetilbud og organisasjon sentralt. Ønsket om å bidra til å utvikle egen arbeidsplass i positiv retning går igjen hos flere som motivasjon for å bli leder.

Når informantene ble spurt om hvorfor de fikk lederstillingen, om dette skyldes henholdsvis ledererfaring, ledertalent, klinisk erfaring eller en kombinasjon svarer de noe forskjellig. Hos 4 av 5 intervjuobjekt var lederstilling i egen enhet den første lederstillingen de tiltrådte.

Intervjuobjekt 1 svarer konkret at: *«Jeg fikk vel jobben fordi poliklinikken trengte en leder, og jeg var nyutdannet spesialist»*. Det fremkommer videre at informanten tiltrådte fordi daværende leder rykket opp som seksjonssjef.

Informant 2 sier at: *«Jeg tenker at det var fordi at det var noen som så noe i meg, ikke på grunn av ledererfaring»*. Noe av det samme sies av informant 4 som sier: *«Jeg liker å lede, tror nok kanskje at det ble lagt merke til i den tiden jeg var behandler»*.

Informant 5 sier følgende om dette:

Ja den første lederjobben min var jo i allmennpoliklinikk, den søkte jeg jo på, og da ble jeg oppfordret til det, det var en kollega som vikarierte der da, og av avdelingsleder også da, men denne ville ikke pushe meg så mye da, for denne ville at dette skulle være noe jeg selv søkte på.

Informant 3 kommer med følgende utsagn: *«En kombinasjon av mitt engasjement for det jeg sier og klinisk erfaring i oppbyggingen av en DPS»*.

Av sitatene ovenfor kan vi summere opp at de fleste informantene er blitt rekruttert til lederstilling internt. Få oppgir at de ville søkt på stillingen uten å ha opplevd oppmuntring og tillit i egen enhet og fra nærmeste leder. Ingen av informantene oppgir å ha vært eksterne søkere til en utlyst stilling i sin første lederjobb. Fra informantenes side fremkommer det ikke om det har vært en strukturert rekrutteringsprosess. Det er derfor vanskelig å vite om stillinger har vært lyst ut og om det er grunn til at informantene har blitt foretrukket som interne søkere. Samtidig har alle informantene blitt værende i stillingene over tid, de har fungert som ledere. I hvilken grad sykehusene har en planlagt og vellykket rekrutteringsstrategi for mellomledere, eller om utvalget her representerer de som fungerer og har stått i stillingen over tid er ikke klart, men det virker å være en mye brukt strategi å rekruttere ledere fra egne rekker.

Tre av de fem informantene har i sin stillingsbeskrivelse delt stilling mellom ledelse og klinikk, men fire av fem har valgt å prioritere klinisk arbeid i tillegg til ledelse. Informant 3 svarer følgende på om lederstillingen har gått på bekostning av faglig utvikling: *«Ja absolutt, jeg har ikke jobbet som kliniker på mange år og jeg er i ferd med å bli rusten som kliniker, så det har gått på bekostning av klinikk ja»*.

Informant 2 har prioritert annerledes og kommer med følgende utsagn: *«Jeg har egentlig 0% klinisk stilling, men driver klinikk i tillegg, fordi jeg tenker at skal man ha legitimitet som klinisk leder så må man kjenne det på kroppen».*

Vi ser her at flertallet av informantene fremholder viktigheten av å også utøve klinisk arbeid som viktig for å kunne gjøre en god jobb som leder. I litteraturen har det historisk vært et poeng at god klinisk kompetanse ofte er grunnlaget for lederjobb og fortsatt er det i klinikknære lederstillinger. Dette sammenfaller med det informantene rapporterer. Legitimitet som leder knyttes fortsatt til klinisk kompetanse og utøvelse hos flertallet av informantene.

Informantene oppgir varierende lederutdanning. Det forekommer årsstudium og mastergrad via høgskolesystem, det er klinisk spesialisering i ledelse, fagforeningsprogram for lederutdanning samt at flere nevner deltagelse på St. Olavs sitt interne lederutdanningsprogram og deltagelse på moduler som NTNU tilbyr i samarbeid med sykehuset. Informant 1 sier følgende om kompetanse på ledelse: *«Jeg har en toårs masterutdanning i ledelse og økonomi».* Informant 5 sier: *«Jeg har gått på det som heter synlig og ansvarlig i regi av St. Olav og lederprogram i regi av fagforeningen».*

Alle informantene har lederutdanning. Omfang varierer, fra intern kursing i regi av fagforening og arbeidsgiver, via høyere utdanning på Høgskole/Universitet til psykologspesialisering innen ledelse. Enkelte av informantene trekker frem konkrete eksempel på hvordan ledelseskompetanse er verdifullt i stillingen, men det kan allikevel virke å vektlegges mindre enn den kliniske kompetansen.

Sitatene over viser at informantene i stor grad er rekruttert internt fra poliklinikkene der de ble ledere. De ønsker å bidra til å utvikle egen arbeidsplass og fagfelt nevnes av flere som motivasjon for å prioritere ledelse. Flertallet har klinisk delstilling og prioriterer dette som viktig for faglig legitimitet som leder. Alle informantene har lederutdanning i forskjellig omfang.

Det fremkommer ikke om noen har hatt lederutdanning før de ble ledere, to oppgir at dette har kommet i etterkant. Klinisk kompetanse og egnethet virker klart å veie tyngre enn ledererfaring ved ansettelse av nye ledere.

4.4.2 Lederroller

Informantene har noe forskjellig utgangspunkt knyttet til stilling og avtaler når det gjelder arbeidstid. En av informantene oppgir at arbeidstid er avtalt 43 timer pr uke. Flere av dem oppgir at timeantallet går noe ut over avtalt arbeidstid, men kun en av informantene opplyser tydelig at dette justeres med avspasering jfr. fleksitidsordning. Informant 3 oppgir konkret at det jobbes 37,5 timer pr uke, mens informant 4 sier: «*Det kan variere mellom 37 og 40 ja, og det er uker hvor jeg slutter av en dag tidligere også*». Sammenlignbare tall oppgis også av de resterende informantene.

Informantene oppgir med andre ord relativt vanlig arbeidstid pr uke. Noen har utvidet arbeidstid i kontrakten og jobber derfor mer. En av dem oppgir at overskytende arbeidstid tas ut i avspasering, dette fremkommer ikke fra de andre.

Informantene bes redegjøre for hvordan de disponerer arbeidstiden fordelt på henholdsvis administrative oppgaver, indirekte pasientbehandling og direkte pasientbehandling. Både forutsetninger og svar er forskjellige blant informantene. I intervjuene har indirekte pasientbehandling blitt konkretisert som eksempelvis inntaksmøter, behandlingsmøter, behandling av klagesaker, veiledning på kliniske saker, mens direkte pasientbehandling er vurdert som enten individualterapeut eller som ko-terapeut i direkte pasientbehandling.

Informant 1 sier:

Kan jo si det sånn at lederoppgavene er relativt sånn uforutsett tidsbruk da, men når alt går på det jevne og alt sånn så behøver det ikke ta så mye tid. Men ting kan for skje, og den største utfordring er jo å ha nok timer tilgjengelig til å være disponibel for medarbeidere.

Informant 2 angir samme tidsbruk knyttet til ledelse med følgende utsagn:

...20% til pasientbehandling så sitter jeg jo og har direkte personalansvar i en poliklinikk med ca. 20 personer sånn at det er jo en del som handler om å være med på behandlingsmøter og hjelp til med vurdering og klagesaker og uttalelser, men hvor mye er det da, la meg si 20% da. Og så er det jo ganske mye, si 20% administrasjon da, og 40% ledelse.

Sitatene over indikerer at informantenes arbeidshverdag er sammensatt og uforutsigbar med tanke på tidsbruk. Det kan virke som pasientrelatert aktivitet er enklere å tallfeste, dette er

rimelig ut i fra at slik aktivitet må planlegges på forhånd. Administrasjon og ledelse er mer behovsprøvd og varierende i omfang ut i fra de ansattes behov.

Informant 5 starter med: «Jeg har ihvertfall 50% direkte pasientkontakt». Informanten synes det er noe vanskeligere å konkretisere fordelingen indirekte pasientkontakt og administrasjon. Det landes etter hvert på: «Ja hva skal jeg si da, administrativt, kanskje 50% klinikk og 25% og 25%, hvis jeg skal ende på 100%».

Disponering av arbeidstid på forskjellige fagområder viser en del forskjeller blant informantene. Enkelte oppgir 50% klinikk og nede i 25% tid til administrasjon, mens flere av informantene oppgir at omtrent 40% av arbeidstiden går med til å ivareta administrative oppgaver. Flere oppgir at det er vanskelig å anslå tidsbruk, oppgavers omfang varierer. Noen av informantene utdyper forskjell på administrative oppgaver og lederoppgaver. Det kan virke enklere å tidfeste de administrative oppgavene enn hva som er ledelse. Ledelse knyttes av flere informanter mot tilgjengelighet for de ansatte, en oppgave som varierer i tidsbruk. Det kan virke som ledelse som begrep blant informantene ofte knyttes til direkte ledelse av de ansatte.

Tydighet i forventninger og tilgjengelighet går igjen som eksempler på god ledelse fra flere av informantene. Dette kan kobles mot modellen om ledergitteret, man kan si at både produksjonshensyn og menneskelige hensyn trekkes frem som elementer i god ledelse.

Informant 1 sier:

...det er en stor fordel å ha en lederutdanning, vite noe om organisasjon og om økonomi og om økonomi og strukturer, men jeg tror det viktigste sånn i det daglige er en i ihvertfall så stor tilgjengelighet som mulig. Det er ihvertfall det medarbeiderne gir tilbakemelding på. Tilgjengelighet og det å på en måte ha en tydelighet i ledelse, vi lever jo i en sånn organisasjon som har et visst sånn preg av demokrati, men det må også være en sånn tror jeg, gode føringer i travle arbeidsdager og hvordan systemet må fungere.

Ut i fra det informantene forteller er lederutdanning viktig for å kunne forstå hvordan organisasjonen fungerer og hvilke rammebetingelser man har for drift. Informantene er også inne på både klare rammer og tilgjengelighet for de ansatte, slik at arbeidshverdagen blir forutsigbar.

Informant 4 sier følgende om ledelse:

...at jeg forsøker å møte dem på de behovene de har og forsøker å legge til rette for at de skal få gjort jobben sin ... så er døra mi åpen da, så det å ta problemene på alvor tidlig er viktig for meg.

Informant 5 sier:

...å selv vite og kommunisere til sine medarbeidere hva som er mandatet, hva som er rammene og ha en slags visjon for hvordan man skal utøve oppdraget sitt. Ikke å havne i en sånn klagegrøft der svaret alltid er å få mer ressurser.

Uttalelsen fra informanten kan her forstås som at god ledelse er å avgrense og tydeliggjøre enhetens ansvar og oppgaver for de ansatte. Videre fokuseres det på at i en kunnskapsorganisasjon så er ekspertene på bunn i hierarkiet, og at det er i klinikken man må definere god og virksom behandling. Klinisk kompetanse hos leder og høy grad av modenhet blant de ansatte muliggjør en form for medledelse.

Dette følges opp av Informant 2 som nevner:

...god evne til å opparbeide gode relasjoner til sine ansatte, at det må være tillitsbasert i bunnen, og så er jeg veldig opptatt av at for å ha legitimitet som leder så må man være tilgjengelig og stille opp når det brenner ... jeg tror den kombinasjonen mellom å tørre å være tydelig om hva man forventer, og også ha tydelige forventninger, men samtidig ha den relasjonen i bunn da, det er jo sånn relasjonsledelse...

Sitatene indikerer at informantene peker på to virksomme elementer i god ledelse: At leder skaper trygghet gjennom å støtte og forankre de ansattes faglige vurderinger i vanskelige saker og at det legges til rette for at de ansatte får brukt og utviklet kompetansen sin og opplever autonomi og selvledelse i arbeidshverdagen.

Informant 3 følger opp med følgende definisjon på ledelse:

God ledelse i en DPS-sammenheng, det handler jo om å ha en bevisst tenkning for hvordan du utnytter personalgruppa i retning av de målsetningene vi operer med. God ledelse handler om, kall det en strategisk tenkning eller et målbilde eller en retning vi skal i ... Det er viktig å skjønne at personaladministrasjon, fag og økonomi er sier av samme sak, og tenkningen her må gå sammen i en retning som blir konstruktiv.

Sitatene til informant 3 vektlegger som hos informant 2 fagutvikling og kompetanseheving som viktig, men trekker i tillegg frem en tydelig strategi og klare målsetninger i enheten som eksempler på utøvelse av god ledelse.

Informantene oppgir relativt vanlig arbeidstid pr uke. Informantenes arbeidshverdag er sammensatt og uforutsigbar med tanke på tidsbruk. Disponering av arbeidstid på forskjellige fagområder viser en del forskjeller blant informantene.

Tydelighet i forventninger og tilgjengelighet går igjen som eksempler på god ledelse fra flere av informantene. Dette kan kobles mot modellen om ledergitteret, man kan si at både produksjonshensyn og menneskelige hensyn trekkes frem som elementer i god ledelse.

Informantene oppgir at god ledelse er å avgrense og tydeliggjøre enhetens ansvar og oppgaver for de ansatte. Kombinasjonen av klinisk kompetanse hos leder og høy modenhet hos de ansatte muliggjør medledelse.

4.4.3 Lederstiler

Informantene mener det er viktig å ivareta de ansatte på en god måte og sikre et godt arbeidsmiljø, videre at man har tydelige forventninger målsetninger for enheten og at disse er kjent for de ansatte. Dette anses å være god ledelse. Det vektlegges på den ene siden relasjonsorientert ledelse, kompetanseutvikling og fokus på medarbeiderne, samtidig som det også trekkes frem et klart oppgaveorientert fokus på måloppnåelse og produksjon.

På spørsmål om egen lederstil og hvordan de mener å balansere kravene til både produksjon og menneskelige hensyn ser få av informantene noen klare motsetninger mellom de to aksene.

Informant 2 sier følgende om egen lederstil:

Jeg tror det å ha, altså relasjonell kompetanse kanskje er noe av det viktigste som leder i en sånn type virksomhet da. Jeg tror jo at som en god leder må man sørge for framdriften, sette ting på agendaen, jeg har jo trua på struktur da.

Det første utsagnet til informanten kan forstås som en lederstil med et klart medarbeiderorientert fokus. Samtidig følges det opp med en balansering mot produksjonsfokus, fremdrift og struktur. Informant 3 sier:

Jeg er tydelig, jeg er aktivt ute i klinikk, jeg oppdaterer meg faglig på ledelse, ganske tungt ... har klare forventninger til ansatte på en rekke områder om hva de skal levere, også veldig opptatt av arbeidsmiljø skal være så godt som mulig her.

Informant 3 vektlegger noe av det samme, struktur og tilstedeværelse som leder, men kobler i tillegg på faglig oppdatering på ledelse som fag. Dette nevnes kun av denne informanten eksplisitt. Lederstil kobles mot et godt arbeidsmiljø uten nærmere forklaring. Struktur og tydelighet går igjen også i informant 5 sine uttalelser.

Ut ifra informantenes uttalelser om lederstil er det stor oppslutning om særlig to punkter, tydelighet og struktur samt tilstedeværelse og tilgjengelighet for de ansatte.

Informantene ble forelagt modellen ledergitteret (vedlegg 3), som angir leders medarbeiderhensyn langs den ene aksen og produksjonshensyn langs den andre. Hensikten var å få informantenes egenvurdering av hvilket fokus som preger deres lederstil. Om prioritering av et fokus går på bekostning av det andre eller om det er mulig å kombinere høyt fokus på begge variabler var noe vi ønsket å høre mer om fra informantene.

Informant 1 svarer følgende på spørsmål om ledergitteret:

...det er klart altså produksjonshensyn kommer relativt høyt, samtidig hvis man ikke tar noe menneskelig hensyn så faller produksjonen også ... det å kunne ta begge hensyn blir litt sånn vinn-vinn sånn at man kan gjøre det, men jeg må jo prøve å legge meg sånn omtrent midt i leia tenker jeg.

Informant 2 sier:

Jeg er jo opptatt av at vi skal levere ... men jeg tror nok at overslaget mitt er på mer menneskelige hensyn ... altså i tråd med kunnskapsledelse, har du folk som er motivert så tror jeg at folk i utgangspunktet er på jobb fordi de ønsker å gjøre en god jobb.

Heller ikke informant 3 ser de store motsetningene: «Jeg vil plassere den i midten, og så med menneskelig hensyn ... hensynet til dem og tilretteleggingen for dem går hånd i hånd med produksjonsforventningene og dette blir sider av samme sak...»

Informant 4 sier følgende: «Produksjonshensyn, her har jeg ikke noe valg ... 7-8 tenker jeg ... Jeg er meget medarbeiderorientert, for jeg har vært medarbeider selv...»

Informant 5 referer på produksjonshensyn til at budsjett overholdes og at ventetid er lav og konkluderer med:

Ja jeg er nok ganske høyt på produksjon på de to faktorene ihvertfall da... På menneskelige hensyn, veldig smertefullt å ikke score seg selv høyt der da. Folk, på den AMUS-en får vi veldig høye scorer da, så det virker som folk synes det...

Informantene oppgir at produksjonskravene er absolutte og må innfris, men at de samtidig har et sterkt medarbeiderfokus. Det oppgis nær like tall på begge fokus og alle informantene plasserer seg mellom 5 og 9 på skalaen. Mitt inntrykk er at mellomlederne på det operative nivå i mindre grad kommuniserer med ledelse på strategisk nivå, på det operative nivå blir man nødt til å implementere styringskrav fra regionalt og nasjonalt nivå. Ingen av informantene ser en klar motsetning mellom produksjonsfokus og medarbeiderfokus, de plasserer seg høyt på begge fokus i ledergitteret. Mulighet for påvirkning på produksjonskrav og rammer virker samtidig å være svært begrenset. En trekker inn kunnskapsledelse som begrep og flere nevner viktigheten av *tydelig medarbeiderorientering* for å kunne levere på nettopp produksjonshensyn. Flertallet av informantene mener at en trygg relasjon og støtte mellom de ansatte er en viktig motivasjonsfaktor for godt arbeidsmiljø.

Informant 1 sier:

Nei det som motiverer er jo på en måte at man har en personalgruppe der hvor det på en måte er rimelig grad av trygghet på hverandre, vi står jo i utfordrende saker der hvor medarbeidere opplever at det er lett å få råd og støtte og veiledning både formelt og uformelt og at det er trygghet til å ta opp problemstillinger.

Det informanten sier kan forstås som at faglig støtte og trygghet innad i enheten bidrar positivt til arbeidsmiljøet. Dette gjenspeiler tidligere uttalelser fra informantene om god ledelse, der satsning på kompetanse og gode interne relasjoner ble trukket frem.

Faglig støtte og trygghet gjentas også som viktig av informant 2, i tillegg trekkes det frem viktigheten av at alle ansatte opplever å føle seg møtt og anerkjent som kliniker. Dette kan forstås som at informanten vektlegger å utøve medledelse sammen med de ansatte og at deres synspunkter vektlegges i driften. Informant 3 nevner gode kollegiale relasjoner i form av nærhet og godt samarbeid som viktige element for godt arbeidsmiljø. Samlet sett kan man forstå dette som at god relasjon mellom de ansatte, samt kollegial og faglig støtte i vanskelige saker er stikkord for å etablere godt arbeidsmiljø i enhetene.

Faglig kompetanse og ønske om å gjøre en god jobb vektlegges som en viktig motivasjonsfaktor blant et flertall av de spurte. Informant 5 sier: «Jeg er så fornøyd med personalgruppen min, det er så høy faglig kompetanse, det er varme folk som vil bidra med den faglige kompetansen og den menneskelige faktoren som er relevant i møtet med pasientene våre».

Informant 2 følger opp viktigheten av god relasjon mellom de ansatte med: «...vi bruker selve fagligheten, fokus på faglighet som en faktor som bidrar til arbeidsmiljø».

Dette understøttes av Informant 3.

Alle informantene trekker frem viktigheten av gode relasjoner imellom de ansatte som en viktig motivasjonsfaktor for godt arbeidsmiljø. Ansattes opplevelse av å bli hørt og tatt med på råd er viktig, likeså faglig trygghet og at man støtter hverandre i vanskelige saker. Kompetanseheving og satsning på høy faglighet trekkes også frem som viktig for arbeidsmiljø og de ansattes evne til å kunne stå i vanskelige terapiløp over tid. Informantenes uttalelser er her i tråd med begreper knyttet til selvledelse. Arbeidsplasser med høy fagkompetanse og lang utdanning kan ha mye å hente på at de ansatte både i stor grad leder seg selv og der teamorientering i arbeidshverdagen gjennom eksempelvis behandlingsmøter bidrar til evaluering og kompetanseheving av både kollegaers og egen kompetanse.

Informantene får spørsmål om hva som har en negativ virkning på arbeidsmiljø. Informant 1 sier: «Det er klart, hvis det blir alt for mange saker, alt for mye vanskelige saker, alt for mange pasienter i forhold til tid». Dette kan forstås som at kapasitetsproblem har direkte sammenheng med arbeidsmiljø og trivsel blant de ansatte.

Dette støttes av informant 4 som sier: «Det å må presse nye saker på slitne behandlere, som gjør at jeg griper inn i deres forløp da, som gjør at de kanskje må avslutte før de tenker, så gir ikke det nå god stemning...». Informanten antyder uønsket lederinvolvering og krav om tidligere avslutning på grunn av styringskrav. Dette kan utfordre både de ansattes autonomi og faglige vurderinger i pasientsaker.

Informant 2 sier:

...det kommer på et tidspunkt hvor avstanden mellom hva vi er enige om er god praksis og hva som vi har ressurser til rådighet, at det aldri har vært så mye strekk i det feltet som det er nå.

Her kan man ut i fra begrepene god praksis og ressurser anta at lederne og de ansatte havner i et dilemma mellom kvalitet og kvantitet. Som et svar på kapasitetsproblemer tydeliggjør informant 4 frem leders rolle i å ordne opp, dette kan forstås som behov for oppstrøms styring, å gi tilbakemelding til høyere styringsnivå.

Alle 5 informanter svarer et unisont ja på spørsmål om arbeidsbelastningen har økt. Informantenes enheter har noe forskjellig krav og betingelser, men markant vekst i henvisninger og arbeidspress går tydelig igjen fra alle informantene. Forsøk på å tallfeste veksten er noe sprikende mellom informantene, men flere nevner en økning på omtrent 50% over år, uten at styrkingen av ressurser har vært tilsvarende. Informant 2 sier:

Man har jobbet mye med effektivisering ... men nå er vi jo der at det kommer flere pasienter inn enn det vi egentlig har ressurser til og jeg tror det kommer til et tak med den måten vi jobber.

Ut i fra det informanten sier er det nødvendig å omorganisere driften av poliklinikk hvis veksten skal fortsette uten økt finansiering.

Informant 3 går lenger i å beskrive utviklingen og sier:

Arbeidsbelastningen har økt voldsomt, og vi er avviksmeldt på grunn av kvalitetsreduksjon i tilbudet, vi vanner nå ut behandlingen så ille at det blir lav kvalitet i de tjenestene vi gir, ikke på hver enkeltsak men all over som en trend.

Informantene er tydelige på at misforhold mellom oppgaver og ressurser påvirker også arbeidsmiljøet svært negativt. Mangelen på nok tid til å kunne gjøre det som beskrives som god klinisk praksis oppleves negativt. Alle informantene mener arbeidsmengden har økt over tid over flere år. Flere sier det nå ikke er mulig å effektivisere mer og er bekymret for kvaliteten på behandlingen som følge av tidspress mange nye pasienter. Styringskrav i form av fokus på redusert ventetid kan bidra til at ansatte i kunnskapsbedrifter opplever at faglighet i behandling utfordres av krav til kort ventetid for nye pasienter. Man kan få en målforskyvning der ventetid blir kvalitetsindikator på bekostning av resultat av behandling.

To av informantene har stabil personalgruppe, mens tre opplever en utvikling til det verre.

Informant 1 sier: «Det er vanskeligere å rekruttere, ja opplevelsen er at det er vanskeligere å rekruttere til allmenpoliklinikker, og vi har også mistet spesialister». Informant 2 og informant 3 sier det samme om rekruttering. Søkertall er lavere, særlig spesialister. Informant

1 sier at spesialister går til det private arbeidsmarkedet. Dette understøttes av informant 3 som også supplerer med at flere ledere har gått tilbake til ren klinikk på grunn av dårlige rammer for å utøve god ledelse. Verken Informant 4 eller 5 rapporterer store problemer med å få kvalifiserte søkere til stillingene i sine enheter de siste årene. Ut i fra forskjeller i det informantene sier om personell er det ikke like entydige konklusjoner, men en tydelig tendens mot negativ endring.

Informantenes uttalelser om lederstil viser stor oppslutning om særlig to punkter, tydelighet og struktur samt tilstedeværelse og tilgjengelighet for de ansatte. Informantene sier at produksjonskravene er absolutte og må innfris, men de trekker samtidig frem et sterkt medarbeiderfokus. Mulighet for påvirkning på produksjonskrav og rammer virker å være svært begrenset.

Informantene kommer med flere viktige motivasjonsfaktorer for godt arbeidsmiljø: Det at alle har en opplevelse av å bli hørt og tatt med på råd nevnes også som viktig, likeså at det er en faglig trygghet og støtte, samt kompetanseheving. Informantene oppgir at misforhold mellom oppgaver og ressurser medvirker til negativt arbeidsmiljø. Flere av informantene sier det har kommet til et punkt det ikke er mulig å effektivisere ytterligere og er bekymret for kvaliteten på behandlingen som følge av tidspress og stor innsøking av nye pasienter. Informantene kobler arbeidspress med begynnende rekrutteringsproblemer, særlig spesialister.

4.5. Leders ansvar for klinisk kvalitet

4.5.1 Klinisk kvalitet

Informantene bes redegjøre for hvordan de definerer klinisk kvalitet. Informantene trekker frem forskjellige vurderinger og mål for god kvalitet, men er tydelig samstemte om hva som er negativt for klinisk kvalitet.

Informant 5 sier: «...så tenker jeg klinisk kvalitet er jo at folk blir bra da, at folk føler seg frisk liksom».

Informant 1 sier: «God klinisk kvalitet det handler jo om å kunne gjøre adekvate utredninger, møte pasienter på en måte slik at de føler seg forstått, og gi så adekvat behandling som mulig».

Også informant 2,3 og 4 trekker frem begrep som god klinisk kvalitet og faglig forankring i arbeidet som gjøres.

Informantenes vurderinger av kvalitetsmåling i behandling må ses som skjønnsmessige vurderinger fra et fagperspektiv. Både knyttet til utredning og behandling vektlegges god faglig kvalitet ut i fra det som kan forstås som profesjonenes verdigrunnlag og normer. Flere informanter kobler også bedring og tilfriskning hos pasientene som et godt kvalitetsmål. Fire av informantene nevner også forskjellige varianter av tilbakemelding fra pasientene som viktig for evaluering av om behandlingstilbudet treffer målgruppen.

Informant 3 oppgir følgende om hvordan enheten følger opp pasienters tilfredshet med behandling:

Vi har jo nå også etablert ved Nidaros DPS et system som vi kaller kvalitetsindikatorer hvor vi måler symptom/funksjon på alle pasienter før oppstart, underveis i forløpet og til slutt i forløpet måler vi også pasienttilfredshet med tilbudet og livskvalitet.

Informant 1 nevner: «...det vi måler her er jo pasienttilfredshet, med KOR, så det måles jo kontinuerlig». Informant 4 sier: «Checkware har vi jo fått nå, for tilbakemelding...».

Informant 5 referer til en selvutviklet brukerundersøkelse ved enheten og sier: «Der har vi sånn evalueringsskjema, der har vi fått kjempegode tilbakemeldinger...». Uttalelsene viser at det er et stort fokus på bedre effektmål av behandlingen og da ikke på behandlingsformen, men på effekten behandlingen har på de enkelte pasienter.

Sitatene viser at alle informantene har stort fokus på faglig kvalitet i klinikken. At utredning er grundig og følger god klinisk praksis trekkes frem, likeså at pasientene får behandling som de blir bedre av. Informantene trekker også frem pasienttilfredshet og ønske om å i større grad kunne få tilbakemeldinger om hva som fungerer og ikke. Her virker det som det brukes mange forskjellige system og skjema for å sikre dette. Informantene nevner her 4 forskjellige systemer med målinger på pasienttilfredshet. Nyland og Pettersen peker på både resultat og aktivitet i helsevesenet er vanskelig målbart, og at koblinger mellom kvantitative tall og kvalitet i behandling kan være utfordrende. Egenrapportering fra pasienter kan være en måte å imøtekomme ønske om styringstall på effekt.

Informantene uttaler seg om hva som gir negativt utslag på kvalitet i behandling. Informant 1 sier: «Tidspress! At man faktisk ikke får tid til å gjøre det man skal, det klager en del behandlere over, at de syns det går for lang tid mellom hver time med pasienter, slik at

behandlingen blir mindre effektiv». Det informanten oppgir er to hovedpunkt som understøttes av alle informantene; Det er tidspress på grunn av stort antall nye saker og som en konsekvens av dette blir intervallene mellom behandlingene for lange. Informant 2 supplerer med å bemerke at en del behandlingsforløp blir for korte og Informant 3 legger til at det blir en del re-henvisninger som konsekvens av dette. Informant 5 oppgir også at kapasiteten er såpass lav at et par sammenfallende sykemeldinger vil medføre at driften ikke går rundt. Samlet sett kan man ut i fra informantenes utsagn forstå at det ikke er samsvar mellom oppgaver og ressurser og at dette har påvirkning på kvaliteten i tjenestene, eller som Informant 3 oppsummerer det: «Vi vanner nå ut behandlingen så ille at det blir lav kvalitet i tjenestene vi gir, ikke på hver enkeltsak men all-over som en trend».

Lederne oppgir behandlingsmøter som viktig for å sikre at enhetens behandling holder god kvalitet. Fire av fem informanter sier at behandlingsmøter har en sentral rolle. Informant 2 sier: «Vi tar opp journalen i behandlingsmøte, vi har jo da system på veiledning ... vi har to ganger i året porteføljegjennomgang der vi gjennomgår alle pasienter med usikker effekt eller hvor man er usikker på motivasjonen til pasienten».

Også informantene 1, 4 og 5 er enige om at behandlingsmøter er viktig for å kunne kvalitetssikre behandlingen i enheten men er ikke like tydelige på struktur og regelmessighet. Informant 3 har innført et eget system for å sikre og forbedre kvaliteten i enheten:

Med dette kvalitetsindikatorsystemet så tilfredsstillende vi da ny forskrift som er kvalitet og ledelse langt på vei, men i den forskriften så er det også pålagt oss, en ting er å monitorere som vi gjør med dette, men vi skal jo da også følge opp monitoreringen og gjøre justeringer av tjenesten på basis av de tilbakemeldingene vi får...

Informant 5 sier at:

Prøver å sikre det gjennom å være tett på folk og bruke seniorer til å veilede yngre folk, prøve å jobbe frem sånn tilgjengeligkultur, sånn at når det er vanskelige saker som en person har, så er vi ofte to, da eier vi saken ganske mye sammen...

Både informant 2, 5 og 4 trekker frem intern opplæring som tiltak for å sikre kompetanseutvikling i enhetene. Informant 2 oppgir veiledning som sentralt: «Så er det jo det å også lede gjennom andre spesialister som har veiledningsansvar, at man i starten av veiledningsrelasjonen skal gå gjennom journalkontroll...». Dette kan forstås som former for

sosial styring eller normstyring, der erfarne klinikere sørger for kompetanseheving av yngre ansatte innen samme profesjon som ledd i utdanning.

4.5.2 utfordringer

Alle informantene oppgir tidspress som negativt for kvalitet i behandling. Stor innsøking av nye pasienter bidrar særlig til at intervall mellom konsultasjoner blir for langt og påvirker kvalitet og prognose negativt. Det antydes også at pasientsaker kan avsluttes tidligere enn ønskelig. For å sikre at enhetene leverer god kvalitet trekkes behandlingsmøter frem som sentralt for å sikre at behandling er god og at det er dokumentert i behandlingsplan. Veiledning internt i enheter trekkes også frem som viktig for å sikre kvalitet, særlig hos nytilsatte.

På spørsmål om hvordan ledere jobber med pasientforløp trekker mange inn introduksjonen av pakkeforløp, også med tanke på mulighet for økt styring og ledelse. 3 av informantene trekker frem at det faglige innholdet i pakkeforløpene ikke møter så mye motstand, men at det er utfordringer med rapportering og frister.

Informant 1 sier følgende om pakkeforløp:

De gir jo en del føringer da i forhold til hva som skal gjøres gjennom et forløp, det er jo ikke så veldig mye som er nytt i forhold til utredning og behandling, det går jo som det pleide. Men det som på en måte pushes på det er at man skal ta beslutninger, kliniske beslutninger innen en viss tid i forhold til hva som skal skje med pasienten.

Informant 2 og Informant 4 støtter opp om at tydeligere krav til klinisk beslutning og evalueringer som positivt for fremdrift i behandling. Samtidig kobler informant 2 dette mot manglende ressurser og at det er utfordrende å opprettholde kvalitet i behandling når arbeidspress gir lange intervaller mellom behandlingstimer. Informant 1 sier noe av det samme: «Ulempen er jo på en måte alt det der plunderet med koding og lure på hvor man er i forløpet, frustrasjon blant behandlere på det, og et journalsystem og dokumentasjonssystem som er for tungvint».

Faglig sett oppleves ikke pakkeforløp kontroversielt, noen nevner at det da heller ikke sikrer faglig kvalitet i god nok grad. Motstanden knytter seg delvis til at tidsfrister er vanskelige å etterkomme med for stor pasientportefølje, samt tidsbruk knyttet til dokumentasjon og logistikk som av flere oppleves utfordrende. Sintefs evaluering av pakkeforløp for psykisk helse i 2020 understøtter informantenes opplevelse av at eksisterende datasystemer ikke er tilrettelagt for rapportering av tall. Pakkeforløpene har heller ikke bidratt til kvalitetsmessige fordeler.

Med utgangspunkt i problemstillingen var det ønskelig å få informantene til å tydeliggjøre fokus på kvalitet og effektivitet. Informantene ble derfor bedt om å vurdere i hvilken grad de selv mente å balansere kravene til effektivitet og budsjett på den ene siden og faglig kvalitet på den andre.

Som vedlegg til intervjuguiden ble informantene forelagt to separate skalaer med tallverdi fra 1-10. Den ene tok for seg effektivitet og budsjett, den andre faglig kvalitet. Jevnt over vurderer alle å levere høyt på begge skalaene. Tidligere spørsmål om mangelfull finansiering og stort arbeidspress gjenspeiles ikke i generelt lave tall, informantene scorer egen lederadferd høyt på begge skalaene også her. Informant 3 sier at:

I hvilken grad jeg følger opp de faglige kravene til enheten, ja jeg følger opp kravene, resultatet er noe annet. Men jeg syns jeg følger opp ja ... de budsjettmessige kravene til enheten, 10 der og. Jeg har ikke en prikk i overforbruk på lønn og vi produserer langt over resultatmål som de to grove indikatorene på budsjettkrav.

Både Informant 1, 2 og 5 støtter opp om det informant 3 sier og gir seg selv mellom 7 og 10 på begge variabler. På spørsmål om kvalitet svarer alle at de mener å levere god kvalitet uten å eksemplifisere dette videre, når det kommer til budsjett kobler informantene det at de holder budsjettet som god økonomistyring. Informant 2 nevner allikevel at kvaliteten nå er dårligere enn for noen år siden.

Når informantene spørres om de mener å klare å balansere krav til budsjett og kvalitet rapporterer de høye scorer på begge variabler. Tidligere uttalelser om utvanning av klinisk kvalitet og manglende samsvar mellom ressurser og oppgaver nevnes i liten grad. At det allikevel rapporteres høy kvalitet i behandling kan forstås ut i fra at flere pasienter ikke får et behandlingstilbud, eller at pasienter avsluttes tidligere.

Informantenes vurderinger av kvalitetsmåling i behandling er vanskelig å konkretisere, men alle informantene har stort fokus på faglig kvalitet i klinikken. Pasienttilfredshet og bedre kvalitetsindikatorer trekkes frem. Her brukes pr i dag mange forskjellige system og skjema.

Flertallet av informantene oppgir manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser og at dette har påvirkning på kvaliteten i tjenestene. Alle informantene oppgir tidspress som negativt for kvalitet i behandling, stor innsøking av nye pasienter bidrar særlig til at intervall mellom konsultasjoner blir for langt og påvirker kvalitet og prognose negativt.

For å sikre at enhetene leverer god kvalitet vektlegger informantene behandlingsmøter og intern veiledning, særlig for nytilsatte. Faglig sett oppleves ikke pakkeforløp kontroversielt, noen nevner at det da heller ikke sikrer faglig kvalitet i stor nok grad. Motstanden mot pakkeforløp relateres til at tidsfrister er vanskelige å etterkomme med for stor pasientportefølje samt tidsbruk knyttet til dokumentasjon og logistikk.

Informantene rapporterer høye scorer på begge variabler når de spørres om de klarer å balansere krav til budsjett og kvalitet. Tidligere uttalelser om utvanning av klinisk kvalitet og manglende samsvar mellom ressurser og oppgaver nevnes i liten grad her.

4.6 Fremtidsutfordringer

4.6.1 Endringer og usikkerhet

Alle informantene er spente på fremtiden og fremtidens organisering av seksjonene der de jobber. Sykehusdirektøren har besluttet at dagens organisering av psykisk helsevern i en stor divisjon ikke skal bestå. Det er planlagt en omorganisering der dagens divisjon omgjøres til to klinikker. Det har vært gjennomført en OU-prosess der ledere og fagpersoner i klinikken utarbeidet to forslag til fremtidig organisering. Det endelige forslaget som har blitt vedtatt baserer seg på en tredje modell som ble utarbeidet i etterkant. Videre tar informantene opp behov for en større omorganisering av tjenestetilbud sammenlignet med dagens tilbud som en mulig fremtidsløsning på grunn av stadig økning i aktivitet og behov for helsetjenester

Informant 5 sier: «Jeg er veldig bekymret for fremtiden med tanke på utviklingen i PH». «Delingen i to klinikker og at DPS-strukturen eller organisasjonen som jeg oppfatter som en veldig levedyktig god organisasjonsmodell blir så ribbet, det er jeg bekymret for».

Også informant 4 er spent på hvordan denne organisatoriske endringen vil påvirke avdelingene.

Informant 3 sier at:

... mål og retning og signaler fra PH er svært ullent og vanskelig å forholde seg til ... Her har det vært faggrupper inne, 7-8 grupper og sagt noe om hvordan det her bør organiseres faglig, det gjenspeiles ikke i det som sies fra OU-prosessen om hva som skal skje. Der er det et fokus på bygg, økonomi, ledelse, nedskjæring av tjenester, i liten grad et fokus på de rammene vi trenger for å utøve godt fag.

Informanten går langt i å antyde at omorganiseringen er styrt av økonomi og ikke av kliniske hensyn. Det etterspørres tydelighet i fremtidig faglig strategi og at dette bør gjenspeiles i organiseringen.

Informantene uttrykker med andre ord usikkerhet med hensyn til forestående omorganisering til toklinikkstruktur, noe som innebærer at dagens divisjon og dens funksjoner skal deles og på sikt plasseres på to forskjellige lokasjoner. Informantene er usikre på hvordan dette vil påvirke deres hverdag, både arbeidsoppgaver og ansvarsområder må kunne tenkes å påvirkes av dette. En av informantene mener omorganiseringen i større grad preges av fokus på penger og nybygg enn faglig utvikling. Det refereres også til at det organisasjonsutviklingsarbeidet som klinikerne i divisjonen har bidratt på i liten grad ligger til grunn for de strategiske valgene som er tatt. Dette kan forstås som at det strategiske nivået i mindre grad har forholdt seg til oppstrøms påvirkning. Det kan fremstå som det er stor avstand mellom det strategiske og det operative nivå i organisasjonen og at endringene ikke er godt forankret blant de ansatte.

4.6.2 Framtidig organisering

Når det kommer til organisering av fremtidens polikliniske tilbud kommer tre av informantene med tydelige forslag til fremtidig organisering. Informant 1 sier:

...at man fikk et riktigere behandlingstilbud til mange pasienter ... å fri oss fra sånn tradisjonell poliklinisk tenkning med en pasient og en behandler og kjørte både diagnosespesifikke grupper og ikke-diagnosespesifikke grupper, at det ble en mye vanligere behandlingsform.

Informant 2 er enig med informant 1 om behov for endringer i tilbudet og antyder en retning mot mer spesialisering og begrunner dette med behov for mengdetrening for å kunne effektivisere utredninger. Fokus på effektivisering i form av gruppebehandling og avgrensete tilbud er allerede i gang hos informant 2: «Vi ser at vi har vridd tjenesten mot mange slike 4dagerstilbud, flere gruppetilbud...».

Informant 3 er enda tydeligere på behovet for større endringer av tjenestenes utforming: *«Ideelt så ser jeg for meg at allmenpoliklinisk organisering må gjøres om, vi må ha flere spesialteam».*

Over i utvikling av tjenestetilbud mener flertallet at psykisk helsevern vil ha behov for omorganisering og endring av behandlingstilbudet for å møte befolkningens økende behov for helsetjenester. Mer fokus på både spesialisering og gruppetilbud trekkes frem som mulige veier å gå. Spissing av tilbud og mengdetrening på avgrensede fagområder ventes av enkelte av informantene å kunne bidra til mer effektiv behandling. Dette vil kunne stille krav til bedre og mer horisontalt samarbeid i organisasjonen, dette kommer informantene ikke inn på som en utfordring.

Hovedinntrykket etter å ha intervjuet informantene om disse temaene kan oppsummeres med noen tema. Fremtidsbildet preges av forestående omorganisering til toklinikkstruktur, informantene er usikre på hvordan dette vil påvirke deres hverdag, både med tanke på arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Flertallet av informantene nevner omorganisering og endring av behandlingstilbudet i psykisk helsevern som nødvendig for å møte befolkningens økende behov for helsetjenester. Spesialisering og gruppetilbud trekkes frem som mulige veier å gå. En spissing av tilbud og mengdetrening på avgrensede fagområder ventes av enkelte av informantene å kunne bidra til mer effektiv behandling.

4.7 Studiens hovedfunn

Med utgangspunkt i underkapitlene foran blir hovedpunkt her summert opp med tanke på å belyse problemstillingen. Disse punktene blir analysert videre i neste kapittel.

- **Manglende kobling mellom krav til aktivitet og økonomiske rammer.**

Informantene mener at styringskrav reduserer kvalitet på tjenestene på ulike måter. De uttrykker økende sprik mellom fag/kvalitet på den ene siden mot aktivitet og produktivitet på den andre.

- **Balansering av lederroller.**

Informantene forsøker å være lojale oppover, men presses samtidig nedenfra av de ansatte. De står dermed i skvis mellom det strategiske nivå (divisjonsledelsen) og de ansatte.

Mellomlederne blir dermed buffere mellom det strategiske og de operative/ kliniske nivåene.

- **Målforskyvning.**

Mellomlederne i studien har lojalitet oppover og leverer på det de blir målt på. Realiteten er av kvaliteten presses. Det som rapporteres filtreres så det ser bra ut oppover, men kvalitetsindikatorene dekker over realiteten.

- **Mangelfull kommunikasjon**

Informantene opplever at avstand mellom klinikkledelsen og informantene blir for stor. De opplever derfor et kommunikasjonsproblem, fordi det blir filtrering oppover nivåene.

5. Analyse

5.1 Manglende kobling mellom krav til aktivitet og økonomiske rammer.

Informantene rapporterer om jevn økning i henvisninger over år. At de ansatte i enhetene innfrir måltall på aktivitetskrav er ikke nødvendigvis godt nok, uforutsigbare henvisningstall skal håndteres og ventetid skal holdes nede. Fra egen erfaring er det kjent at mengden henvisninger kan variere fra måned til måned og det er tar tid å få på plass nye årsverk, både finansiering av stillinger og rekruttering av ansatte. Med andre ord er det nødvendig å dekke inn kapasitetsunderskudd ved å fordele flere saker på eksisterende ansatte. Konsekvensen for enhetene er i følge informantene at det blir for lite tid tilgjengelig. Det oppstår et økende sprik mellom fag og kvalitet på den ene siden og aktivitet eller produksjon på den andre siden. Nyland & Pettersen (2018) viser til at verdiskapningen kan styres på fire vis; gjennom *innsatsfaktorer, aktivitet, resultat* og ved *målstyring*. De antyder videre utfordringen med å sikre at man har tall som kobler aktivitet og resultat med faktisk kvalitet i behandlingen. Ut i fra det informantene rapporterer er det et klart styringsfokus på aktivitetstall og ventetid fra det strategiske nivå, dette er på linje med styringsmålene i *Sykehustalen* fra helseminister Bent Høie (2019). Unødvendig venting skal bort mens kvaliteten skal opp. Samtidig rapporterer informantene om kvalitetsnedgang og etterspør bedre kvalitetsindikatorer på det operative nivå.

Nyland & Pettersen (2018) viser i *Den ideelle styringssirkel* (figur 5) hvordan virksomhetsstyringen kan ses som en gjentagende øvelse med fire faser. De fire fasene er; *visjon planer og strategi, planer og budsjett, handling og aktivitet* samt *rapportering og aktivitet*. Forstår man situasjonen i organisasjonen ut i fra *Den ideelle styringssirkelen* er et mulig svar på utfordringene at det er brudd i koblingene i styringssirkelen. Strategi og styringskrav virker ikke å være koblet godt nok mot budsjett og budsjettarbeid innad i divisjonen. Informantene oppgir liten involvering i budsjettarbeidet og et begrenset handlingsrom ut over faglig retning. Dette kan forstås som at mellomledernes påvirkning og tilbakemeldinger på budsjett blir for liten, det blir ikke et korrektiv på avstanden mellom strategi og budsjett med påfølgende justering. Konsekvensen blir at det er vanskelig å innfri gjeldende krav ut i fra den aktuelle budsjetttramme. Informantene viser til at dette gir utslag som utfordrer kvalitet i behandling.

Resultatet blir usikkerhet og kapasitetsutfordringer i handlingsfasen som kan sies å enten skyldes urealistiske krav, underbudsjettering, eller en kombinasjon av begge. Når det så rapporteres tilbake til strategisk nivå tar dette utgangspunkt i en driftssituasjon basert på budsjettering som ikke henger sammen med de strategiske planer i organisasjonen. Flere brudd i styringssirkelen gjør at det i praksis ikke er den sammenhengen man kunne ønske seg. Man kan dermed få følgefeil gjennom sirkelen i form av urealistiske målsetninger, manglende budsjettering, en handlingsfase der faget utfordres i møte med styringskrav og der rapporteringen melder måloppnåelse på krav som ikke nødvendigvis gjenspeiler visjon og planer for organisasjonen.

5.2 Balansering av lederroller.

Informantene forsøker å være lojale oppover mot ledere når det kommer til styringskrav men presses samtidig nedenfra fra de ansatte på både faglig kvalitet og arbeidsmiljø.

Mellomlederne står dermed i skvis mellom det strategiske nivå (divisjonsledelsen) og sine ansatte. Strand (2007) deler lederrollen inn i fire områder i *PAIE-modellen på ledelse*. De fire områdene er; *produsent, administrator, integrasjon og entreprenørskap*. Ovenfra møter informantene forventninger som fokuserer på produsentrollen. Fokus er på aktivitet og produktivitet. Samtidig møter de fra sine ansatte forventninger om at de skal bidra på andre roller. Integratorrollen etterspørres, de skal jobbe tett på sine ansatte, utvikle enheten og tilrettelegge for at klinikerne jobber godt sammen. Også entreprenørrollen er viktig, behandlingstilbudet skal være faglig godt og oppdatert og de ansatte ha rett kompetanse og skoling. Forventningene er mange og stiller store krav til mellomlederen.

Nyland & Pettersen (2018) viser i modellen styringspyramiden hvordan styring foregår på tre nivå. I denne kontekst skjer det strategiske arbeidet på divisjonsnivå, avdelingssjef er på det administrative nivå, mens informantene er på det operative nivået. Kombinasjonen av måltall på aktivitet, kvalitetsindikatorer og pakkeforløp som informantene nevner kan man forstå som en utvikling mot at styringen er kommet tettere på det operative nivået. Når både økonomi, aktivitet, ventetid og klinisk tilbud blir mer målbart er det vanskeligere å balansere mellom forskjellige hensyn. Mellomlederne må heller forsøke å fentre mellom klare krav på alle sider. Oppdragsdokumentet stiller krav til både lav ventetid, tidsfrist for utredning i

pakkeforløp samt vekst i både aktivitet og kostnader i psykisk helsevern. Informantene måles på ventetid og utredning, mens krav til økonomisk vekst uteblir.

Berg (2016) forklarer i sin modell *Den kliniske syklus og ledelsessyklusen* (figur 2) kommunikasjonen mellom ledelse og klinikken som ledelsessyklusen. Det ene er nedstrøms påvirkning, altså det ledelsen ønsker at klinikkene skal utføre, det andre er oppstrøms påvirkning, altså klinikkens tilbakemeldinger på hvordan ledelsens tiltak fungerer. Hvis man forstår informantene rett har det vært en kraftig og etter hvert problematisk vekst i arbeidsoppgaver uten at det følger med ressurser til å kunne gjennomføre dette. Når ledere på operativt og administrativt går til det skritt å avviksmelde egen praksis til divisjonsledelsen kan man trekke som slutning at tilbakemeldingene fungerer dårlig. Nedstrøms informasjon fra klinikken har tilsynelatende ikke medført endringer i strategiutvikling og kommunikasjon kan ikke fungere godt nok.

Det å skulle balansere en produsentrolle kommer gjerne i konflikt med andre roller. Informantene ble forelagt Blake & Mouton (1968) sin modell *Ledergitteret* (figur 6) under intervjuene. Modellen angir leders fokus på menneskelige hensyn langs den ene aksene og produksjonshensyn langs den andre. Samtlige av informantene mener å balansere både kvalitet og kvantitet på en god måte, de gir seg selv høy score på måloppnåelse på begge hensyn, de holder budsjett og har god faglig kvalitet. Parallelt oppgir informantene på andre spørsmål at det ikke er samsvar mellom oppgaver og ressurser, faglig kvalitet senkes på grunn av dårlig kapasitet og det er tendenser til økt turnover og færre søkere til nye stillinger. Dette kan forstås som at handlingsrommet til mellomlederne har blitt mindre, leder blir en buffer mellom til dels motstridende krav fra topp og bunn i hierarkiet. Det kan virke som at aktivitet og økonomi sjeldent må vike, da på bekostning av hensyn til medarbeidere og klinikk.

5.3 Målforskyvning.

Informantenes uttalelser understøtter min oppfatning av at mellomlederne har stor grad av lojalitet oppover hierarkiet til ledere lengre opp. Det forekommer styring av virksomheten gjennom aktivitetsstyring. De leverer på det de blir målt på, det fremstår ikke som et alternativ å ikke kunne innfri på aktivitet og å holde nede ventetid, men informasjonen dekker samtidig over deler av realiteten. Tallene som rapporteres har veldig mye støy, det

etterspørres både effektiv drift og kvalitet i behandling, men kvalitetsindikatorer filtreres gjennom fokus på kvantitative størrelser. Ut i fra det informantene forteller i intervjuene kan det fremstå som at det Strand (2007) omtaler som fokus på produktivitet får for stor plass i produsentrollen i PAIE-modellen. Ventetid og frister monitoreres og det hentes ut rapporter og tall.

Realiteten blir at kvaliteten presses, manglende samsvar mellom krav og budsjett gir i følge informantene flere utslag på det kliniske tilbudet. At behandling avsluttes tidligere nevnes som en faktor, men den største utfordringen er at intervallene mellom timer forskyves for å gjøre plass til nye pasienter. En følge angis å være dårligere effekt på gitt behandling og at behandlingsløp blir unødvendig lange. Slik jeg tolker informantenes uttalelser er det en klar risiko for at man utvikler en praksis der dagens styringsindikatorer gjør at man kan få en antatt uønsket kvalitetsnedgang på grunn av dagens aktivitetsstyring. Nyland & Pettersens (2018) modell *Den ideelle styrings sirkel* (figur 5) viser virksomhetsstyring som en gjentagende øvelse med fire faser; *visjon planer og strategi, planer og budsjett, handling og aktivitet* samt *rapportering og aktivitet*. Blir det strategiske ledernivået for opptatt med planlegging og målinger, kan man risikere at man oppnår andre resultat enn som egentlig ønskes.

Konsekvensen er at man med dagens praksis får en mulig *målforskyvning*. Jacobsen & Thorsvik (2013) beskriver at når organisasjonens mål endres til noe annet enn planlagt så kan det oppstå målforskyvning. Det er tre former for målforskyvning, suboptimalisering, overdreven regelfokusering og overmåling. Informantenes uttalelser kan forstås som at det er både overdreven regelfokusering for å etterleve målepunkt i pakkeforløp og en form for overmåling for å innfri forventninger om lav ventetid før oppstart behandling. Det blir lett å kvantifisere det man gjør, men vanskeligere å få gode tall på hva man mister. Det er altså ikke sikkert at gode tall indikerer god behandling. Flere av informantene etterspør bedre kvalitetsindikatorer og jobber med å utvikle systemer for å kunne måle og kvantifisere kvalitet og pasienttilfredshet. Bedre mulighet for å måle bedring og effekt vil kunne vri virksomhetsstyringen til å i større grad fokusere på resultatstyring, man kan i større grad få både gode tall og god kvalitet.

5.4 Mangelfull kommunikasjon.

Berg (2016) viser i sin modell *Den kliniske syklus og ledelsesyklusen* (figur 2) de to syklusene, der mellomlederen har en sentral funksjon. Plassert i klinikken skal informantene forholde seg til både ledelse, sine ansatte og pasientene. Det kan virke som avstand mellom divisjonsledelsen og informantene blir for stor, det blir filtrering oppover nivåene. Oppstrøms påvirkning fra klinikken blir ikke i stor nok grad tatt på alvor av divisjonsledelsen og lagt til grunn for videre ledelse.

Berg (2016) sier videre at det særlig i helsevesenet tidligere har vært en sterk tradisjon for at strategiutvikling og ledelse må skje i klinikken og at det ikke er mulig å lede klinikere uten selv å være klinisk aktiv. Han sier at ledere med et praksis-syn på ledelse vil mene at alle oppgaver henger sammen og at det derfor sånn sett er vanskelig å dele opp oppgaver innad i organisasjonen. En utvikling mot mer strategisk styring bidrar til at avstanden mellom de som styrer og de som ledes blir lang. Nyland og Pettersen (2018) viser til at man kan få en utvikling der mål på klinisk nivå og på strategisk nivå ikke sammenfaller. Informantenes uttalelser om at nedgang i kvalitet og manglende ressurser kan forstås som at kommunikasjonen ikke er god nok.

Jacobsen & Thorsvik (2013) sier at *direkte ledelse* er kommunikasjon og samhandling mellom leder og medarbeidere i alle kanaler mens det med *indirekte ledelse* tenkes på enten formelle eller uformelle organisasjonstrekk. En mulig forklaring på kommunikasjonsutfordringene kan være at informantene opplever mer indirekte ledelse i form av krav og måltall og at det er mindre direkte kommunikasjon mellom ledernivåene.

Hopwood (1976) sin modell *Faktorer som påvirker styring i helseforetak* (figur 4) peker på at styring i organisasjoner består av tre elementer: *Administrativ styring*, altså det informantene angir som systemer og strukturer, *sosial styring*, altså koblet mot utdanning og profesjon og normer og *selvstyring*, at de ansatte opplever å ha påvirkning og autonomi i egen arbeidshverdag. Hvis informantene opplever at den administrative styringen er frakoblet de to andre faktorene vil dette nødvendigvis ha negativ påvirkning på styringen som helhet.

Dette kan medføre at informantene (og deres ansatte) opplever at daglig ledelse går fra det Jacobsen & Thorsvik (2013) kaller en relasjonsorientert stil med medarbeiderinkludering til en mer oppgaveorientert autoritær ledelse med et tydeligere fokus på måloppnåelse.

De ansatte i ekspertorganisasjoner har høy utdanning og høy modenhet. Dette medfører stor grad av autonomi og selvledelse som viktig for de ansatte. Strand (2007) viser til «forholdet mellom kyndighet og myndighet», faren for at de ansatte opplever at måltall og økonomi vektlegges mer enn faglig forsvarlighet og kliniske vurderinger. Informantene viser til høyt arbeidspress og at ansatte søker seg bort fra enhetene og opplever at faglighet utfordres. Dette kan forstås som et signal på at de ansatte føler at autonomien utfordres og at deres bekymringer ikke når frem i hierarkiet. Hopwood (1976) peker også på viktigheten av å anerkjenne normstyring som sentralt for å sikre målrealisering i organisasjonen. Konsekvensen av ikke å anerkjenne og lytte til de ansatte i veivalg der faglig forsvarlighet utfordres kan bli at ekspertene forlater ekspertorganisasjonen.

6. Konklusjon:

Helsevesenet har de senere år fått et stadig økende fokus på både effektivitet, produktivitet og kvalitet. Både helseminister, helseforetak og sykehusledelse stiller krav til at mellomlederne må levere på mange områder. Samtidig utfordres mellomlederne av ansatte med stor grad av autonomi og krav om faglig forsvarlighet i behandlingstilbudet. Mellomlederne utfordres altså av krav og forventninger fra flere hold. Derfor har denne oppgaven fokusert nettopp på:

«Hva opplever ledere som de største utfordringene når de skal balansere kravene til effektivitet og kvalitet i klinikken?».

Med utgangspunkt i teoretisk rammeverk kombinert med dokumentstudier og intervju konkluderer oppgaven med fire sentrale utfordringer.

Den første utfordringen er manglende kobling mellom krav til aktivitet og økonomiske rammer. Informantene mener at styringskrav reduserer kvalitet på tjenestene på ulike måter. De uttrykker økende sprik mellom fag/kvalitet på den ene siden mot aktivitet og produktivitet på den andre.

Dessuten står lederne ovenfor utfordring knyttet til balansering av lederroller. Lederne forsøker å være lojale oppover, men presses samtidig nedenfra av de ansatte. De står dermed i skvis mellom det strategiske nivå (divisjonsledelsen) og de ansatte.

Videre så viser studien at ledere må håndtere stor grad av målforskyvning. Mellomlederne har lojalitet oppover og leverer på det de blir målt på, men kvalitetsindikatorene dekker over realiteten. Realiteten er at den kliniske kvaliteten presses.

De strukturelle endringene medfører kommunikasjonsutfordringer. Avstanden mellom divisjonsledelsen og operativt nivå blir for stor. De opplever et kommunikasjonsproblem, fordi det blir filtrering oppover nivåene.

Implikasjon:

Mellomlederne opplever økende sprik mellom fag/kvalitet og aktivitet/produktivitet. Det betyr at man i utvikling av oppdragsdokument må anerkjenne at det er vanskelig å kvantifisere kvalitet og dermed må utvikle myke styringsindikatorer, som kan være vanskeligere å måle.

Sykehusledelsen bør ta tak i at mellomlederne står i skvis mellom det strategiske nivå (divisjonsledelsen) og de ansatte.

Det forekommer målforskyvning. Mellomlederne leverer på det de blir målt på, men kvalitetsindikatorene dekker over realiteten som er at kvaliteten presses negativt. Det bør etableres bedre kvalitetsindikatorer for resultat av behandling.

Kommunikasjonsutfordringer må håndteres. Avstanden mellom divisjonsledelsen og operativt nivå blir for stor og de opplever et kommunikasjonsproblem. Dette kan også påvirke bemanning og rekruttering.

Videre forskning:

Oppgaven har et begrenset antall informanter. Informantene jobber også i omtrent samme funksjon og på samme ledernivå. Å kunne intervjuet informanter med lederstilling og erfaring på flere ledernivå nivå vil kunne bidra til å få et mer helhetlig bilde av organisasjonen og utfordringene. Det hadde også vært interessant å fått vite i hvilken grad de utfordringene som rapporteres er av lokal art eller om dette også er gjenkjennelig nasjonalt.

Referanseliste.

Berg, O. (2016). *Klinikkens styring og ledelse*.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018) *Nye pakkeforløp for psykisk helse og rus: Bedre behandling og mer forutsigbarhet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-pakkeforloepene-for-psykisk-helse-og-rus-bedre-behandling-og-mer-forutsigbarhet/id2610736/>

Helse Midt-Norge (2019). *Styringskrav og rammer 2019 St. Olavs hospital HF*. Hentet fra: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmter/Styringskrav%20og%20rammer%202019%20St.%20Olavs%20hospital%20HF.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Oppdragsdokument 2020 Helse Midt-Norge RHF*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2020-helse-midt-norge-rhf.pdf>

Helsedirektoratet (2020). *Innsatsstyrt finansiering 2020*. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverket%202020.pdf/_/attachment/inline/0a14f8c6-2443-4c22-97ce-df83d54ff27e-97c7d54f408ce454ebd38caa957d3e4e8c40a7b0/ISF-regelverket%202020.pdf

Høie, B. (2019) *Sykehustalen 2019*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2019/id2625399/>

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer. 4. utg.* Bergen, Fagbokforlaget.

Molven, O. (2012): *Helse og jus. 7. utgave, 1 opplag*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

NOU 1997: 2. (1997) *Pasienten først!- Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/?ch=3>

Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018) *Helse og penger. 1. utg.* Bergen, Fagbokforlaget.

Redaksjonen for Norsk APA-stil. (2019). *Norsk APA-manual: En nasjonal standard for norskspråklig APA-stil (versjon 3.2)*. Hentet fra: <https://www.unit.no/tjenester/norsk-apa-referansestil>

Spesialisthelsetjenesteloven – sphi (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten LOV-1999-07-02-61. Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

St. Olavs hospital. (2020, 15 februar) Om oss. St Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim. Hentet fra: <https://stolav.no/om-oss>

Storvik, A.G. (2018a) Den gyldne regel er en politisk bløff. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/12/10/-den-gylne-regel-er-en-politisk-bløff/>

Storvik, A.G. (2018b) Slik kan sykehusene vri på behandlingen for å tjene penger. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/11/05/slik-kan-sykehusene-vri-pa-behandlingen-for-a-tjene-penger/>

Strand, T. (2007) *Ledelse organisasjon og kultur*. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (2018) *65 000 per innbygger til helse*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/65-000-per-innbygger-til-helse>

Helse Midt-Norge RHF. (2019) *Årlig melding 2019 for Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/18f93a5faa81417b8ac28f74a02cc0ee/arlig-melding-helse-midt-norge-rhf-2019.pdf>

Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., Lassemo, E. (2020). *Rapport. Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*. Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf

Vedlegg:

Vedlegg 1. NSD godkjenning:

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 15.05.20, 09.29



NSD sin vurdering Prosjekttittel

På slakk line? Om å balansere kvalitet og effektivitet i klinisk ledelse. Hva opplever ledere som de største utfordringene når de skal balansere kravene til effektivitet og kvalitet i klinikken?

Referansenummer

277197

Registrert

31.01.2020 av Kristoffer Lein Staveli - kristoffer.staveli@student.nord.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Ledelse og innovasjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Inger Johanne Pettersen, inger.j.pettersen@ntnu.no, tlf: 73559013

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristoffer Lein Staveli, staveli@gmail.com, tlf: 97184103

Prosjektperiode

01.01.2020 - 15.06.2020

Status

31.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

31.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet

about:blank Side 1 av 3

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 15.05.20, 09.29

31.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke,

uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

about:blank Side 2 av 3

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 15.05.20, 09.29

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Henrik Netland Svensen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2. Informasjonsskriv informanter:

Vil du delta i forskningsprosjektet:

”Hva opplever ledere som de største utfordringene når de skal balansere kravene til effektivitet og kvalitet i klinikken?”

”?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å gjennomføre 4-9 kvalitative intervju med mellomledere i psykiatrisk poliklinikk. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Intervjuene vil transkriberes og analyseres og inngå i en masteroppgave ved Nord Universitet. Oppgaven er avsluttende del av masterprogrammet MBA, Master of business administration ved Campus Stjørdal.

Det har de senere år vært en økning i antall henvisninger og innføring av flere standardiserte pasientforløp. I tillegg er det krav om økt aktivitet pr behandler og krav om budsjettkutt i avdelingene. Dette stiller både avdelingene, seksjonene og ikke minst seksjonslederne i en posisjon der både effektivitet og kvalitet stadig skal bedres.

Mål for masteroppgaven er å gjennomføre intervju av mellomledere i allmenpsykiatriske poliklinikker ved St. Olavs hospital og analysere disse ved hjelp av kvalitativ forskningsmetode. Gjennom disse intervjuene er hensikten å undersøke hvordan mellomlederne opplever og prioriterer styringskrav og forventinger fra sykehusledelsen.

Det vil gjennomføres 4-9 individuelle intervju av 1 times varighet med mellomledere med minimum 5 års ledererfaring. Aktuelle tema for intervjuene er lederroller og lederstil, personalledelse og virksomhetsstyring, pasientforløp og kvalitet i behandling.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du som er spurt om å delta er forespurt ut i fra at du er mellomleder i poliklinikk med ledererfaring, og jobber ved enten Nidaros eller Tiller distriktpsikiatriske senter, St. Olavs hospital. Utvalget er ikke trukket, intervjuobjekt er valgt ut i fra masterstudentens forhåndskjennskap til egen organisasjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer dette at du deltar på et individuelt intervju med masterstudent Kristoffer Lein Staveli. Antatt omfang er 60 minutter. Intervjuet følger en oppsatt intervjuguide og tas opp på diktafon. Etter intervjuene transkriberes og anonymiseres innsamlede opplysninger og blir brukt i masteroppgaven. Aktuelle tema for intervjuene er lederroller og lederstil, personalledelse og virksomhetsstyring, pasientforløp og kvalitet i behandling. Det er mulig å få det transkriberte intervjuet til gjennomlesning i etterkant om ønskelig.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun masterstudent Kristoffer Lein Staveli vil ha tilgang til opptakene fra intervjuene og samtykkeskjema. Ved transkribering vil intervjuene bli anonymisert.
- Opptak fra intervjuene vil oppbevares forsvarlig nedlåst til de er transkribert og deretter slettes når oppgaven er gjennomført.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste nedlåst og adskilt fra øvrige data.

Masteroppgaven vil bli tilgjengelig via Nord universitet. Alle intervju vil være anonymisert og det vil ikke fremkomme personopplysninger som kan identifisere de som intervjues.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes våren 2020. Når masteroppgaven er ferdigstilt slettes alle opptak og transkriberte intervju.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord universitet vurderer NSD – Norsk senter for forskningsdata AS at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student Kristoffer Lein Staveli. Telefon: 971 84 103 epost: staveli@gmail.com
- Nord universitet ved veileder for masteroppgaven, professor Inger Johanne Pettersen. Telefon: 72559013 epost: inger.j.pettersen@ntnu.no
- Personvernombud Nord universitet: personvernombud@nord.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Inger Johanne Pettersen
Prosjektansvarlig
(veileder)

Kristoffer Lein Staveli
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *individuell intervju*.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020.

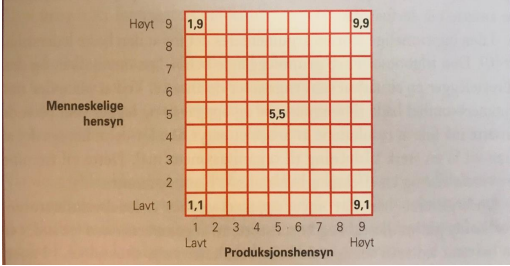
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3. Intervjuguide (modeller i vedlegg):

Intervjuguide

«Hva opplever ledere som de største utfordringene når de skal balansere kravene til effektivitet og kvalitet i klinikken?»

Spørsmål:	Intervjustøtte:	Teoretisk forankring:
Bakgrunn mellomleder:		
-Hva var motivasjonen for å bli leder?		
-Tenker du at du fikk jobben pga ledererfaring, ledertalent, klinisk erfaring eller en kombinasjon?		
Lederrollen og lederstil:		
-Hvor mange timer jobber du pr uke?		
-Hvor mye av jobben er knyttet til: administrative oppgaver -indirekte pasientbehandling		

<p>-direkte pasientbehandling hver uke? Er dette greit?</p>		
<p>-Hvordan vil du definere god ledelse?</p>		
<p>Hvordan mener du at du selv utøver god ledelse?</p>		
<p>-Med utgangspunkt i det, hva kjennetegner din lederstil?</p> <p>-Hvordan vil du plassere din lederstil i dette diagrammet? Hva karakteriserer deg som leder?</p> 		

-I hvilken grad antar du at du er medarbeiderorientert?		
Personalledelse:		
-Hva mener du som leder er den viktigste motivasjonsfaktor for godt arbeidsmiljø? (gi gjerne eksempler på situasjoner med motiverte/demotiverte medarbeidere)		
-Har arbeidsbelastningen blant de ansatte økt? Hvordan påvirker dette evt arbeidsmiljøet?		
-Har turnover blant de ansatte endret seg? Er det vanskelig å rekruttere/beholde ansatte?		
-Hvordan vil du definere god klinisk kvalitet i din enhet? -Hva påvirker kvalitet i negativ retning?		
-Hvordan sikrer du at all behandling holder god faglig standard?		
-Hvordan har du som leder jobbet med pasientforløp? -Hvordan vil du si det bidrar i styring og ledelse?		

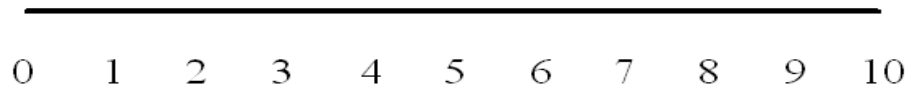
På en skala fra 1-10, i hvilken grad greier du å balansere mellom effektivitet og budsjett på den ene siden og faglig kvalitet på den andre siden? (be informant angi verdi på skala i vedlegg)		
Hvorfor er det sånn?		
Virksomhetsstyring:		
-Hva er de viktigste styringskrav i enheten din? -Kan dere oppfylle disse?		
Hva må du eventuelt redusere på for å holde budsjettet?		
-Hvordan styrer du etter aktivitetstall?		
-Er det samsvar mellom krav til aktivitet og de ressursene du har tilgjengelig?		
-Hvordan måler du resultat opp mot aktivitet? Hva er viktigste styringsdokument? -Er budsjettet enkelt og forståelig? -Hvordan bruker du budsjettet?		
-Hvilke tiltak kan du gjennom året sette inn for å redusere avstand mellom budsjett og resultat ?		
		

-Hvor stor handlefrihet/handlingsrom har du som leder? -Hva bruker du dette rommet til?		
-Er det fag du skulle hatt større innflytelse på?		
-Fremtidsspørsmål, utfordringer/muligheter?		
-5årsperspektiv, hvor er man? Både ideelt og realistisk?		

Vedlegg 1(intervjuguide).

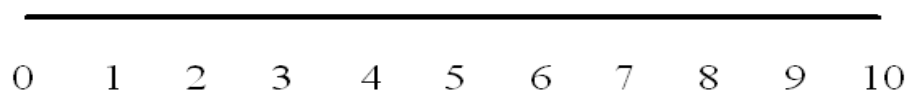
Skala 1:

I hvilken grad følger du opp de faglige kravene til enheten.



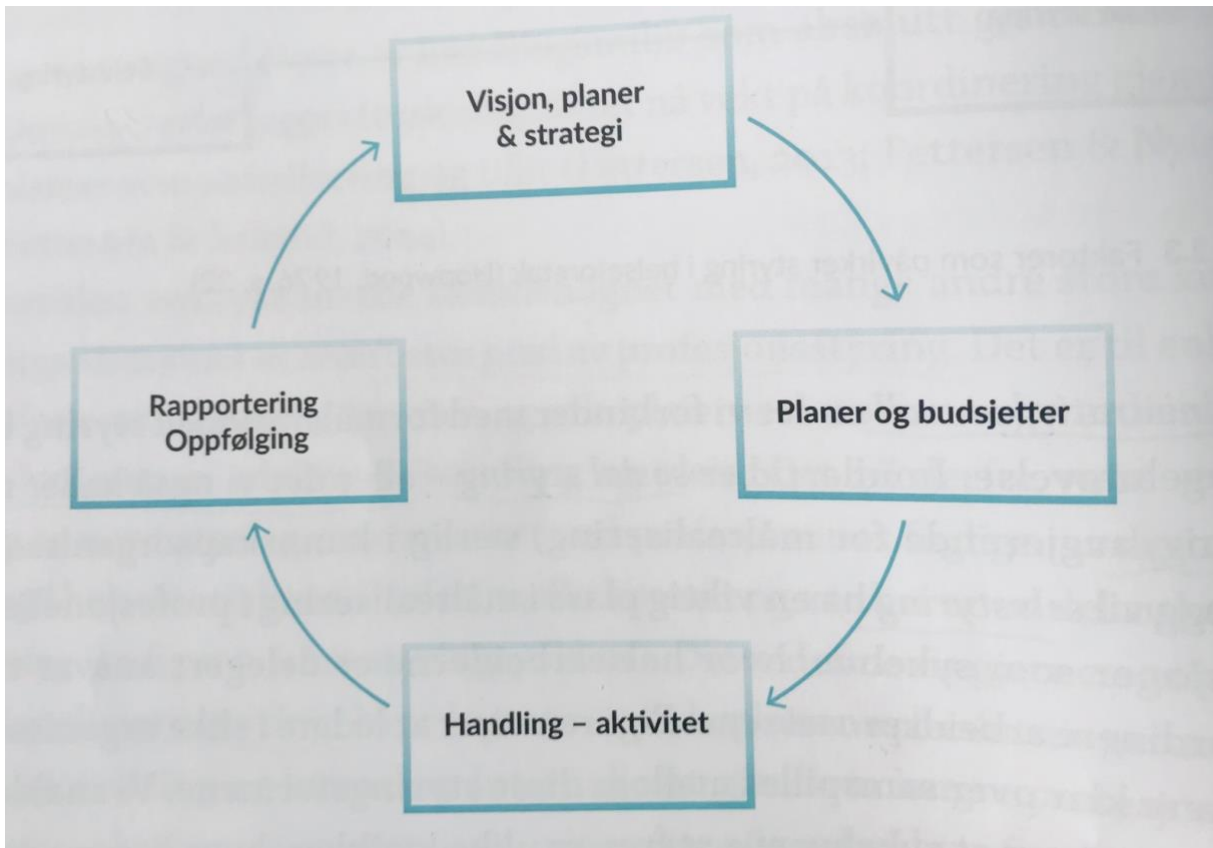
Skala 2:

I hvilken grad følger du opp de budsjettmessige kravene til enheten?



Vedlegg 2 (intervjuguide):

Styringssirkelen:



Vedlegg 3 (intervjuguide):

Ledergitteret:

