



HØGSKULEN I VOLDA

Ma

Masteroppgåve i samfunnsplanlegging og leiing

Læring og endring i den offentlige organisasjonen sykehuset
– muligheter og hindringer

Studienoeng: 30

Heidi Sandersen
12/2011

Learning and change in the hospital as a public organization – possibilities and obstacles.

Abstract

Purpose: The study aims to gain deeper knowledge about how planning- and reporting systems affect new learning and change in hospitals on a sectional level and how the leaders function can contribute in promoting new learning and change.

Method: A qualitative research interview with an interview guide was used to ensure that the 10 persons interviewed responded to the issues in question. Additionally the semi structured interview allowed them to speak freely about what occupied them regarding these issues.

The persons interviewed were all leaders on a sectional level in the Department of Women and Children in Oslo University Hospital (OUS). Their professional backgrounds were either nurse or doctor. They all have budget responsibility. The answers were compressed and an extract of the answers is presented within three areas.

Results and conclusion: Analysis of the interviews revealed three main patterns:

The strategic plans contribute little in new learning and change on a sectional level because most of the leaders experienced that they have not participated in important communicative processes in strategic planning. Frames from levels above often limited the decisions or the time to discuss was to scarce. In tactic and operative planning on organizing and carrying out annual plans, the room of action was experienced as small with few possible choices.

The leaders experienced reporting of various data as generally useful. However the reports in question comprise measurable data only, due to the model of management of hospitals in Norway which focuses on an economic-technical thinking. The data are fragmented, and therefore do not contribute to new learning. When reporting on qualitative data, they were given little response, interpreted as low importance.

The merge process in the department may not have allowed vital discussions to happen on the sectional level. Management in the hospital by strategy E (economy) has been focused, while other models as strategy O (organization), the workshop model and the model of professions where focus on mobilization and negotiation, are equally important.

Future roadmap: Real communicative processes on strategic plans will enhance learning and legitimate change and ensure progress and direction of the change process.

Reports on both quantitative and qualitative data deserve equally attention, to evaluate what the sectional leaders account for and to increase learning and change.

The leader function must facilitate use of different models of management, depending on the issue to resolve.

Key words: Learning, change, planning, reporting, leader function, hospital, organization.

INNHold	sidetall
1. Innledning	4
2. Bakgrunn, formål, avgrensning og problemstilling	5
3. Lover og avtaler	8
4. Teoretisk ramme	11
4.1 Sykehuset som organisasjon og institusjon	11
4.2 Læring og endring	15
4.3 Planlegging av endring	19
4.4 Rapportering	22
4.5 Lederfunksjonen i endringsprosesser	25
5. Metode	30
5.1 Design	30
5.2 Forskningsmetode	30
5.3 Utvalg	33
5.4 Demografiske data	35
5.5 Transkribering av intervjuene	35
5.6 Beskrivelse av analyse og drøfting av data	36
5.7 Etisk vurdering	40
5.8 Pålitelighet og gyldighet	41
5.9 Personvern	42
6. Analyse av dataene	44
6.1 Planlegging	45
6.1.1 Informert om strategiske planer, budsjettet gis som ramme	45
6.1.2 Planene brukes av mange, spesielt årsplaner	46
6.1.3 Budsjettet har betydning for faglige valg	47
6.1.4 De faglige valgene gir mening, men få mulige valg	47
6.1.5 Planene gir støtte til den enkelte leder	48
6.1.6 Visjoners og strategier betydning	49

6.2 Rapportering	50
6.2.1 Rapportering oppleves nyttig for mange ledere, men savner respons	50
6.2.2 Relevant informasjon etterspørres i stor grad, men ensidig fokus på tellbare data	51
6.2.3 Rapportering kan bidra til forandring	52
6.2.4 Rapportering påvirker ofte lederne positivt, men krevende i omstilling	53
6.2.5 Hovedfokus bør være god pasientbehandling og pleie	54
6.3 Lederfunksjonen	55
6.3.1 Gode endringsprosesser innebærer dialog med de ansatte	55
6.3.2 Informasjon istedenfor dialog med de ansatte om endringer pga raske prosesser	56
6.3.3 Lederfunksjonen som driver, motivator og tilrettelegger i endringsprosesser	57
6.3.4 De ansatte må bidra i diskusjoner og bruke sin kompetanse i endringsprosesser	58
6.3.5 Ansatte med erfaring og spesialkompetanse ser oftest sitt ansvar	58
6.3.6 Viktigere med anerkjennelse fra de man leder enn fra egen leder	59
7. Drøfting av metode	61
8. Drøfting av resultat mot teoretisk ramme	65
8.1 Planlegging	65
8.2 Rapportering	69
8.3 Lederfunksjonen	73
9. Oppsummering og konklusjon - veien videre.	81
10. Avslutning	84
Referanser	85

1. Innledning

Store endringer og omstillinger har skjedd gjennom de siste 20 årene i norske sykehus og helsevesenet generelt, sist men ikke minst fusjonen mellom de store Oslo-sykehusene Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Ullevål Universitetssykehus og Aker Universitetssykehus som trådte i kraft 01.01.10 under navnet Oslo Universitetssykehus, også kalt OUS. Hovedgrunnen til fusjonen er å få til en bedre funksjonsfordeling mellom sykehusene med robuste fagmiljøer som ligger geografisk nært og dermed et mer effektivt sykehus for pasientene. Endring og omstilling har blitt en del av sykehusets hverdag, og det er derfor av stor betydning at ledere på alle nivåer har et reflektert og bevisst forhold til endringsprosessene. Som sykepleier og leder ved Rikshospitalet de siste 20 år, har jeg deltatt i ulike endringsprosesser, men ikke like store og omfattende som det som OUS står oppe i nå. Det er krevende for alle parter i sykehuset at så store endringer skal gjennomføres på relativt kort tid. Samtidig med omstillingen eller nettopp på grunn av den, opplever jeg et krysspress mellom kravet til økonomiske innsparinger og tilfredsstillende faglig kvalitet på tjenesten vi skal yte overfor pasientene. Driften skal gå som normalt og beskjeden fra sykehuseier er at det ikke skal gå ut over pasientene at store endringsprosesser pågår.

I mange deler av omstillingen er sykehusledelsen og profesjonene uenige i forhold til valg av organisering, strategier og mulige innsparinger. Ulike alternativ tas i bruk for å løse uenighetene, med forskjellige utganger – heldige og uheldige.

Sykehusledelsen har videre vært uenige med sykehuseier, Helse Sør-Øst, i forbindelse med økonomiske og strategiske planer, noe som resulterte i at administrerende direktør Siri Hatlen valgte å si fra seg stillingen i juni 2011, da hennes forslag ble forkastet i sykehusstyret.

Helse Sør-Øst på sin side har valgt å sette inn en ny styreleder i sykehusstyret i oktober i 2011, for å gi styret tyngde til å kunne ta de nødvendige beslutninger for å gjennomføre den store omstillingen.

Omstillingen er som vi ser ikke uten omkostninger. Det gjennomføres årlige medarbeiderundersøkelser i OUS og resultatene fra årets undersøkelse forelå i begynnelsen av november i år. Deltagelsen blant de ansatte på alle nivåer i undersøkelsen var på 70%, noe som regnes som representativt. Bare 3 av 10 medarbeidere svarte at de har tro på at omstillingen av OUS vil lykkes i forhold til de planer som er lagt. Dette er nedslående resultater. Grep må nå tas for å snu pessimismen til optimisme på alle nivåer.

Som leder ved en seksjon i Kvinne og Barneklubben, Barnemedisinsk avdeling og siste nivå ut mot pasientene, ønsker jeg å bidra til at endringsprosessene skjer til beste for både pasientene, de ansatte og sykehuset som helhet. For å kunne bidra til det, er det vesentlig å ha kunnskap om måten vi jobber på i organisasjonen sykehuset er hensiktsmessig. I denne oppgaven vil jeg se på tre områder som er sentrale i endringsprosesser; planlegging, rapportering og lederfunksjonen. Bakgrunnskunnskap om organisasjoner og hva som legitimerer prosesser vil være med som viktige tema.

2. Bakgrunn, formål, avgrensning og problemstilling

OUS er nå et stort sykehus med ca. 20.000 ansatte, 8 klinikker, 1 serviceavdeling og 6 stabsheter. Kvinne og Barneklubben er én av klinikkene med ca. 1800 ansatte. Klubben har 8 avdelinger, én av disse avdelingene er Barnemedisinsk avdeling som igjen har 12 seksjoner. Det er stor avstand i hierarkiet fra topp til bunn når organisasjonen er av en slik størrelse. OUS er lokalisert på fire hovedsteder i Oslo, Montebello, Gaustad, Kirkeveien og Sinsen. OUS har virksomhet på 40 ulike steder, en rekke mindre institusjoner er spredt rundt på Østlandet. Sykehuset har et budsjett på 17 milliarder kroner. Det sier seg selv at dette er en meget kompleks organisasjon å gjennomføre endringer i.

Erik Oddvar Eriksen skriver i sin bok "Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner" i kap. 9 "Sykehusorganisasjonen – fra hierarki til verksted?" at i løpet av det siste hundre år har somatiske sykehus utviklet seg fra å være relativt oversiktlige organisasjoner med enkel teknologi og en enhetlig kommandostruktur, til komplekse og profesjonaliserte samfunnsinstitusjoner. Det har kommet flere nivåer i organisasjonsstrukturen, omfattende spesialisering og arbeidsdeling – mer enn hundre ulike yrkesgrupper finnes i helsevesenet – og en betydelig teknologisk utvikling. Det er flere interesser og motsetninger innad i systemet, flere som vil bestemme og flere avtaleverk å følge, med status- og domenekonflikter. Endring i sykdomspanorama og økt press fra brukerorganisasjoner bidrar til kompleksiteten. De ytre påvirkningene fra sykehuseiere, politikerne og juridiske bestemmelser stiller krav til effektivitet og kvalitet på tjenestene som ytes, vurdert opp mot de tilmålte ressursene (Eriksen, 1999:157-159).

Den gamle modellen med én leder på toppen av et hierarki som bestemmer hvordan organisasjonen skal se ut og handle, er sannsynligvis blitt en for endimensjonal modell for dagens sykehus.

Sykehusets eier, Helse Sør-Øst, setter rammer for virksomheten i det enkelte sykehus, i dette tilfelle OUS. I sykehusets styre sitter representanter som er oppnevnt av eier, blant annet styreleder, ellers administrerende direktør og representanter for de ansatte. Det enkelte sykehus forankrer planer, verdier og strategier i forhold til rammene, sier hva slags innhold rammene skal ha. Klinikkene som sykehuset er oppdelt i, lager strategiske planer og årlige budsjett som bygger på dette. Dette skjer også på avdelingsnivå som klinikkene deles opp i. På seksjonsnivå operasjonaliseres disse via prioriteringer i budsjettet. Hvordan bidrar strategidokumenter og årlige planer som budsjett til nylæring og endring på seksjonsnivå?

Sykehusets kompleksitet både vertikalt og horisontalt i organisasjonen bidrar til at funksjoner splittes opp i ulike ansvarsområder. Det er et stadig krav om rapportering fra ulike ledere og stabsfunksjoner, som fører til at seksjonsledere bruker tid på å rapportere oppover i systemet, fordi ledelsen over dels skal kontrollere virksomheten og dels evaluere den ut fra de planene som er lagt. Dette er en fragmentert rapportering som deler opp helheten i biter. Er det relevante data som etterspørres eller er det andre data som er like viktig å få rapportert om? Hvordan bidrar denne rapporteringen til nytenkning og nylæring og derved endring i organisasjonen?

Jeg har en grunnleggende tro på at de som skal endre seg må involveres i endringsprosesser som gjelder dem selv, ellers vil endringene møte stor motstand og bare skje på papiret. Samtidig er det gitte rammer man har å operere innenfor. I denne sammenhengen er det viktig å se på lederfunksjonen i forhold til at endringsprosesser skal lykkes på individnivå og på organisasjonsnivå, i lys av eksisterende plan og rapporteringssystemer. Hvordan kan lederfunksjonen bidra til læring og endring i den offentlige ekspertorganisasjonen sykehuset?

De tre områdene er viktige etter min oppfatning, fordi de er grunnleggende elementer i endringsprosesser.

Empiri skal hentes fra ulike seksjoner i Barnemedisinsk avdeling i Kvinne og Barneklubben gjennom datainnsamling ved kvalitative intervju av seksjonsledere. Jeg håper å oppnå økt kunnskap om seksjonsledernes opplevelser av muligheter og hindringer for nylæring og endring, men kan samtidig ikke utelukke at nye spørsmålsstillinger vil avdekkes.

Jeg ønsker å bruke seksjonsledere som intervjupersoner i oppgaven, fordi de etter min mening har en nøkkelrolle som ledere for helsepersonellet som jobber direkte med pasienter. Det er også seksjonslederne som skal sørge for gjennomføring av klinikkens og avdelingens planer, for rapportering tilbake og for å overvåke at tilbudet til pasientene er av tilfredsstillende kvalitet.

At jeg skal hente empiri fra egen organisasjon og egen avdeling, vil bli begrunnet i kapitlet om metode.

På bakgrunn av aktuelt tema og teori har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan påvirker plan- og rapporteringssystemet læring og endring i sykehus på seksjonsnivå og hvordan kan lederfunksjonen bidra til å fremme læring og endring?

Følgende forskningsspørsmål er aktuelle:

- Hvordan bidrar strategiske planer og årsplan som budsjett til nylæring og endring på seksjonsnivå?
- Hvordan bidrar de ulike rapporteringssystemene til nylæring og endring på seksjonsnivå?
- Hvordan bør lederfunksjonen ivaretas i endringsprosesser for å bidra til læring og endring?

Litteratur er søkt i ulike bibliotekbaser finnes i et enormt omfang. utfordringen er å sortere ut det som er relevant og spesifikt nok. Her har pensumlisten masterstudiet vært til stor hjelp, med aktuelle artikler og bøker. Referanselister i artikler og bøker har vært gjennomført.

Bibliotekbaser ved Høgskulen i Volda og Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet/UiOs medisinske og helsefaglige bibliotek har vært søkt i.

Der det har vært mulig har jeg gått til den opprinnelige forfatterens tekst for kildehenvisning.

Jeg har konsentrert meg om dels å finne litteratur av toneangivende forskere på de aktuelle områdene og dels å se spesifikt på endring i sykehus. Søket er ikke uttømmende.

3. Lover og avtaler

I omstillingsprosesser har OUS lover og avtaler å forholde seg til. Arbeidsmiljøloven (AML) er den mest aktuelle loven i denne sammenhengen og som vil refereres til, selv om andre lover også kunne ha vært trukket inn (Pasientrettighetsloven osv) og er en minstelov som betyr at det som står her, er et minimum av hva som må foreligge med blant annet hensyn til organisering av arbeid, arbeidstid, medbestemmelse og ansvar, rettigheter og plikter.

I § 4-2. *Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling* står det:

(1) Arbeidstakerne og deres tillitsvalgte skal holdes løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. De skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene, og de skal medvirke ved utformingen av dem.

(2) I utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal:

- a) det legges til rette for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid,*
- b) arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger,*
- c) det legges vekt på å gi arbeidstaker mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar,*
- d) arbeidstaker så langt som mulig gis mulighet til variasjon og for å se sammenheng mellom enkeltoppgaver,*
- e) det gis tilstrekkelig informasjon og opplæring slik at arbeidstaker er i stand til å utføre arbeidet når det skjer endringer som berører vedkommendes arbeidssituasjon.*

(3) Under omstillingsprosesser som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø (AML, §2-2, §4-2, 1, 2, 3).

AML understreker arbeidstakers plikt til å bidra til et godt arbeidsmiljø, men det er arbeidsgivers særlige ansvar å tilrettelegge for medvirkning for arbeidstakerne på arbeidsplassen både i mer stabile perioder og spesielt under omstilling. Det legges vekt på bruk av verneombud og vernetjeneste. Ord som ”innflytelse” og ”medbestemmelse” er brukt i kap. 4-2, som arbeidsgiver har plikt til å gi et innhold spesielt når endringer skjer. Dette er viktige og grunnleggende arbeidsdemokratiske prinsipper som vi i Norge ønsker å holde høyt i hevd.

Det foreligger også et avtaleverk mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene. Jeg vil her nevne Hovedavtalen mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og UNIO, 01.01.2008-31.12.2011, hvor det i Del II, Kap. VII om Informasjon, samarbeid og medbestemmelse, i §28 Mål heter:

”Gjennom medinnflytelse og samarbeid skal de ansatte med sin erfaring og innsikt være med å skape de økonomiske forutsetningene for virksomhetens fortsatte utvikling og for trygge og gode arbeidsforhold, bærekraftig utvikling av virksomhetene, et godt fungerende arbeidsmiljø og resultatoppnåelse til beste for så vel virksomhet som ansatte”.

De aller fleste sykepleierne er dekket av denne avtalen. Lignende hovedavtaler har de andre profesjonene i sykehus. Medinnflytelse av de ansatte og samarbeid rundt beslutningene, men også ansvar er vektlagt (Hovedavtalen Spekter-Unio, 2008).

Det er også inngått en Omstillingsavtale (2008) mellom Helse Sør-Øst RHF og arbeidstakerorganisasjonene UNIO, LO, Akademikerne, YS og SAN, som skal supplere eksisterende lover og avtaler spesielt med henblikk på omstilling.

I Del I ”Omstilling under trygghet” står det blant annet at en forutsetning for å kunne effektivisere bruken av ressurser, er at de ansatte er motivert for og delaktige i alle omstillingsprosesser. Videre understrekes det forpliktene og tillitsfulle samarbeidet mellom arbeidsgivers representanter og arbeidstakernes tillitsvalgte. Dette innebærer at deltagerne må gis reell innflytelse og samtidig forplikte seg. Viktigheten av å etablere en felles oppfatning av dagens situasjon og målet for omstillingen legges vekt på, samt en sammenfallende virkelighetsoppfatning ved omstillingens slutt. Dette krever godt lederskap og ansvarlige tillitsvalgte. Omstillingsavtalen understreker viktigheten av det Hovedavtalen mellom Spekter og UNIO vektla (Omstillingsavtale Helse Sør-Øst og arbeidstaker org. Unio, LO, Akademikerne, YS, SAN, 2008).

Helse Sør-Øst har i tillegg i 2008 laget 12 prinsipper for ”Mobilisering av medarbeidere og ledere for medvirkning i omstilling”. De er delt inn i fire områder:

1. Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud. Her dreier det seg om at ledere, tillitsvalgte og verneombud skal møtes som likeverdige parter med vilje til å finne løsninger og ha god felles strategisk kunnskap om prosessene. De skal bidra til at medarbeiderne skal oppleve forutsigbarhet, årsak, innhold og retning på omstillingen.

2. Medvirkning – Involvering av den enkelte arbeidstaker. Det understrekes her at medarbeidere skal trekkes inn i utrednings- og beslutningsprosesser så tidlig som mulig for at de skal kunne ha innflytelse på endringer innen eget arbeidsområde, spesielt der medarbeidernes kompetanse er av avgjørende betydning.
3. Informasjon. Medarbeiderne skal ha informasjon så tidlig som mulig i prosessen for å kunne ha reell medvirkning. Planlegging av informasjon skal gjøres sammen med tillitsvalgte, spesielt i saker som er av stor betydning for de ansatte.
4. Endringsmetodikk. Partene har felles ansvar for å utforme gode metoder for omstillingsarbeidet og det skal gis systematisk opplæring i anvendelsen av metoden for ledere, ansatte tillitsvalgte og verneombud. Evaluering med tanke på læring og forbedring skal vektlegges som en del av metodikken. Videre skal det foreligge tydelig mål. Resultatene skal følges opp gjennom en balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet og økonomiske betraktninger ses i sammenheng. Endringsprosessen skal framstå logisk og i en helhetlig sammenheng.

Under pkt. 1 vil jeg trekke fram begrep som ”likeverdige parter”, ”felles strategisk kunnskap” og ”forutsigbarhet og retning på prosessen” som avgjørende elementer. Under pkt. 2 understrekes ”innflytelse på endringer innen eget arbeidsområde”. Under pkt. 3 er det viktig at ”tidlig informasjon” gir mulighet for ”reell medvirkning”. Under pkt. 4 vil jeg i lys av oppgavens tema vektlegge ”evaluering med tanke på læring og forbedring” og oppfølgingen av resultater som ”balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet” skal sees i sammenheng med ”økonomiske betraktninger”.

Spørsmålet er om de 12 prinsippene blir gjennomført på en god måte eller om det bare er ”festtaler”, om reglene har blitt kommunisert godt nok ut fra starten av omstillingsprosessen.

Det er et svært krevende arbeid på alle nivåer å endre store og komplekse organisasjoner, derfor er det av stor betydning at lover og avtaler regulerer arbeidet og forholdet mellom partene. Det er vesentlig at alle parter har kunnskap om lovene og avtalene (Helse Sør-Øst: 12 prinsipper for mobilisering av medarbeidere og ledere for medvirkning i omstilling, 2008).

4. Teoretisk ramme

Som teoretisk rammeverk har jeg valgt teori om forholdet mellom læring og endring, planleggingsteori, teori knyttet til rapportering, teori om lederfunksjonen i endringsprosesser, organisasjons- og institusjonell teori.

Forholdet mellom læring og endring er viktig fordi teoretisk må man lære nytt for å endre seg, de to områdene er knyttet tett sammen. I endringsprosesser er det avgjørende å forstå når det er mulig å lære nytt og dermed også bidra til endring.

Planleggingsteori er relevant i forbindelse med endringsprosesser, fordi når man planlegger vil man mentalt innstille seg på endring og ved gjennomgang av prosessen vil man forstå hvem som må involveres. Her er det vesentlig å forstå på hvilke nivåer i planleggingen ulike læringsprosesser skjer som kan føre til endring.

Teori rundt rapportering vil handle om typer rapportering og styringsmodellen New Public Management (NPM).

Teori om lederfunksjonen i endringsprosesser er vesentlig i denne oppgaven da det er lederen i en seksjon som har hovedansvar for å fasilitere og sikre en god endringsprosess.

Organisasjonsteori er relevant for å forstå sykehuset som ekspertorganisasjon i endring.

Kunnskap om institusjonell teori er viktig for å vite noe om hvilke mekanismer som gir organisasjoner legitimitet og hva som skjer når nye organisasjonsoppskrifter spres i etablerte organisasjoner.

Mer inngående teori om komplekse organisasjoner, tradisjoner i sykehus, maktperspektiv og autoritet samt autonomi i sykehus hadde vært relevant å trekke inn, men oppgaven avgrenses til å omfatte områdene nevnt over på grunn av begrensning av oppgavens omfang.

4.1. Sykehuset som organisasjon og institusjon

Taylors scientific management teori fra begynnelsen av 1900-tallet la vekt på effektivitet gjennom rutineoppgaver, standardiseringer, lønn i forhold til produksjon og klart skille mellom ansatte og ledere med alt ansvar. Bedrifter ble sett på som maskiner, de ansatte antatt å ha lav kompetanse og måtte derfor instrueres (Taylor i Shafritz, Ott og Jang, 2005:61-72).

Sykehuset som ekspertorganisasjon er på mange måter det motsatte. I ekspertorganisasjonen er det riktig nok høy grad av formalisering og stor vekt på regler og rutiner, som gir mindre rom for ledelse enn organisasjoner med lav grad av formalisering som for eksempel nettverksorganisasjoner. Andre typiske eksempler på ekspertorganisasjoner er læreinstitusjoner, advokatfirma osv. Men ekspertorganisasjonene kjennetegnes av fagspesialisering og fagautonomi, behandler komplekse problemer og er orientert mot løsninger for eksterne parter, samtidig med at medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse (Strand, 2001:250-252).

Lederen i en slik organisasjon er ofte selv en fagperson som for eksempel overlege, professor, oversykepleier, overingeniør, rektor, sjeføkonom. Disse blir ofte vurdert etter de faglige resultater de har oppnådd og den status de har i det faglige "lauget". Organisasjonen har sitt hovedfokus på å produsere oftest tjenester for eksterne kunder/klienter. De viktigste premissene å styre etter er altså fagnormer, den aktuelle situasjonen og kunden/klienten.

De profesjonelle i organisasjonen er selvgående mht. mål og midler og trenger generelt lite instruksjoner, mål og oppgaver fra lederen. De får respons på arbeidet sitt fra kunder/klienter og kolleger eller ved egen bedømmelse av arbeidet. Kompetansen sitter hos den som utfører arbeidet. Dette står i motsetning til der hvor lederen er den som instruerer. Lederen har derfor mer en rolle som tilrettelegger for den faglige aktiviteten (Strand, 2001:250-252).

I endringsprosesser er det lett å tenke seg at ekspertene eller fagprofesjonene kan bruke sin makt ved å boikotte endringstiltak som de ikke er enige i. Det er spesielt sannsynlig at de vil benytte seg av dette når beslutninger om endringer ikke er forankret hos de profesjonelle og derved ikke legitimert.

Når man skal endre organisasjoner som sykehus er det vesentlig å være klar over at organisasjoner kan forstås på to måter. Enten som et strukturelt instrument for rasjonelle handlinger eller et tilpasningsdyktig organ preget av relasjonene mellom menneskene som arbeider der og omgivelsene rundt. I en endringsprosess mener Karl Weick at forestillingen om en organisasjon slik den kan tegnes på et papir, bare er utgangspunktet for hvordan en organisasjon i virkeligheten kommer til å se ut. Den konkrete og funksjonelle organisasjonen utvikles ved at den foreslåtte organisasjonsløsningen blir forsøkt gjennomført ved å få de ansatte til å jobbe på en ny måte. Denne måten å jobbe på må gi mening for de ansatte, det relasjonelle innholde må bygges i en kollektiv prosess i organisasjonen (Klev og Levin, 2002:43-44).

Utfordringen i organisasjonen sykehuset er de mange aktørene som skal jobbe sammen og få en felles oppfatning av at organiseringen er god og hensiktsmessig for alle parter og tjener sitt formål.

Organisering av sykehus har en lang tradisjon som gjør at de fleste sykehus er bygget opp på samme måte, ikke bare i Norge men over hele verden. Sykehuset som organisasjon har blitt institusjonalisert. Institusjonsbegrepet omfatter strukturer som blir skapt av normer, regler, prosedyrer og standarder som definerer hva som er korrekte og passende handlinger.

Institusjoner er et resultat av en sosial prosess der felles måter å gjøre ting på stivner over tid for til slutt å bli ”måten å gjøre ting på” (Berger og Luckmann, 1966).

En av grunnleggerne av institusjonell teori, Philip Selznick, hevdet også at prosessen som utvikler organisasjonens bestemte karaktertrekk, kalles institusjonalisering. Dette i motsetning til en organisasjon som er et rasjonelt instrument skapt for å utføre en jobb. Over tid skjer det en dynamisk tilpasning som en konsekvens av organisasjonsmedlemmenes karakteristika og forpliktelser, så vel som av påvirkning av det eksterne miljøet. Etter hvert utvikles det typiske måter å håndtere problemer på. Selznick kaller dette den organisatoriske karakterdannelsen, et ledd i institusjonaliseringen. Når en organisasjon er blitt institusjonalisert, er den ikke lenger forgjengelig, men utvikler en sterk interesse for selvoppholdelse – den har en egen identitet. (Busch, Johnsen og Vanebo, 2006:91-93, Selznick, 1997:40-42).

Institusjoners legitimitet er sentralt og viktig. En organisasjon vil tilpasse seg gjeldende lover, regler, normer og forestillinger for å oppnå legitimitet. Suchman (2006, Busch, Johnsen og Vanebo:96) definerer legitimitet slik:

”Legitimitet er en generalisert antakelse om at spesielle handlinger er ønskelige og akseptable innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner”.

En generalisert antakelse betyr at dette er på et generelt plan og noe er sosialt konstruert betyr at det ikke er en objektiv sannhet, men knyttet til et samfunns konstruerte virkelighet.

Den amerikanske sosiologen Scott hevder at de institusjonelle kravene for å oppnå legitimitet i en organisasjon foreligger i ulike regulative mekanismer. Dette er regulative, normative kognitive mekanismer eller pilarer. I tillegg kommer en pragmatisk pilar.

Scotts (2006, Busch, Johnsen, Vanebo:91) definisjon på en institusjon er:

“Institutions consist of cognitive, normative and regulative structures and activities that provide stability and meaning to social behavior. Institutions are transported by various carriers, cultures, structures and routines, and they operate at multiple levels of jurisdiction”.

Regulative mekanismer er de lover og regler organisasjonene må tilpasse seg i et samfunn. Dersom disse brytes, tapes legitimitet. Lovene og reglene bygger på instrumentell rasjonalitet, som skal sikre samfunnet å fungere på en hensiktsmessig måte. I et sykehus har vi blant annet Pasientrettighetsloven, Arbeidsmiljøloven og Forskrifter om barn i helseinstitusjoner å forholde oss til.

Normative mekanismer representerer de normer og verdier som dominerer i samfunnet. Det er de uskrevne reglene for hva en organisasjon kan gjøre. Dette dreier seg om alle verdiene om hva som er rett og galt, hva som er akseptert som etisk og morals forsvarlig atferd. Denne rasjonaliteten gir bedre retningslinjer for handling enn den instrumentelle. Pasienter på et sykehus skal behandles med høflighet og respekt, ansatte i sykehuset skal ha en bestemt atferd i spesifikke situasjoner osv. som er i tråd med gjeldende normer. Dette kan føre til at visse atferdsmønstre stivner i en organisasjon.

De kognitive mekanismene er de forestillinger vi har dannet oss om hvordan en organisasjon skal se ut eller oppføre seg. De bygger ikke på det organisasjonen ”skal” eller ”bør”, men det som ”tas for gitt”. For å beholde sin legitimitet skal ikke en organisasjon avvike vesentlig fra det dominerende bildet som organisasjonen gir av seg selv. Scott sier at dette dreier seg om en type ”rett-troenhet”, dvs. at uttrykk som ikke stemmer med forestillingene forkastes uten refleksjon (Scott, 2001).

Suchman klassifiserte de ulike former for legitimitet og har også trukket fram det han kaller pragmatisk legitimitet, som oppnås ved høy verdiskaping, for å få et helhetlig bilde av begrepet. Dersom en organisasjon oppfattes å utføre en nyttig funksjon for samfunnet, vil den oppnå en pragmatisk legitimitet. De ulike former for reguleringsmekanismer som skaper legitimitet, påvirker hverandre gjensidig (Suchman i Busch, Johnsen og Vanebo, 2006:96).

Organisasjonsoppskrifter som er institusjonalisert finnes det en rekke av i samfunnet, for eksempel hvordan sykehus og skoler bygges. Standardoppskrifter følges, den kognitive legitimiteten er sentral fordi oppskriften tas for gitt. Nye organisasjonsmodeller brer seg i samfunnet, gjerne fra en virksomhet til en annen. Noen modeller er mer ”moderne” eller ”in” enn andre. Disse kan spre seg i forhold til den regulerende mekanismen som tvangsmessig spredning ved nye lover og regler, i forhold til den normative mekanismen som normativ

spredning ut fra normer og forventninger eller i forhold til kognitiv mekanisme som imiteringsmessig spredning ved kopiering av andre virksomheters organisasjonsmodell fordi det er ”moderne”. Man håper derved å oppnå en høyere grad av legitimitet.

Som følge av moderniseringen av offentlig sektor har det vist seg at nye generelle organisasjonsoppskrifter som en organisasjon er nødt til å ta i bruk pga forventninger fra de institusjonelle omgivelser, kan skape problemer med en organisasjons identitet.

Organisasjonen begynner å få særtrekk som ikke stemmer overens med den eksisterende identiteten. Moderniseringen medfører at offentlige virksomheter, som sykehus eller helseforetak, henter inn en rekke oppskrifter fra privat sektor innenfor ledelse, styring og organisering, noe som i sin tur skaper problemer med identiteten (Røvik, 2000:280-284).

Jespersen mener i tillegg at konflikt mellom to konkurrerende paradigmer i en organisasjon kan skape motstand, f. eks. der det ene har en økonomisk-administrativ rasjonalitet, mens det andre har profesjonsrettet rasjonalitet (Jespersen i Busch, Johnsen og Vanebo, 2006: 151-152).

Jeg tenker at det er type identitetsforvirringen vi ser i dagens sykehus. Sykehus som ekspertorganisasjon har sin identitet gjennom faglig kompetanse, kvalitet på behandling og pleie, forskning og utdanning osv. Med moderniseringen av offentlig sektor, kom et mye større fokus på effektivitet på bakgrunn av et økonomisk-teknisk rasjonale. Noen vil si at det i den store omstillingen som foregår i OUS har nettopp det økonomisk-tekniske kommet helt i forgrunnen og preger organisasjonen sterkt.

Sykehusets identitet har betydning for om og hvordan organisatoriske endringer kan skje. Forvirring eller uenighet i forhold til hva slags identitet et sykehus ønsker å ha og paradigme/verdier å styre etter, kan bidra til motstand mot endringer med et rasjonale sykehusets fagprofesjonelle ikke anerkjenner fullt ut.

4.2. Læring og endring

Institusjonelle ordninger reduserer usikkerhet og kaos gjennom regler og rutiner, og skaper orden. Men dette kan også være til hinder for nylæring. Argyris og Schøns kjente modell for læring på flere nivåer i organisasjoner: Enkelkrets og dobbelkretslæring sier noe om at kunnskap ordnet på flere nivåer, kan bety noe for hvordan læring i organisasjoner foregår.

Enkelkretslæring finner sted når organisasjonen oppnår det som er tilsiktet, dvs. ”match” mellom handlingsplan og resultat eller ved ”mismatch” når handling endres og det oppnås ”match”. Dobbelkretslæring finner sted når ”mismatch” korrigeres ved at man undersøker og endrer de bakenforliggende variabler (Argyris, 1992:247-248).

Gregory Batesons begrep ”deutolæring” eller ”å lære å lære” viser også at læring ligger i hierarkiske lag i sosiale systemer. Ved første ordens læring dreier det seg om å lære og kjenne igjen et signal /en hendelse og å handle korrekt i forhold til denne, altså å lære å holde fast ved en handlingsmodell. Dette kalles nullnivå. Andre ordens læring handler om det som skjer når vi lærer mer om hvordan handlingsmodeller på nullnivå fungerer og endrer handling for å korrigere feil som vi ser når vi får erfaring med modellen. Dette kalles erfaringslæring. Både første og annen ordens læring kan sammenlignes med enkelkretslæring som nevnt tidligere (Bateson i Glosvik, 2002:119).

Læring av tredje orden skjer når de faktorene som styrer nivåene under, endres. Dette skaper mening i forhold til de tolkningene vi gjør av våre erfaringer. Denne formen for læring er den fundamentale kunnskapen eller innsikten som gir retning, stabilitet og mening til menneskelige handlinger. Verdiforankres som ved dobbeltkretslæring.

Teorien om læring på flere nivåer kan benyttes i forhold til individer og organisasjoner. Organisasjonen kan fungere som en ramme for læring av høyere orden for individene. Organisasjonen gir gjennom sine mål, arbeidsdeling og profesjonelle normer retning til læringsaktiviteten. Samtidig avgrenser læring i en retning læring i andre retninger. Dette betyr ikke nødvendigvis at det enkelte individet i organisasjonen og organisasjonen som helhet er helt enige om dette, men individet er enig nok til å tilpasse seg.

Det skjer en sosialisering av individet inn i det kollektive, verdier blir overført fra kollektivet til individet. Sosialiseringen betyr at organisasjonen viser at den har lært noe og i tillegg læring for individet selv (Glosvik, 2002:119-123).

Man kan trekke inn et institusjonelt perspektiv på organisasjoner og koble dette til organisasjonens hukommelse. Som tidligere nevnt er det ulike regulerende mekanismer beskrevet som den regulative, den normative og den kognitive pilaren.

Ulike trekk ved pilarene kan virke hindrende i forhold til læring i organisasjoner. Hver pilar er kunnskapsbærere av kulturer, sosiale strukturer og rutiner.

Regler etableres og overvåkes. Straff og belønningsmekanismer vil styre atferden.

Riktig og gale handlinger defineres av organisasjonen, også hvordan mål skal nås.

Kategorier og typologier av aktører i organisasjonen, for eksempel rollen til en sykepleier eller en lege i sykehuset, stilles ofte ikke spørsmålsteget ved. Den kopieres og imiteres pga sterke sosialiseringsmekanismer og tilpassning til dominerende tankemønstre.

Når de tre nivåene for læring som er beskrevet tidligere kobles sammen med institusjonell teori – regulative, normative og kognitive perspektiver – kan det bidra til å se visse mønstre. Det fører til tre ulike læringsprosesser og organisasjonshukommelsen spiller forskjellig rolle i hver av dem. Første ordens læringsprosesser holder organisasjonen stabil gjennom å sikre at ingen lærer noe som endrer den, andre ordens læringsprosesser handler om å bli bedre innenfor den eksisterende organisasjonskonteksten, uten at organisasjonen blir fundamentalt endret. Tredje ordens læring er det som endrer det som styrer de andre læringsprosessene i en organisasjon. Dette er spesielt krevende og vanskelig fordi de eksisterende læringssystemene vil motvirke dette nettopp fordi det er læringssystemene selv som skal granskes (Glosvik, 2002:127-134).

Ved første ordens læring eller enkelkretslæring på nivå 0, vil individet lære det som organisasjonen har vedtatt som gyldige regler og rutiner. Det nye medlemmet sosialiseres inn i det organisasjonen mener er riktig og gal atferd, riktige verdier osv. I sykehuset er dette spesielt nødvendig for å sikre kvalitet på behandling og pleie og sørge for pasientenes sikkerhet. Men det stimulerer ikke til nytenkning hos individet, organisasjonen legger føringer som avgrenser individet. Det bidrar derimot til å stabilisere organisasjonen, skape ro og orden.

Læringsprosesser av annen orden eller erfaringslæring, handler om å utvikle seg innen organisasjonens eksisterende rammer. Eksperimentering, prøving og feiling i forhold til regler, framgangsmåter og handlingsmønstre ut fra erfaring, formelle og uformelle tilbakemeldinger som fører til tilpasninger er de vanligste læringsprosessene. Dette er antakelig de læringsprosesser man ser oftest på et sykehus. Ved denne type læringsmodell er menneskene i organisasjonen selv er med på å utvikle den.

Tredje ordens læring eller dobbelkretslæring er krevende fordi det er snakk om overordnede læringsprosesser som påvirker all annen læring i organisasjonen på lavere nivå. Det kan være strukturelle endringer, fusjoner, endring i verdier og politisk retning eller endringer i organisasjonens grunnleggende rolle også i forhold til andre organisasjoner. Tydelige og

sterke ledere kan initiere slike endringer og samtidig mobilisere medlemmene i organisasjonen gjennom kommunikative prosesser slik at de bidrar til endringen, men dette er omfattende prosesser som organisasjonen må være villig til å legge innsats og tid i.

Av og til skjer endringen gjennom eksterne styringsmekanismer. Når offentlige organisasjoner systematisk kopierer organisasjonsmodeller, språk og styringsteknikker fra privat sektor, fører dette til endringer i kunnskapsbærerne – kulturer, sosiale strukturer og rutiner – i organisasjonen på et dypere plan. Medlemmene sosialiseres inn i nye tenkesett, strukturer og verdier så å si uten at de er klar over det (Glosvik, 2002:130-134).

Endring henger som vi ser, tett sammen med læring. Endring kan skje dersom individ og organisasjon kan eller vil lære nytt. En organisasjon kan velge at endringsprosesser i organisasjonen skal skje ut fra et instrumentelt rasjonale, dvs. at ledelsen eller et eksternt styrende organ bestemmer hvordan en organisasjon skal endres. Den objektive og kvantitative kunnskapen vektlegges – det som kan måles og telles. Dette er en rasjonalistisk planleggingsmodell, karakterisert av top-down tenkning med maktyngdepunktet hos den som står for planleggingen av prosessen. Det gis informasjon – kommunikasjonen er enveis fra den eller de som styrer endringsprosessen til de som skal styres eller endres. Menneskenes oppfatninger som eventuelt er involvert i endringsprosessen har liten relevans i denne sammenhengen. Når beslutning er tatt på hvordan endringen skal gjennomføres har lederen så makt til å gjennomføre løsningene (Amdam og Veggeland, 1998:46, 119-124).

I instrumentell rasjonalitet tas altså denne makten for gitt – det tas som utgangspunkt at makten har legitimitet.

Organisasjonen kan også velge å gjennomføre en endringsprosess ut fra et kommunikativt rasjonale, hvor det legges vekt på medvirkning av interessepartene som er involvert i endringsprosessen. Ved prosesser nedenfra og opp vil kommunikasjon og argumentasjon være hovedelementer, slik at interessepartene får anledning til å legge fram sitt syn og sine verdier. Det som vektlegges er kvalitativ kunnskap, det subjektivt opplevde, dialogen mellom partene som likeverdige og benytter en helhetlig og forståelsesorientert strategi (Amdam og Veggeland, 1998:124-134).

Her er man opptatt av at læring skal skje gjennom medvirkning. Det betyr at ingen i utgangspunktet sitter med løsningen, heller ikke lederen. Prosessen virker i seg selv

legitimerende. Medarbeiderne får ikke bare presentert en beslutning, men er selv med på å skape den.

Karl E. Weick er opptatt av meningsdanningsprosesser i organisasjoner. Den konkrete og funksjonelle organisasjonen utvikles ved at den foreslåtte organisasjonsløsningen blir søkt implementert gjennom å få ansatte til å jobbe på en ny måte. Dette etableres bare ved at den nye arbeidsformen gir mening for den ansatte. Ellers blir den nye organisasjonen stående kun på papiret. Meningsdanningen er også en kollektiv prosess og gir etter hvert en felles forståelse av hvordan det er å jobbe i akkurat denne organisasjonen. Dette er viktig fordi det setter individet i sentrum av prosessen med å skape en ny organisering (Weick, 2009:131-138).

På 1990-tallet vokste det fram et perspektiv på organisasjoner som gikk ut på å sikre at forutsetning for læring ble innebygd som et grunnleggende element i organisasjon og ledelse, og ikke noe som ble trukket fram i gitte situasjoner. Forestillingen om at organisasjoner har evne til å lære, støtter også forestillingen om at organisasjoner er i kontinuerlig utvikling. For en lærende organisasjon vil utvikling og forandring bli det stabile trekket (Klev og Levin, 2009:36-37).

Det betyr at organisasjonens nye medlemmer vil sosialiseres inn et miljø hvor utvikling og endring er en del av det grunnleggende i organisasjonen.

Motstand mot endring er et kjent fenomen i organisasjoner. De ansatte frykter det ukjente, tap av identitet og makt, redusert verdi av kunnskap, økt arbeidspress og endring i det sosiale miljø og kultur. Radikal endring møter sterkere motstand en skrittvis endring, selv om valg av endringsstrategi vil ha betydning for grad av motstand (Jacobsen i Busch, Johnsen og Vanebo, 2006:152-154).

4.3. Planlegging av endring.

For å få gjennomført en vellykket endringsprosess er en gjennomarbeidet planlegging vesentlig. Ved en gjennomgang av hva som skal skje i prosessen, forstår man hvem som må involveres og at man sjelden klarer å endre noe helt på egen hånd. I en organisasjon har planleggingen flere deler og skjer på flere nivåer.

Institusjonell planlegging er av legitimerende art. Med dette menes de rammene som blir satt for aktiviteten av overordnet styringsnivå; lover og regler, krav til måloppnåelse og resultatrapportering osv. Organisasjonens eller enhetens egne planer og retningslinjer vil også fungere som rammer for utviklingsarbeidet. Legitimiteten for den offentlige institusjonen sykehuset, vil være sterkt knyttet til de overordnede styresmaktens politikk og derved sykehuseiers rammer og planer (Amdam, 2005:152,159). Alexander kaller denne formen for planlegging ”planning as framesetting”, som har som oppgave å definere et framtidsbilde eller en metaplan som senere beslutninger kan referere til (Alexander, 2000:248).

Relaterer vi dette nivået i planleggingen til læring, vil dette være nivået for metalæring. Læring på dette nivået representerer overordnede læringsprosesser i organisasjonen (Glosvik, 2002:121-122).

Med neste nivå i planleggingen, strategisk planlegging, menes at de overordnede rammene, lovene og reglene må vurderes mot organisasjonens egen situasjon, omgivelsen og framtiden. Det felles verdigrunnet som er nedfelt i profesjonelle normer og standarder må også vurderes opp mot dette. Det er disse fagnormene som ofte ligger til grunn for organisasjonens visjoner. For at den strategiske planleggingen skal fungere som retningsgivende for ønsket utvikling, må innholdet være kjent for medlemmene. Bred deltagelse av alle involverte parter i organisasjonen i den strategiske planleggingen vil virke legitimerende og styrke planen i forhold til framtidige mål, dvs mobilisering av de profesjonelle i organisasjonen. Perspektivet kan være langsiktig, man ser på hovedutviklingstrekk og hovedutfordringer (Amdam, 2005:159,162). Alexanders begrep ”communicative practice” kan sammenlignes med strategisk planlegging, noe som betyr at man må utarbeide en plan som bygger på dialog og konsensus i organisasjonen. Strategiske planer kan gå over 3-5 år fram i tid (Alexander, 2000:248).

På dette nivået skjer læring av tredje orden som er dobbelkretslæring, som påvirker all annen læring i organisasjonen på lavere nivå utvikling av organisasjonen (Glosvik 2002:121, Argyris, 1992:248-250).

Taktisk planlegging er neste nivå i planleggingen og legger vekt på organiseringen av arbeidet. Den taktiske planleggingen kan være mer kortsiktig enn den strategiske. I ekspertorganisasjonen sykehuset med stor grad av fagspesialisering og fagautonomi blir en slik konkretisering viktig. Den fokuserer på hvor ressursinnsatsen skal settes inn for å nå de strategiske langsiktige målene og fordeling av ressurser mellom delområder, program osv.

Virksomhetsplaner og økonomiplaner blir viktige redskaper for aktiviteten ett år fram, samtidig som de også koordinerer og samordner virksomheten i hele organisasjonen i perioden (Amdam, 2005:162). Dette kan kalles "coordinative planning" ifølge Alexander og medfører interaktiv virksomhet mellom parter som skal organiseres (Alexander, 2000:248). I sykehuset vil dette hovedsaklig dreie seg om årsplaner som økonomiplan/budsjett.

På dette nivået av planleggingen vil man se annen ordens læring, men fortsatt enkelkretslæring på nivå I. Endringer skjer innen de eksisterende rammene ved hjelp av prøving og feiling. Menneskene i organisasjonen er selv med på å utvikle den. Valget kan stå mellom ulike handlingsmodeller (Glosvik 2002:121, Argyris, 1992:248-250).

Operativ planlegging omfatter gjennomføringsplanlegging av innholdet i den taktiske planleggingen, slik at ressursene blir utnyttet på best mulig måte. I ekspertorganisasjonen er det svært viktig å ha konkrete gjennomføringsplaner eller prosjektplaner. Planlagte tiltak som ikke er i tråd med standard prosedyrer og profesjonelle normer, vil møte stor motstand (Amdam, 2005:162). Alexander kaller dette en instrumentell rasjonell planlegging, med konkrete arbeidsmål (Alexander, 2000:248). I sykehuset vil planlegging av driften være vesentlig for å gjennomføre oppsatte aktivitetsmål i tråd med planene på nivåene over.

Læring på dette nivået dreier seg om første ordens læring eller nullnivå læring, det å kjenne igjen en hendelse og handle korrekt i forhold til denne etter en fast handlingsmodell. Det som stabiliserer organisasjonen og skaper ro og orden, læring av eksisterende regler og rutiner som sikrer "riktig" atferd i ulike sammenhenger. Dette er også enkelkretslæring (Glosvik 2002:121, Argyris, 1992:248-250).

Som man ser har det teoretiske feltet som nå er skissert, mange faktorer som virker inn på hverandre og som ligger på ulike nivåer. Ulike typer dokumenter styrer virksomheten i sykehus og kan også kategoriseres til ulike nivåer. For å få et klarere bilde, har jeg forsøkt å sette opp en tabell (Tab.1) som illustrerer temaene og nivåene. Dette er skjematisk og faktorene og nivåene er selvfølgelig ikke så atskilt i det virkelige liv.

Tab.1

Regulerende mekanismer ved institusjonell teori (pilarer)	Læring	Planlegging	Type dokumenter i sykehuset
Regulativ pilar (Lover, regler)	Nivå III Metalæring	Institusjonell planlegging Legitimitet (lover, regler) "Planning as framesetting"	Lover, regler Rammer fra sykehuseier
Normativ pilar (Verdier, bør)	Tredje ordens læring Nivå II/ Dobbelkretslæring Dyplæring (Valg mellom alternative handlinger ift endrede verdier)	Strategisk planlegging Mobilisering "Communicative planning"	Strategiske planer
Kognitiv pilar ("tas for gitt")	Annen ordens læring Nivå I/ Enkelkretslæring Erfaringslæring (Valg mellom alternative handlinger)	Taktisk planlegging Organisering "Coordinative planning"	Årsplan/årsbudsjett
Pragmatisk pilar (det som er nyttig)	Første ordens læring 0-nivå/ Enkelkretslæring Rutinelæring	Operativ planlegging Gjennomføring Instrumentell, rasjonell planlegging.	Gjennomføring Årsbudsjett -> aktivitetstall delprosjekt

De ulike områdene med forskjellige nivåene som er omtalt i teorien er satt inn i tabellen, samt planene som er omtalt i oppgaven. Mange ulike begreper er brukt om læringsnivåene.

4.4. Rapportering

Moderniseringen av offentlig sektor som startet på midten av 1980-tallet, førte til at en konservativ og liberalistisk bølge vant fram med fokus på individualisme, konkurranse og bruk av markeder. Denne retningen ble kalt New Public Management (NPM) og var inspirert av styringsteknikker fra privat virksomhet med økonomisk og rasjonell tankegang.

NPM spredte seg i offentlig sektor utover i 1990-årene og det ble igangsatt en rekke reformer som hadde til hensikt å effektivisere det offentlige Norge. Denne formen for modernisering skjedde også i Sverige og Danmark og flere andre land i Europa.

Dette nådde også sykehussektoren med omgjøring av sykehusene til selvstendige foretak og juridiske enheter. Hensikten var å oppnå en effektivisering og en bedre økonomisk styring. Tidligere var hovedfokuset i sykehus faglig kvalitet. Nå måtte man i mye større grad vektlegge økonomisk styring og prioriteringer av bruk av ressurser. Dette førte med seg en økende mengde krav om rapportering i forhold til parametere som den økonomisk-tekniske modellen vektla, men som de faglige miljøene opplever som for fragmentert og av og til meningsløse. Budsjettresultat som gikk i balanse ble hovedfokus, mens de fleste ledere i sykehuset har en sterk faglig forankring som ikke er helt forenelig med dette (Eriksen, 2008:93-96).

Målstyring ble et viktig virkemiddel hvor klare mål og kostnadsrammer ble formulert. Innsatsfaktorer (input) kvantifiseres. Målstyring bygger på et instrumentelt rasjonalitetsbegrep med iboende tro på kvantitative indikatorer, som innebærer at når visse målenivåer er nådd, så er dette automatisk et tilfredsstillende kriterium. NPM har hatt stor innvirkning på offentlig sektor, som har blitt mer oppdelt og enhetene er blitt mer opptatt av å nå sine produksjonsmål (output) mer enn å se den samlede effekten av virksomheten for enkeltindivid og samfunn (outcome) og se helhet og gode samarbeidsløsninger. Slik blir det fordi enhetene blir målt på "output", sjelden på "outcome". Denne fragmenteringen bidrar framfor alt ikke til nylæring på et overordnet strategisk plan (Amdam, 2011:1-3).

Norman trekker fram flere eksempler på at de offentlige tjenestene på New Zealand på slutten av 1980-tallet og på 1990-tallet også ble sterkt påvirket av styringsmodellen NPM. Han peker på dilemmaet ved å benytte en styringsmodell fra privat sektor i offentlig sektor, det at offentlig sektor styres i forhold til ønske om å yte en helhetlig og kvalitativ god tjeneste (outcome), men som blir stilt ansvarlig for målbare og tellbare mål (output) resulterer i en

målforskyvning. Norman beskriver at bekymringen økte hos mange i forhold til virkningen av den ensidige fokuseringen på ”output” som resulterte i en ”sjekklistermentalitet” hvor ledere bare leverte det de ble målt på i det formelle systemet. Norman refererer til en leder som snakket om:

”...a disjuncture between committing psychologically to produce outcomes, but limiting formal papers contracting to outputs. Outcome are what we are really doing, what our hearts is in and we are responsible for, but the accountability system required specification in terms of measurable outputs.

Dette er kjernen i dilemmaet mener han. På 2000-tallet har man jobbet med flere prosjekter på New Zealand som prøver ut rapporteringssystemer som i større grad vektlegger strategisk analyse og ”outcome”. Noe av drivkraften har vært å skape mer meningsfulle og motiverende organisasjonsmål for de ansatte (Norman, 2006:4-10).

Eriksen mener også at faren for målforskyvning er stor, fordi en bare har kvantitative indikatorer å ta hensyn til. Dette reiser etiske problemstillinger. Han hevder at målstyring derfor bare kan ha et begrenset anvendelsesområde innenfor sykehusorganisasjonen, der kunnskap, profesjonalitet og etikk så sterk styrer aktivitetene (Eriksen, 2008:113-114).

Likevel finner vi dette i sykehus, rapporteringen er et resultat av kontrollorientering av målbare data i NPM. Rapporteringen i forhold til planer, skjer fra seksjonsnivå oftest mest i forhold til økonomi, men også andre tellbare og målbare områder: Bemanning, aktivitetstall osv. Dette er resultater som måler produksjon mer enn om virksomhetens tjenester tilfredsstiller behovene til pasientene og det samfunnet virksomheten skal betjene. Det er altså flere mål og hensyn i sykehus som ikke kan vektes kvantitativt, som Eriksen hevder for eksempel etiske spørsmål, kvalitativ god pleie og behandling osv.

Danske Peter Dahler-Larsen har studert evalueringsbølgen i offentlig sektor i de Nordiske landene. Han hevder også at det svake punktet i forbindelse med implementeringen av NPM ligger i samlebegrepet ”resultater”, da det er et fundamentalt problem at det er uklart hva ”resultat” egentlig er. Han mener at ideelt sett bør evalueringen fokusere på ”outcome” dvs. effekten av det offentlige innsats på et område, og at det er ”umodent” å benytte ”output” dvs. prestasjoner eller prosessbeskrivelse som resultat. Han vurderer videre at den offentlige sektors komplekse typer av målsettinger og komplekse arbeidsformer ikke lett lar seg innfange av relativt enkle resultatvariabler (Busch m.fl., 2011: 305-318)

Det er viktig å huske på at resultatet av virksomheten i et sykehus er påvirket av mange faktorer, noen har vi kontroll over, andre ikke. Dagens system med styringsmodellen NPM har et ensidig fokus på økonomi og ”outputs”, noe som uten tvil er viktig i forhold til hvilke rammer og forutsetninger vi skal styre etter. Men noe mangler i bildet. Rapportering av resultater som refererer til andre sider ved tjenestene som ytes er nødvendig for å få et helhetlig bilde av virksomheten, for derved å kunne vurdere om tjenesten er det den forutsettes å være.

4.5. Lederfunksjonen i endringsprosesser.

Hvordan kan lederfunksjonen på seksjonsnivå bidra til læring og endring for de ansatte på en slik måte at organisasjonen endrer seg til det beste for pasienter og ansatte? Lederfunksjonen skal ivareta alle interessenter i organisasjonen. På seksjonsnivå er det pasienter, ansatte, seksjonen, avdelingen som helhet. I denne oppgaven velger jeg å fokusere på ledere på seksjonsnivå og seksjonen på det nivået som er i direkte kontakt med pasientene. Ulike strategier velges eller iverksettes for å igangsette endringsprosesser. Dette handler ikke så mye om lederatferd, men om hvordan lederfunksjonen utøves i endringsprosessen. Type strategi som er hensiktsmessig å ta i bruk vil variere alt etter omfang, kontekst osv av det som skal endres.

Jacobsen beskriver to hovedstrategier hvor lederens funksjon er helt forskjellige, fra boken ”Breaking the Code of Change” som Beer og Nohria skrev i 2002 etter et internasjonalt seminar på Harvard universitetet med toneangivende forskere og teoretikere på organisatorisk endring (Jacobsen, 2004:183-210).

Strategi E (economic) har som hensikt å skape økt økonomisk verdi for organisasjonen. Ledergruppen planlegger og gjennomfører programmessig endringen med fokus på systemer og struktur. Det kan også være bruk av eksterne konsulenter og incentiver. Endringen er diktatorisk og top-down i organisasjonen. Prosessen er rasjonell instrumentell og lineær nedover i hierarkiet. Målet er knyttet til hvilke resultater man kan måle av endringen. Definisjonen av resultat knyttes ofte til økonomiske indikatorer eller andre synlige og målbare strukturer i organisasjonen som f. eks. antall pasienter som er behandlet, antall på venteliste osv. i sykehussammenheng. Dette er mulig å måle objektivt før og etter endring og klare mål er av den største betydning. Lederfunksjonen innebærer å ha den beste totaloversikten over

organisasjonen og se best hvilke behov for endring som finnes i forhold til omgivelsen og innad. Endringene skjer raskt og møter ofte motstand i organisasjonen (Jacobsen 2004:183-210).

Strategi O (organization) har som formål å utvikle organisasjonens menneskelige ressurser slik at de blir i stand til å lære fra erfaringer med ulike endringstiltak. Lederfunksjonen skal bidra til å skape engasjement og fasilitere prosessen slik at bred deltagelse fra de ansatte oppnås. Endringen er en prosess som utvikles over tid og saktere enn ved strategi E. Dette er altså en mer inkrementell og utprøvende måte som er mer sirkulær ved at endringer fører til ny forståelse som igjen skaper endring. Målet er å sette organisasjonen i stand til å foreta kontinuerlige endringer for å kunne tilpasse seg de stadig skiftende omgivelsene.

Organisasjonen er da blitt en lærende organisasjon. Fokuset er knyttet til den menneskelige faktoren og prosessen. Til lederfunksjonen ligger å bidra til dialog, å få fram ulike synspunkter og oppfatninger på hva som er gode løsninger, lederfunksjonen er mer tilretteleggende dvs. en mer kommunikativ modell (Jacobsen, 2004:183-2010).

Eriksens beskriver på samme måte tre modeller for styring som også kan være betegnende for valg av måte å styre på i endringsprosesser: Ulike modeller velges avhengig av hva slags oppgave man står overfor. De ulike modellene har ulike krav til lederfunksjonen.

Hierarkimodellen, som ligner på Jacobsens Strategi E, med instrumentell rasjonalitet, anses som viktig for å sikre et kvalitativt godt og likt tilbud til alle på en tilfredsstillende økonomisk måte. Det gis informasjon eller en type kommando fra øvrigheten til de ansatte nedover i organisasjonen. Hierarkimodellen gir formelle rammebetingelser for organisasjonen, ansvar og autoritet er klart lokalisert og definerer de formelle beslutnings- og styringsstrukturer.

Organisasjonen betraktes på en rasjonell måte, som et instrument for måloppnåelse.

Sykehuset forstås som en pyramideformet enhet, karakterisert av klar over- og underordning, arbeidsdeling, spesialisering og bruk av rutiner. Medlemmenes atferd er sentralt styrt med velordnede samhandlingsprosesser.

Lederfunksjonen består i å fatte beslutninger enten ved regelstyring eller ved resultatstyring.

Her er det snakk om bedriftsutgaven av et sykehus. Medlemmene blir sett på som manipulerbare størrelser, gjennom arbeidskontrakten står de helt til lederens disposisjon.

Kommunikasjon mellom leder og ansatte skjer via instruksjer og rapporter (Eriksen, 2008:161-165).

Eksempel på styring ut fra hierarkimodellen, er budsjettprosessen hvor instrumentell styring gjør seg gjeldene og ledere på alle nivåer må akseptere stadig strammere budsjetter. Budsjettet tildeles. Av og til kan lederen komme med argumenter for å få økt sin budsjetttramme, men dette er i liten grad en kommunikativ prosess. Når budsjettet er satt, belønnes lederen med å øke sitt handlingsrom dersom han/hun greier å holde budsjettet eller tvinges til drastiske tiltak dersom regnskapet viser seg å gå i minus. Rapportering skjer oppover i hierarkiet i forhold til aktivitet og regnskap.

I profesjonsmodellen er det fortsatt en viss hierarkisk struktur, men lederfunksjonen må ivaretas ved å forholde seg til de profesjonelle og deres kyndighet. Ved siden av den formelle strukturen er det uformelle strukturer; grupper og koalisjoner i organisasjonen som påvirker dens atferd. Fagforeninger og profesjonsaktivitet, som er kompetansebasert bidrar til organisasjonens retning. Profesjonene har monopolstillinger, er autoriserte til å utøve spesielle funksjoner i kraft av de kunnskaper og ferdigheter de har. Siden det er så mange aktører (yrkesgrupper, avdelinger, klinikker osv) med ulike interesser og mål, kan sykehuset betraktes som en koalisjon av ulike aktører, allianser dannes og oppløses og beslutninger om endringer som fattes blir et resultat av forhandlingsprosesser. Dette for å nå de målene ens egen gruppe har satt seg og mest mulig egen nytte. Solidariteten stopper også ved egen gruppe. Resultat av forhandlingene fører ofte til kompromiss, ingen av gruppene blir fornøyd, da alle må fire litt.

Lederfunksjonen er delvis demokratisk, men koordineringsfunksjonen mellom gruppene er utfordrende. De ulike faglige hensynene vil stå mot hverandre og dominere samhandlingen. Når det handler om behandling og pleie av pasienter, styres det mer etter profesjonsmodellen. De ulike profesjonene er autorisert til å utøve spesielle funksjoner. Det er mange aktører og derfor mange hensyn å ta. For å skape legitimitet i forhold til områder som kan påvirke fagutøvelsen, er lederen helt avhengig å samarbeide med fagfolkene på grunn av den økte spesialiseringen. Det er også vanlig å lage prosjektgrupper el. arbeidsgrupper sammensatt av ulike faggrupper som kommer fram til et felles forslag. Lederens funksjon er å skaffe til veie ressurser, men har lite handlingsrom utover rammene som er satt, i forhold til ekspertenes valg. De faglige strategiene som ofte er knyttet opp mot ressurser, må legges sammen med fagpersonene (Eriksen, 2008:168-169).

Den tredje modellen er verkstedmodellen, som kan sammenlignes med Jacobsens strategi O, en modell med kommunikativt rasjonale. Fordi sykehuset som organisasjon er så kompleks og omgivelsene skiftende, tar denne modellen til orde for mer autonomi og fleksibilitet i

organisasjonen, som er aktiv, reflektiv og søker samhandling. Medarbeiderne har reell innvirkning på beslutningene som fattes – ikke bare formelle deltakelsesrettigheter. Nye tverrfaglige samarbeidsorgan, team og ansvarsgrupper opprettes som forutsetter dialog og likeverd.

Verkstedmodellens kommunikative rasjonalitet forutsetter dialog mellom partene som er involvert. Det kreves forståelse av hverandre og hverandres situasjon og rolle. Lederens funksjon er å stille de riktige spørsmålene og å delta i dialogen med partene for finne en løsning. Han/hun må også skaffe kunnskap til veie og formidle den til partene, dersom det trengs. Alle parter må akseptere hverandres synspunkter som like viktige som sine egne, selv om man er uenig. Det krever ikke noe annet av aktørene enn at de har evne til å forstå og delta i kritisk argumentasjon og er villig til å endre standpunkt når de blir møtt med et bedre argument (Amdam, 2005:116-117, Eriksen, 2008:170-172).

Lederfunksjonen i endringsprosesser blir tilretteleggende og modellen blir oftest brukt for å mobilisere de ansatte, for å forankre og legitimere prosesser og beslutninger hos dem. Selv om lederen ikke er den som skal ta beslutningen alene, er det av stor betydning at han/hun forstår at lederfunksjonen har et tydelig ansvar for å bringe gruppen fram til en konklusjon og dermed en beslutning.

Men i den komplekse organisasjonen sykehuset kan ikke bare én strategi brukes. Når lederen er bevisst de ulike styringsalternativene som beskrives i de to modellene til Jacobsen og de tre modellene til Eriksen, ivaretas lederfunksjonen ved å benytte ulike modeller i ulike situasjoner. Helt avhengig av hvilke typer beslutninger som skal fattes, vil de ulike modellene være hensiktsmessige. Ved større ressursmessige beslutninger som handler om økonomiske rammer og betingelser i endringsprosessen, lovpålagte forordninger fra departement og helsemyndigheter osv, vil styring etter hierarkimodellen eller strategi E være mest hensiktsmessig. Ved beslutningstaking som har med faglige vurderinger å gjøre og som påvirkes av endringsprosessen, vil profesjonsmodellen være mest aktuell å benytte. Ved endringer som påvirker organiseringen generelt og arbeidsmiljø vil verkstedmodellen eller strategi O være nærliggende å bruke. Lederfunksjonen vil framstå forskjellig i de ulike modellene, noe som er beskrevet over (Eriksen, 2008:170-175).

Organisasjonen er sist men ikke minst en arena for emosjoner. Lars Glasø hevder at på samme måte som kunnskap, teknologi og fysisk arbeid, trenger organisasjoner emosjoner for å skape verdier. Verdier gir igjen retning til endringsprosessen. Affektive eller følelsesmessige

tilstander er mangeartede, men de primære er sinne, vemod, frykt, nytelse, kjærlighet, overraskelse, avsky og skam (Glasø i Skogstad og Einarson, 2008:102-115).

Endringer i organisasjoner skaper voldsomme følelser hos mange: sinne når noe rives ned som man er stolt av, frykt for framtiden, overraskelse når en prosess gikk bedre enn forventet osv. Lederen som ansvarlig for utøvelse av lederfunksjonen bør anerkjenne den emosjonelle siden av en beslutningstaking, noe som tidligere ble sett på som forstyrrende og lite rasjonelt. Glasø viser til studier som konkluderer med at emosjoner kan være viktig beslutningsstøtte. Det er således viktig at lederfunksjonen innehar en emosjonell kompetanse og kan møte emosjoner hos de ansatte på en konstruktiv måte (Skogstad og Einarson, 2008:102-115).

5. Metode

5.1 Design

Design referer til det metodiske opplegget man velger i forhold til den empiriske undersøkelsen, dvs. metode for både innhenting og registrering av data.

Ofte velger man mellom et kvantitativt eller et kvalitativt design når man skal undersøke fenomener i samfunnet, alt etter hva man ønsker å undersøke. Ved et kvantitativt design vil man forholde seg til opptelling og utbredelse av kategoriserte fenomener, mens man ved et kvalitativt design er opptatt av meningsdimensjonen, deres karakter og innholdsmessige egenskaper. Sagt på en annen måte kan man si at et kvantitativt design passer best når man ønsker en sammenligning mellom individer/grupper i målbare kategorier, mens et kvalitativt design er ute etter å fange opp samhandlingen mellom personer, analyse av roller, relasjoner og kommunikasjon. Det er ingen motsetning mellom de to typer design, de kan også utfylle hverandre ved bruk av begge typer i den samme undersøkelse, men da ser man på ulike sider ved et fenomen (Aase og Fossåskaret, 2007:11-15).

På bakgrunn av dette vil undersøkelsen i oppgaven ha et kvalitativt forskningsdesign, da informasjonen jeg ønsker å innhente er av en slik karakter at informantene må beskrive sine subjektive meninger og erfaringer i verbale utsagn. Jeg ønsket å se etter variasjon og bredde i dataene, ikke hyppighet av enkeltfaktorer.

Det er i denne sammenhengen viktig å understreke at dataene i undersøkelser med kvalitativt design skapes i det relasjonelle møte mellom mennesker eller i prosesser, mens dataene i undersøkelser med kvantitativt design i større grad lar seg samle inn (Aase og Fossåskaret, 2007:11-15).

5.2 Forskningsmetode

I undersøkelsen ønsket jeg å bruke et kvalitativt forskningsintervju fordi som Kvale og Brinkmann (2009) sier i sin bok "Det kvalitative forskningsintervjuet", det søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Målet er å få fram betydningen av folks erfaringer og opplevelser av verden. Det er en profesjonell samtale, hvor det konstrueres kunnskap i en interaksjon mellom intervjueren og den intervjuede om et tema som opptar dem begge.

Å prøve å forstå en persons livsverden eller se ting som de er, har grunnlag i fenomenologien, en filosofi som ble grunnlagt av Edmund Husserl rundt 1900. Med utgangspunkt i fenomenologien skisserer Kvale og Brinkmann (2009) tolv aspekter ved det kvalitative forskningsintervjuet, som er grunnleggende for denne type intervju.

Livsverden. Temaet er den intervjuedes livsverden og hans/hennes eget forhold til den.

Mening. Intervjuet skal fortolke meningen med sentrale temaer i intervjupersonens livsverden.

Kvalitativt. Intervjuet skal innhente kvalitativ kunnskap, gjennom vanlig språkbruk. Ikke forsøk på å kvantifisere.

Deskriptivt. Intervjuet skal samle inn nyanserte beskrivelser av ulike sider ved intervjupersonens livsverden.

Spesifisitet. Beskrivelse av spesifikke situasjoner innhentes, ikke generelle meninger.

Bevisst naivitet. Intervjueren viser åpenhet overfor nye og uventede fenomener, unngår ferdigoppsatte kategorier og fortolkninger.

Fokusert. Intervjuet fokuserer på bestemte temaer. Verken stramt strukturert eller fullstendig ikke-styrt.

Tvetydighet. Uttalelser kan være tvetydige, noe som kan gjenspeile motsetningene i intervjupersonens livsverden.

Endring. Intervjuprosessen kan gi ny innsikt og bevissthet for intervjupersonen, som igjen kan endre personens beskrivelser og fortolkninger av et tema i løpet av intervjuet.

Følsomhet. Ulike intervjuere kan fremskaffe ulike uttalelser om det samme tema, avhengig av deres følsomhet og kunnskap om tema.

Interpersonlig situasjon. Den produserte kunnskapen skjer gjennom interaksjonen mellom de to i intervjusituasjonen.

Positiv opplevelse. Et vellykket intervju kan være en berikende opplevelse for intervjupersonen, som kan få ny innsikt i egen livsverden.

På bakgrunn av de tolv faktorene som kjennetegner et kvalitativt forskningsintervju, er det etter min oppfatning denne type intervju som er egnet til å framskaffe den ønskede kunnskapen i undersøkelsen. En vurdering av de tolv aspektene opp mot intervjuet i undersøkelsen, vil bli gjort til slutt i oppgaven i kap.7 "Drøfting av metode", for å se om mine antagelser om valg av metode ble slik som forventet.

Jeg ønsket å bruke et halvstrukturert forskningsintervju med intervjuguide i forhold til ulike konkretiserte temaer. Intervjuguiden tar utgangspunkt i spørsmål knyttet til oppgavens problemstilling og de fire områdene som forskningsspørsmålene omfattet. Å bruke intervjuguide sikrer at samtalen vil omfatte temaene som inngår i oppgavens forskningsspørsmål, men samtidig vil de være åpne for at intervjupersonen skal kunne komme med oppfatninger og synspunkter utover dette. Jeg som intervjuer hadde også mulighet til å følge opp svar som jeg ønsket en utdypning på.

Intervjuene ble gjort som lydopptak og tok mellom 35-45 minutter. Jeg var bevisst på at ingen intervjuer skulle ta lenger tid enn 45 minutter, slik at intervjuet i seg selv ikke skulle oppleves som negativt i en allerede presset hverdag.

Jeg noterte noen stikkord underveis i intervjuet, men foretrakk hovedsakelig å rette oppmerksomheten mot intervjupersonen for å få til en god dialog og følge opp svar som krevde det. Alle intervjupersoner var kolleger i min avdeling og det opplevdes unaturlig å notere alt i intervjuet, jeg ønsket å utforme det mer som en samtale om et tema begge var opptatt av.

I tillegg til intervjuer, har jeg i begynnelsen av oppgaven gått igjennom en del dokumenter som legger premisser for hvordan endringsprosesser og omstilling skal gjennomføres, så som lovverk, avtaler mellom arbeidsgiverorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner i sykehuset og regler for omstilling som sykehusets eier selv har formulert som viktige i slike prosesser. I kap. 8 av oppgaven vil jeg drøfte disse premissene opp mot funnene i analysen.

Andre aktuelle dokumenter som omtales i oppgaven er strategidokumenter og årsbudsjett.

Når det gjelder strategidokumenter som har betydning for Barnemedisinsk avdeling i Kvinne og Barneklubben, handler dette om overordnede strategier (verdier, beslutninger, vurderinger) som alle skal lede fram mot endelig mål bilde med samling av alle barn på sykehus i Oslo på Rikshospitalet, bortsett fra nyfødte, i 2017-2018. Strategiene er de

overordnede plandokumentene som forteller de ansatte i hvilken retning vi skal i framtiden. Det ligger ikke i oppgaven ytterligere å gå inn på detaljer i strategidokumentene.

Årlig budsjett legges på bakgrunn av strategiene som er besluttet, på klinikknivå, på avdelingsnivå og på seksjonsnivå. Klinikkleder, avdelingsleder og seksjonsleder svarer for budsjettene på de forskjellige nivåene. Jeg ser det ikke som hensiktsmessig i denne oppgaven å gå inn på innholdet i budsjettene på seksjonsnivå. Generelt kan innholdet være noe forskjellig avhengig av om seksjonen har ansvar for bare ansatte og det faglige eller både ansatte og faglig pasientvirksomhet, dvs. drift.

5.3 Utvalg

Ønsket om å undersøke seksjonslederens opplevelse av hva som bidrar til læring og endring på seksjonsnivå i sykehus, henger sammen med at det er dette nivået i organisasjonen som er det siste nivået ut mot pasientene og etter min mening det viktigste fordi det utfører det arbeidet som er sykehusets egentlige oppdrag; å behandle og pleie syke. Nøkkelpersoner i planlegging og gjennomføring av endringer i sykehus blir naturlig nok seksjonslederne.

Barnemedisinsk avdeling i Kvinne og Barneklubben, har 12 seksjoner med seksjonsledere med ulik helsefaglig bakgrunn i 11 av dem og 1 merkantil seksjonsleder. Barnemedisinsk avdeling omfatter seksjoner både på Rikshospitalet og Ullevål sykehus.

I utgangspunktet ønsket jeg å intervju seksjonsledere fra flere ulike avdelinger og klinikker i Oslo Universitetssykehus, men i samtale med min avdelingsleder som leder Barnemedisinsk avdeling kom vi fram til at dersom seksjonslederne i vår avdeling var intervjupersonene, kunne resultatet av undersøkelsen brukes i forbedringsarbeidet i vår egen avdeling. Dersom det ble behov for det, kunne intervjupersonene også være seksjonsledere i andre avdelinger i Kvinne og Barneklubben. Siden spørsmålene var knyttet til bl.a. planlegging, rapportering og lederfunksjoner, var det viktig at intervjupersonene hadde noe erfaring med dette over tid. Siden undersøkelsen også var opptatt av sykehuset som ekspertorganisasjon og styring av fagpersoner, var det viktig at lederne hadde helsefaglig bakgrunn.

Utvalgskriteriene ble valgt som følgende:

Ledere på seksjonsledernivå i Oslo Universitetssykehus, i Kvinne og Barneklubben, primært Barnemedisinsk avdeling

- med ledererfaring i mer enn 1 år.
- med ulik helsefaglig bakgrunn – leger, sykepleiere, fysioterapeuter osv.
- som har budsjettansvar for seksjonen.

Antall intervjuer ville avhenge av når metningspunktet i informasjonen var nådd, dvs. når ikke ny informasjon synes å tilføre noe nytt til materialet. Denne vurderingen lå på meg som intervjuer og ansvarlig for undersøkelsen.

Utvalget er et strategisk utvalg, da jeg antar at disse personene har den informasjonen jeg ønsker å få tak i og som er relevant for problemstillingen.

Demografiske data som kjønn, alder og fagspesialitet er interessant i forhold til mangfold og bredde i forhold til opplevelse og erfaring. Intervjuene ble anonymisert.

Jeg informerte seksjonslederne i min avdeling om undersøkelsen på et ledermøte med alle seksjonslederne til stede, bakgrunn for denne og at vår avdelingsleder hadde godkjent at seksjonslederne ble intervjuet. De ble også informert om at intervjuet var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst fra avtalen om intervjuet. Dersom de etter intervjuet ønsket å trekke det fra undersøkelsen, var de i sin fulle rett til det. Seksjonslederne fikk utdelt skriftlig informasjon med samme innhold.

Det var 10 seksjonsledere som ønsket å la seg intervju, alle skrev under på en samtykkeerklæring på forhånd, som ble utformet etter OUS standardmal for dette formål. Intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden på et tidspunkt som passet intervjupersonen og på et sted som intervjupersonen valgte. Det var viktig med ro rundt intervjuet og for å unngå avbrudd unngikk vi så langt som mulig å gjennomføre intervjuene på intervjuerens eller intervjupersonens kontor, men fant andre løsninger. Videre var det et poeng at intervjuet foregikk på "nøytral grunn" som ingen av oss hadde sterkt eierforhold til, for å redusere maktasymmetrien i samtalen så mye som mulig. Dette mente jeg, ville bidra til en mer åpen samtale om temaene. Det er også viktig å legge til at intervjupersonene uttrykte at de

opplevde temaene og spørsmålene i intervjuet som relevante og aktuelle for sin arbeidssituasjon.

Da de 10 intervjuene var gjennomført, så man at de siste svarene ikke skilte seg spesielt ut fra de tidligere og min oppfatning var at ikke ny informasjon ville føyes til ved ytterligere intervjuer. Temaet kunne se ut til å være mettet og jeg valgte derfor å avslutte intervjuene.

5.4 Demografiske data om intervjupersonene

Alder: 37-63 år, gjennomsnitt på 52.4 år

Kjønn: 2 menn, 8 kvinner

Helsefaglig bakgrunn: 6 sykepleiere, 4 leger

Fysisk arbeidssted i Oslo Universitetssykehus på intervjutidspunktet:

Ullevål sykehus: 5 (3 sykepleiere, 2 leger)

Rikshospitalet: 5 (3 sykepleiere, 2 leger)

5.5 Transkribering av intervjuene

De 10 intervjuene ble transkribert ord for ord av intervjueren selv, med et gjennomsnitt på 11 A4 sider pr intervju med linjeavstand 1,15. Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen. I realiteten tapes informasjon som kroppsholdninger, gester, stemmeleie osv. Transkribering er således en svekket gjengivelse av direkte intervjusamtaler (Kvale og Brinkmann, 2009:186-188).

I transkriberingen av de 10 intervjuene ble det i all hovedsak fokusert på det språklige innholdet i intervjuene, av den grunn ble ikke annet nedskrevet enn når noen lo for å si noe om stemningen i utsagnet. Til tross for dette husker intervjuer emosjonelle sider ved det enkelte intervju, noe som kan bidra til økt forståelse i analysen av dem.

Når den ansvarlige for undersøkelsen selv transkriberer intervjuene, hevder Kvale og Brinkmann (2009:189) at meningsanalysen av det som blir sagt allerede starter under transkriberingen. Selv om selve transkriberingen er tidkrevende, kan det derfor være en fordel

at undersøkeren/intervjueren gjør transkriberingen for å komme inn i analysen så tidlig som mulig i prosessen.

Alle intervjupersoner fikk tilbud om å lese det transkriberte intervjuet for evt. å korrigere meningsinnhold. Bare én tok i mot tilbudet.

5.6 Beskrivelse av analyse og drøfting av dataene

De kvalitative intervjuene ble foretatt som tidligere nevnt med utgangspunkt i en intervjuguide, for å sikre at intervjuene ville inneholde samtale rundt de aktuelle temaene som forskningsspørsmålene tok opp. De tre forskningsspørsmålene er derfor også utgangspunkt for analyse av data, da svarene i intervjuene grupperes innen de samme områdene:

- Hvordan bidrar strategiske planer og årsplan som budsjett til nylæring og endring på seksjonsnivå?
- Hvordan bidrar de ulike rapporteringssystemene til nylæring og endring på seksjonsnivå?
- Hvordan bør lederfunksjonen ivaretas i endringsprosesser for å bidra til læring og endring hos de ansatte på seksjonsnivå?

Jeg ønsket å benytte meg av en analyse som dels bygger på den teoretiske for forståelsen og dels på samtaleteksten som ble produsert sammen med informantene.

Spørsmålene til intervjupersonene ble stilt på grunnlag av den teoretiske forståelsen og min erfaring som seksjonsleder, mens svarene ble gitt i samtaleintervju på bakgrunn av intervjupersonens erfaring og opplevelser som seksjonsleder. Svarene kunne være lange, så i meningsfortettingen el. komprimeringen av svarene som skulle gjøres i analysen, var det viktig dels å få tak i hovedinnholdet i svaret, dels det som svarte direkte på spørsmålet (ikke digresjoner) og samtidig bruke flest mulig av informantens ord og begreper.

Kvale og Brinkmann (2009:212-214) sier at meningsfortetting medfører en forkortelse av intervjupersonens uttalelser til kortere formuleringer, den umiddelbare meningen gjengis med få ord. Disse temaene gjøres deretter til gjenstand for mer omfattende fortolkninger og teoretiske analyser.

Analysen omfatter 5 trinn:

1. Intervjuet leses igjennom for å få en følelse av helheten.
2. De naturlige ”meningsenhetene” bestemmes av intervjuer.
3. Uttrykke så enkelt og klart som mulig temaet som dominerer meningsenheten.
4. Meningsenheten undersøkes i lys av undersøkelsens formål.
5. De viktigste emnene i intervjuet blir satt sammen i et deskriptivt utsagn.

For å la intervjupersonenes stemme bli hørt også i fortettingen av svarene og unngå feiltolking av data ut fra egen forforståelse, la jeg stor vekt på å stille meg åpen, slik at evnen til å forstå hva intervjupersonene faktisk ga uttrykk for ble skjerpet. Dersom noe virket uklart, ble større deler av intervjuet lest igjennom på nytt for å gi et klarere bilde av meningsinnholdet ved å kryssjekke andre utsagn.

For å få en ryddig struktur i analysen ble det laget en tabell hvor et forskningsspørsmål ble satt inn i linje 1, neste linje inneholdt et konkretisert område knyttet til forskningsspørsmålet, for eksempel planlegging, lederfunksjon osv. Hvert område inneholdt 5-6 spørsmål i intervjuguiden.

Deretter ble det laget 3 kolonner, hvor intervju spørsmål ble satt opp i kolonne 1, fortetting av svar på spørsmålet fra de 10 intervjupersonene i kolonne 2 og en oppsummering av svarene i kolonne 3. Eksempel på framgangsmåten vises i Fig. 1.

Dette ble gjentatt i forhold til alle spørsmålene. I oppsummeringene ble grupper av svar beskrevet f. eks. todeling av svarene, polarisering, en hovedgruppe med flere mindre grupper osv. Dette ga til slutt en oversiktlig tabell som kunne brukes som et arbeidsredskap videre i analysen.

Fig.1. Eksempel på hvordan alle spørsmål m/fortattede svar og oppsummering innen de tre hovedområder ble satt opp.

Forskningsspørsmål 1: Hvordan bidrar strategiske planer og årsplan som budsjett som budsjett til nylæring og endring på seksjonsnivå?		
I. Ledergruppen utarbeider fra tid til annen planer for avdelingens virksomhet (faglige strategier, utarbeidelse av plan for kjernevirksomhet, budsjett osv.)		
Spørsmål	Svar	Sammendrag svar
I hvilken grad blir seksjonens ønsker og behov innarbeidet i disse planene?	<p>Int 1: Det er lagt rammer og føringer, innenfor der har vi innflytelse, men ikke stort spillerom.</p> <p>Int 2: I lengre planprosesser diskuterer vi fram og tilbake og blir hørt. Selv om man diskuterer behovene i budsjettprosessen, blir budsjettet fordelt ut fra hvor mange penger man har ikke etter seksjonens behov.</p> <p>Int 3: Opplever ikke at seksjonens ønsker og behov ivaretas i planene, men at planene styres av overordnede behov.</p> <p>Int 4: Synes at ting svever, opplever ikke at man har kommet så langt, mye i organisasjonen er uferdig.</p> <p>Int 5: Føler at vi har lite å si ift budsjett, blir gitt en pott som man skal holde seg innenfor. Andre overordnede planer blir som ledelsen foreslår.</p> <p>Int 6: Ved tidligere endringer ble vi tatt med og tatt hensyn til, men er mer usikkert nå. Budsjett var vi mer involvert i tidligere og hadde større påvirkning før sammenslåingen av sykehusene.</p> <p>Int 7: Ønsker og behov blir delvis innarbeidet, men i den nye organisasjonsmodellen har jeg mindre innflytelse ift budsjett og andre planer, enn tidligere.</p> <p>Int 8: Det varierer på nivået på planene, en del overordnede beslutninger blir vi bare orientert om, mens vi får være med på prosessen ift hvordan ting skal skje.</p> <p>Int 9: Endringene er viktigere enn min seksjons behov, og det er så mange seksjoner i vår avdeling at våre behov drukner i alle de andre.</p> <p>Int 10: Budsjettet prolongeres fra året før. Sender inn et forslag utarbeidet med Stig (øk.leder), men får aldri tilbakemelding på annet enn stillinger, aldri utstyr osv. Andre planer legger vi selv.</p>	<p>Hovedtrekket i svarene er at seksjonslederne mener at de blir orientert av ledelsen om overordnede (strategiske)planer. De har i liten grad innflytelse på beslutningene som de opplever styres av overordnede behov. Gjennomføring og implementering seksjonene er prosesser som seksjonslederne mener de har innvirkning på. Budsjettet gis som en ramme som hver seksjon må holde seg innenfor og seksjonslederne opplever at de i liten grad, noen mindre enn før, har innvirkning på rammen. Spillerommet innen rammen oppleves som lite.</p>

I angivelse av hvor mange som hadde hatt meninger som går i samme retning har jeg valgt å bruke en fordeling som ser slik ut, for å vise variasjonen i beskrivelsene og for at det skal gi mening for leseren:

Alle = 10

Mange = 6-9

Over halvparten = 5-6

Halvparten = 5

Flere = 3-4

Noen = 1-3

I resultatet av analysen blir oppsummeringen av hvert svar etterfulgt av eksempler på svar fra intervjupersonene som representerer ulike meningsgrupper innen hvert svar. Dette bidrar til å bekrefte bredden eller samstemtheten i svarene. I tillegg blir analysen mer beskrivende.

Til slutt går jeg gjennom om de demografiske dataene til intervjupersonene gir noe informasjon eller danner noe mønster som har betydning for svarene.

I analysekapitlet ble sammendrag av svarene med eksempler fra ulike grupper av svar skrevet ut som tekst, med en overskrift som referer til innholdet i sammendraget.

De analyserte dataene innenfor oppgavens tre hovedområder ble drøftet opp mot den teoretiske referanserammen. De tre hovedområdene "Planlegging", "Rapportering" og "Lederfunksjon" svarer til de tre forskningsspørsmålene som er utledet av oppgavens hovedtema. Svarene og drøftingene vil så langt det er mulig gi svar på forskningsspørsmålene.

Etter gjennomgang av analysen av dataene fra de tre områdene ble teoretisk ramme sammenholdt med dem. Ved flere gjennomlesinger mente jeg å kunne se områder som kunne karakteriseres som hovedtemaer. Intervjupersonenes svar ga likevel et nyansert bilde. Utfordringen blir å tematisere både hovedområdene og nyansene rundt disse.

Ved å sammenholde de analyserte dataene om seksjonsledernes erfaringer og opplevelser mot den teoretiske rammen belyses og begrunnes problemområder og områder som fungerer godt ut fra et teoretisk perspektiv.

Resultatene vurderes til slutt opp mot aktuelle lover og avtaler.

Drøftingen av metoden står i kap.7 etter analysekapitlet i oppgaven.

5.7 Etisk vurdering

En intervjuundersøkelse er alltid en moralsk undersøkelse, fordi det menneskelige samspillet i intervjuet påvirker intervjupersonene. Kunnskapen som produseres i intervjuet påvirker vår syn på menneskets tilværelse. Man utforsker menneskers liv og beskrivelsene legges ut i det offentlige. Før intervjuet er det vesentlig at intervjueren foretar etiske vurderinger.

De etiske vurderingene må gjøres i forhold til fire usikkerhetsområder som kan sees som en ramme når man utarbeider en etisk protokoll til en kvalitativ undersøkelse, som etiske påminnelser om hva man skal se etter i praksis. De fire områdene er informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle iflg. Kvale og Brinkmann (2009):

Informert samtykke betyr at deltakeren informeres om undersøkelsen, om risikoområder og mulige fordeler ved å delta. Man sikrer også at vedkommende deltar frivillig, samt informerer om den enkeltes rett til å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt. Denne informasjonen fikk deltakerne i vår undersøkelse muntlig i et fellesmøte en tid før intervjuene startet, deretter i skriftlig avtale som de underskrev på før intervjuet.

Fortrolighet eller konfidensialitet innebærer at data som identifiserer deltakerne, ikke avsløres. I vårt tilfelle ble en liste med navn og nummer på intervjupersonene laget og holdt innelåst på intervjuers kontor. Intervjuene benevnes kun med aktuelt nummer.

Intervjupersonene var likevel kjent fordi alle er seksjonsledere i Barnemedisinsk avdeling, Kvinne og Barneklubben i Oslo Universitetssykehus. Enda viktigere er det da ikke å avsløre hvem som har svart hva i intervjuene, for å sikre deltakernes anonymitet. Svarene vil foreligge som svar fra gruppen, ikke fra enkeltpersoner. Min oppgave vil bestå i å være bevisst valg av eksempler på utsagn, slik at de ikke avslører hvem som har uttalt dem.

Det tredje usikkerhetsområde er hvilke konsekvenser undersøkelsen kan ha for deltakerne, mulig skade og fordeler de kan forventes å få. Summen av nytte bør veie tyngre enn risiko for skade. Dersom resultatene skal legges fram i fora som intervjuer eller intervjupersonene ikke hadde forventet, kan det evt. være aktuelt å be intervjupersonene om å gå gjennom oppgaven og vurdere om en presentasjon av den vil oppleves som risikofyllt.

Resultatet av undersøkelsen skal som tidligere nevnt brukes i avdelingens forbedringsarbeid. Dette må sees som en fordel. Det er jo også enhver ansvarlig leders plikt å gi tilbakemelding på ulike prosesser og utviklinger - positive og negative - i organisasjonen. Nå blir dette samlet i en anonym tilbakemelding fra seksjonslederne som gruppe. Skulle svarene ha et

gjennomgående negativt preg, vil dette ikke henge ved den enkelte men deles på gruppen. Intervjupersonene vil forvente at noe vil bli gjort, dersom det er områder de ikke synes fungerer godt nok.

Intervjuene av seksjonslederne kan også føre til videre refleksjon rundt lederfunksjon og former for rapportering, planarbeid og læring og endring i organisasjonen, som kan føre til utvikling for den enkelte og oppleves som positivt.

Det siste usikkerhetsområdet forskerens rolle eller integritet, er avgjørende for kvaliteten på kunnskapen som kommer ut av undersøkelsen. Funn må gjengis så nøyaktig og representativt for området hvor undersøkelsen er gjort, som mulig. Utfordringen som intervjuer har, er å få fram det den enkelte intervjuperson legger vekt på og beskrive dette på en god måte. Noen vil hevde at å forske på egen organisasjon er en ekstra utfordring fordi man kan komme til å identifisere seg med intervjupersonene på en måte som kan gi undersøkelsen en slagside. Siden jeg har intervjuet seksjonsledere i egen avdeling med samme rolle som meg selv, vil jeg ut fra et slikt perspektiv måtte være ekstra oppmerksom på dette. På den annen side vil min kunnskap om organisasjonen være viktig for å forstå hva intervjupersonene mener.

I Aase og Fossåskaret (2007:87) sin bok ”Skapte virkeligheter” heter det:

”Særleg ved studiar av eigen kultur er det vesentleg at forskaren reflekterer over korleis egne forståingsrammer styrer empiriske funn og analytiske konklusjonar. Forskaren som studerer eigen kultur på steds- og organisasjonsnivå, er fortruleg med lokale kodar og kategoriar. Somme meiner at slik innafråkjennskap til feltet er ei føresetnad for den som vil produsere forskningsbasert kunnskap”.

Uansett lar det seg ikke gjøre å produsere samfunnskunnskap som er upåvirket av forståelsesrammen til dem som skaper og formidler kunnskapen. Mine synspunkter vil mest sannsynlig også komme fram i dataene som skapes fordi de nettopp skapes i selve intervjuet, i samtalen mellom to som er opptatt av samme tema. Dette vil drøftes mer i kap. 8.

5.8 Pålitelighet og gyldighet.

Pålitelighet eller reliabilitet i sammenheng med kvalitative data, er å fastholde intervjupersonenes utsagn i deres egen meningssammenheng. Det er avgjørende at de ikke tas til inntekt for noe annet enn det som var opprinnelig ment. Kvale og Brinkmann (2009)

hevder at reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Det er derfor også viktig å stille spørsmål som bekrefter uklart meningsinnhold. Under intervjuene ble intervjupersonene bedt om å utdype, forklare og gi eksempler for klargjøre hva de mente i uttalelsene sine. Alle intervjupersoner fikk tilbud om å lese igjennom det transkriberte intervjuet for å godkjenne innholdet. Bare én benyttet seg av dette. Spørsmålet er om intervjupersonene hadde svart det samme med en annen person som intervjuer og om det ble stilt ledende spørsmål. Spørsmålene var laget i en intervjuguide innen tre områder med 5-6 spørsmål innen hvert område. De ble lest opp med samme ordlyd for alle.

Oppfølgingsspørsmålene var ulike avhengig av svarene intervjupersonene ga. Disse skulle oppmuntre til kreativ tenkning, motforestillinger og bekrefte utsagn.

Gyldighet eller validitet av materialet har med dets kvalitet, dvs. mangfoldighet og relevans i forhold til problemstillingen å gjøre. Man er ikke ute etter en objektiv sannhet som i kvantitative undersøkelser, men om svarene er relevante i forhold til undersøkelsens problemstilling og forskningsspørsmål. Gyldighet eller validitet i samfunnsvitenskapene har også med hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2009).

Gyldige svar i et intervju er ofte et spørsmål om å spørre riktig. Kvalitetssikringen av dette består i å avveie og vurdere om den innsikt man oppnår er logisk. Hvert skritt i analysen må kunne rekonstrueres, forskeren må kunne vise logikken i sine resultater. Dette må overbevise andre som leser det (Holter og Kalleberg, 2007:22-23).

Dersom det er mulig, vil jeg vise til flere ulike tolkningsmuligheter i analysen.

Metoden vil ikke kunne gi generaliserbar kunnskap om alle avdelinger, seksjoner i alle sykehus, men problemstillinger kan løftes fram og belyses. Relevant teoretisk kunnskap knyttet til empirien vil kunne underbygge de ulike perspektivene.

5.9 Personvern.

Søknad ble sendt på eget standardisert skjema til personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus. Personvernombudet ved sykehuset er godkjenner og garanterer dermed for personvernet i studien. Det er derfor ikke krav om at søknad sendes NSD.

Det ble sendt informasjonsskriv om studien til aktuelle avdelingsledere som forespørsel for å intervju seksjonsledere i hans/hennes avdeling. Det er innhentet skriftlig samtykke fra avdelingsleder i avdelingen hvor alle intervjupersoner er seksjonsledere.

Samtykkeerklæring for de ansatte som skulle delta som intervjupersoner ble laget ut fra standardisert skjema i OUS og innholdet ble tilpasset denne studien. Alle deltakende seksjonsledere har lest og underskrevet erklæringen.

Søknad til Regional etisk komité ble vurdert i samtale med regionalt kontor som unødvendig, da pasienter ikke er involvert i studien.

6. Analyse av data

Etter fusjonen av de store Oslo sykehusene 01.01.10, ble det også gjort ulike organisatoriske endringer. Barneklirikken på Rikshospitalet og Barnesenteret på Ullevål ble slått sammen og innlemmet i Kvinne og Barneklirikken i Oslo Universitetssykehus. Det ble opprettet fire avdelinger hvor barn skulle tas hånd om. Barnemedisinsk avdeling er én av disse.

Intervjupersonene er derfor ansatt i samme avdeling, men noe av det som oppleves utfordrende av mange i omstillingen i avdelingen, er at virksomheten i samme avdeling befinner seg på to sykehus. Planen på lenger sikt er at istedenfor at det er to ganske like barneklirikker på Rikshospitalet og Ullevål, skal Rikshospitalet ha lands- og regionsfunksjoner primært mens Ullevål skal ha akutt- og områdesykehusfunksjon. Like etter at intervjuene i undersøkelsen ble gjennomført, skulle som et ledd i denne planen, to store fagområder flyttes fra Ullevål til Rikshospitalet, barn med hjertesykdommer og barn med kreft og blodsykdommer i hele regionen. Personalressurser tilsvarende pasientgruppen skulle følge med fra det ene stedet til det andre. En del av områdefunksjonen på Ullevål og Rikshospitalet skulle overføres til hhv Akershus Universitetssykehus og Drammen sykehus. Målbildet i 2017-2018 er en samling av alle barn over 3 mnd i OUS på Rikshospitalet, mens Nyfødtavdelingen vil forbli delt mellom Ullevål og Rikshospitalet.

Endringer av dette slaget er omfattende og påvirker i stor grad de menneskene som arbeider i organisasjonen. Denne informasjonen er det viktig å ha som et bakteppe når vi ser på analysen av svarene fra seksjonslederne i Barnemedisinsk avdeling.

Som beskrevet i metodekapittelet, var intervjupersonene 2 menn og 8 kvinner, 4 leger og 6 sykepleiere. Av disse hadde 5 seksjonsledere (2 leger og 3 sykepleiere) arbeidssted Ullevål sykehus og 5 seksjonsledere (2 leger og 3 sykepleiere) arbeidssted Rikshospitalet på intervjutidspunktet, altså en helt lik fordeling på de to sykehusene.

I analysen av dataene fra svarene i intervjuene vil jeg ta utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene. Analysen av dataene deles ut fra dette inn i tre områder; planlegging, rapportering, lederfunksjon som sees i forhold til hvordan endringsprosesser påvirkes.

Intervjupersonene benevnes som Int 1, Int 2 osv. heretter.

6.1 Planlegging

Forskningsspørsmål 1: Hvordan bidrar strategiske planer og årsplan som budsjett til nylæring og endring på seksjonsnivå?

Området planlegging ble introdusert i intervjuet med setningen: Ledergruppen utarbeider fra tid til annen planer for avdelingens virksomhet; strategiske planer over tid og årsplaner som budsjett.

Planleggingsdokumentene som første del av intervjuet handler om, er to typer. Det ene er strategiske dokumenter som er overordnede planer for lengre perioder og for hvordan Kvinne og Barneklubben skal se ut i framtiden (2017-2020). Det andre er konkrete årsplaner, i dette tilfelle budsjett som sier noe om rammene den enkelte seksjonsleder styrer etter inneværende år. Dette er planer på ulike nivåer i organisasjonen. Involvering i de ulike planene er av betydning fordi det kan virke inn på seksjonsledernes mulighet for nylæring og endring.

6.1.1 Informert om strategiske planer, budsjettet gis som en ramme

På spørsmål om i hvilken grad seksjonenes ønsker og behov ble innarbeidet i strategiske planer og årsplaner, var hovedtrekket i svarene at seksjonslederne mener at de blir orientert av ledelsen om overordnede planer, én mener at vi også diskuterer og blir hørt. Seksjonslederne opplever at de i liten grad har innflytelse på beslutningene som de mener styres av overordnede behov. Gjennomføring og implementering i seksjonene er prosesser som seksjonslederne mener de har innvirkning på.

Årsplaner som budsjett mener seksjonslederne gis som en ramme som hver seksjon må holde seg innenfor og de opplever at de i liten grad, noen mindre enn før, har innvirkning på rammen. Spillerommet innen rammen oppleves som lite.

Svar som beskriver innflytelsen av seksjonens ønsker og behov i overordnede planleggingsprosesser er;

Int 5: "Andre planer (enn budsjett) blir som ledelsen foreslår"

Int 8: "Det varierer på nivået av planene, en del overordnede beslutninger blir vi bare orientert om, mens vi får være med på prosessen i forhold til hvordan ting skal skje"

Int 2: "I lengre prosesser diskuterer vi fram og tilbake og blir hørt".

Svar som sier noe om seksjonens innflytelse i budsjettprosessen er;

Int 5: ”Føler at vi har lite å si i forhold til budsjett, blir gitt en pott som man skal holde seg innenfor”

Int 1: ”Det er lagt rammer og føringer, innenfor der har vi innflytelse, men ikke stort spillerom”.

Svarene er forholdsvis samstemte uavhengig av hvilket sykehus den enkelte hadde arbeidsstedet sitt på da intervjuet ble gjort, faglig bakgrunn som lege eller sykepleier eller alder og kjønn.

6.1.2 Planene brukes av mange, spesielt årsplaner

Seksjonslederne ble spurt om på hvilken måte planene brukes for å planlegge og gjennomføre evt. endringer i seksjonen. Mange av seksjonslederne svarte at de bruker planene, spesielt i forhold til bemanning og aktivitet som er bestemt. De opplever at man må diskutere/forhandle realistiske tidsrammer med overordnet ledelse for at planene kan bli realisert. En mindre del av seksjonslederne mener at planene er nyttig i langsiktig planlegging for å nå mål, mens en annen del opplevde at planene var for diffuse og uoversiktlige til at de hadde betydning for evt. endringer i seksjonen.

Eksempel på svar fra de som bruker planene ser slik ut;

Int 1: ”Planen brukes aktivt i forhold til bemanning, hvor mange ansatte seksjonen har og hvor mange seksjonen skal ha”

Int 8: ”Ofte en kombinasjon av at nivået over oss vil ha planen og gjennomføringen sånn og sånn, så må vi på seksjonsnivå lage en plan for hvordan det er realistisk å få det til, så må man ha en dialog før man nedsetter noe endelig”

Int 2: ”Bruker planene for å tenke langsiktig i omstillingen for å se om man når de oppsatte mål...”

De som ikke ser noe hensikt i å bruke planene sier;

Int 3: ”Nei, det er uoversiktlig og uforutsigbart...”

Int 4: ”Det er såpass diffust og uklart at det ikke har vært tema”.

Det er intervjupersoner med arbeidssted både på Ullevål og Rikshospitalet i begge gruppene, det er både leger og sykepleiere i begge grupper og aldersuavhengig og begge kjønn i begge grupper.

6.1.3 Budsjettet har betydning for faglige valg

På spørsmål om seksjonslederne opplever at årsplaner som budsjett har betydning for de faglige valgene som gjøres, mener de fleste seksjonslederne at budsjettet har betydning for de faglige valgene som gjøres og setter rammer for hvilket totaltilbud de kan tilby pasientene i seksjonen (bemanning, kompetanse). Flere påpeker imidlertid at når seksjonen har en øyeblikkelig hjelp funksjon må man ta i mot de pasienter man er lovpålagt å ta uavhengig av budsjett. Noen opplever at det viktigste er å holde budsjettet.

Svarene varierer mellom de som tydelig ser sammenhengen;

Int 3: ”Ja, det går på hva slags kompetanseutvikling man kan gjennomføre og ellers har budsjett stor betydning for det faglige innholdet”

Int 8: ”Ja, budsjettet setter rammer for hva man totalt sett kan få til av tilbud til pasientene” til de som utfører de oppgaver som de er lovpålagt uavhengig av budsjett;

Int 6: ”85% er øyeblikkelig hjelp, så de må vi ta”

og til tilslutt én som opplever at;

Int 10: ”Jeg har liten støtte i de faglige valgene i seksjonen ovenfra, de fleste endringene som kommer ovenfra handler om å redusere bemanning og det viktigste er å holde budsjettet”.

Seksjonslederne er i stor grad samstemte om budsjettets betydning for de faglige valgene.

6.1.4 De faglige valgene gir mening, men få mulige valg

Seksjonslederne ble videre spurt om de faglige valgene (tatt ut fra et gitt budsjett) gir mening for de ansatte i seksjonen. Mange av seksjonslederne svarte at de faglige valgene som seksjonen gjør som følge av de budsjetttrammene man har, gir mening for mange ansatte i seksjonene. Men flere av seksjonslederne opplever at de har lite spillerom når det gjelder mulighet for valg, da mye er fastsatt på forhånd. Ansatte understreker at det ikke må være økonomien som styrer faget. For noen gir dette ikke mening når følgene er nedbemanning, fordi de opplever at reduksjonen i bemanning gir redusert kvalitet i tilbudet til pasientene.

Svarene spenner fra;

Int 6: ”Det gir mening, for det er logiske ting vi planlegger”

Int 4: ”Det gir mening, men folk understreker stadig at det ikke må være økonomien som styrer faget”

til svar fra de som mener at med visse forbehold gir valgene mening;

Int 9:”Sammenslåing (av sykehusene) gir mening, men ikke forskyvning i tidsplaner og nedbemanning av leger”

For dem som ikke finner mening er eksempel på svar slik;

Int 3:”Noen av de gir ingen mening, det å redusere stillinger reduserer kvalitet ikke bare kvantitet og her ser vi en veldig sterk sammenheng”.

Både leger og sykepleiere på begge arbeidsplasser er positive, de fleste med noe forbehold. De som er negative har også ulik fagbakgrunn og arbeider på begge sykehus. Seksjonsledere med ulik fagbakgrunn opplever det som negativt at legegruppen nedbemannes, og begrunner dette med et redusert faglig tilbud til pasientene.

6.1.5 Planene gir støtte til den enkelte leder

På spørsmål om hvilken støtte seksjonslederne har i disse planene svarer hovedvekten av seksjonslederne at de opplever at de har støtte i planene som er lagt for seksjonen, både strategiske planer og årsplaner som budsjett, eller at de forholder seg til dem.

Noen understreker at overordnet forankring er viktig for gjennomføring av planene, mens en annen gruppe mener at det er vesentlig at planene er lagt og legitimert sammen med de ansatte.

Én mener at ledergruppen som felles beslutningsforum, er altfor lite homogen til at man kan kjenne igjen egen virkelighet i beslutningene. Én opplever ikke støtte i planene som er bestemt på avdelings- og klinikknivå, men støtte av egen avdelingsleder, uten at det endrer noe for seksjonen.

Svarene varierer fra de som opplever støtte i selve planene;

Int 7:”Jeg må forholde meg til planene, si hva som er besluttet og på hvilket nivå det er besluttet”

Int 6:”Det er en støtte så lenge man har vært med å diskutere og man har kommet fram til et vedtak, så er jeg lojal mot det”

til de som mener forankring oppover i systemet er viktig;

Int 9:”Det er en fordel at planene er forankret høyere opp, jeg hadde ikke fått støtte av de ansatte hvis jeg hadde funnet på alt sjøl”

og de som mener legitimering av planene blant de ansatte er vesentlig;

Int 8: ”Det er vesentlig å ha støtte i planene, gode strukturerte planer som er integrert i de ansattes arbeidsvirkelighet som de har vært med på å legge”.

De mest negative er de som opplever nedbemanning av leger i sin seksjon. Dette er seksjonsledere som er både leger og sykepleiere og som er seksjonsledere fra både Ullevål og Rikshospitalet. Det er en liten tendens til at de som mister ressurser er mest negative. Det ser ikke ut til alder eller kjønn har noen spesiell innvirkning på resultatet.

6.1.6 Visjoners og strategiers betydning

Til slutt ble seksjonslederne bedt om å ta stilling til et utsagn om at ”Visjonene og strategiene har liten betydning for den daglige driften” innefor området ”Planlegging”.

Oppfatningene til seksjonslederne deles her i to. Halvparten av seksjonslederne opplever at visjonene og strategiene har stor betydning for driften som mål og at de er en integrert del av de som jobber der. Oppleveres som ryggraden i arbeidet.

Den andre halvparten mener at visjoner og strategier ikke har betydning i virkeligheten, at de bare finnes på papiret og kan oppleves som et hinder i forhold til daglig drift. Én opplever at nettopp dette er en utfordring at det er et stort skille mellom ”organisasjon” og daglig drift.

Svarene spenner vidt fra de som mener visjoner og strategier har betydning;

Int 2: ”De har absolutt betydning som mål og tanker om det vi driver med, som ryggraden i arbeidet”

Int 6: ”De økonomiske forholdene kan være til hinder for å leve opp til visjonen, men har man visjoner og strategier man tror på, kan man få til ting likevel”

til de som ikke opplever sammenheng;

Int 1: ”Visjonen opplever jeg er forsvunnet i planarbeidet”

Int 3: ”Visjon og virkelighet er ikke det samme, visjonen er mest på papir, jeg opplever ingen gjenkjennelse der”

Int 9: ”I forhold til den daglige virksomheten er det mer en hemsko enn at det løfter oss”.

Innen gruppen av de som opplever at visjoner og strategier har betydning er det svak overvekt av seksjonsledere med arbeidssted Rikshospitalet og svak overvekt sykepleiere. Omvendt er de som mener at det ikke hadde betydning, en gruppe med svak overvekt av seksjonsledere med arbeidssted Ullevål og svak overvekt leger. Kjønn og alder er fordelt likt på begge grupper.

6.2 Rapportering

Forskningsspørsmål 2: Hvordan bidrar de ulike rapporteringssystemene til nylæring og endring på seksjonsnivå?

Området rapportering ble innledet med følgende: Vi rapporterer på mange områder tilbake til ledelsen, forklarer økonomi, bruk av bemanning, sykefravær, HMS osv.

Når det gjelder rapportering i denne sammenhengen, er det ikke spesielle dokumenter det er snakk om, bortsett fra ved Helse Miljø og Sikkerhet-rapportering. I dag blir mye av sykehusets aktivitet registrert i elektroniske systemer, hvor ulike data kan hentes ut. Seksjonslederne blir av og til bedt om å forklare eller rapportere bakgrunnen for aktivitet, økonomi og bemanning som registreres i systemene. I forbindelse med HMS-rapportering dreier det seg om handlingsplaner for påfølgende år som blir laget på bakgrunn av sjekklister som leder og verneombud går igjennom med de ansatte i seksjonen.

6.2.1 Rapportering oppleves nyttig for mange ledere, men savner respons.

På spørsmål om hvordan rapportering på ulike områder bidrar til utforming/ending av den overordnede politikken i seksjonen svarte hoveddelen av seksjonslederne at de opplever at ulike former for rapportering er nyttig for dem selv, at man lærer noe. De mener at man tvinges til å få en oversikt over virksomheten og hva som har skjedd siste periode. Dette opplever de kan si noe om hva man kan forvente framover og hva man skal planlegge i forhold til, noe som har betydning for driften.

Mange opplever imidlertid at man ikke får noe respons fra nivåene over på det som rapporteres. Noen synes de får forståelse, men at lite blir gjort derfra for å avhjelpe en vanskelig situasjon. Uavhengig av rapportering, så opplever de at de må håndtere evt. problemer selv.

Andre mener at rapporteringen er fragmentert og lite brukbar som et evalueringsverktøy, fordi det handler om en type ”straks rapportering” i forhold til tema som er aktualisert høyere opp i hierarkiet.

Noen av seksjonslederne mener at ledelsen ensidig vektlegger tall i dokumentasjon av virksomheten og opplever dette negativt.

Eksempel på svar fra de som opplever at rapportering har betydning for endringer er;

Int 2:”Vi lærer noe av rapportering, det er et tilbakeblikk på hva som har skjedd innen økonomi, pasientbelegg, sykefravær og HMS. Dette har betydning for driften”

Svar fra noen som synes rapportering er nyttig, men ga liten respons fra ledelsen er:

Int 10:”Det er viktig å rapportere for å tvinge oss til å ha en oversikt over virksomheten. Men noe av det som rapporteres får vi ingen respons på. Uavhengig av rapportering så må vi håndtere problemer selv.”

Svar som heller i en mer negativ retning generelt og i forhold til tellbare data, er;

Int 8:”Mye straks rapportering og straksløsninger styrer oss”

Int 6:”I dokumentasjonen av virksomheten er det de tellbare data det legges ensidig vekt på. De myke verdiene mellom tallene er det liten interesse for fra ledelsen”

Int 4:”Mye baseres på tallene, selv om kvaliteten kan være dårlig, tallene direkte gale og vanskelige å kjenne igjen”.

Det er både sykepleiere og leger som er seksjonsledere i gruppen som mener at rapportering påvirker endringer i seksjonen og både sykepleiere og leger i gruppen som mener at rapporteringen ikke har betydning, er fragmentert eller fokuserer på et begrenset område. Det kan imidlertid synes som om de som er mest negative er de som opplever mest problemer i forbindelse med sammenslåingen av sykehusene.

6.2.2 Relevant informasjon etterspørres i stor grad, men ensidig fokus på tellbare data.

Seksjonslederne ble videre spurt om i hvilken grad rapporteringen etterspør informasjon fra seksjonen som seksjonen oppfatter som relevant.

Over halvparten av seksjonslederne opplever det som etterspørres av informasjon som relevant, men flere opplever det demotiverende ikke å få tilbakemelding på rapporteringen.

Mange mener at det var mer manuell rapportering og krav om forklaring tidligere, nå ivaretas mye av elektroniske systemer. Flere opplever at de ikke har tillit til at tallene er riktige i disse systemene.

Noen opplever at nivåene over i organisasjonen ensidig vektlegger tall, statistikk og økonomi i beskrivelsen av virksomheten. De opplever at det legges lite vekt på kvalitet på tjenesten,

pasienttilfredshet og kunnskap om hva de mener er problemer på seksjonsnivå og beskrivelser av virkeligheten med ord, som noen av seksjonslederne mener er like relevante tema.

Eksempler på spredningen i svarene er;

Int 2: ”Ja, det oppleves som relevant og gir nyttig ny informasjon om momenter i hverdagen som vi skal gjennom”

Int 1: ”Opplevs som relevant, men at det ikke blir tatt til etterretning. Opplevs meningsløst når man ikke får noe tilbakemelding og at man ikke blir tatt på alvor”

Int 9: ”Synes vi rapporterer for lite fra seksjonene..., mer data fra elektroniske systemer”

Int 10: ”Sykehuset er veldig avhengig av rapporteringen av tall og statistikk, men virkeligheten kan ikke beskrives alene med dette. Ledelsen må ha førstehånds kunnskap om hva som oppleves som problemene. Ikke alle tall kan stoles på.”

Bare én av seksjonslederne opplever ikke rapporteringen som relevant og bare to uttaler seg positivt uten forbehold. Resten av seksjonslederne som opplever rapporteringen som relevant har mange forbehold.

6.2.3 Rapportering kan bidra til forandring

På spørsmål om hvordan seksjonslederne opplever at rapporteringen inspirerer til å få seksjonen til å tenke nytt og forandre måten å organisere seg på, om dette fører for eksempel til nye måter å jobbe på, nytenking i forhold til bemanning osv, svarte noe over halvparten at de opplever at rapporteringen inspirerer til nytenkning, spesielt hvis man har tid til å diskutere med de ansatte først. Rapporteringen tvinger dem til å være kreative i forhold til arbeidsfordeling og effektiv ressursbruk, for eksempel ved nedbemanning. Tall kan bidra til konkrete diskusjoner om tiltak eller beslutninger.

Noen mener imidlertid at tall alene ikke kan beskrive virkeligheten, da de kan tolkes feil. Flere av seksjonslederne synes igjen at tall vektlegges for mye i forhold til historiene som beskriver virksomheten. De mener at virkeligheten må beskrives med både tall og ord for å gi et helhetlig bilde av den.

Noe under halvparten av seksjonslederne opplever ikke at rapporteringen inspirerer til nytenkning og endring i måten å organisere seksjonen på.

Eksempel på svar som sier at rapportering kan inspirere til å tenke nytt, er;

Int 7:”Det tvinger en til å være kreativ og se alle ting på nytt i forhold til fordeling av arbeidsoppgaver, når vi må nedbemanne for eksempel”

Eksempel på svar fra en som er positiv, men synes det er ensidig fokus på tall:

Int 3:”Må vi diskutere før rapporteringen, inspirerer det til nytenking. Tall inspirerer ikke. Ledelsen mener at tall beskriver hele virkeligheten, men det kan tolkes feil. Virkeligheten må beskrives med tall og med ord som dekker vår oppfatning av virkeligheten”

De som ikke synes at rapportering inspirerer til nytenking og endring, svarer:

Int 4:”Opplever ikke at rapportering inspirerer til nytenkning”

Int 9:”Har ikke konkludert med noe om arbeid innad i seksjonen i forhold til det jeg evt. har rapportert, har ikke vært tema”

Intervjupersonene som uttrykker entydig at de inspireres til nytenkning av rapportering har for det meste sykepleierbakgrunn. De som klarest sier at de ikke blir inspirert av rapportering, er leger fra begge sykehus. Det er også et sjikt i mellom disse gruppene hvor det er mer blandet.

6.2.4 Rapportering påvirker ofte lederne positivt, men krevende i omstilling

Når seksjonssykepleierne ble spurt om hvordan de opplever at rapporteringen påvirker dem som ledere, svarte hoveddelen av dem at de opplever at rapporteringen påvirker dem positivt som ledere.

De mener de blir bevisst nøkkelbegreper som bidrar til sortering av informasjon. Rapportering gjennom ett år oppleves bl.a. som god hjelp når man er ny og i en læringsprosess, hjelp til å se sammenhenger og forstå ting klarere. De mener de får en overordnet oversikt over det som foregår i seksjonen og disiplineres av det.

Men noen opplever at rapportering som en del av omstillingsprosessen, annen rapportering og full drift samtidig, er krevende, selv om det har blitt mindre rapportering nå ift tidligere.

Én mener at vi mangler gode verktøy til å gi oss annen nyttig informasjon. Mange av de nye systemene gir for dårlig informasjon, tallene er ikke til å stole på.

Svar som eksempel på at rapportering påvirker både positivt og negativt er;

Int 2:”Rapportering gjennom et år er til god hjelp når man er ny og er i en læringsprosess, hjelp til å se sammenhengene. Så kan vi bruke informasjonen videre”

Int 5:”Mange ganger er det positivt for det får meg til å tenke på en annen måte eller forstå ting klarere, mens andre ganger er det mer negativt pga arbeidsbyrden”

Int 10:”Det påvirker meg positivt, er med på å disiplinere og påminne meg at jeg er med i en ytre sammenheng hvor jeg konkurrerer om ressurser”.

Int 6:”Rapportering pga omstilling, annen rapportering og full drift er krevende”.

Uavhengig av arbeidssted, faglig bakgrunn, kjønn og alder er seksjonslederne er forholdsvis enige om at rapportering påvirker positivt, men uttrykker i tillegg ulike behov i form av tilbakemelding fra ledelsen, annen informasjon enn det som er tilgjengelig og diskusjoner rundt utfordringer på seksjonsnivå.

6.2.5 Hovedfokus bør være god pasientbehandling og pleie

Seksjonslederne ble til slutt bedt om å ta stilling til et utsagn om at god måloppnåelse i rapporteringen har blitt viktigere enn å gjøre folk friske.

Alle seksjonslederne mener at hovedfokuset deres bør være på at seksjonen yter god pasientbehandling og pleie og at dette må gå foran pene regnskapstall og god DRG-inntjening. Mange opplever samtidig at helsevesenet generelt og lederne oppover i sykehushierarkiet fokuserer mest på at regnskapet skal gå i null.

Noen mener at dette er bilde på avstanden mellom de som jobber med pasienter og de som driver med overordnet planlegging.

Svarene som beskriver seksjonsledernes oppfatning om dette er;

Int 5:”Jeg mener det må være omvendt, jobben vår er primært å gjøre det som er til beste for pasientene”

Int 7:”Pasientene er viktigst og kvaliteten på det vi gir og de ansatte”

Int 8:”Vi må prioritere pasientbehandlingen, alt annet kommer i annen rekke”

Andre oppfatninger som beskriver hvilke signaler seksjonslederne opplever at de får ovenfra, er;

Int 3:”Jeg har lurt på det, så lenge man har pene tall og god DRG så er alt bra”

Int 8:”Men det som etterspørres er om budsjett går i null, ikke om den behandlingen vi gir er tilfredsstillende for pasientene”

Int 10:”Jeg opplever at det som fokuseres er organisasjon, struktur og budsjett, og lite fokus på det egentlige oppdraget, nemlig pasientbehandling”

Responsen på dette utsagnet var forholdsvis samstemt hos seksjonslederne og det ser heller ikke her ut som om arbeidssted, faglig bakgrunn, kjønn eller alder har innvirkning på svarene.

6.3 Lederfunksjonen

Forskningsspørsmål 3: Hvordan bør lederfunksjonen ivaretas i endringsprosesser for å bidra til læring og endring hos de ansatte på seksjonsnivå?

Området ble introdusert med en setning i intervjuet som lød slik; Som seksjonsleder er det du som må sørge for å gjennomføre det som bestemmes høyere opp i organisasjonen, i ledergruppen osv.

6.3.1 Gode endringsprosesser innebærer dialog med de ansatte

På spørsmål om seksjonslederne kan beskrive hvordan endringsprosesser foregår på en god måte på seksjonsnivå etter deres mening, er alle seksjonslederne av den oppfatning at i endringsprosesser er det viktig med dialog med de ansatte rundt det som skal endres, for at de skal forstå endringen. Alle innspill er velkomne. Noen bruker arbeidsgrupper for å utrede og legge fram ulike løsninger.

De aller fleste opplever at det er best hvis hele seksjonen kan bli enige om noe som alle kan jobbe for. De er opptatt av at en god prosess forutsetter at man bruker tid på å beslutte sammen, da blir endringene gjennomført mer effektivt etterpå og møter mindre motstand blant de ansatte. En slik prosess vil oppleves meningsfylt for alle parter.

Noen mener det er avgjørende å forankre beslutningen hos avdelingsleder. Én seksjonsleder mener at i en god prosess brukes også tillitsvalgte og verneombud aktivt.

Svar som er beskriver hvordan seksjonslederne mener gode prosesser bør foregå, er;

Int 2:”Prosessplanlegging er viktig, for å få til endring må de ansatte være med på det og forstå endringen”

Int 8:”Mest mulig informasjon til flest mulig tidlig i prosessen, sette ned arbeidsgrupper med spesialkompetanse, lederen kan være mer ”prosjektleder”, diskusjonsrunder i personalgruppen”

Int 3:”Å diskutere problemstillingen, alle er med og kan komme med innspill og synspunkter. Best vi blir enige om noe som alle kan stå sammen om. Viktig å ta oss tid til å beslutte sammen, da blir vi mest effektive etterpå”.

Svarene på dette spørsmålet varierte lite, seksjonslederne var samstemte i sin beskrivelse, bortsett fra understrekingen fra én i forhold til å forankre prosessen hos avdelingsledelsen og én som ønsket å trekke inn tillitsvalgte og verneombud tidlig.

6.3.2 Informasjon istedenfor dialog med de ansatte om endringer pga raske prosesser

Seksjonslederne ble deretter spurt om endringsprosessene alltid foregår slik.

En stor del av seksjonslederne opplever at ikke alle endringsprosesser gjennomføres på en god måte. Flere mener at beslutningsprosessene i forbindelse med omstilling som følge av fusjonen mellom sykehusene går så fort at de ikke får tid til å diskutere sakene gjennom med de ansatte. De opplever det som negativt kun å informere de ansatte om det som er bestemt. De kan da oppleve at motstanden fra de ansatte øker og dermed vansker med gjennomføring av endringene.

Mange opplever at de kommer i et krysspress mellom beslutninger tatt på nivå over og motforestillinger nedenfra, noe som de mener setter dem i en vanskelig situasjon.

Flere mener at ofte går endringsprosessene slik og at de glir lettere og gir et bedre arbeidsmiljø i seksjonen når beslutningene oppleves som felleseie. Hvis seksjonen lykkes i endringsprosessen, oppleves dette også som en felles seier.

Svar som beskriver dette er;

Int 1:”Nei, på en del områder gir man bare beskjeder. Det er negativt at prosessene går så fort at ting ikke modnes, ikke kan komme med motforestillinger. Det burde man når man skal lage strukturer som skal vare 5-10 år fram i tid”

Int6:”Intensjonen er det, men ofte er tiden for knapp”

Int 9:”Nei, det er ting som bare bestemmes, også over meg.”

Beskrivelse av å være leder i en utsatt posisjon i endringsprosesser er;

Int 4:”Vi seksjonsledere havner noen ganger i et krysspress mellom dekret ovenfra og motforestillinger nedenfra. Det er vanskelig”.

Svar som sier noe om at seksjonslederne ser på det de mener er gode endringsprosesser som svært viktige, er;

Int 9:”Men det går glattere og vi får et bedre arbeidsmiljø når vi jobber for noe sammen”

Int 10:”Beslutningene må oppleves som et felleseie og det vi får til som felles seire”

Her har de som opplever sterkest at tiden blir for knapp i forhold til endringsprosessen arbeidssted på Ullevål da intervjuet ble gjort. Disse opplever at de har fått beskjeder om endringer, i mindre grad vært med i diskusjoner.

6.3.3 Lederfunksjonen som driver, motivator og tilrettelegger i endringsprosesser

På spørsmål om hvilken funksjon seksjonslederne tenker at lederen har i endringsprosesser mener mange av seksjonslederne at lederens rolle er å ha totalansvar for endringene og gjennomføringen innen de rammer og føringer som er lagt. Lederen har ansvar for å tenke langsiktige strategier og hva som er best for pasientene.

Hoveddelen av seksjonslederne mener videre at lederen rolle er å holde orden, avklare oppgaver som skal gjøres i forbindelse med endringsprosessen. De fleste seksjonslederne mener at lederen i tillegg skal være motivator, katalysator og tilrettelegger i endringsprosessen, en som veileder og er pådriver, men ikke nødvendigvis beslutningstaker. Det å gi andre muligheten til å delta i beslutningsprosessen kan være mer effektivt.

Noen legger vekt på at lederrollen dessuten innebærer å være lydhør og åpen for bekymringer og frustrasjoner og være tilgjengelig for de ansatte i prosessen.

Beskrivende svar i forhold til lederens funksjon i endringsprosesser er;

Int 8:”Ha totalansvar for at endringen skal kunne skje, med de forutsetninger som er lagt fra nivået over, og at alle skal føle seg inkludert eller hørt”

Int 3:”En rolle som motivator og katalysator, ikke nødvendigvis beslutningstaker”.

Svar som beskriver en lederfunksjon som viktig i bearbeiding av frustrasjon og sorg, er;

Int 1:”Å høre på folk og være åpen for det de har av bekymring og usikkerhet”

Int 7:”...forstå frustrasjonene til de som blir mest berørt, snakke med dem”.

Seksjonslederne er delt i forhold til hvor styrende lederens funksjon er i endringsprosesser, de yngste av intervjupersonene mener lederen i høy grad bør styre prosessene, mens de andre lederne er mer positive til å være tilretteleggere og motivatorer for prosessene.

De som understreker lederens funksjon som lytter og det å forstå frustrasjoner, er ansatte med arbeidssted på Ullevål på intervjudtidspunktet og er representanter med begge fagbakgrunner.

6.3.4 De ansattes må bidra i diskusjoner og bruke sin kompetanse i endringsprosesser

Seksjonslederne ble videre spurt om hvilken rolle de mener de ansatte har i endringsprosesser.

Seksjonslederne mener i hovedsak at de ansattes rolle i endringsprosesser er å være engasjerte, si det de mener i diskusjoner, ha ansvar for å bruke sin kompetanse og bidra til best mulige løsninger.

Flere av seksjonslederne mener at når beslutninger er tatt etter at de ansatte er involvert, må de være lojale mot beslutningene og ikke lage omkamper rundt de samme spørsmålene.

Noen mener at de ansatte må dele ansvar for å gjennomføre endringene i praksis.

Eksempler på svar i forhold til de ansattes ansvar i endringsprosesser er

Int 2:”De har ansvar for å være engasjerte og bry seg, ta ansvar og etterspørre det de lurer på”

Int 3:”Den viktigste rollen, får de tillit, tar de ansvar og det er gull verdt”.

Med hensyn til lojalitet til beslutningene sier de;

Int 4:”Ansvar for å holde seg orientert, være med i diskusjoner, ikke lage omkamp på beslutninger de har vært med på å ta”

Int 7:”Når de har blitt involvert i beslutningsprosessen, da må de også være lojale og tenke løsninger til beste for pasientene på sikt”.

Eksempel på at oppfatning om de ansatte også har ansvar for gjennomføring av endringer er

Int 9:”Dele ansvar for at endringen blir gjennomført, satt ut i praksis”.

Seksjonslederne er forholdsvis enige i det de mener er de ansattes ansvar i endringsprosesser.

Når det gjelder lojalitet til beslutningene er det seksjonsledere fra begge sykehus, fra ulike helsefaglige grupper og av begge kjønn som uttaler dette.

6.3.5 Ansatte med erfaring og spesialkompetanse ser oftest sitt ansvar i endringsprosesser

På spørsmål om hvordan seksjonslederne tror de ansatte ser på sitt ansvar i endringsprosessene, svarer noe under halvparten av seksjonslederne at de opplever at de

ansatte ser sitt ansvar i endringsprosessen. De mener at de ansatte ønsker å bli involvert og diskutere faglige konsekvenser. Disse har gjerne spesialkompetanse eller har fagansvar for ulike områder.

En del av seksjonslederne opplever de ansatte som ambivalente i forhold til å se sitt ansvar endringsprosessen. Mange synes det er viktig å ha innflytelse, men også slitsomt. Dette opplever de er avhenger av type personlighet og hvor lang erfaring man har.

Noen av seksjonslederne opplever at de ansatte ikke ser sitt ansvar for endringsprosessen. Disse er unge og har liten erfaring, eller har usikkert arbeidsforhold og derfor ikke ser ut til å engasjere seg.

Svarene varierte fra de som mener de ansatte ser sitt ansvar;

Int 8:”De ser absolutt sitt ansvar i endringsprosessene, ønsker å bli involvert, bli hørt, diskutere faglige konsekvenser ut fra spesialkompetanse”

Int 7:” Ja, de ansatte har ansvar for ulike fagfelt, så de liker ansvaret, de tar det og trives med det. De har lang erfaring og når de trives da har pasientene det bra også”

Eksempel på svar fra de som ikke trodde de ansatte så sitt ansvar er;

Int 2:”Mange verken ser eller forstår ansvaret sitt, kanskje fordi de er så unge. De eldre vet hva de skal spørre om hvis de lurer”

Flere av seksjonslederne med arbeidssted på både Ullevål og Riskhospitalet uttrykker at de ansatte med lengst erfaring og spesialkompetanse er de som vil bidra og ta ansvar i endringsprosessene. Noen sier videre at de yngre har mindre engasjement og forståelse for sitt ansvar i dette, kanskje fordi de har lite erfaring, mangler kunnskap eller ikke har fast ansettelse. Dette kommer til uttrykk hos seksjonsledere som har både leger og sykepleiere som ansatte.

6.3.6 Viktigere med anerkjennelse fra de man leder enn fra egen leder

Til slutt ble seksjonslederne bedt om å ta stilling til en påstand om at seksjonsledere er mer opptatt av anerkjennelse oppover enn nedover i systemet.

Alle seksjonslederne er uenige i denne påstanden og mener at det er viktigst å få anerkjennelse fra de som de er leder for.

Alle opplever at det viktigste er fornøyde ansatte som bidrar til god pasientbehandling og pleie, fordi det er vårt hovedoppdrag, den jobben vi er satt til å gjøre.

Noen mener at dette er knyttet til den faglige forankringen lederen har og at anerkjennelse fra sidestilte kolleger er like viktig som anerkjennelse ovenfra.

Halvparten av seksjonslederne mener imidlertid at vi er avhengig av anerkjennelse både ovenfra og nedenfra i hierarkiet, og at anerkjennelse fra leder er en viktig stimulans til å gjøre en god jobb. Det er veldig lite som skal til av anerkjennelse fra leder som virker veldig positivt.

Eksempel på noen av svarene som sier dette er;

Int 2:”Det er ikke slik hos meg, uten støtte nedenfra kan det ikke fungere. Men vi må ha litt anerkjennelse ovenfra og, men det er ikke nødvendigvis viktigere”

Int 3:” Jeg kjenner meg ikke igjen i det, det er meningsløst. Vårt hovedfokus må være god pasientbehandling og fornøyde ansatte. Anerkjenning ovenfra skal være en stimulans til å gjøre en god jobb”

Int 9:”Nei, jeg tror det er viktigere å få anerkjennelse nedenfra enn ovenfra, eller anerkjennelse ”bortover” fra kolleger. Jeg liker å få anerkjennelse ovenfra, men det er ikke det som driver meg”.

Seksjonslederne var samstemte i sin oppfatning av dette utsagnet.

7. Drøfting av metode

Etter at både analyse av data og drøfting av resultat opp mot den teoretiske rammen er gjennomført, er det naturlig å vurdere arbeidet kritisk i forhold til tre områder:

- De tolv grunnleggende aspektene til Kvale og Brinkmann (2009) som avklarer om det kvalitative forskningsintervjuet er den rette metoden å bruke i undersøkelsen.
- Pålitelighet og gyldighet av dataene i oppgaven.
- Valg av teoretisk rammeverk

Kvale og Brinkmanns (2009) tolv aspekter ved det kvalitative forskningsintervjuet er grunnleggende for denne type intervju. Det er viktig å gjøre en vurdering av de tolv aspektene opp mot intervjuet for å avklare om metoden som ble brukt fikk fram det som var tenkt.

Livsverden. I intervjuet i undersøkelsen refererer livsverden til seksjonsledernes arbeidsliv med omstilling og endringsprosesser. Bare deler av seksjonsledernes livsverden blir undersøkt.

Mening. Intervjuet har forsøkt å få tak i synspunkter, subjektive meninger de intervjuede har om sin arbeidssituasjon i forhold til endringsprosessene som foregår. Spørsmålene som var satt opp på forhånd i intervjuguiden kan ha bidratt til å styre meningene i en spesiell retning.

Kvalitativt. Intervjuet har fått fram opplevelser og erfaringer de intervjuede har gjort i sitt arbeidsliv om endringsprosesser ved å gi uttrykk for meninger og oppfatninger.

Undersøkelsen har ikke talt eller målt erfaringene deres.

Deskriptivt. Intervjupersonene har beskrevet hvordan de på ulike måter opplever hverdagen sin på jobb i omstilling og hva de mener om ulike sider ved omstilling og endring i egen seksjon og avdeling. Alle var informert om at resultatene skulle brukes i forbedringsarbeid i avdelingen, noe som kan ha farget beskrivelsene i den ene eller andre retning.

Spesifisitet. Situasjonene som vil bli beskrevet er fra arbeidslivet til de intervjuede innen spesielle områder, ikke om generelle erfaringer i livet deres. Imidlertid kom det fram generelle meninger om den enkeltes arbeidsliv.

Bevisst naivitet. Selv om intervjuer kjente arbeidsfeltet godt, bidro muligheten for oppfølgings spørsmål av svar med ”på hvilken måte?”, ”hva tenker du på da?” osv. til undring,

refleksjon og nye perspektiv. Intervjuer kan likevel ha stilt enkelte spørsmål eller kommentert på en måte som ikke var nøytral, siden hun selv er seksjonsleder i samme avdeling, med god kjennskap til omstillingsprosessen.

Fokusert. Intervjuet var delt inn i tre styrende hovedtema (+ ett som ble tatt ut), med 5-6 spørsmål under hvert tema, men med mulighet for oppfølgingsspørsmål og åpen dialog.

Tvetydighet. Noen av spørsmålene i intervjuet ga mulighet for at intervjupersonene skulle se og reflektere over motsetninger og dilemmaer i lederfunksjon og arbeidsoppgaver. Noen av utsagnene seksjonslederne ble bedt om å ta stilling til, kan ha virket provoserende og utløst mer følelsespregede utsagn.

Endring. Intervju spørsmålene var sammensatt på en slik måte at intervjupersonene hadde mulighet for å se og uttale seg om ulike sider ved temaene. Noen endret synspunkter underveis og erkjente dette.

Følsomhet. Intervjuene ble gjennomført av én intervjuer med god kunnskap om fagområdet. Kan være negativt ikke å sjekke ut om en annen intervjuer ville oppleve intervjuet med en annen relevans.

Interpersonlig situasjon. Intervjuet la til rette for å skape kunnskap i relasjonen og samspillet mellom intervjuer og intervjupersonene. Noen av intervjupersonene og intervjueren ga uttrykk for at de hadde opplevd å forstå noe på en annen måte enn tidligere, etter gjennomført intervju. Her kan det ha virket positivt at intervjuer kjente alle intervjupersonene og at dette skapte en viss trygghet og mulighet for dypere refleksjon.

Positiv opplevelse. Intervjuet ga mulighet for refleksjon og engasjement, noe flere ga uttrykk for. Noen av de yngste hadde noe prestasjonsangst, men slappet av utover i intervjuet.

Til tross for forbehold under enkelte av punktene over, bekrefter etter mitt syn gjennomgangen av de tolv faktorene som kjennetegner et kvalitativt forskningsintervju, at den valgte metoden var egnet til å framskaffe den ønskede kunnskapen i undersøkelsen.

Vurdering av **pålitelighet** av undersøkelsen har som tidligere nevnt med å fastholde intervjupersonenes utsagn i deres egen meningsammenheng. De skal ikke tas til inntekt for noe annet enn det som var opprinnelig ment. Selv om alle fikk tilbud om å lese igjennom intervjuet da det var ferdig transkribert, var det bare én som benyttet seg av dette. I ettertid ser jeg at jeg helt klart skulle ha presset mer på for å få kvalitetssikret alle intervjuene. Dette ble

ikke gjort for ikke å belaste ytterligere seksjonsledere med allerede stor arbeidsmengde. Under intervjuet ble imidlertid uklart meningsinnhold bedt om å bli utdypet og klargjort. Analysen startet allerede under transkripsjonen av intervjuene som ble gjort av meg som intervjuer. Intervjuene ble lest i sin helhet og i deler flere ganger for å trekke ut det essensielle i svarene ved fortettingen av svarene. Meningsinnholdet ble vurdert så nøyaktig som mulig og der det var tvil vurdert opp mot helheten i intervjuet. Har jeg likevel forstått deres meninger? God kjennskap til konteksten og arbeidsplassen ga visse fordeler i fortolkningen av dataene, men samtidig kan det også virke begrensende på hvor åpen jeg som intervjuer har mulighet til å være med min forforståelse eller til og med forutinntatthet. Dette må tas med i betraktning.

Gyldigheten av materialet har med dets mangfold og relevans i forhold til problemstillingen å gjøre. Etter mitt syn er svarene i undersøkelsen relevante i forhold til de tre første områdene i intervjuguiden. De er aktuelle i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål, da enkelt svar og sammendrag tydelig henviser til disse. Svarene viser bredde og nyanser i innhold.

I utgangspunktet hadde oppgavens problemstilling fire områder. Det fjerde forskningsspørsmålet var ”Er det andre faktorer ved sykehuset som ekspertorganisasjon/institusjon som vanskeliggjør det å lære nytt og endre, som er viktig å være oppmerksom på i slike prosesser?” Etter at intervjuene var gjennomført, transkribert og analysert og drøftingen skulle starte, ble det vurdert slik at det fjerde området ikke ga spesielt relevante data i forhold til hva en diskusjon om dette emnet kunne innebære. Svarene ga liten feedback til det store tema som dette er. Dette skyltes mest sannsynlig at spørsmålene som ble stilt ikke var de riktige i forhold til tema. Her skjedde det læring underveis og forståelsen for manglende relevans i innholdet kom gradvis. Hadde dataene vært relevante ville omfanget av oppgaven blitt altfor stor. Skulle man ha gått grundig til verks kunne det etter mitt syn vært materiale til en hel masteroppgave. På bakgrunn av dette ble det fjerde forskningsspørsmålet tatt ut av oppgaven. Spørsmålene tilhørende dette området vil likevel være med i intervjuguiden som ligger som vedlegg til oppgaven.

Den teoretiske rammen som er valgt mener jeg er relevant og bygger opp under funnene, slik at drøftingen kan besvare forskningsspørsmålene. Valg av teori og litteratur kunne vært av større omfang og drøftingen gjort med flere perspektiv. Oppgavens omfang begrenser dette.

Etter at analysen av dataene forelå, valgte jeg å gå igjennom disse med min avdelingsleder. Hun hadde selv ønsket at resultatene skulle brukes i avdelingens eget forbedringsarbeid. Dette medførte en fruktbar diskusjon. Avdelingslederen valgte å bruke denne informasjonen i innledningen til en strategisk diskusjon med alle seksjonsledere i to avdelinger tilstede, som skal slås sammen til én avdeling fra 01.01.12. Informasjonen ble brukt og formulert som tiltak i planleggingsprosessen i forbindelse med opprettingen av den nye avdelingen.

Det var seksjonslederne i den største av de to avdelingene som var blitt intervjuet og var på forhånd inneforstått med at dette skulle inngå i avdelingens forbedringsarbeid og tiltakene ble derfor tatt positivt i mot.

8. Drøfting av resultat mot teoretisk ramme

I analysen av dataene fra de 10 intervjuene har jeg forsøkt å se etter mønster i svarene og mener at jeg har funnet områder som kan karakteriseres som hovedtemaer under hvert av de tre områdene "Planlegging", "Rapportering" og "Lederfunksjon". Drøftingen vil deles inn i de samme tre områdene. Det kan være nyanser eller temaer som mindre i øyenfallende i tillegg til hovedtemaene, som også vil drøftes under de tre områdene. Hvis det er alternative tolkningsmuligheter, vil disse trekkes fram. De tre områdene vil drøftes i forhold til ett eller flere temaer i den teoretiske rammen. Drøftingen skal så langt som mulig gi svar på de ulike forskningsspørsmålene.

8.1 Planlegging

- Hvordan bidrar strategiske planer og årsplaner som budsjett til nylæring og endring på seksjonsnivå?

Da det ble spurt om seksjonsledernes forhold til strategiske planer svarte hovedgruppen at de i liten grad opplever at de er med på diskusjoner som gjelder overordnede strategiske planer. Ofte er valg tatt som legger føringer for hvilke strategier som legges, dvs. liten reell deltagelse i beslutningsprosesser som gjelder planlegging på overordnet plan, som de mener styres av overordnede behov, men som påvirker deres seksjon. De opplever oftest at de bare blir orientert om de strategiske planene.

Gjennomføring og implementering av disse planene i seksjonen, er prosesser som seksjonslederne mener de har innvirkning på. Noen mener at planene er nyttige i langsiktig planlegging for å nå mål, mens en annen del opplever at planene er for diffuse og uoversiktlige til at de hadde betydning for eventuelle endringer i seksjonen.

Strategisk planlegging eller "communicative planning" som sier noe om viktigheten av å kommunisere eller å diskutere planene på dette nivået med de aktuelle parter. Amdam (2005) hevder at det er avgjørende at man utarbeider en plan som bygger på dialog og konsensus i organisasjonen, de overordnede lovene og rammene må vurderes opp mot klinikkens egen situasjon, omgivelsene og framtiden. I tillegg skal det felles verdigrunnlaget som er nedfelt i profesjonelle normer og standarder vurderes opp mot dette. Innholdet i de strategiske planene må være kjent for seksjonslederne dersom disse skal virke retningsgivende for ønsket

utvikling og endring. Bred deltagelse av alle involverte parter i organisasjonen i den strategiske planen vil virke legitimerende og styrke planen i forhold til framtidige mål. Det er altså grunnleggende for endringsprosessens fremdrift at overordnede ledere og helsefaglige ledere på nivåene under kommer sammen på dette nivået i planleggingen og legger omforente strategiske planer.

Halvparten av seksjonslederne opplever at visjonene og strategiene har stor betydning for driften som mål og er en integrert del av de som jobber der.

I denne sammenhengen burde jeg som intervjuer ha presisert hvilke visjoner og strategier det var snakk om. Spesielt visjoner kan være tenkt fra to utgangspunkt; Enten visjonen om at barn og unge med sine familier på sykehus skal ha spesielle tilbud for å ivaretas på en forsvarlig måte (Barneklinnkens visjon før fusjonen) eller visjonen om det fusjonerte sykehuset hvor alle barn over 3 måneder er samlet på Rikshospitalet i 2017-2018.

Midt i fusjonsprosessen er det sannsynligvis mindre tvil om at det er strategiene for å samle barn på ett sykehus i Kvinne og Barneklinnken som er den aktuelle.

Uansett kan man se det som positivt at noen seksjonsledere opplever at deres arbeid har en visjon som gir retning, men det gunstigste for en god endringsprosess hadde jo vært om dette var den samme retningen hos alle seksjonslederne.

Den andre halvparten mener at visjoner og strategier ikke har betydning i virkeligheten, at de bare finnes på papiret og kan oppleves som et hinder i forhold til daglig drift. Dette tolker jeg slik at de ikke opplever at det er en sammenheng mellom visjonene, de strategiske planene og de taktiske og operative planene for den daglige driften og gjennomføringen av den. Dette er selvfølgelig av stor betydning for det å lære nytt og planlegge endring i seksjonene med utgangspunkt i de strategiske planene. Når noe ikke fungerer vil lederne gjøre mer av det de alltid har gjort og kontrollere at rutiner følges. Dette er læring på 0 og 1 nivå eller enkelkretslæring og ikke nylæring i en bred forstand (Argyris, 1992, Glosvik, 2002)

At de strategiske planene kan være til hinder for daglig drift, betyr at noen seksjonsledere mener at de strategiske planene ikke er realistiske og de heller ikke er forankret hos disse lederne. Én opplever at nettopp dette er en utfordring at det er et stort skille mellom ”organisasjon” og daglig drift.

Det at visjonene er forankret hos alle seksjonslederne og at strategiene anses som realistiske, er avgjørende for visjonenes og strategienes legitimitet. Dersom visjonene og strategiene ikke anerkjennes gjennom prosesser hvor de deltar som skal gjennomføre endringer beskrevet i strategiene, har de liten hensikt. Gode kommunikative prosesser med involverte aktører legitimerer visjoner og strategier (Amdam, 2005).

Gjennomføring og implementering av disse planene i seksjonene er prosesser som seksjonslederne mener de har innvirkning på, men fordi de ikke har deltatt i en kommunikativ prosess, er endringene som planlegges ikke integrert i dem. Manglende legitimering av planene betyr at endringsprosessen kan ta lenger tid, fordi motstanden mot endringen øker pga manglende integrert kunnskap om hvorfor endringen er viktig.

Seksjonslederne skal mobilisere de ansatte til å være med på endringene, noe som blir vanskelig dersom de selv er holdt utenfor prosessen eller bare har deltatt delvis i en prosess som de kan ha opplevd som skinnendemokratisk.

Sett ut fra et ressurs- og tidsperspektiv, går viktige ressurser til spille i overordnede planleggingsprosesser for endring, når seksjonsledere ikke deltar i de strategiske prosessene og bare får tildelt rammer å organisere innenfor. Involvering i de overordnede prosessene er viktig for at endringene skal være meningsdannende for seksjonslederne som skal planlegge taktisk og gjennomføre endringene på det operative nivå sammen med de ansatte. Det kan virke som om at organiseringen i seg selv setter bremses for endringsprosessene (Weick, 2009).

Hvis seksjonslederne involveres reelt i den strategiske planleggingen, eller kommunikative planleggingen, vil de være med på å utvikle organisasjonen og bidra til viktige diskusjoner om hva slags verdigrunnlag som skal være grunnlag for beslutninger som tas. Som fagpersoner kan deres synspunkter være viktige innspill for beslutninger og hele gruppen kan lære nytt og sammen stå for fremtidige endringer. Dette vil være læring på nivå 3 eller dobbelkretslæring – reell nylæring (Argyris, 1992).

Eriksen (2001) understreker at ledelse ved bruk tvang og sanksjoner for å styre ulike prosesser har lite for seg. Han vektlegger det frivillige aspektet i kommunikative prosesser og det å overtale de ansatte til å gjennomføre endringer ved hjelp av fornuftige argumenter, som i seg selv skal virke motiverende. Det er altså snakk om å mobilisere støtte til én løsning som man går for i fellesskap. Finnes det bedre argumenter for andre løsninger skal disse trekkes fram.

Årsplaner som budsjett mener seksjonslederne oftest gis som en ramme som hver seksjon må holde seg innenfor og de opplever at de i liten grad har innvirkning på rammen. Spillerommet innen rammen oppleves som lite.

Mange av seksjonslederne sier at de bruker planene som er lagt, spesielt i forhold til bemanning og aktivitet som er bestemt. De opplever at man må diskutere/forhandle realistiske tidsrammer med overordnet ledelse for at planene kan bli realisert.

De fleste seksjonslederne mener at budsjettet har betydning for de faglige valgene som gjøres og setter rammer for hvilket totaltilbud de kan tilby pasientene i seksjonen og at de gir mening for mange ansatte i seksjonene. Men flere av seksjonslederne opplever at de har lite spillerom når det gjelder mulighet for valg, da mye er fastsatt på forhånd.

Hvis seksjonslederne bare tillates reelt sett å delta på dette nivået som er taktisk og operativt planleggingsnivå, vil endringsprosessen møte hindringer. Her foregår det gjennomgående enkelkretslæring eller læring på nivå 0 eller nivå 1, dvs. ”mer av det samme”. Det betyr ingen endring av handlingsmønster eller valg av alternative handlingsmønstre med samme verdigrunnlag eller ramme. Her hvor organisering av seksjonen og gjennomføring av driften i forhold til budsjettammen skjer, ser vi at det er liten mulighet for nylæring som igjen kan bidra til gode endringsprosesser.

De fleste av seksjonslederne forholder seg til budsjettammen de er tildelt. De forsøker å gjennomføre de endringer som planene legger opp til i sin seksjon, slik de har oppfattet dette. Noen har ikke forstått hva de strategiske planene betyr for deres seksjon, de opplever planene diffuse og uklare. Hvilken retning deres arbeid i seksjonen tar da, blir høyst usikkert.

Samtidig signaliseres det som et hovedmål for virksomheten i den enkelte seksjon å holde budsjettet, da det er dette man blir målt på som seksjonsleder og som derved oppleves som det viktigste.

Fordi budsjettammene er såpass trange, gjør sannsynligvis seksjonslederne få valg. Mye av budsjettet går til lønn, hos noen er det bare lønnsmidler i budsjettet. Hos andre går resten av budsjettet til utstyr, medisiner, mat og noen tjenester, i tillegg til en del til kompetanseheving.

Ansatte understreker at det ikke må være økonomien som styrer faget. For noen gir ikke de faglige valgene ut fra budsjett mening, når følgene er nedbemanning, fordi de opplever at reduksjonen i bemanning gir redusert kvalitet i tilbudet til pasientene.

Slik jeg tolker det, ser seksjonslederne og de ansatte på seksjonsnivå negativt på planer om endringer og valg som går ut over pasientene. De som er mest negative er de som må nedbemanne. Det er altså på dette nivået et hovedfokus på pasientene og hva som tilbys av kvalitet i behandling og pleie. Det synes som om det er en stor forskjell på hovedfokus for øvre sjikt av ledere i sykehuset i forhold til nedre sjikt av ledere i Kvinne og Barneklubben. Det kan bli vanskelig å gjennomføre gode endringsprosesser helt ned i organisasjonen initiert fra toppen av sykehushierarkiet når hovedfokus er forskjellig øverst og nederst i hierarkiet. Det dreier seg om en uenighet om paradigme/verdier å styre etter som skaper motstand mot endringene nedover i hierarkiet.

Sykehuset som ekspertorganisasjon er blitt en svært kompleks organisasjon med mange ulike grupper av aktører, høyere spesialisering, flere nivåer i organisasjonsstrukturen og høy teknologisk utvikling. De ansatte og fagpersonene ønsker å være med på å styre sykehusets endringsprosesser i retninger som gjør organiseringen godt faglig begrunnet (Eriksen, 2008).

Avdelingsledere og klinikkledere er selv i en presset situasjon med krav og føringer fra sykehusledelsen på økonomi og andre viktige strategiske områder.

Det ser ikke ut til å være noe spesielt mønster i svarene til seksjonslederne som er knyttet til kjønn, alder, fagbakgrunn eller arbeidssted. De som er mest negative spesielt i forhold å oppleve støtte i planene, er de som må nedbemanne i sin seksjon. Dette kan bunne i manglende oversikt over avdelingen og klinikken som en helhet.

8.2 Rapportering

- Hvordan bidrar de ulike rapporteringssystemene til nylæring og endring på seksjonsnivå?

Rapportering som i realiteten er evaluering av planer, skal gi et helhetlig bilde av virksomheten med både kvantitative mål på oppnådde resultater og beskrivende rapportering av virksomhetens kvalitet for å være fullstendig. Seksjonsnivået skal selv lære av rapporteringen.

Hoveddelen av seksjonslederne opplever at ulike former for rapportering er nyttig for dem selv. De mener at man tvinges til å få en oversikt over virksomheten som kan si noe om hva

man kan forvente framover og hva man skal planlegge i forhold til, noe som har betydning for driften.

Mange opplever imidlertid at man ikke får noe respons fra nivåene over på det som rapporteres. Noen synes de får forståelse, men at lite blir gjort derfra for å avhjelpe en vanskelig situasjon. Uavhengig av rapportering, så opplever de at de må håndtere evt. problemer selv.

Seksjonslederne opplever at de lærer mye av rapportering, men at det som hyppigst etterspørres eller må forklares, dreier seg om tall og målbare data, som antall pasienter, antall stillinger og ekstravakter osv. Seksjonslederne mener at disse tallene og målbare dataene er viktige, men at de bare beskriver deler av virkeligheten. Virksomheten beskrevet mer kvalitativt med ord slik seksjonslederne opplever den, er minst like viktig å rapportere om, men den etterspørres sjelden fra ledelsen.

Andre mener at rapporteringen er fragmentert og lite brukbar som et evalueringsverktøy, fordi det handler om en type ”straks rapportering” i forhold til tema som er aktualisert høyere opp i hierarkiet. Seksjonslederne blir gjennom dette kun stimulert til å rapportere det som etterspørres og å nå egne oppsatte produksjonsmål, og ikke til å se helheten i avdelingen, klinikken og sykehuset. Dette bidrar ikke til at den enkelte tenker helhet og til å ta et kollektivt ansvar for virksomheten. I følge Amdam (2011) stimulerer en slik fragmentert rapportering ikke til nylæring, noe som igjen vanskeliggjør endring.

Seksjonslederne mener altså at dataene som etterspørres eller forklaringer i forhold til tall, økonomi og målbare data absolutt er relevante. Disse parametrene er ”produksjonsmålene” som er satt for seksjonen som er nyttig å måle seg opp mot. Resultatene sier om målene er nådd i forhold til antall pasienter, antall bemanning som har hatt ansvar for pasientene, antall liggedøgn osv., et resultat som Norman (2006) kaller ”output”. Men det forteller ikke noe om at virksomheten drives på en tilfredsstillende måte, det resultatet man kaller ”outcome”, det kvalitative ved den pleien eller behandlingen som er gitt eller om pasienten har blitt frisk. Det er bare en delvis og målbar virkelighet som tilbakerapporteres. Lederen Norman (2006) refererte til i kap 4. hevdet at det er problematisk når det han/hun egentlig er ansvarlig for er den totale tjenesten, mens de formelle vurderingssystemene er begrenset opp mot målbare resultater. Det er viktig å stille spørsmål om hva slags feedback det som rapporteres egentlig gir.

Dersom det oppstår problemer av mer kvalitativ art i seksjonen og det blir forsøkt rapportert, mener seksjonslederne at de får lite respons på dette. Ved den lunkne responsen signaliserer ledelsen at dette er mindre viktig. Mens seksjonslederne og de ansatte opplever at disse utfordringene er like og kanskje mer relevante å rapportere for å beskrive virksomheten og få respons på.

I lærings og endringsteorien så vi at læring av tredje orden beskrives som det nivået hvor det skjer læringsprosesser som påvirker all annen læring i organisasjonen på lavere nivå. Det kan være strukturelle endringer eller endrede verdier. Sterke ledere kan initiere dette i en organisasjon, men av og til skjer endringene gjennom eksterne styringsmekanismer. Når styringsmodellen i sykehus har NPM som forbilde, fører dette til endringer i kunnskapsbærerne i organisasjonen. Medlemmene sosialiseres inn nye tenkesett, strukturer og verdier om hva som er viktig, så å si uten å være klar over det (Glosvik, 2002). Når ledelsen i sykehuset ensidig vektlegger de målbare dataene skjer det en vridning i det overordnede verdigrunnet som påvirker hva de ansatte i organisasjonen lærer.

Mange mener at det var mer manuell rapportering tidligere, nå ivaretas mye av elektroniske systemer. Rapporteringen her består ofte i at seksjonslederne må bekrefte tallene, forklare og begrunne dem. Flere opplever at de ikke har tillit til at tallene er riktige i de elektroniske systemene. Dette er mest sannsynlig fordi det er en viss treghet i systemet, tallene har vist seg ikke å stemme pga feilkonverteringer mellom systemer, det er gjort feilregistreringer osv. Strukturene er så oppdelt at de som behandler tallene, kjenner ikke klinikkene og kan derfor vanskelig fange opp feil. Dette skaper mistillit mellom nivåene i sykehushierarkiet. I forhold til effektive endringsprosesser med behov for tillit mellom nivåene, er det selvfølgelig også uheldig og kan skape motstand mot endringer som initieres fra nivåene over seksjonslederne.

På spørsmål om hvordan seksjonslederne opplever at rapporteringen inspirerer til å få seksjonen til å tenke nytt og forandre måten å organisere seg på, om dette fører for eksempel til nye måter å jobbe på, nytenking i forhold til bemanning osv, svarte noe over halvparten at de opplever at rapporteringen inspirerer til nytenkning, spesielt hvis man har tid til å diskutere med de ansatte først. Rapporteringen tvinger dem til å være kreative i forhold til arbeidsfordeling og effektiv ressursbruk, for eksempel ved nedbemanning. Tall kan bidra til konkrete diskusjoner om tiltak eller beslutninger. Dette gjelder da i forhold til de kvantitative mål som er satt for seksjonen. Dette er imidlertid ikke nylæring eller dobbelkretslæring/nivå 2

læring i bred forstand, da det dreier seg om å gjøre små endringer innen den samme rammen, enkelkretslæring/nivå 1 læring på et taktisk og operativt plan.

Noe under halvparten av seksjonslederne opplever ikke at rapporteringen inspirerer til nytenkning og endring i måten å organisere seksjonen på.

Slik jeg tolker det har en del av seksjonslederne lært hva ledelsen etterspør av kvantitative data og opplever denne kunnskapen som viktig for å nå de oppsatte mål. Med sin helsefaglige bakgrunn er det samtidig avgjørende for dem at det er god nok kvalitet på den tjenesten seksjonen yter og at behandlingen og pleien pasientene får her er tilfredsstillende. Når det ene etterspørres i større grad enn det andre, som seksjonslederne opplever som minst like viktig, reagerer noen av dem med frustrasjon og økt motstand.

Når kravet til måloppnåelse når det gjelder økonomi og andre målbare data går utover kvaliteten på faglig ytelse pga nedbemanning kommer seksjonslederne i en klemme. Motstand mot endring som medfører det de oppfatter som dårligere kvalitet på tjenesten vil være sterk fordi de mener de ikke har deltatt i de strategiske prosessene som hadde gode argumenter for nedbemanningen eller de har deltatt i strategisk planlegging men ikke opplever argumentasjonen som god nok for nedbemanning. De involverte har ikke kommet til enighet og planene er ikke legitimert gjennom deltakelse og gode argumenter.

Dette blir bekreftet når seksjonslederne til slutt blir bedt om å ta stilling til et utsagn om at god måloppnåelse i rapporteringen har blitt viktigere enn å gjøre folk friske.

Alle seksjonslederne mener at hovedfokuset deres bør være på at seksjonen yter god pasientbehandling og pleie og at dette må gå foran pene regnskapstall og god DRG-inntjening. Mange opplever samtidig at helsevesenet generelt og lederne oppover i sykehushierarkiet fokuserer mest på at regnskapet skal gå i null.

Noen mener at dette er bilde på avstanden mellom de som jobber med pasienter og de som driver med overordnet planlegging.

Seksjonslederne har i realiteten ansvar for at pasientene får optimal behandling og pleie, at de ansatte opplever jobbtilfredshet osv. resultater som ikke så lett er målbare. De opplever det demotiverende når det de blir målt på er noe annet. Faren for målforskyvning er stor, fordi en bare har kvantitative indikatorer å ta hensyn til. Målstyring kan derfor bare ha et begrenset

anvendelsesområde innenfor sykehusorganisasjonen, der kunnskap, profesjonalitet og etikk så sterk styrer aktivitetene (Eriksen, 2008, Norman, 2006).

Sykehuset som institusjon har en egen identitet med ulike regulative mekanismer som er avgjørende for sykehusets legitimitet. Denne identiteten har betydning for organisatoriske endringer i sykehuset og motstand mot disse. Forvirring i forhold til hva slags identitet et sykehus ønsker å ha og paradigme/verdier å styre etter, bidrar til ytterligere motstand. Konkurransen om to ulike paradigmer eller verdier å styre etter i en organisasjon er uheldig, da endringsarbeidet kan ta flere retninger og virke motstridende (Jespersen, 2006).

Seksjonslederne opplever at sykehusledelsen er mest opptatt av at produksjonsmålene skal nås, mens på seksjonsnivå er man primært opptatt av å yte god pasientbehandling og pleie. Det er viktig å legge til at sykehuslederne selv også ønsker at pasientene skal få optimal behandling og pleie og at seksjonslederne mener at de må sørge for å forvalte budsjettmidler og ressurser innenfor den økonomiske rammen som finnes. Ellers blir framstillingen for unyansert. Men her er det fokus på hva som vektlegges tyngst.

Det er ikke noe mønster i svarene fra seksjonslederne som viser noe forskjell på kjønn, alder og arbeidssted. Fagbakgrunn skiller noe, da de som klart sier at de blir inspirert til nytenkning er seksjonsledere med sykepleierbakgrunn og de som klart sier at de ikke blir det har legebakgrunn. Et sjikt i mellom er mer blandet. Bakgrunnen for dette er muligens at lederne med sykepleierbakgrunn i større grad har driftsansvar i sine seksjoner og at derfor opplever rapporteringen som mer nyttig.

8.3 Lederfunksjon

- Hvordan bør lederfunksjonen ivaretas i endringsprosesser for å bidra til læring og endring hos de ansatte på seksjonsnivå?

Alle seksjonslederne er av den oppfatning at i det de mener er gode endringsprosesser er det viktig med dialog med de ansatte rundt det som skal endres, for at de skal forstå endringen. Alle innspill er velkomne. Noen bruker arbeidsgrupper for å utrede og legge fram ulike løsninger.

De aller fleste opplever at det er best hvis hele seksjonen kan bli enige om noe som alle kan jobbe for. De er opptatt av at en god prosess forutsetter at man bruker tid på å beslutte

sammen, da blir endringene gjennomført mer effektivt etterpå og møter mindre motstand blant de ansatte. En slik prosess vil oppleves meningsfylt for alle parter.

I dette kjenner vi igjen Dag Ingvar Jacobsens strategi O som har til formål å utvikle organisasjonens menneskelige ressurser slik at de blir i stand til å lære fra erfaringer med ulike endringstiltak. Endringsprosessen utvikles over tid, er en sirkulær prosess ved at endring fører til ny kunnskap som igjen skaper endring. Organisasjonen blir i stand til å tilpasse seg skiftende omgivelser og er blitt en lærende organisasjon (Jacobsen, 2004).

Det er altså avgjørende for gjennomføring av endring at man bruker tid på å få med seg de ansatte på diskusjoner om løsninger, gjennomføringen vil da gå mye lettere etterpå. Som en av seksjonslederne sa: "Viktig å ta oss tid til å beslutte sammen, da blir vi mest effektive etterpå". Det er de ansatte i seksjonen som skal gjennomføre endringen og jobbe på en ny måte. Måten å jobbe på må gi mening for de ansatte, ellers vil ikke endringen bli gjennomført (Klev og Levin, 2002).

Flere mener at ofte går endringsprosessene slik og gir et bedre arbeidsmiljø i seksjonen når beslutningene oppleves som felleseie. Hvis seksjonen lykkes i endringsprosessen, oppleves dette også som en felles seier.

Eriksens verkstedmodell kjennes også igjen ved at den har et kommunikativt rasjonale. Medarbeiderne har en reell innvirkning på beslutningene som fattes, team og samarbeidsgrupper opprettes som forutsetter dialog og likeverd for de involverte parter i endringen (Eriksen, 2008).

En stor del av seksjonslederne opplever imidlertid at ikke alle endringsprosesser gjennomføres på en god måte. Flere mener at beslutningsprosessene i forbindelse med omstilling som følge av fusjonen mellom sykehusene går så fort at de ikke får tid til å diskutere sakene gjennom med de ansatte. De kan da oppleve at motstanden fra de ansatte øker og dermed vansker med planlegging og gjennomføring av endringene. Når seksjonslederne selv ikke opplever at de har deltatt i utviklingen og planlegging av strategiene, kan det by på problemer å mobilisere de ansatte til endringer.

Mange opplever at de kommer i et krysspress mellom beslutninger tatt på nivå over og motforestillinger nedenfra, noe som de mener setter dem i en vanskelig situasjon.

Slik jeg forstår seksjonsledernes utsagn, legges det for stor vekt på strategi E i Jacobsens modell fra ledelsens side på sykehusnivå og klinikknivå. Ledelsen på toppen av hierarkiet fokuserer på å skape økt økonomisk verdi for organisasjonen gjennom vekt på endringer i systemer og struktur. Endringene er top-down styrte, har et instrumentelt rasjonale og er lineære nedover i organisasjonen, man tar seg ikke tid til feedback fra organisasjonens ansatte. Endringene skjer raskt og motstanden ofte stor (Jacobsen, 2004:183-197).

Slik jeg tolker flere av seksjonsledernes utsagn, har de opplevd å ha fått informasjon om endring mer enn at de har opplevd diskusjon om endring. Med dette settes seksjonslederne i en vanskelig situasjon med press ovenfra og nedenfra.

Beskrivelsen er den samme i hierarkimodellen til Eriksen med instrumentelle rasjonalitet, hvor informasjon gis som en type kommando til de ansatte nedover i organisasjonen. Hierarkimodellen gir formelle rammebetingelser for organisasjonen og definerer bl.a. formelle beslutnings- og styringsstrukturer, noe som er viktig for avklaring av rammebetingelser. Men hvis en organisasjon benytter denne modellen hovedsakelig å styre etter, er faren stor for uro og stor motstand, spesielt i et sykehus som er en ekspertorganisasjon hvor de ansatte har høy grad av fagautonomi, faglig stolthet og spesialisering (Eriksen, 2008).

Eriksens profesjonsmodell trekker fram nettopp dette med at toppledelsen må forholde seg til de ekspertene eller de profesjonelle i organisasjonen. Det samme gjelder på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivå. Det er mange aktører i sykehuset med ulike interesser og mål og ofte kan det bli snakk om at beslutninger om endringer blir tatt på bakgrunn av rene forhandlinger og kompromiss. Men det er etter min mening helt nødvendig for ledere å ta med ekspertene på råd i mange sammenhenger, ellers vil mange prosesser rett og slett stanse opp. Fagpersonene i et sykehus er ofte sterke og autonome aktører som har makt til å boikotte endringsprosesser dersom de er uenige.

Det avgjørende i store endringsprosesser må være å spille på hele spekteret av styringsmodeller alt etter hvilke endringer som skal gjøres. Noen endringer kan ikke diskuteres, som lover, regler og direktiver fra sykehusets eier, mens andre ganger er det endringer som må tilpasses lokale forhold i den enkelte klinikk, avdeling og seksjon. Da må de ansatte tas med på drøftinger. Dette er også lovfestet gjennom Arbeidsmiljøloven og avtalefestet med fagorganisasjonene i sykehuset (AML, Hovedavtalen Spekter-Unio).

Mange av seksjonslederne mener at lederens funksjon er å ha totalansvar for endringene og gjennomføringen innen de rammer og føringer som er lagt. Hoveddelen av seksjonslederne mener videre at lederens rolle er å holde orden, avklare oppgaver som skal gjøres i forbindelse med endringsprosessen.

Slik jeg forstår seksjonslederne mener de lederens funksjon er å avklare det som ikke skal diskuteres, dvs. rammene og føringene. Blir disse for små, blir det lite handlingsrom og lederens oppgave er å forhandle om større rammer oppover i systemet (Strand, 2001).

De fleste seksjonslederne mener at lederen i tillegg skal være motivator, katalysator og tilrettelegger i endringsprosessen, en som veileder og er pådriver, men ikke nødvendigvis beslutningstaker. Det å gi andre muligheten til å delta i beslutningsprosessen kan være mer effektivt. Det ligger imidlertid til lederfunksjonen å bringe gruppen fram til en beslutning.

Både strategi O og i verkstedmodellen understrekes det at lederfunksjonen er mer tilretteleggende, skal bidra til dialog og til å få fram ulike synspunkter og løsninger, mer enn beslutningstaker (Jacobsen, 2004, Eriksen, 2008).

Noen legger vekt på at lederrollen dessuten innebærer å være lydhør og åpen for bekymringer og frustrasjoner og være tilgjengelig for de ansatte i prosessen.

Når organisasjoner skal endres eller bygges, kan den ikke bare sees som struktur eller bokser tegnet på et ark. Organisasjonen er også preget av relasjonen mellom menneskene som arbeider der og en viktig funksjon er også å bidra til at strukturen får et innhold, dvs. relasjoner og kanaler å jobbe gjennom. En viktig del av lederfunksjonen er å være lydhør for bekymringer og sørge for at de ansattes verdighet blir ivaretatt. Så langt det er mulig skal de sosiale forhold tas hensyn til, ikke minst for å ivareta et godt arbeidsmiljø, som er vesentlig for å gjennomføre endringer. Det er her lederens emosjonelle kompetanse blir tydelig, i måten å takle og omforme de ansattes og egne følelser til konstruktiv beslutningsstøtte (Skogstad og Einarson, 2008).

Seksjonslederne mener i hovedsak at de ansattes rolle i endringsprosesser er å være engasjerte, si det de mener i diskusjoner, ha ansvar for å bruke sin kompetanse og bidra til best mulige løsninger. Flere av seksjonslederne mener at når beslutninger er tatt etter at de ansatte er involvert, må de være lojale mot beslutningene og ikke lage omkamper rundt de samme spørsmålene. Noen mener at de ansatte må dele ansvar for å gjennomføre endringene i praksis.

Eriksen (2001) hevder sin artikkel i *Acta Sociologica* hvor han refererer en undersøkelse om lederatferd som ble gjennomført ved store regionale sykehus i Norge på 90-tallet, at kommunikativt lederskap innebærer at lederen er i stand til å generere enighet og at gruppen agerer på grunnlag av oppnådd og legitimert konsensus. For å få til dette må de ansatte delta i diskusjonene om endringer og kommunisere hva de mener. De er ikke bare enkelt å få med alle ansatte på dette, og det er derfor en viktig lederfunksjon å bidra til det.

Noe under halvparten av seksjonslederne at de opplever at de ansatte ser sitt ansvar i endringsprosessen og mener at de ansatte ønsker å bli involvert og diskutere faglige konsekvenser. Disse har gjerne spesialkompetanse eller har fagansvar for ulike områder. De opplever at mange synes det er viktig å ha innflytelse, men også slitsomt. Dette avhenger av type personlighet og hvor lang erfaring man har. De yngste som har liten erfaring, eller har usikkert arbeidsforhold ser ikke ut til å se sitt ansvar i endringsprosesser.

Det er av stor betydning å spille på de erfarne ansatte som har kompetanse til å komme med gode argumenter for ulike løsninger i forbindelse med planlegging og gjennomføring av endring. Disse kan være ledere for arbeidsgrupper og inspirere yngre og mer uerfarne ansatte til å danne seg meninger om løsningene som foreslås. Seksjonslederne kan tilrettelegge for større diskusjoner og sørge for at gruppen blir enig om en løsning. Da er det gruppens ansvar å være lojale til denne beslutningen og ikke ta omkamper.

Alle seksjonslederne er uenige i påstanden om at seksjonsledere er mer opptatt av anerkjennelse oppover enn nedover i systemet og mener at det er viktigst å få anerkjennelse fra de som de er leder for.

De mener at det viktigste er fornøyde ansatte som bidrar til god pasientbehandling og pleie, fordi det er deres hovedoppdrag, den jobben de er satt til å gjøre.

Noen mener at dette er knyttet til den faglige forankringen lederen har og at anerkjennelse fra sidestilte kolleger er like viktig som anerkjennelse ovenfra.

Seksjonslederne i sykehus er like mye fagpersoner som ledere, sannsynligvis mer fagpersoner. De har oppnådd sin status og noen sin lederfunksjon på bakgrunn av hva de har utrettet på sitt fagområde. Dette vises tydelig når de anser anerkjennelse fra faglige kolleger og ansatte i seksjonen som viktigere enn anerkjennelse fra egen leder. Det faglige fokuset understrekes også ved at målet med fornøyde ansatte er at det igjen fører til at pasientene er fornøyde.

Halvparten av seksjonslederne mener imidlertid at vi er avhengig av anerkjennelse både ovenfra og nedenfra i hierarkiet, og at anerkjennelse fra leder er en viktig stimulans til å gjøre en god jobb. Det er veldig lite som skal til av anerkjennelse fra leder som virker veldig positivt.

Behovet for anerkjennelse fra andre mennesker i organisasjonen, viser at den er et relasjonelt fellesskap og ikke bare er en struktur. Gjennom anerkjennelse kan ledere bidra til å sosialisere ansatte inn i allerede fastlagte rutiner, men også til lære nytt og tenke kreativt og se nye løsninger. Det påligger lederfunksjonen å bidra til at organisasjonen blir i stand til å gjennomføre gode endringsprosesser ved å mobilisere de ressursene som finnes der.

Ved gjennomgang av svarene ser man ikke noen spesielle mønstre i forhold til kjønn og fagbakgrunn. Men de som i størst grad understreket at tiden ble for knapp i forhold til å kunne gjennomføre gode endringsprosesser, hadde arbeidssted Ullevål da intervjuet ble gjort. Barnemedisinsk avdelings seksjoner på Ullevål flyttet en stor gruppe av sine pasientgrupper til Rikshospitalet og en annen til Akershus universitetssykehus i løpet av våren 2011. Jeg tolker det slik at det hadde vært fordel å ha gått noen runder ekstra med diskusjoner for at alle skulle få et felles framtidssbilde.

Når det gjelder lederfunksjonens ansvar i å styre endringsprosesser, mener de yngste i seksjonsledergruppen at lederen skal styre i stor grad, mens de eldste mener at rollen som tilrettelegger og motivator er viktigst i lederens funksjon. Min tolkning av disse utsagnene er at som yngre leder har man behov for større grad av kontroll og styring, mens med økt alder og erfaring som leder våger man kanskje i større grad å la beslutninger tas av fellesskapet i seksjonen og har da erfart at beslutninger med konsensus fører fram.

*

Vi bør til slutt se på hvordan man kan tolke at lover og avtaler har blitt oppfylt i forhold til hva seksjonslederne som ble intervjuet har uttalt.

Arbeidsmiljøloven legger vekt på arbeidstakers plikt til å bidra til godt arbeidsmiljø og arbeidsgivers ansvar for å tilrettelegge for medvirkning, spesielt under omstilling. Hovedavtalen mellom Spekter og Unio som er trukket fram vektlegger det samme, medinnflytelse og samarbeid rundt beslutninger. Omstillingsavtalen mellom Helse Sør-Øst og arbeidstaker organisasjonene understreker det forpliktende og tillitsfulle samarbeidet mellom

arbeidsgivers representanter og arbeidstakernes tillitsvalgte, noe som innebærer reell innflytelse og samtidig forpliktelse.

OUS har fulgt opp de regler for drøfting og medvirkning i forhold til vernetjeneste og tillitsvalgte i organisasjonen. Her er det klare prosedyrer som følges.

Spørsmålet i oppgaven dreier seg om seksjonsledernes opplevelse av reell medvirkning og innflytelse på et strategisk plan. De opplever at de i liten grad har innflytelse på disse beslutningene og at de styres av overordnede behov. På den annen side har også seksjonslederne ansvar for å forplikte seg i forhold til de beslutninger som faktisk er fattet i fellesskap og til å skaffe seg kunnskap om endringer på egen arbeidsplass, samt benytte seg av tillitsvalgte og vernetjeneste. Likevel, i lys av dette må man kunne si at verken lovene eller avtalene fullt ut er oppfylt.

I forhold til Helse Sør-Østs 12 prinsipper for "Mobilisering av medarbeidere og ledere for medvirkning i omstilling", kan heller ikke alle punktene her sies å være oppfylt. Både avdelingsledelse og klinikkledelse har fulgt opp med strategimøter for seksjonsledere og tillitsvalgte/vernetjeneste, men likevel opplever ikke seksjonslederne at de har reell innflytelse. De opplever seg ikke som "likeverdig part" eller at de har "felles strategisk kunnskap" og flere opplever ikke "forutsigbarhet og retning på prosessen". Til en viss grad opplever de "innflytelse på endringer innen eget arbeidsområde" når det gjelder organisering og gjennomføring av endringene i egen seksjon og avdelingsledelse/klinikkledelse har forsøkt å gi "tidlig informasjon" der det har vært mulig for å bidra til "reell medvirkning". De har også i flere sammenhenger vektlagt "evaluering med tanke på læring og forbedring" ved å bygge på gode løsninger eller å gå tilbake på beslutninger som har vist seg å være uheldige for organisasjonen. Til slutt er det også vanskelig å se hvordan det er mulig i dagens situasjon i omstillingen av OUS, at oppfølging av resultater skal kunne være en "balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet" kan sees i sammenheng med "økonomiske betraktninger", når den styringsmodellen som benyttes i sykehuset domineres av et økonomisk-teknisk rasjonale. Dette har seksjonslederne en tydelig mening om.

Viktige arbeidsdemokratiske prinsipper gir de ansatte mulighet for læring, utvikling, deltakelse og selvrealisering, noe som også er viktig for organisasjonens utvikling. Eriksen hevder at selv om demokratiske rettigheter ikke kan brukes direkte i å øke organisasjonens effektivitet, vil man likevel anta at en neglisjering av slike rettigheter har negativ effekter på organisasjonens kollektive liv og på evnen til å nå sitt mål. Hvis demokratiet blir et

skinndemokrati kan det resultere i redusert motivasjon og opplevelse av ydmykelse, dersom man er forespeilet likeverdige deltagelsesmuligheter i viktige beslutninger (Eriksen, 2008).

Først og fremst for å ivareta arbeidsdemokratiske prinsipper er det viktig med reell deltagelse av seksjonslederne i strategisk planlegging, men også i forhold til å skape en effektiv omstillingsprosess rent teknisk.

9. Oppsummering og konklusjon - veien videre.

Hvordan bidrar strategiske planer og årsplaner som budsjett til nylæring og endring på seksjonsnivå?

Bare halvparten av seksjonslederne ser på Kvinne og Barneklinnikkens visjoner og strategier som mål for arbeidet. Resten mener at de bare finnes på papiret og til og med er til hinder for daglig drift. Manglende opplevelse av sammenheng mellom visjoner, strategier, organisering og drift, har betydning for nylæring og dermed mulighet for endring.

De strategiske planene bidrar i liten grad til nylæring og endring på seksjonsnivå, fordi seksjonslederne som skal organisere og gjennomføre endringene ikke opplever at de har deltatt i kommunikative prosesser hvor alle involverte parter har deltatt eller at tidligere beslutninger har lagt føringer for videre valg. Denne prosessen ville i seg selv ha legitimert planene og sikret retning og framdrift.

Det er på strategisk planleggingsnivå at det er mulighet for dobbelkretslæring eller nylæring, hvor verdiene som ligger til grunn for strategien bestemmer ulike handlingsalternativ. På taktiske og operative nivåer i planleggingen hvor årsplaner som budsjett legges, vil det foregå læring på lavere nivå som ikke betegnes som nylæring.

På taktisk og operativt nivå der planleggingen av organiseringen og gjennomføringen av endringene skal gjøres, oppleves handlingsrommet som lite eller at det finnes få valgmuligheter. Seksjonslederne får en begrenset organiserings- og utførerrolle.

Hvordan bidrar de ulike rapporteringssystemene til nylæring og endring på seksjonsnivå?

Seksjonslederne erfarer at ulike former for rapportering er nyttig og at de lærer mye som er viktig for videre planlegging, organisering og gjennomføring av driften på taktisk og operativt nivå, men dette er ikke nylæring i bred forstand.

De opplever at rapporteringen som etterspørres er i stor grad tall og målbare data. Disse dataene mener seksjonslederne er viktige, men at de bare beskriver deler av virkeligheten. Beskrivelse av hvordan seksjonslederne vurderer kvaliteten på tjenesten for de pasientgruppene de skal betjene og hva som oppleves som problematisk, opplever de at de får

liten respons på. De mener at rapportering av dette er like relevante data. Liten respons signaliserer at ledelsen mener at kvalitativ rapportering har lav viktighet.

Rapporteringen oppleves som fragmentert og bidrar ikke til helhetstenkning og kollektivt ansvar for virksomheten. Fragmenteringen er til hinder for nylæring og dermed gode endringsprosesser i klinikken, avdelingen og seksjonene.

Det kan se ut som at det er en gjennomgående uenighet i øvre og nedre del av organisasjonen om hva som skal vektlegges av verdigrunnlag/som paradigme å styre etter for å ta beslutninger. Dette kan være til hinder for gjennomføring av strategiske beslutninger tatt etter prioritering av verdisetet som råder på toppen. Endringsprosessen vil kunne møte motstand.

Hvordan bør lederfunksjonen ivaretas i endringsprosesser for å bidra til læring og endring hos de ansatte på seksjonsnivå?

Gode endringsprosesser på seksjonsnivå kjennetegnes ved at leder og de ansatte går i dialog om det som skal endres. Både strategi O og verkstedmodellen har dette som ideal.

I fusjonsprosessen går ikke alle endringsprosesser slik, da prosessene går så fort at seksjonslederne ikke får tid til å diskutere sakene gjennom med de ansatte, før beslutningene skal tas. Dette vanskeliggjør endringsprosessene, fordi beslutningene ikke er legitimert nedover i hierarkiet. Slike beslutninger møter motstand.

Det legges ensidig og for stor vekt på styring etter strategi E og hierarkimodellen, mens i tillegg til strategi O og verkstedmodellen kunne profesjonsmodellen også benyttes i større grad. Dette for å legitimere endringene som berører fagprofesjonene i større grad.

Hele spekteret av styringsmodeller må derfor tas i bruk alt etter hvilke endringer som skal gjøres og på hvilke områder disse skal gjelde.

Lederfunksjonen i endringsprosesser på seksjonsnivå bør avklare og holde orden på rammer og forutsetninger. Det ligger i lederfunksjonen å være motivator, katalysator og tilrettelegger i endringsprosessene, ikke nødvendigvis beslutningstaker. Det er vesentlig å mobilisere de ansatte til å ta stilling og se etter kreative løsninger.

Lederfunksjonen har ansvar for å bidra til at organisasjonsstrukturen får et relasjonelt innhold slik at menneskene i organisasjonen opplever at de får anerkjennelse fra sin leder og sine

kolleger. I tillegg er det vesentlig med en emosjonell kompetanse som kan omsette følelser i organisasjonen konstruktivt.

Veien videre

Reelle kommunikative prosesser som involverer de ansatte og fagpersonene på alle nivåer i organisasjonen i forhold til strategiske planer, vil bidra til læring og legitimert endring og vil sikre framgang og retning på endringsprosessen. Nylæring og endring i organisasjonen kan bare skje dersom menneskene som skal endre seg eller endre måte å samhandle på, opplever at endringen betyr en forbedring og derved gir mening.

Rapportering i forhold til målbare data er viktig, men effekten av tjenestene og kvaliteten på virksomheten er like viktig å rapportere om, for å evaluere det seksjonslederne er ansvarlig for og bidra til nylæring og endring. Det er viktig å få respons på alt som rapporteres, ellers gi ikke rapporteringen mening.

Lederfunksjonen må bidra til at alle de ulike strategiene for styring må benyttes alt etter hvilke områder som det skal besluttes på og hva som er hensiktsmessig. Strategi O eller verkstedmodellen og profesjonsmodellen kan være gode modeller å benytte på seksjonsnivå for at alle i seksjonen skal kunne lære nytt og bidra til endring.

Lover og avtaleverk mellom arbeidsgiverorganisasjonene og arbeidstakerorganisasjonene må flagges høyt og bidra til at demokratiske prosesser preger omstillingsarbeidet.

10. Avslutning

Arbeidet med masteroppgaven har helt klart bidratt til å øke min kompetanse innen omstilling og endring. Når jeg ser tilbake på prosessen ser jeg tydelig hvordan min læring har vært sirkulær i den forstand at ny kunnskap har åpnet opp for ny forståelse som igjen søker ny kunnskap og forståelse. Den økte kompetansen håper og tror jeg vil komme pasienter og ansatte i seksjonen som jeg er leder for, til gode i videre omstillingsarbeid. Min nye kunnskap har jeg også delt og ønsker å dele videre med ledergruppen i Barnemedisinsk avdeling. Jeg har fått tilbakemelding fra flere seksjonsledere og avdelingsleder om at arbeidet mitt med masteroppgaven er med på å gi økt kompetanse til gruppen som helhet. For meg har dette gitt arbeidet med oppgaven ekstra betydning.

TAKK

Først vil jeg takke de 10 seksjonslederne som var villige til å stille opp som intervjupersoner i undersøkelsen i en allerede presset hverdag midt i en omstilling. Uten deres bidrag ville ikke undersøkelsen vært mulig. Stor takk rettes også til avdelingsleder Anne Amdam, som godkjente dette og som var villig til å bruke resultatene i forbedringsarbeidet i avdelingen. Takk også til Kvinne og Barneklubben, OUS, for velvillig innvilgelse av studiepermisjon for gjennomføringen av masterstudiet. NSF skal også ha takk for innvilgelse av masterstipend.

Videre vil jeg takke min veileder, professor Roar Amdam, for konstruktiv veiledning og raske tilbakemeldinger, som har inspirert og motivert meg til gjennomføringen av oppgaven.

Støtte fra familie, kolleger og venner har vært av stor betydning, spesiell takk til Anne Øie som motiverte meg for igjen å bli student og som har stilt hus, bil og naturopplevelser til rådighet på vakre Sunnmøre.

Referanser

Aase, TH. og Fossåskaret, E. (2007): *Skapte virkeligheter - Om produksjon og tolkning av kvalitative data*, Oslo: Universitetsforlaget

Alexander, E.R. (2000): Rationality Revisited: Planning in a Post-Postmodernist Perspective. *Journal of Planning Education and Research*, 19: 242-256

Amdam, J. og Veggeland, N. (1998): *Teorier om samfunnsplanlegging*. Oslo: Universitetsforlaget

Amdam, R. (2005): *Planlegging som handling*, Oslo: Universitetsforlaget

Amdam, R. (2011): Offentleg innovasjon, læring og planlegging, *Notat om Forskningsprogram ved IPAS*, Høgskulen i Volda

Argyris, C. 1992: Organisatorisk læring – single- og doubleloop i Illeris, K. (red.) *Tekster om læring*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag

Busch, T., Johnsen, E. og Vanebo J.O. (2006): *Endringsledelse i det offentlige*, Oslo: Universitetsforlaget

Busch, T., Johnsen, E., Klausen K.K. og Vanebo J.O. (2011): *Modernisering av offentlig sektor – Trender, ideer og praksiser*, Oslo: Universitetsforlaget

Eriksen, E.O. (2001): Leadership in a Communicative Perspective. *Acta Sociologica*, Vol.44: 21-35

Eriksen, E.O. (2008): *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner*, Bergen: Fagbokforlaget

Glosvik, Ø. (2002): Om læring på ulike nivå i organisasjonar. *Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift* Vol 18, s.117-141. Universitetsforlaget

Holter, H. og Kalleberg, R. red.(1996): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, D.I. (2004): *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Klev, R. og Levin, M. 2009: *Forandring som praksis – Endringsledelse gjennom læring og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*, 2.utgave, Oslo: Gyldendal akademisk

Røvik, K.A. (2000): *Moderne organisasjoner – Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget

Scott, W.R. (2001): *Institutions and Organizations*, Second Edition, USA: Sage Publications Ltd.

Selznick, P. (1997): *Lederskap*, Oslo: Tano Aschehoug AS

Shafritz, J.M. Ott, J.S. og Jang, Y.S. (2005): *Classics of organization theory*, UK: Thomson, Wadsworth

Skogstad, A. og Einarsen, S. (2002): *Ledelse på godt og vondt – effektivitet og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget.

Strand, T. (2001) : *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget

Weick, K.E. (2009): *Making Sense of the Organization – The impermanent organization*, Vol.2, UK: Wiley.

Lover og avtaler

Lov 2005-06-17 nr.62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (Arbeidsmiljøloven, AML)

Hovedavtale mellom arbeidsgiverforeningen Spekter og Unio 01.01.2008-31.12.2011.

Omstillingsavtale mellom Helse Sør-Øst og arbeidstakerorganisasjonene Unio, LO, Akademikerne, YS og SAN inngått 17.06.2008.

Mobilisering av medarbeidere og ledere: 12 prinsipper for medvirkning i omstilling, Helse Sør-Øst, 2008.

INTERVJUGUIDE

VEDLEGG 1

SPØRSMÅL	SVAR
<p>I. Ledergruppen utarbeider fra tid til annen planer for avdelingens virksomhet (faglige strategier, redesign, utarbeidelse av plan for kjernevirksomhet, budsjett osv.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad blir seksjonens ønsker og behov aksepterte i disse planene? 2. Kan du si noe om på hvilken måte disse planene brukes for å planlegge og gjennomføre evt. endringer i din seksjon? 3. Opplever du at årsplaner som budsjett har betydning for de faglige valgene som gjøres? 4. I hvilken grad gir valgene mening for de ansatte i seksjonen? 5. Hvilken støtte har du som leder i disse planene? 6. Hvordan stiller du deg til et utsagn om at visjonene og strategiene har liten betydning for den daglige driften? 	
<p>II. Vi rapporterer på mange områder tilbake til ledelsen (forklarer økonomi, bruk av bemanning, sykefravær, HMS osv).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan bidrar denne rapporteringen til utforming/endring av den overordnede politikken (rammene for) seksjonen? 2. I hvilken grad etterspør rapporteringen informasjon fra seksjonen som seksjonen oppfatter som relevant? 3. Hvordan opplever du som leder at rapporteringen inspirerer til å få seksjonen til å tenke nytt og forandre måten å organisere seg på? 4. Fører dette for eksempel til nye måter å jobbe på, nytenking ift bemanning osv? Husker du et slik tilfelle? Kan du beskrive det? 5. Hvordan mener du at rapporteringen påvirker deg som leder? 	

<p>6. Hvordan stiller du deg til et utsagn om at god måloppnåing i rapporteringen har blitt viktigere enn å gjøre folk friske(re)?</p>	
<p>III. Som seksjonsleder er det du som må sørge for å gjennomføre det som bestemmes høyere opp i organisasjonen, i ledergruppen osv.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kan du beskrive hvordan endringsprosesser foregår på en god måte på seksjonsnivå etter din mening? Har du et eksempel? 2. Opplever du at endringsprosessene alltid foregår slik? 3. Hvilken funksjon tenker du at lederen har i slike prosesser? 4. Hvilken rolle mener du de ansatte har i endringsprosessen? 5. Hvordan tror du de ansatte ser på dette? 6. Hvordan ser du på en påstand om at seksjonsledere er mer opptatt av anerkjennning oppover enn nedover i systemet? 	
<p>IV. Sykehuset vårt har en lang tradisjon som faginstitusjon.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Synes du at vi som er ansatt i sykehus er endringsvegrere? 2. Tenker du at det er forskjell på de ulike yrkesgruppene hvor villige de er til å endre seg og organisasjonen? 3. Tror du at det er trekk/sider/tradisjoner som gjør det vanskelig å gjennomføre endringer? 4. Hvordan ser du på endring av organiseringen med økonomisk begrunnelse ift endring av organisering med faglig begrunnelse? 5. Hva tenker du om utsagnet: "God økonomi vil gi større faglig handlefrihet!" 	



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Heidi Sandersen, seksjonsleder, Kvinne- og barneklirikken

Kopi:

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Saksbehandler: Kathrine Rogstad, personvernrådgiver

Dato: 10.02.11

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og databehandling av personopplysninger i prosjekt

Saksnummer/
ePhortennummer: 2011/1810

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet "Læring og endring på seksjonsnivå i den offentlige organisasjonen sykehuset – muligheter og hindringer"

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Det følgende bekrefter også at prosjektet har innhentet de nødvendige interne godkjenninger ved OUS, i henhold til sykehusets system for internkontroll med forsknings- og kvalitetsstudier. Viser her til godkjenning av prosjektet fra avdelingsledelse og forskningsleder i klinikken. Forutsetningene nedenfor må etterleves for at prosjektet kan gjennomføres.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved Oslo Universitetssykehus (OUS), fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

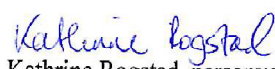
1. Behandling av personopplysningene i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Data lagres på en av sykehusets servere beregnet på forsknings- og kvalitetsstudier. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av personvernombudet ved OUS.

3. Vedlagte samtykke benyttes, inklusive markerte tillegg og endringer foretatt av personvernombudet. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
4. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
5. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
6. Dersom prosjektet endres i forhold til det som avdelingsleder og forskningsleder har godkjent, må ny godkjenning innhentes.
7. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
8. Data slettes eller anonymiseres senest 30.06.2012 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet


Kathrine Rogstad, personvernrådgiver
Kompetansesenter for personvern og sikkerhet
Oslo universitetssykehus HF

Epost: personvern@rikshospitalet.no
Web: www.uus.no/personvern

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Læring og endring på seksjonsnivå i den offentlige organisasjonen sykehuset – muligheter og hindringer.”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie i forbindelse med min masteroppgave i Samfunnsplanlegging og leiing ved Høgskulen i Volda. Det er innhentet tillatelse fra din avdelingsleder om deltagelse av seksjonsledere i din avdeling.

Formålet er å undersøke hvordan plan- og rapporteringssystemet påvirker læring og endring i sykehus og hvordan lederfunksjonen på seksjonsnivå kan bidra til å fremme læring og endring.

Bakgrunnen for studien er å undersøke seksjonslederens opplevelse av hva som bidrar til læring og endring på seksjonsnivå i et sykehus. Fokuset på seksjonsnivået er viktig fordi dette er nivået i organisasjonen med direkte ansvar for pasientbehandling og pleie. Spørsmålet er hvilke muligheter og hindringer ledere på dette nivået møter når de skal bidra til at endringsprosessene skjer til beste for både pasientene, de ansatte og sykehuset som helhet.

Sykehusets eier setter rammer for virksomheten i det enkelte sykehus, som sykehuset forankrer planer, verdier og strategier i forhold til. Budsjetter og årsplaner bygger igjen på dette. Påvirker disse planene de ansatte på seksjonsnivå ift å lære nytt og endre seg i tråd med disse?

Innføring av New Public Management (NPM) i offentlig sektor på 1980-tallet medførte økende mengde krav om rapportering ut fra en økonomisk-tekniske modell, noe som fagmiljøene i sykehus ofte opplever som fragmentert og lite matnyttig. Hvordan bidrar denne rapporteringen til nylæring og endring i organisasjonen?

Lederfunksjonen kan ivaretas på ulike måter for å få den enkelte ansatte, gruppen og derved organisasjonen til å endre seg. I den komplekse organisasjonen sykehuset må lederen være bevisst på sin funksjon for å få til gode og legitimerende endringsprosesser og for at de ansatte skal oppleve at de har eierforhold til disse. Hvordan gjøres dette på best mulig måte?

Du er forespurt om å delta i studien fordi du fyller kriteriene for utvelgelse:

Seksjonsledere i OUS med:

- Ledererfaring i mer enn 1 år
- Leder med helsefaglig bakgrunn – lege, sykepleier, fysioterapeut osv.
- Leder med budsjettansvar for seksjonen

Design/metode:

Studien skal ha et kvalitativt forskningsdesign, dvs. vekt på variasjon og bredde i dataene (verbale utsagn), ikke hyppighet. Jeg ønsker å intervju 10-15 seksjonsledere.

Du vil bli intervjuet innenfor aktuelle temaer i studien. Det tas lydopptak av intervjuene som deretter skrives ut.

Dersom du ønsker det, kan du lese igjennom intervjuet når det er skrevet ut, for å sikre at innholdet er slik du mener det skal være.

Data som kjønn, alder og seksjonsleders fagspesialitet må oppgis, mens navn, avdeling og klinikk anonymiseres.

Intervjuene vil ta 30-45 min. på dagtid i perioden mars-april 2011.

Studien inngår i masteroppgave i Samfunnsplanlegging og leiling ved Høgskulen i Volda. Undertegnede og masterstudent er ansatt ved Oslo universitetssykehus, Kvinne og Barneklivikken, Barnemedisinsk avdeling og er selv seksjonsleder.

Studien/masteroppgaven vil knyttes til et større forskningsprogram ved Høgskulen i Volda;

”Offentleg innovasjon, læring og planlegging”, hvor flere forskningsprosjekt og masteroppgaver inngår. Ytterligere informasjon om programmet kan framskaffes ved behov.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men deltagelse kan føre til refleksjon rundt din egen lederfunksjon og hvordan rapportering, planarbeid osv kan bidra til nylæring og endring på seksjonsnivå.

Forespørsel om å legge fram resultatene fra studien vil bli gjort i din avdeling.

Taushetsplikten gjelder fortsatt

Deltakelse i studien fritar deg ikke fra taushetsplikten. Dersom du blir bedt om å gi opplysninger som kan identifisere pasienter, har du plikt til å forsikre deg om at forsker har lov til å innhente de taushetsbelagte opplysningene. I alle andre tilfeller må ingen opplysninger som kan identifisere pasienter fremkomme under studien. Dersom du ved et uhell avgir slik informasjon må du gjøre forskeren oppmerksom på dette og kreve at de taushetsbelagte opplysningene slettes. Forskeren har plikt til å etterkomme et slikt krav umiddelbart.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Avdelingsledelsen eller den øvrige ledelsen ved sykehuset vil ikke gis tilgang til navnelisten. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre

rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet juni 2012.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Om du skulle bestemme deg for ikke å delta, får dette ingen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte seksjonsleder Heidi Sandersen, tlf.nr 23074513/mob. 91736925, Barnemedisinsk poliklinikk og dagbehandling, Rh, Barnemed. Avd, Kvinne og Barneklubben, OUS.

Oslo universitetssykehus ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig for studien.

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)