

**Hvordan iverksettes oppdragsdokumentet fra Helse Sør Øst
(HSØ) ved Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF)?**

Hvordan kan samsvar og avvik forklares?

En kvalitativ undersøkelse

Grete Krüger Erdvik

**Masteroppgave i offentlig politikk og ledelse
Universitetet i Agder**

**Kristiansand
Mai 2010**

”Om katten er svart eller hvit er ikke poenget,
derimot at den klarer å fange mus.”

Deng Wiaoping

Forord

Denne oppgaven er en del av et 2 årig mastergradstudie innen offentlig politikk og ledelsen ved Universitetet i Agder (UIA). Tema for oppgaven er bestillingen fra Helse Sør Øst (HSØ) til Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF), i form av Oppdragsdokumentet for 2009. Jeg har søkt å finne svar på hvordan oppdragsdokumentet fra HSØ iverksettes ved SSHF.

Spørsmålene jeg ønsket å finne svar på omfatter både

- a) den generelle holdningen til eller oppfatning av oppdragsdokumentet blant ledere på ulike nivåer ved SSHF
- b) grad av samsvar og avvik på utvalgte områder når det gjelder implementeringen av oppdragsdokumentet ved SSHF
- c) og om beslutningsatferden som ligger til grunn for dette samsvaret og/eller avviket kan forklares.

Jeg har vært deltidsstudent ved UIA i forbindelse med mastergradsstudiet. Min arbeidsgiver i denne perioden har vært SSHF, det betyr at jeg har valgt å gjøre undersøkelsen i egen organisasjon.

Jeg vil takke de 9 informantene ved Sørlandet sykehus HF som velvillig har stilt opp til intervju, uten dem hadde det ikke blitt noen masteroppgave. Jeg vil også takke min veileder førsteamanuensis dr. oec. Helge Hernes, ved Universitetet i Agder, for at han hadde tro på denne oppgaven og for konstruktiv veiledning underveis.

Sammendrag

Ved sykehusreformen i 2002 ble eierskapet for spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunen til staten. Regionale helseforetak ble opprettet (RHF) og sykehus ble etablert som selvstendige helseforetak (HF). Reformtanker fra New Public Management fikk større plass. Et av formålene med Helsereformen var å skape klare ansvarsforhold, med utstrakt delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til RHF og videre til de ulike lokale HF.

Jeg har i denne oppgaven søkt å finne svar på hvordan SSHF oppfatter, aksepterer og håndterer oppdragsdokumentet fra HSØ. Gjennom 9 intervjuer har jeg stilt spørsmål omkring den generelle holdningen til eller oppfatning av oppdragsdokumentet, hos rådgiver og ledere på ulike nivåer ved SSHF. Jeg har fokusert spesielt på grad av samsvar og avvik på utvalgte områder. Mitt mål har også vært å finne ut om beslutningsatferden som lå til grunn for dette samsvaret og/eller avviket kunne forklares.

Hovedfunnet i denne kvalitative undersøkelsen er at SSHF i stor grad leverer i samsvar med oppdragsdokumentet der kravene oppleves som absolutte. Av betydning er det også om kravene gis oppmerksomhet i form av at de rapporteres, måles eller telles. Det skjer her noe dekopling, men i liten grad. Videre viser funnene at SSHF leverer i mindre grad i samsvar med oppdragsdokumentet når kravene ikke oppleves som absolutte. Av betydning er det at disse kravene gis mindre oppmerksomhet i form av rapportering, måling og telling. På disse områdene skjer det en større grad av dekopling. Et annet hovedfunn er at dekopling etableres fordi resultatet forventes å bli bedre enn ved overdreven lydighet mot oppdragsdokumentet. Dekopling iverksettes fordi det oppleves å være organisatorisk funksjonelt med bakgrunn i oppdragsdokumentets form og innhold. Når oppdragsdokumentet bare delvis implementeres blir det i noen grad en frakopling mellom SSHFs praksis og SSHFs struktur. Denne beslutningen om ikke alltid å levere i tråd med oppdragsdokumentet kan knyttes til beslutningsatferden ”rasjonell aktør”, ”makt” og ”legitimerende prosess eller handling.” Motivasjonsfaktoren eller incentivet for å dekoppe rapporteres å være pasienthensynet og ønske om å tilby god pasientbehandling. Avvik kan være med å skape troverdighet. Av betydning for dekoplingsgraden er også informantenes generelle oppfatning av oppdragsdokumentet og dialogen med HSØ.

Innhold

Forord

Sammendrag

1	Innledning.....	6
2	Problemstilling – avgrensning og konkretisering.....	9
3	Teori	11
3.1	Dekopling	11
3.2	New Public Management (NPM)	12
3.2.1	Prinsipal / Agent teori og Bestiller- / utførermodellen.....	15
3.3	Beslutningsatferd	17
3.3.1	Rasjonell aktør.....	18
3.3.2	Makt	19
3.3.3	Legitimerende prosesser.....	22
4	Metode.....	27
4.1	Generelt om metode – hovedfokus kvaliativ metode	27
4.2	Valg av metode	29
4.2.1	Intervjuguide	31
4.3	Gjennomføring.....	36
5	Resultater.....	38
5.1	Grad av implementering.....	38
5.2	Forklaring av varierende grad av implementering	48
5.2.1	Beslutningsgrunnlag rasjonell aktør.....	49
5.2.2	Beslutningsgrunnlag makt.....	62
5.2.3	Beslutningsgrunnlag legitimerende handling.....	69
6	Diskusjon.....	80
6.1	Dekoplingsfunnene relatert til teori.....	81
6.2	Styrker og svakheter	84
6.3	Implikasjoner.....	84
	Litteraturliste	86
	Figurliste:	89
	Tabelloversikt:.....	89
	Vedlegg 1:	89

1 Innledning

Sykehusreformen i 2002 hadde et todelt utgangspunkt. På den ene siden skjedde det en sentralisering av eierskapet ved overføring av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til Staten. På den andre siden skjedde det en økt fristilling for de enkelte sykehusene ved etablering av de lokale helseforetakene. Sentraliseringen og den sterkere styringen kom til uttrykk ved at Staten fikk både eier-, sektor- og finansansvar for spesialisthelsetjenesten. Fristillingen kom til uttrykk i form av opprettelsen av helseforetak som selvstendige rettssubjekter, samt at reformen hadde innslag av marked, konkurranse og andre New Public Management reformtiltak, dvs. en samling av de ideer og konkrete reformelementer som har preget omstillings- og fornyelsesarbeidet innen offentlig sektor de siste 25 årene. Staten etablerte 5 regionale helseforetak, som senere ble redusert til 4. De regionale helseforetakene (RHF) er administrative organer mens de underliggende organene, helseforetakene (HF), er ansvarlige for tjenesteytingen. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) tildeler de regionale helseforetakene økonomiske midler, med tilhørende leveranse- og rapporteringskrav.

Et av de viktigste formålene med Helsereformen fra 2002 var å skape klare ansvarsforhold, det gjør man blant annet ved hjelp av oppdragsdokumentet og i styremøter. En slik organisering krever en delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, og videre til de ulike lokale helseforetakene. Det er derfor avgjørende og tilsvarende interessant å undersøke hvordan de regionale helseforetakene og de lokale helseforetakene *oppfatter, aksepterer og håndterer* dette ansvaret i form av implementeringsgraden av oppdragsdokumentet. Graden av implementering vil si noe om de lokale helseforetakenes aksept av de regionale helseforetakenes måte å styre på.

Det skjer en *dekopling* når organisasjoner helt eller delvis lar være å gjennomføre det som er nedfelt i oppdrag, retningslinjer eller lignende, eller gjør det på andre måter enn det som er uttrykt av overordnet instans. Dekopling kan være organisatorisk funksjonelt når det kommer krav som er selvmotsigende. Dekopling kan derfor være med på å øke organisasjonens overlevelsesutsikter. (Boxenbaum og Johnsen, 2008)

I denne oppgaven har jeg undersøkt disse prosessene ved Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF), det vil si at jeg har søkt å finne svar på hvordan SSHF oppfatter, aksepterer og håndterer ansvaret i oppdragsdokumentet for 2009 fra Helse Sør Øst (HSØ) (Vedlegg 1), samt hvordan samsvar og avvik kan forklares. Oppdragsdokumentet regulerer HSØ RHF's bestilling av helsetjenester fra SSHF. Formålet med avtalen er å klargjøre bestillingen, beskrive vilkårene for den økonomiske bevilgningen og regulere begge parters plikter og rettigheter. Det overordnede mål er at definerte helsepolitiske mål skal nås. Oppdragsdokumentet fra HSØ, protokoll fra foretaksmøter, og oppdragsdokumentet fra HOD, er det samlede styringsbudskapet i 2009 for SSHF.

Gjennom intervjuer blant ledere og rådgiver på ulike nivåer ved SSHF, har jeg stilt spørsmål omkring den generelle holdningen til og oppfatning av oppdragsdokumentet, jeg har også fokusert på grad av samsvar og avvik på utvalgte områder. Jeg hadde som mål å finne ut mer om dette samsvaret og/eller avviket. Jeg har valgt å fokusere på den dekoplingsresponsen som viste seg å finne sted ved SSHF. Mitt fokus har derfor også vært å se nærmere på hvordan dekoplingsresponsen kommer til uttrykk, målet har vært å lære mer om beslutningsatferden som ligger til grunn for denne responsen. Jeg ønsket å finne ut om valgene om å dekoppe kunne forklares, eller forstås ved hjelp av ulike beslutningsmodeller eller beslutningsatferd. Jeg har valgt å se nærmere på tre. Den første atferden betegnes "rasjonell aktør", hvor fokus ligger på å handle rasjonelt for å realisere mål, det betyr at aktøren handler med sikte på å oppnå sine hensikter best mulig, og med så små kostnader som mulig, ved hjelp fra tilgjengelig informasjon og kunnskaper. Den andre atferden er "makt", som kan bety å overvinne motstand for å oppnå et ønsket resultat eller mål. Makt trenger imidlertid ikke medføre motstand. Effektiv ledelse forutsetter at makt oppfattes som riktig av dem som blir utsatt for den. Den tredje atferden består av ulike "legitimerende prosesser", som bidrar til å nå et ønsket mål. Viktige stikkord her er samspill mellom organisasjoner og deres institusjonelle omgivelser, kommunikasjon, deltakelse, strategi, mål, styreform, ledelse og respekt. Det finnes også ulike typer beslutningsprosesser og beslutningsatferd innen en og samme organisasjon. Disse modellene og atferden ansees å være sentrale når forklaringsbakgrunn for dekopling skal belyses.

Prinsipal – agent teorien vil også bli behandlet i oppgaven, fordi teorien bidrar til å klargjøre utfordringsbildet mellom HSØ som bestiller og SSHF som utøver av helsetjenester. Konkretisert betyr det HSØ sitt ansvar for å definere og følge opp kravene til tjenestene og SSHF sitt ansvar for å levere tjenestene.

2 Problemstilling – avgrensning og konkretisering

Hvert år mottar Sørlandet sykehus Helseforetak et oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst, dokumentet stiller krav til hvilke helsetjenester, hvilket omfang og kvaliteten på disse tjenestene som skal tilbys befolkningen på Agder.

Jeg vil i denne oppgaven se på i hvilken grad det er samsvar mellom bestilling og leveranse. Jeg har valgt både å fokusere på dokumentet generelt, samt å gå i dybden på enkelte utvalgte områder. Disse casene er, 1) At 80 % av epikrisene skal sendes ut innen 7 dager 2) At stillingsstrukturen til leger ved SSHF er lik databasen til NR (Nasjonalt råd) 3) At forskningsproduksjonen øker fra gjennomsnittet de siste 3 årene, og det sikres at bruk av interne ressurser til forskning utgjør minst 0.5 % av totale driftskostnader. 4) At SSHF deltar i plan og utredningsarbeid – eks e-læring 5) At SSHF har plan for 2 nye behandlingslinjer 6) At SSHF innfrir økonomikrav, aktivitetskrav og funksjonsfordelingskrav 7) At SSHF har tiltak for opplæring innen MTU (medisinsk teknisk utstyr). Jeg vil fokusere på om avvik og samsvar kan forklares.

Problemstilling i oppgaven er:

Hvordan iverksettes oppdragsdokumentet fra Helse Sør Øst (HSØ) ved Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF)?

Hvordan kan samsvar og avvik forklares?

Spesialisthelsetjenesten er organisert med et Helse og omsorgsdepartement som utfører styring via regionale helseforetak, som igjen styrer via lokale helseforetak. Det er interessant både å finne grad av implementering, og hvordan ulike grader av implementering kan forklares. Det finnes lite forskning omkring implementering av ”helsetjenestebestillingen” (oppdragsdokumentet) fra RHF til HF.

Med denne oppgaven ønsker jeg å bidra med kunnskap relatert til denne delen av kjeden. Dette er teoretisk interessant, fordi funnene er med på å forklare prosesser som fører til dekopling. Den

praktiske nytten kan være at funnene i undersøkelsen bidrar til at framtidige oppdragsdokument blir bedre. Det vil i så fall kunne føre til større implementeringskompetanse, men ikke nødvendigvis en mer direkte implementering. Det er også ønskelig at oppgaven kan stimulere til videre forskning på området.

3 Teori

Jeg vil belyse problemstillingen med utgangspunkt i følgende teorier: Dekopling, New Public Management (NPM), Principal-Agent, beslutningsatferden ”rasjonell aktør”, ”makt”, ”legitimerende prosesser”

3.1 Dekopling

Når organisasjoner blir presset til å adaptere samfunnsaksepterte rasjonaliseringsmyter, som sier noe om hvordan organisasjonen skal se ut og hva de skal gjøre, så møter de to problemer. For det første, omfatter ikke myten nødvendigvis det som er den mest effektive løsningen for organisasjonen, for det andre kan det finnes både flere konkurrerende myter, og myter som står i intern motsetning til hverandre. En reaksjon fra organisasjoner kan da være å velge å dekoppe, organisasjonen kan da velge å håndtere det institusjonelle presset bare overfladisk og innføre nye strukturer uten nødvendigvis å implementere den tilhørende praksis. (Meyer and Rowan, 1977)

Ideen om organisasjonenes dokoplingsstruktur henger sammen med synet på organisasjoner som løst koblede systemer som ble populært midt på 1970 tallet. Dekopling er en delmengde av institusjonaliseringsteorien. (Scott, 2008) Disse nye tankene utfordret det dominerende synet på organisasjoner som en sammenhengende enhet, bestående av tett koblede og gjensidig avhengige elementer. På bakgrunn av krav om effektivitet og/eller institusjonelt press, kan slike løse koplinger vise seg som en frakopling mellom organisasjonens praksis og organisasjonens struktur.

Dekopling kan være en rasjonell respons når det kommer krav om tilpasning som er selvmotsigende eller skadelige for organisasjonen. Ved hjelp av dekopling kan organisasjonen oppnå legitimitet gjennom å uttrykke støtte til kravene, og samtidig forbli effektive eller solide gjennom en annen aktiv handling enn den som er forespurt. Aktiv dekopling kan være med på å øke organisasjonens overlevelsesutsikter. Litteraturen fokuserer også på at når man i en organisasjon oppnår legitimitet uten reell implementering av kravene, satser man på logikken om ”tillit og god tro”. Det betyr at man satser på at folk stoler på at organisasjonen faktisk gjør det

den sier at den skal gjøre, noe som igjen betyr at organisasjoner som dekopler må unngå tett inspeksjon hvis ikke er de avslørt som ”bedragerer”. Når det institusjonelle presset har ført til dekopling, blir følgen at organisasjoner gjør alt de kan for å unngå granskning eller i det minste sørger for å selv være med å kontrollere granskningsprosessen. (Boxenbaum and Jonsson, 2008) I organisasjoner der aktører i omgivelsene forventer at man kontrollerer og evaluerer seg selv, får slike ordninger mer preg av ritualer enn av reell inspeksjon.

Et oppdrag kan være slik formulert fra oppdragsgiver at bestillingen oppfattes som uklok for utfører. Utfører kjenner gjerne organisasjonen bedre enn bestilleren, denne kjennskapen til det lokale utfordringsbildet, og oversikt over aktuelle handlingsalternativ kombinert med sunn fornuft hos utfører kan gi grunnlag for avgjørelsen om å dekoppe. Dekopling, i den forstand at utfører velger å ikke levere, levere noe annet eller levere på en annen måte enn slik oppdraget er formulert fra bestiller, er ikke nødvendigvis en ”synd” det kan også være en ”riktig” handling til beste for organisasjonen, lokalsamfunnet, omdømmet eller lignende. En dekopling kan være de ansattes valg om å løse oppgaven slik de mener det er best, samtidig som organisasjonen utad framstår som legitim i forhold til omgivelsene og kundene.

Oppsummert kan en da si at krav til måloppnåelse fra bestiller kan oppleves som urimelig, og den økonomiske rammen kan oppleves som for marginal av utfører. I en slik situasjon kan en responsen fra organisasjonen være å gjennomføre arbeidsoppgavene slik den mener det bør gjøres, og ikke slik det er bestemt at det skal gjøres etter oppdrag, retningslinjer eller nedfelt i formelle mål og strukturer. (Scott, 2008)

3.2 New Public Management (NPM)

Reform- og moderniseringsarbeidet har stått høyt på den politiske dagsorden i de siste 25 år. Idegrunnlaget for Helseforetakene er hentet fra New Public Management (NPM). NPM er en samlebetegnelse på det omstillings- og fornyelsesarbeidet som har vært en del av hverdagen innen offentlig sektor i de to siste 10 årene. NPM er blitt kalt alle reformers ”mor”, og utgangspunktet for NPM lå i behovet for å modernisere og effektivisere offentlig sektor. (Baldersheim, 2005:28)(From, Kolberg, Torsøe og Rønning, 2003). NPM rommer ikke noe

homogent reformprogram, men er mer en litt løs samling av ideer og konkrete reformelementer for offentlig sektor. Hovedvekten ligger på økonomisk effektivitet, markedstenkning, management, fristilling, økt bruk av kontrakter og økt vekt på brukerhensyn (Christensen og Læg Reid, 2002)(Grund, 2006). NPM konseptet kan deles i tre hovedbolker, det er ledelse, indirekte kontroll og brukerfokusering.

Fokusområdet ledelse henspiller på at man gjennom ulike tiltak skal gi rom for ledelse og dermed oppnå en ny og mer dynamisk organisasjon. Ledelsestroen har også i seg sterke innslag av "Human Relation" inspirert ledelsesforståelse, med en vinkling bort fra ren økonomisk fokus og over på de mellommenneskelige relasjonene i organisasjonene. Samtidig blir det stilt krav om resultater og måloppnåelse.

Fokusområdet indirekte kontroll peker på overgangen fra direkte autoritet, til en indirekte kontroll i styringen av forvaltningen. Inspirasjonen her er hentet fra "public choice" tilnærmingen som vektlegger behovet for marked, kontrakter og konkurranseeksponering for å unngå sløseri og for å skape motvekt mot egeninteresser blant offentlig ansatte. Flexibilitet vektlegges og søkes oppnådd ved å bryte ned store organisasjonene i selvstendige kostnads- og ressursentre som får stor grad av autonomi. Det skjer også en overgang fra styring gjennom regler og rutiner, til styring etter mål og resultater. Sentralt står også kvalitet og konkurranse.

Det tredje fokusområdet er brukerfokusering, som retter søkelyset mot hvordan organisasjoner kan legge til rette for økt innflytelse og medvirkning fra brukernes / innbyggernes side. Det vektlegges å framskaffe informasjon om innbyggernes preferanser, behov og interesser. Fordi det ikke er et ordinært marked, som kan signalisere hva som er den "egentlige" etterspørselen etter offentlige tjenester, fokuseres det på mekanismer som kan forbedre informasjonsflyten fra innbyggerne og inn i beslutningsprosessene. Denne ansvarlighetstankegangen kalles "Public Service Orientation" eller "Public accountability". Slagord formulert i denne forbindelse er "valgfrihet", "Citizen Charter", "voucher", "markedsbasert fordeling av offentlige tjenester" osv. (Baldersheim, 2005)

NPM reformtiltakene er blitt kritisert, blant annet for at det vil kunne oppstå spenninger mellom en generalistledelse og fagprofesjonen, samt bekymringen for at det kan utvikle seg en konstant kamp om hvem som skal bestemme hva i tilknytning til de daglige gjøremål, og nedprioritering av det faglige aspekt. NPM inneholder spenninger mellom sentraliserende og desentraliserende trekk, mellom managementteori og institusjonell økonomisk teori, mellom ønske om å styrke sentral ledelse og lokal ledelse samtidig. (Christensen og Lægreid, 2002)

I kritikk mot mål- og resultatstyring som ledelsesverktøy, hevder kritikerne at målstyringskonseptet bygger på en del forutsetninger som er fraværende i offentlig sektor. Kritikerne framholder at det i offentlig sektor ikke uten videre er mulig å formulere klare og kvantifiserbare mål, som samtidig ikke er motstridende eller ustabile. Et annet argument som blir hevdet i diskusjonen er at press på enkeltinstitusjoner for å fokusere på egne mål, vil resultere i overmåling og målforskyvning. Det poengteres også i debatten at gevinsten i målstyringskonseptet ikke ligger i selve målstyringen, men i bedre dialog omkring ressursbruk og strategier. Det stilles også spørsmålsteget ved populæroppfatninger om at offentlige organisasjoner er mindre effektive enn private bedrifter (Baldersheim, 2005)

Utbredelsen av NPM viser seg ved utstrakt delegering og desentralisering av makt og myndighet fra politiske til administrative styringsnivåer, og videre ut til virksomhetsledere.

NPM framstår som nevnt ikke som en enhetlig modell, men tankegangen har bidradd til en dreining fra direkte kontroll i form av løpende overvåkning, regler og rutiner til en retning med bruk av mer lederfokus, indirekte styring og brukermedvirkning. Det organiseres egne virksomheter med større frihet og med sterkere vektlegging av lønnsomhetsprinsipper. Dette framkommer i de krav som myndighetene har stilt i lov, forskrifter og bestillerdokumenter (myndighetskravene). Kravene stilles både til forvaltningen, tjenesteutøvelsen og tjenesteutøveren. (Rapport fra Ressurscenter for omstilling i kommunene RO, 2006)

3.2.1 Prinsipal / Agent teori og Bestiller- / utførermodellen

Prinsipal – Agent teorien (Bestiller- og utførermodellen), er en måte å organisere offentlig sektor på som har likheter med de markedsbaserte løsninger og organisasjonsmodeller som finnes i privat sektor. Prinsipal – Agent teori har fått økt utbredelse i offentlig sektor de siste 10 årene. New Public Management har sine ideologiske røtter i teoriene knyttet til Prinsipal – Agent teorien, og disse har gjensidig påvirket hverandre.

Grunnideen i prinsipal – agent teori er å skille mellom ansvaret for å definere og følge opp kravene til tjenesten, og ansvaret for å levere tjenesten. Det sentrale er å skille forvaltnings- og driftsoppgavene fra hverandre. Et viktig prinsipp er å lage et organisatorisk skille mellom bestillerfunksjonen og utførerfunksjonen. Forholdet mellom bestiller og utfører formaliseres, og reguleres derfor gjennom en kontrakt eller avtale. Avtalen skal gi klarhet og forutsigbarhet i organiseringen av tjenesteproduksjonen gjennom tydelige roller, og ved å opprette forpliktende dialog mellom bestiller og utfører. I Prinsipal - Agent forholdet, kjennetegnes agenten som en person som utfører oppdrag for andre, mens prinsipalen er den som gir oppdraget. Prinsipalens fokus er hvordan han skal få oppdraget tilfredsstillende utført, både når det gjelder omfang, pris og kvalitet. Agentens fokus er hvordan han skal oppnå gode rammebetingelser, det betyr hovedsaklig god betaling. Prinsipal - Agent teorien innebærer at prinsipalen, som har begrenset informasjon, fatter operative beslutninger som delegeres fra eierne til agenten som har full informasjon. Det gjelder da for prinsipalen (ofte eieren) å utforme incentivsystemer, slik at den type atferd hos agenten som best tjener agentens interesser, samtidig gir den største egen nytte hos agenten. Prinsipalen vil ofte være opptatt av lønnsomhet og at kontrakten som inngås med agenten oppfylles. Agenten skal ivareta prinsipalens interesser, men trekkes ofte mellom ulik lojalitet og hensyn – for eksempel hensynet til ansatte og lokalsamfunnet. (Jensen og Meckling, 1976), (Douma og Schreuder, 2008) (Pape, 2000)

Når det gjelder helsevesenet står de faglige hensyn og hensynet til pasienten sentralt. I slike forhold kan interessekonflikter oppstå, nettopp fordi prinsipalen og agenten sitter inne med ulik kunnskap. Dersom ledelsen ved et HF (helseforetak) ikke har samme mål som RHF (regionalt helseforetak) og HOD (Helse og omsorgsdepartement), vil det medføre dårlig måloppnåelse.

Agenten eller eieren vil ofte i begrenset grad være i stand til å bedømme hvorvidt dårlige resultater skyldes ineffektivitet, ukontrollerbare forhold eller andre forhold. Det at agenten sitter med informasjon som ikke tilflyter prinsipalen kan representere et betydelig problem. Den kontrollen prinsipalen har med agenten, vil være avhengig av de samlede styrings- og kontrollvirkemidlene som benyttes, ulike virkemidler kan supplere hverandre. (St.meld. nr. 61, 1996-97) Et sentralt virkemiddel er kontrakter.

Modellen under framstiller prinsipal / agent forholdet. Bestillingen kan fra prinsipalen (bestilleren) være detaljert utformet, slik at agenten (utføreren) ikke har rom til å handle utover det som er beskrevet i bestillingen. Når bestillingen blir så detaljert at det nærmest er en ren oppskriftskontrakt, er problemet at bestilleren kan gå glipp av gode muligheter til å utvikle tjenesten. Dette fordi bestilleren unnlater å invitere og stimulere til utvikling og nyskaping fra utførers side. Slike oppskriftskontrakter stiller også høye krav til bestillerkompetansen, bestilleren påtar seg rollen som den som vet hva som er best. Dette taler for å legge til rette for at den som har ansvar for å yte god service, også får handlingsrom til å finne løsningene. Modellen kan også inkludere brukerrollen. Når det gjelder å oppnå riktig kvalitet på tjenesten, er det sentralt at brukernes behov settes i sentrum for arbeidet fra både bestillerens og utførernes side. Brukermedvirkning kan ha ulike grader, fra full brukerstyring til passiv påvirkning. (Pape, 2000)

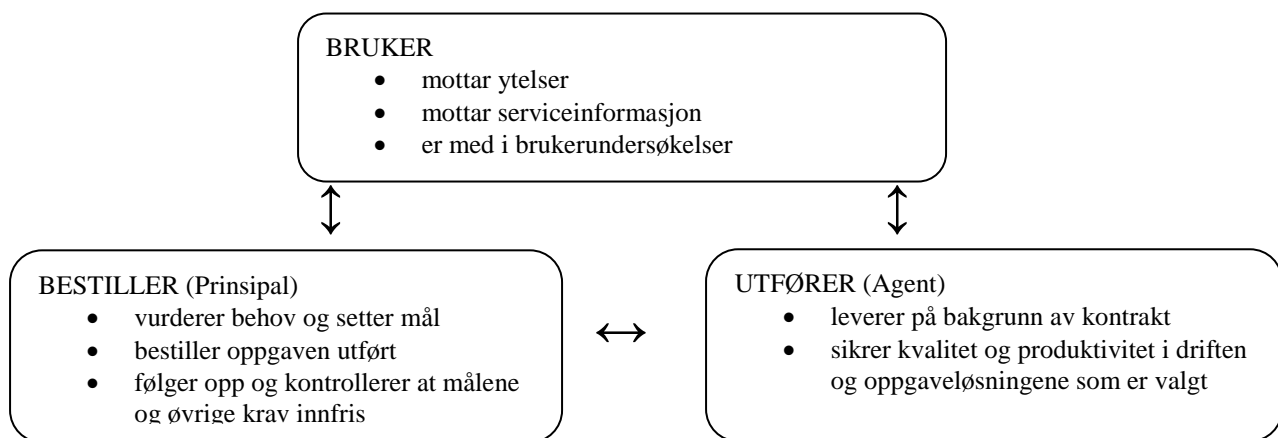


Fig 1 Bestiller og utførermodellen (Pape, 2000)

Modellen viser at bestilleren vurderer behov og setter mål, bestiller oppgaven utført og følger opp og kontrollerer at målene og øvrige krav innfris. Utføreren leverer på bakgrunn av kontrakt, og

sikrer kvalitet og produktivitet i driften og oppgaveløsningene som er valgt. Brukeren på sin side mottar ytelser, serviceinformasjon og er med i brukerundersøkelser. Modellenes fordeler er bl.a rolleavklaring, forutsigbarhet og forpliktende dialog mellom partene.

Modellen har også noen fallgruver, bl.a modellens sterke invitasjon til rasjonalitet. Det er en fare for at modellens fordeler i forhold til klarhet, forutsigbarhet og tydelighet, kan gi et rigid og byråkratisk system. Bestilleren beholder også en høy grad av handlingsrom, det vil si muligheten til å foreta omprioriteringer mellom tjenestene, forandre kursen og gripe inn. Denne fordelene kan imidlertid bryte med en av de viktigste byggesteinene i modellen, nemlig prinsippet om å skape tydelighet og forutsigbarhet i bestiller- og utførerrollene. Dersom slike kontrakter skal lykkes stiller det høye krav til bestillerkompetansen, bestilleren bør være trygg på at han vet best. (Johnsen, Sletnes og Vabo 2004)

3.3 Beslutningsatferd

Organisasjoner har ulike mål og strategier, ulike formelle strukturer, ulike kulturer og ulike maktforhold. Trekk ved ansatte vil variere og situasjoner der beslutninger skal fattes kan variere mye, derfor vil det også være ulike typer beslutningsprosesser både innenfor en og samme organisasjon og når ulike organisasjoner sammenlignes. (Thompson og McHugh, 1990)

Oppgavens art og innhold som de ansatte er satt til å utføre er et viktig grunnlag for motivasjon i organisasjoner, men motivasjonen blir ofte kortvarig eller overfladisk, dersom det ikke "treffer" hos utøveren. Hvis man skal være motivert for og engasjert i å følge organisasjons mål, strategiplan eller oppdragsdokument, må det finnes en følelse av at det arbeidet man utfører er verdifullt. (West, 2004) Motivasjonen kan svikte dersom en ikke ser oppgaven som realistisk eller mulig. Motivasjon henger nøye sammen med energi. Den motiverte har energi til et formål, dette forutsetter at det må være av betydning for personen og det må betraktes som et gode, samtidig må vedkommende se en mulighet for å realisere dette godet. (Schein, 1983) Jeg skal i det videre se på ulike beslutningsatferd, når goder eller mål skal realiseres. De ulike formene for beslutningsatferd jeg har valgt å se nærmere på er: rasjonell aktør, makt og legitimerende prosess eller handling.

3.3.1 Rasjonell aktør

Å handle rasjonelt betyr å handle fornuftig, men rasjonalitet står også for at en aktør handler med sikte på å oppnå sine hensikter best mulig, og med så små kostnader som mulig. Det betyr at en rasjonell aktør er en som finner den mest hensiktsmessige veien fram til ønsket goder ved hjelp fra tilgjengelig informasjon og foreliggende kunnskap. Den som anvender all sin kunnskap, handler maksimalt rasjonelt. Men en annen aktør som har de samme målene, men vet mer enn den første gjør, vil komme lenger i den retningen de begge ønsker. (Simon, 1945)

Hovedtanken i beslutningsmodellen rasjonell aktør er at organisasjonen er bevisst konstruert for å oppfylle bestemte mål. Organisasjonen framstår som en enhetlig rasjonell aktør, med felles vilje og evne til å handle rasjonelt for å realisere målene det er enighet om. Selv om enkeltindivider isolert sett handler begrenset rasjonelt, forventes det at de i samarbeid med andre oppnår en høy grad av rasjonalitet. Gjennom spesialisering forventes det også at den enkelte ansatt får bedre oversikt over sitt fagfelt, enn om vedkommende skulle hatt ansvaret for å løse hele oppgaven. Det forventes også at den informasjon som fanges opp i en enhet, men som har relevans for andre enheter, vil spres gjennom hierarkiet og horisontale kommunikasjonslinjer. I en organisasjon som fungerer ideelt, vil valg mellom alternativer styres av de mål og strategier som organisasjonen har satt. Det vil være liten eller ingen uenighet om mål, strategier eller hvilke regler som skal anvendes og i tilfelle uenighet vil det være en klart definert hierarkisk ledelse som kan ta beslutninger. Beslutningsmodellen vil fungere best der problemene har relativt klare løsninger, og deltakerne er relativt få. Dette er en normativ modell. (Jacobsen, 2007)

Begrenset rasjonalitet derimot tar også hensyn til at ingen kan handle perfekt rasjonelt, fordi ingen har full informasjon om alle mulige alternative løsninger og deres konsekvenser, slik at man med sikkerhet kan velge det alternativet som gir maksimal nytte. (Simon, 1945)

Beslutningsatferden begrenset rasjonalitet kalles også for satisfierende, som betyr at man velger et alternativ som er ”godt nok”, uten å vite helt sikkert at det er det beste. Beslutningen foretas fortsatt som et valg mellom flere alternativer, men istedenfor å fokusere på å maksimere nytten, velger man det første alternativet som er tilfredsstillende. (Jacobsen og Thorsvik, 2007: 284).

3.3.2 Makt

Makt kan defineres på ulike måter, helt enkelt kan det defineres som at ”A ”på en eller annen måte påvirker ” B”. Når en omtaler at en person eller gruppe har makt, indikerer det at personen eller gruppen er i stand til å påvirke en situasjon, eller få noe til å skje som har betydning for interessene til personen eller gruppen. (Lukes, 1974). Begrepene makt, autoritet og innflytelse brukes til daglig om hverandre. Alle begrepene rommer påvirkning. Innen organisasjonsteori defineres gjerne makt som evnen til å overvinne motstand, for å oppnå et ønsket mål eller resultat. (Weber, 2000) (Strand, 2002)

En måte å oppfatte organisasjoner på som kom på 1960 tallet, var å se på organisasjonen som sammensatt av ulike interessegrupper og koalisasjoner, og dertil sannsynlighet for interessekonflikter. Dette synet stod i motsetning til synet på organisasjonen som et interessefellesskap med klare mål og en konfliktfri rasjonalitet (Cyert og March, 1963). Disse nevnte interessegruppene kan defineres som ansatte, ledere, eiere, samt de eksterne gruppene som samarbeidspartnere, fagforeninger, interessegrupper og offentlige myndigheter. Det kan være uenighet om mål og virkemidler, og om hvordan ressurser skal fordeles, maktkamp vil da prege organisasjonen. Ansatte kan ønske høyere lønn og ulike goder, mens ledelsen kan ønske en størst mulig organisasjon, slik at de kan få høyere status eller på andre måter styrker sin posisjon og legitimitet. Eierne kan ønske seg maksimal profitt og avkastning. Grupper utenfor organisasjonen kan også ha interesser i organisasjonen. Alle disse interessegruppene kan stå mot hverandre og forsøke å maksimere sine interesser. Organisasjonen blir da et uttrykk for maktfordeling mellom personer og grupper i et sosialt system. (Schattschneider, 1960). Det kan også være skiftende interessegrupper og koalisasjoner, og det kan være uoversiktlige beslutningsprosesser preget av konflikt og forhandling. (Pfeffer, 1981:31) Når et individ eller en gruppe utfører makt i en organisasjon, kan det for organisasjonen framstå som en særinteresse, men for den enkelte kan det framstå som rasjonelt. Det betyr at makt som framstår som rasjonelt på individ eller gruppenivå, ikke nødvendigvis framstår som rasjonelt på organisasjonsnivå.

Den vanligste måten å kartlegge maktforhold i en organisasjon på har vært å fokusere på hvem som innehar formelle posisjoner og verv som gir dem formell makt, en hierarkisk posisjon. Men det finnes også andre maktbaser som kontroll over dagsorden, kontroll over informasjon, kontroll

over sosialiseringsprosesser, personlige ressurser, kontroll over arbeidsoppgaver og allianser og nettverk. Kontroll over informasjon er en sentral kilde til makt, fordi den eller de personer eller grupper som kontrollerer informasjon, også i stor grad kan kontrollere hvilke premisser som legges til grunn for beslutning. Kontroll over arbeidsoppgaver er også en sentral kilde til makt, jo mer kritisk en oppgave er, jo mer makt får den eller de som kontrollerer denne oppgaven. Jo mer en gruppe har monopol over en oppgave, desto mektigere blir gruppen. Dette er hovedessensen for det som benevnes profesjonell makt, og leger er et eksempel i denne sammenheng. (Abott, 1988)

Når det gjelder makt i relasjoner mellom forskjellige aktører er det først aktuelt å bruke makt når ulike aktører er avhengige av hverandre og makt utøves først når det foreligger uenighet. Dersom aktørene er enige og har samme mål og verdier, vil samarbeid være mer sannsynlig enn maktbruk. I tillegg er bruken av makt vanligere der hvor det er konkurranse om knappe ressurser. Når det gjelder avhengighet, er det graden av avhengighet som bestemmer graden av makt i en relasjon. Dette forklares med tre antakelser, for det første har A makt over B i den grad A har noe som B ønsker seg. For det andre jo mer aktør B ønsker seg det godet A har, desto større blir makten A har over B. For det tredje jo vanskeligere det er for B å få tak i godet som A kontrollerer fra andre kilder, desto mer makt har A over B. (Emerson, 1962)

Forholdet mellom agent og prinsipal, leder og medarbeider kan sees på som et sosialt bytteforhold hvor de utveksler ulike former for goder. Den ene i relasjonen er ofte underordnet den andre. I slike forhold er det avgjørende hvordan den ene parten blant annet opplever den andre partens kontroll over ressurser og goder, og hvilken myndighet dette gir vedkommende. Vi påvirkes av den asymmetriske maktrelasjonen som enhver ledelsessituasjon utgjør. Men det betyr ikke at den underordnede posisjonen er befridd for ansvar. Både for profesjonelle medarbeidere og ledere er det også en moralsk plikt å være lydhør overfor svake gruppers behov og gi dem en stemme (Weber, 2000) Effektiv ledelsen forutsetter derfor at ledelsens bruk av makt oppfattes som rett av dem som opplever den. Legitimitet og autoritet kommer ikke ovenfra fra ledelsen i en organisasjon, det er noe som underordnede gir til ledelsen. Det er de underordnede som er kilden til autoriteten og legitimiteten. (Barnard, 1938) Autoritet som er nyttebasert, baserer seg på en frivillig avtale mellom to likestilte parter, med forholdsvis lik makt. Legitimiteten oppstår fordi

det er balanse i situasjonen mellom hva man gir og hva man mottar. Begge parter tjener på å knytte en slik relasjon. (Milgrom and Roberts, 1992). Men forholdet mellom parter i organisasjoner er sjelden preget av likhet, da en av partene ofte har makt til å tvinge ansatte inn i kontrakter som ikke alltid oppfattes som legitime. Nyttebasert autoritet vil være forholdsvis ustabil, mens stabil autoritet forutsetter andre former for legitimering og de viktigste er: Legal autoritet som har sitt utspring i allment aksepterte lover og regler, og er nært knyttet til byråkratiet som organisasjonsform. Tradisjonell autoritet derimot bygger på at maktbruk aksepteres fordi, man har tro på at slik det har vært fra gammelt av, er slik det bør være. Karismatisk autoritet henspeiler på at lederen følges fordi, han har utstråling eller spesielle ”nådegaver” som fasinere og oppleves som spesielle, og gjør at andre får lyst til å følge lederen. (Weber, 1971) Profesjonell autoritet henspeiler på at lederen har den rette kunnskapen. (Etzioni, 1982)

Organisasjoners mål og struktur kan også betraktes som uttrykk for hva ledelsen eller eieren ønsker å oppnå med organisasjonen, og for hvordan de vil forsøke å realisere sine mål. De benytter da organisasjonen til å utøve makt over andre for å få dem til å arbeide på en måte som skal bidra til å realisere målene. En organisasjon vil alltid være et redskap for noen som vil forsøke å dominere virksomheten i organisasjonen. Det finnes også andre kilder til makt enn formell posisjon, noe som gjør at det alltid finnes ”lommer” av makt overalt i en organisasjon. Makten kan benyttes til å forsøke å påvirke den dominerende koalisasjonen, eller til å motarbeide ledelsen ved ikke å rette seg etter ordrer og retningslinjer fra administrativt overordnede. Derfor er makt sentralt for å forstå hvorfor det ikke alltid er samsvar mellom organisasjoners formelle struktur, og den faktiske atferden i organisasjonen. (Clegg, 1990). Det finnes ulike former for makt, det kan være alt fra overtalelse, byttemakt, skjult makt som manipulering, åpen maktbruk som tvangsmakt, strukturmakt, normativ makt eller meningsmakt. Makt trenger, som nevnt, ikke alltid å medføre motstand. Men allerede på 1400-tallet hevdet filosofen Machiavelli at den som ønsker endring, må forvente fiender blant alle dem som frykter å miste makt og posisjon, og ikke mer enn forsiktig støtte fra dem som håpet at de fikk det bedre under det nye regimet. (Cyert og March, 1992)

3.3.3 Legitimerende prosesser

Det foregår et samspill mellom organisasjoner og deres institusjonelle omgivelser, dvs lover og bestemmelser som regulerer virksomheten, men også ulike verdier og normer som er med på å sette forventinger til hva som blir gjort. Organisasjoner som ikke passer til slike forventninger, vil kunne få et legitimitetsproblem i forhold til omgivelsene, fordi avvik fra forventninger skaper usikkerhet om hva som skjer. Legitimitet blir definert på følgende måte:

”Legitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs and definitions” (Suchman, 1995: 574)

Legitimitet i denne sammenheng er knyttet til hvordan organisasjonen framstår, og oppfattes av omgivelsene. De organisasjonene som tilfredsstillt normene som oppleves som ”ønsket”, ”riktige” og ”godkjente”, vil oppleve bedre legitimitet enn de organisasjonene som ikke gjør det. Organisasjoner tilpasser seg normer og forventninger i samfunnet og ikke nødvendigvis det som er maksimalt rasjonelt, men derimot maksimalt legitimt (Scott, 2008). Organisasjoner adopterer sjelden ”organisasjonsoppskrifter” direkte. Det skjer en tilpasning og oversettelse, der ”oppskriftene” endres slik at den passer til den situasjonen de skal brukes i. Organisasjonene kan også velge å bare implementere deler av ”oppskriften”, fordi andre elementer blir vurdert som upassende. ”Oppskriftene” kan også kombineres med andre ”oppskrifter”, eller de kan lages om til noe helt nytt som er tilpasset lokale forhold. (Rørvik, 1992) (Rørvik, 1998 og 2007)

Dersom organisasjonen velger å legge opp sin virksomhet slik at den ikke oppnår legitimitet i omgivelsene, kan den bli kritisert for å være lite rasjonell, uaktsom eller likegyldig. Organisasjoner vil derfor forsøke å ta hensyn til slike eksterne normer og verdier i sine målformuleringer og måter å organisere virksomheten på. Organisasjonen kan også velge å bruke mål og formelle strukturer utelukkende som symboler for å oppnå støtte og legitimitet utad. (Meyer og Scott, 1983)

I organisasjoner vil skille mellom utførere og beslutningstakere innebærer at de som skal utføre en oppgave må forholde seg til hva beslutningstakerne mener er rett. Oppdragsgiveren bygger på

en annen informasjon og andre bilder av verden enn utføreren. Det kan resultere i at oppgavene kan virke meningsløse eller merkelige. Meningsløsheten blir da uttrykk for at verden ser forskjellig ut avhengig av ståsted, spørsmålet videre blir da hvilket bilde av verden det er som skal da legges til grunn for handling? Kommunikasjon blir essensielt. Kommunikasjon er en grunnleggende prosess i organisasjoner i det den dreier seg om selve basisen for organisert virksomhet, og nettopp fordi vi mennesker har lært oss å samarbeid, har vi gjort så imponerende framskritt som art. Når vi samarbeider, oppnår vi uendelig mye mer, enn hvis vi arbeider hver for oss. (West, 2004)

Det er ikke mulig å lage en organisasjon som fungerer slik at mål på øverste nivå kan legges til grunn for handlinger, som så kan oversettes til mål på neste nivå, som igjen former handlinger der. I organisasjoner vil det alltid være et visst behov for å handle ut fra lokale forhold og nettopp ikke relatert til de overordnede målene. Det ikke er spesielt fruktbart å se for seg et ideal i form av en organisasjon som et strømlinjeformet, maskinmessig og mål-middel-rasjonelt system. En slik forestilling hviler på en avvisning av viktige realiteter. Det betyr ikke at mål eller oppdragsdokumenter er uvesentlige, men det faktum konstateres at organisasjon aldri kan kontrolleres fullt ut. Mål og strategier, antas likevel å ha en effekt på hvordan ansatte i organisasjoner tenker og handler. Både mål og strategier kan ha en styrende funksjon ved at det gir retning for arbeidet, og fungerer som beslutningspremisser for den enkelte. De kan fungere som evalueringskriterier for det arbeidet organisasjonene og den enkelte utfører, og de kan fungere som legitimitetsfaktor overfor omgivelsene. (Jacobsen, 2003) (Nyhlen, 1997)

I vårt samfunn er demokratiske beslutninger mer legitime enn de hierarkiske. Det er også blitt mer vanlig at ulike grupper av medarbeidere trekkes aktivt med i beslutningsprosesser hvor det skal fattes strategiske valg. Medlemmene skal da få mulighet til å drøfte problemer åpent og fritt argumentere for synspunkter. Det krever møteplasser, deltakerne må forstå hverandre, de må ha et ønske om å sette seg inn i hverandres synspunkter, og selve argumentasjonen må være basert på riktige og ærlige argumenter. Dette er kommunikativ rasjonalitet som kjennetegnes ved at de involverte kommer fram til omforente løsninger på fornuftens grunnlag, og der partene vinner fram ved å sette seg ned sammen for å utvikle sin forståelse for den situasjonen de befinner seg i. Dette perspektivet er relevant for beslutningstaking i organisasjoner som baserer hele sin

virksomhet på profesjonelle arbeidstakere som representerer ulike måter å oppfatte og tenke på, i forhold til de utfordringer og problemer som moderne organisasjoner må mestre. Dette er aktuelt fordi kunnskapsmedarbeidere ofte har mye større kunnskap om problemsituasjonen som oppstår enn det administrative ledere har. (Jakobsen, 2007)

Hvordan skal departementet sikre seg at RHF realiserer de mål som er vedtatt av Stortinget, hvordan kontrollerer de RHF at de lokale HF når de regionale målene og hvordan sikrer lederne i HF at helsepersonell arbeider for organisasjonens mål? Ser vi dette i det tidligere nevnte Prinsipal-Agent perspektiv, sitter prinsipalen i en maktposisjon som agenten må akseptere for at han skal ha noen rolle i systemet, samtidig som prinsipalen er avhengig av de handlinger som utføres av agenten. Agentrelasjoner kan være problematiske hvis prinsipal og agent har ulike mål, agenten kan opptre opportunistisk, og han kan ta større sjanser enn prinsipalen vil akseptere. (Grund, 2006) Jo mer prinsipalen har agenter som deler samme verdigrunnlag, desto mindre vil styringskostnadene bli og en vil da ha en agent som opptrer dedikert.

Bulukin skriver i sin rapport om lederlegitimitet om å bli oppfattet som opportunistisk eller dedikert. Kompetansemedarbeiderens reaksjon på lederens måte å lede på, gjenspeiler lederens legitimitet. Det refereres til i hvilken grad medarbeiderne opplever at lederne fortjener å ha innflytelse på dem, og i hvilken grad lederen kan anvende sin posisjon og makt som kompetansemedarbeiderne anerkjenner og finner rettmessig. Bulukin skiller mellom ulike opplevelser. Dersom medarbeideren ser på sitt eget bidrag som positivt og samtidig opplever lederens måte å lede på som positiv, da er medarbeiderreaksjonen definert som ”dedikert”. Dersom medarbeideren ser på sitt eget bidrag som negativt, og lederens måte å lede på som positiv, da er medarbeiderreaksjonen definert som ”ufokusert”. Dersom medarbeideren ser på sitt eget bidrag som positivt, og samtidig opplever lederens måte å lede på som negativ, da er medarbeiderreaksjonen sett på som ”opponerende”. Dersom medarbeideren ser på sitt bidrag som negativ, og lederens måte å lede på som negativ, da blir medarbeiderreaksjonen definert som ”oppgitt”. Lederlegitimitet er en kredittverdighet som kan tilføres lederen av medarbeiderne. Dette handler ikke nødvendigvis om hvilken posisjon en leder har, men også om hvordan lederen bruker makten sin gjennom ledelse, og hvordan medarbeideren reagerer på denne ledelsen. (Bulukin, 2005)

Det trengs spilleregler som får helseforetakene til å utløse faglige og menneskelig energi. Sett fra myndighetenes side bør valget av helsepolitiske spilleregler være et hensikthetspørsmål.

”Om katten er svart eller hvit, er som Deng Wiaoping sier det, ikke poenget, derimot at den klarer å fange mus.” (Grund, 2006)

I følge Bulukin vil det dermed være mye å hente på å ha medarbeidere som opptrer dedikert og spiller på lag med oppdragsgiver. Samtidig som oppdragsgiver bør vektlegge å være interessert i dialog for å finne de beste løsningene, og ikke for enhver pris ”kjøre gjennom sine synspunkter”, men også legge til rette for å lytte til det ”lokale budskapet.” Det finnes flere måter å løse utfordringer på, og som nevnt i utsagnet til Wiaoping, det vesentlige er ikke om katten er svart eller hvit, det vesentlige er om han fanger mus – altså løser oppdraget og når den overordnede målsettingen.

I den sammenheng står det å delta, å bli hørt, sentralt. Vi snakker da om medvirkning. Med medvirkning forstår vi at medlemmene i en organisasjon ikke fullt ut er styrt av andre, men gis en mulighet til å være aktive deltakere og få gjennomslag for sine synspunkter og interesser. Medvirkning henger sammen med autonomi, medbestemmelse og deltakelse. I denne forbindelse er tillit også sentralt, tillit er nødvendig for handling. Hvis aktørene ikke stoler på hverandre eller på de systemene de samspiller med, blir det vanskelig å få til handling og samarbeid mot felles mål.

Den første delen av dette teorikapitlet som omhandler temaene dekopling, New Public Management, prinsipal-agent-teori og bestiller og utførermodellen er tatt med, fordi disse teoriene er med på å beskrive bakgrunnen for organiseringen av spesialisthelsetjenesten, samt samspillet mellom HSØ og SSHF. Den siste delen av teorikapitlet som omhandler ulike typer beslutningsatferd, med temaene rasjonell aktør, makt og legitimerende prosesser, er tatt med fordi de benyttes når oppdragsdokumentet generelt og de 7 ulike casene spesielt skal analyseres med henblikk på å forklare varierende grad av implementering. De 7 aktuelle casene er følgende: 1) At 80 % av epikrisene skal sendes ut innen 7 dager 2) At stillingsstrukturen til leger ved SSHF er lik databasen til NR (Nasjonalt råd) 3) At forskningsproduksjonen øker fra gjennomsnittet de siste 3 årene, og det sikres at bruk av interne ressurser til forskning utgjør minst 0.5 % av totale

driftskostnader. 4) At SSHF deltar i plan og utredningsarbeid – eks e-læring 5) At SSHF har plan for 2 nye behandlingslinjer 6) At SSHF innfrir økonomikrav, aktivitetskrav og funksjonsfordelingskrav 7) At SSHF har tiltak for opplæring innen MTU (medisinsk teknisk utstyr).

4 Metode

4.1 Generelt om metode – hovedfokus kvaliativ metode

Metode er ikke noe mål i seg selv, men et verktøy, til å nå andre mål av forskningsmessig karakter. Et slikt verktøy eller redskap er en framgangsmåte for å få svar på spørsmål og få ny kunnskap innenfor et felt. Metoden dreier seg om hvordan vi henter, organiserer og tolker informasjon. (Larsen, 2007)

For at en metode skal kunne brukes i samfunnsvitenskapelig forskning og utviklingsarbeid må blant annet følgende grunnkrav søkes oppfylt:

- samsvar med den virkeligheten vi undersøker
- systematisk utvelging av data
- mest mulig nøyaktig bruk av data
- presentasjon av resultatene på en slik måte at det åpner for kontroll, etterprøving og kritikk
- resultatene åpner for ny erkjennelse av de samfunnsforholdene en står overfor, og gir grunnlag for videre forsknings- og utviklingsarbeid og økt erkjennelse (Hellevik, 1980)

Kravene kan være svært vanskelige å oppfylle.

Kvalitativ metode kjennetegnes ved nærhet til forskningsobjektet og ved et direkte subjekt / subjekt forhold mellom forsker og undersøkelsesenhet. Kvalitative metoder, blir i internasjonal litteratur også omtalt som naturalistic inquiry eller interpretive inquiry, metoden bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning. (Malterud, 2003) Kvalitative metoder handler om å karakterisere. Ordet kvalitativ viser til kvalitetene, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener. (Repstad, 2007). Kvalitative metoder innebærer liten grad av formalisering. Metodene har som primært siktemål å skape forståelse og egner seg for å beskrive og analysere karaktertrekk, og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Metodene brukes til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventinger, motiver og holdninger. Vi kan oppnå økt forståelse av hvorfor mennesker handler

som de gjør, ved å spørre etter meningen, betydningen og nyanser av hendelser og atferd. Dersom terminologien og taksonomi på et felt er upresist eller dårlig utviklet, kan kvalitative tilnæringer legge grunnen for ny forståelse på området. Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felt der kunnskapsgrunnlaget i er tynt, der problemstillingen er sammensatt, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar. Metoden passer godt for forskning som vil sette nye spørsmål på dagsorden, eller ved problemstillinger der vi på forhånd ikke har oversikt over relevante svaralternativ. Vi kan benytte kvalitative metoder til å utvikle nye beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller. (Matlerud, 2003)

Kvalitativ analyse innebærer alltid en eller annen form for teksttolkning. Det skjer alltid en fordreining av hendelsen når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst.

Tolkning er en sentral aktivitet i den kvalitative forskningsprosessen. All analyse av data innebærer en reduksjon av detaljer og mangfold. Derfor blir fullstendig gjengivelse kun et ideal.

En ulempe med bruk av kvalitativ metode er at det er tidkrevende å behandle dataene, og det er et omfattende arbeid å forenkle datamengden og klassifisere materiale. I kvalitative studier kan et stort antall informanter føre til at materialet blir uoversiktlig og analysen overfladisk.

Rådata er egentlig den faktiske hendelsen, slik den fant sted i tid og rom mellom de impliserte parter og deres opplevelse av den. Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. (Malterud, 2003)

Styrken i de kvalitative intervjuene ligger i at undersøkelsessituasjonene ligger så nær opp til hverdagssituasjonen og samtalen (Holme og Solvang, 2004) Men et forskningsintervju er noe mer enn en vanlig samtale. Det bør inneholde både empati, lytting og refleksjon. Moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om den nøytrale forsker som ikke øver noen form for innflytelse på kunnskapsutviklingen.

”Forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er den aktuelle, hvilket perspektiv som skal velges, hvilke metoder og utvalg som ansees som relevante, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene, og hvordan konklusjonene skal vektlegges og formidles.” (Malterud, 2003:43)

Tolkning av materialet, identifisering av mønstre og lese betydningen av dem er en sentral del av den kvalitative forskningsprosessen. Det viktigste redskap for tolkning av data er forskeren selv.

Grunnlagsbetingelsene for vitenskaplig kunnskap er relevans, validitet og refleksivitet. Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til. Validitet handler om gyldighet – hva forskeren egentlig har funnet ut noe om. Refleksivitet handler om hvordan forskningsprosessen har preget funn og konklusjoner. Dette er krav som vi finner igjen i alle former for vitenskaplig aktivitet, uansett om forskningsmetoden er kvalitativ eller kvantitativ. (Malterud, 2003)

4.2 Valg av metode

I denne oppgaven har jeg valgt en kvalitativ metode som forskningsstrategi. Problemstillingen har vært styrende for dette valget. Formålet med undersøkelsen har vært å utvikle en helhetsforståelse omkring valgte tema og problemstilling. Jeg har valgt et intensivt undersøkelsesopplegg, jeg har konsentrert meg om relativt få enheter. Forut for undersøkelsen bestemte jeg at tema for undersøkelsen skulle være oppdragsdokumentet fra HSØ. Deretter snevret jeg inn temaet og formulerte følgende problemstillingen: *"Hvordan iverksettes oppdragsdokumentet fra Helse Sør Øst (HSØ) ved Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF)? Hvordan kan samsvar og avvik forklares?"* Som arena for undersøkelsen valgte jeg SSHF. Jeg valgte en arena der jeg kunne få anledning til å gjøre undersøkelsen og som jeg hadde nærhet til (bekvemmelighetshensyn). Enhetene har vært ansatte i SSHF, hovedsaklig ledere på ulike nivåer. Alle ble valgt ut fra min før-forståelse omkring temaet. Dette strategiske utvalget er sammensatt ut fra den målsetting at materialet har potensial til å belyse oppgavens problemstilling. (Ryen, 2002) Jeg bestemte meg ikke for antall informanter i forkant, men sikret meg et optimalt antall informanter med trinnvis rekruttering. Intern validitet og ønske om å forebygge systematiske feil har stått sentral i dette bevisste valget. Feltkunnskap var en forutsetning for at jeg skulle kunne velge ut relevante informanter / respondenter.

Mitt siktemål med denne kvalitative studien har vært å få en dypere og mer fullstendig forståelse av implementeringen av oppdragsdokumentet ved SSHF, samt lære mer om hvordan samsvar og

avvik kan forklares. Mitt siktemål har ikke vært å oppnå overførbarhet på populasjonsnivå eller å teste ut hypoteser. Informantene er ikke tilfeldig valgt ut, og informasjonsrikdom har derfor vært det mest framtreddende kriterium for mitt utvalg. (Malterud, 2003)

I denne oppgaven vektlegger jeg både fortolkninger og beskrivelser, men jeg har vektlagt den beskrivende holdningen mest, dermed har også min intensjon vært å representere informantens stemme så lojalt som mulig, med minst mulig forstyrrelse forårsaket av min forforståelse og teoretiske referanseramme.

Det at jeg jobber i samme organisasjon og kjenner alle informantene fra før har sannsynligvis vært med og gitt meg innpass, men det kan også ha vært med på å forsterke noen av de såkalte ”intervjueffektene” som er de mest åpenbare ulempene ved kvalitative intervjuer, for eksempel at informantene kan ha svart slik som jeg har ønsket at de skal svare, de kan ha svart på en bestemt måte for å gjøre et godt inntrykk, for å skjule uvitenhet eller de kan ha svart det de tror er allment akseptert.

Validitet handler om relevans eller gyldighet, jeg har vektlagt å samle inn data som er relevante i forhold til problemstillingen. Det kan være enklere å sikre høy validitet gjennom kvalitative undersøkelser enn ved kvantitative undersøkelser. Gjennom intervjuene har jeg hatt mulighet til å gjøre korreksjoner underveis. Jeg oppdaget underveis at det var andre momenter enn det jeg hadde tenkt i utgangspunktet som var viktig for problemstillingen. Også det at informantene kunne snakke fritt og ta opp ting de selv så på som viktige, gjorde det mulig at flere forklaringsmåter kom komme opp. Det at jeg har hatt en fleksibel prosess hvor jeg har endret spørsmål underveis har bidradd til mer valid informasjon. Dette er grep jeg har gjort for å sikre den interne validiteten, dvs å få fram sanne svar. (Malterud, 2003)

Når det gjelder ekstern validitet, om funnene mine er overførbare og gjøres gjeldende ut over den kontekst der jeg har kartlagt dem i? Jeg har intervjuet 9 ledere og rådgiver ved SSHF om hvordan oppdragsdokumentet iverettes ved sykehuset, det er primært det forholdet jeg kan uttale meg om, dermed er det lett å konkludere med at den eksterne validiteten er lav fordi jeg utelukkende kan si noe sikkert om den lokale konteksten undersøkelsen er gjort i. Undersøkelsen åpner likevel

opp for overførsel til flere og andre sammenhenger enn der dataene opprinnelig ble hentet fra. Mitt siktemål for overførbarhet er ikke at resultatene mekanisk skal kunne overføres til et bestemt populasjonsnivå, men at det skal kunne stimulere til videre forskning på området. Mitt mål har ikke vært å oppnå overførbarhet på populasjonsnivå, til det er sammenligningsgrunnlaget lite egnet når materialet består av tekst.

Når det gjelder repeterbarhet, dvs om andre vil oppnå like resultater ved gjentakelse? Jeg er klar over at jeg har påvirket både datainnsamlingen, analysen, tokningen og presentasjonen. Jeg erkjenner at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen. Repeterbarhet er innen kvalitative forskningsprosesser er sjelden et aktuelt kriterium på at pålitelighet er i varetatt.

Et aspekt på relevansbegrepet, er om andre kan bruke min innsikt til noe nyttig eller viktig, det får jeg ikke svar på det før resultatene gjøres kjent. Det betyr at resultatene må publiseres i form av en artikkel, det er ikke gjort. Dermed er dette kravet ikke innfridd, men forhåpentligvis finner andre resultatene stimulerende nok til å gå i gang med videre forskning innen for emnet.

Refleksivitet omhandler hvordan forskningsprosessen har preget funn og konklusjoner. Jeg erkjenner at jeg er et menneske som er styrt av indre bilder og forestillinger, men jeg mener også at jeg har gått inn i prosjektet med et åpent sinn og har gitt plass til tvil, ettertanke og vært åpen for uventete konklusjoner. Men min nærhet til stoffet kan ha vært med på å gjøre en kritisk refleksjon vanskelig. (Malterud, 2003)

4.2.1 Intervjuguide

Jeg utarbeidet en intervjuguide som grunnlag for intervjuene. Intervjuguiden hadde to formål, for det første var det en informasjon til informantene og det ga forberedthet og forutsigbarhet om hva vi skulle fokusere på i intervjuet, for det andre ga det samtalen en struktur og det sikret at jeg fikk belyst alt jeg ville spørre om. Men det var også et par av informantene som startet intervjuet med å si at de ikke hadde fått forberedt seg eller lest intervjuguiden. Jeg vektla også oppfølgings spørsmål, og i en del av intervjuene var det ikke hensiktsmessig å gå gjennom hele intervjuguiden. Jeg reviderte intervjuguiden underveis etter hvert som jeg lærte mer om hvor jeg

burde legge fokus, videre vektla jeg å tilpasse intervjuguiden og intervjuet til den enkelte informant. Alle informantene fikk tilsendt intervjuguiden, som er gjengitt nedenfor, sammen med et informasjonsskriv med forespørsel om å være informant i forbindelse denne kvalitative undersøkelsen. Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet etter flere gjennomlesninger av oppdragsdokumentet. Jeg valgte da å starte intervjuene med å spørre åpent om oppdragsdokumentet generelt og deretter fokusere på de 7 ulike case. Oppdragsdokumentet er omfattende og en av informantene fortalte at noen har telt at det inneholder ca 150 mål. Jeg har valgt case som jeg relativt enkelt kunne vurdere måloppnåelse på, dermed er det i casene blitt fokus på den målbare delen av oppdragsdokumentet.

Forespørselen om å stille til intervju ble sendt pr mail, mailen ble fulgt opp med en telefonhenvendelse et par dager senere. Erfaringen var imidlertid at nesten samtlige forespurte informanter responderte positivt på mailen før jeg rakk å ringe, dermed ble telefonsamtalen mer for å høre om det var ting de lurte på og for å avtale tidspunkt for intervjuet. Alle de forespurte informantene svarte ja på henvendelsen. En av informantene meldte seg også selv før jeg rakk å forespørre.

I intervjusituasjonen opplevde jeg et positivt samspill med alle informantene. Jeg avtalte at jeg om nødvendig kunne kontakte dem igjen for supplerende opplysninger eller avklaringer, det ble aktuelt i et par tilfeller ettersom jeg fikk mer kunnskap ble det behov for å stille enkelte oppfølgingsspørsmål. Alle ble også lovet anledning til å lese gjennom den ferdige oppgave før den ble levert inn. Alle intervjuene var av verdi for å få belyst problemstillingen.

Jeg velger også å omtale alle mine informanter som *han*, dette både for enkelthets skyld og med hensyn til anonymisering. Jeg finner det dekkende å benevne intervjuobjektene som informanter. Når jeg i analysedelen bruker betegnelsen ”alle” informantene, refererer jeg stort sett til 8 av informantene da en av informantene, en leder på et lavere nivå, kun kjente til dokumentet i liten grad og det var derfor ikke hensiktsmessig å be han svare på alle casene. På neste side gjengis intervjuguiden slik den ble tilsendt informantene:

Intervjuguide informantintervju

Denne oppgaven er en del av et 2 årig mastergradstudie innen offentlig politikk og ledelse. Tema for masteroppgaven er forholdet mellom HSØ (Helse Sør Øst) og SSHF (Sørlandet sykehus Helseforetak). Forholdet jeg skal undersøke er relatert til ”Oppdragsdokumentet for 2009 fra HSØ”. På utvalgte områder skal jeg se nærmere på hva HSØ ”bestiller” og hva SSHF ”leverer” av (helse)tjenester. Jeg ønsker å finne ut om det er samsvar eller avvik, eller begge deler, mellom HSØ sin bestilling og SSHF sin leveranse. Jeg vil også se på hvordan eller hvorfor samsvar og/eller avvik oppstår. Jeg skal gjøre en kvalitativ undersøkelse. Jeg vil vektlegge anonymisering av informantene i størst mulig grad. Du vil få mulighet til å lese gjennom og gi kommentarer til oppgaven før innlevering, og du kan når som helst trekke deg fra deltakelse. Som du ser videre i intervjuguiden, har jeg en del konkrete spørsmål og områder jeg ønsker å komme inn på, det er likevel fint om du vil starte med å si noe generelt om oppdragsdokumentet og oppfølgingen av dokumentet fra deg som leder / din klinikk / din avdeling?

Generelt om oppdragsdokumentet:

Kjenner du til ”Oppdragsdokumentet fra HSØ”? (dersom det ikke ble svart på innledningsvis) Har det betydning for deg, i din jobb? Bruker du oppdragsdokumentet, hvis ja i hvilke sammenhenger? Har du inntrykk av at din nærmeste leder bruker oppdragsdokumentet? Formidler du oppdragsdokumentet til dine ansatte, og bruker dine nærmeste underordnede oppdragsdokumentet?

Intervjuguide Case 1: ”80% av epikriser innen 7 dager”

HSØ ”bestiller” at minst 80% av antall epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter innleggelse, dag- eller poliklinisk behandling. Hvordan ligger din avdeling/klinikk an? Er det en positiv eller negativ trend i din avdeling/klinikk – hva er grunnen til at dere evt ikke er på 80%? Videre står det i oppdragsdokumentet at HF skal fra 1.tertial 2009 starte arbeidet med å gi epikrise til pasienter ved utskrivningssamtalen – hvordan ligger din klinikk / avdeling an i dette arbeidet? Hvorfor prioriteres dette / hvorfor prioriteres dette ikke?

Intervjuguide Case 2: ”Stillingsstruktur leger er lik database NR”

I oppdragsdokumentet, som er det regionale helseforetakets bestilling av spesialisthelsetjenester, står det under avsnittet om ”Utdanning av helsepersonell” (kap 7) ...”stillingsstrukturen for leger stemmer med NR (Nasjonalt Råd) sin database og melde avviksendringer”. Hvordan forholder man seg til dette i din klinikk/avdeling.

Intervjuguide Case 3: ”Forskningsproduksjonen øker fra gj.snittet de siste 3 år”

Helse Sør-Øst RFs bestilling av spesialisthelsetjenester for 2009 sier i kapitel 7, om forventninger og krav knyttet til helseforetakets håndtering av de fire lovpålagte hovedoppgavene, under avsnittet om forskning at forskningsproduksjonen målt i publikasjonspoeng (NIFU) skal økes fra gjennomsnittsnivået de tre foregående år. Det konkretiseres på følgende måte; forsknings- og innovasjonsaktiviteten opprettholdes på samme høye nivå og NIFU-poeng og dr.grad økes i samsvar med økt ressurstilførsel. Sikre at bruk av interne ressurser til forskning, utgjør minst 0.5 % av totale driftskostnader.” Hvordan forholder din avdeling/klinikk seg til dette – og evt SSHF sett under ett?

Intervjuguide Case 4: ”Deltar i plan / utredningsarbeid eks e-læring”

I oppdragsdokumentet under kapitlet om kvalitet i tjenesten krever oppdragsdokumentet at SSHF skal ta del i regionale råd og nettverk, og bidra i plan/utredningsarbeid initiert på nasjonalt eller regionalt nivå, for eksempel utvikling og implementering av e-læring. Anser du dette som viktig?

Er din klinikk /avdeling involvert i e-læring – hvis ja hvorfor og hvordan, hvis nei hvorfor ikke?

Intervjuguide Case 5: ”Har plan for 2 nye behandlingslinjer”

Bestillingen i oppdragsdokumentet sier at SSHF skal videreføre arbeidet med å etablere standardiserte pasientforløp og delta i kompetanseutvikling av metodikk for å beskrive og gjennomføre gode pasientforløp. Helseforetaket skal legge frem plan for arbeidet med minimum to nye behandlingslinjer.

Er din klinikk /avdeling engasjert i dette arbeidet? Hvis ja – hvorfor / hvordan? Hvis nei – hvorfor ikke

Intervjuguide Case 6: ”Økonomi, aktivitet og funksjonsfordelingskrav”

Hvordan forholder SSHF seg til økonomikrav, aktivitetskrav og funksjonsfordelingskrav fra HSØ?

Intervjuguide Case 7: ”Tiltak for opplæring innen MTU”

SSHF skal følge opp tiltak for opplæring innen MTU som for eksempel defibrillator,.. infusjons-og smertepumper og respiratorer. Prioriterer din klinikk / avdeling dette? Hvis ja – hvorfor/hvordan? Hvis nei – hvorfor ikke?

Er det noe du vil tilføye når det gjelder forholdet og prosessene mellom HSØ og SSHF? Hva mener du om detaljnivået i oppdragsdokumentet - for mye eller for lite? Har du forslag til andre måter å styre på? Mer effektive måter å styre på? Måter som vil kunne føre til bedre helsevesen etter ditt skjønn?

Da er intervjuet over og det gjenstår kun noen spørsmål: Alder, Kjønn, Tittel, Klinikktilhørighet, Hvor lenge har du vært i denne stillingen, Annen arbeidserfaring (kort), Utdannelse (nivå)

4.3 Gjennomføring

Jeg har i denne kvalitative undersøkelsen foretatt 9 intervjuer. Jeg har vært oppmerksom på at den rikeste kunnskapen får en tak i hvis informantene inviteres til å dele sine egne erfaringer. Selv om jeg hadde en intervjuguide som jeg forholdt meg til, vektla jeg å starte alle intervjuene med litt småprat, takket for at vedkommende sa seg villig til å delta og deretter gjenga jeg bakgrunnen for intervjuet. Jeg vektla at intervjuet skulle ha en deskriptiv orientering og første spørsmål til informanten startet med følgende innledning: ”Vil du fortelle litt generelt om.....” Jeg vektla også å stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet, samt å kontrollere og få utsagn forklart med å spørre: ”Hva betyr det når du sier at.....”, ”Kan du utdype det litt mer.....”, ”Hvordan skal jeg forstå det du sier”..... Intervjuguiden ivaretok at intervjuet ikke ble ustrukturert, min balansegang var å være tilstrekkelig åpen og fokusert på samme tid. Mine informanter var velutdannede og kompetente medarbeidere, som jeg opplevde som kunnskapsrike, verbale og veltalende – det var viktig for meg at de opplevde seg respektert for sin kunnskap og for at de var villige til å bruke tid på dette prosjektet. Jeg startet med å ha relativt liten kunnskap både om emnet og om det å gjennomføre et intervju, etter hvert opparbeidet meg mer kunnskap og kunne opptre med en større ro og avslappet holdning. Jeg hadde gjennom hele prosessen en ærlig nysgjerrighet og et ønske om å oppnå ytterligere kunnskap om temaet.

Av de 9 gjennomførte intervjuene ble 7 av disse ble tatt opp på lydbånd, de 2 som ikke ble tatt opp på bånd var dels av praktiske årsaker og dels informantens ønske, i disse tilfellene tok jeg notater underveis. Alle intervjuene varte i ca 1 time. Jeg valgte selv å skrive ut lydbåndopptakene samme dag som jeg foretok intervjuene, dette var et tidkrevende arbeid men jeg vurderte det slik at gevinsten med selv å være mellomledet mellom tale og tekst veide opp for tidsbruken. Jeg kunne med enkelthet finne ut av utydelige ord hos informanten, jeg kunne notere meg informantens kroppsspråk og handlinger i marginen der det var aktuelt (eks en informant som banket i bordet for å understreke betydningen av et utsagn, engasjert kroppsspråk osv) Transkripsjonen var også for meg en måte å gjenoppleve erfaringene fra feltarbeidet og gjøre meg kjent i materiale fra en ny side. Transkripsjonen ga også rom for ettertanke og jeg kunne trekke noen slutninger og det ble begynnelsen på de spørsmål som jeg mer systematisk stilte i analysefasen. Under transkripsjonen ble det også klart for meg at andelen ”dødt kjøtt” var relativt

stort. Målet med analysen var ikke å reprodusere forståelse jeg allerede hadde, men å utvikle ny kunnskap. (Malterud, 2003)

Jeg startet med å lese gjennom de over 100 sider med utskrift fra intervjuene flere ganger, og noterte stikkord og ideer i marginen. Deretter gjorde jeg en bearbeiding og reduksjon, fordi jeg så at jeg hadde samlet inn mye data som ikke omhandlet problemstillingen, og som jeg egentlig ikke hadde bruk for. Etter reduksjonen hadde jeg en datamengde som var omtrent halvparten av det opprinnelige materialet. Jeg gikk så over i selve analyse delen og så etter mønstre, sammenhenger, fellestrekk og forskjeller. Mine første ”matchgrupper” (temagrupper) var casene i intervjuguiden, disse casene var følgende: 1) om 80 % av epikrisene sendes ut innen 7 dager 2) om stillingsstrukturen til leger ved SSHF er lik databasen til NR (Nasjonalt råd) 3) om forskningsproduksjonen øker fra gjennomsnittet de siste 3 årene, og om det sikres at bruk av interne ressurser til forskning utgjør minst 0.5 % av totale driftskostnader. 4) om SSHF deltar i plan og utredningsarbeid – eks e-læring 5) om SSHF har plan for 2 nye behandlingslinjer 6) om SSHF innfrir økonomikrav, aktivitetskrav og funksjonsfordelingskrav og 7) om SSHF har tiltak for opplæring innen MTU (medisinsk teknisk utstyr). Denne sorteringen fikk fram at SSHF både har avvik og samsvar i implementeringen av oppdragsdokumentet fra HSØ. Det var avvikene, dvs dekoplingsfunnene som ble vektlagt videre i analysearbeidet. Jeg valgte å klassifisere stoffet etter nye temaer. Temaene jeg valgte denne gangen var de ulike teoriene som er omhandlet i teorikapitlet (grunnlag for beslutning). Jeg kalte ”rasjonell aktør” for tema 1, ”makt” for tema 2 og ”legitimerende prosesser” for tema 3. Jeg markerte aktuelle sitater med tusj i ulike farger i papirutskriften, deretter skrev over disse sitatene på post-it lapper som jeg igjen klistret opp på 3 store plakater, en plakat for hvert tema. Jeg plasserte funnene inn i de ulike gruppene ut fra hvilket beslutningsgrunnlag som jeg mente var sannsynlig at lå til grunn for ”leveranse i tråd med bestilling” eller ”dekopling”. Mange ”utsagn” ble plassert i mer enn en gruppe, fordi jeg leste ulike tolkningsmuligheter inn i svaret. (Larsen, 2007)

Analysen av intervjudataene har vært en sammenfatningsprosess. Jeg har lest materiale og sett etter mønstre. Jeg har vektlagt å abstrahere for igjen å finne en større helhet og meningsfulle mønstre.

5 Resultater

Resultatene i undersøkelsen presenteres her ved at jeg først ser på grad av implementering av oppdragsdokumentet både generelt og spesielt for ulike case, deretter ser jeg ”bak” disse svarene på den varierende graden av implementering ved hjelp av informantutsagn og teori.

5.1 Grad av implementering

Jeg skal i dette kapitlet presentere *i hvilken grad* oppdragsdokumentet fra HSØ implementeres ved SSHF. Dette gjør jeg todelt, ved først å fokusere på hele oppdragsdokumentet generelt og deretter fokusere på de 7 definerte casene spesielt. Disse casene, formulert som krav fra HSØ, er: 1) At 80 % av epikrisene skal sendes ut innen 7 dager 2) At stillingsstrukturen til leger ved SSHF er lik databasen til NR (Nasjonalt råd) 3) At forskningsproduksjonen øker fra gjennomsnittet de siste 3 årene, og det sikres at bruk av interne ressurser til forskning utgjør minst 0.5 % av totale driftskostnader. 4) At SSHF deltar i plan og utredningsarbeid – eks e-læring 5) At SSHF har plan for 2 nye behandlingslinjer 6) At SSHF innfrir økonomikrav, aktivitetskrav og funksjonsfordelingskrav 7) At SSHF har tiltak for opplæring innen MTU (medisinsk teknisk utstyr). Uttalelsene kommer fra rådgiver, mellomledere og ledere på øvre nivå ved SSHF.

Grad av implementering ut fra informantutsagn om oppdragsdokumentet generelt

Nedenfor gjengis ett utsagn fra hver av informantene dette viser bredden, men også samstemtheten, relatert til implementering av oppdragsdokumentet generelt.

En leder på øvre nivå sier:

”Oppdragsdokumentet har betydning, jeg leser det, prøver å forstå det, sette meg inn i det, men så skjærer jeg bort det jeg mener ikke er realistisk og forenelig med våre mål, og det jeg mener det må være en prosess på som går over lang tid.”

Dennee informanten sier at han ikke implementerer det som ikke er forenelig med egne mål. Neste informant en mellomleder sier at det ikke er mulig å implementere alt:

”Dokumentet gir en klar retning med prioriteringer og det er en bestilling, men vi kan finne ut at vi vil levere noe helt annet - fordi oppdragsdokumentet er for omfattende og dermed lite brukbart.”

En annen leder på øvre nivå støtter denne uttalelsen med følgende utsagn:

”Oppdragsdokumentet håndteres ikke som et dokument som slavisk skal innfris på alle punkter, men vi bruker det som styringsverktøy og melder avvik der vi ikke innfris.”
Informanten legger til: *”Hovedelementene har vi som intensjon å innfri, men innen enkeltsaker må vi prioritere.”*

Neste informant også en leder på øvre nivå er tydelig på at dokumentet har sin betydning for rammen for jobben og for å tilrettelegge for systemet, men for pasientbehandlingen konkret tror han det har liten betydning:

”Altså, jeg tror ikke det har noen betydning for den praktiske jobben, det har betydning for rammene for jobben og for å tilrettelegge systemet vårt, men for pasientarbeidet konkret, tror jeg det har liten betydning.”

En leder på et lavere nivå sier at han ikke er så opptatt av oppdragsdokumentet:

”Oppdragsdokumentet er ikke noe som jeg har nærmest i min virksomhet som leder og ikke noe jeg forholder meg til i den daglige drift og planlegging av aktiviteten hos meg. Jeg kjenner til at dokumentet eksisterer, men selve innholdet vet jeg ikke så mye om.”

De fire siste informantene, som er rådgiver og ledere på ulike nivåer, fokuserer mest på form, omfang og detaljrikdom:

”Oppdragsdokumentet er veldig detaljert, med mange gjentakelser og ganske utstrukturert, hvis en forventer at foretaket skal ta det på alvor, så er det et lite egnet dokument.”

Dette støttes gjennom følgende tre utsagn:

”Oppdragsdokumentet for 2009 er rimelig detaljert.....”

”Oppdragsdokumentet er viktig, det blir lest, det er utgangspunkt for prioriteringer, men det er i varierende grad tydelig og veldig omfattende.”

”Oppdragsdokumentet betyr noe for det er en bestilling til hva vi skal gjøre, men det skyter langt over mål på noe og langt under mål på noe annet.”

Når det gjelder dokumentet generelt og grad av implementering, finner jeg varierende grad av tydelighet i svarene. Litt over halvparten av informantene er helt tydelige på at de ikke har til hensikt å implementerer oppdragsdokumentet fullt ut, de andre informantene er ikke like tydelige, men fokuserer på at dokumentet er uhåndterbart på grunn av form, volum og detaljnivå. Det poengteres også fra flere av lederne på øvre nivå, at det forventes og planlegges kun for en *delvis* implementering. En leder poengterer at dokumentet brukes som et styringsverktøy mer enn en bestilling for direkte implementering.

Oppsummert: Mine funn viser at oppdragsdokumentet generelt implementeres delvis eller i noen grad ved SSHF.

Grad av implementering ut fra informantutsagn om case 1

Når det gjelder case 1 hvor kravet fra HSØ er at 80 % av epikrisene skal sendes ut innen 7 dager, svarer de fleste informantene:

”Når det gjelder epikriser, leverer vi omtrent som HSØ krever.”

Mange av informantene uttrykker at de er enige i informanten som sier:

”Vi synes det er viktig og det er stor oppmerksomhet på det og det er helt klart et mål for alle som driver med pasientbehandling.”

Her sier informanten at kravet fra HSØ får stor oppmerksomhet, og alle som driver med pasientbehandling har dette som mål. De fleste er altså enige i informanten som sier at de leverer tett opp til kravene, men flere presiserer på samme måten som lederen i sitatet under, at de velger å levere på en enklere måte enn det HSØ bestiller:

”Når det gjelder epikriser er vi nesten i mål, vi ligger litt under, men vi prioriterer å levere et utskrivningsnotat eller en blankett i hånden når pasientene drar fra sykehuset.”

Her sier informanten at han velger å levere på en litt annen måte enn bestilt. Når det gjelder epikriser, leverer SSHF tett opp til 80% kravet fra HSØ, men istedenfor å fokusere på å nå de siste prosentene, prioriteres det heller å levere noe annet (et utskrivningsnotat) på et tidligere tidspunkt enn det HSØ krever (på utskrivningsdagen).

Oppsummert: Mine funn viser at case 1 implementeres i middels til stor grad ved SSHF

Grad av implementering ut fra informantutsagn om case 2

Når det gjelder case 2 som omhandler Nasjonalt råds krav om at legenummer (nr.id.nummer) i SSHF skal stemme med rådets tildeling og database er det stor variasjon i informantenes uttalelser:

En informant på øvre ledernivå sier:

”Vi har leger som ikke har legenummer, men vi har også NRid nummer til stillinger som ikke er besatt.

En annen leder uttaler:

”HSØ har dokumentert at SSHF har rundt 48 NRid nummer færre enn vi skulle hatt. Vi har såkalte ”grå” stillinger som ligger på omtrent halvparten av dette.”

Mens en annen leder sier:

”Vi prøver å forholde oss lojalt til det og er obs på avvik.”

Når det gjelder Nasjonalt råds krav om at legenummer (nr.id.nummer) i SSHF skal stemme med rådets tildeling og database er at det er variasjoner innen SSHF, det finnes stillinger med legenummer som ikke er besatt og det finnes leger som går uten stillingsnummer.

Oppsummert: Mine funn viser at case 2 implementeres delvis eller i noen grad ved SSHF.

Grad av implementering ut fra informantutsagn om case 3

Nesten alle informantene som uttalte seg svarer på linje med informanten under når det gjelder case 3 hvor kravet fra HSØ er at forskningsproduksjonen øker fra gjennomsnittet de siste 3 årene, og det skal sikres at bruk av interne ressurser til forskning utgjør minst 0.5 % av totale driftskostnader:

”Innen forskning leverer vi over kravene til antall dr.grader og publikasjon poeng.”

Når det gjelder spørsmål om hvordan SSHF får dette til, svarer også alle at her kommer den eksterne finansieringen inn.

”Grunnen til at vi er så gode på forskning er at det er eksternt finansiert.”

Det kommer her fram at forskningen er eksternt finansiert.

Når det gjelder forskning leverer SSHF over krav når det gjelder antall dr.grader og NIFU poeng, men SSHF leverer på en annen måte enn bestilt når det gjelder finansiering. På grunn av ekstern finansiering, innfrir SSHF ikke kravet om at interne ressurser skal utgjøre minst 0.5 % av totale driftskostnader.

Oppsummert: Mine funn viser at case 3 implementeres i middels til stor grad ved SSHF.

Grad av implementering ut fra informantutsagn om case 4

Når det gjelder case 4 som omhandler kravet om at SSHF skal delta i utredningsarbeid, eksempelvis innen e-læring, framkom det mye støtte til målet hos alle informantene som uttalte seg, men flere var skeptiske til organiseringen:

”E-læring er framtiden, det er viktig,men det er feil organisert.”

Det framkommer at SSHF retter seg etter HSØ sine krav, men i det tempo som SSHF anser som formåltjenelig. E-læring implementeres, men på en litt annen måte enn HSØ bestiller.

”.....det er en prosess som vi må styre tempo på, vi kan ikke la oss dirigere av HSØ.”

Når det gjelder kravet fra HSØ om at SSHF skal delta i plan og utredningsarbeid, her konkretisert i prosjektet e-læring, så deltar SSHF og dermed innfrir de kravet, men de deltar på en litt annen måte enn bestilt og vil selv å bestemme tempo på framdriften.

Oppsummert: Mine funn viser at case 4 implementeres delvis eller i noen grad ved SSHF.

Grad av implementering ut fra informantutsagn om case 5

Når det gjelder case 5 som omhandler ”behandlingslinjer” er situasjonen noenlunde den samme som innen e-læring, alle informantene som uttaler seg er positive til målet men de fleste presiserer at de er kritiske til metoden. Nedenfor gjengis et noen av uttalelsene:

”Jeg tror det å tenke behandlingslinjer er viktig – kjempeviktig.”

”Vi har laget et par behandlingslinjer på SSHF.”

Skepsisen til metoden og valget om å gjøre noe annet, framkommer blant annet på følgende måte:

”Vi gjør det på en annen måte og oppfyller ikke standarden som HSØ krever.”

Informantene som uttaler seg sier at de velger å ikke følge det skisserte opplegget fra HSØ, de velger en enklere metode tilpasset lokale forhold.

Når det gjelder behandlinglinjer gir SSHF støtte til målet, men ikke til metoden, de velger i hovedsak å leverer på en annen måte enn bestilt.

Oppsummert: Mine funn viser at case 5 implementeres ikke eller i liten grad ved SSHF.

Grad av implementering ut fra informantutsagn om case 6

Når det gjelder case 6 hvor kravet fra HSØ er at SSHF skal innfrir på økonomikrav, aktivitetskrav og funksjonsfordelingskrav er alle informantene samstemte på at økonomi og aktivitetskravene står i en særstilling, det oppleves at disse kravene har en forrang foran andre krav og de er absolutte. Informantene formidler dette på følgende måte:

”Vi får først et utkast (av oppdragsdokumentet), da ser vi på den konkrete delen, på økonomi og aktivitetskrav, det er på den delen vi har mulighet til å diskutere med HSØ før den endelige versjonen. Når den endelige versjonen kommer forholder vi oss til den.”

Det bekreftes av alle informantene at økonomi prioriteres, informantuttalelsen under viser også at dette kravet får forrang foran andre krav:

”Vi tilfredsstiller kravene i oppdragsdokumentet innen økonomi, vi er i balanse, men det krever prioritering, det betyr at det er ting i oppdragsdokument som vi ikke har innfridd, eks smertebehandling.”

Men også aktivitetskravene implementeres slik de er satt av HSØ, dette framkommer av informantuttalelsen under:

”Vi forholder oss til taket – vi behandler innen rammen satt av HSØ. Det er to ting vi har hovedfokus på, det er kostnader og aktivitet.”

Ingen av informantene svarte bekreftende på om SSHF behandler pasientgrupper som er funksjonsfordelt til regionsykehusene, de uttaler at de respekterer og innfrir dette kravet. De uttaler også at kravet er selvregulerende på den måten at det ikke gis økonomisk kompensasjon for pasientbehandling som er funksjonsfordelt til andre. Når det gjelder grad av implementering innen økonomi og aktivitet er alle informantene er samstemte, SSHF følger HSØ sine krav og innfrir.

Oppsummert: Mine funn viser at case 6 implementeres som bestilt eller tett opp til bestilling ved SSHF.

Grad av implementering ut fra informantutsagn om case 7

Når det gjelder case 7 hvor kravet er at SSHF har tiltak for opplæring innen MTU (medisinsk teknisk utstyr) er også svarene nokså enstemmige. Alle som uttaler seg er enige i at opplæring innen MTU er viktig og at de godtar kravet fra HSØ, dette viser de med følgende utsagn:

”Dette er helt i tråd med våre mål, så dette godtar vi”

”Dette prioriterer vi - vi kjører undervisning og opplæring”

”MTU blir tatt på alvor, vi har klare rutiner for opplæring”

”Vi er inne i et prosjekt for å få det enda bedre til.”

Det kommer i intervjuene fram at SSHF har et avvik fra DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) dette er noe de fleste informantene nevner, men de vektlegger at det hovedsakelig er på dokumentasjonen det skorter. En informant sier det slik:

”DSB slår fast at vi ikke har et system ved SSHF som oppfyller alle krav. FOU avdelingen vår jobber for å få opp et system, prosjektet ruller og går, vi mangler noe på dokumentasjonsbiten. De nyansatte får opplæring, men den er ikke alltid systematisk og den er ikke alltid dokumentert.”

Når det gjelder implementering av kravet om at SSHF skal følge opp tiltak for opplæring innen MTU, så godtas kravet og det følges opp i følge informantene – men samtidig viser avviket fra DSB at SSHF ikke er helt i mål.

Oppsummert: Mine funn viser at case 7 implementeres i middels til stor grad ved SSHF.

Tabellen under viser en oppsummering av i hvilken grad mine 8 (9) informanter oppfatter at oppdragsdokumentet generelt og casene spesielt implementeres ved SSSHF.

Tabell 1. I hvilken grad sier informantene at oppdragsdokumentet generelt og casene spesielt implementeres ved SSHF?

Nr	Type case	Informantsvar	Kommentarer
	Oppdragsdokumentet generelt	**	Dokumentet blir i varierende grad implementert.
1	80 % epikrise innen 7 dager	***	Det leveres i flere avd i stor grad som bestilt, men ikke i alle avd. Det leveres også på en annen måte enn bestilt
2	NR id nr (legenummer)	**	Her er det variasjon, enkelte informanter rapporterer at de følger eller ligger tett opptil NR databasen
3	Forskning og NIFU poeng	***	SSHF overoppfyller kravene til antall dr.grader og NIFU poeng, men kravet sier at det skal være intern finansiering, SSHF benytter seg av ekstern finansiering.
4	E-lærings prosjekt	**	Her leveres det på en annen måte enn bestilt, det er blant annet tempoplanen til HSØ som ikke følges
5	Behandlingslinjer	*	Her er det variasjoner, det rapporteres om et par avdelinger på SSHF som har laget behandlingslinjer
6	Økonomi og aktivitet	****	Leverer!
7	Opplæring av MTU	***	Kravene fra HSØ harmonerer med SSHF, men SSHF har et avvik fra DSB bla pga mangelfull dokumentasjon

Tegnforklaring: * Implementerer ikke eller i liten grad
 ** Implementerer delvis eller i noen grad
 *** Implementerer i middels eller stor grad
 **** Implementerer som bestilt eller tett opp til bestilling

Tabellen viser at økonomi og aktivitetskravene kommer i en særstilling, her leverer SSHF i henhold til bestilling eller tett opp til bestilling. Casene som omhandler epikriser, forskning og opplæring av MTU oppfylles også i stor grad. Oppdragsdokumentet vurdert i sin helhet, samt casene NR id nummer og e-læring oppfyller SSHF ifølge mine funn kun delvis, og behandlingslinjer blir bare i liten grad blir implementert.

Før jeg går over til *bakgrunnen* for denne varierende graden av implementering, presenteres noen funn knyttet til hvilke case som får mest fokus. Flere av informantene kommenterer at det målbare har størst fokus og derfor også størst implementeringsgrad, det sies blant annet:

”Det er økt fokus på det som kan måles, og det er problematisk at vi tvinges til å fokusere på det målbare til fordel for kvalitet.”

Dette følges opp av flere, nedenfor gjengis tre av utsagnene:

”Det er en viktig av viktigheten av dette dokumentet i forhold til det som går på økonomi og aktivitet, og det som går på det faglige perspektivet.”

”Det som ikke kan telles, rapporteres på en annen måte – og når bestillingen er utydelig så blir det vanskelig å levere.”

”Det er problematisk at en tvinges eller ledes til å fokusere på det målbare istedenfor å være opptatt av kvaliteten på noe som ikke er så enkelt å måle....HSØ er opptatt av epikrisetid og antall korridorpatienter, ventetider og disse tingene.”

Grunnen til det økte fokuset på økonomi framkommer i utsagnet under, her forklares det for det første at det er et absolutt krav og for det andre at økonomisk balanse gir økt frihet på andre felt.

”Kanskje det har vært et relativt stort fokus på den økonomiske siden, for det er et absolutt balansekrav som ligger der. Å komme raskest mulig i økonomisk balanse gir oss handlingsrom på andre fronter og det er et viktig poeng.”

At det som kan telles og måles får økt fokus, poengteres av de fleste informantene.

5.2 Forklaring av varierende grad av implementering

I forrige kapittel ble det rapportert om mangelfull implementering av oppdragsdokumentet fra HSØ ved SSHF. Jeg skal i det videre se på ulike beslutningsgrunnlag som ligger til grunn for valgene om dekopling. Presentasjonen av beslutningsgrunnlagene blir understøttet av funn, i form av informantuttalelser, om oppdragsdokumentet generelt og de 7 valgte casene spesielt. Disse casene er 1) At 80 % av epikrisene skal sendes ut innen 7 dager 2) At stillingsstrukturen til leger ved SSHF er lik databasen til NR (Nasjonalt råd) 3) At forskningsproduksjonen øker fra gjennomsnittet de siste 3 årene, og det sikres at bruk av interne ressurser til forskning utgjør

minst 0.5 % av totale driftskostnader. 4) At SSHF deltar i plan og utredningsarbeid – eks e-læring
5) At SSHF har plan for 2 nye behandlingslinjer 6) At SSHF innfrir økonomikrav, aktivitetskrav og funksjonsfordelingskrav 7) At SSHF har tiltak for opplæring innen MTU (medisinsk teknisk utstyr).

Valgte beslutningsgrunnlag er ”rasjonell aktør”, ”makt” og ”legitimerende prosesser”. Jeg velger å presentere beslutningsgrunnlagene hver for seg. Flere av informantuttalelsen passer både under beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør”, ”makt” og ”legitimerende prosess”, de som er vurdert som mest dekkende blir gjentatt og kommentert i alle kapitlene. En del funn vil kun bli behandlet en gang, selv om de har verdi som bakgrunnsinformasjon for flere beslutningsgrunnlag.

Oppsummering av funnene blir presentert i en tabell i kapittel 5.2.3.

5.2.1 Beslutningsgrunnlag rasjonell aktør

I dette kapitlet presenteres beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør” som grunnlag for dekopling ved implementering av oppdragsdokumentet ved SSHF. I det videre rapporteres og omtales funn som understøtter beslutningsatferden ”rasjonell aktør” som grunn for avgjørelsen om å dekoppe. Dette gjør jeg ved først å se på oppdragsdokumentet generelt og deretter de 7 ulike casene.

Beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør” og funn relatert til oppdragsdokumentet generelt

Rasjonalitet betyr at en aktør handler med sikte på å oppnå sine hensikter best mulig og med så små kostnader som mulig, noe som betyr at en rasjonell aktør søker å finne den mest hensiktsmessige veien fram til ønsket goder ved hjelp fra tilgjengelig informasjon og kunnskap. I følge oppdragsdokumentet for 2009 er det overordnede målet at SSHF skal tilby et kvalitativt godt behandlingstilbud, dette vil være den rasjonelle aktørs overordnede mål. Men mennesket er begrenset rasjonell. Begrenset rasjonalitet tar hensyn til at ingen kan handle perfekt rasjonelt, fordi ingen har full informasjon om alle mulige alternative løsninger, og deres konsekvenser, slik at man med sikkerhet kan velge det alternativet som gir maksimal nytte. I det videre legges denne siste definisjonen til grunn for begrepet ”rasjonell aktør”. Det som framstår som rasjonelt på individnivå, kan framstå som særinteresse på organisasjonsnivå, det betyr at det som disse

mellomlederne, lederne på øvre nivå og rådgiver ved SSHF mener er rasjonelt, ikke nødvendigvis framstår som rasjonelt for HSØ.

Informantutsagnene under viser til at oppdragsdokumentet er for omfattende til at alle mål kan innfris, ut fra tilgjengelig informasjon og foreliggende kunnskap velger informantene bort noen krav eller de velger å levere noe annet eller på en annen måte enn bestilt. Funnene i informantutsagnene viser til at de velger på rasjonelt grunnlag å dekoppe.

Alle informantene trakk på en eller annen måte fram dokumentets omfang, bredde og form som grunn for mangelfull implementering. Når en ser på hele dokumentet generelt kan informantutsagnet under stå som en oppsummering av det synet alle informantenes gav uttrykk for:

”..... det blir for mye ”hummer og kanari”, en samling av alt, hvor krav om opplæring av sprøytepumper står parallelt med krav om økonomisk balanse i et budsjett på 4.5 milliarder. Så jeg blir litt sånn oppgitt.....”

En annen leder på øvre nivå sier følgende om oppdragsdokumentet og dets omfang:

”Det er krav om høy aktivitet, høy egenbehandlingsandel, produktiviteten skal være god, og samtidig skal det være samhandling, deltakelse, dialog og fagutvikling – og økonomisk balanse.....”

En mellomleder sier det på følgende måte:

”Oppdragsdokumentet er for omfattende. Dokumentet sier ikke noe om hva som er viktigst, alt kommer med lik ”tyngde”.

Disse tre informantutsagnene over har en fortsettelse, et forslag til løsning, den første informantent avsluttet sitt utsagn på følgende måte:

”....men vi må også ta ansvar selv til å ha dialog og bidra til at oppdragsdokumentet blir bedre.”

Den neste lederen på øvre nivå avsluttet sitt utsagn slik:

”....det gjelder for oss å finne fram til balansepunkter.”

Den siste informanten, mellomlederen, avsluttet sitt utsagn med et forslag til endring i oppdragsdokumentet, det framkommer på følgende måte:

”....det kommer alltid nye ting, men ingen avbestilling, vi burde fått et ”avbestillingsdokument”.

De tre informantene som uttalte seg over, bruker sin informasjon og kunnskap og er løsningsfokusert, de viser også at oppdragsdokumentet ikke fritar dem fra ansvar og å tenke selv. Dette poengteres også av neste informant:

”Oppdragsdokumentet håndteres ikke som et dokument som slavisk skal innfris på alle punkter. Vi bruker det som styringsverktøy og melder avvik der vi ikke innfrir. Hovedelementene har vi som intensjon å innfri, men innen enkeltelementer må vi prioriterer...for vi tilstreber å holde oss innen rammen”

Med dette utsagnet sier denne lederen at det planlegges for avvik, det er et bevisst rasjonelt valg, underforstått fordi alle målene formulert i oppdragsdokumentet kan ikke nås innen de rammene som foretaket er tildelt og som informanter poengterer at de tilstreber å overholde. Informanten konkluderer med at det er hovedelementene de har som intensjon å nå. Lederen sier også med sitt utsagn at SSHF har evnen til å prioritere, vurdere og velge løsninger lokalt. En kan finne støtte for dette synet i dekoplingsteorien, som bekrefter at avvik kan være rasjonelt og bidra til å bedre en organisasjons overlevelsesutsikter. En kan også finne støtte i Prinsipal-Agent-teorien hvor det framholdes at det er mye som taler for at de som har ansvar for å yte god service også bør få handlingsrom for å finne løsninger.

I organisasjoner vil skille mellom utførere og beslutningstakere innebærer at de som skal utføre en oppgave må forholde seg til hva beslutningstakerne mener er rett. Oppdragsgiveren bygger på en annen informasjon og andre bilder av verden enn utføreren. Det kan resultere i at oppgavene kan virke meningsløse eller merkelige. Meningsløsheten blir da uttrykk for at verden ser forskjellig ut avhengig av ståsted, spørsmålet blir da hvilket bilde av verden det er som skal legges til grunn for handling. Dette er et dilemma som de fleste var opptatt av, en informant sier det slik:

”De som har laget oppdragsdokumentet ser selvfølgelig ikke se alt i denne svære kompliserte virksomheten som vi har, det kan de ikke se. Da blir dokumentet detaljert på noe og så er det andre ting de ikke har så god forståelse for, og da får man både underlige premisser og underlige bestillinger og mer overordnet føringer.”

Dette er en av hovedutfordringene i Prinsipal-Agent-teorien, nemlig at oppdragsgiver som har begrenset informasjon fatter operative beslutninger som delegeres til utføreren som har full informasjon. Her sier teoriene at det kan oppstå interessekonflikter, fordi prinsipalen og agenten har ulik kunnskap. Informanten over velger den løsningen han anser som mest rasjonell og avslutter sitt resonnement på følgende måte:

”Noen bestillinger faller på sin egen urimelighet, de er ikke troverdige fordi de stemmer så dårlig med terrenget. Når jeg velger å la være å forholde meg til det de ber om, så er det fordi det ikke er realistisk...”

Dette er eksempler på rasjonell handling, hvor den rasjonelle aktør (informantene/SSHF) finner den mest hensiktsmessige veien til ønsket goder, som er den overordnede målsetting om å tilby befolkningen på Agder en god pasientbehandling og et godt behandlingstilbud.

Disse siste informantutsagnene fra en leder på øvre nivå, kan stå som en oppsummering for den rasjonelle aktørs grunnlag for dekopling:

”Oppdragsdokumentet har betydning, jeg leser det, prøver å forstå det, sette meg inn i det, men så skjærer jeg bort det jeg mener ikke er realistisk og forenelig med våre mål, og det jeg mener det må være en prosess på som går over lang tid.”

Her viser informanten respekt for dokumentet, men oppdragsdokumentets form og omfang gjør at denne informanten, og de fleste andre informantene, gir uttrykk for at de bevisst velger å dekode. Han handler ut fra slik han oppfatter at det er fornuftig ut fra det lokale utfordringsbildet:

”Jeg må forholde meg til utfordringsbildet slik som vi ser det lokalt.”

Og en annen informant konkluderer med at det ikke bare er oppdragsdokumentet som er styrende, han vektlegger SSHFs verdigrunnlag:

”SSHFs viktigste styringsdokument er verdigrunnlaget med viktige prinsipper, hvor både eier, ansatte og samfunnet ivaretas..... ”

Og informanten avslutter med å forklare hva som er hans motivasjon eller incitament:

”For meg ligger ”driveren” eller incitamentet ikke i økonomisk balanse, men i å skape best mulig pasienttilbud og pasientbehandling..

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder oppdragsdokumentet generelt så spiller beslutningsatferden rasjonell aktør en sentral rolle i avgjørelsen om å dekode, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt stor vekt.

Beslutningsgrunnlaget "rasjonell aktør" og funn relatert til case 1

Oppdragsdokumentet krever at 80% av epikrisene skal være levert innen 7 dager. SSHF velger å levere på en litt annen måte, jeg skal i det videre se på funn relatert til denne dekoplingen. De fleste informantene enige i følgende:

"Vi synes det er viktig og det er stor oppmerksomhet på det og det er helt klart et mål for alle som driver med pasientbehandling. Det er variasjoner, noen avdelinger er bedre enn andre – SSHF sett under ett ligger relativt godt an"

Informanten legger imidlertid til:

"...men det har vært en del diskusjon om hva en skal legge i definisjonen epikrise. Vi har vanskelig med å nå de siste prosentene. Er det da godt nok slik vi velger, å prioritere at pasienten får et informasjonsskriv, eller må det være den veldig formelle epikrisen?"

Her sier informanten først at kravet fra HSØ er viktig og det får stor oppmerksomhet, og alle som driver med pasientbehandling har dette som mål, men så sier han at SSHF prioriterer en litt annen måte å levere på, en enklere utgave enn den forespurte. Her legges det opp til dekopling, dvs leveranse som ikke er helt i tråd med bestilling. Om beslutningsgrunnlaget for å dekoppe sier han:

"Hvis det er sånn at viktig informasjon ikke kommer ut fordi det er så formalistiske krav til form og innhold, så er det uheldig, det viktige må være å få fram den viktige informasjonen."

Her viser informanten at han setter SSHFs (den lokale) vurdering av pasientsikkerheten foran bestillingen i oppdragsdokumentet. Dette støttes av flere informanter.

I dette caset hvor HSØ krever at SSHF leverer ut 80 % av epikrisene innen 7 dager, sier informantene at de leverer nesten i tråd med målet. Når det gjelder å innfri de siste prosentene sier informantene at de prioriterer å heller gi pasientene et utskrivelsesnotat i hånden når de drar

fra sykehuset. Dette fordi de mener det er bedre for pasienten, selv om dette skrivet rent formelt sannsynligvis ikke tilfredsstillende kravet til epikrise. Valget om å dekode, å levere på en annen måte enn bestilt, gjøres fordi det oppleves som rasjonelt og fornuftig, det er bra for pasienten. Informantene har gjort en vurdering ut fra tilgjengelig informasjon og foreliggende kunnskap, de konkluderer med at de vil levere på en litt annen måte enn bestilt fra HSØ.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 1 så spiller beslutningsatferden rasjonell aktør en sentral rolle i avgjørelsen om å dekode, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt stor vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør” og funn relatert til case 2

Case 2 gjelder nasjonalt råds mål om at legenummer (nr.id.nummer) i SSHF skal stemme med rådets tildeling og deres database, oppdragsdokumentet krever at dette følges. Men flere velger å dekode. Videre presenteres funn som gir støtte for at avgjørelsen tas på et rasjonelt grunnlag, en leder på øvre nivå forklarer:

”Det er et riktig mål når databasen er riktig og fordelingen av legestillinger er riktig i forhold til den aktiviteten man har. HSØ har dokumentert at SSHF har 48 NRid nummer færre enn vi skulle hatt. Vi har såkalte ”grå” stillinger som ligger på omtrent halvparten av dette.”

Om hvorfor det er rasjonelt med såkalte ”grå” stillinger, fortsetter informanten:

”Vi kan ikke sitte og se på at vår befolkning lider under for lav legedekning, så lenge det er overdekning andre steder i HSØ.”

En annen informant trekker inn målkonflikt som et rasjonelt moment:

”Oppdragsdokumentet sier at vi skal øke produksjonen med 1.5%, og så tildeles vi ikke legenummer til å tilsette behandlere.”

Denne lederen sier at han velger å ikke etterkomme kravet, og begrunner dette ut fra et rasjonelt perspektiv i forhold til aktivitet og pasientbehandling. Målkonflikten trekkes også fram av andre, en informant sier:

”Det er krav om økonomisk balanse, så er det femti nye ting vi skal gjøre... og vi har for få legestillinger.”

Og dette følges opp av nok en leder:

”Vi har et avvik fra registeret til NR fordi det er rasjonelt og effektivt.”

Informanten viser her både til effektivitet og rasjonalitet. Informanten fullfører dette med NRid nummer på følgende måte:

”... i et legefordelingsperspektiv på nasjonalt nivå så er dette viktig.”

Informanten trekker her inn rasjonalitet på nasjonalt nivå, og viser at han har forståelse for at rasjonalitetsperspektivet har en større dimensjon enn bare lokalt for SSHF. Nemlig hva som er rasjonelt for hele helsenorge. Gitt den forutsetningen at det er mangel på leger i Norge totalt sett, vil ansettelse av en lege ved et HF som har overoppfylt NR sin tildeling få konsekvenser for et HF som har underoppfylt sin tildeling. Men her kommer informantens innvending inn om at dette først er et legitimt krav og et riktig mål når databasen er riktig, og fordelingen av legestillinger er riktig i forhold til den aktiviteten man har.

Når det gjelder legenummer tildelt fra Nasjonalt råd sier informantene at de ikke kan godta at befolkningen på Agder lider under for lav legedekning. Når det gjelder NRid-nummer skjer det en dekopling, i form av manglende oppfølging eller leveranse. Valget om å ikke følge kravet i oppdragsdokumentet gjøres fordi informantene mener det er fornuftig og rasjonelt for SSHF og befolkningen på Agder. Andre krav i oppdragsdokumentet som har med økonomi og aktivitet å gjøre, kan ifølge informanten vanskelig nås uten å ”bryte” dette kravet. Her ser vi at økonomi og

aktivitetskravene får forrang. Dermed dekoples det i form av såkalte ”grå” stillinger fra at det oppleves som fornuftig og rasjonelt.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 2 så spiller beslutningsatferden rasjonell aktør en sentral rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt stor vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør” og funn relatert til case 3

Case 3 omhandler at forskningsproduksjonen skal øke fra gjennomsnittet de siste 3 årene, og det skal sikres at bruk av interne ressurser til forskning utgjør minst 0.5 % av totale driftskostnader. SSHF innfrir over kravene når det gjelder forskningsproduksjonen, så her skjer det ingen dekopling. Når det gjelder finansiering derimot, så slår den eksterne finansieringen inn, dermed innfris ikke den delen av kravet fra HSØ. På spørsmål om hvorfor deler av målet innfris, svarer informanten:

”Det er grunnleggende viktig for SSHF, forskning er viktig for å videreutvikle spesialisthelsetjenesten på et kunnskapsgrunnlag som ikke er tilfeldig og det gjenspeiler forskningsstrategien til HSØ.”

Informanten snakker her om en forskningsstrategi fra HSØ som er sammenfallende med SSHF sin strategi, det er sammenfallende mål og det fører til full måloppnåelse. En annen informant på øvre ledernivå sier at dette ville blitt prioritert uansett, men HSØs krav er med på å stimulere:

”Forskning prioriterer vi ut fra egeninteresse og uavhengig av oppdragsdokumentet fra HSØ, det er fornuftig i forhold til å sikre seg kompetanse, innfri kravene til gruppe 1 sykehus og det er rekrutteringsfremmende.....men HSØ stimulerer.”

Her blir den lokale prioriteringen framholdt som en viktig faktor når det gjelder samsvar, på lik linje med andre case hvor det skjer avvik i forhold til oppdragsdokumentet. En annen leder på øvre nivå sier nøkternt om den saken:

”Jeg er veldig sikker på at grunnen til at vi er så gode på forskning er at det er en bra ekstern finansiering.”

En kan tenke seg at forskningsmålene i oppdragsdokumentet hadde vært vanskeligere å nå dersom en skulle konkurrere om økonomiske midler innen rammen fra HSØ. Informantene viser til at det bidrar til måloppnåelse å benytte ekstern finansiering, og at forskning er fornuftig i forhold til å sikre seg kompetanse, innfri kravene til gruppe 1 sykehus og at det er rekrutteringsfremmende.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 3 så kan vi anta at beslutningsatferden rasjonell aktør spiller en rolle i avgjørelsen om å dekoppe med hensyn til ekstern finansiering, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt noe vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør” og funn relatert til case 4

Når det gjelder case 4 og kravet om at SSHF skal delta i utredningsarbeid, eksempelvis innen e-læring, så velger SSHF å dekoppe, de følger en litt annet tempo. Om hvorfor dette er rasjonelt, sier en av informantene en leder på øvre nivå:

”Prosjektet er viktig, men det er grovt underfinansiert og undervurdert på arbeidsinnsats og det er feil organisert etter mine begreper.”

Informanten er ikke uenig i målet, men i organiseringen og finansieringen av tiltaket. Dette støttes av andre ledere som poengterer at tiltaket passer dårlig lokalt i SSHF:

”HSØ har gått til anskaffelse av verktøy og metodikk som er på et mye høyere nivå enn det vi ser nytten av. Filosofien er deling og det å dele på noe som er likt er jo kjempe greit, men når vi ikke har like komponenter så går det jo ikke i hop.”

Denne informanten sier videre at han retter seg etter HSØ sine krav, men i det tempo som han anser som formåltjenelig. Han implementerer det, men på en litt annen måte enn HSØ bestiller.

”.....det er en prosess som vi må styre tempo på, vi kan ikke la oss dirigere av HSØ.”

Igjen er det det lokale hensynet som blir vektlagt, samtidig som de etterkommer kravet i oppdragsdokumentet, men på en litt annen måte enn bestilt. Dette dilemmaet finner vi igjen blant annet i Prinsipal Agent teorien, hvor en av hovedutfordringene er at prinsipalen som sitter fjernt (sentralt) har ansvaret for å definere oppdraget som skal utføres av agenten som sitter nært (lokalt). Flere informanter er tvilende til om dette er et riktig tiltak, en er bekymret for det økende byråkratiet:

”I disse prosjektene må man spørre seg om hvor man slutter å heve kvaliteten mye og i stedet begynner å øke byråkratiet for byråkratiets skyld.”

Når det gjelder deltakelse i nasjonale råd generelt og e-læring spesielt, kommer det fram utsagn om at det er feil organisert, underfinansiert og undervurdert på arbeidsinnsats. En informant framholder at verktøyet og metodikken er på et mye høyere nivå enn SSHF ser nytten av og delingsfilosofien fungerer ikke når det innen HSØ ikke er like komponenter (ikke likt MTU). Funnene viser at SSHF mener den mest hensiktsmessige veien for dem er å delta, men i et litt roligere tempo enn bestilt. Informantene anser det som fornuftig å selv styre tempo i prosessen og ikke la seg dirigere av HSØ.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 4 så spiller beslutningsatferden rasjonell aktør en sentral rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt stor vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør” og funn relatert til case 5

Når det gjelder case 5 som omhandler ”behandlingslinjer” støter vi på mye av samme skepsisen som i case 4, informantene mener at det passer dårlig til lokale forhold og velger å ikke

implementere. Når det gjelder beslutningsgrunnlaget for å dekoppe er det ca halvparten av informantene som uttaler seg konkret, følgende framkommer:

”Opplegget som de har valgt i HSØ er feil metode, det er ”overkill” i forhold til en virksomhet som vår. Aldeles. Vi gjør andre tiltak som betyr utrolig mye mer for kvaliteten enn disse elegante presentasjonene. Det trenger ikke være fancy for å være bra.”

Informanten er negativ til kravet og velger ut fra tilgjengelig informasjon og foreliggende kunnskap å gjøre noe annet for å sikre kvaliteten i pasientarbeidet:

”Det er mye bedre at man sitter rundt bordet, blir enige om det som er vanskelig, og som en vet at det er risiko knyttet til og så får vi det inn i en kjedelig retningslinje, som folk forholder seg til. Det er jo for så vidt en behandlingslinje for det sikrer kvaliteten, men det er ikke i tråd med HSØ kravene, men den virker og den er bra.”

Informanten viser her at han prioriterer å levere på en annen måte enn HSØ bestiller, og igjen er det det lokale utfordringsbildet og kvaliteten i pasientbehandlingen som veier tyngst. Andre sier om grunn for dekopling:

”Saken er god, men måten det er organisert på er feil.”

”Vi har ikke ressurser til dette, det er ikke en riktig prioritering slik som vi har det nå.”

”Prosessen må eies lokalt hvis den skal få verdi og gi mening for vårt arbeid.”

Informantene velger å dekoppe, levere noe annet enn det HSØ bestiller ut fra en vurdering om hva som tjener pasientsikkerheten best og ut fra en ressursvurdering både når det gjelder personell og økonomi. Dette følges opp av andre informanter:

”Kravet og nivået er høyt – det dyrt og utrolig krevende å implementerer”

”Dette er vi litt sånn balansert entusiastiske til, for det er veldig ressurskrevende.”

”Det er et tungt opplegg og veldig arbeidskrevende å lage dem.”

Når det gjelder dette caset med behandlingslinjer, så sier informantene at det er feil metode, feil organisert, prosessen eies ikke lokalt, det er ”overkill”, for stort, for fancy, for tidkrevende, for dyrt, det passer ikke lokale forhold. Det foreslås en annen måte å sikre kvaliteten på, en enklere utgave enn behandlingslinjene som HSØ krever. Når det gjelder behandlingslinjer velger SSHF å dekoppe, de leverer noe annet enn bestilt. De leverer en enklere utgave av kravet fordi de mener det er riktig og viktig, en lokal variant som skaper engasjement hos egne ansatte. De gjør dette fordi det blir vurdert som rasjonelt i et pasientsikkerhetsperspektiv.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 5 så spiller beslutningsatferden rasjonell aktør en sentral rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt stor vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør” og funn relatert til case 6

Når det gjelder case 6 som omhandler økonomi- og aktivitetskrav er informantene samstemte om at de innfrir. Dette er et krav som de godtar.

” Når den endelige versjonen kommer forholder vi oss til den.”

Oppsummert: Mine funn når det gjelder case 6 er at det ikke er noen dekopling, SSHF innfrir oppdragsdokumentet på dette området.

Beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør” og funn relatert til case 7

Når det gjelder case 7 som stiller krav om at SSHF skal iverksette tiltak for opplæring av medisinsk teknisk utstyr (MTU) sier informantene tydelig at dette kravet følger de fordi det stemmer med SSHF mål, og fordi det er viktig for pasientsikkerheten. Svarene er enstemmige:

” Dette er helt i tråd med våre mål, så dette godtar vi.”

Også her er det pasientsikkerheten og det lokale hensynet som blir vektlagt:

”Dette gjør vi ikke fordi det står i oppdragsdokumentet, men fordi vi driver sikker pasientbehandling”.

SSHF har et avvik fra DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) dette omhandler i følge informantene i stor grad dokumentasjon. Men kravet fra HSØ når det gjelder MTU er det ingen uenighet om – målet til HSØ er sammenfallende med målet til SSHF.

Oppsummert: Mine funn når det gjelder case 7 er at SSHF og HSØ er enige i mål, det skjer ingen dekopling. Jeg tar ikke stilling til om avviket fra DSB kan ansees som en dekopling.

5.2.2 Beslutningsgrunnlag makt

I dette kapitlet presenteres beslutningsgrunnlaget ”makt” som grunnlag for dekopling ved implementering av oppdragsdokumentet ved SSHF. I det videre rapporteres og omtales funn som understøtter beslutningsatferden ”makt” som grunn for avgjørelsen om å dekoppe. Dette gjør jeg ved først å se på oppdragsdokumentet generelt og deretter de 7 ulike casene.

Beslutningsgrunnlaget ”makt”og funn relatert til oppdragsdokumentet generelt

Organisasjoners mål og struktur kan betraktes som uttrykk for hva ledelsen eller eieren ønsker å oppnå med organisasjonen. De benytter da organisasjonen til å utøve makt over andre for å få dem til å arbeide på en måte som skal bidra til å realisere målene. Det kan være uenighet om mål og virkemidler og om hvordan ressurser skal fordeles, maktkamp vil da prege organisasjonen. Makt er sentralt for å forstå hvorfor det ikke alltid er samsvar mellom organisasjoners formelle struktur og den faktiske atferden i organisasjonen.

Informantutsagnene under ble i forrige kapittel benyttet som støtte for å vise at informanten handlet rasjonelt når beslutningen om dekopling ble tatt, men utsagnene sier også mye om makt:

”Oppdragsdokumentet håndteres ikke som et dokument som slavisk skal innfris på alle punkter. Vi bruker det som styringsverktøy og melder avvik der vi ikke innfrir. Hovedelementene har vi som intensjon å innfri, men innen enkeltelementer må vi prioriterer.....for vi tilstreber å holde oss innen rammen”

Når en omtaler at en person eller gruppe har makt, indikerer det at personen eller gruppen er i stand til å påvirke en situasjon eller få noe til å skje som har betydning for interessene til personen eller gruppen. Med utsagnet over formidler denne lederen at han har makt til å påvirke situasjonen, han velger bort en del krav fra HSØ. Lederen beskriver i ”vi” form at SSHF har makt til å prioritere, vurdere og velge de beste løsningene for SSHF.

En av utfordringene i Prinsipal-Agent-teorien er at oppdragsgiver som har begrenset informasjon fatter operative beslutninger som delegeres til utføreren som har full informasjon. Det kan oppstå interessekonflikter, nettopp fordi prinsipalen og agenten sitter inne med ulik kunnskap. Et informantutsagn som også har gitt støtte til beslutningsgrunnlaget ”rasjonell aktør” gjengis under og handler også om makt.

”Noen bestillinger faller på sin egen urimelighet, de er ikke troverdige fordi de stemmer så dårlig med terrenget. Når jeg velger å la være å forholde meg til det de ber om, så er det fordi det ikke er realistisk...”

Makt kan benyttes til å forsøke å påvirke den dominerende koalisasjonen eller til å motarbeide ledelsen ved ikke å rette seg etter ordrer og retningslinjer fra administrativt overordnede. Makten som vist i dette tilfelle sier noe om hvorfor det ikke alltid er samsvar mellom organisasjoners formelle struktur og den faktiske atferden i organisasjonen. Innen organisasjonsteori defineres gjerne makt som evnen til å overvinne motstand, for å oppnå et ønsket mål eller resultat, neste informantutsagn viser dette:

”Det blir litt for tilfeldig hvilke områder som får tyngde og hvilke som får mindre tyngde, derfor går det gjennom et filter hos meg, jeg konverterer det og så velger jeg ut det som er forenelig med egne mål og det lokale utfordringsbildet.”

Informanten velger å dekoppe, ved å la oppdragsdokumentet fra HSØ gjennomgå en filtrering og han velger ut de områdene som han finner fornuftige og rasjonelle ut fra det lokale utfordringsbildet, dette handler også om makt. De fleste informantene formulerer noe tilsvarende som informantuttalelsen over, de fokuserer på at dokumentet er for omfattende i forhold til mulighetsbildet innenfor de økonomiske rammene, det krever en prioritering lokalt, noe må velges bort. I tillegg blir det lokale utfordringsbildet og egne mål prioritert høyt. Det gjengis her et utdrag at informantutsagn som belyser dette:

”Oppdragsdokumentet gir meg denne bølgefølelsen, sånn sunami....noen har telt at det er 150 mål i dette dokumentet som HSØ forventer at vi skal innfri. Jeg begynner umiddelbart å rangere ut fra hva som er oppnålig...dette er viktige mål og dette er sånne ”jeg gir mer blaffen i” type mål...”

Når det gjelder makt i relasjoner mellom forskjellige aktører er det først aktuelt å bruke makt når ulike aktører er avhengige av hverandre og makt utøves først når det foreligger uenighet.

Informantutsagnet over viser en uenighet mellom bestiller og utfører. Utfører ser seg ikke i stand til å innfri alle de 150 målene og bruker sin makt til å velge bort en del mål. Andre informanter sier:

”Det er opp til SSHF å gradere dokumentet, hva som er viktig og mindre viktig..”

”Oppdragsdokumentet er veldig detaljert, ganske ustrukturert, hvis det forventes fra HSØ at SSHF og klinikkene skal ta dokumentet på alvor, så er det et lite egnet dokument.”

Vi påvirkes av den asymmetriske maktrelasjonen som enhver ledelsessituasjon utgjør. Men det betyr ikke at den underordnede posisjonen er befridd for ansvar, dette gir informantene støtte til når de sier at de må gjøre en selvstendig vurdering:

”Jeg sorterer i forhold til hva som er forenelig med egne mål, klinikkens mål og det lokale utfordringsbildet”

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder oppdragsdokumentet generelt, så spiller beslutningsatferden makt en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt middels vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”makt”og funn relatert til case 1

Oppdragsdokumentet krever at 80% av epikrisene skal være levert innen 7 dager. SSHF velger å levere på en litt annen måte, jeg skal i det videre se på funn relatert til maktperspektivet når det gjelder denne dekoplingen. Jeg finner at de fleste informantene er enige i følgende:

”Når det gjelder epikriser er vi nesten i mål, vi ligger litt under, men vi prioriterer å levere et utskrivningsnotat eller en blankett i hånden når pasientene drar fra sykehuset, fordi vi ser det som bedre for pasientene enn å sende ut epikrise innen 7 dager.”

Valget om å dekoppe, gjøres som vist i kapitlet om ”rasjonell aktør” ut fra at det er fornuftig i et pasientperspektiv, men i tillegg betyr det noe at lederne faktisk ser muligheten til å velge noe annet enn bestilt, de bruker sin makt.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 1, så spiller beslutningsatferden makt en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt mindre vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”makt”og funn relatert til case 2

Case 2 gjelder nasjonalt råds mål om at legenummer i SSHF skal stemme med rådets tildeling og deres database, oppdragsdokumentet krever at dette følges. Men flere velger å dekoppe, jeg skal i det videre se på funn relatert til maktperspektivet når det gjelder denne dekoplingen. Flere informanter uttaler seg i tråd med følgende utsagn:

”Selve instrumentet NR(nasjonalt råd) er det få som ser nytten av.”

”Vi har et avvik fra registeret til NR fordi det er effektivt.”

Valget om å dekoppe, i form av såkalte ”grå” stillinger, gjøres som vist i kapitlet om ”rasjonell aktør” ut fra at det vurderes som fornuftig og rasjonelt, og fordi lederne har mulighet til å gjøre det, altså makt.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 2, så spiller beslutningsatferden makt en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt mindre vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”makt”og funn relatert til case 3

Case 3 omhandler at forskningsproduksjonen skal øke fra gjennomsnittet de siste 3 årene, og det skal sikres at bruk av interne ressurser til forskning utgjør minst 0.5 % av totale driftskostnader. SSHF innfrir over kravene når det gjelder forskningsproduksjonen, så her skjer det ingen dekopling. Når det gjelder finansiering derimot, skjer det en dekopling pga ekstern finansiering, jeg skal i det videre se på funn relatert til maktperspektivet når det gjelder denne dekoplingen. Det framkom ikke så mange informantuttalelser om ekstern finansiering, informantene var mer opptatt av å snakke om viktigheten av selve forskningen.

”Det er grunnleggende viktig for SSHF, forskning er viktig for å videreutvikle spesialisthelsetjenesten.....”

Angående finansiering, fastslår en informant:

”Jeg er sikker på at grunnen til at vi er så gode på forskning er at det er eksternt finansiert.”

Når det gjelder å velge å benytte seg av ekstern finansiering, så handler det om å gripe en mulighet for å nå et mål, det handler om makt, men som vist over dreier det seg også om å handle rasjonelt.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 3 og den eksterne finansiering, så spiller beslutningsatferden makt en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt mindre vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”makt” og funn relatert til case 4

Når det gjelder case 4 og kravet om at SSHF skal delta i utredningsarbeid, eksempelvis innen e-læring, så velger SSHF å dekoppe, de følger en litt annet tempo. Jeg skal i det videre se på funn relatert til maktperspektivet når det gjelder denne dekoplingen. Flere informanter gir uttrykk for at dette er for omfattende og for ressurs- og kostnadskrevende. Dette framkommer blant annet i følgende utsagn:

”Det er viktig, men det er grovt underfinansiert og undervurdert på arbeidsinnsats og det er feil organisert etter mine begreper.”

”HSØ har gått til anskaffelse av verktøy og metodikk som er på et mye høyere nivå enn det vi ser nytten av...”

Dersom aktører er enige og har samme mål og verdier, vil samarbeid være mer sannsynlig enn maktbruk. Makt er vanligere der hvor det er konkurranse om knappe ressurser.

Informantene er ikke uenig i målet, men det foreligger uenighet i organiseringen og finansiering. Det framkommer at SSHF retter seg etter HSØ sine krav, men i det tempo som de lokalt anser som formåltjenelig:

”.....det er en prosess som vi må styre tempo på, vi kan ikke la oss dirigere av HSØ.”

Grunnlag for dekopling er først og fremst som vist i kapitlet over ”rasjonell aktør”, men makt spiller også en rolle. SSHF ”setter foten ned” og velger å delta i det tempo som de anser som mulig fra en totalvurdering inkludert økonomi og arbeidsinnsats.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 4, så spiller beslutningsatferden makt en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt middels vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”makt” og funn relatert til case 5

Når det gjelder case 5 og kravet om at SSHF har plan for 2 nye behandlingslinjer, her innfrir ikke SSHF, så skal jeg i det videre se på funn relatert til maktperspektivet når det gjelder denne dekoplingen. Flere informanter gir også her uttrykk for at dette er for omfattende og for ressurs- og kostnadskrevende. Dette framkommer blant annet i følgende utsagn:

”Opplegget som de har valgt i HSØ er feil metode, det er ”overkill” i forhold til en virksomhet som vår... Vi gjør andre tiltak som betyr utrolig mye mer for kvaliteten...”

Konkret relatert til maktperspektivet sier informantene:

”Vi velger å gjøre noe annet.....”

”Jeg har mer tro på en enklere løsning.”

”Vi har ikke ressurser i klinikken.....og jeg tror heller ikke det er riktig.”

”Saken er god, organiseringen er feil, dette tar vi bare fram når vi skal rapportere..”

Når det gjelder dette caset med behandlingslinjer, så sier informantene at tanken er god, men det er for omfattende og for ressurskrevende i forhold til personell og økonomi. Det rapporteres at SSHF har laget et par behandlingslinjer, men de fleste informantene sier at de velger dette bort. Som vist i kapitlet over gjøres dette ut fra et rasjonelt perspektiv, men elementet makt betyr også en del her. Informantene velger det bort fordi de har mulighet til det, de har makt over arbeidsoppgaver.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 5, så spiller beslutningsatferden makt en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt middels vekt.

Case 6 og case 7 behandles ikke på nytt her, da det i kapitlet over ble konkludert med at det i disse casene ikke skjer noen dekopling.

5.2.3 Beslutningsgrunnlag legitimerende handling

I dette kapitlet skal beslutningsgrunnlaget ”legitimerende prosess” fokuseres på som grunnlag for dekopling ved implementering av oppdragsdokumentet ved SSHF. I det videre rapporteres og omtales funn som understøtter beslutningsatferden ”legitimerende handling eller prosess” som grunn for avgjørelsen om å dekoppe. Dette gjør jeg ved først å se på oppdragsdokumentet generelt og deretter de 7 ulike casene.

Beslutningsgrunnlaget ”legitimerende prosess” og funn relatert til oppdragsdokumentet generelt

Det foregår et samspill mellom organisasjoner og deres institusjonelle omgivelser, dvs lover og bestemmelser som regulerer virksomheten, men også ulike verdier og normer som er med på å sette forventninger til hva som blir gjort. Organisasjoner som ikke passer til slike forventninger, vil kunne få et legitimitetsproblem i forhold til omgivelsene, fordi avvik fra forventninger skaper usikkerhet om hva som skjer. Legitimitet blir i denne sammenheng knyttet til hvordan organisasjonen framstår og oppfattes av omgivelsene. Organisasjoner tilpasser seg normer og forventninger i samfunnet og ikke nødvendigvis det som er maksimalt rasjonelt, men derimot maksimalt legitimt.

Når det gjelder legitimerende prosesser og oppdragsdokumentet så er det flere dimensjoner. For det første er det legitimiteten til selve oppdragsdokumentet. Dokumentet får legitimitet i SSHF dersom det stemmer med utførerens mål og forventninger. SSHF ønsker at dokumentet skal være

brukbart som styringsverktøy og ikke skal ha for mange ”festtale” ord og vending. En informant sier det på følgende måte:

”Ta bort ”kransekakepynten”, vær bevisst på at dere henvender dere til høykompetente medarbeidere....vis anerkjennelse for vår kompetanse og evne til å tenke selv”

Flere av informantene begrunnet sine valg om å dekoppe ut fra oppdragsdokumentets manglende legitimitet.

”Oppdragsdokumentet rommer alt fra etikk og verdighet til at vi skal prioritere en halv stilling ekstra til en psykosomatisk poliklinikk. Det blir en voldsom bredde i sakene, så den ydmykheten som en kanskje burde ha for et så vidt styrende dokument blir også litt mindre.”

Informanten fortsetter:

”Vi kan neste se at det er en saksbehandler som har fått lov å boltre seg veldig innen et saksområde....og så får det en formidabel stor plass og oppmerksomhet, mens andre områder som er vel så viktige sett fra et hverdagsperspektiv innen klinisk arbeid får mindre plass.”

Denne informanten opplever at noen områder får uforholdsmessig mye oppmerksomhet i forhold til andre felt som han anser som vel så viktige ut fra et lokalt perspektiv. Han setter her spørsmålstegn ved HSØs bestillerkompetanse. Om dette sier litteraturen at når bestillingen blir for detaljert så er problemet at bestilleren kan gå glipp av gode muligheter til å utvikle tjenesten, dette fordi bestiller unnlater å invitere og stimulerer til utvikling og nyskaping fra utførers side. Bestilleren påtar seg her rollen som den som vet hva som er best. Informanten konkluderer på følgende måte:

”Det blir litt for tilfeldig hvilke områder som får tyngde og hvilke som får mindre tyngde, derfor går det gjennom et filter hos meg, jeg konverterer det og så velger jeg ut det som er forenelig med egne mål og det lokale utfordringsbildet.”

Informanten velger å dekoppe, han lar oppdragsdokumentet fra HSØ gjennomgå en ”filtrering” og velger ut de områdene som han finner fornuftige og rasjonelle ut fra det lokale utfordringsbildet og som er forenelige med egne mål.

Slik dokumentet framstår i dag er frustrasjonen blant informantene stor både med hensyn til form, bredde og omfang. På dette området finnes det mange funn (disse er grundig behandlet under kapitlet ”rasjonell aktør” og alle gjentas ikke her), følgende to kan stå som en oppsummering.

”.... det blir for mye ”hummer og kanari”, en samling av alt, hvor krav om opplæring av sprøytetumper står parallelt med krav om økonomisk balanse i et budsjett på 4.5 milliarder.....”

”Det er krav om høy aktivitet, høy egenbehandlingsandel, produktiviteten skal være god og samtidig skal det være samhandling, deltakelse, dialog og fagutvikling – og økonomisk balanse..”

Disse uttalelsene er på linje med det de fleste informantene gir uttrykk for og viser at dokumentet som helhet ikke har høy legitimiteten i SSHF. Men det at dokumentet inneholder en del ”festtale” ord og vendinger, kan være bevisst for å legitimere dokumentet oppover også, til HOD.

For det andre er det legitimiteten som henger sammen med i hvilken grad dokumentet innfris. SSHF framstår som legitim overfor oppdragsgiver HSØ, dersom det er høy grad av måloppnåelse. Informantene har påpekt en del målkonflikter som vanskeliggjør dette, en informant sier blant annet:

”Det er krav om økonomisk balanse, samtidig som det er femti nye ting vi skal gjøre..”

Den manglende måloppnåelsen kommer fram både når informantene omtaler dokumentet generelt, og når de omtaler de 7 utvalgte casene (ref pkt 5.1).

For det tredje er det legitimiteten som henger sammen med SSHFs forhold til de institusjonelle omgivelsene og forventinger om å tilfredsstille normene som oppleves som ”ønsket”, ”riktige” og ”godkjente”. Her er det et legitimitetspress, for dersom organisasjonen velger å legge opp sin virksomhet slik at den ikke oppnår legitimitet i omgivelsene kan den bli kritisert for å være lite rasjonell, uaktsom eller likegyldig. I denne sammenheng er det ikke nødvendigvis bare samsvar med dokumentet som gir legitimitet, avvik kan også være legitimerende.

Oppsummert viser dette at det for SSHF kan være legitimerende å framstå som litt ”avvikende”, det viser at SSHF ”tenker selv” og avvik kan være med å skape troverdighet, men samtidig er det også legitimerende å følge dokumentet.

Når det gjelder oppdragsdokumentet generelt og betydningen av beslutningsgrunnlaget ”legitimerende prosess” som grunnlag for dekopling, så viser funn både at oppdragets form, bredde og volum gir dokumentet nedsatt legitimitet og har betydning når det velges å dekoppe. Flere informanter rapporterte også om oppdragsdokumentets manglende hensyn det lokale utfordringsbilde, følgende utsagn viser dette:

”Det blir litt for tilfeldig hvilke områder som får tyngde og hvilke som får mindre tyngde, derfor går det gjennom et filter hos meg, jeg konverterer det og så velger jeg ut det som er forenelig med egne mål og det lokale utfordringsbildet.”

Konkret om troverdighet sier en av informantene:

”Noen bestillinger faller på sin egen urimelighet, de er ikke troverdige fordi de stemmer så dårlig med terrenget. Når jeg velger å la være å forholde meg til det de ber om, så er det fordi det ikke er realistisk...”

I tillegg savner informantene dialog med HSØ, det etterlyses også anerkjennelse og respekt i oppdragsdokumentet. En av informantene formulerer dette slik:

”Vi som jobber i den kliniske virksomheten blir veldig fraværende, fordi HSØ søker anerkjennelse oppover mot HOD.... Jeg opplever at HSØ opptreer arrogant i enkelte saker.... Ikke fortell oss selvfølgelighetene, men hjelp oss med løsningene, ikke undervurder oss, det dreier seg om å lede autonome medarbeidere. Hvis det primært er ryggen fri problematikk til departementet som blir viktig så blir det litt hoderysting nedover og jo mer hoderysting jo mindre verdi vil disse målene ha i SSHF.”

Teorien framholder dialog som et viktig kriterium for samarbeid og måloppnåelse, en informant mener HSØ går glipp av en god mulighet til å oppnå større legitimitet ved å ikke vektlegge respekt og dialog mer:

”Alle ønsker seg en ledelse de er stolte av, men jeg tror HSØ undervurderer den betydningen... Jeg savner jeg savner respekt og anerkjennelse i dokumentet og måten de formulerer seg på.”

Mangelfull dialog er det flere som framhever:

”Vi etterlyser dialog med HSØ, også i utformingen av dokumentet”.
”Vi får lite eller ingen tilbakemelding fra HSØ.”

Men det er en informant som mener at dialogen er blitt bedre:

”Styreformen fra HOD til HSØ til SSHF er god, og dialogen bedres, men det krever at vi har en overordnet og litt pragmatisk tilnærming”

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder oppdragsdokumentet generelt, så spiller beslutningsatferden legitimerende prosess en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt middels vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”legitimerende prosess” og funn relatert til case 1

Oppdragsdokumentet krever at 80% av epikrisene skal være levert innen 7 dager. SSHF velger å levere på en litt annen måte, jeg skal i det videre se på funn relatert til legitimitetsperspektivet når det gjelder denne dekoplingen. Jeg finner at de fleste informantene er enige i følgende:

”Hvis det er sånn at viktig informasjon ikke kommer ut fordi det er så formalistiske krav til form og innhold, så er det uheldig, det viktige må være å få fram den viktige informasjonen.”

Her viser informanten at han setter den lokale vurdering av pasientsikkerheten foran bestillingen i oppdragsdokumentet. Valget om å dekoppe, å levere på en annen måte enn bestilt, gjøres både fordi det oppleves som rasjonelt og fornuftig, det er bra for pasienten og fordi lederne har mulighet til å velge noe annet enn bestilt, de bruker sin makt. Men i tillegg er bidrar det til godt omdømme for SSHF både overfor pasientene, men også overfor samarbeidspartnerne som fastleger og kommunen. Det styrker SSHFs legitimitet.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 1, så spiller beslutningsatferden legitimerende prosess en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt middels vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”legitimerende prosess” og funn relatert til case 2

Case 2 gjelder nasjonalt råds mål om at legenummer i SSHF skal stemme med rådets tildeling og deres database, oppdragsdokumentet krever at dette følges. Men flere velger å dekoppe, jeg skal i det videre se på funn relatert til legitimitetsperspektivet når det gjelder denne dekoplingen. Flere informanter uttaler seg i tråd med følgende tre utsagn:

”..... Vi kan ikke sitte og se på at vår befolkning lider under for lav legedekning så lenge det er overdekning andre steder i HSØ.”

”Oppdragsdokumentet sier at vi skal øke produksjonen med 1.5% og så tildeles vi ikke legenummer til å tilsette behandlere.”

”Det er krav om økonomisk balanse, så er det femti nye ting vi skal gjøre... og vi har for få legestillinger (NRid-nummer).”

Om grunnen til at dette kravet ikke blir fulgt, sier flere informanter at de ikke ser nytten av NR og en informant sier følgende:

”Jeg er ikke sikker på at nasjonalt råd tar realiteten i helsevesenet inn over seg, Jeg ser ikke på nasjonalt råd sin database som en gullstandard.”

Informanten her tillegger ikke nasjonalt råd og kravet i oppdragsdokumentet nok legitimitet til at det blir fulgt, han velger å ikke følge kravet.

Det dekoples det i form av såkalte ”grå” stillinger ut fra at det oppleves som fornuftig og rasjonelt, og fordi lederne har mulighet til å gjøre det, altså makt. I tillegg spiller legitimitetsperspektivet inn overfor pasienter og samarbeidspartnere i forhold til å opprettholde aktivitet og ventelistegarantier (som også er et HSØ krav).

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 2, så spiller beslutningsatferden legitimerende prosess en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt noe vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”legitimerende prosess” og funn relatert til case 3

Case 3 omhandler at forskningsproduksjonen skal øke fra gjennomsnittet de siste 3 årene, og det skal sikres at bruk av interne ressurser til forskning utgjør minst 0.5 % av totale driftskostnader. SSHF innfrir over kravene når det gjelder forskningsproduksjonen, så her skjer det ingen

dekopling. Når det gjelder finansiering, skjer det en dekopling pga ekstern finansiering, jeg skal i det videre se på funn relatert til legitimitetsperspektivet når det gjelder denne dekoplingen. Det framkom ikke mange informantuttalelser om grunnen til at ekstern finansiering er valgt, da informantene fokuserte mer viktigheten av selve forskningen.

”Forskning prioriterer vi ut fra egeninteresse og uavhengig av oppdragsdokumentet fra HSØ....men HSØ stimulerer.”

Det er rimelig å anta at legitimitetshensynet har betydning når SSHF har valgt å benytte ekstern finansiering, men jeg har ingen informantuttalelser som sier det. Derimot framholder informantene viktigheten av å prioritere forskning og dermed også finansieringen. Her kommer både legitimitet når det gjelder forholdet til HSØ (SSHF's ønske om å levere forskningsproduksjon i tråd med bestilling) og i forhold til omgivelsene (omdømme) inn. I tillegg er det legitimt, rasjonelt og fornuftig i forhold til å sikre seg kompetanse, innfri kravene til gruppe 1 sykehus og at det er rekrutteringsfremmende. Når det gjelder å velge å benytte seg at ekstern finansiering, så handler det om å gripe en mulighet for å nå et mål, det handler om makt, det handler om å opptre rasjonelt og det gjelder å ta hensyn til omdømmet.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 3, så spiller beslutningsatferden legitimerende prosess en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt noe vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”legitimerende prosess” og funn relatert til case 4

Når det gjelder case 4 og kravet om at SSHF skal delta i utredningsarbeid, eksempelvis innen e-læring, så velger SSHF å dekoppe, de følger en litt annet tempo. Jeg skal i det videre se på funn relatert til legitimitetspektivet når det gjelder denne dekoplingen. Flere informanter gir uttrykk for at dette er for omfattende og for ressurs- og kostnadskrevende. Tilsvarende som utsagnene under er det flere som deler:

”Det er viktig, men det er grovt underfinansiert og undervurdert på arbeidsinnsats og det er feil organisert etter mine begreper.”

Og om hvorfor det dekoples, svares det:

”.....det er en prosess som vi må styre tempo på, vi kan ikke la oss dirigere av HSØ.”

Flere informanter er tvilende til om dette er et riktig tiltak, en er bekymret for det økende byråkratiet, noe som gir prosjektet nedsatt legitimitet:

”I disse prosjektene må man spørre seg om hvor man slutter å heve kvaliteten mye og i stedet begynner å øke byråkratiet for byråkratiets skyld.”

Det skjer en dekopling, i den form at SSHF deltar og er med, men i et litt roligere tempo enn bestilt. Dette gjøres fordi det anses som rasjonelt, og den mest fornuftige måten å delta på både i forhold til økonomi og arbeidsinnsats. Lederne velger også dette fordi de har mulighet til det, altså makt. Her spiller også legitimiteten og omdømme inn. En informant nevnte at det var legitimitet spesielt overfor egne ansatte, det var vanskeligere å pålegge ansatte mange ekstraoppgaver når lederen ikke var overbevist om at måten å organisere e-læringen på ga maksimal nytte, ut fra total kostnadene.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 4, så spiller beslutningsatferden legitimerende prosess en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt noe vekt.

Beslutningsgrunnlaget ”legitimerende prosess” og funn relatert til case 5

Når det gjelder case 5 og kravet om at SSHF skal delta utarbeide plan for 2 nye behandlingslinje, så innfrir ikke SSHF. Jeg skal i det videre se funn relatert til legitimitetsperspektivet når det

gjelder denne dekoplingen. Flere informanter gir også her uttrykk for at dette er for omfattende og for ressurs- og kostnadskrevende. Dette framkommer blant annet i følgende utsagn:

”Opplegget som de har valgt i HSØ er feil metode.....”

”Det er mye bedre at man sitter rundt bordet, blir enige om det som er vanskelig, og som en vet at det er risiko knyttet til og så får vi det inn i en kjedelig retningslinje.... men det er ikke i tråd med HSØ kravene, men den virker og den er bra.”

Informanten viser her at han prioriterer å levere på en annen måte enn HSØ bestiller.

Om grunnen til at dette ikke implementeres og ikke fungerer sier denne lederen:

”Proessen må eies lokalt hvis den skal få verdi og gi mening for vårt arbeid.”

Men de fleste informantene gir støtte til tanken og målet, men det er innvendinger både mot kostnadene, arbeidsinnsatsen og organiseringen.

Når det gjelder behandlingslinjer velger informantene å dekoppe, de leverer noe annet enn bestilt, en enklere utgave av kravet fordi de mener det er riktig og viktig, en lokal variant som skaper engasjement hos egne ansatte. De gjør det for å beholde troverdighet og legitimitet blant egne ansatte og de gjør det også fordi de kan velge å bestemme seg for det, de bruker sin makt. Og fordi de ser det som rasjonelt i et pasientsikkerhetsperspektiv.

Oppsummert: Mine funn viser at når det gjelder case 5, så spiller beslutningsatferden legitimerende prosess en rolle i avgjørelsen om å dekoppe, og beslutningsgrunnlag blir her tillagt noe vekt.

Case 6 og case 7 behandles ikke på nytt her, da det i kapitlet over ble konkludert med at det i disse casene ikke skjer noen dekopling.

Tabellen under viser en de ulike beslutningsgrunnlag som ligger til grunn for valgene om dekopling, og hvordan betydningen av disse er blitt vektlagt.

Tabell 2: Hva sier informantuttalelsene om grunnlag for å dekoppe?

Nr	Type case	Makt	Legitimerende prosess/handling	Rasjonell aktør	Kommentar
	Oppdragsdokumentet generelt	XX	X X	XXX	Flere grunner til dekopling, litt avhengig av felt.
1	80 % epikrise innen 7 dager	X	XX	XXX	
2	NR id nr (legenummer)	X	X	XXX	
4	E-lærings prosjekt	XX	X	XXX	
5	Behandlingslinjer	XX	X	XXX	
3 siste case:	SSHF leverer i større grad i hht HSØ krav, derav mindre dekopling:				
6	Økonomi og aktivitet				SSHF innfrir, ingen dekopling
3	Forskning og NIFU poeng	X	X	X	SSHF leverer ihht krav, men ikke når det gjelder finansiering.
7	Opplæring av MTU				Målene harmonerer, ingen uenighet i krav. SSHF har imidlertid et avvik fra DSB.

Forklaring: XXX viser det beslutningsgrunnlaget som er tillagt mest / stor vekt
 XX viser det beslutningsgrunnlaget som er aktuelt men tillagt middels vekt
 X viser beslutningsgrunnlag som er tillagt noe / lite vekt

Tabellen viser at ”rasjonell aktør” blir tillagt mest vekt som beslutningsgrunnlag for dekopling, dette gjelder alle casene hvor der foreligger en dekopling, inkludert ”oppdragsdokumentet generelt”. Unntaket er caset ”forskning” hvor rasjonell aktør er tillagt liten vekt. (se kommentar i tabellen) ”Makt” som beslutningsgrunnlag er tillagt middels vekt i casene ”oppdragsdokumentet generelt”, ”e-læring” og ”behandlingslinjer”, og liten vekt i casene ”epikriser”, ”NR-id nummer” og ”forskning”. ”Legitimerende prosess” er tillagt middels vekt i casene ”oppdragsdokumentet generelt” og ”epikriser”, og liten vekt i casene ”NR-id nummer”, ”behandlingslinjer”, ”epikriser” og ”forskning”.

6 Diskusjon

Et hovedfunn i denne kvalitative undersøkelsen er at SSHF i stor grad leverer i samsvar med oppdragsdokumentet der kravene oppleves som absolutte. Av betydning er det også at disse kravene gis oppmerksomhet i form av at de rapporteres, måles og telles. Det skjer her noe dekopling, men i liten grad. Funnene framkommer når informantene omtaler oppdragsdokumentet generelt, og ved gjennomgang av enkelte case. I disse konkrete casene framkommer det stor grad av samsvar ved implementering av krav som omhandler ”økonomi og aktivitet” og til dels mål som omhandler ”epikriser”, ”MTU” og ”forskning”.

Videre viser funnene at SSHF leverer i mindre grad i samsvar med oppdragsdokumentet når kravene ikke oppleves som absolutte. Av betydning er det at disse kravene gis mindre oppmerksomhet i form av rapportering, måling og telling. På disse områdene skjer det en større grad av dekopling. Funnene framkommer i stor grad når informantene omtaler oppdragsdokumentet generelt, og ved gjennomgang av enkelte case. I disse konkrete casene framkommer det mindre grad av samsvar ved implementering av krav som omhandler ”behandlingslinjer” og til dels mål som omhandler ”e-lærings prosjekt” og ”stillingsstrukturen for leger”. Det har også betydning for implementeringsgraden i hvilken grad kravene eller målene i oppdragsdokumentet fra HSØ stemmer med SSHFs egne mål. En annen faktor av betydning som framholdes er oppdragsdokumentets størrelse og form, dokumentet oppleves som omfattende og ustrukturert. I tillegg rapporteres det at det alltid kommer nye ting, men ingen ”avbestilling”.

Et annet hovedfunn er at beslutningen for ikke alltid å levere i tråd med oppdragsdokumentet kan knyttes til beslutningsatferden ”rasjonell aktør”, ”makt” og ”legitimerende prosess”, hvorav ”rasjonell aktør” vektlegges mest. Funnene framkommer i stor grad når informantene omtaler oppdragsdokumentet generelt og ved gjennomgang av enkelte case. I casene som omhandler ”epikriser”, ”stillingsstrukturen for leger”, ”e-lærings prosjekt” og ”behandlingslinjer”, framkommer det at ”rasjonell aktør” er den mest framtreddende beslutningsatferden, men både ”legitimerende handling eller prosesser” og ”makt” spiller også en rolle. Når det gjelder caset som omhandler ”forskning”, leverer SSHF i tråd med oppdragsdokumentet når det gjelder kravene til forskningsproduksjonene. SSHF leverer ikke i tråd med oppdragsdokumentet når det

gjelder finansiering, da SSHF her benytter seg av ekstern finansiering. Beslutningsatferden her er den samme som nevnt over, men her er ”legitimerende handling” og ”makt” mer på linje med ”rasjonell aktør.” Når det gjelder de to siste casene som omhandler ”økonomi og aktivitet” og ”MTU” rapporteres det ikke om dekopling.

Resultatene viser at det etableres dekopling på SSHF nivå fordi resultatet forventes å bli bedre enn overdreven lydighet mot oppdragsdokumentet og HSØ. Jeg finner ikke i undersøkelsen at denne ulydigheten skjer snevert nede på individnivå, ved at enkeltpersoner søker å ”mele kun sin egen kake”, dekoplingen skjer ut fra SSHF perspektiv og pasientenes interesse. Dette kan skyldes at mange av mine informanter var ledere på øvre nivå i SSHF, men det kan også være at informantene ikke ønsket å fortelle meg om den type aktivitet, fordi det ansees som ukorrekt.

6.1 Dekoplingsfunnene relatert til teori

Graden av implementering av oppdragsdokumentet sier noe om SSHFs aksept av HSØs måte å styre på. I følge teorien skjer det en *dekopling* når organisasjoner helt eller delvis lar være å gjennomføre det som er nedfelt i oppdrag og retningslinjer, eller gjør det på andre måter enn det som er uttrykt av overordnet instans. Dekopling kan være organisatorisk funksjonelt når det kommer krav som er selvmotsigende, eller oppleves som skadelig for organisasjonen. Dekopling kan derfor være med på å øke en organisasjons overlevelsesutsikter. Dekopling blir da en rasjonell respons, og bidrar til at organisasjonen fram står som legitim i forhold til omgivelsene og kundene.

Informantene ved SSHF opplever deler av oppdragsdokumentet og kravene til måloppnåelse fra HSØ som urimelige, og den økonomiske rammen som for marginal. For SSHF betyr det at når oppdragsdokumentet bare delvis håndteres og implementeres, blir det i noen grad en frakopling mellom SSHFs praksis og SSHFs struktur.

Det som peker seg ut som grunnlag for dekopling, i følge informantene, er at dokumentet er for omfattende, alt kommer med lik tyngde og det kommer stadig nye ting, men ingen avbestilling. Videre sier informantene at det kommer for mange og til dels motstridende krav, som høy

aktivitet, høy egenbehandlingsandel, god produktivitet, krav til samhandling, deltakelse, dialog og fagutvikling, samt balansekrav. Og selv om det er enighet om en del av målene i dokumentet, presiseres det at en del av kravene oppleves feil organisert. Når det gjelder dialog har den flere sider. Dialogen savnes generelt og i utformingen av dokumentet spesielt, men også når det gjelder tilbakemeldinger oppleves den mangelfull. Informantene formidler at de økonomiske rammene setter begrensinger og gjør det nødvendig med en lokal prioritering og vurdering.

Grunnideen i prinsipal – agent teori er å skille mellom ansvaret for å definere og følge opp kravene til tjenesten, og ansvaret for å levere tjenesten. Teorien innebærer at prinsipalen, som har begrenset informasjon, fattet operative beslutninger som delegeres til agenten som har full informasjon. Det gjelder da for prinsipalen å utforme incentivsystemer. I følge informantuttalelser blant lederne ved SSHF er deres viktigste incitament god og sikker pasientbehandling, dette går foran kravene i oppdragsdokumentet der det oppfattes at disse målene ikke samstemmer. Dette omhandles også i teorien hvor det hevdes at agenten som skal ivareta prinsipalens interesser ofte trekkes ofte mellom ulik lojalitet og hensyn. Dette kan være hensynet til ansatte, lokalsamfunnet og når det gjelder helsevesenet står de faglige hensyn og hensynet til pasienten sentralt. Videre bekreftes det i litteraturen at disse interessekonflikter oppstår, nettopp fordi prinsipalen og agenten sitter inne med ulik kunnskap. Det betyr at dersom ledere ved SSHF ikke har samme mål som HSØ og HOD, vil det medføre dårlig måloppnåelse.

Flere av informantene konkluderer med at det blir litt for tilfeldig hvilke områder som får tyngde, og hvilke som får mindre tyngde. Noen informanter viser også forståelse for dokumentets form og innhold, en av informantene sier at de som lager dokumentet selvfølgelig ikke kan se alt i SSHFs kompliserte virksomheten. I organisasjoner vil skille mellom utførere og beslutningstakere innebærer at de som skal utføre en oppgave må forholde seg til hva beslutningstakerne mener er rett. Oppdragsgiveren bygger på en annen informasjon og andre bilder av verden enn utføreren. Det kan resultere i at oppgavene kan virke meningsløse eller merkelige. Derfor konkluderer flere informanter at de må forholde seg til utfordringsbildet slik de ser det lokalt, noe som betyr dekopling ut fra rasjonell begrunnelse.

Prinsipal-agent teorien poengterer videre at oppdraget ikke bør være for detaljert utformet, da vil bestilleren kunne gå glipp av videreutvikling av tjenesten, fordi bestiller unnlater å invitere og stimulere til utvikling, nyskaping og medvirkning fra utførerens side. Bli kontraktene for detaljerte, stiller det også høye krav til bestillerkompetansen, bestilleren påtar seg rollen som den som vet hva som er best. Den som har ansvar for å yte tjenesten bør også bidra med å finne løsningene. Innen organisasjonsteorien framholdes det at det ikke er mulig å lage organisasjoner som fungerer slik at mål på øverste nivå kan legges til grunn for handlinger, som så kan oversettes til mål på neste nivå, som igjen former handlinger der. Litteraturen framholder også det faktum at organisasjoner aldri kan kontrolleres fullt ut. Dette fordi det i organisasjoner alltid vil være et visst behov for å handle ut fra lokale forhold og ikke relatert til de overordnede målene. Når en leser informantuttalelsene med denne teorien som bakteppe, sees noen spenninger mellom HSØ som generalistledelse og SSHF som den mer lokale fagprofesjonen. Forholdet mellom ”det sentrale” og ”det lokale”, generalisten og fagprofesjonen, har vært en del av den kritikken som er rettet mot NPM teorien, nemlig at partene kan komme i en situasjon hvor de har ulikt fokus. Dette rapporteres også av flere av informantene. En av informantene uttrykker tydelig at han opplever at de som jobber i den kliniske virksomheten (SSHF) blir veldig fraværende, fordi HSØ søker anerkjennelse oppover mot HOD. Utfordringen med lange styringslinjer fra HOD via HSØ til SSHF, resulterer i at SSHF opplever manglende nærhet til og oppmerksomhet fra eier. SSHF opplever også at det er et klart sprik mellom oppdragsdokumentet og ”det virkelige liv”. Dette vektlegges av informantene når avgjørelsen om dekopling tas. I tillegg poengteres det både i litteraturen og fra informantene at profesjonelle medarbeidere og ledere har en moralsk plikt til å være lydhør overfor pasienter og svake gruppers behov.

Når det gjelder legitimitet knyttet til oppdragsdokumentet har det flere dimensjoner. Oppdragsdokumentet får sin legitimitet innen SSHF gjennom sin form og innhold, men også gjennom hvordan innholdet blir formidlet i dialog mellom partene, og gjennom hvordan dokumentet følges opp. Dokumentet får økt legitimitet i SSHF dersom det stemmer med deres mål og forventinger. SSHF ønsker at dokumentet skal være brukbart som styringsverktøy, det skal inneholde respekt og anerkjennelse og ikke for mange ”festtale” ord og vending. At dokumentet inneholder en del slike formuleringer, kan være gjort for å legitimere dokumentet oppover mot HOD. Legitimiteten henger også sammen med i hvilken grad dokumentet innfris.

SSHF framstår som legitim overfor oppdragsgiver, dersom det er høy grad av måloppnåelse. Legitimitet knyttes også til SSHFs forhold til de institusjonelle omgivelsene og forventninger om å tilfredsstille ulike verdier og normene. I denne sammenheng er det ikke nødvendigvis bare samsvar med dokumentet som gir legitimitet, avvik kan også være legitimerende. For SSHF kan det være legitimerende å framstå som litt ”avvikende”. Den grad av avvik som framkommer i undersøkelsen, viser at SSHF gjør prioriteringer ut fra det lokale utfordringsbildet. Det kan skape troverdighet.

6.2 Styrker og svakheter

En styrke med oppgaven har vært at jeg har valgt et tema som har vært interessant nok til at jeg har klart å holde energien oppe til å slutføre oppgaven. En styrke har også vært at det var stor interesse fra de forespurte informantene om å delta, samt at informantene var kunnskapsrike og hadde meninger om temaet, og var villige til å dele sin kunnskap og kompetanse med meg. Det har gjort oppgaven svært interessant å jobbe med.

Det ville være naivt å tro at jeg har oppfylt alle krav som litteraturen stiller til en optimal forskningsprosess. Mine data avspeiler en avgrenset del av virkeligheten. Andre ledere og andre ansatte kan ha andre oppfatninger enn det som er kommet fram i oppgaven.

6.3 Implikasjoner

En forutsetning for å lykkes med denne måten å organisere helsevesenet på, er at de lokale helseforetakene som er ansvarlig for tjenesteytingen, aksepterer og følger opp kravene fra de regionale helseforetakene som er administrative organer. Funnene i denne oppgaven viser at kravene fra HSØ ikke alltid følges opp. SSHF velger å ikke levere, levere noe annet eller levere på en annen måte enn bestilt. Men det overordnede målet om å nå de definerte helsepolitiske mål, samt visjonen om å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, synes det ikke å være uenighet om. Uenighet ligger i ”veien fram til målet”.

Den lederen som uttrykte at det var viktig å ha et pragmatisk forhold til oppdragsdokumentet, får støtte i ordtaket til Deng Wioping som poengterer at det er målet som er viktig.

”Om katten er svart eller hvit er ikke poenget, derimot at den klarer å fange mus.” Deng Wioping

Lærdommen av undersøkelsen er todelt, for det første har HSØ og SSHF *sammen* et forbedringspotensial i utformingen av et mer funksjonelt oppdragsdokument – her er gjensidig respekt og dialog sentralt, men også medvirkning og vektlegging av det lokale perspektivet. I tillegg bør både HSØ og SSHF ta innover seg at dekopling ikke nødvendigvis en ”synd” som skal minimeres, dekopling og en viss grad av avvik kan være positivt. Det kan skape troverdighet ”å være litt avvikende”.

Det er også ønskelig at andre gjennom denne oppgaven blir motivert til å gjøre videre arbeid innen feltet, det er helt klart at det er mer kunnskap å hente

Litteraturliste

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions*. Chicago. University of Chicago Press.
- Baldersheim, H. og Rose L.E (2005) *Det kommunale laboratorium*. Bergen: Fagbokforlaget 2 utg.
- Barnard, C. (1938): *The Functions of the Executive*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Boxenbaum E. and Jonsson S. Isomorphism, Diffusion and Decoupling. *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Greenwood, R. og Oliver, C m/fl. (2008): I SAGE Publications Ltd., London. 2: 78-94.
- Bulukin, Kristijane Cook (2005) *Lederlegitimitet – en eksplorativ studie*. Samfunns- og næringslivsforskning, SNF rapport nr 15/05 ISBN nr. 82-491-0356 Trykket versjon, ISBN nr 82-491-0357-2 Elektronisk versjon. ISSN 0803-4036.
- Christensen T. og Lægreid, (2002) *Reformer og lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Clegg S.R. (1990) *Modern Organizations. Organization Studies in the Postmodern world*. London: Sage
- Cyert, R.M. og March, J.M. (1963/1992) *A behavioral Theory of the Firm*. Englewood, Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Douma, S. and Schreuder, H. (2008) *Economic approaches to Organizations*. Ashford Color Press, Gosport, Hants.
- Emerson, R.M. (1962) Power-Dependence Relations. *American Sociological review* 27: 31-40.
- Etzioni, A. (1982): *Moderne organisasjoner*. Oslo, Tanum.
- From, J., Kolberg, L., Torsøe, K. og Rønning, H. (2003): *Hvor moderne?* Oslo: Abstrakt forlag.
- Grund, Jan (2006) *Sykehusledelse og helsepolitikk, dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellevik, O. (1980) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holme I.M. og Solvang B.K. (2004): *Metodevalg og metodebruk*, Otta: Aschehoug.
- Jacobsen, D. I. (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring – Innføring i samfunnsvitenskaplig metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget AS.
- Jacobsen, D.I & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget, 3 utg.

Jensen, M.C. og Meckling, W.H. (1976). *Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure*. Journal of Financial Economics 3: 305-360.

Johnsen, Å., Sletnes, I. og Vabo, S. I. (2004). *Konkurransesetting i kommunene*. Oslo: Astrakt forlag AS.

Larsen, A.K. (2007). *En enklere metode – veiledning i samfunnsvitenskaplig forskningsmetode*. Fagbokforlaget.

Lukes, S. (1974) *Power. A Radical View*. London: Macmillian.

Nyhlen, B. (1997). *Organisasjonsteori, kritiske analyser og refleksjon*. Otta: Kalle forlag.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget, 2.utgave.

Meyer, J.W., and Rowan, B. (1977). *Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony*. *American Journal of Sociology* 83: 340-363.

Meyer, J.W., and Scott W.R. (1983): *Organizational Environment. Ritual and Rationality*. London: Sage.

Milgrom, P. og Roberts, J. (1992): *Economics, Organization and Management*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall.

Pape, Signe for Kommunenes Sentralforbund (2000). *Bestiller- og utførermodellen og kontraktsstyring av tjenesteproduksjonen – økt byråkrati eller økt selvstendighet*. Oslo Hippopotamus AS.

Pfeffer, J. (1981). *Power in Organizations*. Cambridge, MA: Ballinger.

Rapport fra RO (Ressurssenter for omstilling i kommunene) på oppdrag fra Sosial og helsedirektoratet (2006): *Forvaltningsreformer i pleie og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler med bestiller-utførermodell*.

- Repstad, P. (2007): *Mellom nærhet og distance*. Universitetsforlaget , Oslo. 4 utg.
- Ryen, A.(2002): *Det kvalitative intervju. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Kristiansand, Fagbokforlaget.
- Rørvik, K.A. (1992): *Institusjonaliserte standarder og multistandardorganisasjoner*. Norsk statsvitenskaplig tidsskrift, 8: 261-268.
- Rørvik, K.A. (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved årtusenskriftet*. Oslo, Fagbokforlaget.
- Rørvik, K.A. (2007): *Ideer som former det 21. århundrets organisasjoner. Trender og translasjoner*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Suchman, M.C. (1995): *Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches*. Academy of Management Review 20: 571-610
- Schattschneider, E. F. (1960) *The Semi-sovereign People*. New York: Rinehart and Winston.
- Schein, E.H. (1983): *Organisasjonspsykologi*, Oslo, Tano.
- Scott, R. W. (2008): *Institutions and organizations*. Sage Publications, London.
- Simon, H.A. (1945/1976): *Administrative Behavior*. New York, Free Press.
- Strand, T.: Å lede er å bruke makt. I Skogstad, A og Einarsen (2002): *Ledelse på godt og vondt*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen. Del 4 kap 9: 195-211
- St.meld. nr. 61, 1996-97: *Om eierskap i næringslivet*. Tilråding fra Nærings- og handelsdepartementet av 22. august 1997.
- Thompson P., and McHugh D. (1990): *Work Organisations*. London, Macmillan
- Weber, M.: (2000) *Makt og byråkrati: Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal.
- West, M.A. (2004): *Teamwork – metoder til effektivt samarbejde*. København: Psykologisk forlag, 2 utg

Figurliste:

Figur 1: Pape, Signe for Kommunenes Sentralforbund (2000). Bestiller- og utførermodellen og kontraktsstyring av tjenesteproduksjonen – økt byråkrati eller økt selvstendighet. Oslo Hippopotamus AS

Tabelloversikt:

Tabell 1: I hvilken grad sier informantene at oppdragsdokumentet generelt og casene spesielt implementeres ved SSHF?

Tabell 2: Hva sier informantuttalelsene om grunnlag for å dekoppe?

Vedlegg 1:

Helse Sør-Øst RHF's bestilling av spesialisthelsetjenester for 2009. Avtale inngått mellom Sørlandet Sykehus HF og Helse Sør Øst RHF, 17.12.2008

**HELSE SØR-ØST RHF's BESTILLING AV
SPESIALISTHELSETJENESTER
FOR 2009**

AVTALE

INNGÅTT MELLOM

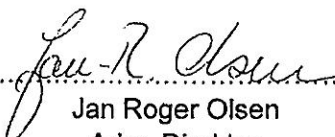
**SØRLANDET SYKEHUS HF
og**

HELSE SØR-ØST RHF

17.12.2008

Sørlandet sykehus HF

Helse Sør-Øst RHF


.....
Jan Roger Olsen
Adm. Direktør


.....
Bente Mikkelsen
Adm. direktør

INNHOOLD

I	GENERELLE AVTALEFORUTSETNINGER	2
1	AVTALEPARTER	2
2	AVTALEPERIODE	2
3	AVTALENS FORMÅL	2
4	ENDRINGER I AVTALEN	2
5	INNSYN	2
6	FORUTSETNINGER FOR LEVERANSEN	3
II	MÅL FOR 2009	4
7	FORVENTNINGER OG KRAV KNYTTET TIL HELSEFORETAKETS HÅNDTERING AV DE FIRE LOVPÅLAGTE HOVEDOPPGAVENE I 2009	5
7.1	PASIENTBEHANDLING.....	5
7.2	UTDANNING AV HELSEPERSONELL.....	8
7.3	FORSKNING.....	9
7.4	OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE.....	9
8	ANDRE PRIORITERINGER	10
8.1	MEDISINSKE STØTTEFUNKSJONER.....	10
8.2	OPPLÆRING OG KOMPETANSE MEDISINSK TEKNISK UTSTYR.....	10
8.3	SÆRSKILTE OPPGAVER FOR SØRLANDET SYKEHUS HF.....	10
III	AKTIVITET OG ØKONOMI	10
9	AVTALT AKTIVITETSNIVÅ 2009	11
10	ØKONOMISK VEDERLAG OG ØVRIGE ØKONOMISKE BETINGELSER	12
10.1	INNTEKTSRAMMER 2009.....	12
10.2	LIKVIDITET MV.....	12
10.3	KOMPENSASJON FOR MERAKTIVITET OG MINDREAKTIVITET.....	12
10.4	FINANSIERING AV FELLESPROSJEKTER.....	13
10.5	DRIFTSKREDITTER.....	13
10.6	RISIKODELING PREHOSPITALE TJENESTER.....	13
IV	RAPPORTERING	13
	BILAG 1: OVERSIKT OVER STYRINGSVARIABLE OG NASJONALE KVALITETSINDIKATORER.....	13

I Generelle avtaleforutsetninger

1 Avtaleparter

Avtaleparter er Helse Sør-Øst RHF og Sørlandet sykehus HF.

2 Avtaleperiode

Avtaleperioden er fra 1. januar 2009 til 31. desember 2009.

3 Avtalens formål

Helse Sør-Øst RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 et "sørge for"-ansvar i regionen som helhet. Helseforetakene er utførere av spesialisthelsetjenester, og denne avtalen regulerer Helse Sør-Øst RHF's bestilling av helsetjenester fra Sørlandet sykehus HF for å ivareta deler av Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar. Den formelle eierstyringen, herunder føringer for helseforetakets bruk av organisatoriske virkemidler, skjer i foretaksmøtet og nedfelles i foretaksprotokollen.

Formålet med avtalen er å legge et grunnlag for leveransen av helsetjenester, beskrive vilkårene for den årlige bevilgningen og regulere partenes plikter og rettigheter, slik at de overordnede helsepolitiske mål oppfylles. Målene er nærmere nedfelt blant annet i Lov om Helseforetak § 1.1, Lov om pasientrettigheter § 1-1, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1, Lov om psykisk helsevern §1 og i øvrig helselovgivning og annen lovgivning som retter seg mot foretakets virksomhet. Lov om spesialisthelsetjenesten angir (§ 3-8 Sykehusenes oppgaver) at sykehusene særlig skal ivareta følgende oppgaver: Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Avtalen inngås mellom administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF og administrerende direktør i helseforetaket. Det forutsettes at denne avtalen behandles og følges opp av helseforetakets styre.

4 Endringer i avtalen

Avtalen kan gjennomgås og være gjenstand for dialog hvis vesentlige avvik påvises.

Vesentlige forhold kan være:

- Vesentlig medisinsk eller teknisk utvikling med konsekvenser for behandlingstilbudet
- Vesentlig endring i rammevilkår
- Andre vesentlige forhold som ikke kan kontrolleres av partene og som på avtaletidspunktet ikke kunne forutses

Forøvrig kan Helse Sør-Øst RHF kreve endring av avtalen hvis helhetlige regionale forhold tilsier dette.

Det tas forbehold om at det kan oppstå behov for endringer eller suppleringer som følge av Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF.

5 Innsyn

Helse Sør-Øst RHF kan ved behov, og i samarbeid med styreleder og direktør ved helseforetaket, foreta en gjennomgang av alt grunnlagsmateriale som er levert i forbindelse med rapporteringen.

Helseforetaket vil i tillegg bistå med å fremskaffe tilleggsinformasjon og analyser som er nødvendig i forhold til saker som skal fremmes for styret i Helse Sør-Øst RHF eller i forbindelse med internrevisjon i foretaksgruppen.

6 Forutsetninger for leveransen

Følgende forutsetninger gjelder for avtalen om helseforetakets leveranse:

Helsetjenesten skal tilby kvalitativt gode behandlingstilbud. Målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, kjønn, etnisk bakgrunn, bosted, personlig økonomi og tilpasset den enkeltes livssituasjon.

Lover, forskrifter og øvrige normsettende myndighetsbeslutninger gir mål og rammer for hvordan Sørlandet sykehus HF skal følge opp sitt ansvar, hva gjelder prioritering av tjenester, kvalitets- og forsvarlighetskrav og også i forhold til andre innretninger av tjenesteytingen. Sørlandet sykehus HF må være seg bevisst det ansvar dette legger på helseforetaket. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at Sørlandet sykehus HF har robuste systemer for formidling og oppfølging i helseforetaket for å sikre at tjenesteytingen skjer i samsvar med myndighetskravene, herunder krav om internkontroll, gjerne ved bruk av ISO 9001:2000 som standard. Helseforetaket må vektlegge trygge og sikre helsetjenester. Som styringsverktøy forventes at Sørlandet sykehus HF også benytter risiko- og vesentlighetsvurderinger i tråd med RHFets veileder, og herunder bl.a. vurderer eget omdømme.

Helseforetakets oppgaver med forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge en god og forsvarlig ivaretagelse av pasientbehandlingen og sikre god praksis i utøvelse av tjenesten. Dette fordrer en organisasjon preget av åpenhet og en kultur for læring og forbedring. Utvikling og omstilling må skje i samarbeid med de ansatte og brukere. Sørlandet sykehus HF skal sikre reell medvirkning gjennom å praktisere de vedtatte 12 prinsipper for medvirkning, gjennom informasjon og etablerte arenaer for samhandling.

Sørlandet sykehus HF skal sikre reell brukermedvirkning gjennom brukerråd/-utvalg. Helseforetaket forutsettes å samhandle aktivt med pasientorganisasjoner om utvikling av tjenestetilbud, opplæringstiltak og likemannsarbeid. Helseforetaket skal sikre at tjenestetilbudet er tilrettelagt for fremmedspråklige og for pasienter og pårørende med bevegelseshemminger og sansetap.

For øvrig legger avtalen følgende forutsetninger til grunn for helseforetakenes arbeid:

- Helseforetaket skal følge opp nasjonale og regionale funksjonsfordelinger.
- Som ledd i god virksomhetsstyring skal helseforetaket gjennomføre minimum én årlig ledelsens gjennomgåelse av kvalitetsarbeidet/ internkontrollen, inkludert oversikt over status for avvik etter tilsyn.
- Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten, mellom tjenestenivåene og med private leverandører må gjøres likeverdig, systematisk og forpliktende.
- Helseforetaket har og videreutvikler avtaler med samarbeidende kommuner.
- Helseforetaket skal videreføre intensjonene fra opptrappingsplanen for psykisk helse.
- Helseforetaket utnytter brukerkompetansen i forbedrings- og planarbeid gjennom formalisert samarbeid med brukerne, både på system og tjenestenivå, herunder at:
- Helseforetaket nyttiggjør seg av brukernes erfaringer, bl.a. formidlet gjennom brukerundersøkelser, pasientombud, helsetilsyn, enkeltpasienters og pårørendes tilbakemeldinger.
- Helseforetaket nyttiggjør seg av ansattes erfaringer, bl.a. formidlet gjennom faste møter og kontakter med organisasjoner og tillitsvalgte.
- Helseforetaket bidrar til å sikre at behandlingstilbudene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjøres tilgjengelig for hele befolkningen, i tråd med hvordan TSB-tilbudene er bygget opp og spesialisert i regionen.
- Berørte helseforetak/sykehus retter seg etter den ansvarsdeling som gjelder for prehospitaltjenester i regionen, jfr. Kap. 10.6 Risikodeling prehospitaltjenester.
- Etske retningslinjer.

Denne avtales Del II Mål for 2009 (kapittel 7 og 8) beskriver konkrete krav og oppdrag knyttet til helseforetakets håndtering av de fire lovpålagte oppgavene, og andre særskilt prioriterte oppgaver. De forutsetninger for virksomheten som her er gitt i kapittel 6, blir ikke gjentatt i avtaleteksten i del II.

II Mål for 2009

Det har vært en mangeårig økning i etterspørsel og bruk av spesialisthelsetjenester. RHFet og helseforetakene må ta særskilt hensyn til brukernes behov, demografiske endringer, sosial ulikhet i helse, endringer i sykdomsbildet og den medisinsk-teknologiske utviklingen med nye undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det øker forventningene og gir muligheter til å behandle flere pasienter, men øker samtidig kravene til våre prioriteringer.

Helseforetaket må legge til grunn Plan for strategisk utvikling 2009-2020, samt gjøre seg kjent med styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF om Strategisk fokus 2009-2012 og mål for 2009, samt de styrevedtak som gjøres i november og desember 2008 om omstillingsprogrammet og hovedstadsprosessen. RHFet forutsetter herunder at helseforetaket bidrar aktivt til gode omstillingsprosesser innenfor eget sykehusområde. Helse Sør-Øst RHF vil i foretaksmøtet i januar 2009 komme nærmere tilbake til hvordan helseforetaket skal følge opp styrevedtakene. Følgende fokusområder er lagt til grunn for foretaksgruppens drift:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapshåndtering og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av ansatte og ledere
- Økonomisk balanse og bærekraft

Målene for 2009 uttrykker en særlig prioritering og er resultat av en gjennomgående prosess i hele foretaksgruppen basert på arbeidet med omstillingsprogrammet:

Fokusområde	Mål for 2009	Ansvar
Pasientbehandling	- Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jfr. sak 0xx/2008)	RHF HF
	- Etablere sykehusområdene	
	- Sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan	
	- Kvaliteten skal bedres: <ul style="list-style-type: none"> Minst 80 % andel epikrise utsendt innen 7 dager Det skal normalt ikke være korridorpasienter Det skal ikke være fristbrudd 	HF
Forskning	- Pasientsikkerheten skal bedres: <ul style="list-style-type: none"> Det utarbeides HF-vise planer for reduksjon og dokumentasjon av sykehusinfeksjoner Gjennomførte tiltak for reduksjon av feilmedisinering skal dokumenteres.	HF
	- Forsknings- og innovasjonsaktivitet opprettholdes på samme høye nivå og NIFU-poeng og dr. grader økes i samsvar med økt ressurstilførsel	HF
	- Etablere regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid som skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurranseevne	RHF HF
	- Utvikle insentiver for stimulering av tverrfaglig forskning og translasjonsforskning	RHF
Kunnskaps- håndtering og god praksis	- Tiltak for å understøtte etikk og internkontroll i forskningen implementeres	HF
	- Utarbeide og iverksette en samlet strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis	RHF
	- Utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus	HF RHF
Organisering og utvikling av fellestjenester	- Regionale fagråd etableres	RHF
	- Administrative fellestjenester i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner	RHF HF
	- Implementere bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen	RHF HF
	- Samlet realisert gevinst for innkjøp og logistikk skal være 250 MNOK i 2009	HF
Mobilisering av ansatte og ledere	- Samlet bygningsareal og kostnader til eiendomsforvaltning reduseres med 3 % i 2009	RHF
	- Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på <ul style="list-style-type: none"> Mobilisering av medarbeidere og ledere Kompetanseutvikling Ressursstyring Arbeidsmiljø og HMS 	HF RHF
	- De 12 prinsippene for medvirkning forankres og operasjonaliseres	HF
	- Sykefraværet reduseres med 1 prosentpoeng	HF
Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring	- God økonomistyring i henhold til eiers styringskrav	HF
	- Ferdigstille og forankre ny inntektsmodell	RHF

Driftsavtale 2009

x mål 2009 for SSHF er 0.5% sykefravær

for 4 R

Oppfølging

Helseforetakets styre skal i Årlig melding 2009 redegjøre for hvordan oppdraget/målene i denne driftsavtalen er løst. I tillegg til det ansvar helseforetaksstyret selv har for oppfølging, er partene inneforstått med at Helse Sør-Øst RHF gjennom året vil følge utviklingen i helseforetaket i oppfølgings- og dialogmøter, basert på den rapportering helseforetaket selv har gitt, jfr. avtalens Del IV. I kapittel 7 er det nærmere angitt hvilke styringsvariable og kvalitetsindikatorer helseforetaket vil bli målt på. Det er etablert et gjennomgående system for risikostyring i foretaksgruppen, som innebærer at styrets risikovurdering fra det enkelte foretak legges til grunn for foretaksgruppens prioriteringer og mål samt rapportering til eier.

7 Forventninger og krav knyttet til helseforetakets håndtering av de fire lovpålagte hovedoppgavene i 2009

Driftsavtalen mellom helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF, protokoll fra foretaksmøte i helseforetaket samt oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2009 fremstår som det samlede styringsbudskapet i 2009 for Sørlandet sykehus HF.

Helse Sør-Øst RHF vil i januar utforme en spesifisert oppstilling av styringskravene i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for å gi en helhetlig oversikt over den samlede oppgaveporteføljen.

7.1 Pasientbehandling

Aktivitet og kapasitet

I hht statsbudsjettet skal Helse Sør-Øst samlet ha en generell aktivitetsvekst på 1,5 prosent fra 2008, og dette gjelder all pasientbehandling (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering). Økte midler som følge av opptrappingsplanen for rusbehandling kommer i tillegg.

- Sørlandet sykehus HF skal prioritere aktivitetsvekst innen nasjonalt prioriterte områder og på områder med identifiserte behov innenfor helseforetakets samlede økonomiske ramme. Det legges til grunn at Sørlandet sykehus HF styrer aktiviteten for å sikre likeverdig tilgang av helsetjenester på tvers av fagområder. I budsjettet til Helse Sør-Øst er det prioritert økt ressurstilgang til psykisk helsevern, rusbehandling, habilitering og rehabilitering samt til prehospitale tjenester. Helseforetakets aktivitet skal gjenspeile disse prioriteringene. Sørlandet sykehus HF skal i oppfølgingsmøtene rapportere hvordan helseforetaket prioriterer og styrer aktiviteten.
- Innenfor somatisk sektor skal helseforetaket legge til grunn en samlet ramme for aktivitet på i alt 57.216 DRG-poeng for pasienter bosatt i egen region, samt yyyy refusjonspoeng til poliklinisk aktivitet. Dersom tallene til Helse Sør-Øst endres i Oppdragsdokument 2009, justeres helseforetakets aktivitetsramme tilsvarende.
- For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) legges følgende styringsmål til grunn for 2009:
 - Den relative veksten i ressursbruk og aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling skal være større enn innen somatisk sektor
 - Ressursøkningen forutsetter kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern og rusbehandling.
 - Det skal ikke legges ned behandlingstilbud innen det psykiske helsevernet før alternativt tilbud foreligger og er tilgjengelig.
 - Økte midler som følge av opptrappingsplanen for rusbehandling skal resultere i økt aktivitet.
 - Eksisterende døgnkapasitet innen TSB kan ikke omstilles uten tett samhandling med Helse Sør- Øst RHF, siden det må sees i sammenheng med helseregionens totale behandlingstilbud og det frie sykehusvalget

- Helseforetaket skal følge opp intensjonene for ordningen Raskere tilbake, og bidra til at Helse Sør-Øst innfrir sine forpliktelser. Spesielt understrekes kravet om at aktiviteten skal være sporbar og komme i tillegg til ordinær aktivitet.
- Dersom helseforetaket utfører behandling som er funksjons- og oppgavefordelt til andre HF, vil ikke helseforetaket motta ISF-finansiering for denne behandlingen.
- RHFet vil sikre at omleggingen til ISF-finansiering av høykostmedisiner (bl.a. TNF-alfa-hemmere) blir så kostnadsnøytral som mulig, samt nødvendig bistand til opplæring i ISF-koding.

Rapportering og oppfølging av ordinær aktivitet skjer månedlig i hht til de styringsmålene som framgår av aktivitetstabellene i kapittel 9 og vederlagstabellen i kapittel 10. I tillegg rapporteres særskilt for Raskere tilbake.

Kvalitet i tjenesten

Helseforetaket skal sikre oppfølging av faglige nasjonale retningslinjer og rapportering til nasjonale og regionale kvalitetsregistre. Helseforetaket skal ta del i regionale råd og nettverk, og bidra i plan/utredningsarbeid initiert på nasjonalt eller regionalt nivå, for eksempel utvikling og implementering av e-læring.

- Helseforetaket skal bidra til en samlet strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis.
- Helseforetaket skal videreføre arbeidet med å etablere standardiserte pasientforløp og delta i kompetanseutvikling av metodikk for å beskrive og gjennomføre gode pasientforløp. Helseforetaket skal legge frem plan for arbeidet med minimum to nye behandlingslinjer.
- Helseforetaket skal fra 1. tertial 2009 starte arbeidet med å gi epikrise til pasienter ved utskrivningssamtalen. Rapportering av epikrisetid vil fortsette som før, med resultat i tråd med nasjonale mål.
- Det skal normalt ikke være korridorpasienter. Tiltak som kan anvendes er beskrevet i rapporten om god praksis: "Korridorpasienter. Anbefalinger etter erfaringskonferanse i Helse Sør-Øst 8.oktober 2007".
- For å styrke pasientsikkerheten skal helseforetaket til enhver tid ha oversikt over dødsfall pga uønskede hendelser, sykehusinfeksjoner og andre alvorlige komplikasjoner. Systematisk læring skal understøttes via avviksbehandling, forebyggende tiltak, ledelsens gjennomgåelse og risikostyring. Tiltak fra anbefalingene i Helse Sør-Øst sin rapport "Håndtering av uønskede hendelser – som ledd i avviksbehandling og kvalitetsforbedring" vil være aktuelle tiltak. For 2009 skal helseforetaket vedta egen plan for reduksjon av sykehusinfeksjoner, og effekten av gjennomførte tiltak skal kunne dokumenteres.
- Helseforetaket skal i samarbeid med kommunale tjenester forbedre rutineene for sikker legemiddelhåndtering. Gjennomførte tiltak og effekten av dem skal kunne dokumenteres.
- Helseforetaket skal i samarbeid med kommunale tjenester forbedre rutineene for sikker legemiddelhåndtering. Gjennomførte tiltak skal kunne dokumenteres.
- Helseforetaket skal sikre at prioriteringsveilederne tas i aktiv bruk gjennom god forankring, opplæring og implementering. Som del av dette arbeidet skal helseforetaket ha fokus på ventetider og fristbrudd, herunder gi pasienter god informasjon, bl.a. om Fritt sykehusvalgkontoret.
 - Det skal gjøres et så korrekt anslag på ventetid som mulig der det ikke gis en konkret time.
 - Helseforetaket skal etablere rutiner for varsling når et fristbrudd nærmer seg og finne ledig behandlingstid, alternativt annet behandlingssted, hvis HFet selv ikke kan gi nødvendig helsehjelp.
 - Hvis helseforetaket selv ikke kan gi en rettighetspasient nødvendig helsehjelp innen fristen, skal helseforetaket arbeide aktivt for å finne ledig behandlingstid eller alternativt annet behandlingssted helt frem til fristbruddsdatoen.

Resultatet av arbeidet med epikriser/epikrisetid, korridorpasienter, prevalens av sykehusinfeksjoner og fristbrudd rapporteres i Årlig melding og følges opp i oppfølgingsmøter med foretaket. Det gjelder også helseforetakets rapportering på

Andel oppdaterte ventetider siste 4 uker på frittsykehusvalg.no. I tillegg må helseforetaket redegjøre for oppfølging av egen pasientsikkerhet.

Samhandling

God kvalitet forutsetter at tiltakene i helsetjenesten er samordnet og preget av kontinuitet. Helseforetaket skal sikre at samhandlingen reguleres i egne samarbeidsutvalg med brukerrepresentasjon. Arbeidet med gode behandlingsskjeder og pasientforløp skal forsterkes og videreutvikles.

- Helseforetaket skal utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus.
- Helseforetaket skal legge til rette for samarbeid med fastlegene i området, herunder videreutvikle praksiskonsulentordningen i helseforetaket og regionalt.
- Helseforetaket skal legge til rette for best mulig samarbeid og samhandling med avtalespesialistene i sykehusområdet, jfr. rammeavtalen, strategisk plan/handlingsplan for avtalespesialister. Helseforetaket skal spesielt forplikte seg på gjennomføringen av de tiltak som besluttes for å bedre koordineringen av henvisninger til psykisk helsevern, slik at pasienter får lettere tilgang til spesialisthjelp.
- Helseforetaket skal gjennom egne tiltak og deltakelse i regionalt "meldingsløft" bidra til at målene om nasjonal elektronisk samhandling i helsetjenesten nås.
 - Iverksette samordningsløsninger som legger særlig vekt på henvisninger og epikriser, bilde- og meldingsutveksling, kjernejournal og EPJ med prosessstøtte.

Rapportering på samhandling skjer gjennom epikrisetid, individuell plan, korridorpatienter og liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. I tillegg skal helseforetaket rapportere på alle punktene i helseforetakets Årlig melding.

Pasienter med kroniske sykdommer, og fagområdet habilitering og rehabilitering

Helseforetak med lokalsykehusfunksjoner skal videreutvikle disse med særlig vekt på pasienter som trenger sammensatte tjenestetilbud. Også mer spesialiserte sykehus må sikre breddekompetanse og utvikle tverrfaglige team.

- Helseforetaket skal gjennom ambulante team, poliklinisk virksomhet og samarbeid med hjemkommunen bidra til bedre tilbud til pasienter med alvorlig kronisk sykdom og pasienter med store rehabiliteringsbehov.
- Helseforetaket skal innen egne rammer styrke tilbudene til barn og unge, og sikre gode overganger fra barn- til voksentilbud innen habilitering og rehabilitering.
- Helseforetaket skal bidra til å utvikle et godt samarbeid med Regional koordinerende enhet for rehabilitering ved Sunnaas sykehus HF.
- Helseforetaket skal utarbeide rutiner for innhenting av kompetanse/veiledning fra kompetansesenter for sjeldne og spesielle tilstander, for at disse pasienter og deres pårørende møter best mulig kunnskap og forståelse for sin tilstand.
- Helseforetaket skal bidra i arbeidet med å øke tilgjengelige organer for transplantasjon.
- Helseforetaket skal utarbeide egen plan for å mestre den stadig økende utfordringen med sykkelig overvekt i regionen. I planen skal forebygging og samhandling med kommunen inngå, samt harmoniserte rutiner for henvisning, poliklinisk virksomhet og behandling av pasientgruppen.

Rapportering på disse områder skjer også gjennom bl.a. epikrisetid, individuell plan, korridorpatienter og liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. I tillegg skal punktene kvitteres ut i helseforetakets Årlig melding.

Psykisk helsevern

I tråd med intensjonene fra opptrappingsplanen skal helseforetaket i 2009:

- videreutvikle tjenestene, jfr. målsetningen om differensierte og desentraliserte tilbud, med videreutvikling av DPS innenfor rammen av lokalsykehusfunksjonen
- sikre aktivitetsvekst og opprettholdelse av kapasitet

- sørge for at gjenstående investeringsprosjekter knyttet til opptrappingsplanen blir videreført mot ferdigstilling
- styrke ambulant virksomhet og akutt-team
- sikre at akuttavdelingene har en forsvarlig beleggsprosent
- videreutvikle og sikre behandlingsskapasitet innen spiseforstyrrelser til barn/unge og voksne
- sikre kapasitet innen sikkerhetspsykiatrien på nivå 2

Rapportering på disse områder skjer bl.a. gjennom aktivitetsutvikling, epikrisetid, individuell plan, korridorpasienter, beleggsprosent, andel henvisninger vurdert innen 10 dager i BUP, andel som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern for personer under 23 år, andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp, andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har fått behandling innen fristen og gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter.

I tillegg skal det redegjøres for samlet utvikling av feltet i helseforetakets Årlig melding.

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige

- Helseforetaket skal bidra til en økning av behandlingsskapasiteten i regionen.
- Helseforetaket skal medvirke aktivt i utarbeidingen av en regional strategisk plan for utvikling av behandlingstilbudene i 2009.
- Helseforetaket skal bidra til å utvikle et godt samarbeid med Regional koordinerende enhet for rusbehandling ved Sørlandet sykehus HF

Rapportering skjer bl.a. gjennom aktivitetsutvikling, epikrisetid, individuell plan, andel som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern for personer under 23 år, andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp, andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har fått behandling innen fristen og gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter.

I tillegg skal det redegjøres for samlet utvikling av feltet i helseforetakets Årlig melding.

Beredskap

Helseforetaket skal bidra til å følge opp den regionale beredskapsplanen og sikre at regionens samlede ressurser utnyttes mest mulig effektivt ved kriser og katastrofer

- Helseforetaket skal sikre at ansatte og samarbeidspartner er kjent med lokal beredskapsordning, bl.a. ved at ledelse, ansvar og roller er tydelig definerte

Prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester er et viktig grunnelement i den samlede beredskapsressurs, og RHF vil i 2009 utarbeide en egen strategiplan for disse tjenester.

- Helseforetaket har ansvar for å tilpasse ambulanseberedskapen og –tjenesten til det reelle behovet.
- Helseforetaket skal følge opp og rapportere responstider og aktivitetstall

Brukermedvirkning

Brukerkompetansen er viktig for kvaliteten i behandlingen, og har egenverdi for pasienter og pårørende.

- Helseforetaket skal legge til rette for likemannsarbeid i samarbeid med brukerorganisasjonene, gjerne gjennom lærings- og mestringssentrene.
- Helseforetaket skal sikre at nødvendig og relevant pasientinformasjon er tilgjengelig for pasienter/pårørende, herunder også informasjon om tiltak i regi av primærhelsetjenesten, fylkeskommunene og brukerorganisasjonene.

7.2 Utdanning av helsepersonell

Helseforetaket skal være en reell og god læringsarena, både for ansatt helsepersonell, turnuskandidater, studenter og lærlinger. Helseforetaket skal sikre at:

- Utdanning av helsepersonell drives i henhold til gitte målsettinger innen somatikk, psykiatri og rus, jfr. helseforetakets vedtekter § 13, samt egen instruks om avtaler med høyskoler og universiteter.
- Det etableres et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever, lærlinger og studenter.
- Undervisningen foregår som en integrert del av virksomheten.
- Praksisplasser for høyskolestudenter i helse- og sosialfag stilles til rådighet i tråd med statlige mål.
- Turnuskandidater, leger under spesialisering og annet helsepersonell i videreutdanning får systematisk opplæring og oppfølging.
- Det legges til rette for utdanning av personell til rekrutteringssvake, prioriterte fagområder.
- Stillingsstrukturen for leger stemmer med NR sin database og melde avviksendringer.
- Det medvirker i HSØs gjennomføring av særskilt arbeid med legefordelingen mellom helseforetakene
- Det utnevner én ansvarlig koordinator til det regionale arbeidet med fordeling av praksisplasser for høyskolestudenter.

7.3 **Forskning**

Helseforetaket skal bidra til å oppnå målene i den regionale forskningsstrategien for 2008-2011, og i 2009 skal helseforetaket:

- sikre at bruk av interne ressurser til forskning, målt som andel av totale driftskostnader, utgjør minst 0,5 % av totale driftskostnader. For universitetssykehusene skal denne ressursbruksandelen øke fra nivået i 2008.
- ha lokal forskningsstrategi for eget foretak med eget forskningsutvalg og tilstrekkelig administrativ støtte til at planlagt forskning kan realiseres
- beskrive egen forskningsprofil
- styrke arbeidet med kvalitetssikring og implementere systemer for internkontroll av forskning i egen institusjon
- styrke arbeidet med forskningsetikk
- bidra aktivt til realisering av regionale fagspesifikke forskningsnettverk og ivareta oppgaver knyttet til regionalt finansiert infrastruktur innenfor egen institusjon
- delta i Helse Sør-Øst RHF sitt administrative forskningsledernetttverk
- iverksette tiltak for å styrke innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak i tråd med RHFets handlingsplan for innovasjon
- samarbeide om innhenting av datagrunnlag for registrering av forskningsproduksjon og ressursbruk til forskning (NIFU STEP)
- arbeide for at forskningsproduksjonen målt i publikasjonspoeng (NIFU) øker fra gjennomsnittsnivået de tre foregående år

7.4 **Opplæring av pasienter og pårørende**

Helseforetaket skal videreutvikle Lærings- og mestringssentrene (LMS) som en arena for helseforetakenes samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste om pasient- og pårørendeopplæring og sykdomsforebyggende arbeid. LMS – tilbud skal være en integrert del av behandlingstilbudet i pasientforløpet til mennesker med kroniske sykdommer.

- Helseforetaket skal i 2009 sikre at LMS-aktiviteten blir høyere enn i 2008.
- Helseforetaket skal i løpet av 2009 utvikle minst ett nytt LMS - tilbud i samarbeid mellom kommune og helseforetak.

- Helseforetaket skal prioritere økt virksomhet innen rus, psykisk helsevern, habilitering, rehabilitering.

8 Andre prioriteringer

8.1 Medisinske støttefunksjoner

Helse Sør-Øst vil arbeide for en hensiktsmessig bruk av samlet kapasitet på lab/røntgen i foretaksgruppen, herunder sikre en faglig forsvarlig forbruksvekst.

- Helseforetaket skal bidra aktivt i dette arbeidet gjennom deltakelse i nettverk for medisinske støttefunksjoner

8.2 Opplæring og kompetanse medisinsk teknisk utstyr

Helseforetaket skal følge opp tiltak for opplæring innen medisinsk teknisk utstyr for 2009, med særlig vekt på komplisert utstyr som for eksempel defibrillator, diatermi, infusjons- og smertepumper og respirator.

8.3 Særskilte oppgaver for Sørlandet sykehus HF

1.	Helseforetaket skal medvirke til gode løsninger for de nye sykehusområdene i omstillingsarbeidet i 2009.
2.	Helseforetaket skal sikre tilstrekkelig kapasitet til ICD og PCI i regionen, i samarbeid med Ullevål universitetssykehus HF og Rikshospitalet HF.

III Aktivitet og økonomi

Foretaksgruppen står overfor betydelige økonomiske utfordringer i 2009, og det vil kreve sterk ledelsesmessig fokus på omstilling, kvalitetsforbedring og kostnadseffektive driftsløsninger for å kunne innfri resultatkravet, samtidig som pasienttilbudet opprettholdes. Det er derfor viktig at det settes særlig fokus på ledelse, rapporterings- og kodepraksis, samt arbeidsmiljøtiltak, med vekt på medvirkning, trivsel og mulighet for faglig vekst, samt å oppfylle avtalen om et inkluderende arbeidsliv.

9 Avtalt aktivitetsnivå 2009

Med visse forbehold (se under tabellen) legges følgende aktivitetstall til grunn for avtalen:

Somatikk	2007	Budsjett 2008	Estimat 2008	Budsjett 2009
Somatikk - døgnehendling				
Antall utskrevne pasienter - døgnehendling	45360	45680	45350	46340
Antall liggedøgn - døgnehendling	179823	178210	171785	175550
Fordeling av antall DRG poeng				
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	46758	47065	46135	47234
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	1345	1321	1451	1560
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner	1613	1500	1872	1700
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale	1 117	1 185	1 072	
Sum DRG poeng innlagte	49833	51071	50530	50454
Somatikk - dagbehandling				
Antall dagbehandling		30 270	29 770	26 607
Fordeling av antall DRG-poeng				
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF	9483	8155	8155	8195
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF	297	218	218	227
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner				
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale				
Sum DRG poeng dagpasienter	9780	8373	8373	8422
Sum DRG poeng som gir ISF- ref (egne pasienter)	58 000	57 944	57 031	57 216
Sum DRG totalt (fra egen og andre regioner)	59 613	59 444	58 903	58 916
Polikliniske konsultasjoner				
Ant. inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	198 329	205 000	217 200	234 700
Ant. Refusjonspoeng (finansiering via ISF - nytt fra 2008)		138 141	149 000	163 923
Voksenpsykiatri	2007	Budsjett 2008	Estimat 2008	Budsjett 2009
Ant. utskrevne pasienter døgnehendling	3 400	3 250	3 250	3 250
Antall liggedøgn døgnehendling	62999	64600	66300	66300
Ant. oppholdsdager dagbehandling				
Ant. polikliniske konsultasjoner	54 613	59 250	63 750	65 800
- Herav telefonkonsultasjoner	6 796	10000	11000	11 800
Antall utskrevne pasienter døgnehendling - private				
Antall liggedøgn døgnehendling private				
Antall oppholdsdager dagbehandling private				
Ant. polikliniske konsultasjoner private				
- Herav telefonkonsultasjoner				
Barn- og ungdomspsykiatri	2007	Budsjett 2008	Estimat 2008	Budsjett 2009
Antall utskrevne pasienter - døgnehendling	138	100	100	80
Antall liggedøgn - døgnehendling	2866	1650	1550	1 250
Ant. oppholdsdager dagbehandling				
Ant. polikliniske konsultasjoner	36 772	41 200	49 200	52 000
- Herav telefonkonsultasjoner			16000	21500
Antall utskrevne pasienter døgnehendling - private				
Antall liggedøgn døgnehendling - private				
Antall oppholdsdager dagbehandling private				
Antall polikliniske konsultasjoner private				
- Herav telefonkonsultasjoner				
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere	2007	Budsjett 2008	Estimat 2008	Budsjett 2009
Antall utskrevne pasienter - døgnehendling	791	870	870	870
Antall liggedøgn døgnehendling	16887	18000	18100	18100
Antall oppholdsdager - dagbehandling				
Ant. polikliniske konsultasjoner	17 957	20 500	18 000	21 850
- Herav telefonkonsultasjoner	2 049	3000	2 650	3 200
Antall utskrevne pasienter døgnehendling - private				
Antall liggedøgn døgnehendling private				
Antall oppholdsdager dagbehandling private				
Antall polikliniske konsultasjoner private				
- Herav telefonkonsultasjoner				
Pasientoppfølging	2007	Budsjett 2008	Estimat 2008	Budsjett 2009
Antall kurs ved LMS	37	40	39	44
Antall kursdeltagere ved LMS	370	400	390	488
Rehabilitering, antall	2007	Budsjett 2008	Estimat 2008	Budsjett 2009
Enkel rehabilitering (kode Z50.89)	12753	500	470	470
Kompleks rehabilitering (kode Z50.80)	101	30	33	33

Partene er enige om disse forbehold:

1. Aktivitetsnivået innen BUP, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering skal gjennomgås og revideres i løpet av januar 2009.
2. Helseforetaket/sykehuset legger inn reviderte aktivitetstall i periodisert budsjett som utgangspunkt for oppfølgingen gjennom året.

10 Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser

10.1 Inntektsrammer 2009

1000 kroner		ISF- finansiert virksomhet	Prehospitale tjenester	Øvrig somatisk virksomhet	Sum samatikk	Psykisk helsevern	Rusomsorg	I alt
SØRLANDET SYKEHUS HF								
Kap.	Post							
		1 345 635	139 418	227 048	1 712 101	544 252	92 968	2 349 321
		-245 889			-245 889			-245 889
		1 099 746	139 418	227 048	1 466 212	544 252	92 968	2 103 432
		-10 027			-10 027			-10 027
			-5 351		-5 351			-5 351
		-1 666	-173	-281	-2 120	-674	-115	-2 909
		-121			-121			-121
		1 087 931	133 895	226 767	1 448 593	543 679	92 852	2 085 024
		47 869	5 891	9 978	63 738	23 917	4 086	91 741
			8 375		8 375			8 375
			77 217		77 217			77 217
		21 382			21 382			21 382
					0	8 588		8 588
					0		975	975
					0		6 593	6 593
					0		1 154	1 154
		-27 796			-27 796			-27 796
					0	131 811		131 811
		-975			-975			-975
		-580			-580	-287	-49	-915
				1 557	1 557			1 557
						1 167		1 167
		-5 980	-736	-1 247	-7 963	-2 988	-510	-11 461
				1 000	1 000			1 000
				1 000	1 000			1 000
		35 000			35 000			35 000
732	72			5 000	5 000			5 000
		1 156 852	224 642	244 055	1 625 549	705 787	105 100	2 436 436
	78							
	78							
	72							
		0	0	0	0	0	0	0
	78			654	654			654
	70			1 425	1 425			1 425
732	70	3 718	722	784	5 224	2 268	338	7 830
	70						3 341	3 341
		1 160 570	225 364	246 918	1 632 852	708 055	108 779	2 449 686
					0			0
	76	803 931			803 931			803 931
	76	8 212			8 212			8 212
	76	70 618			70 618			70 618
	76	27 796			27 796			27 796
		910 556	0	0	910 556	0	0	910 556
		2 071 126	225 364	246 918	2 543 408	708 055	108 779	3 360 242
	72							250 513
		2 071 126	225 364	246 918	2 543 408	708 055	108 779	3 610 755

* med forbehold om videreføring og endelig beløp i Oppdragsdokument 2009

** vil bli kompensert i basisrammen fra 2010, bekreftet fra Helsedirektoratet/ HOD

I tillegg til disse inntekter kommer inntekter for behandling av pasienter som er bosatt i andre helseregioner (gjestepasienter), polikliniske refusjoner for psykisk helsevern og rus, samt øvrige foretaksspesifikke inntekter, herunder egenandeler og tilskudd fra statlige myndigheter som bevilges gjennom året.

10.2 Likviditet mv

Det økonomiske vederlaget for 2009 utbetales til helseforetaket innen den 5. dag i hver måned. Månedlig overføring utgjør som hovedprinsipp 1/12 av årets vederlag. Enkelte tilskudd mv vil kunne utbetales i sin helhet når disse utbetales til Helse Sør-Øst RHF.

10.3 Kompensasjon for meraktivitet og mindreaktivitet

For spesialisthelsetjenester som gir rett til ISF-refusjon vil behandling utover avtalt aktivitetsnivå kompenseres med ISF-refusjon eller etter egen inngått avtale, jfr. dog ett av punktene under kap. 7.1 Aktivitet og kapasitet. Ved avvik vil det bli vurdert avkortning av ISF-refusjonene.

Dersom helseforetaket ikke klarer å oppfylle de avtalte volumer, vil kompensasjonsbortfallet være likt tapet av ISF-refusjonene.

Tilsvarende gjelder for poliklinisk aktivitet som finansieres gjennom refusjoner fra NAV. Avvik fra avtalt aktivitet håndteres ved tilsvarende avvik i refusjonene og ikke ved justeringer i basisrammen.

10.4 Finansiering av fellesprosjekter

Gjennomføring av felles regionale vedtak og strategier vil kunne kreve deltakelse og finansiering fra det enkelte helseforetak.

10.5 Driftskreditter

Helse Sør – Øst RHF vil kunne gi kortsiktig, rentebærende driftskreditt i henhold til fastsatt rutine og lånerammer dersom likviditetssituasjonen på det regionale helseforetaket tilsier dette. Helseforetaket skal informere det regionale helseforetaket i god tid dersom det er behov for økte driftskredittrammer.

10.6 Risikodeling prehospitaltjenester

Ved aktivitet utover budsjettet for 2009 etableres en avtale om 50/50-risikodeling av kostnadene mellom foretakene/sykehusene.

Ordningen gjøres gjeldende for 2009, og den vil bli evaluert gjennom året første gang etter 1. tertial.

IV Rapportering

Helseforetaket forplikter seg til å følge den rapporteringsmetodikken og -frekvens som blir fastsatt for 2009, herunder å oppdatere årsprognoser/ årsestimater.

Bilag 1: Oversikt over styringsvariable og nasjonale kvalitetsindikatorer

Oversikt over alle styringsvariable som helseforetaket/sykehuset skal bruke i sin 2009-rapportering vil bli utsendt så snart den foreligger.

Det samme gjelder vedlegget til Bilag 1 ("Definisjonskatalog 2009").