

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP



Forord

Interessen rundt sykehusreformen fikk jeg i faget til Gro Ladegård ”Ledelse og HRM”. Selve problematikken rundt toppledelsen etter reformen var spesielt i media rundt denne tiden, og var et diskusjonstema i faget. Etter hvert som jeg fulgte dette i media, kom det stadig opp nye problemer i helseforetakene. Jeg var ikke klar over hvilke ettervirkninger fusjoneringen av helseforetakene og reformen har hatt før jeg begynte å studere dette nærmere. Jeg snakket også litt med en fastlege om dette, og det var klart et tema som flere var svært opptatt av.

Spesielt har jeg vært interessert i kreftsaken og forskningen rundt dette, så det falt naturlig å undersøke effekten av sykehusreformen i henhold til kreftomsorgen. Engasjementet til kreft har fulgt meg i mange år da dette er en sykdom som er svært utbredt i min familie, og jeg som veldig mange andre kjenner noen som har fått diagnosen kreft, eller har mistet noen som følge av en kreftsykdom.

Jeg ønsker å gi en stor takk til min veileder Bernt Aarset som har guidet meg underveis og gitt meg raske tilbakemeldinger hver gang jeg har hatt behov for det. Det har vært til uvurderlig støtte og hjelp som har gitt meg enda mer motivasjon i denne prosessen.

Jeg vil rette en stor takk til informantene ved Sykehuset i Vestfold som i en hektisk hverdag tok seg tid til intervjuer.

Tusen takk til min familie for kjempe god støtte og for barnevakt som gjorde dette mulig for meg.

Lene-Therese Kristoffersen

Tønsberg, August 2013

Sammendrag

Målsettingen med undersøkelsen er å finne ut hvordan endringene som følge av sykehusreformen har preget de ansatte og avdelinger som behandler kreftpasienter ved Sykehuset i Vestfold, samt i hvilken grad dette påvirker kvaliteten på helsetjenestene. For å svare på problemstillingen ønsker jeg å undersøke hvilke erfaringer og synspunkter de ansatte har på organisasjonsendringene, de nye metodene å jobbe etter, ledelse, rapporteringer, effektivitet og synspunktene rundt finansieringssystemet.

Mange av problemene knyttet til konflikter i organisasjonen kan settes i sammenheng med innføringen av sykehusreformen.

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode som forskningsdesign, der jeg har benyttet meg av casesdesign for å innhente mye informasjon fra få enheter. Som datainnsamlingsmetode har jeg valgt å benytte meg av dybdeintervjuer, og valgte å lage en intervjuguide basert på de temaene som er mye omtalt i sykehusreformen.

I undersøkelsen har det vært noe ulikt syn på hvordan sykehusreformen har preget avdelingene. Studien viser klare endringer når det gjelder både rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen, som har gitt store utfordringer for de ansatte.

Mye tyder på at sykehusreformen har bidratt til mye skade på det praktiske arbeidet som utføres ved avdelingene som behandler kreft ved Sykehuset i Vestfold.

Jeg vil tilslutt drøfte funnene jeg har gjort opp mot litteraturen som er brukt i oppgaven, gjennom et myteperspektiv, det instrumentelle perspektivet og kulturperspektivet.

Summery

The aim of this study is to determine how the changes caused by the hospital reform has affected the employees and departments that treat cancer patients at the Hospital of Vestfold, and to what extent this affects the quality of the health services. To answer the research question, I want to examine the experiences and views the employees have on the organizational changes, the new working methods, management, reporting, efficiency and viewpoints about the funding system.

Many of the problems related to conflicts within the organization can be caused by the introduction to the hospital reform.

To answer the research question, I have chosen to utilize the qualitative method research design, where I have used casesdesign to obtain much information from a few units. As a data collection method I have chosen to use in-depth interviews, and I chose to create an interview guide based on the topics that are widely discussed in the hospital reform. To register the qualitative data from interviews I've used tape recorder, to ensure the most appropriate and accurate information for the analysis.

The survey has showed some different views on how the hospital reform has affected departments. The study shows clear changes in terms of both role and leadership practice after the hospital reform, which has resulted in significant challenges for employees. Evidence in the study indicates that the hospital reform has contributed to a lot of damage on the practical work being performed by the departments that treat cancer in Vestfold Hospital.

I the end I will discuss the discoveries I have made against the literature used in the thesis, through a myth perspective, the instrumental perspective and cultural perspective.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	I
Summery	II
Innholdsfortegnelse	I
1 Innledning	1
1.1 Innledning og problemstilling.....	1
2 Teoretisk rammeverk og referanseramme	3
2.1 Myteperspektivet og New Public Management.....	4
2.2 Det instrumentelle perspektivet.....	8
2.2.1 Begrenset rasjonalitet.....	9
2.3 Kulturperspektivet.....	10
3 Betingelser og kvalitet i helseforetaket	11
3.1 Organiseringen i kreftomsorgen.....	11
3.2 Sykehusreformens hensikt.....	12
3.2.1 Enhetlig ledelse.....	15
3.2.2 Sykehusreformen og sykehusledelse.....	16
3.3 Hvorfor er sykehusene vanskelige å lede?.....	17
3.4 Helsetjenestenes formål og oppgaver.....	17
3.5 Den nye finansieringsmodellen for helseforetaket etter reformen.....	19
3.6 Kvalitet.....	22
3.6.1 Opplevd kvalitet.....	25
3.6.2 Faglig kvalitet.....	26
3.6.3 Ledelsens tilrettelegging for opplevd og faglig kvalitet.....	26
4 Metodisk tilnærming	28
4.1 Valg av metode og utarbeidelse av intervjuguide.....	28
4.2 Valg av respondenter.....	31
4.3 Gjennomføringen av intervjuene.....	31
4.4 Dataanalyse.....	32
4.5 Vurdering av validitet og reliabilitet.....	32
5 Presentasjon av funn	34

5.1 Informantenes syn på rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen	36
5.2 Hvilke utfordringer opplever informantene ved avdelingen som påvirker motivasjonen negativt	38
5.3 De ansattes syn på om effektiviteten i antall behandlinger har økt etter sykehusreformen .	42
5.4 Informantenes vurdering av måten ressursene blir utnyttet på og svakhetene ved ressursene	44
5.5 Informantenes vurderinger av utfordringene med IT systemene	47
5.6 Informantenes syn på rapporteringer og avvik.....	51
5.7 Informantenes vurdering av finansieringssystemet	56
5.8 Informantenes syn på hvordan rammevilkår påvirker prioriteringene ved avdelingen	58
5.9 Informantenes vurdering av kvaliteten i behandlingen nå i forhold til før reformen	61
6 Diskusjon	66
6.1 Funnene i undersøkelsen	66
6.2 Myteperspektivet- utfordringer ved reformens innpass i helseforetaket	70
6.3 Perspektiver på avdelingens utfordringer gjennom et instrumentelt perspektiv.....	72
6.4 Kulturperspektivet- kollisjonen mellom verdiene og de uformelle normene.....	76
6.5 Kvalitetsbegrepet.....	78
7. Oppsummering og konklusjon	81
8. Anbefaling for videre forskning	85
Litteraturliste	86
Vedlegg Organisasjonskart	88
Intervjuguide 1	89
Intervjuguide 2	90

1 Innledning

1.1 Innledning og problemstilling

Programmet ”Debatten” på NRK1 med kjente politikere fra hvert parti, og med overleger fra ulike kommuner, diskuterte problematikken rundt pasientprioriteringen i helseforetaket. Det kom frem at mange pasienter ikke er klar over hvilke rettigheter de har når de venter på behandling etter henvisning fra fastlegen. De blir heller ikke informert om disse rettighetene. I dette programmet ble Overlege Hans Petter Næss fra kirurgisk avdeling ved Vestfold sentralsykehus intervjuet. Han har jobbet i flere år med denne problematikken, og det han fortalte var så interessant at jeg tok kontakt med han angående masteroppgaven jeg ønsket å skrive.

Møtet med Hans Petter Næss kunne bekrefte de store forventningene legene hadde til reformen, og hvilke synergieffekter reformen har hatt i ettertid. Han opplevde også som leder å ikke bli hørt da han rapporterte om problemer til toppledelsen. Jeg fikk senere intervjuet han i forbindelse med oppgaven et halvt år etter, og det var interessant å se hvilken problematikk og meninger som senere kom frem.

Dette har bidratt til at jeg ønsket å skrive en oppgave som handler om hvilken effekt sykehusreformen har hatt på kreftomsorgen ved sykehuset i Vestfold.

Jeg mener det er viktig å få frem de ansattes synspunkter og erfaring for å kunne sette i gang endringsprosesser, og for bedre å kunne utnytte ressursene.

Problemstillingen fokuserer på sykehusreformen og organisasjonsendringene, og hvordan de ansatte opplever endringene.

Endelig problemstilling:

”På hvilken måte har kreftomsorgen ved Sykehuset i Vestfold endret seg etter sykehusreformen?”

Målsettingen med undersøkelsen er å finne ut hvordan endringene som følge av sykehusreformen har preget de ansatte og avdelinger som behandler kreftpasienter ved Sykehuset i Vestfold, samt i hvilken grad dette påvirker kvaliteten på helsetjenestene. For å svare på problemstillingen ønsker jeg å undersøke hvilke erfaringer og synspunkter de ansatte

har på organisasjonsendringene, de nye metodene å jobbe etter, ledelse, rapporteringer, effektivitet og synspunktene rundt finansieringssystemet.

Sykehusreformen er et stort tema, og for å avgrense dette har jeg valgt et bestemt helseforetak som er Sykehuset i Vestfold og avdelingene som behandler kreft; Onkologisk-, nevrologisk-, hematologisk-, og gastro-kirurgisk avdeling. Lungeavdelingen ved helseforetaket behandler også kreft, men denne avdelingen hadde dessverre ikke tid til å la seg bli intervjuet.

Mange av problemene knyttet til konflikter i organisasjonen kan sees i sammenheng med innføringen av sykehusreformen, men endringer som har påvirket helsetjenestene kan også ha oppstått av helt andre grunner enn sykehusreformen. Derfor har jeg formulert problemstillingen slik at jeg fokuserer på sykehusreformen, men det må også tas til etterretning at årsaken til endringer etter sykehusreformen kan ha oppstått på grunn av andre årsaker.

Oppgaven er inndelt i åtte kapitler som etter innledningen starter med å presentere litteraturen om er brukt i studiet. Videre i kapittel 3 presenteres betingelsene og kvalitetsbegrepet for helsetjenestene i helseforetaket for å få frem hvordan avdelingene er organisert og formålet med sykehusreformen. Jeg vil også trekke frem sykehusledelse og hvorfor sykehusene er vanskelige å lede, noe jeg mener er viktig å ta hensyn til når endringsprosesser etableres i avdelingene som følge av sykehusreformen. Jeg vil også komme innpå enhetlig ledelse som var et av kravene fra Stortinget i reformen, som også har vært og er en utfordring for helseforetakene. Deretter vil jeg forklare hva som legges til grunn i begrepet kvalitet i helseforetaket. Videre forklarer jeg hvordan det nye finansieringssystemet fungerer i helseforetaket som er satt for å effektivisere antall behandlinger, og som er en av utfordringene når det gjelder ressurser og kapasitet i helseforetaket.

4. kapittel redegjør for hvordan studiet er bygd opp gjennom valgt metode, datainnsamling og analysemetode. Videre i kapittel 5 presenteres funnene fra analysen, som videre diskuteres i lys av litteraturen i kapittel 6. Neste kapittel presenterer anbefaling for videre forskning, og tilslutt følger en oppsummering og konklusjon med anbefalinger.

“..et av de viktigste reformdokumenter som er blitt lagt fram etter krigen». Vi står «foran en liten revolusjon av offentlig forvaltning” -Thorbjørn Jagland (<http://morgenbladet.no>)

2 Teoretisk rammeverk og referanseramme

I dette studiet har jeg valgt å bruke tre perspektiver som forklaringsverktøy for å belyse spørsmålene som er lagt til grunn i intervjuguiden og for problemstillingen.

De tre perspektivene er som følger:

- Myteperspektivet
- Det instrumentelle perspektivet
- Kulturperspektivet

Jeg starter først med myteperspektivet som forklarer hvordan reformer oppstår og endringer i omgivelsene skjer, og hvilke effekter det fremstiller. På denne måten belyses også de verdiene og oppfatningene omgivelsene har, og som organisasjoner adopterer.

Videre forklarer jeg det instrumentelle perspektivet som vektlegger politisk kontroll og rasjonell kalkulasjon på effekter og årsaksforhold. I det instrumentelle perspektivet tar man utgangspunkt i helseforetaket som et instrument for å nå oppgitte mål satt av politikere og ledelse. Jeg har også valgt å forklare teorien om begrenset rasjonalitet som et underpunkt til det instrumentelle perspektivet. Teorien forklarer de ansattes begrensninger i de valgene de må ta, på grunn av utfordringene de møter, som en følge av organisasjonsendringene etter sykehusreformen.

Deretter bruker jeg kulturperspektivet som fremhever muligheter og begrensninger som ligger i helseforetakets kultur og tradisjon.

”Et helseforetak er en formell organisasjon som er etablert for å ivareta spesielle interesser og oppgaver, der det er etablert stabile atferdsmønstre med ressurser og belønninger som knytter seg til aktiviteten som utføres. Det er en sentral antagelse at det er en sammenheng mellom den offentlige politikken og en politisk organisering” (Christensen mfl. 2010).

Det er derfor viktig etter min mening å studere hvordan organisasjoner blir vedlikeholdt, endret, og jobber i praksis for å forstå hvordan politiske tiltak og virkemidler får konsekvenser for pasienter, brukere og ansatte.

I analysedelen tar jeg utgangspunkt i de tre teoretiske perspektivenes forventninger til hva som har preget endringsprosessene etter reformen, og effektene av dem ved kreftavdelingene ved Sykehuset i Vestfold. Perspektivene blir i analysen spesifisert og konkretisert på områder som er særegne og karakteriserer helseforetaket i undersøkelsen.

2.1 Myteperspektivet og New Public Management

I dette perspektivet legger jeg til grunn endringene i avdelingene på grunn av reformen, og effekten de har på den faktiske atferden, som igjen vil avhenge av hvilken legitimitet endringene får i de institusjonelle omgivelsene.

Siden slutten av 1800- tallet har myteperspektivet blitt brukt i studier av reformprosesser som en teoretisk referanse i offentlig sektor.. Myter har karakter for å være tydelige oppskrifter på organisasjonsutforming. Det handler om hvordan organisasjoner befinner seg i de institusjonelle omgivelser, hvor de møter sosialt skapte normer på hvordan de bør være utformet. Institusjonaliserte oppskrifter er derfor ikke totalløsninger for hvordan en hel organisasjon egentlig bør formes. Oppskriften kan derfor betegnes som byggesteiner forelementer eller komponenter (Christensen T. 2010:78).

For Sykehuset i Vestfold så betyr det at helseforetaket må forholde seg til normer for hvordan helseforetaket skal utformes, og forsøke å inkorporere og reflektere dem utad, uten at det nødvendigvis gjør helseforetaket mer effektivt. Det som da skjer her er at organisasjonene som her er helseforetak blir mer like, spesielt fra overflaten (Christensen T. 2010:75).

Myteperspektivet opptatt av verdiene i omgivelsene som er mer skiftende. Vi kan derfor forstå myter som de sosialt skapte normene som er skapt i de institusjonelle omgivelsene.

Hver institusjonaliserte oppskrift har gjerne en egen publikasjon som presenterer og ofte argumenterer for vedkommendes idé, og gjenkjennes ved et begrep som for helseforetaket kan forklares gjennom reformbølgen New Public Management (NPM).

Offentlig sektor har en tro på at større enheter vil gi stordriftsfordeler og positive synergieffekter. Denne styringsideologien kan forstås gjennom NPM, et vidt begrep som siden 1980- tallet har vært benyttet for å beskrive en rekke reformer innenfor offentlig sektor.

Globaliseringen har ført til økt etterspørsel etter mer effektiv og mer tilpasningsdyktig offentlig administrasjon, samtidig som den teknologiske revolusjonen førte til helt andre muligheter og moderniseringer av offentlige tjenester. Opprinnelsen av NPM kom fra de Vestlig liberale demokrater som begynte å lete etter muligheter for å kunne forbedre levering av offentlige tjenester. Kritikken rundt den store velferdsstaten førte til effekter som skulle redusere kostnadene og forbedre økonomien i offentlig sektor. Etter et forslag om at offentlige tjenester hadde mer rom for slakk enn private virksomheter fordi de ikke møtte konkurransepress, reiste muligheten seg for å bruke de offentlige ressursene bedre for å øke effektiviteten.

På 1990-tallet ble det mer vanlig å snakke om forandring fra offentlig administrasjon til offentlig ledelse. I 1991 var det Christopher Hood som laget begrepet New Public Management for å beskrive forandringene som skjedde som følge av endringer i styringen i offentlig sektor i UK. Begrepet ble deretter raskt brukt på programmer for å omorganisere offentlige sektorer og introdusere konkurransefaktorer i offentlig tjenestetilbud, samtidig som teknikker fra privat sektor ble brukt (Kjell A. Eliassen og Nick Sitter 2008).

Felles for reformene som dannes etter NPM er forbedring i økonomi og bedre effektivitet i offentlige tjenester. Det går for det første på ressurser for å kontrollere kostnader, for så å fokusere på å produsere flere tjenester for et gitt budsjett. Tilslutt fokuseres det på effektiviteten av tjenesten som skal gi et bedre offentlig tilbud. Noen av virkemidlene for å kunne sikre større samsvar mellom behov og ressursbruk er privatisering, konkurranseutsetting, internprising og stykkprisfinansiering (Wikipedia.no). Dette kan settes i likhet med hensikten bak sykehusreformen.

NPM består av teoretiske grunnlag dels fra nyere økonomisk organisasjonsteori som public choice- teori, prinsipal-agent teorien og transaksjonsteori som tar utgangspunkt i at aktørene prøver å maksimere sin egen nytte. Blant ledelsesteoriene er det reviderte versjoner av taylorisme som har blitt supplert med ideer og tiltak som serviceledelse og verdibasert ledelse. I slike ledelsesteorier blir det lagt vekt på å gi organisasjonene mer autonomi og fleksibilitet. For offentlige organisasjoner som helseforetak trekkes forretningsmessig frihet og effektiv ressursutnyttelse i retning av økt autonomi. Derimot så trekkes hensynet til kontroll og styring i motsatt retning. NPM er derfor ingen konsistent og integrert teori for modernisering av offentlig sektor, men karakteriseres som en reformbevegelse som er sammensatt av overordnede reformideer og noen reformtiltak som trekker i ulike retninger (Christensen T. mfl. 2010:156).

Disse generelle ideene og de tidsriktige ”oppskrifter” fører ofte til at myter kan være et opphav til moter. Det vil si en mote der ”alle” organisasjoner skal ha dette i akkurat denne tiden, men som vil forandre seg når moten går av, og nye moter tar over. Grunnen til den økende anvendelsen av myteperspektivet er at offentlig sektor har blitt mer utsatt for generelle ideer og oppskrifter utenifra som søker innpass i ulike organisasjoner. Dette gjelder også spesielt de forsøkene på å overføre generelle ideer fra privat til offentlig sektor.

De institusjonelle omgivelsene organisasjonene må forholde seg til er gjerne sammensatte. For helseforetakene er det ulike deler ved organisasjonen som kan være avhengig av legitimitet, som for eksempel fra kommune og regjering. Det vil være nasjonale og internasjonale organisasjoner som støtter fremveksten og spredningen av myter. Derfor må ofte en organisasjon forholde seg til skiftende oppskrifter for prosedyrer, rutiner og legitime strukturer.

Rasjonaliserte myter kjennetegnes ved at de presenteres som svært effektive redskaper for effektiv måloppnåelse som organisasjonen kan benytte seg av. Ved at myten er rasjonalisert menes det at myten er skapt ved hjelp av vitenskapsliknende argumentasjon som en overbevisning om at den er et effektivt virkemiddel for å oppnå organisatoriske mål. Ofte opplever organisasjoner at de instrumentelle virkningene av å adoptere dem ikke ble som forventet. På den måten blir en rasjonalisert myte en ikke- vitenskapelig tro på at en oppskrift er begrunnet vitenskapelig og rasjonelt (Christensen T. 2010:77).

Ofte har møtet mellom rasjonaliserte myter og organisasjonen en tydelig start eller en tydelig avslutning.

”Hvorfor motiveres helseforetakene til å adoptere rasjonaliserte myter i form av populære organisasjonsoppskrifter?”

DiMaggio og Powell skiller mellom tre grunner til at organisasjoner adopterer (Christensen T. 2010:91):

1. Tvangsmessig adoptering: Organisasjonen pålegges å innføre bestemte oppskrifter gjennom for eksempel lov og forskrifter.
2. Normativ basert adoptering: Ulike faggrupper eller profesjoners felles normer, verdier og kunnskap leder til adoptering. For eksempel gjennom økonomenes bidrag til å spre grunnideene i New Public Management.

3. Mimetisk adoptering: Organisasjonen adopterer oppskrifter for å etterligne andre organisasjoner som man oppfatter har anseelse og suksess. Ofte er dette bevisst og planlagt strategi.

Helseforetaket har igjennom sykehusreformen blitt tilført oppskrifter på hvordan organisasjonsstrukturen skal utformes, som nærmere blir beskrevet i kapittel 3; sykehusreformens hensikt. Det har dermed skjedd en tvangsmessig adoptering fra politikere og ledere, med egne rammeverk, lover og forskrifter på hvordan organisasjonsstrukturen skal utformes.

Selv om oppskrifter blir adoptert så er det ikke dermed sagt at de blir iverksatt og får styrende virkninger på aktiviteter i organisasjonen (Christensen T. 2010:91). Det kan skilles mellom tre forventninger om hvordan organisasjonen vil reagere på adopteringen: *Rask tilkøpling*, *frikøpling* og *frastøting*. *Rask tilkøpling* vil si at organisasjonen blir møtt med publikasjoner om at de bør adoptere. Oppskriftene blir gjerne raskt tilvirket og vil gi positive virkninger med en forutsetning om at iverksettelsen blir gjennomført rasjonelt og planmessig.

Frikøpling skjer når moderne organisasjoner føler press fra omgivelsene til å adoptere oppskriftene. Ved å takle adopteringen, kan de adoptere oppskriftene for å holde dem frikøplet slik at de ikke får styrende virkninger på aktiviteter som er viktige for organisasjonen.

Frastøting gjengis i kultur perspektivet som et skeptisk og pessimistisk scenario for hva som vil skje når nye oppskrifter kommer inn i organisasjonen. I denne tradisjonen så er organisasjonen verdibærende og kompleks, som gjør den motstandsdyktig mot reformer og rask omstilling. Det som skjer når oppskriftene forsøkes iverksatt i helseforetaket er at de støter mot verdiene som organisasjonen er satt til å passe på. De gjennomgår da en kompatibilitetstest i forhold til tradisjonen, som viser seg at ikke passer inn der. Dette er med på å forklare hvorfor man i helseforetak har problemer med å adoptere oppskrifter rettet mot større økonomisk effektivitet (Christensen T. 2010:92).

2.2 Det instrumentelle perspektivet

Jeg har valgt å forklare det instrumentelle perspektivet for å få frem hvordan helseforetaket blir brukt som et instrument med en organisasjonsstruktur designet for å oppnå spesifikke mål, satt av politikere og ledere gjennom sykehusreformen.

På vegne av samfunnet skal offentlige organisasjoner utføre oppgaver. Offentlige organisasjoner blir derfor oppfattet som redskaper eller instrumenter for å oppnå mål som er viktige for samfunnet. Dette kan komme til uttrykk gjennom de ansatte som handler formålsrasjonelt for å oppnå målene. Det betyr at de ansatte vurderer virkemidler eller tilgjengelige alternativer ut fra konsekvensene de har i forhold til målene, og tar valg på grunnlag av alternativene som oppnår de effektene som ønskes for å nå målene.

Det instrumentelle trekket ved organisasjoner kan også komme til uttrykk ved at organisasjonsstrukturen er utformet på grunnlag av mål-middel vurderinger. Det kan også virke bestemmende for hvordan de ansatte utfører oppgavene sine (Christensen mfl. 2010:33)

Max Weber har gjennom sine analyser av byråkrati som organisasjonsform hatt en innvirkning på organisasjonslitteraturen. Weber beskriver den byråkratiske organisasjonsformen som preget av hierarki, arbeidsdeling og rutiner. Hierarki innebærer over- og underordning mellom ulike vertikale nivåer i organisasjonen. Ved sykehuset i Vestfold vises hierarki inndelingen gjennom organisasjonskartet der de ansatte må informere til avdelingslederen som igjen rapporterer oppover til toppledelsen.

Det instrumentelle perspektivet kan deles inn i to varianter; hierarkisk variant og forhandlingsvariant. I den hierarkiske varianten blir organisasjonen oppfattet som enhetlig, og hos ledelsen blir kunnskap og mål om mål-middel sammenhenger det som blir lagt vekt på. I en forhandlingsvariant sees organisasjonen på som sammensatt av ulike underenheter og posisjoner som kan ha delvis motstridende mål kunnskaper og interesser. I denne varianten kan ingen aktører alene oppnå sine mål og ivareta sine interesser. Utfallet vil derfor være påvirket av kompromisser og forhandlinger mellom flere aktører.

Når det gjelder organisasjonsstrukturen for sykehuset i Vestfold, tar man utgangspunkt i en byråkratisk organisasjonsform med innslag av hierarki, arbeidsdeling og rutiner.

Organisasjonsstrukturen består av posisjoner og regler for hvem som bør og skal utføre oppgavene, og organisasjonen er sammensatt av posisjoner og underenheter som igjen kan inngå i en større enhet.

Ut fra et instrumentelt syn vil styring kunne skje dels i forhold til omgivelsene, ved utformingen av organisasjonsstrukturen og ved formålsrasjonelle handlinger. Ledelsen vil kunne påvirke i ulik grad andres og sitt eget handlingsrom. I det instrumentelle perspektivet kan ledelsen ha evne til politisk og sosial kontroll, samt evne til rasjonell kalkulasjon, men at det kan være begrensinger for dette.

2.2.1 Begrenset rasjonalitet

Begrenset rasjonalitet har jeg valgt for å belyse hvordan organisasjonsendringene som følge av sykehusreformen utløser faktorer som preger de ansattes måte å ta beslutninger på.

Herbert Simon (1947) som fikk en nobelpris i økonomi i 1978, presenterte en modell som la vekt på begrenset rasjonalitet. Han hevdet også at satisfieringsmål var mer i samsvar med atferd enn den ny-klassiske optimaliseringstankegangen og fullstendig rasjonalitet.

Begrenset rasjonalitet innebærer at organisasjonsmedlemmer og beslutningstakere har begrenset kognitiv eller kunnskapsmessig kapasitet, og vil handle på bakgrunn av forenklede modeller av virkeligheten. Organisasjonsstrukturen og det ytre handlingsmiljøet preger holdningene og handlingene beslutningstakeren gjør. Begrenset tid, oppmerksomhet og analysekapasitet hva gjelder de oppgavene og problemene de står ovenfor er en sentral del som er med på å påvirke disse holdningene og handlingene.

Beslutningstakerne har ikke mulighet til å ha oversikt over alle mål og alternativer, som fører til forståelses-, kapasitets- og autoritetsproblemer, som igjen innebærer at det må skje en utvelging.

Dette fører til at noen aspekter får oppmerksomhet og blir fokusert på, mens andre aspekter ignoreres. Organisasjonsstrukturen er derfor viktig når man fokuserer på begrenset rasjonalitet for å kanalisere oppmerksomheten og beslutningsatferden, samtidig med at det er skjønn innenfor de formelle rammene. Verdigrunnlaget blir derfor viktig, samt de kulturelle normene som dominerer i organisasjonen. Det er gjennom organiseringen at evnen til rasjonell kalkulasjon økes (Christensen mfl. 2010:27-28).

2.3 Kulturperspektivet

Jeg bruker kulturperspektivet for å forklare hvordan organisasjonskulturen forbindes med verdiene og de uformelle normene som tradisjoner i helseforetaket, og hvordan dette kommer i konflikt ved at de formelle normene som er satt gjennom sykehusreformen (jf instrumentelle perspektivet) kolliderer med den eksisterende kulturen.

Uformelle normer og verdier som vokser fram har betydning for virksomheten til formelle organisasjoner, og betegnes som organisasjonskultur som gjør organisasjonene mer ulike, i motsetning til myteperspektivet som omhandler de formelle normene som gjør organisasjonene mer like.

Mål er ofte gitt i en instrumentell handlingslogikk, der formelle strukturer og normer er virkemidler for å oppfylle disse. Mens innen en kulturell handlingslogikk oppdages mål underveis, og det utvikles deretter uformelle normer, identiteter og verdier. Institusjonelle trekk oppstår når en formell organisasjon utvikler uformelle normer og verdier i tillegg til de formelle. Slik oppstår institusjonaliserte organisasjoner (Christensen mfl. 2010). I helseforetak kan eksempler på uformelle normer som har oppstått gjennom lang tid være utfordringen ledere har til å lede som preges av kultur, regler og rutiner. Ofte blir ledelsen i helseforetak oppfattet som en motpart som forsterkes av en kulturkløft som preges av mangel på felles virkelighetsoppfatninger, språk, referanser og mål (Steine 2001). Dette skaper utfordringer for ledelsen og er et av punktene som fører til at helseforetak er vanskelige å lede. Dette gjør at organisasjonen er mindre tilpasningsdyktig og mer kompleks ovenfor nye krav. Men organisasjonen kan også gjennom nye krav få nødvendige kvaliteter som gjør at den bedre løser oppgaver og kan skape et sterkere sosialt fellesskap. For ansatte lavt nede i hierarkiet så vil de formelle og uformelle normene være mindre mangfoldige. Dette er fordi arbeidsområdet er spesialisert og har enklere kulturelle rammer for handling.

3 Betingelser og kvalitet i helseforetaket

I dette kapittelet presenteres både betingelsene og kvalitetsbegrepet for helsetjenestene i helseforetaket for å få frem hvordan avdelingene er organisert og formålet med sykehusreformen. Jeg vil også trekke frem sykehusledelse og hvorfor sykehusene er vanskelige å lede, noe jeg mener er viktig å ta hensyn til når endringsprosesser etableres i avdelingene som følge av sykehusreformen. Jeg vil også komme innpå enhetlig ledelse som var et av kravene fra Stortinget i reformen, som også har vært og er en utfordring for helseforetakene. Deretter vil jeg forklare hva som legges til grunn i begrepet kvalitet i helseforetaket, både fra pasientens side, og fra de ansattes side. Økt kvalitet i helsetjenestene var også et av formålene med sykehusreformen, og det har blitt mer fokus på kvalitet i tjenestene nå enn tidligere, noe som idag reflekterer hvor god en tjeneste tolkes å være. Tilslutt forklarer jeg hvordan det nye finansieringssystemet fungerer i helseforetaket som er satt for å effektivisere antall behandlinger, og som er en av utfordringene når det gjelder ressurser og kapasitet i helseforetaket.

3.1 Organiseringen i kreftomsorgen

Formell organisasjonsstruktur gjenkjennes av organisasjonskart, stillingsbeskrivelser og nedskrevne rutiner. De fungerer normativt ved at de forteller organisasjonsmedlemmene hvordan de skal oppføre seg i gitte situasjoner. Formaliseringen synliggjør roller og relasjoner og bidrar til å rasjonalisere organisasjonen.

Sykehuset i Vestfold er organisert i seks klinikker og en servicedivisjon som blir ledet av klinikksjefer og servicedirektør. Klinikksjefene og servicedirektør er ansvarlig for all virksomhet i sin klinikk og divisjon, og rapporterer til administrerende direktør (<http://www.siv.no>).

Organiseringen av kreftomsorgen innebærer organisering av struktur, personale, oppgaver og lov/forskrifter etter pasientenes rettigheter til behandling.

En del av kreftomsorgen innebærer palliasjon, som er pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Målet med denne behandlingen er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende (<http://www.helsebiblioteket.no>).

Helsetjenestene skal romme et særskilt organisert, palliativt tilbud på alle nivåer, og skal utøves overalt der man tar hånd om alvorlige syke og døende.

Ansvar i kreftomsorgen er delt på fastlege, pasientansvarlig lege ved (PAL), behandlingsansvarlig lege, lege på palliativ enhet, ressurspsykepleier, sykepleier og systemansvarlig i sykehusavdelinger, onkologisk avdeling og palliativt senter.

Avdelingene som behandler kreft ved Sykehuset i Vestfold er Nevrologisk avdeling, Hematologiavdeling, Onkologisk avdeling, Lungeavdelingen og kirurgisk avdeling.

Onkologisk avdeling behandler kun kreftpasienter, så den skiller seg ut ifra de andre avdelingene som behandler kreftpasienter i tillegg til andre pasienter med andre sykdommer enn kreft.

3.2 Sykehusreformens hensikt

Omorganiseringen fra vedtaket i Arbeiderpartiets landsmøte i november 2000 gikk raskt da sykehusreformen trådte i kraft januar 2002. I løpet av de 13 månedene ble saken behandlet av Stoltenberg-regjeringen, og loven ble vedtatt i Stortinget. Den raske gjennomføringen av lovforslaget ble argumentert fra sosial og helsedepartementet med at en rask gjennomføring var viktig fordi en lang periode med spørsmål omkring eierskapet kunne være uheldig for brukerne, eierne og de ansatte (Forskningsrådet 2007).

Staten overtok deretter eierskapet til og ansvaret for de fylkeskommunale sykehusene. Hovedargumentasjonen for reformen er større likhet, bedre kvalitet på tjenester og bedre organisering av sykehusene. Behovet for å sikre pasientene bedre spesialisthelsetjenester, og sikre mer effektiv utnyttelse av personal-, bygnings- og utstyrsressurser var bakgrunnen for sykehusreformen. Det skulle også være klarere ansvarlinjer mellom staten og sykehusene som egne foretak.

Argumentasjonen for dette var at styringssystemet før reformen gav for uklare ansvarsforhold. Den nye reformen skulle derfor endre rammebetingelsene for styring, ledelse og organisering, og større autonomi og ansvar skulle føre til bedre styring og effektivisering (www.regjeringen.no).

Sykehusreformen besto av to hovedelementer:

1. Statens overtakelse av eierskapet til og ansvaret for de fylkeskommunale sykehusene og andre virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Både sektoransvaret, eierskapet og finansieringsansvaret ble samlet på en hånd gjennom reformen. Før ble sykehusene delt inn i de 19 fylkestingene og Stortinget, men ved innføringen av reformen sto Stortinget for den politiske styringen.
2. Sykehusene ble organisert i regionale og lokale foretak. Foretakene ble på denne måten ikke lenger en integrert del av den statlige forvaltning, men ble derimot foretak med egne rettssubjekter med egne styrever som gav sykehusene økt lokal myndighet.

De overordnede helsepolitiske målsettingene reformen inneholder er:

- Offentlig styrt helsetjeneste
- Likeverdig tilbud for hele befolkningen, uavhengig av kjønn, alder, etnisk og sosial bakgrunn, økonomi og geografiske forhold.
- Effektiv utnyttelse av ressursene
- Helsetjenestene skal være tilpasset brukernes behov og være faglig forsvarlig
- Helsetjenester skal gis med respekt for den enkeltes menneskeverd og integritet.

Sykehusene ble redusert fra 54 til 37 etter reformen, der helseforetakene i dag knytter seg til fem regioner med hvert sitt regionale helseforetak. Et helseforetak omfatter alle virksomhetene i helseregionen innenfor spesialisthelsetjenesten. De fem regionale helseforetakene forvalter på vegne av staten de andre lokale helseforetakene.

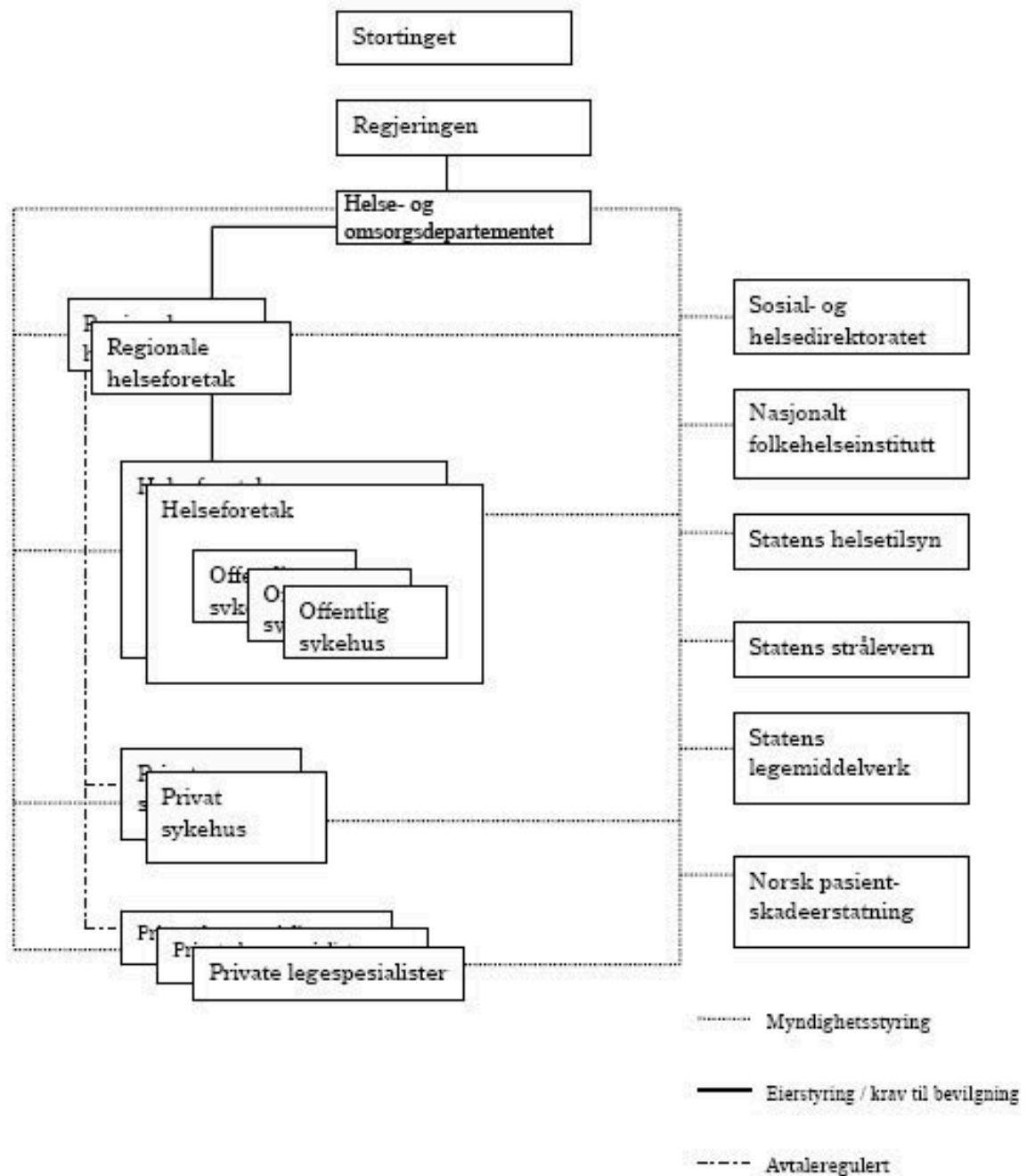
Det er Helse- og omsorgsdepartementet som gjennom lov, vedtekter, oppdragsdokument og foretaksmøter som igjen styrer de regionale helseforetakene. Styrene i helseforetakene er det også departementet som har utpekt.

De regionale helseforetakene har to hovedroller til de lokale helseforetakene:

1. På vegne av statens forvaltning av eieransvaret for helseforetakene
2. Sørge-for-rollen, der befolkningen i regionen får tilbud om relevante spesialisthelsetjenester. Denne rollen innebærer å tilby tjenester fra egne foretak, kjøpe tjenester fra private sykehus og legespesialister, sykehus i andre regioner eller utland. I tillegg har de regionale foretakene stor frihet til å utforme kontrakter med de lokale foretakene.

De regionale helseforetakene har i tillegg ansvaret for at det utføres utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

I Nasjonal helseplan (2007-2010) fremgår det at foretaksmodellen skal bygges på videre, der spesialisthelsetjenesten er overordnet politisk styrt, preget av åpenhet, medvirkning og profesjonelt drevet. Den skal dermed være bærekonstruksjonen for organisering og styring av norsk spesialisthelsetjeneste (www.regjeringen.no).



Figur 3.1 Organisering av den sentrale helseforvaltning (Kilde: www.regjeringen.no)

3.2.1 Enhetlig ledelse

Lov om spesialisthelsetjenesten som kom ut 1. Januar 2001 (1,2) er en av helselovene som slår fast at sykehusoppgaver er pasientbehandling, forskning og utdanning av helsepersonell. Lovens bestemmelse § 3,9 sier at det skal være én ansvarlig leder på alle nivåer (www.tidsskriftet.no).

Det mest brukte virkemiddelet helsepolitikken har brukt har vært styringsmekanismer og finansieringssystemer, og innføringen av enhetlig ledelse var et av disse tiltakene.

Før loven trådte i kraft i 2001 var det Stortinget som fattet følgende enstemmigvedtak i behandlingen av sosial- og helsedepartementets budsjett for 1996:

”Stortinget ber regjeringen for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar det medisinskfaglige ansvar også har nødvendig myndighet” (NOU 2007:148).

Enhetlig ledelse betyr at det totale ansvaret for hver resultatenheter skal ligge på én person og at det formelt sett ikke blir knyttet faglig kompetansekrav til stillingen. Folk uten helsefaglig bakgrunn kunne derfor søke seg inn i stillingen. Denne type forslag til profesjonell ledelse har møtt mye motstand fra helsesektoren ettersom norske sykehus har hatt en sterk tradisjon for fagbasert ledelse. Styringen av denne type ledelse vitner om en klar statlig styringsambisjon, som i praksis betyr at man vil oppløse legenes ”monopol” på lederstillinger i sykehuset. Tidligere jobbet sykehuset med en todelt ledelse der ansvaret ble delt mellom en oversykepleier og en avdelingsoverlege (www.polis.no).

”Enhetlig ledelse” ble lagt i Steine- utvalgets rapport i ”Pasienten først.” fra 1997 der de la frem ambisjonen om enhetlig ledelse på følgende måte:

”Utvalget mener at en av de viktigste utfordringene som sykehuset står ovenfor i dag er å utvikle en organisasjonskultur der ledere på alle nivå tar helhetlig ansvar for alle resultater og aktiviteter, og at det utøves ledelsesengasjement som klart har som mål å nå dette ambisjonsnivået (NOU 1997:173).”

Steine utvalget antok at endringene ville bryte med det tradisjonelle ledelsessystemet i sykehuset. Reformdokumentene forklarte at hensikten med å endre den formelle ledelsesstrukturen var å skape ”holdningsmessig” og ”rollemessig” endring, som indikerte at

sykehusorganisasjonen skulle bli mer styrbar ved å skape nye lederroller som ikke lenger bare skulle være satt i tradisjonelle helsefag (www.polis.no).

3.2.2 Sykehusreformen og sykehusledelse

Eierskapet til staten skulle klargjøre ansvaret for sykehusvesenet. Ved at sykehusene ble skilt fra forvaltningen slik at de ble selvstendige helseforetak, skulle dette bidra til at sykehuslederes vilkår ble lagt bedre til rette for utøvelsen av ledelse og ansvar. Det dreide seg om å koble myndighet og handlefrihet til ansvaret (Steine 2001:9).

Sykehusene fremstår som en leverandør av kunnskapsbaserte tjenester i krevende omgivelser der både kunnskaps- etterspørsels- og teknologisiden utvikler seg. En manøvreringsdyktig sykehusledelse som raskt kan fange opp signaler fra omgivelsene for å foreta nødvendige tilpasninger blir desto viktigere.

Sykehusreformen vil neppe løse konflikten mellom sykehusledelsen og fagmiljøet siden dette er såpass innvevd i sykehusets tradisjon, profesjonssystem og arbeidsdeling. Men rammebetingelsene forutsettes og bli klarere som følge av sykehusreformen.

Foretaksorganiseringen bringer kapital inn i regnskapene, som muliggjør en rasjonell kapitalforvaltning der det stilles krav til utnyttelsen av kapital for å øke samfunnsnyttene av investeringene (Steine 2001:9).

I ”Pasienten først” - utredningen (NOU 1997:2) er noen av de mest sentrale elementene ved ledelse oppsummert:

- Ta helhetlig ansvar for de resultater og den kvalitet enheten skaper, og for at arbeidet skjer innenfor de rammer som myndigheter og eier har fastsatt (driftsansvaret).
- Kontinuerlig å vurdere behovet for, initiere, og gjennomføre nødvendige endringsprosesser (det strategiske ansvaret).
- Ta overordnet personalansvar for alle medarbeidere og yrkesgrupper innen virksomheten.
- Ta ansvar for at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses.

- Vise evne og vilje til å utøve ledelse gjennom formell myndighet, formelle og uformelle beslutninger og bruk av delegering (Steine 2001:9)

3.3 Hvorfor er sykehusene vanskelige å lede?

Symptomene på det som gjør sykehusene vanskelig å lede kan være mange:

- Konflikter mellom yrkesgrupper
- Betydelige og hyppige underskudd
- Omløpshastigheten på toppledere

Gode potensielle ledere fra virksomheter vegrer seg i å påta seg topplederansvar i helseforetak (Steine 2001:8).

Den tiltagende spesialiseringen og fragmenteringen på fagsiden bidrar også til ledelsesproblemer. Fagmiljøene mangler også kultur og verktøy for å håndtere ressursforvaltningen, samt felles referanserammer og kriterier for å avveie sine interesser og preferanser.

Sykehusene har en begrenset handlingsfrihet når det gjelder å finne mer fleksible tilpasninger i forhold til en privat bedrift. Det tilskrives sykehusenes eksterne forankring i de rammevilkårene sykehusene er underlagt. Det er også trekk fra kultur, regler og rutiner som gjør lederansvaret vanskelig. Forvaltningsorganisasjoner er ikke innrettet med å utføre operative drifts- og ledelsesoppgaver.

Disse interne og eksterne begrensningene er en utfordring for å utøve lederskap i norske sykehus (Steine 2001:9).

3.4 Helsetjenestenes formål og oppgaver

De ansatte ved helseforetaket gjør en stor innsats i det daglige når det gjelder å gi befolkningen de helsetjenestene de har krav på. Det gjelder også innsatsen ved vitenskapelige

fremskritt, vanskelige prioriteringer, omorganiseringer, økte kostnader og dagliglivets problemer.

I forbindelse med statsbudsjettet 2006 la regjeringen frem den nasjonale helseplanen. Den viktigste ambisjonen med planen var å skape bedre samhandling mellom de ulike delene av helsevesenet, for å kunne hjelpe brukere og pårørende på en god måte.

I følge European Observatory on Health Systems and Policies, er norsk helsetjeneste blant de beste i verden både når det gjelder andelen av bruttonasjonalproduktet på helse, og befolkningens forventede levetid (Arntzen E. 2007:17).

Men norsk helsevesen står også overfor en del utfordringer spesielt knyttet til ventetider for sykehusbehandling, samhandling mellom tjenestenivåene, kommunikasjon mellom sykehus og pasient/pårørende, uønskede hendelser og budsjettstyring.

Et av myndighetenes sterkeste virkemidler for å forebygge svikt på viktige områder er helselovgivningen som lederne på de ulike nivåene har ansvar for, der tjenestene skal samsvare med pasientens behov og myndighetskrav. Internkontroll er det lovpålagte lederverktøyet som skal sørge for at kravene etterfølges.

”Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning” (Helseforetaksloven)

(Arntzen E. 2007:18)

Spesialisthelsetjenesten har etter sykehusreformen 2002, gjennomgått store endringer som følge av at staten overtok som eier og opprettelsen av regionale helseforetak (RHF). I helseforetakene og i private virksomheter har RHF med en driftsavtale sørge-for-ansvaret, mens den statlige eier står til ansvar for kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten.

Den største utfordringen i norsk helsetjeneste er samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. En av de viktigste utfordringene er informasjonsutvekslingen ved inn- og utskrivningen av pasienter. Kommune- og spesialisthelsetjenesten burde ikke bare hver for seg ha gode systemer og rutiner, men også ha systemer som snakker med hverandre slik at pasientens medikamentliste alltid er korrekt (Arntzen E. 2007:19).

3.5 Den nye finansieringsmodellen for helseforetaket etter reformen

For å forstå hvordan inntektssystemet fungerer i helseforetaket i dag og siden dette er et av spørsmålene til problemstillingen så har jeg valgt å kort presentere finansieringsmodellen som videre blir tatt opp i analysedelen.

Det regionale helseforetaket kan inngå flere ulike kontrakter ovenfor ulike helseprodusenter. Det vanligste er å skille kontrakter på volum og/eller kostnader av ulike aktiviteter for å spesifisere betalingsbetingelsene:

Stykkpriscontrakter: Det regionale helseforetaket betaler sykehuset for hver tjeneste som utføres eller per behandling gitt en bestemt kvalitet.

Rene rammekontrakter: Regionale helseforetak tildeler sykehuset en økonomisk rammebevilgning, der det forventes behandlede pasienter i bytte. Overordnede myndigheter blander seg ikke inn i tilpasningen av kvalitet og omfanget av tjenesteproduksjonen.

Rammekontrakter med produksjonskrav: Sykehuset får tildelt en ramme som dekker forventet tjenesteproduksjon opp til et visst volum. Det som produseres over dette volumet får sykehuset betalt igjen for per utført tjeneste (stykkprisbetaling).

Kostpluss kontrakter: Sykehuset får betalt i etterkant basert på kostnadene i regnskapet.

Sofistikerte kontrakter: Kombinasjon av ren rammekontrakt og med en avtale om kostnadsdeling hvis produksjonen blir utenfor forventet volum.

I kontrakten ønsker man at sykehuset ikke svekker kvaliteten, men anspre sykehusene til høy kostnadseffektivitet (<http://www.regjeringen.no>).

Gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) får det regionale helseforetaket stykkprisbetaling fra staten for hver registrerte pasientbehandling.

Innsatsstyrt finansiering er en kombinasjon av en aktivisertbasert del basert på diagnose relatertegrupper (DRG-systemet), og en ramme basert på et risikostyrt innbyggertilskudd. Den aktivitetsbaserte delen skal avlaste sykehusene for risikoen med aktivitetsvariasjoner og skal gi insentiver til effektiv drift. Den risikostyrtede rammen skal holde kontroll med aktivitetsnivået og sørge for ønsket fordeling av helsetjenester. I tillegg til dette har

finansieringen av sykehusene også vært basert på tilleggsbevilgninger gitt gjennom budsjettåret (Wilmar mfl. 2009).

ISF ble innført i 1997 og gjaldt bare for inneliggende pasienter, der inneliggende pasienter ble refundert av staten. I 1997 ble refusjonssatsen satt til 30% av prisen på et DRG- poeng. Året etter ble denne satt til 45%, og senere hevet ytterligere. De øvrige kostnadene skulle dekkes gjennom fylkeskommunens "frie inntekter".

Dette var av Sosial- og helsedepartementet, samt Stortingets intensjon om at fylkeskommunens kontrakter med sykehusene fikk en grad av aktivitetsbasert finansiering. I 1999 forandret denne kontrakten seg til å også gjelde DRG i den dagkirurgiske behandlingen (<http://www.regjeringen.no>).

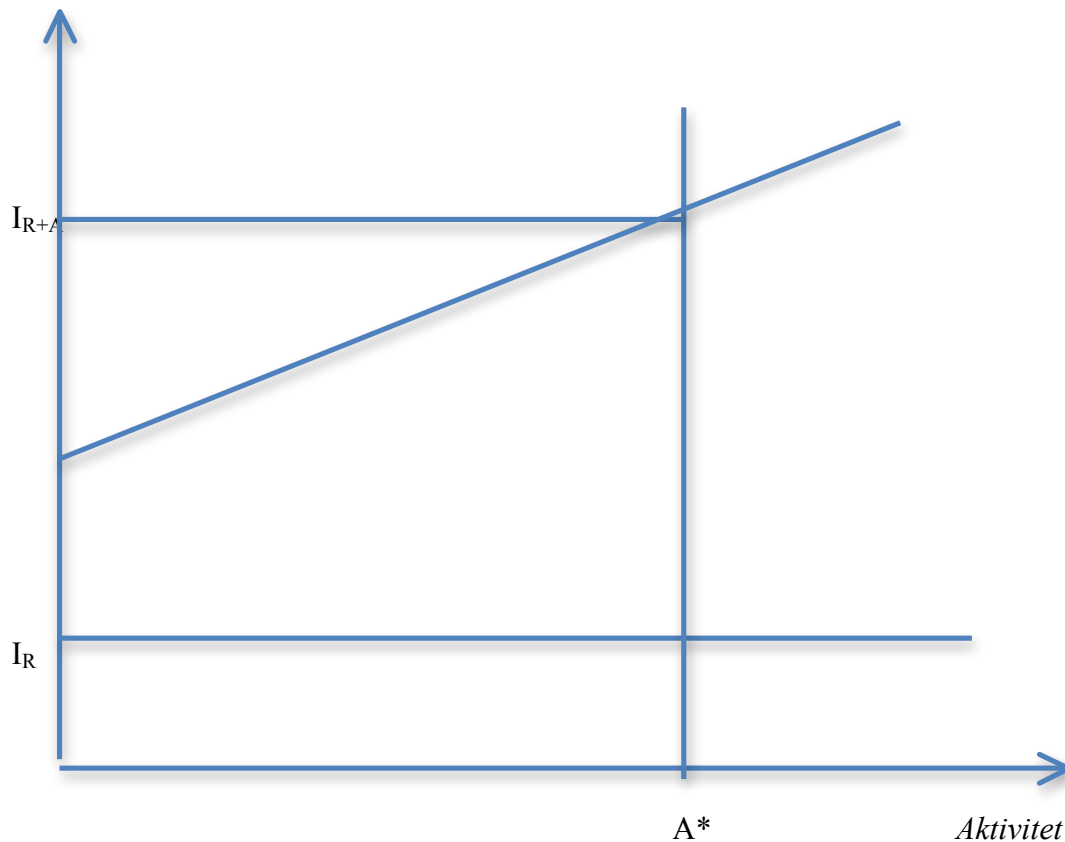
Begrunnelsen for den innsatsstyrte finansieringen var å øke aktivitetsnivået. Størrelsen på rammen skulle definere dette aktivitetsnivået, som betydde at man bare kunne øke aktivitetsnivået dersom rammen gav mulighet for det.

Etterspørselen etter helsetjenester avhenger av hvilken pris som må betales. Det er gjennom skatten befolkningen betaler som finansierer helsetjenesten, som gjør at vi som pasienter ikke akkurat direkte betaler for tjenestene vi bruker. Begrunnelsen for dette er etter helseplanen "likhet i tilgang til tjenester". Gratis tjenester blir på denne måten trekt gjennom retningen av høy etterspørsel. For høy etterspørsel oppnåes dersom etterspørselen presser frem tjenester der den helsemessige nytten ikke står i forhold til kostnaden. Samfunnsøkonomisk sett så vil det gi en ressursbruk som er urasjonell. For å sikre at ressursbruken er effektiv reguleres derfor etterspørselen etter tjenester. Reguleringene skjer på denne måten fra tilbudssiden, enten gjennom tilbudet fra statlige myndigheter, eller gjennom betaling fra pasientene.

Gjennom begrensinger av det totale omfanget av tjenester blir etterspørselen regulert ved at finansieringssystemet får et innslag av rammefinansiering. Dette kan gjøres gjennom en klart definert ramme der det settes et tak på utgiftene eller ved at rammen settes så stor at den styrer nivået på utgiftene (Wilmar mfl. 2009:28-30).

Figur 3.2 viser en prinsippskisse av finansieringssystemet i helseforetakene, der inntektene bestemmes av en aktivitetsuavhengig ramme (I_R), og en aktivitetsavhengig komponent (I_{A^*}). Aktivitetene er fullfinansiert (I_{R+A^*}) dersom sykehuset produserer avtalt aktivitet (A^*)

Inntekt



Figur 3.2 Prinsippskisse av finansieringssystemet for sykehusene i Norge (Kilde: Wilmar mfl. 2009:28)

Det er rammen i bunnen av finansieringssystemet som setter grensen for aktiviteten i sykehusene. Dette har ikke staten kommunisert klart nok frem for de ansatte ved sykehusene. Sykehusene har før sykehusreformen gått fra millionunderskudd til milliardunderskudd etter sykehusreformen.

De ansatte ved sykehusene har konsentrert seg på en tenkning der inntekten på marginen dekker merkostnadene, for så og sett bort fra signalene som er gitt om aktivitetsvekst. Dette har ført til et økt aktivitetsnivå langt utover det staten hadde planlagt. Dette har igjen ført til store underskudd og krav om tilleggsbevillinger. For ansatte ved sykehusene oppleves et press for å tilpasse kostnadene til inntektene.

Den aktivitetsbaserte finansieringsordningen DRG –systemet, innebærer at man klassifiserer pasientene i en av 500 diagnoserelaterte grupper på avdelingsnivå. Medisinsk og kostnadmessig er gruppene rimelig homogene. En kostnadsvekt beregnes på hver gruppe,

som er grunnlaget for den refusjonen sykehusene får fra pasientene. Dette systemet har ført til en del kritikk blant annet: ”Det har skapt ulikhet i tilgangen til tjenester på grunn av *seleksjon*, særlig prioritering av ”lønnsomme” pasienter, og det har skapt grobunn for *kreativ koding* for å øke inntektene til sykehusene.” (Wilmar mfl.2009:29)

Med seleksjon menes det her at pasienter som representerer en økonomisk belastning nedprioriteres, mens de pasientene som gir god inntjening er de som prioriteres først.

Kreativ koding gjør at sykehuset fremstår mer effektivt enn det virkelig er. Det gjøres for å utløse høyere refusjoner ved at man bestemmer en bestemt rekkefølge på hoved- og bidiagnoser når en koder, eller at man i økende grad koder bidiagnoser og komplikasjoner. Ulikheter på måten sykehusene koder på, fører til at de som koder aggressivt har høyere inntjening, som igjen fører til ulikhet i tilbudet for pasientene.

3.6 Kvalitet

Et viktig formål ved at staten samlet ansvaret for sykehusene på en hånd var å gjøre det gode helsevesenets enda bedre. Det handlet om å gjøre tjenestene mer tilgjengelig og forbedre kvaliteten. Kvalitet i det moderne samfunn har fått et større fokus både i prosess og resultat. Det dreier seg om å konvertere kompetanse og kunnskap til kvalitet, der kvalitetsarbeidet er viktig for å styrke pasientens stilling. I kvalitetsarbeidet er det derfor viktig å styrke pasientens medvirkning, integritet, sikkerhet og trygghet. På denne måten har kvalitet blitt et krav fra pasienten og et konkurransefortrinn for helseforetak.

Kvalitet kan ikke måles direkte, men skal uttrykkes gjennom kvalitetsindikatorer som fokuserer på harde endepunkter om klinisk resultat, om pasienter er fornøyde, om tilbakemelding fra pasienter og primærhelsetjenesten skjer i rett tid, og om utredning og behandling skjer uten avvik (Steine 2001).

Grunnverdiene som de norske helsetjenestene skal preges av kan forstås gjennom Nasjonal helseplan (2007-2010) og St. Meld. Nr 26 (1999-2000) ”Om verdier for den norske helsetjenesten”.

Nasjonal helseplan foreslår politiske grep som skal gi bedre helsetjenester i Norge. For å yte bedre helsetjenester skal det også legges til rette for medvirkning fra brukere og pårørende. I

helseplanen ble det lagt opp til at Stortinget skulle få til behandlingen av helseplanen hvert fjerde år i samarbeid med fylkeskommunene (<http://www.regjeringen.no>).

Utfordringer som at flere i Norge blir eldre, samt utvikling av kostbare behandlinger, er bakgrunnen for regjeringens utforming av de seks bærebjelkene som skal prege helsetjenestene:

1. Helhet og samhandling
2. Demokrati og legitimitet
3. Nærhet og trygghet
4. Sterkere brukerrolle
5. Faglighet og kvalitet
6. Arbeid og helse

Noen av verdiene for den norske helsetjenesten som legges frem i Stortingsmeldingen (1999) St: Meld.Nr 26 er; likeverdig tjenestetilbud til alle, forutsigbare og tydelige prioriteringer, bedre tjenestetilbud ved livets slutt, større vekt på pasientens medbestemmelse og fortsatt lav terskel for kontakt med helsetjenesten. Dagfinn Høybråthen uttrykker at det sentrale i helsetjenesten er møtet mellom pasientens behandler, der møtet må bygges på respekt og nestekjærlighet. Tilgjengelige ressurser må forvaltes på en god måte, der behovene og ønskene til den enkelte pasient er gjennomgående i denne Stortingsmeldingen (<http://www.regjeringen.no>).

Ut ifra styringsdokumentene kan man trekke ut ti verdier som penger både kan understøtte og true;

1. Rettferdighet
2. Samhold
3. Folkestyre
4. Brukermedvirkning
5. Mennesket i sentrum
6. Nestekjærlighet
7. Kvalitet
8. Ærlighet
9. Effektivitet
10. Trygghet

Omsorg, trygg og god behandling er helsetjenestenes hovedoppgave. Det er gjennom helsepersonellens kompetanse, og møtet mellom pasientenes behov at grunnlaget for gode og trygge helsetjenester legges.

Grunntanken i kvalitetsarbeidet er å innfri pasientenes forventninger og rettigheter slik at de blir tilfredse. Begrepet kvalitet defineres som ”I hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav” (ISO 9000:2006 ref. pkt.3.1.1) , og begrepet krav defineres som ”Behov eller forventninger som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk.” (ISO 9000:2006 ref. pkt. 3.1.2). Kundens tilfredshet er ”kundens oppfatning av i hvilken grad kundenes krav er oppfylt.” (ISO 9000:2006 ref. pkt. 3.1.4) Standarder er et velegnet utgangspunkt som gir et minimumskrav til hva som skal tilfredsstilles for å kunne bygge opp systemer som tar for seg prosessene som skal tilfredsstille fastsatte krav (Lund,J.E.2013).

Pasienter vet ofte ikke hvilken behandling som er den mest riktige, og som de kan kreve. Dette er det pasientrettighetsloven som skal sikre pasienten rett til informasjon og medvirkning under helsehjelpen.

I helseforetak utøver helsepersonellet sin faglige praksis i samspill med pasienten. Tjenestenes innhold avhenger av at enkeltpersoner følger opp sitt ansvar. I helseforetaket er det ledelsen som skal legge til rette for at helsepersonellet utfører sine plikter (helsepersonelloven) for eksempel gjennom opplæring, ressurstilgang og definerte rutiner og prosedyrer. Det er kvalitet for pasienten å bli møtt på en god og ivaretagende måte (Arntzen E. 2007:60)

Helsehjelpen kan være diagnostisk, behandlende, forebyggende, helsebevarende eller rehabiliterende. Pasienten bør derfor forvente at de får den helsetjenesten de trenger, når de trenger den, samt:

- At myndighetskrav og faglige standarder følges.
- Tilbudene tilpasses den sosiale og teknologiske utviklingen.

Helsetjenestene kan bli bedømt både på behandlingsresultatene og på opplevelsen menneskene imellom.

Kvalitet for pasienter kan bety at:

- Tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt når de trenger det.
- De får daglig god behandling og blir møtt med respekt og omtanke.

- De får medinnflytelse, trygge og forutsigbare tjenester med få uønskede hendelser.

Kvalitet for helsepersonellet handler om hvilke valg man tar når oppgaver skal løses og utføres.

Norge har en helselovgivning som legger lista for forsvarlig praksis høyt i forhold til andre land. Kvalitetsnivået må ikke ligge lavere enn myndighetskravet, og helsetilsynet har uttrykt ønske om å legge lista høyere enn myndighetskravet for å unngå variasjon i tjenestekvaliteten for enkeltpersoner.

Helsetjenestene skal være kvalitetsmessig god ved å være god faglig, planmessig og oppleves som god.

Kvalitet vil derfor ha tre dimensjoner;

1. Opplevelsen av kvalitet
2. Faglig innhold i tjenesten eller egenskapene til tjenesten
3. Tilrettelegging og ledelse av helsetjenesten som skal sørge for god opplevd og faglig kvalitet

Det er ledere som skal se til at helseforetaket drives i henhold til lover og forskrifter, der brukermedvirkning også er til stede;

”Den øverste ledelsen skal sørge for at hensiktsmessige kommunikasjonsprosesser er etablert i organisasjonen, og at kommunikasjon finner sted med hensyn til virkningen av systemet for kvalitetsstyring.” (ISO 9001:2008 ref pkt 5.5.3)

3.6.1 Opplevd kvalitet

Tjenestemottakeren vet vanligvis ikke hvor god den faglige kvaliteten på tjenesten skal være. Vurdering av kvaliteten på en tjeneste baserer seg ofte på verdier og normer, og handler om den subjektive opplevelsen i møte mellom mennesker. Hovedopplevelsen av tjenesten kan derfor handle om hvordan pasienten har blitt møtt, hørt og sett.

Servicekvaliteten ved helseforetak handler om hvordan helsepersonellet klarer å forstå menneskelige behov for å tilpasse omsorg, pleie og behandling for pasienten.

Helsepersonellet må vise medfølelse og innlevelse samtidig som de skal være profesjonelle.

Tilgjengelighet er også viktig for opplevd kvalitet. Dårlig planlegging, lenge ventetider og unødvendig sløsing skaper dårlig tillit og misnøye.

På bakgrunn av at helsetjenester knytter seg til omsorg for tjenestemottakeren, vil en vellykket behandling ofte bestå av god kommunikasjon og informasjon mellom helsepersonellet og tjenestemottakeren. På denne måten skiller kvalitetsstyring i helsetjenesten seg fra produksjonsbedrifter.

3.6.2 Faglig kvalitet

Pasientene har krav på et faglig likeverdig behandlingstilbud, der det forventes at all diagnostikk, forebygging og rehabilitering er av god kvalitet basert på brukermedvirkning, erfarings- forskning- og brukerkunnskap.

Helsepersonellet er tradisjonelt opptatt av den kliniske kvaliteten av tjenester og vil bedre tjenestens kvalitet der det er nødvendig. Det forutsettes derfor at helsepersonellet kontinuerlig evaluerer sin egen praksis i forhold til kvalitetsstandardene, og at fagmiljøene jobber for metode- og fagutvikling.

3.6.3 Ledelsens tilrettelegging for opplevd og faglig kvalitet

”Virksomheter som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.” (Helsepersonelloven §16, Arntzen 2007:64)

Ledelse handler om både administrativ tilrettelegging og god faglig ledelse. For å skape tillit til helsetjenestene må helsepersonellet vite hva pasienten forventer i møte med helseapparatet, for dermed å handle forutsigbart i møte med pasienten, og på denne måten kunne skape tillit til helsetjenestene. Pasienten har blitt mer involvert i behandlingen der pasienten vurderer kvaliteten på tjenesten etter forventninger og behov. Pasientrettighetsloven sikrer pasientens rettigheter til informasjon, helsehjelp, medvirkning, samtykke og klageadgang med mer. Det er ledernes oppgave at helseforetaket skal drives i henhold til lover og forskrifter der brukermedvirkning er tilstede.

Det forventes fra helsemyndighetene at det etableres internkontroll og kvalitetssystemer slik at helsearbeiderne følger lover som regulerer helsetjenestene og at de ansatte får kunnskap om dette.

4 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvordan studiet er bygd opp gjennom valgt metode, datainnsamling og analysemetode.

Jeg har valgt å dele kapittelet inn i 6 deler der jeg starter med valg av metode, valg av respondenter, hvordan intervjuguiden er bygget opp, gjennomføringen av intervjuene og hvordan jeg har analysert dette. Tilslutt redegjør jeg for validitet og reliabilitet som jeg ser på som viktig siden dette er en kvalitativ undersøkelse der forskerens eget skjønn for hvordan gjennomføringen blir gjort er lagt til grunn.

4.1 Valg av metode og utarbeidelse av intervjuguide

Det som etter Asheim og Grennes (2008) kjennetegner en god problemstilling er at den skal hjelpe oss underveis i den videre prosessen. Problemstillingen har helt klart fungert som en rettesnor der jeg hele tiden har tenkt at jeg må fokusere på det som problemstillingen søker svar på. Jeg har også underveis forandret litt på problemstillingen etter funnene jeg har kommet frem til i undersøkelsen, og som svarer mer korrekt på det jeg vil undersøke.

Problemstillingen i kvalitative undersøkelser karakteriseres også som induktive, som betyr at de vokser frem underveis som prosjektet skrider frem. Problemstillinger avgrenses og skjerpes mer inn etter hvert som datainnsamlingen og analysen gir rom for det, og det er i avgrensningen vi kan skille mellom problem og problemstilling (Asheim og Grennes 2008:62). Det er derfor uansett viktig å starte med en problemstilling selv om den kan være litt åpen i starten slik jeg startet den med: ”Hvordan har sykehusreformen styrket kreftomsorgen i Norge”.

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode som forskningsdesign. Kvalitativ metode dreier seg om noe mer enn ulike metoder for datainnsamling. Det er etter ”Asheim og Grennes (2008)” en måte å tilnærme seg virkeligheten på, som gjerne ender opp med å produsere data på etter ulike menneskers uttalelser eller nedskrevne ord, eller observasjon av de samme menneskenes adferd.

Valg av kvalitativ design gjøres på grunnlag av problemstilling, tid, ressurser, formål og egen kompetanse. Jeg har derfor valgt å benytte meg av **casedesign** der jeg innhenter mye informasjon av få enheter, som her er overleger og sykepleiere i kreftavdelinger ved Sykehuset i Vestfold.

Teorien i kvalitativ metode utledes gjerne fra det innsamlede data som gjør oss stand til å forstå hva som motiverer mennesker, hvordan de tenker, og som er med på å øke vår innsikt og forståelse i en organisasjon eller i et marked (Asheim og Grennes 2008:33).

Kvalitativ forskning er induktiv, som betyr at forskeren utleder og utvikler mening, samt begreper og forståelse ut fra mønstre i datamaterialet. Individuer og grupper sees på som en helhet gjennom et ”holistisk” perspektiv og i nærhet med forsker og den/dem det forskes på. Slik fokuserer forskeren på en meningsfullhet av undersøkelsen. Kvalitativ metode har stor grad av fleksibilitet, og det er verdt å merke seg at kvalitativ metode ikke har blitt standardisert på samme måte som kvantitative. Kvalitative undersøkelser kjennetegnes ved at det brukes små utvalg som ikke nødvendigvis brukes på noen større populasjon. Det kan også benyttes flere ulike datainnsamlingsmetoder, som dybdeintervju, fokusgruppe, projektive tester, deltagende eller ikke-deltagende observasjon. (Asheim og Grennes 2008, s.13).

Som datainnsamlingsmetode har jeg valgt å benytte meg av dybdeintervjuer. Meningen med dybdeintervjuet er vanligvis å avdekke motiver og holdninger knyttet til sosiale eller fysiske forhold på arbeidsplassen, innsikt i konsekvenser av tiltak, samt kjøp og bruk av ulike varer og tjenester. Dybdeintervju er opprinnelig en ustrukturert samtale mellom en moderator og en informant. Moderator er i kvalitative forskningsprosjekter gjerne forskeren selv. Ofte i dag er moderatoren styrt av en intervjuguide som fungerer som en huskeliste og som et navigasjonsinstrument for oppbygging og pedagogisk struktur av intervjuet. Jeg valgte å lage en intervjuguide basert på de temaene som er mye omtalt i sykehusreformen, som jeg ville ha belyst for å kunne besvare problemstillingen. Mitt hovedmål med intervjuene er å få frem de ansattes erfaringer og synspunkter av organisasjonsendringene etter sykehusreformen, og hvordan det påvirker avdelingene og helsetjenestene som behandler kreft.

Varigheten av dybdeintervju kan være en lang samtale og variere i tid fra 30 minutter opptil flere timer. Dybdeintervjuet er fleksibelt der moderator har mulighet til å komme med oppfølgende spørsmål og la informanten påvirke samtalens gang. Måten å følge opp informantens utsagn kalles probing. Det kan for eksempel være spørsmål som ”kan du utdype dette?”, ”Er det alt?”. Hensikten med probingen er å fjerne all tvil om det respondenten

egentlig mener, derfor må utsagn som inneholder sarkasme, ironi eller av annen betydning probes grundig. I motsatt fall kan tolkningen bli tilfeldig og datamaterialet verdiløst. Det krever aktiv observasjon, stor grad av tilstedeværelse og lytting gjennom hele intervjuet (Asheim og Grennes 2008:88). Dette opplevde jeg ofte under intervjuene, som gjorde at jeg måtte stoppe opp og spørre om informanten kunne forklare dette nærmere, slik at opplysningene ikke ble materiale for feiltolkninger.

Fordelene med dybdeintervju er at man får fokuset på informanten, slik at man får mye informasjon og en mer konsentrert informant. Det er enklere å tilpasse intervjuet til den enkelte informant og for at individuelle meninger skal komme frem. Det gir bedre muligheter for probing, og kan avdekke dypere holdninger. Det er heller ingen krav til å samle mange innen en bestemt målgruppe.

Ulempene ved dybdeintervju kan være at det er krevende for moderator i form av lang gjennomføringstid og reise. Det kan også gi en komplisert analyse og fortolkning, og undersøkelsene kan være tidkrevende og kostbare å gjennomføre (Asheim og Grennes 2008:91). Jeg opplevde at selve dybdeintervjuene var sånn passe tidkrevende da hvert intervju varte fra 30 minutter til over en time, i tillegg til reise tiden frem til intervjulokale som kan ta en halvtime. Det som tok mest tid var transkriberingen etter intervjuet som igjen kunne ta tre ganger så lang tid. Intervjuene var også tidkrevende på den måten at det tok lang tid før jeg fikk avtale om intervjuer, fordi informantene ikke hadde så mye ledig tid. Selve intervjuprosessen foregikk derfor i en prosess på over to måneder. Gjennomføringstiden i alt på intervjuene har dermed vært svært tidkrevende.

For å registrere det kvalitative datamaterialet som kom inn underveis i intervjuet valgte jeg å bruke en båndopptaker for å registrere alt av informasjon fra informanten. Dette var for å sikre mest mulig riktig og nøyaktig informasjon så jeg senere kunne skrive ned intervjuet og gjøre en mest mulig korrekt analyse av informasjonen. Båndopptakeren gjorde det også mulig for meg å fokusere mer på øyekontakt mot informanten og tilstedeværelse i intervjuet. Informanten ble informert om rettighetene i forhold til bruken etter de etiske retningslinjene fra ESOMAR (European Society of Opinion and Marketing Research som omfatter blant annet: Anonymitet, Frivillighet, beskjed om observasjon eller opptak, og senere bruk av lyd- og videoopptak (Asheim og Grennes 2008:89).

4.2 Valg av respondenter

Jeg ønsket å gjennomføre 10 intervjuer av ansatte som jobber ved kreftavdelinger ved Sykehuset i Vestfold. Jeg ble også anbefalt hvem jeg burde snakke med angående oppgaven av informantene underveis, og det var disse jeg videre fikk intervjuet. Det var svært vanskelig å få tak i ansatte som hadde tid, da alle var svært opptatt ved avdelingen, så jeg endte opp med 8 informanter; 3 seksjonsoverleger og 5 sykepleiere (3 av sykepleierne jobbet også som seksjonsledere ved avdelingene), fordelt på nevrologisk avdeling, hematologiavdeling, onkologisk avdeling, og gastro kirurgisk avdeling. Dette er nesten alle avdelingene som behandler kreft, bare lungeavdelingen gjensto, men de hadde ikke tid til å la seg intervjuet.

Tabell 1 Oversikt over informantenes fagbakgrunn og kjønn

Informant 1	Seksjonsoverlege	Mann
Informant 2	Sykepleier	Kvinne
Informant 3	Seksjonsleder/ Sykepleier	Kvinne
Informant 4	Seksjonsleder/ Sykepleier	Kvinne
Informant 5	Seksjonsoverlege	Mann
Informant 6	Assisterende seksjonsleder/Sykepleier	Kvinne
Informant 7	Seksjonsoverlege	Mann
Informant 8	Sykepleier	Kvinne

4.3 Gjennomføringen av intervjuene

Jeg tok selv kontakt med respondentene via email, der jeg presenterte meg selv og presenterte formålet med undersøkelsen. Det var ikke lett å få tak i alle de jeg ønsket å intervjuet, og det tok lang tid å få svar på noen av henvendelsene. Respondentene som var vanskelig å få tak i per email, kontaktet jeg også på telefon. Det fungerte litt bedre, og jeg fikk avtalt sted og

tidspunkt omgående. Siden respondentene som ønsket å la seg intervjuet hadde et tett program, så måtte jeg være fleksibel i henhold til når intervjuene kunne utføres. Intervjuprosessen tok derfor mye lengre tid enn det jeg hadde lagt opp som mål for undersøkelsen.

De individuelle intervjuene ble gjennomført på respondentenes arbeidsplass. Respondentene virket veldig positive til undersøkelsen, og jeg opplevde selve intervjuene som en hyggelig samtale som også var preget av sterke meninger og argumenter. Alle respondentene hadde forskjellige synspunkter på noen av temaene, og det var interessant og nødvendig å kunne følge opp spørsmålene med probing underveis. På denne måten fungerte intervjuguiden som et semi-strukturert intervju, der jeg underveis i intervjuet supplerte med flere spørsmål der jeg ønsket mer utdypning. Hos noen av respondentene trengte jeg mange oppfølgingsspørsmål, mens andre var veldig flinke til å snakke, så jeg fikk mer informasjon enn jeg opprinnelig hadde tenkt. Derfor varierte tiden på intervjuene alt fra 30 minutter til over en time, der de fleste intervjuene tok ca en time.

4.4 Dataanalyse

Dataanalyse defineres som ”systematisering av data slik at eventuelle mønstre og strukturer trer frem” Analysen innebærer både sortering og drøfting av data (Askheim & Grennes 2008:142).

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd slik at uttalelsene til respondentene ble gjengitt nøyaktig og riktig videre i analysearbeidet. Jeg hadde på forhånd utarbeidet en tabell med de ulike temaene fra intervjuguiden, som jeg brukte for å strukturere og sortere svarene fra respondentene. Jeg fylte ut hvert intervju i hver sin tabell for lettere å kunne sammenligne svarene og finne mulige homogene og heterogene mønstre og problemer innenfor temaene. På denne måten ble de ulike delene studert, gransket, sammenlignet, vurdert og slått sammen.

4.5 Vurdering av validitet og reliabilitet

Ved reliabilitet og validitet så dreier det seg om resultatene er gyldige, og om de er til å stole på.

Reliabilitet brukes om en målemetodes grad av konsistens og stabilitet i målingene.

Reliabiliteten knytter seg til undersøkelsens data; hvilke data som brukes, måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides. Ved reliabilitet tenker man først og fremst på

undersøkelsens reproduserbarhet; Hvordan en forsker som gjør en tilsvarende oppgave oppnår de samme resultatene. Dette inngår i kravet om etterprøvbarehet. For å sikre påliteligheten er det i denne oppgaven nødvendig med strukturerte og standardiserte måleinstrumenter, forskerens objektive posisjon og fokus på representative utvalg (<http://snl.no/reliabilitet>). I denne oppgaven har jeg intervjuet 8 informanter som er relativt få informanter, men der mye av informasjonen som har kommet frem gjennom intervjuemaene har vært av samme mening mellom informantene. Det har også kommet frem heterogene meninger, men det har da vært meninger mellom ulike avdelinger. Den informasjonen som er hentet inn er tatt opp på bånd og transkribert nøyaktig etter informantenes uttalelser. Det gir undersøkelsen god reliabilitet, slik at en forsker som hadde gjort den samme undersøkelsen på de samme informantene ville fått det samme resultatet.

Validitet i denne sammenheng betyr om man har målt det som var hensikten å måle, om resultatene er gyldige. Det er her viktig at resultatene reflekterer formålet med undersøkelsen og faktisk avspeiler de fenomener eller variabler vi er interessert i. I kvalitativ forskning kan man evaluere undersøkelsens validitet ved å vurdere dens "face validity" som Askheim & Grenness (2008) forklarer det. Det dreier seg om hvor tillitsvekkende undersøkelsen virker. Det er derfor viktig at det er en sammenheng mellom problemstilling, valgt metode, gjennomføring og resultatene som er kommet frem (Askheim & Grennes 2008). Dette har jeg i undersøkelsen hele tiden prøvd å fokusere på underveis for å holde meg på rett spor i utformingen av oppgaven, og tilslutt for at oppgaven skal vise det jeg ønsker å få frem på en helhetlig og strukturert måte.

5 Presentasjon av funn

Temaene jeg har valgt å presentere er temaer som har vært mye omtalt, og som er viktige i forhold til den politiske hensikten ved sykehusreformen og hvordan det har forandret kreftomsorgen ved Sykehuset i Vestfold. Det er temaer som påvirker de ansatte, brukerne og pasientene, samt kvaliteten på helsetjenestene. Jeg har valgt å presentere mine funn i forhold til min problemstilling, og temaene blir derfor presentert i denne rekkefølgen:

5.1 Informantenes syn på rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen

Jeg vil i denne delen berøre informantenes syn på rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen, og hvorvidt de synes de blir hørt av ledelsen og/eller toppledelsen. Jeg vil også finne ut hvorvidt de ansatte opplever at det er klarere ansvarslinjer ved avdelingen.

5.2 Hvilke utfordringer opplever informantene ved avdelingen som påvirker motivasjonen negativt

I denne delen vil jeg gjengi hvilke utfordringer den ansatte har ved avdelingen, og hva som preger motivasjonen til informantene negativt. Jeg vil deretter videreformidle deres mening om hva som kan endres for å øke kvaliteten i helsetjenesten og deres jobbtilfredsheten. Dette er viktig for å identifisere eventuelle tiltak til forbedringer for helsetjenesten og den ansatte.

5.3 De ansattes syn på om effektiviteten i antall behandlinger har økt etter sykehusreformen

Under dette punktet vil jeg redegjøre for den ansattes vurdering av effektiviteten i antall behandlinger, og om det har ført til en effektivisering som var en av hensiktene ved innføringen av sykehusreformen.

5.4 Informantenes vurdering av måten ressursene blir utnyttet på og svakhetene ved ressursene

I dette kapitlet vil jeg få frem de ansattes vurdering av hvordan ressursene brukes ved avdelingen, og hvilke utfordringer de har som kan gå utover måten optimal ressurs utnyttelse.

5.5 Informantenes vurderinger av utfordringene med IT- systemene

Jeg vil i denne delen viderefremde de ansattes erfaring med bruken av IT- systemene, og hva de mener er svakheter og utfordringer når det gjelder systemet. Et godt IT- system kan effektivisere mange av rutinene, og ikke minst for avvik, rapporteringer og pasientjournaler. Det er derfor viktig å se på hvordan IT- systemet preger kvaliteten på helsetjenesten, og hva de ansatte mener kunne vært bedre for å avdekke områder som kan forbedres.

5.6 Informantenes syn på rapporteringer og avvik

I denne delen vil jeg berøre de ansattes personlige erfaringer rundt rapporteringer og avvik ved avdelingen, og på hvilken måte det preger deres hverdag og gjøremål ved avdelingen. Dette er for å få frem hva de ansatte ser på som utfordringer rundt rapporteringer og avvik i forhold til deres rolle, og hva som etter deres mening kunne vært gjort annerledes.

5.7 Informantenes vurdering av finansieringssystemet

Under dette punktet vil jeg få frem om pasientene favoriseres i inntektssystemet, siden dette har vært et omdiskutert tema i mediene. Jeg vil også få frem de ansattes vurdering av om finansieringssystemet påvirker effektiviteten og eventuelt økonomistyringen i avdelingen.

5.8 Informantenes syn på hvordan rammevilkår påvirker prioriteringene ved avdelingen

I denne delen vil jeg få frem informantenes erfaring av hvordan rammevilkår som økonomi, personell, utstyr og diverse påvirker prioriteringene de tar ved avdelingen, samt pasientprioriteringer.

5.9 Informantenes vurdering av kvaliteten i behandlingen nå i forhold til før reformen

Jeg vil i denne delen få frem de ansattes egne meninger om hvordan de opplever kvaliteten i kreftbehandlingen nå etter reformen, og om det har blitt bedre eller dårligere. Dessuten hva som preger kvaliteten negativt for å få frem hvilke områder som kan forbedres for å kunne øke kvaliteten.

5.1 Informantenes syn på rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen

I dette kapitlet ønsker jeg å redegjøre for hva informantene har svart i forhold til deres syn på rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen, og hvorvidt de føler de blir hørt av ledelsen/topplederen. Bakgrunnen for dette spørsmålet er å få frem erfaringer og synspunkter på endringene i rolle og ledelse og hvordan det påvirker de ansatte i hverdagen og kvaliteten på helsetjenestene.

Informant 1 som er seksjonsoverlege mente at den viktigste forskjellen var den økonomiske målstyringen som har blitt mye viktigere enn andre ting, og at ansvarslinjene ved avdelingen har blitt mindre klare nå enn før reformen.

Han mener at det som kunne vært gjort annerledes er koblingen mellom pasient og behandler:

”Det blir lagt altfor lite vekt på å løse oppgavene knyttet til pasient og behandler i forhold til det økonomiske. Et eksempel er nå de to-tre siste gangene jeg har blitt kalt inn på ledelsesseminar , hvor det eneste punktet på agendaen er hvor mye vi skal spare og hvordan vi skal få til det. Det blir ikke diskutert andre temaer i det hele tatt.”

Informanten mener det skulle vært mer fokus på blant annet hva de skal gjøre med ventelistene, rekruttering og hvordan prosessene skal kunne fungere i avdelingen.

Informanten mener også at involveringen fra ledelsen har forandret seg:

”Det har blitt mye mindre kontakt, spesielt til legegruppen enn det var før. Før var direktørene på fredagsmøtene hver uke og fulgte med litt. Mens nåværende direktør er aldri her. Alle ting som angår oss skal løses i klinikkene, men der er det ikke riktig sted å gjøre det.”

Informant 5 som er seksjonsoverlege uttrykker det slik:

”Det har blitt veldig mange etasjer over. Før var det sånn at selv på store sykehus så hadde du mer nærhet til ledelsen. Nå vil man i liten grad forsøke å nå frem, man tror ikke man når frem i tjenesteveien.”

Begge informantene gir uttrykk for at de er misfornøyd med denne ordningen, der den ene seksjonsoverlegen viser en enda mer tydelig frustrasjon over håpløsheten der saker bare kan behandles internt i avdelingen, noe som han sier går veldig utover jobbtilfredsheten.

Informant 8 som er sykepleier merket at det nå var flere nivåer og endringer som de måtte forholde seg til og uttrykte dette med:

”Det har blitt flere nivåer, og de øverste nivåene over avdelingslederne de hører vi lite til, vi bare merker at det blir satt regler og forandringer som vi må forholde oss til.”

Hun føler også at lederne jobber mer for seg selv enn i samarbeid med sykepleierne, og skulle ønske dette var annerledes da de som sykepleiere ikke får noe tilbakemelding på arbeidet de gjør.

Det kan virke som at informant 8 og 2, som begge er sykepleiere, har det samme synet på ledelsen.

Informant 2 uttrykker dette:

”Alt er blitt mye større, det er nok den største forskjellen, og ledelsen har blitt noe perifer, det er en stor forskjell. Jeg tror ledelsen har endret seg til å bli mer utad og mindre innad.”

Hun skulle ønske de jobbet tettere med ledelsen slik at det ble mere samordninger.

Informant 4 som er seksjonsleder med sykepleier bakgrunn, uttrykker at den største forskjellen er at de har fått en mer ensartet målsetting for driften, der det skal være et relativt likt tilbud i Norge. Oppdragsmandatet har i tillegg blitt mye mer tydelig, samtidig som ansvarslinjene mellom avdelingene også har blitt tydeligere.

Informanten mener også at det de har nå er mye mer ryddig enn det de hadde før, men mener at det ikke er gjennomført enhetlig ledelse;

”Jeg tenker at det ikke har vært gjennomført dette med enhetlig ledelse. Vi har søyler som er delt inn i medisinskfaglig og sykepleie. Det er enhetlig på et vist nivå men det er først på kirurgisk klinikk, og tror nok det er på et høyere nivå enn det intensjonen var. Dette tror jeg er et forbedringsområde. Jeg tror på enhetlig ledelse, men det trenger ikke være så høyt opp.”

Informantene 7, 6 og 3 nevner alle det samme om forskjellen på eierstyring, organisering og strukturer der det er mye mer forpliktelser ovenfor eierne og hva som skal leveres av styringsmekanismer som er lagt inn.

Når jeg spurte informantene om de ble hørt av ledelsen/toppledelsen var det bare informant 4 og 6 som uttrykte at de følte de ble hørt av toppledelsen.

Informant 4 uttrykker det slikt:

”Ja jeg føler virkelig at jeg blir hørt. Det er nok fordi Vestfold er et kreftsatsingsområde, og har vært det i 5 år. Vi har fått en mer profesjonell organisasjon enn for 10 år siden. Jeg kan føle at det tar litt tid å få gjennom saker, at det skal gjennom flere ledd, men jeg opplever å bli hørt.”

Mitt helhetsinntrykk av informantenes syn på denne problemstillingen er at det er en klar overvekt som føler at de ikke blir involvert eller hørt på av toppledelsen. Informantene som er ledere ved onkologisk avdeling, som kun jobber med kreftpasienter, er mer positiv til endringene og mener de blir hørt av toppledelsen. Jeg tolker det som at denne avdelingen blir mer prioritert og satset på i forhold til de andre avdelingene.

Mange av informantene nevner at de merker at det er lang vei til toppledelsen, og de føler seg lite involvert i endringer som blir foretatt ved avdelingen. Det har også blitt mer forpliktelser ovenfor eierne og hva som skal leveres av styringsmekanismer, der en av informantene uttrykker hvordan den økonomiske målstyringen har blitt mye viktigere enn andre ting. Dette går tydeligvis utover jobbtilfredsheten til den ansatte.

5.2 Hvilke utfordringer opplever informantene ved avdelingen som påvirker motivasjonen negativt

Dette kapitlet bygger litt videre på det forrige kapitlet, men går mer i dybden på hva som virkelig virker demotiverende for den ansatte ved avdelingen, og hva de ansatte ønsker skulle vært gjort annerledes for å bedre situasjonen. Jeg vil deretter viderefremidle deres mening om hva som kan endres for å øke kvaliteten i helsetjenesten og deres jobbtilfredsheten. Dette er viktig for å identifisere eventuelle tiltak til forbedringer for helsetjenesten og for den ansatte.

Da jeg spurte informantene om hva som påvirker motivasjonen negativt i arbeidet kom det frem flere ulike synspunkter på dette.

Informant 5 mente at det har blitt så byråkratisk, mer regler, prosedyrer og mye mer kontroll;

”Det er ikke alltid vi vet hva vi blir kontrollert på, vi får ikke vite resultatet av det, og noen ganger har jeg oppdaget helt tilfeldig hva vi har blitt kontrollert på, og da har jeg sett at de som har kontrollert har trukket konklusjoner av det som ikke har vært riktig”

De ble på avdelingen både kontrollert av nav systemet, helfo og utdanningsinstitusjoner. Informanten synes ikke noe om måten dette ble gjort på ved avdelingen, og var tydelig misfornøyd med denne ordningen, noe han argumenterte med at var svært irriterende.

Informant 1 mente mangelen på involvering når det innføres andre metoder å jobbe på påvirket motivasjonen svært negativt. Han uttrykker dette:

”Det er først og fremst at det er innført måter å jobbe på som vi mener ikke er faglig riktig, at vi ikke blir involvert på forhånd. Så hvis vi har motforestillinger så blir vi møtt med å ikke diskutere det fordi beslutningene er tatt. Så man ser at det er en viss flukt med fagfolk, og det er mye av akkurat det.”

Informanten forklarte videre at det var grunnen til at han og flere ved samme avdeling nå sluttet i protest. Han var svært misfornøyd med hvordan han som ansatt og de andre ansatte ved avdelingen ble behandlet av øvre nivåer. Informanten mente at de som faglige ansatte visste bedre hva som fungerte best i praksis, men dette ble de ikke hørt på. Han forklarte videre at den øverste ledelsen ikke brydde seg om faglig dyktige ansatte som hadde vært der i mange år sluttet. De argumenterte bare med at da ansetter vi bare andre. Han som ansatt ved avdelingen følte at han ble dårlig behandlet og ikke ivaretatt som arbeidstaker. Han forklarte også videre at det kun var to ansatte på HR avdelingen ved helseforetaket, som heller ikke var gode til å lytte til den ansatte.

Han uttrykte videre at arbeidsmengden ikke stod i forhold til ressursene de hadde:

”Arbeidsmengden skulle stått til ressursene, som er bestillingene og forventningene, at de er riktige i forhold til det vi realistisk kan få til, og at vi blir hørt mer på når det gjelder hvordan vi skal jobbe.”

Overlegen forklarte videre at de som fagfolk vet best hvordan de utfører oppgavene sine, men det var veldig utbredt nå at det var andre som trodde de viste bedre enn dem. Det påvirket jobbtilfredsheten hans veldig.

Samme informant sier:

”Vi føler at våre nærmeste ledere i stor grad får i oppdrag å gjøre ting som de bare må svare på, hvor de ofte gir uttrykk for at de ikke er enige selv, men som de må gjøre likevel.”

Informant 4 mente det var for mange oppgaver nå i forhold til før sykehusreformen:

”Det er for mange oppgaver. Jeg mener det er måten man organiserer på, når jeg som nærmeste fagansvarlig sitter med 50 ansatte og fullt utviklingsansvar med alt som skjer innen kreft, så skjer det mye. Jeg sitter i 10 prosjekter, og det går ikke i hop. Det er en stor rolle. Slik som sykehuset har sin ledelsesstruktur per nå så er det sånn det er. Det tenker jeg er med på at jeg ikke klarer å sitte her om 5 år.”

Informanten mente det å ha 50 ansatte er for mye både for lederen og den ansatte, og skulle ønske det var flere ledere fordelt på de ansatte, slik at lederen kom nærmere de ansatte.

Informanten opplevde det som veldig krevende slik ordningen var nå, men den indre motivasjonen var så stor at informanten valgte å fortsette:

”Jeg har et personlig engasjement i å utvikle best mulig tilbud til kreftpasienter. Den indre motivasjonen har gjort at jeg har jobbet med dette i over 20 år, og at jeg fortsatt ønsker å jobbe med det.”

Samme informant mente også at enhetlig ledelse som ikke er ordentlig innført påvirket motivasjonen negativt, hvilket informanten mente bidro til å gjøre prosessen enda tyngre enn den hadde trengt å være:

”Når det gjelder ledelsesstrukturer så tar endringer i helseforetaket altfor lang tid. Det tror jeg er fordi når man ikke har ordentlig reel enhetlig ledelse så er det så mange muligheter til ikke å gjøre det en skal, og at diskusjoner blir tatt så høyt oppe før det implementeres, det er så mange ledd. Det hadde vært bedre og hatt enhetlig ledelse på et lavere nivå.”

Informant 6 mente innsparringstiltakene ved avdelingen påvirket motivasjonen negativt:

”Vi føler vi balanserer på en smertegrense i forhold til innsparingstiltakene, selv om vi går med overskudd så får vi flere innsparingstiltak. Det er demotiverende at man ikke får tid til så mye fag, men hele tiden må se på det organisatoriske og drive mest mulig rasjonelt. Jeg kunne vel ønske at vi kunne drive mer med fag og forskning innimellom.”

Informant 3 mente stram detaljstyring nedover lammet kreativitet, personlig engasjement og initiativ.

Informant 7 som er seksjonsoverlege mente det som påvirket motivasjonen negativt var på dager der det var mye å gjøre slik at man ikke følte at man strakk til. Også det at budsjettet pekte i negativ retning var demotiverende, da informanten følte det ble gjort en like god jobb nå som i 2012 da økonomien var bra.

Samme informanten gav uttrykk for dette da jeg spurte hva som kunne øke hans jobbtilfredshet:

” Det ville være å få en kollega, det ville bedret miljøet betraktelig, og få være med på faglige møter på klinikken, og drive undervisning internt i seksjonen og veiledning av leger som er under spesialisering, og stimulere hverandre faglig. Når man er flere hoder så er det større mulighet for å ta de beste beslutningene.”

Informanten følte seg presset i travle situasjoner siden han var den eneste ved avdelingen som hadde den spesialiseringen som overlege. Han uttrykte veldig behovet for en kollega til med samme spesialisering, noe som ville bidra til å øke kvaliteten på behandlingene. Informanten hadde tatt dette opp med ledelsen, og ble dette innfridd av ledelsen, så ville han føle at han endelig ble hørt.

Informanten uttrykte også dette:

”Det er viktig at de ansatte er motiverte, som igjen vil gi best resultat”

Informant 2 mente at de organisatoriske endringene var demotiverende på den måten at de fikk nye systemer å forholde seg til uten at det ble implementert godt nok. Informanten mente også at det ikke ble gitt god nok opplæring i systemene.

Hun uttrykte også dette da jeg spurte henne om hva som kunne bidra til å øke jobbtilfredsheten:

”Det måtte vært samarbeid med ledelsen, at det hadde vært tettere og at man hadde større sikkerhet med at det en driver med er det riktige.”

Informant 8 uttrykte:

”Det har blitt mer ubekvemme vakter og vanskeligere å ta ferie når man vil. Vi føler vi må jobbe veldig mye med rettighetene våre, at de utnytter reglene til det minste.”

Informanten forklarte videre hvordan ting hadde blitt verre. At de ble presset mer. Avdelingen må også ta inn pasienter fra helt andre avdelinger som de ikke har så mye kunnskap om. Informanten følte at de ble mer verdsatt før og ikke utnyttet som de gjør i dag. Informanten ønsket også et tettere samarbeid med ledelsen.

Alle informantene svarte at det var selve faget og det å hjelpe mennesker som motiverte dem mest til å utføre selv arbeidet. Den indre motivasjonen er sterk blant de fleste ansatte, men en av informantene kommenterer at hun ikke tror hun klarer å jobbe i så mange år med slik press.

Mitt helhetsinntrykk av informantenes syn på dette spørsmålet er at de ansatte ikke blir tatt nok vare på som arbeidstakere ved helseforetaket. Den politiske styringen med nye systemer, kontroll og stramt budsjett er med på å påvirke motivasjonen negativt. De fleste ansatte føler seg ikke nok verdsatt, og det er få tilbakemeldinger og lite involvering fra ledelsen.

Helseforetaket har i tillegg til dette en HR avdeling med kun to ansatte fordelt på 5200 ansatte (no.wikipedia.org). Noe informant 1 kommenterte som en stor svakhet, i tillegg til at HR avdelingen ikke var flinke til å lytte til den ansatte.

Fokuset på det organisatoriske og det å drive rasjonelt fører til mindre forskning og bruken av faget.

5.3 De ansattes syn på om effektiviteten i antall behandlinger har økt etter sykehusreformen

Under dette punktet vil jeg redegjøre for den ansattes vurdering av effektiviteten i behandlinger, og om det har ført til en effektivisering som var en av hensiktene ved innføringen av sykehusreformen.

En av informantene som er overlege uttrykker det slik:

”Er man oftere inne enn før, eller om man virkelig behandler flere, det er vanskelig å si. Det er klart vi sprenger rammene mer enn før på en del punkter, på den andre siden så er det områder hvor vi er mindre effektive enn vi har vært før. De sier jo at ventetidene har gått ned, men min erfaring og inntrykk er at det ikke er tilfelle. Det er flere nå som venter på behandling enn på veldig lenge, så hvordan det samsvarer med at ventetiden har gått ned, det har jeg vanskelig for å forstå. Jeg synes ikke vi jobber mer ”myldere” nå enn før for å si det sånn, hvis det er det som er målet.”

En annen informant som er seksjonsleder (sykepleier) argumenterer for at de har en stor økning i antall kreftkurer, som har steget fra år til år. Informanten mener det nå er en smerteterskel på hvor mye de klarer å jobbe tverrfaglig og som team rundt pasienten nå som det er så mange pasienter, samtidig som de ikke har et lokale som er så veldig godt egnet for driften de gjør. Informanten mener dette kan redusere kvaliteten en del.

En annen informant som er seksjonsoverlege kommenterte det slik:

”Jeg tror vi behandler mer, og er mer presset tidsmessig. Det gjøres arbeidsmiljøundersøkelser og det er mange som føler at de er presset på tid. Før var det ikke så mange pasienter om dagen på en poliklinikk, så da hadde vi bedre tid til å slå opp i bøker, og drøfte med hverandre og sjekke ting om igjen.”

En annen informant som også er seksjonsoverlege mener at effektiviteten har økt samtidig som de har fått bedre tilpassede datajournaler og systemer der DIPS har styrket kvaliteten og gitt bedre behandlinger:

”Den behandlingen vi kan tilby pasienten forlenger livet også, det er stadig mer behandlingsmetoder som gjør at pasienten lever lengre og noen blir helt friske. Alle disse pasientene må følges opp på poliklinikken, så det blir mer trykk, i og med at befolkningen øker, og levetiden øker.”

Samme informant nevnte også tidspresset ved avdelingen, der han alene hadde spesialisering som overlege ved avdelingen.

En annen informant som er sykepleier uttrykker det slik:

”Nå har jeg ikke noen tall, men det skal til enhver tid være fullt. Vi må i tillegg ta inn pasienter fra flere avdelinger for at det skal være fullt her. Og det har vært snakk om at hvis vi ikke tar imot pasienter fra andre avdelinger så kan vi risikere at sengetallet blir redusert.”

Sykepleieren forklarer også videre fra de var svært presset på tid og at de ikke hadde den rette fagkunnskapen til å ta seg riktig av de pasientene som kommer fra andre avdelinger. Det kan tolkes som at helseforetaket ikke har den riktige kapasiteten og ressursene til å ta seg av flere pasienter, når de samtidig øker effektiviteten i behandlinger.

Hovedinntrykket jeg har etter å ha snakket med informantene, er at de fleste mener at effektiviteten i antall pasienter som behandles har økt. Men samtidig er de ansatte blitt presset så tidsmessig at kvaliteten ikke nødvendigvis har økt i behandlingen, ettersom man får mindre tid til hver pasient. Legene argumenterer også med at de heller ikke får tid til å fordype seg eller diskutere med kolleger rundt utfordrende pasienter.

Informant 1 er usikker på om effektiviteten har økt og argumenterer for at ventelistene ikke har gått ned, og det er områder de har blitt mindre effektive på.

5.4 Informantenes vurdering av måten ressursene blir utnyttet på og svakhetene ved ressursene

I denne delen vil jeg få frem de ansattes mening og erfaring av hvordan ressursene blir utnyttet. Dette er viktig for å avdekke sløsing og forbedringsområder der det måtte forekomme. Dette er også et interessant område å se på siden det påvirker de ansattes hverdag på godt og ondt, i tillegg til målene når det gjelder effektivisering, kvalitet og budsjettstyring som var noen av de viktigste politiske målsettingene ved innføringen av reformen.

Informant 7 mente avdelingen var veldig opptatt av kvalitet og kommenterte følgende:

”Man er veldig opptatt av pasientkvalitet, at pasienten får den behandlingen han har krav på, ja og at de følges opp på forsvarlig måte. Så man har mange parametre å følge, for eksempel

hver lege må signere blodprøvesvar innen 14 dager. Man har mange harde dataer på kvalitet, det følger ledelsen veldig med på, hvis ting ikke går som forventet så gir de tilbakemelding til den enkelte.

Samme informanten kommenterte at svakhetene med utnyttelsen av ressursene var at man ikke fikk utnyttet ressursene man ønsket. Med dette mente han blant annet at avdelingen krevde døgnbemanning, der mange ansatte går nattvakt som fører til at de blir mindre tilgjengelig på dagtid. Dette argumenterte han med som et problem.

Informant 5 meddelte at de forsøker å fordele oppgavene likt. Informanten mener at det er så mye som er lovbestemt der arbeidsmiljøloven setter grenser for hvor mye de kan jobbe av gangen. Han argumenterte følgende:

”Vi hadde lengre sammenhengende jobbing før, og nå når man kutter sånn ned på hva som er lovlig, så får man mindre kontinuitet.”

Informanten forklarte videre at den som har jobbet hele dagen og ettermiddagen hadde mest oversikt og hadde tatt imot de nye pasientene. Videre må den ansatte avløses av en annen som ikke har full oversikt, slik at pasienten ikke får den legen som undersøkte ham først.

Informant 2 mente at ressursene ikke ble brukt optimalt og kommenterte følgende:

”Grunnen er at aktiviteten i hverdagen spiser opp, og jeg tror det er mye kunnskap i personalgruppa som ikke blir brukt.”

Det informanten mener her er at arbeidsoppgavene krever alt av tiden de har til disposisjon, som gjør at de ikke får brukt den faglige kunnskapen de sitter med som ansatte ved avdelingen.

Informant 6 argumenterer med det høye arbeidstempoet og ingen ventetid ved avdelingen:

”Det er veldig høyt arbeidstempo her, så jeg føler ikke at det er noe slingring. Sånn som det er hos oss så er det ingen ventetid. Så kanskje det at vi skal sikre at vi skal drive en lik og

helhetlig behandling av pasientene, der har vi nok litt å gå på og dette er det vi prøver å jobbe med i et prosjekt nå.”

Informanten forklarte videre at grunnen til denne svakheten var den store pågangen av pasienter som skal ha behandling, i tillegg til at det kom nye stoffer som krevde overvåking og som krevde helt andre ressurser fra både sykepleien og legetjenesten. Det manglet også sengeplasser og utstyr ved avdelingen som pumper og stativer på grunn av den store pasientøkningen. Dette fører til at de må låne utstyr i andre avdelinger, som igjen fører til ventetid for pasienten:

”Noen ganger må vi si til pasienten at de må vente litt, eller at de må gå bort til kantinen og ta en kopp kaffe først for stolen er ikke ledig enda. Folk tar det med godt humør, men det er ikke optimalt selvfølgelig.”

Informant 1 var ikke helt sikker på om ressursene ble utnyttet optimalt:

”De gjør jo en del ting for at ressursene skal bli utnyttet optimalt, men jeg er ikke helt sikker på at det er det som er resultatet. Vi hadde en omorganisering av sengepostene der de blandet forskjellige pasientgrupper hos oss for noen år siden, og dem protesterte vi mot til ingen nytte som vanlig. Det medførte etter vår mening dårligere behandling fordi sykepleierne var ukjent med den type pasientbehandling de ble satt til å ivareta. Og rutiner som vi trodde var innarbeidet funket jo ikke med de. Det ble også mindre effektivt etter at pasientene ble spredd. Vi har egentlig 31 senger med opptil 60 pasienter som da ble spredd på andre avdelinger.”

Informant 4 mente det var mye mer samarbeid mellom seksjonene, der man ser på ressursene på alle steder samtidig. Informanten mente det var gjort mye i forhold til personalressursene. Budsjettet var også blitt kvalitativt bedre enn før. Informanten forklarer videre:

”Prosessene rundt budsjettene er helt annerledes. Før var det mye historikk og budsjett som lå i seksjonens budsjett, nå går man mye mer inn i budsjettene for fordeling både på inntekt- og utgiftside. Så er det på koding og taksting der det er jobbet mye for å få inntekter på uansett hva vi gjør. Større fokus på å takste riktig, ikke gå over noen grenser. Det har gjort at økonomiske ressurser har blitt mye bedre.”

Informanten mente at forbedringene ved ressursene kunne ligge ved personalressursene, som var den høyeste utgiften ved helseforetaket:

”Det vi ikke gjør når vi lager bemanningsplanen vår lang tid i forveien så burde vi økt bemanningen vår der vi i snitt har større sykefravær, fordi da slipper vi å leie inn bemanningskraft når vi har høyt sykefravær. Da ville vi kunne spare ressurser.”

Samme informanten mente at det var vanskelig å lede i helsetjenester, noe som går ut over ressursene:

”Det er sterke personer, sterke personalgrupper, sterke profesjoner spesielt legetjenesten som har veldig autonomi, ingen skal lede legen. Der har man masse i forhold til ressurser.”

Ut ifra informantenes svar tolker jeg det som at effektivitet og ressurser henger mye sammen, der pasientpågangen går utover de ressursene de har, og der ressursene ikke strekker til for å imøtekomme effektiviteten i antall pasienter og behandlinger. Dette har ført til at ressursene ikke strekker til og mangel på sengeplasser. Dette går utover en av målsetningene til sykehusreformen om å drive enn lik og helhetlig behandling for pasienten. De ansatte uttrykker igjen at de føler seg presset på både tid og arbeidsoppgaver.

En av seksjonslederne mente også at det var vanskelig å lede i sykehusene som også går utover ressursene.

5.5 Informantenes vurderinger av utfordringene med IT systemene

Jeg vil i denne delen videreformidle de ansattes erfaring ved bruken av IT systemene, og hva de mener er svakheter og utfordringer når det gjelder systemet. Et godt IT system kan effektivisere mange av rutinene, og ikke minst for avvik, rapporteringer og pasientjournaler. Det er derfor viktig å se på hvordan IT systemet preger kvaliteten på helsetjenesten, og hva de ansatte mener kunne vært bedre for å avdekke områder som kan forbedres.

Informant 4 mente samhandlingen mellom sykehus og samarbeidspartnere fungerte dårlig:

”Det at ikke fastlege og pleie og omsorgsdelen ute i kommunene er på et felles kommuniserende system. Det fungerer kjempedårlig dette med medikamenter, og

medikamentlister mellom de samme samarbeidspartnerne. At per nå så har vi ikke et system der vi felles kan se hva pasienten går på av medisiner. Personvernlovgivningen setter også stengsler for en slik kommunikasjon, og jeg tror ikke pasienten er klar over dette. Det skjer vanvittig mye feil når det gjelder medikamenter i løpet av et år. Det går i høy grad utover kvaliteten på behandlingen.”

Informanten forklarer videre at den nest største gruppen med uønskede hendelser er fall og legemiddelfeil som gjelder samstemming av legemiddel-forskrift i eget hus, kommunen, hos fastlegen og sykepleien.

Informant 3 er ikke fornøyd med telenett linjen der informanten argumenterer for de ustabile leveransene både på telenettet og datasystemene:

”Noen ganger er det vanskelig å vite om det er selve IT systemet eller servicen fra de som skal levere nettet til oss. Sånn som jeg tror det er så er det hele sør-øst sin avtale med Telenor som er det mest kritiske, for de er ikke gode nok til å levere stabile linjer, responstiden er for lang og kapasiteten for dårlig. Det er en stor tidstyv og går utover kvaliteten fordi de tilgjengelige dataene ikke er tilgjengelige når vi trenger dem. Det er en kritisk faktor både for helsevesenet og økonomien.”

Informant 2 som er sykepleier mente også at systemet fungerer for langsomt, da informanten bruker mye tid på å vente. Informanten synes også at systemet er veldig omfattende:

”Det er forventet at vi til enhver tid skal gå inn og kvalitetssikre det vi driver ved å bruke IT, og det er litt i grenseland i forhold til sykepleiere, hvor vi tenker praksis arbeid. Vi bruker data, men for å kvalitetssikre mer det vi gjør så burde vi sitte mer ved skjermen, men da måtte det gå på bekostning av utøvelse på pasienten.”

Informanten forklarte videre at det kunne gå utover kvaliteten når kvalitetssystemet ikke ble brukt så mye, som førte til at de ikke fikk sjekket det de skulle undersøke i kvalitetssystemet.

Informant 5 som er seksjonsoverlege er også en av informantene som mener IT systemet fungerer tregt. Informanten synes også at systemet til dels er uoversiktlig:

”Hvis en pasient har vært innlagt mange ganger, da kan det bli side opp og side ned med datoer og avdelinger. Når man scroller gjennom det så ser man ikke nødvendigvis hva det er, så du må liksom inn i hvert dokument og det kan ta litt tid. Det kan gå fortere med papirjournal hvis man leter etter en bestemt ting.

Informanten synes også det er dårlig at de har outsourcet IT tjenesten slik at man ikke får så mye hjelp innad i sykehuset. Det fører til at de ikke får den hjelpen de må ha når de trenger den, noe informanten ikke synes er noe bra.

Informant 1 som er seksjonsoverlege mener det er en del ting som ikke er så bra med IT systemene:

”Vi synes fortsatt innloggingstiden er lang og det er fortsatt ikke integrerte programmer, som for eksempel DIPS og røntgenprogrammer. Hvis man kommer til å lukke det ene røntgenbildet så må man starte hele programmet igjen for eksempel. Også er det den pasientadministrative delen som vi må gjøre mye på egen hånd av. Der er det mange felter som er uhensiktsmessige som medfører unødvendig mange klikk, og høy risiko for å bruke feil felter, for det er mange flere felter i boksene som kan brukes i forhold til de du skal bruke. Så man må være detaljorientert og oppdatert på hvordan det skal brukes og det er det ingen som klarer egentlig, spesielt for nyansatte og folk som ikke er spesielt interesserte. Hos oss har de tatt bort hjelpeskjemaene for de som ikke føler de har kontroll på det og gjøre det selv elektronisk, for på en måte å tvinge de til å gjøre det elektronisk, mens andre avdelinger har ikke gjort slike tiltak da. Ellers er det den kliniske delen som også er dårlig, men der kommer det en oppdatering snart, og dips arena som det heter, så vi har noen forventninger til det, men jeg vet ikke om de vil bli innfridd enda. Både pasient og administrative siden så er det forespeilet noen forbedringer tidligst i 2014, man hva det går ut på vet jeg ingenting om. På pasient og administrative siden så hører vi om at de stadig vekk finner pasienter som mer eller mindre forsvinner i cyber space, og når de rydder ventelistene også dukker de samme pasientene opp på de samme ventelistene og skjønner ikke hvorfor de ikke er ryddet bort, at de kommer igjen. Og signering av prøvesvar fungerer relativt dårlig for der er det en del systemer som bokser hvor prøvesvar havner, for det første så er det mange som ikke vet om de boksene, og de som vet om de så er det uklart hvem som har ansvaret for å rydde opp der.”

Jeg spurte også informanten om signeringen inne i systemet, der noen leger venter med å signere for å ta vare på dokumentet, som igjen får klager på det:

”Vi hadde jo en sak her hvor vi fant ut at ledelsen hadde en ti på topp liste med leger og annet personell, men det var mest fokus på den legelista om de som hadde mest usignerte oppgaver i DIPS, sånn verstingliste som ledelsen skulle ha som oversikt over utfordringer, men den viste seg å være tilgjengelig for hvem som helst, bare de viste hvordan de skulle klikke seg inn dit. Og i første omgang synes de ikke det gjorde noen ting at de hadde en sånn liste. Vi synes det var veldig dårlig personal behandling, og dessuten viste det seg at mange av de som stod på den listen sto der uberettiget. Blant annet var det noen som hadde veldig mange kreftpasienter som hadde mange usignerte kreftmeldinger, det er jo ingen hastesak, men det ligger mange på enkelte og de havnet på den lista, at de hadde forsømt behandling liksom. Da var jo også prosjektet glemt av sykehuset som hadde den lista, så for de som klikket inn der trodde at det var årsaken til at folk ble glemt av sykehuset, men det hadde jo ikke noe med det å gjøre. Lista er der enda, men er gjort utilgjengelig for andre utenom de med en ledelsesfunksjon. Så de vil ikke fjerne den, de synes fortsatt det er et godt verktøy å ha i den forbindelse.”

Informant 8 som er sykepleier mente det var for få PCer, at vaktrommene var trange der de jobbet på PCer i tillegg til at det var mye støy. Det var også mange som brukte dem.

Informant 7 som er seksjonsoverlege mener det er kunnskapen og for dårlig opplæring som ikke er så bra, og det var det mange leger som klagde over. Men ellers var informanten veldig fornøyd med DIPS systemet:

”Vi får et introduksjonskurs, noen ikke, så DIPS systemet er utrolig bra. Men det har mange funksjoner som man lærer seg etter hvert som man bruker det, så kanskje man skulle fått mer oppfølging og pushing i starten som arbeidsgiver her.”

Informant 6 argumenterer for at ressursstyringen kunne vært bedre:

”Det er rett og slett teamboka vår. Det er dette med booking av ressurser. Det er ikke noen grense for det, så vi kan på en måte overbooke så mye vi har lyst. Vi prøver nå å lage en bedre struktur på programmet både for å fordele ressursene så jevnt som mulig, og fordi vi på en måte skal se hvor mye vi reelt sett har å gjøre til enhver tid. Så akkurat ressursstyringen kan bli bedre.”

Oppsummerende så mener de fleste informantene at IT systemene fungerer for tregt og er for uoversiktlige. Systemet mangler i tillegg integrerte systemer mellom avdelingene og for samarbeidspartnere, noe som igjen fører til store avvik på legemidler. Noen av informantene mener også at det burde vært mer opplæring i systemene. Sykepleierne føler heller ikke at de skal bruke så mye tid på data og kvalitetssystemer, når de tenker mer praksis arbeid.

Dette går en del på kulturen i avdelingen, og jeg tolker det også som at informantene ikke er så fornøyd med brukervennligheten av systemet, der skjemaer har for mange alternativer og er tungvinte å bruke. I tillegg så er hjelpeskjemaene for de ansatte fjernet slik at de ikke får hjelp til det de lurere på.

IT systemene fungerer helt klart ikke optimalt, og fører til mye feil og avvik. Sykehuset burde kanskje hatt en egen IT avdeling både for å hjelpe de ansatte, og for grundigere opplæring til de som måtte trenge det. Ved hjelp av hjelpeskjemaer så kunne sykehuset også kartlagt hvor det trengtes mer opplæring, og på den måten kunne imøtekomme de ansatte.

Det at ledelsen har en egen ver stingliste er dårlig personellbehandling, og bidrar til at de ansatte føler seg overvåket og kontrollert. Noe som heller ikke er bra for jobbtilfredsheten og motivasjonen for den enkelte ansatt.

5.6 Informantenes syn på rapporteringer og avvik

I denne delen vil jeg berøre de ansattes personlige erfaring rundt rapporteringer og avvik ved avdelingen, og på hvilken måte det preger deres hverdag og gjøremål ved avdelingen. Dette er viktig for å få frem hva de ansatte ser på som utfordringer ved rapporteringer og avvik i forhold til deres rolle, og hva som etter deres mening kan gjøres annerledes.

Informant 6 som er seksjonsleder forklarer at de rapporterer i informasjonssystemet DIPS. Der skriver de selvstendige rapporter som godkjennes av legen, der det også står om doser av cellegift og hva man har fått av behandling.

Når jeg spør om informanten bruker mye tid på rapporteringer uttrykker hun dette:

”Ja det tar tid, vi burde kanskje brukt enda mer tid spesielt på pleieplanene vår i poliklinikken. Det er en smerteterskel på hvor lang tid vi kan bruke på datamaskinen, for det stjeler tid fra pasienten.”

Informant 5 som er overlege opplever at det er mer rapporteringer, men sliter ikke med det personlig siden det er sekretæren ved avdelingen som gjør det. Informanten setter noen koder, men lurert selv på hvordan det blir rapportert videre.

Informant 2 som er sykepleier mener også at det er betydelig mer rapporteringer som går på samhandling og mener det er positivt:

”Jeg tenker det er positivt det man rapporterer og dokumenterer for å få helhet i behandlingen.”

Samme informant mener avvikssystemet blir brukt i noen grad:

”Det er kanskje en terskel for noen å melde, man burde nok hatt mer fokus på noen ting som man skal rapportere avvik på.”

Informant 7 som er overlege mener avviksregistreringene har blitt bedre de siste årene:

”Det er viktig å holde fokus på det, og registrere avvik når de oppstår. Og det å minne kollegene på det, at avvik og uønskede hendelser skal registreres. Det har blitt mye fokus de siste årene på å bruke det, og man har en egen kvalitetsgruppe som går gjennom avvik hver eneste måned. Det har bedret seg de siste årene.”

Informanten argumenterer med at han bruker mer tid på rapporteringer nå, ca 4 timer i uka, og at han synes det er nødvendig.

Informant 8 som er sykepleier mener at tid kan være et hinder når det gjelder rapporteringer:

”Et hinder med rapporteringer er at vi har liten tid, vi er veldig presset. Når vekten er slutt så orker vi ikke sette oss ned med et avvik, men da tar vi det neste dag.”

Informanten sier at det rapporteres mye på fall i forhold til hva det ble rapportert på tidligere. Hun synes til tider det kan være for mye å rapportere, og at de får en del klager fra kolleger på at det er for liten tid igjen til pasienter. Hun mener også at det går utover kvaliteten fordi de får mindre pasientkontakt.

Informant 3 som er seksjonsleder mener også at rapporteringene stjeler mye av tiden:

”Det er en tidstyv, men det betyr ikke at det ikke er bra. Men vi prøver å finne de rette områdene å rapportere på. Denne prosessen er under utvikling hele tiden, og jeg tror kvaliteten stiger hvis vi har mer spesifikke data å rapportere på.”

Informant 4 som også er seksjonsleder sier at hun rapporterer om økonomi, sykefravær, belegg og om spesielle utfordringer på avdelingen til avdelingssjefen. Hun uttrykker:

”Det har vært et stort fokus på økonomi som er veldig styrende. Nå går vår seksjon i balanse, så da slippes trykket på det. Vi må i mye større grad rapportere opp i systemet om alt mulig. Jeg vil si at før var det underskudd på rapporteringer, da rapporterte man ikke på noen ting. Men det skulle vært en mellomting mellom der.”

Hun forklarer videre at det gjør lederrollen hennes veldig utfordrende, og opplever hele tiden at tiden hennes blir spist opp. Hun uttrykker også:

”Vi rapporterer altfor mye i forhold til den strukturen vi er. Man får så mange administrative oppgaver og rapporteringer som først og fremst tar en helt annen plass i en lederjobb enn det det gjorde før. Man burde hatt mulighet til innimellom å jobbe med enkelt personell og ute sammen med personell, men det er det ikke mulighet til lenger.”

Hun mener videre at det skulle vært en helhetlig tanke på hva som skal rapporteres på, og hvem som skal rapportere på det. Hun sier også at de er pålagt å rapportere på sykefravær og økonomi, men at de burde rapportere mer på faglig kvalitet og kvalitetsindikatorer som det er lite fokus på.

Informant 1 som er overlege mener det blir rapportert altfor lite på feil grunnet dårlig kommunikasjon, og synes systemet gjør altfor lite for at man skal få en læringsprosess ut av det:

”Det skjer altfor lite, hvert enkelt avvik blir behandlet og gjort opp i en liten gruppe som de fleste ikke vet hva driver med, også blir det med det. Så blir det lukket på en eller annen måte uten at det gjøres noe mer for å se om man burde gjøre noen endringer for å unngå det.”

Overlegen forteller også at han har satt seg veldig inn i kvalitetsarbeid, og synes det er veldig overfladisk der:

”Og det har jeg inntrykk av at det er på alle nivåer. Avdeling kvalitet og klinikk og det øverste skadepasientutvalget synes jeg gjør for lite for å gå i dybden av ting.”

Når det gjelder meldingskulturen i avdelingen synes informanten dette er både og:

”Både og, i avdelingen så er det for så vidt det, men jeg har lagt merke til at hvis man melder ting som primært har skjedd i en annen avdeling enn i egen, så blir det ofte oppfattet at man anmelder andre. De kaller det at du sender avvik på oss sier de. Man blir uglesett hvis man gjør det. Men internt i avdelingen, og på seg selv, det går mye bedre. Det synes jeg er litt uheldig kultur.”

Informanten synes også at strukturen de har med fagsøylene kontor, sykepleier og lege gir en altfor separat behandling av kvalitetsarbeid, fordi kvalitetsrådene i hver yrkesgruppe samles kun på klinikk nivå:

”Jeg synes det blir for separat behandling, alt henger jo sammen hos oss, så jeg synes det blir dårlig kvalitetsarbeid i behandling i hver fagsøyle. Det er jo et team arbeid”

Informanten uttrykker at han heller ville hatt en avdeling som er samlet på et lavere nivå, som team. Og i stedet for kvalitetsråd som bare behandlet avvik, så ville han hatt ”Collaboration groups”, som han forklarte var forbedringsgrupper som både har oppgave å jobbe med avvik

og som også foreslo forbedringer, som han mente var det primære. Dette skulle være teambyggende der alle yrkesgrupper skulle deltatt i samme råd.

Når det gjaldt tiden som ble brukt på rapporteringer så mente informanten at det var nødvendig og vel anvendt tid. Men han merket at det var mindre tid til pasienten:

”Tidligere så hadde vi tid til å fordype oss mer i pasientene som det ble rapportert om, og vi hadde tid til å slippe turnuslegen til sine og rapportere for læring, og litt mer tid til å gå inn og diskutere pasienter som er vanskelige og utfordrende som vi ønsket å diskutere i plenum. Det er det jo mindre tid til. Alle andre ting skal i gang tidligere og fortære.”

Ut ifra de ansattes erfaringer fremstår det som at de fleste mener rapporteringene er nødvendig, men at de er så presset på tid at det blir mindre tid til annet som pasienter og personell når det skal rapporteres om alt mulig. Mange av de ansatte mener også at det rapporteres på for mye, at det i stedet skulle vært mer fokus på ting det burde rapporteres om, slik at det ble en helhetlig tanke på hva som skal rapporteres. En av seksjonslederne mente også at det skulle vært mer fokus på å rapportere på faglig kvalitet og kvalitetsindikatorer.

Når det gjelder avvik så rapporteres det for lite på feil grunnet kommunikasjon der også systemet gjør alt for lite for at de ansatte får en læringsprosess ut av det. Dette kom frem fra en av overlegene der jeg har valgt å trekke inn kommentaren hans engang til:

”Det skjer altfor lite, hvert enkelt avvik blir behandlet og gjort opp i en liten gruppe som de fleste ikke vet hva driver med, også blir det med det. Så blir det lukket på en eller annen måte uten at det gjøres noe mer for å se om man burde gjøre noen endringer for å unngå det.”

I tillegg til at fagsøylene behandler avvikene i hver fagsøyle så blir ikke kvalitetsarbeidet bra. Dette med tanke på at det ikke er innført enhetlig ledelse som kunne bidratt til å koordinere avviksbehandlingene bidrar også til dårlig kvalitetsarbeid da ikke avvikene blir tatt ordentlig tak i for at endringsprosesser skal kunne etableres, og for å kunne danne en læringsprosess for de ansatte.

Funnene i dette kapittelet bærer preg av at de ansatte synes det er for mye som må rapporteres på, slik at det blir mindre tid til pasient og personell. Samt at det ikke gjøres en lærerprosess av feilene/avvikene slik at feil ikke gjentaes.

5.7 Informantenes vurdering av finansieringssystemet

I dette kapitlet vil jeg få frem om pasientene favoriseres i inntektssystemet, og de ansattes synspunkter og vurdering av om finansieringssystemet påvirker effektiviteten og eventuelt økonomistyringen i avdelingen. Når jeg spør informantene om pasienter som er raskere å behandle favoriseres i inntektssystemet så er det ulike syn på dette.

Informant 1 mener dette er tilfelle:

”Om de er raskere å behandle vet jeg ikke, men at det er pasienter som favoriseres i inntektssystemet og derfor prioriteres opp det er jeg sikker på. Det er noen ganger tilsiktet og andre ganger ikke.”

Informanten kritiserer også DRG systemet:

”Den enkeltes enhets-aktivitet brukes de fleste steder der følgende DRG inntekt brukes som grunnlag for budsjett, og det blir feil for DRG satsene gjenspeiler ikke de reelle kostnadene, de er ikke så nøyaktige, det er naturlige variasjoner, og på øyeblikkelig hjelp siden er det enda mer variasjoner. Det gjør at det blir veldig kortsiktige tiltak og kortsiktige prioriteringer når det gjelder bemanning og drift. Forutsetningen for DRG systemet slik det er laget nå er at det skal være et grovmasket inntektssystem på RHF nivå. Så skal det budsjetteres som ramme ute i de enkelte foretak og spesielt ute i de enkelte avdelingene ut ifra driftsmessig behov og langsiktige planer, mens det skjer ikke, og det fører til mange feilbeslutninger.”

Informanten sier her at DRG- systemet ikke blir brukt slik det egentlig er laget, så DRG-satsene blir feil i forhold til de reelle kostnadene.

Informant 4 som er seksjonsleder ved den rene kreftavdelingen mener det ikke er noe problem:

”Nei, innenfor kreftpasienter så er det ingen problematikk. Du vil helt sikkert finne det innenfor store spesialiteter hvor det er store forskjeller. Men for kreftpasienter så har alle

pasienter full venteliste garanti, og ingen som blir skjøvet tilbake i køen fordi de ikke har en inntektsbringende diagnose.”

Informant 7 tror heller ikke at pasienter som er raskere å behandle favoriseres i inntektssystemet, men mener de som roper høyest får mest hjelp, og at de dårligste pasientene også prioriteres mest.

Det informanten synes er problematisk med finansieringssystemet er DRG- funksjonen:

”Det er ikke alt med DRG- systemet som er så veldig logisk. Det som er problematisk er at DRG- funksjonen endrer seg år til år, og i år var det en del av de diagnosekodene som ikke gav noe DRG, men det var noe feil i kodesystemet. Budsjettet til sykehuset blir påvirket negativt uforutsigbart. Det kan påvirke kvaliteten på helsetjenesten indirekte hvis ikke DRG gjenspeiler kostnaden til den faktiske behandlingen, og at vi dermed får mindre ressurser for å drive den behandlingen vi mener er forsvarlig. Da påvirker det pasienten.”

Informanten mener ikke at finansieringssystemet fører til økt effektivitet, og argumenterer med at han i det daglige ikke fokuserer på antall pasienter.

Informant 6 mener at pasientene ikke favoriseres i inntektssystemet, men mener tallene i avdelingen kommer dårlig ut uansett:

”Når det gjelder finansieringssystemet så kommer vi dårlig ut uansett. Kurene er så dyre, så det dekker ikke opp for vår reelle utgift. Sånn at det kan være med å se på at hvis vi finner en behandling som er like god og billigere så er det mulig vi gjør den. Finansieringen betyr jo mye for at vi skal holde planavtalene våre.”

Informant 5 mener heller ikke at pasientene favoriseres i inntektssystemet i deres avdeling. Informanten mener derimot at finansieringssystemet kan være en pådriver til økt effektivitet:

”Det er litt sånn på en måte. Jeg sitter ved poliklinikken og jobber. Så tenker jeg at jeg skal prøve å gjøre litt ekstra mye for å skaffe mer penger. La oss si jeg får 500 kroner for å ha en pasient her. Men de som sitter og regner takster, ser at antall polikliniske konsultasjoner har

gått opp. Så det som skjer er at de sier at vi har en viss mengde penger, så da går prisen ned. Det er jo fordi man anstrenger seg mer for å tjene penger. Det er på en måte stykkpris finansiering innenfor en ramme. Og det er et sånt system som skal lure folk til å gjøre mye.”

Informant 2 og 8 som begge er sykepleiere hadde ikke noe å kommentere om finansieringssystemet da dette var utenfor deres erfaringsområde.

Heller ikke kandidat 3 kunne kommentere noe annet enn at de var nøye på riktig koding i finansieringssystemet.

Oppsummerende mener de fleste informantene at pasientene ikke favoriseres i finansieringssystemet utenom en overlege som mente de favoriseres både tilsiktet og utilsiktet.

En av informantene mente også at finansieringssystemet kunne være en pådriver til økt effektivitet der kan kunne finne på å ta inn flere pasienter for å tjene mer penger.

DRG- systemet ble også trukket frem som et system som ikke fungerte slik det var laget for. På den måten kommer ikke de reelle kostnadene riktig frem i henhold til satsene på DRG.

Dette fører til at DRG ikke gjenspeiler kostnadene til den faktiske behandlingen, slik at avdelingen dermed får mindre ressurser for å drive den behandlingen de mener er mest forsvarlig.

5.8 Informantenes syn på hvordan rammevilkår påvirker prioriteringene ved avdelingen

I denne delen vil jeg få frem hvordan de ansatte opplever at rammevilkår som økonomi, personell, utstyr og andre faktorer påvirker de daglige prioriteringene ved avdelingen. Dette er viktig for å se på hvordan rammevilkårene påvirker helsetjenestene og pasientprioriteringene ved sykehuset.

Informant 8 som er sykepleier uttrykker fortsatt presset de har ved avdelingen:

”Vi har mange pålegg, rapporteringer og stadig nye oppgaver, men det er jo ikke oppgaver som blir tatt ifra oss, så det er et økt press på den måten, og da er det pasientene det går utover. Det er mer presset nå, vi hadde mer pasientkontakt tidligere. Jeg vil ikke si det har blitt det bedre, men annerledes måte å jobbe på pga organiseringen.”

Når jeg spør informanten om hun synes det er positivt at organiseringen har forandret seg svarer hun:

”Du kan kanskje si det er negativt for det er et økt press, og ligge tiden til pasienten har blitt mye kortere, og vi har et veldig press i forhold til det også. PLO meldinger og meldinger til kommunen, det er blitt veldig tungt for oss, å skrive meldinger som må inn, man må gjøre det medengang og ikke i morgen.”

Informant 3 mener rammevilkårene påvirker prioriteringene, og at de skal det. Hun argumenterer videre med at de skal prioritere de viktigste pasientene først, og at de har en stram styring på det. Det var noe de ikke var så gode på før.

Både informant 2 og 4 mener det er lite fokus på kostnaden i forhold til det som er nødvendig slik at pasientene får det de skal ha uavhengig av kostnaden.

Informant 7 opplever at rammevilkårene påvirker prioriteringene:

”Veldig, det gjør det absolutt. De økonomiske rammene man har påvirker arbeidssituasjonen og arbeidsbelastningen. Her på avdelingen har vi hatt behov for å leie inn vikarer som kan ta unna på poliklinikken og opprettholde aktiviteten, men det viktigste er at pasientene får de kontrollene og konsultasjonene de har krav på.”

På medisinsk klinikk så mener informanten at de får mest økonomisk hjelp:

”På medisinsk klinikk så har vi mest økonomisk hjelp. Vi kan ikke styre hvilke pasientgrupper som kommer hit, men nå de siste årene så har det vært mye fokus på

kreftbehandlingen da, på utredningstid og oppstart av behandling, så jeg er glad for at man setter mer fokus på kvaliteten på kreftbehandlingen også i forhold til de ressursene man trenger. Så ved å få flere ansatte her så vil jeg føle at vi blir hørt.”

Informant 6 mener de jobber dårligere nå enn før når det gjelder den tverrfaglige delen:

” Pasientene hos oss.. det er ikke noen grense så de kommer uansett, jeg tror jo det at vi strekker oss langt til pasientenes krav og hva de trenger. Også er det det at vi kan bruke mer tid og ressurser innimellom, særlig ut ifra den tverrfaglige biten, at vi ikke har helt holdt tritt med antall hoder, som har gjort at vi jobber dårligere der enn vi gjorde før. Vi har mindre tid per pasient enn vi hadde for en del år tilbake. Det gjør at vi nå har en del kartleggingsverktøy som vi ønsker å bruke rundt pasienten, blir brukt i mindre grad enn det vi gjorde før.”

Informanten mener her at de har mindre tid til pasienten, og at det skulle vært brukt mer tid og ressurser på den tverrfaglige delen. Informanten sier videre at de har blitt mer profesjonelle de siste årene, der alle sykepleierne er spesialsykepleiere med et sterkt fagmiljø.

Informant 1 argumenterer for hvordan det blir lagt vekt på økonomien i dag når det gjelder rammevilkår:

” Ja, det som er litt vanskelig å holde oversikt over, men jeg har jo følelse av at økonomien nå prioriteres egentlig. Vi har for dårlig oversikt over de pasientene som venter, hvordan de har det, hvor dårlige de er, altså for dårlig oversikt. Overlegene setter jo frister for når folk skal inn og opereres og det er ingen av de som venter hos oss som har rett til nødvendig helsehjelp og kan utløse fristbrudd over operasjonen og da har vi for dårlig oversikt over hvor viktig det er å holde fristene, og vi har for dårlig oversikt over hvor mye vi overskrider fristene. Det gjøres sporadiske forsøk på å få oversikt over det som jeg vet, men det har ikke vi noen rapport på . Men jeg har inntrykk av at man tar inn pasienter etter hvor mye de purrer, det er det eneste målet vi har på hvor mye det haster.”

Informant 5 tenker også først og fremst på økonomien når jeg nevner rammevilkår:

”Jeg har ikke noe budsjettansvar, jeg bare gjør det jeg synes jeg skal gjøre, så går det stort sett greit. Så det er nok de på nivået over meg som får beskjed hvordan vi ligger an, og bryr seg. Det er klart at vi bryr oss om at vi driver i balanse og at vi holder budsjettet, men vi har ingen nær tilnærming i det daglige.”

Informanten virket litt uforstående til ellers hvordan rammevilkårene påvirket, og argumenterte mer med slik han jobbet på avdelingen i alle år har nesten vært uforandret, og det er andre ved avdelingen som har tatt på seg en del av de daglige utfordringene, deriblant rammevilkårene.

Oppsummert kommer det frem fra intervjuene at informantene preges av rammevilkårene, der noen av informantene er mer positiv til rammevilkårene enn andre. Det trekkes blant annet frem at det settes mer fokus på kvaliteten i kreftbehandlingen nå og at de viktigste pasientene blir prioritert først. Det negative som kommer frem er at det jobbes dårligere på det tverrfaglige. En av informantene mener det også er dårligere oversikt over pasientene som venter, og mener det er pasientene som ”purrer” mest som blir prioritert ved hans avdeling.

Ut ifra dette tolker jeg det som at rammevilkårene påvirker avdelingene både negativt og positivt. Det har blitt mer fokus på kvalitet ved kreftbehandlingen og det er flere ansatte med spesialiseringer enn tidligere, noe som bidrar til flere profesjonelle ansatte.

Noen av informantene tenkte først og fremst på økonomien da jeg spurte de om rammevilkårene, og dette slo mer negativt ut, der fokuset på økonomien gjør at de prioriteres fremfor hvordan pasienten har det og hvem som venter på behandling.

5.9 Informantenes vurdering av kvaliteten i behandlingen nå i forhold til før reformen

Jeg vil i denne delen få frem de ansattes egne meninger om hvordan de opplever kvaliteten i kreftbehandlingen etter reformen. Samt hva som kan prege kvaliteten negativt, for å få frem hvilke områder som kan forbedres for å styrke helsetjenestene.

Informant 5 som er seksjonsoverlege mener det ikke er noen forskjell på kvaliteten i behandlingen nå i forhold til hvordan det var før reformen. Når jeg spør informanten om i hvilken grad det fokuseres på kvalitet og forbedringer i avdelingen så uttrykker han:

”Det tror jeg er interesse for å gjøre det så bra som mulig. Vi drar jo på kurs, kongresser og møter, og prøver å oppdatere oss og gjøre det som er så riktig og bra som mulig. Jo lenger fra man er fra pasienten, jo mer opptatt er man av summen nederst på arket.”

Informant 6 mener at de har blitt større og ting er satt mer i system:

”Det er vel noe med at ting er satt mer i system, og vi har en sterk faggruppe nå, så vi har et godt kvalitetsmessig tilbud. Det har endret seg fordi vi har blitt større, fagmiljøet i Vestfold var veldig lite til å begynne med, så har det ekspandert, og det er klart det er en fordel. Før så hadde man poliklinikker flere steder, nå har man samlet alt under et tak, og det er nok viktig.”

Informanten forklarer videre at de måles på avviksmeldinger som måles mot kvaliteten, men at selve indikatorene ikke har kommet enda, men er på vei.

Informant 7 forklarer at de har månedlige kvalitetsmøter hvor de går igjennom hvert avvik og hvilke tiltak som må iverksettes for å unngå nye avvik. Han mener forskjellen er den raske utredningen for kreft de skal forholde seg til:

”Nå har jo regjeringen lagt vekt på 15 dager utredning på pasienter med kreft, og forholde seg til det. Vi har alltid hatt rask utredning og fokus på behandlingen. Pasientene er engstelige for kreft, så det er klart vi ønsker en rask avklaring som mulig. Kan ikke si det har endret seg de siste 8 årene.”

Når jeg spør ham om det er noe ved avdelingen han skulle ønske ble gjort annerledes, så uttrykker han:

”Jeg føler vi har nok møter. Det har vært mye diskusjon om det med 1.-4. Linje nivå, om man heller skal gå mot en flat struktur og at lederen har direkte kontakt med direktøren.”

Informant 4 mener de har et stort fokus på kvalitet i behandlingen:

I vår avdeling er det et stort fokus på det . Det er et fokus på det med å styrke miljøet og kulturen på, for å melde om uønskede hendelser, for i helsevesenet har det vært en holdning til at man ikke.. at man tar det opp internt hvis det ikke går, så tar man det ikke opp i det hele tatt. Jeg har jobbet veldig mye med meldingskultur og har fått til det bra. Det er en helt annen praksis i dag enn det vi hadde for 3 år siden, i forhold til antall meldte uønskede hendelser. Og det er viktig i forhold til kvalitet at vi vet hvor vi gjør feil. Nå jobber vi mer med å utfordre hele personalet til å være bevisst og kartlegge de mulige hendelsene før de faktisk skjer. Så har vi for hele seksjonen et satsingsfelt som for eksempel dette med fall. Det er mange kreftpasienter som faller. Det er en stor satsing på kvalitet i hele helse- Norge. Vi har fokus på våre handlingsplaner og kvalitetsarbeid.

IT systemene har en del huller, så det jobbes mye på dette. Det har vært fokus på våre datasystemer, at de ikke har fanget opp pasienter som ikke hadde noen kontakt og hvor kreftpasienter ikke ble innkalt til kontroller, som ikke ligger innenfor mitt ansvarsområde, men for en kreftpasient så er det veldig viktig. Vi trenger IT baserte verktøy for å behandle forespørsler, men de IT baserte verktøyene har en del huller som man har ikke noen alarm som sier ifra hvis ikke pasienten har fått noen ny avtale, så det gjøres mye på det.”

Informanten mener det har skjedd en enorm positiv utvikling siden 2002, men tror ikke helse og omsorgsdepartementet blir noen gode nærmeste ledere for sykehusene. Hun mener det også er større fokus på kvalitet på ledernivå, og forklarer dette med at hun får definert i sin lederavtale hvilke områder på kvalitet hun skal fokusere på.

Informant 2 som er sykepleier sier at det blir fokusert på kvalitet mer enn tidligere. Hun sier at når det gjelder kreftpasienter så er det ikke noe ventetider, og mer vil hun ikke si om det.

Informanten mener det kunne vært mer tverrfaglighet, som kunne økt kvaliteten, der andre faggrupper skulle bidratt til å utfylle behandlingen til pasientene.

Informant 8 som er sykepleier mener det fokuseres mer på kvalitet nå, men er litt usikker på om kvaliteten har blitt bedre:

”Det er annerledes. Vi hadde mer pasient-nær kontakt før, så man kan jo stille seg spørsmål om det var bedre kvalitet før enn sånn som vi har det nå. Men det er mer dokumentasjon, så på den måten er kanskje kvaliteten bedre..? Også har det blitt flere ledd som passer på at kvaliteten blir opprettholdt, og vi har sykepleiere ved avdelingen som har for eksempel som har forskjellige ansvar som passer på at pasienten blir ivaretatt, så jeg vil si at vi passer på at kvaliteten blir holdt oppe.”

Informanten påpeker videre at økt press og økt arbeidsbelastning påvirker kvaliteten negativt i avdelingen.

Informant 3 som er seksjonsleder sier det har blitt mer fokus på effektivitet og kvalitet:

”Vi har blitt mye mer opptatt av at det skal være effektivt, og det skal være høyere kvalitet, og pasientenes rettigheter. Driften er spisset inn for å være dekket juridisk sett. Dette tar stor plass i det daglige arbeidet at vi er sikre på at vi ikke gjør noe vi kan bli tatt på juridisk, på godt og vondt.”

Informant 1 mener de har for stramme frister når det gjelder kreftbehandlinger:

”Som sagt så synes jeg nok at vi har , jeg synes vi prioriterer hardere nå for å si det sånn, på en del områder i hvert fall, så er det mye fokus på kreft, til dels for mye , der går prosessene.. de kunne gått bedre og raskere på mange måter, men nå presses de på tid uten at de effektiviserer systemet egentlig. Vi bruker det gamle systemet og blir presset på tid, og da kan risikoen for feil øke, fordi de ikke kommer igjennom alle stasjonene til riktig tid, slik at ting skjer ikke i riktig rekkefølge og sånn. For enkelte av våre pasienter og gamle pasienter som skal opereres for kreft; først så får de en kreftdiagnose som de skal venne seg til at de har, og så skal de kanskje ha stomier og med det ene og andre, en livsforandring som de trenger å tenke gjennom. Det er moderne å ha en dialog med pasienten og spørre hva som er best for deg liksom, og hva ønsker du egentlig, og jeg tror at en så stram frist som vi har, gjør at vi i større grad vil overbevise pasienten at de skal behandles sånn og bli ferdig innen fristen, og ikke få det som han vil for det vil ødelegge statistikken. De aller fleste trenger ikke behandling så raskt, det de trenger er en diagnose og informasjon, men tiden frem til rask diagnose har ikke blitt noe bedre, til tross for de nye reglene.

Informanten synes også kommunikasjonen mellom avdelingene og forholdet med logistikken i forhold til pasientene, har et stort forbedringspotensial. Samtidig det med å ha riktig sykepleier til riktig pasient.

Oppsummert så synes nesten alle informantene at det er mer fokus på kvalitet nå, utenom informant 5 som mente det ikke var noen forskjell. Halvparten av informantene mente kvaliteten på helsetjenestene hadde hatt en positiv utvikling, der det nå var raskere utredning på behandling av kreft, større fokus på kvalitet i behandlingen, og at ting er satt mer i system med sterke fag grupper.

Informantene som var mer usikre på om kvaliteten hadde blitt noe bedre trakk frem tidspresset, der det nå var mindre pasientkontakt, og presset på tid førte til større risiko for å gjøre feil. En av informantene mente også at tiden frem til rask diagnose ikke har blitt noe bedre. Det er tydelig ulike meninger når det gjelder effektiviteten og kvaliteten i kreftbehandlingen.

Jeg tolker informantenes vurderinger som at det er mer fokus på kvalitet i kreftbehandlingen, men det er en del faktorer som påvirker kvaliteten på helsetjenestene også negativt. De ansatte som jobber i den rene kreftavdelingen mener det har vært en enorm positiv utvikling når det gjelder kvaliteten i kreftomsorgen.

Det er tydelig delte meninger når det kommer til hver enkelt avdeling, der onkologisk avdeling (den rene kreftavdelingen) er mer positive til sykehusreformen enn de andre avdelingene. Alle informantene ved de ulike avdelingene nevner tidspresset som svært krevende og som en negativ faktor som påvirker kvaliteten negativt og de prioriteringene de egentlig ønsker å ta når det gjelder både personell og pasienter.

6 Diskusjon

6.1 Funnene i undersøkelsen

Hensikten med undersøkelsen har vært å finne ut hvordan endringene etter sykehusreformen har preget avdelingene og de ansatte som jobber med kreftpasienter, og hvordan dette har påvirket kreftomsorgen:

Problemstilling:

”På hvilken måte har kreftomsorgen ved Sykehuset i Vestfold endret seg etter sykehusreformen?”

Et av funnene som går tydelig igjen i de fleste kapitlene er tidspresset de ansatte opplever som påvirker helsetjenestene mye. Dette trekker jeg mer sammen når funnene i studien skal diskuteres i lys av teorien.

Hovedfunnene ved undersøkelsen er som følger:

Informantenes syn på rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen viser klare endringer når det gjelder rolle og ledelsesutøvelse som gir store utfordringer for de ansatte:

- Den økonomiske styringen i toppledelsen blir prioritert fremfor ventelister, rekruttering og hvordan prosessene skal fungere i avdelingen
- Det har blitt lengre vei for å nå ledelsen. De ansatte føler seg ikke hørt av toppledelsen. Saker skal derimot behandles internt i avdelingen
- Ledere jobber mer for seg selv, noe som har skapt større avstand mellom avdelingsleder og sykepleiere ved avdelingene
- De ansatte føler seg lite involvert i endringer ved avdelingen, og føler mer forpliktelser ovenfor eierne og hva som skal leveres av styringsmekanismer.
- Enhetlig ledelse har ikke blitt gjennomført
- Forskjell på onkologisk avdeling og de andre avdelingenes syn på toppledelsen og synet på sykehusreformen

Hvilke utfordringer opplever informantene ved avdelingen som påvirker motivasjonen negativt?

- Lite involvering, lite tilbakemeldinger, nye systemer, kontroll og budsjett styring påvirker motivasjonen til den ansatte negativt
- De ansatte føler seg presset på oppgaver og tid, lite verdsatt og utnyttet
- For mye ansvar og oppgaver på avdelingslederne fører til at lederne ikke får tid til å samarbeide med de ansatte på gulvet.
- Stram detaljstyring hemmer kreativitet, personlig engasjement og initiativ
- Fokuset på å drive rasjonelt og organisatorisk fører til mindre forskning

De ansattes syn på om effektiviteten i antall behandlinger har økt etter sykehusreformen:

- De fleste informantene mener at effektiviteten i antall behandlinger har økt, men dette har ført til at de ansatte får mindre tid til hver pasient. Det har også ført til at legene ikke får tid til å fordype seg i behandlingen for den enkelte pasient.
- Ventelistene har ikke bedret seg ved avdelingen som opererer kreftpasienter.

Informantenes vurdering på måten ressursene blir utnyttet og svakhetene ved ressursene:

- Arbeidsmiljøloven hindrer de ansatte i å jobbe lange vakter slik de ønsker for å skape mer kontinuitet i behandlingen
- Sykepleiere har for mye å gjøre slik at de ikke får brukt kunnskapen i personalgruppen
- Den store pågangen av pasienter samstiller ikke med ressursene og antall sengeplasser, slik at pasienter blir overført til andre avdelinger med sykepleiere som blir satt til å utføre pasientbehandling de er ukjent med til å ivareta.
- Den store pågangen av pasienter fører til at en lik og helhetlig behandling for pasienten ikke gjennomføres
- Vanskelig å lede i sykehus da sterke personer, sterke personalgrupper, sterke profesjoner og leger som har mye autonomi legger hindringer for dette.

Informantenes vurdering av utfordringene med IT- systemene:

- IT systemene fungerer for trekt og er for uoversiktlige. Systemet mangler i tillegg integrerte systemer mellom avdelingene og for samarbeidspartnere, noe som igjen fører til store avvik på legemiddelfeil. Noen av informantene mener også at det burde vært mer opplæring i systemene. Sykepleierne at de ikke skal bruke så mye tid på data og kvalitetssystemer, for de tenker mer praksis arbeid.

Informantene har samme synet på rapporteringer og avvik:

- Informantene mener rapporteringene er nødvendig, men at de er så presset på tid at det blir mindre tid til annet som pasienter og personell når det skal rapporteres på alt mulig. Mange av de ansatte mener også at det rapporteres på for mye, at det skulle i stedet vært mer fokus på ting det burde rapporteres om, slik at det ble en helhetlig tanke på hva som skal rapporteres. En av seksjonslederne mente også at det skulle vært mer fokus på å rapportere på faglig kvalitet og kvalitetsindikatorer.
- Det rapporteres for lite på feil grunnet kommunikasjon der også systemet gjør alt for lite for at de ansatte får en læringsprosess ut av det.
- Fagsøylene behandler avvikene hver for seg, i stedet for å samarbeide som team, noe som kunne vært lettere å gjennomføre med enhetlig ledelse. En av informantene mener dette fører til dårligere kvalitetsarbeid.

Informantenes vurdering av finansieringssystemet:

- De fleste informantene mener at pasientene ikke favoriseres i finansieringssystemet, utenom en informant som mener pasienten favoriseres både tilsiktet og ikke utilsiktet.
- DRG- systemet fungerer ikke slik det opprinnelig er laget. Dette fører til at DRG ikke gjenspeiler kostnadene til den faktiske behandlingen, som kan føre til at avdelingen får mindre ressurser for å drive den behandlingen de mener er mest forsvarlig.

Informantenes syn på hvordan rammevilkår påvirker prioriteringene ved avdelingen:

- Det jobbes dårligere på det tverrfaglige. En av informantene mener det også er dårligere oversikt over pasientene som venter, og mener det er pasientene som ”purrer” mest som blir prioritert ved hans avdeling.

- Det har blitt mer fokus på kvalitet ved kreftbehandlingen og det er flere ansatte med spesialiseringer enn tidligere, noe som bidrar til flere profesjonelle ansatte.
- Fokuset på økonomi fra ledelsen blir prioritert fremfor hvordan pasienten har det og hvem som venter på behandling.

Forskjellig syn på kvaliteten i kreftbehandlingen mellom de ulike avdelingene:

- Halvparten av informantene mente kvaliteten på helsetjenestene hadde hatt en positiv utvikling der det nå var raskere utredning på behandling av kreft, større fokus på kvalitet i behandlingen, og at ting er satt mer i system med sterke fag grupper. Spesielt de ansatte som jobber i onkologisk avdeling er fornøyd med utviklingen og mener det har vært en enormt positiv utvikling når det gjelder kvaliteten i kreftomsorgen. De merker den store satsingen som er på kreftomsorgen i Vestfold.
- Informantene som var mer usikker på om kvaliteten hadde blitt noe bedre trakk frem tidspresset, der det nå er mindre pasientkontakt, og presset på tid fører til større risiko for å gjøre feil. En av informantene mente også at tiden frem til rask diagnose ikke har blitt noe bedre. Dette er avdelinger som behandler kreft i tillegg til andre diagnoser enn kreft.
- Informantene mener at tidspresset påvirker kvaliteten på helsetjenestene negativt

Jeg har anvendt et teoretisk fundament i kapittel 2. I kapittel 3 introduserer jeg betingelser og kvalitet i helsevesenet, og i kapittel 5 presenterer jeg data og funn. I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene i lys av teorien som er kort presentert i kapittel 2 og de betingelsene og kvalitet som helseforetaket står overfor idag.

Temaene jeg har valgt å bruke for å diskutere det teoretiske fundamentet har jeg identifisert som følge av analysen til intervjuene, som jeg mener har høyest relevans i forhold til problemstillingen:

- Myteperspektivet- utfordringer ved reformens innpass i helseforetaket
- Perspektiver på avdelingenes utfordringer gjennom et instrumentelt perspektiv
- Kulturperspektivet- kollisjonen mot de uformelle normene og verdiene
- Kvalitetsbegrepet

6.2 Myteperspektivet- utfordringer ved reformens innpass i helseforetaket

I myteperspektivet legger jeg til grunn endringene i avdelingene på grunn av sykehusreformen, og effekten av den på den faktiske atferden. Dette vil avhenge av hvilken legitimitet endringene får i de institusjonelle omgivelsene.

Siden slutten av 1800- tallet har myteperspektivet blitt brukt i studier av reformprosesser som en teoretisk referanse i offentlig sektor. Det handler om hvordan organisasjoner befinner seg i de institusjonelle omgivelser hvor de møter sosialt skapte normer på hvordan de bør være utformet. For Sykehuset i Vestfold så betyr det at helseforetaket må forholde seg til normer for hvordan helseforetaket skal utformes, og forsøke å inkorporere og reflektere dem utad, uten at det nødvendigvis gjør helseforetaket mer effektivt. Det som da skjer her er at organisasjonene som her er helseforetak blir mer like, spesielt fra overflaten (Christensen T. 2010:75) . Det kulturelle perspektivet omhandler derimot uformelle normer og tradisjoner som gjør organisasjonene mer ulike. Myteperspektivet er også mer opptatt av verdiene i omgivelsene som er mer skiftende. Vi kan derfor forstå myter som de sosialt skapende normene som er skapt i de institusjonelle omgivelsene.

Informantene i studiet gir uttrykk for at de ikke er enig i hvordan mange av organisasjonsendringene er blitt gjort som følge av sykehusreformen. Informantene uttrykker at de ikke blir hørt av toppledelsen, og ikke blir involvert i utformingen og endringene som blir gjort ved avdelingene. Dette blir oppfattet som frustrerende på de ansatte og og påvirker de ansattes jobbtilfredshet negativt. Dette har ført til at reformen til en viss grad har blitt møtt med motstand der det har gjort det praktiske arbeidet i avdelingen svært utfordrende, både med hensyn på tidspress og ressursknapphet. Informantene uttrykker også at det har blitt mer fokus på det økonomiske fremfor medisinskfaglig fokus, noe som også har bidratt til mindre forskning.

Helseforetaket har igjennom sykehusreformen blitt tilført oppskrifter på hvordan organisasjonsstrukturen skal utformes. Det har dermed skjedd en tvangsmessig adoptering fra politikere og ledere, med egne rammeverk, lover og forskrifter på hvordan organisasjonsstrukturen skal utformes.

Selv om oppskrifter blir adoptert så er det ikke dermed sagt at de blir iverksatt og får styrende virkninger på aktiviteter i organisasjonen (Christensen T. 2010:91).

Det som også kommer frem av studiet er sykepleiernes syn på bruken av IT-systemene, der de mener at de tenker mer praksisarbeid fremfor å bruke tid foran skjermen. De formelle normene etter sykehusreformen uttrykker økt bruk av IT og rapporteringer på kvalitetsindikatorer. Dette strider imot sykepleiernes kulturelle og tradisjonelle måte å tenke og jobbe på. På denne måten har det skjedd en frastøting av reformen. Slik frastøting observeres ofte ved reformarbeid når man undervurderer kompleksiteten i organisasjonen (Christensen T. 2010:92). Frastøting gjengis i kulturperspektivet som en skeptisk og pessimistisk scenario for hva som vil skje når nye oppskrifter kommer inn i organisasjonen. I denne tradisjonen så er organisasjonen verdibærende og kompleks, som gjør den motstandsdyktig mot reformer og rask omstilling. Det som skjer når oppskriftene forsøkes iverksatt i helseforetaket er at de støter mot verdiene som organisasjonen er satt til å passe på. De gjennomgår da en kompatibilitetstest i forhold til tradisjonen, som viser seg at ikke passer inn der. Dette er med på å forklare hvorfor man i helseforetak har problemer med å adoptere oppskrifter rettet mot større økonomisk effektivitet (Christensen T. 2010:92).

At ikke enhetlig ledelse har blitt gjennomført indikerer også motstanden og frastøtingen av deler av reformen ved helseforetaket. Enhetlig ledelse betyr at det totale ansvaret for hver resultatenhet skal ligge på én person og at det formelt sett ikke blir knyttet faglig kompetansekrav til stillingen. Det ledes fortsatt to delt, men det er gitt mer ansvar og oppgaver på den enkelte avdelingsleder, noe som problematiserer at det ikke er innført ordentlig enhetlig ledelse. Det kommer også frem i studiet at det er vanskelig å lede i helsetjenesten, og at legene ikke lar seg lede. Det tyder også på hvordan den hierarkiske systemet fortsatt er opprettholdt slik det alltid har vært. Frastøtingen kan også tolkes på en positiv måte ved at legene beholder myndighetene til beslutninger som er etter pasientens beste, så på denne måten er det rasjonelt.

Informantene gir uttrykk for økt byråkratisering etter sykehusreformen, så frastøtingen kan også tolkes som en måte å skape orden i en kompleks organisasjon som prøves styrt av politiske formelle normer.

6.3 Perspektiver på avdelingenes utfordringer gjennom et instrumentelt perspektiv

Jeg bruker et instrumentelt perspektiv som forklarer hvordan sykehuset blir brukt som et instrument med en organisasjonsstruktur designet for å oppnå spesifikke mål. I lys av New Public Management og av det instrumentelle perspektivet bruker jeg denne teorien for å forklare hvordan den politiske styringen og styringen fra ledelsen, har ført til endringer som har medført store utfordringer for de ansatte ved avdelingene som behandler kreft ved Sykehuset i Vestfold.

Styring innebærer fra et instrumentelt perspektiv forhold som har betydning for måloppnåelse. Dette kan skje gjennom formålsrasjonelle handlinger og gjennom strukturelle trekk. Formålsrasjonelle handlinger betyr at de ansatte vurderer virkemidler eller tilgjengelige alternativer ut fra konsekvensene de har i forhold til målene, og tar valg på grunnlag av alternativene som oppnår de effektene som ønskes for å nå målene.

Utformingen av strukturelle trekk kan være trekk ved en organisasjonsform som er byråkratisk, som for sykehuset i Vestfold er preget av hierarki, rutiner og arbeidsdeling. Innenfor de strukturelle rammene så har ikke ledelsen kapasitet til å delta der de har deltakelsesrett. Dette er igjen med på å skape kontrollproblemer (Christensen m.fl.(2010:48).

Informantene i studiet gir uttrykk for at det etter reformen har blitt mye lengre vei til ledelsen, og at de ikke føler at de blir hørt, og at saker derimot skal behandles internt i avdelingen. Avdelingslederne jobber i dag mer for seg selv, noe som har skapt større avstand mellom avdelingsleder og sykepleierne. Både informantene i intervjuene som er avdelingsledere og sykepleiere uttrykker dette som et problem, og at de skulle ønske de var tettere og samarbeidet mer. En av informantene som er sykepleier argumenterte dette med at hvis ledelsen jobbet mer på gulvet sammen med dem, så ville de hatt større sikkerhet om at det de drev med var det riktige. I dag skal de derimot være selvgående, uten at de får noen tilbakemeldinger på den jobben de gjør.

Som følge av reformen kommer synet på organisasjonen som et instrument til uttrykk ved at ledelsen som hierarkisk ansvarlig handler formålsrasjonelt ved utføringen av reformen, og organiserer reformarbeidet på grunnlag av mål- middel- vurderinger (Christensen m.fl.(2010:150)

Politisk og administrativt lederskap kommer til uttrykk gjennom mål- og resultatstyring og kan sees som et strukturelt- instrumentelt virkemiddel. Helsereformen (2002) var inspirert av

NPM, der helseforetaket ble gitt autonomi for å administrere og levere utførelse av tjenester. Staten fører kontroll av helseforetakene gjennom målstyring og bruk av incentiver som belønner større produksjon- altså flere behandlede pasienter (Halvorsen 2005). Mål og resultatstyring er blant de mest sentrale reformtiltakene i NPM, som innebærer en betydelig delegering av gjennomgående regelverk innenfor budsjett-, lønns- og personalforvaltningen. Dette har for helseforetakene ført til en stor økning i antall rapporteringer. Resultatrapporteringer og resultatkontroll går igjen på bekostning av den økte fleksibiliteten i organisasjonen (Christensen T. 2010:157).

For sykehuset i Vestfold kan mål- og resultatstyringen innebære en betydelig delegering gjennom liberalisering og gjennomgående regelverk innenfor budsjett- lønns- og personalforvaltningen. Derimot så motvirker økt resultatrapportering og resultatkontroll denne fleksibiliteten (Christensen m.fl.(2010:157).

Den økte rapporteringen i Sykehuset i Vestfold er et eksempel på hvordan fleksibiliteten har blitt motvirket. Gjennom informantenes svar så rapporterer de mye mer og bruker mye mer tid på rapporteringer nå enn før reformen. Informantene mener rapporteringer er nødvendig, men at det rapporteres for mye. Det medfører at de føler seg presset på tid som fører til at det blir mindre tid til pasientene. Derimot så mener informantene at det skulle vært mer fokus på ting det burde rapporteres om, slik at det ble en helhetlig tanke på hva som skal rapporteres inn. De føler i dag i stedet at de må rapportere på alt mulig.

Trekker jeg sammen mange av funnene i dette studiet kommer det frem at det er lite involvering, lite tilbakemeldinger, nye systemer, kontroll og budsjettstyring som preger motivasjonen til de ansatte negativt. En av informantene som er overlege argumenterte med at det har ført til at han og flere leger har sagt opp i protest ved Sykehuset i Vestfold. Det viser ut i fra et instrumentelt perspektiv hvordan utfordringene i offentlig lederskap har dannet seg ut fra rasjonell kalkulasjon og politisk kontroll. For Sykehuset i Vestfold dreier det seg om en kombinasjon av høy verdi på rasjonell kalkulasjon, der ledelsen tar avgjørelser og innfører endringer uten å involvere de ansatte, i tillegg til politisk kontroll gjennom styringsmekanismer, rapporteringer og styringsindikatorer. Dette kommer også til uttrykk som et av funnene der informantene føler seg lite involvert i endringer i avdelingen, og at det har blitt mer forpliktelser ovenfor eierne og hva som skal leveres av styringsmekanismer etter sykehusreformen.

Den stramme detaljstyringen i Sykehuset i Vestfold kom fram som et av funnene som også hemmer kreativitet, personlig engasjement og initiativ, og fokuset på å drive rasjonelt og organisatorisk som igjen fører til mindre forskning. Dette strider imot ansvaret helseforetaket har til å drive forskning og som i loven er et av kjerneprosessene til spesialisthelsetjenesten (www.regjeringen.no, Arntzen 2007:115).

To av informantene som er overleger trakk også frem arbeidsmiljøloven som et problem, som hindret de ansatte i å jobbe lengre nattvakter, for å kunne følge opp pasientene før neste vaktskifte. Lovendringen har medført at det i dag er mindre kontinuitet i behandlingen slik at legen som tok i mot pasienten da han kom, ikke lenger er den legen pasienten får dagen etter.

Det jobbes i tillegg dårligere på det tverrfaglige ved kreftavdelingene, og videre viser funnene at det er dårligere oversikt over pasienter som venter, der det er de som ”purrer mest” som blir prioritert ved enkelte av avdelingene. Fokuset på økonomi fra ledelsen blir også prioritert fremfor hvilke pasienter som venter og hvordan pasienten har det. Dette strider imot flere av sykehusreformens hensikter om likeverdig tilbud for hele befolkningen, effektiv utnyttelse av ressursene, samt at helsetjenester skal gis med respekt for den enkeltes menneskeverd og integritet (www.regjeringen.no).

Finansieringssystemet er også i det instrumentelle perspektivet en metode for styring og kontroll fra ledelsens side. Dette var av Sosial- og helsedepartementet, samt Stortingets intensjon om at fylkeskommunens kontrakter med sykehusene fikk en grad av aktivitetsbasert finansiering (<http://www.regjeringen.no>). Begrunnelsen for den innsatsstyrte finansieringen var å øke aktivitetsnivået. Størrelsen på rammen skulle definere dette aktivitetsnivået, som betydde at man bare kunne øke aktivitetsnivået dersom rammen gav mulighet for det (Wilmar mfl.2009:28).

Når det gjelder finansieringssystemet så mener nesten alle informantene at pasientene ikke favoriseres i inntektssystemet, da de er nøye på at de skal kode riktig. En av informantene som er overlege mente derimot at favoriseringen i inntektssystemet forekom både tilsiktet og utilsiktet. Informanten mente at dette kan komme av at dette er en realitet i akkurat denne avdelingen.

Tre av informantene mener at effektiviteten har økt som følge av finansieringssystemet. De fleste informantene var klar over at det var et tak over hvor mye man får, og hvis de øker antall aktiviteter så går satsene ned. De er avhengige av at dette er balansert for å få inn de inntektene de kan få slik at det ikke oppstår noen vridninger. Et av funnene som også kom

frem er at DRG systemet ikke fungerer slik det er laget, som fører til at DRG ikke gjenspeiler de kostnadene til den faktiske behandlingen. Det fører dermed til at avdelingen får mindre ressurser til å drive den behandlingen de mener er mest forsvarlig.

Gjennom teorien om begrenset rasjonalitet slik Simon forklarer den kan man på en annen instrumentell måte se på målformulering og målutvikling. Begrenset rasjonalitet innebærer at organisasjonsmedlemmer og beslutningstakere har begrenset kognitiv eller kunnskapsmessig kapasitet, og vil handle på bakgrunn av forenklete modeller av virkeligheten.

Organisasjonsstrukturen og det ytre handlingsmiljøet preger holdningene og handlingene beslutningstakeren gjør. Begrenset tid, oppmerksomhet og analysekapasitet hva gjelder de oppgavene og problemene de står ovenfor er en sentral del som er med på å påvirke disse holdningene og handlingene. Beslutningstakerne har ikke mulighet til å ha oversikt over alle mål og alternativer, som fører til forståelses-, kapasitets- og autoritetsproblemer, som innebærer at det må skje en utvelging (Christensen mfl. 2010:27-28).

For Sykehuset i Vestfold så kan det føre til at noen aspekter får oppmerksomhet og blir fokusert på, mens andre aspekter ignoreres. Organisasjonsstrukturen i sykehuset er derfor viktig når man fokuserer på begrenset rasjonalitet for å kanalisere oppmerksomheten og beslutningsatferden, samtidig for at det er skjønn innenfor de formelle rammene.

Verdigrunnlaget blir derfor viktig, samt de kulturelle normene som dominerer i organisasjonen. Det er gjennom organiseringen at evnen til rasjonell kalkulasjon økes (Christensen mfl. 2010:27-28). Dette kommer jeg tilbake til når det kulturelle perspektivet diskuteres i lys av funnene.

Informantene uttrykker i studiet at beslutningene de må ta preges av at de er presset på tid og at det har blitt mindre tid til hver pasient. Økningen av antall pasienter bidrar til en begrenset rasjonalitet der de ansatte må fatte raske beslutninger uten å kunne diskutere det med kolleger, noe som en av informantene som er overlege uttrykte at økte faren for å gjøre feil.

Et av de andre funnene som også kom frem i studiet er at enhetlig ledelse enda ikke har blitt gjennomført ved avdelingene. Tidligere jobbet sykehuset med en to-delt ledelse der ansvaret ble delt mellom en oversykepleier og en avdelingsoverlege (www.polis.no). Fagsøylene i Sykehuset i Vestfold som består av sykepleie, lege og administrativt, behandler saker og avviker hver for seg, noe som ifølge en av informantene fører til dårlig kvalitetsarbeid. Det kommer frem i studiet at det ønskes mer samarbeid på tvers, noe som kunne vært gjort om enhetlig ledelse hadde vært gjennomført. Det kom også frem fra en av informantene som er

avdelingsleder at når enhetlig ledelse ikke er gjennomført så gjør det prosesser tyngre enn de hadde trengt å være. Informanten mente her at hun sitter på altfor mye ansvar med for mange ansatte under sin ”paraply”, og uttrykte at det var vanskelig å lede i helsetjenesten da sterke personer, sterke personalgrupper, sterke profesjoner og leger som har mye autonomi legger hindringer for dette.

Søker man etter svaret på hva som gjør sykehusene vanskelig å lede internt, er det spenningen mellom den overordnede ledelse og den faglig- medisinske virksomhet som gjør lederskapet vanskelig. Denne spenningen uttrykker seg ved at ledelsen har et legitimitets- og autoritetsproblem i forhold til fagmiljøene. Ofte blir ledelsen oppfattet som en motpart som forsterkes av en kulturkløft som preges av mangel på felles virkelighetsoppfatninger, språk, referanser og mål (Steine 2001).

Når det gjelder ledelse og styring så tar man vanligvis utgangspunkt i at det skal påvirke ulike aktørers atferd. Et virkemiddel som kan brukes for påvirkning kan være organiseringen av formell organisasjonsstruktur (jf. Det instrumentelle perspektivet) og gjennom den uformelle som handler om påvirkning gjennom verdier, normer og holdningsskapende innsats (jf. kulturperspektivet) (Christensen mfl. 2010:126).

6.4 Kulturperspektivet- kollisjonen mellom verdiene og de uformelle normene

Organisasjonskulturen i helseforetaket forbindes med verdiene og de uformelle normene som vokser frem i virksomheten. Dette er forhold som har vært i organisasjonen i lang tid som etablerte tradisjoner. Det er viktig å skille de uformelle normene fra de formelle normene (jf. Det instrumentelle perspektivet) fordi de har ulik bakgrunn og virkemåte, men påvirker hverandre gjensidig. (Christensen mfl. 2010:52). Gjennom det kulturelle perspektivet kan det i helseforetaket skje en frastøting eller treg tilpasning av reformen. Dette skjer ved at de formelle normene gjennom det instrumentelle perspektivet der vedtak og nye strukturer møter motstand og er på kollisjonskurs mot de uformelle normene, tradisjonene og oppfatningene i helseforetaket. Det kan forklare hvorfor noen av effektene reformen skulle gi også uteblir (Christensen mfl. 2010:174).

I helseforetak kan eksempler på uformelle normer som har oppstått gjennom lang tid være en utfordringen for lederne i forsøket på å lede når organisasjonen preges av kultur, regler og rutiner. Ofte blir ledelsen i helseforetak oppfattet som en motpart som forsterkes av en

kulturkløft, preget av mangel på felles virkelighetsoppfatninger, språk, referanser og mål (Steine 2001). Dette skaper utfordringer for ledelsen og er et av punktene som fører til at helseforetak er vanskelige å lede. Dette gjør at organisasjonen er mindre tilpasningsdyktig og mer kompleks ovenfor nye krav, noe jeg diskuterte i det forrige kapittelet i instrumentelle perspektivet. Informanten som er avdelingsleder uttrykte denne vanskeligheten med å lede i helsetjenesten på grunn av sterke faggrupper med høy autonomi, deriblant leger.

Men organisasjonen kan også gjennom nye krav få nødvendige kvaliteter som gjør at den bedre løser oppgaver og som kan skape et sterkere sosialt fellesskap. For ansatte lavt nede i hierarkiet så vil de formelle og uformelle normene være mindre mangfoldige. Dette er fordi arbeidsområdet er spesialisert og har enklere kulturelle rammer for handling .

Det som også kommer frem i studiet er at informantene som er sykepleiere har et annet syn på bruken av IT- systemene. Informantene mener at det til enhver tid er forventet at de skal gå inn og kvalitetssikre det de driver med ved å bruke IT, som er i grenseland i forhold til hva sykepleierne synes er riktig, da de tenker mer praksis arbeid. En av informantene sier de kunne brukt mer tid på å kvalitetssikre på skjermen, men da ville det gå på bekostning av utøvelse på pasienten. Gjennom det kulturelle perspektivet så viser det hvordan de uformelle normene og rutinene til sykepleierne er, og hvilke verdier de trekker frem som argumentasjoner for måten de velger å handle på. De fleste informantene inkludert sykepleierne uttrykte problemet med tidspresset som har ført til at det har blitt mindre tid til pasienten som da strider mot deres verdioppfatning og uformelle normer.

Det som motiverte alle informantene mest i å utføre arbeidet til tross for alle utfordringene, var først og fremst å hjelpe pasienten i tillegg til selve faget. De formelle normene og verdiene som er satt som følge av sykehusreformen skaper en trussel mot de dominerende verdiene, og uformelle normene i sykehuset (Christensen mfl. 2010:60). En av informantene trekker frem fokuset fra ledelsen på økonomi som eneste tema på ledermøter i stedet for å fokusere på hvordan de skal få prosessene til å fungere i avdelingen, ventelister og hvordan pasientene har det. Kulturperspektivet kommer til uttrykk her ved at de kolliderer med de politiske styrte formelle normene som er satt i helseforetaket. Det at ledelsen setter tiltak til endringer uten å involvere de ansatte kommer også til uttrykk som en frustrasjon blant informantene. Dette fører til at de ansatte må utføre arbeid som de egentlig ikke er enig i, som da strider mot deres normer. Dette har igjen ført til at ansatte slutter i protest.

En av informantene trakk også frem ledelsens ”verstingliste” som var en oversikt over leger som hadde mest usignerte oppgaver i DIPS. Den viste seg å være tilgjengelig for alle, og de som sto der var uberettiget oppført på en slik liste. De ansatte mente dette var dårlig personal behandling, som bidrar til å skape mistriivsel på arbeidsplassen. Listen er der fremdeles da ledelsen synes dette er en liste som er god å ha. Dette strider også mot de ansattes kultur og normer, som i et instrumentelt perspektiv blir en form for styring og kontroll fra ledelsens side.

Skal man kunne tilpasse styring og ledelse i helseforetaket bør man derfor ta hensyn både til den uformelle strukturen og den formelle strukturen, siden disse påvirker hverandre gjensidig (Christensen mfl. 2010:52).

6.5 Kvalitetsbegrepet

I dette kapittelet diskuterer jeg funnene i lys av kvalitetsbegrepet og helsetjenestenes formål som er omtalt i kapittel 3. På denne måten vil jeg få frem funnene som har kommet frem fra de ansattes syn på kvaliteten i kreftomsorgen etter sykehusreformen og hvordan dette sammenfaller med den kvaliteten helseforetaket skal levere etter nasjonal helseplan.

Det er viktig å trekke frem at hovedargumentasjonen for reformen er større likhet, bedre kvalitet på tjenester og bedre organisering av sykehusene. Et viktig formål ved at staten samlet ansvaret for sykehusene på en hånd, var å gjøre det gode helsevesenet enda bedre. Det handlet om å gjøre tjenestene mer tilgjengelige og forbedre kvaliteten. Kvalitet i det moderne samfunn har fått et større fokus både i prosess og resultat. Det dreier seg om å konvertere kompetanse og kunnskap til kvalitet, der kvalitetsarbeidet er viktig for å styrke pasientens stilling. Kvalitet kan ikke måles direkte, men skal uttrykkes gjennom kvalitetsindikatorer som fokuserer på harde endepunkter rundt klinisk resultat, om pasienter er fornøyde, om tilbakemelding fra pasienter og primærhelsetjenesten skjer i rett tid og om utredning og behandling skjer uten avvik (Steine 2001). Spørsmålet er hvilken effekt sykehusreformen har hatt for kvaliteten i kreftomsorgen?

Det norske helsevesen står ovenfor en del utfordringer spesielt knyttet til ventetider for sykehusbehandling, samhandling mellom tjenestenivåene, kommunikasjon mellom sykehus og pasient/pårørende, uønskede hendelser og budsjettstyring (Arntzen E. 2007:18).

Et godt samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er svært viktig for å kunne gi pasienten riktig behandling videre, når pasienten overføres fra et helseforetak videre til kommunehelsetjenesten. Den kommunale helsetjenesten innebærer mange forskjellige tjenester som kommunelege, legevakt, fastlegeordning, hjemmesykepleie, hjemmetjenester, rehabiliteringstjenester og omsorgstjenester (Arntzen E. 2007:19). Kvalitet for helsepersonellet handler om hvilke valg man tar når oppgaver skal løses og utføres.

I informantenes vurdering av utfordringene med IT systemet kom det frem at IT systemene fungerer for tregt. Systemet mangler i tillegg integrerte systemer mellom avdelingene og for samarbeidspartnere, noe som igjen fører til legemiddelfeil. En av informantene uttrykte dette som et problem når de overførte pasienter til kommunalhelsetjenesten, at de ikke hadde noen oversikt over hvilke medisiner pasienten skulle bruke fordi systemene deres ikke snakket sammen. Legemiddelfeil er en av de største faktorene for uønskede hendelser etter fall ved Sykehuset i Vestfold, som kunne vært lavere om systemene var integrerte og samarbeidet med samarbeidspartnerne. Dette ville bidratt til å minimere feil og øke kvaliteten ytterligere på helsetjenestene.

Halvparten av informantene mente kvaliteten på helsetjenestene hadde hatt en positiv utvikling, der det nå var raskere utredning på kreft, større fokus på kvalitet i behandlingen, og at ting var satt mer i system med sterke faggrupper.

Informantene som var usikre på om kvaliteten hadde blitt noe bedre trakk frem tidspresset og at mindre pasientkontakt førte til større risiko for feil. Det er ulike meninger når det gjelder kvaliteten i kreftavdelingen, men det kan trekkes frem at onkologisk avdeling som bare behandler pasienter med kreft, skiller seg ut fra de andre avdelingene ved at de mener at det har vært en enormt positiv utvikling når det gjelder kvaliteten i kreftomsorgen. Dette er en avdeling som er svært prioritert, mens de andre avdelingene som behandler kreft i tillegg til andre sykdommer kan tolkes som at ikke prioriteres på samme måte.

Tidspresset de ansatte føler kommer tydelig frem som en pådriver som de ansatte mener påvirker kvaliteten på helsetjenestene negativt. Dette går igjen i mange av punktene i undersøkelsen.

Drivkraften i NPM er effektivisering, som vi kan se som et resultat i Sykehuset i Vestfold der effektiviseringen har økt i antall behandlinger. Dette er informantene i studiet enig i. Men det har ført til at de igjen har fått mindre tid til pasienten, og legene har fått mindre tid til å fordype seg i hver enkelt pasient. Ved en av avdelingene så mente en av informantene som er

overlege at ventelistene heller ikke har bedret seg, og argumenterer for at det ikke stemmer at de sier at dette har blitt bedre. Den store pågangen av pasienter fører dermed til at en lik og helhetlig behandling for pasientene ikke gjennomføres. På grunn av mangel på sengeplasser så blir pasienter plassert på andre avdelinger med sykepleiere som ikke har den rette kunnskapen om den type behandling pasienten skal ha. Informant 1 argumenterte dette med at det fører til mye feil når det gjelder prosedyrene for den enkelte behandling. Det kan dermed tyde på at effektiviseringen i antall behandlinger har ført til negative virkninger i helsetjenesten som påvirker kvaliteten på pasientbehandlingen negativt.

7. Oppsummering og konklusjon

Denne masteroppgaven har hatt som mål å finne ut på hvilken måte sykehusreformen har preget avdelingene og de ansatte som behandler kreft ved Sykehuset i Vestfold, samt hvordan det har preget kvaliteten på tjenestene.

Problemstillingen er som følger:

”På hvilken måte har kreftomsorgen ved Sykehuset i Vestfold endret seg etter sykehusreformen?”

I undersøkelsen har det vært noe ulikt syn på hvordan sykehusreformen har preget avdelingene, der onkologisk avdeling føler de blir veldig prioritert siden kreft er et stort satsingsområde i Vestfold. De andre avdelingene som behandler kreft i tillegg til andre sykdommer er ikke fullt så positive til endringene som sykehusreformen har ført med seg.

Noe som preger funnene i undersøkelsen på de fleste områdene er tidspresset informantene føler som påvirker prioriteringene og som de mener påvirker helsetjenestene negativt.

Studien viser klare endringer når det gjelder rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen, som gir store utfordringer for de ansatte; Den økonomiske styringen blir mest prioritert i toppledelsen fremfor ventelister, rekruttering og hvordan prosessene skal fungere i avdelingen. De ansatte føler også at det er lengre vei til ledelsen, og at de ikke lenger blir hørt av ledelsen. Lederne jobber mer med seg selv, noe som har skapt en stor avstand mellom avdelingslederne og sykepleierne. Avdelingslederne føler også at de har så mye ansvar med altfor mange oppgaver, og siden enhetlig ledelse ikke er gjennomført så gjør dette også prosessene enda tyngre. De ansatte føler seg også lite involvert i endringer, og mer forpliktelse ovenfor eierne og hva som skal leveres av styringsmekanismer.

Undersøkelsen viser at de ansatte ikke blir tatt nok vare på som arbeidstakere, der den politiske styringen med nye systemer, kontroll og stramt budsjett er med på å påvirke motivasjonen til den ansatte negativt. De fleste ansatte føler seg ikke lenger nok verdsatt, og det er lite tilbakemelding på jobben de utfører, noe informantene savnet ved avdelingen.

De fleste informantene mener at effektiviteten har økt i antall behandlinger, men at de er så presset på tid at dette igjen går utover kvaliteten ettersom det blir mindre tid til hver pasient.

Informantene som er overleger mener også at det ikke lenger er tid til å fordype seg i pasienten, slik det var før.

Det kommer også frem i undersøkelsen at den økte pasientpågangen ikke samsvarer med ressursene og kapasiteten avdelingene har til å ta imot pasientene. Dette går utover det å drive en helhetlig og lik behandling for pasienten som er et av formålene til helsetjenesten.

IT- systemene ved avdelingene fungerer etter informantenes mening for tregt og er for uoversiktlig. Systemet mangler i tillegg integrerte systemer mellom avdelingene og for samarbeidspartnere, noe som igjen fører til store avvik på legemiddel. Funnene viser også kulturforskjeller i avdelingene der sykepleierne mener de ikke skal bruke så mye tid på IT ettersom de tenker mer praksis arbeid.

Det kommer også frem at informantene mener de rapporterer for mye. Informantene ønsker at det heller skulle vært en helhetlig tanke på hva det rapporteres om, i stedet for at de må rapportere på alt mulig. De ønsker også at det rapporteres mer på faglig kvalitet og kvalitetsindikatorer.

Et av funnene i undersøkelsen som også er interessant er at rapporter og avvik ikke blir behandlet slik at de ansatte får en læringsprosess ut av det. Fagsøylene behandler også avvikene hver for seg, noe som medfører dårligere kvalitetsarbeid. Helseforetaket mangler et tydelig fokus på kvalitetsforbedring med medvirkning fra brukerne som viktige kilder til informasjon som kunne bidratt til forbedring.

Når det gjelder finansieringssystemet så mente de fleste informantene at pasientene ikke favoriseres i inntektssystemet, utenom en av informantene som er overlege som mente at pasientene favoriseres både tilsiktet og utilsiktet. Det kan også tolkes som at dette gjelder hans avdeling og ikke de andre avdelingene, eller at han har mer innsikt i hvordan finansieringssystemet blir brukt, og er ærlig på dette punktet i forhold til de andre informantene.

DRG- systemet ved Sykehuset i Vestfold fungerer ikke slik det opprinnelig er tenkt, som fører til at DRG ikke gjenspeiler kostnadene til den faktiske behandlingen. Det fører også til at avdelingen får mindre ressurser for å drive den behandlingen de mener er mest forsvarlig.

Når det gjelder hvordan rammevilkårene påvirker prioriteringene ved avdelingen så kommer det frem at det jobbes dårligere på det tverrfaglige. Det fremkommer også at fokuset på

økonomi fra ledelsen blir prioritert fremfor hvordan pasienten har det og hvem som venter på behandling. Ved noen av avdelingene kom det også frem at det var de pasientene som ”purret” mest som ble prioritert først.

I informantenes vurdering av kvaliteten i behandlingen nå i forhold til før reformen, så kommer det frem at halvparten av informantene mener at kvaliteten har hatt en positiv utvikling. De andre informantene var mer usikre på om kvaliteten egentlig hadde blitt noe bedre, og trakk frem tidspresset som en faktor som medfører mindre pasientkontakt og økt risiko for feil.

Oppsummert så tolkes det slik at onkologisk avdeling er en avdeling som er prioritert høyt, og som har hatt en positiv utvikling når det gjelder kvaliteten i kreftomsorgen i forhold til de andre avdelingene. Det er vanskelig å trekke noen tolkning om kvaliteten virkelig har økt på avdelingsnivåene, men i kreftomsorgen har det skjedd mye, og raskere utredning og satsingen på kreftomsorgen kan tyde på at kvaliteten er bedre i dag enn den noen gang har vært tidligere. Det er vanskelig å si om sykehusreformen har bidratt til denne endringen, for det skjer mye i utviklingen av nye medisiner og metoder for kreftbehandlingen. Det man kan si sikkert er at sykehusreformen har bidratt til at det settes et større fokus på kreftutredningen.

Derimot så tyder mye på, på bakgrunn av funnene i dette studiet, at sykehusreformen har bidratt til mye skade på det praktiske arbeidet som utføres ved avdelingene som behandler kreft ved Sykehuset i Vestfold.

Teoretisk sett så er innføringen av sykehusreformen preget av instrumentelle trekk som kolliderer med de uformelle normene og organisasjonskulturen i avdelingene ved Sykehuset i Vestfold, noe som gjør at deler ved sykehusreformen frastøtes. Siden disse strukturene påvirker hverandre gjensidig, så burde det tas hensyn til for å unngå mange og store konflikter i helseforetaket som påvirker helsetjenestene negativt.

Mange av funnene i undersøkelsen tyder på at det bør gjøres noe med styringen og ledelsen for å forbedre motivasjonen til de ansatte. Mange av utfordringene ved avdelingen kunne vært unngått hadde de ansatte blitt involvert i hvordan endringene skal utformes ved avdelingene. Helseforetaket kunne vært tjent med å fokusere på total kvalitetsledelse der involvering av brukerne medfører verdifull informasjon og svar på hvordan tjenestene kan forbedres. Total kvalitetsledelse defineres som etter NS- ISO 8402-1994:

”En ledelsesform i en organisasjon, fokusert på kvalitet, som baseres på medvirkning fra alle medarbeidere og der langsiktig suksess tilstrebes ved å oppnå kunders tilfredshet og fordeler for alle medarbeidere og samfunnet.”

Et godt rammeverk for helsevesenet å bruke er også nedskrevet i ”...og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse” som er utgitt av kunnskapssenteret.

(http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Brukermedvirkning_mindre_fil.pdf)

8. Anbefaling for videre forskning

For videre forskning vil jeg anbefale at det forskes på hvordan man kan forbedre måten helseforetakene blir styrt og ledet. Jeg vil også anbefale at det forskes på de ansattes syn og erfaringer for å avdekke meninger til hvordan helsetjenestene kan bli bedre, for å bedre kunne tilpasse endringene til organisasjonsstrukturen og kulturen i avdelingene. Ved å involvere de ansatte kan det gi nyttig informasjon og svar til ledelsen på hvordan de skal foreta og implementere endringsprosesser inn i de ulike avdelingene og kunne tilpasse endringene slik at arbeidsprosessene fungerer optimalt i henhold til formålet.

Det kunne også vært interessant med et lignende studie som dette på flere avdelinger i sykehuset som behandler andre sykdommer, og mer forskning på hvordan helseforetakene blir ledet for å se om helseforetaket kan imøtekomme de utfordringene de har på sikt.

Litteraturliste

- Arntzen Elisabeth, (2007) En forutsigbar helsetjeneste, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Askheim O, Grenness T. (2008) Kvalitative metoder, Oslo: Universitetsforlaget
- Christensen T, Lægreid P, Roness P.G, Røvik K.A. (2010) Organisasjonsteori for offentlig sektor, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hans Olav Melberg og Lars Erik Kjekshus, Fremtidens helse-Norge (2012), Bergen: Fagbokforlaget
- Hoff K.G (2008) Strategisk økonomistyring. Oslo: Universitetsforlaget
- Kjell A. Eliassen & Nick Sitter, Understanding Public Management (2008), London: Sage Publications Ltd
- Knut Halvorsen (2005) Grunnbok i helse- og sosialpolitikk. Oslo:Universitetsforlaget
- Lund, J. E (2013) Kvalitetsledelse. Kurs-& studieperm. Kongsberg
- Norges offentlige utredninger (NOU) (1997). "Pasienten først!" Ledelse og organisering i sykehus. Statensforvaltningstjeneste. Oslo: Statens trykning.
- Resultatevaluering av sykehusreformen (2007). Oslo: forskningsråde
- Standard Norge (2012) Standardsamling P708. Systemer for kvalitetsstyring. NS- EN ISO 9000-familien. 5. Utgave. Lysaker: Sandard Online Forlag
- Steine, Vidar Oma (2001) Sykehusreformen- noen eierperspektiv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Wilmar B, Bruusgaard P, Frich J.C, Fugelli P. (2009) Penger og verdier i helsetjenesten, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Internett sider:
- http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/hd/Taler-og-artikler-arkivert-individuelt/2002/medisinskfaglige_utfordringer_ved.html?id=265578 (lest 05.02.13)
- http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/Nasjonal_helseplan_Sartrykk.pdf (lest 05.02.13)
- <http://www.siv.no/omoss/organisering/Sider/side.aspx> (lest 03.03.13)
- <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/vedlegg-1.organisering/innledning> (lest 03.03.13)
- http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/Nasjonal_helseplan_Sartrykk.pdf (lest 05.03.13)

[http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-I/shd/Nyheter-og-pressemeldinger/1999/verdier for den norske helsetjenesten.html?id=241997](http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-I/shd/Nyheter-og-pressemeldinger/1999/verdier+for+den+norske+helsetjenesten.html?id=241997)
(05.03.13)

<http://snl.no/reliabilitet> (lest 15.04.13)

<http://tidsskriftet.no/article/473419/> (lest 15.06.13)

http://morgenbladet.no/samfunn/2012/helsefeltets_bakspillere#.UbxDDJXGJ3s (lest 15.06.13)

Tor Busch (1994) Økonomisk styring ut fra et kontraktteoretisk perspektiv;
<http://www.toh.hist.no/~tor/forskning/kontrakt.pdf> (lest 15.06.13)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2003/nou-2003-1/25.html?id=454136> (lest 15.06.13)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2003/nou-2003-1/10/2/1.html?id=453947>
(lest 15.06.13)

http://no.wikipedia.org/wiki/Sykehuset_i_Vestfold (lest 15.06.13)

<http://www.logistikk-ledelse.no/2011/ma/ma1103.htm> (lest 01.07.13)

Enhetlig ledelse:

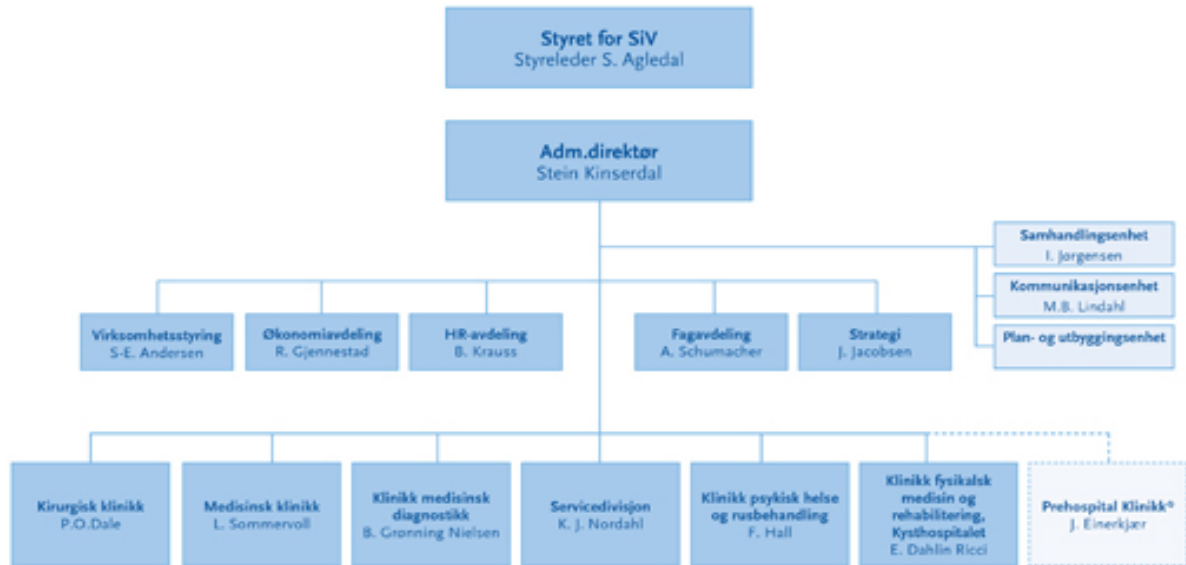
<http://www.tidsskriftet.no/article/220561/> (lest 19.07.13)

Sveri, Torgeir (årstall ikke oppgitt) cand. Polit. "Reformen "enhetlig ledelse" i møte med sykehuspraksis", Rokksenteret; Universitetet i Bergen. Paper;
<http://www.polis.no/Paper/Aarhus05/PSVERI.pdf> (lest 19.07.13)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/organisering-av-den-sentrale-helseforval.html?id=227605> (lest 01.08.13)

Vedlegg Organisasjonskart

Organisasjonskart Sykehuset i Vestfold



* Prehospital klinikk er en felles klinikk mellom Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark

Intervjuguide 1

Informantens bakgrunn:

Klinikk/avdeling/seksjon:

Kjønn:

Stilling:

Hvor lenge har du jobbet i avdelingen?

Ventetider

- Når settes pasienten på venteliste? (før eller etter foretatt vurdering av pasientens behov for behandling ved institusjonen)
- Har du erfaring med at pasienter som går krever mindre og går raskere gjennom behandlingsprosessen favoriseres i inntektssystemet?
- Hvordan innvirker finansieringssystemet for prioritering?
- Hva mener du kan være årsaken til avvikene som kom frem av revisjonsteamet for Fylkesmannen i Vestfold:

Avvik1: Sykehuset i Vestfold HF sikrer ikke at pasienter henvist med mistanke om kreft i tykk eller endetarm blir registrert med korrekt ansiennitetsdato gjennom hele forløpet.

Avvik2: Sykehuset i Vestfold HF sikrer ikke at pasienter henvist med mistanke om alvorlig kreft i tykk og endetarm blir vurdert innen 15 dager i medisinsk poliklinikk for fordøyelsesykdommer.

Prioritering

- Opplever du at rammevilkår (personell, økonomi, krav til effektivitet) setter standpunkt for rett prioritering?
- Mener du prioriteringspraksisen har endret seg etter sykehusreformen?
- Hva har blitt bedre?
- Hva fungerer dårligere?

Organisering/ledelse

- Er du fornøyd med organiseringen i sykehuset og sykehusavdelingen(e)?
- Hva kunne etter din mening vært gjort annerledes?
- Merker du forskjell på rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen?
- Hva legger du i begrepet enhetlig ledelse?
- Fungerer denne ledelsesformen etter din mening?
- Mener du det er klarere ansvarslinjer ved avdelingen nå enn før reformen?
- Føler du at du blir hørt av ledelse/toppledelsen?

Rapporteringer

- Merker du økning i antall rapporteringer og føringer som følge av krav etter sykehusreformen?
- Går dette utover helsetjenestene i kreftbehandlingen? På hvilken måte?

Kvalitet

- Hva legger du i begrepet kvalitet i helsetjenesten?
- Hvilke kvalitetssikringssystemer blir brukt ved avdelingen?
- Mener du kvalitetssystemene er gode?
- Merker du forskjell på kvaliteten i behandlingen nå og før reformen?
- Er det noe som kunne vært gjort annerledes?

IT systemet

- Fungerer IT systemene optimalt i avdelingen og på tvers av de andre avdelingene?
- Er du fornøyd med IT systemet i avdelingen?
- Hva fungerer godt?
- Hva fungerer dårlig?

Effektivitet

- Mener du avdelingen har blitt mer effektiv i behandlingen etter helsereformen?
- Kan finansieringssystemet være en pådriver til dette?

Intervjuguide 2

Informantens bakgrunn:

Klinikk/avdeling/seksjon:

Kjønn:

Stilling:

Hvor lenge har du jobbet i avdelingen?

Organisering/ledelse

- Merker du forskjell på rolle og ledelsesutøvelse etter sykehusreformen?
- Mener du det er klarere ansvarslinjer ved avdelingene nå enn før reformen?
- Hva kunne etter din mening vært gjort annerledes?
- Føler du at du blir hørt av ledelse/topplederen?
- Hva motiverer deg mest for å utføre arbeidet (indre/ytre motivasjon)?
- Kan du peke på noen faktorer i helseforetaket som påvirker motivasjonen din negativt i arbeidet?
 - På hvilken måte kan det påvirke helseforetaket og tjenestene (kvalitet)?
- På hvilken måte har effektiviteten i antall behandlinger økt etter sykehusreformen?
 - Mener du dette er en fordel, eller går det utover kvaliteten på helsetjenestene?

(Effektivitet blir definert etter verdimeldingen i Nasjonal helseplan som; "Effektivitet sørger for at man får mest mulig ut av ressursene som til enhver tid er tilgjengelig.")

- Hva gjør avdelingen for at ressursene skal bli utnyttet optimalt?
- Kan du kommentere noen svakheter ved utnyttelsen av ressursene?
 - Hva kan være årsaken til disse svakhetene?
 - På hvilken måte har sykehusreformen vært årsaken til svakhetene?
- Er det noe du savner av utstyr/redskaper i avdelingen?
 - Ville kvaliteten på tjenestene vært bedre hvis dette ikke manglet?
- Hva fungerer dårlig med IT-systemene i avdelingen?
 - Hvordan går dette utover kvaliteten i tjenestene?

Rapporteringer

- Hvordan håndteres avvik og mangler i avdelingen?

- Hva slags aktiviteter rapporteres det på nå som det ikke ble rapportert på før sykehusreformen?
- Hvor lang tid brukes det på rapporteringer nå i forhold til før reformen?
- På hvilken måte går dette utover helsetjenestene?

Prioritering

- Hvordan opplever du at rammevilkår (som personell, økonomi, krav til effektivitet) påvirker prioriteringene?
- På hvilken måte mener du pasientprioriteringen har endret seg etter sykehusreformen?
 - Hva har blitt bedre?
 - Hva fungerer dårligere?
- I hvor stor grad blir det lagt vekt på nytten av et tiltak for den enkelte pasient i forhold til kostnaden?

Finansieringssystemet

- Har du erfaring med at pasienter som er raskere å behandle/ krever mindre, favoriseres i inntektssystemet?
- Kan du gi eksempler på situasjoner der koding (DRG systemet) har blitt brukt for å utløse høyere refusjoner? (For eksempel ved at man velger en bestemt rekkefølge på hoved- og bidiagnoser eller ved at man i økende grad koder bidiagnoser og komplikasjoner.)
- Kan finansieringssystemet være en pådriver til økt effektivitet av antall behandlinger?
 - På hvilken måte?
 - På hvilken måte kan dette gå utover kvaliteten på behandlingen pasienten mottar?
- Er det noe annet ved finansieringssystemet som påvirker helsetjenestene negativt?

Kvalitet

- I hvilken grad fokuseres det på kvalitet og forbedringer der det er behov for det i avdelingen?
- På hvilken måte merker du forskjell på kvaliteten i behandlingen (ventetid, prioritering, pasientens behov) nå i forhold til før reformen?
- Hva er det/annet som påvirker kvaliteten på helsetjenestene negativt i avdelingen?

- Er det noe som kunne vært gjort annerledes?

Avslutning

- Er det noe mer du gjerne vil si om dette temaet?