

Samarbeid og prioritering i helseforetakene fra et kompleksitetsteoretisk perspektiv

Fordypningsoppgave

Nasjonalt Topplederprogram for Helseforetakene

Kull 2, høsten 2006

**Ørjan Sandvik, Helse Førde HF
Randolf Vågen, St Olavs Hospital HF**

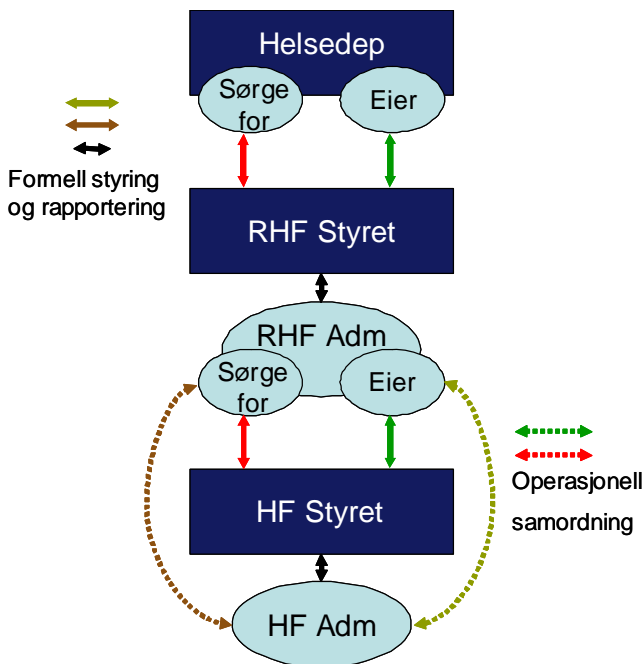
INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING
2. TO HISTORIER
3. BAKGRUNN FOR SYKEHUSREFORMEN
4. KOMPLEKSITETSTEORI
 - 4.1. Bakgrunn for teorien
 - 4.2. Hvorfor valgt vi denne teorien?
 - 4.3. Teoriens hensikt
 - 4.4. Modeller og begreper
5. REFLEKSJON I LYS AV TEORI
6. KONKLUSJON FOR MEG SOM LEDER
7. RELEVANS FOR ARBEIDSPLASSEN

1 Innledning

Uansett hvor store ressurser vi har til disposisjon vil den teknologiske og medisinskfaglige utviklingen, og enda mer befolkningens forventninger til hva spesialisthelsetjenesten skal kunne gi av tilbud, føre til et gap opp mot det realistiske. Dette forventningsgapet vil være der selv om alle våre organisasjoner på alle nivå drives optimalt. Det vil alltid være noen pasienter vi må avvise, og noen pasientgrupper som prioriteres foran andre

Hvis vi i denne sammenhengen tenker på alle nivåene i spesialisthelsetjenesten fra Helse – og Omsorgsdepartementet via RHF til det enkelte HF sier det seg selv at det er lang vei fra bestiller til utfører.



Noen av de viktigste styringsutfordringene i helseforetaksmodellen er:

- Forholdet mellom regional handlefrihet og politisk styring
- Forholdet mellom regional styring og lokal handlefrihet. HFene som egne rettssubjekt
- Vekting av eierrolle og sørge- for – rolle
- Finansiering og prioritering: Forholdet mellom den økonomiske og medisinsk faglige logikken
- Hvordan balansere lojalitet - integritet
- Finne balansepunktet mellom formell styring og operasjonell samordning

På et overordnet politisk nivå gjøres en fordeling av ressursene mellom f.eks veiutbygging og spesialisthelsetjeneste. Når Regjeringen og Stortinget gjennom statsbudsjettet årlig foretar en fordeling til de enkelte RHF sendes også en skriftlig bestilling som sier hva som skal prioriteres i kommende budsjettår. Dette er styringsdokumentet som de fem RHF, etter å ha kommet med ytterligere presiseringer; videresender til de respektive HF. De økonomiske ressursene fordeles til de enkelte helseforetakene gjennom regionale inntektsmodeller. Innen hvert HF skjer det videre en fordeling mellom somatikken og psykiatrien og videre til de ulike avdelingene.

På alle hittil nevnte nivå sitter noen og gjør prioriteringer. Før man kommer ned til behandlernivå har prioriteringen gått mellom tiltak eller pasientgrupper. Dess lenger ressursene fordeles ut i det enkelte HF, dess nærmere kommer en det punktet hvor det skjer som er hele dette systemets hensikt: møtet mellom en behandler eller behandlingsgrupper og en pasient.

Det er derfor helt avgjørende at de prioriteringer som blir gjort og det samarbeidet som foregår mellom nivåene i helseforetakene har de som arbeider med spesialisthelsetjenestenes kjerneoppgaver og de pasientene de møter i fokus.

Oppgaven skal belyse hvorfor samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten og dermed prioriteringene er så vanskelig. Det bli tatt utgangspunkt i eksempler fra psykiatrien ved St. Olavs Hospital HF og fra AD nivå ved Helse Førde HF. Oppgaven vil også se på hva disse vanskelighetene betyr for den som er leder.

**Problemstillingen avgrenses altså på denne måten:
Hvordan kan vi forstå samarbeids- og prioriteringsutfordringene i helseforetakene?
Konsekvenser for lederadferd og organisering.**

2 To historier.

En historie fra Helse Førde HF

Bakgrunnen for min historie er min egen opplevelse av å fungere som økonomidirektør i ei ledergruppe og i en organisasjon hvor vi til stadighet må forholde oss til at det ikke er noe politisk handlingsrom for å gjennomføre de store viktige prioriteringene. Situasjonen har i 2006 vært slik at alle de store tiltakene som man har klart å forankre både internt hos arbeidstakerorganisasjonene, i ledergruppa, i neste omgang blir overprøvd, ikke av eget styre, men av RHF nivå eller departementet. Hva gjør dette med meg som leder og hva gjør dette med den ledergruppa som jeg er deltaker i. Hvordan skal man komme videre i et system hvor hverdagen er så "begrenset rasjonell" i forhold til samarbeid og prioritering.

En kveld i januar 2006, uka før styret skulle behandle budsjettet for 2006, er den strategiske ledelsen i foretaket samlet. I tillegg er styreleder og nestleder i styret med på møtet. Tidligere på dagen har den strategiske ledergruppa hatt det siste møte med de foretakstillitsvalgte om foretakets vanskelige økonomi og de tillitsvalgte er enige med oss. Forslaget som man er enige om er å legge ned et pilotprosjekt som ble etablert av forrige statsråd; Nærjsjukehuset i Florø. Begrunnelsen er at hvis man skal kutte(prioritere) der det rammer pasientene minst og samtidig skal ha en økonomisk gevinst som monner, vil dette tiltaket være det som er mest aktuelt.

I møtet denne januar kvelden er vi alle sammen skjønt enige om at nå ligger alt til rette for å få et budsjettvedtak som gir en tydelig prioriteringsprofil i forhold til det som er medelt i styringsdokumentet. Så ringer telefonen som vi venter på fra eier i regionalt helseforetak. Det er derfor vi er samlet her denne kvelden, for å forankre saken hos eier. En slik uformell styringsdialog er nødvendig og viktig hvis man skal klare å få til noe. Man må avklare handlingsrommet.

Eier (RHF) er imidlertid helt klar på at vi må avvente dette vedtaket noen uker, for det må avklares med departementet først. Ny saldering må utarbeides og vi er enige om at vi i budsjettalderingen skal synliggjøre et tiltak som skal ha navnet -handlingsplan for økonomisk balanse-, hvor Nærjsjukehuset skal leggest inn så snart avklaring fra høyeste hold kommer om noen uker. Ukene går, månedene går, vi rapporterer avvik i årsprognosen første tertial. Vi har hatt flere purringer til RHF for å få nødvendig avklaring. Beskjeden som

kommer i møte med eier i mai og juni er klar til alle foretakene, det må utarbeides tiltak for å levere på resultatkravet, det gis ingen friske midler i revidert nasjonalbudsjett.

Administrasjonen utarbeider forslag til kutt, hvor det bl.a. blir foreslått reduksjon i antallet medisinske senger i foretaket, samt nedfasing av ortopediproduksjonen i Lærdal. Styret vedtar det som er foreslått fra administrasjonen og styreleder foreslår i tillegg at fødeavdelingen på Nordfjordeid skal endres til jordmorstyrt fødestue (Antall fødsler ved avdelingen gjør at dette er det som er faglig sett forsvarlig når man legger til grunn nasjonalt fødselsråd sine retningslinjer). Dette forslaget blir også vedtatt av styret. Dagen etter at styret har fattet sitt vedtak blir det gitt beskjed fra styreleder i regionalt foretak om at vedtaket om å gjøre om fødeavdelingen til jordmorstyrt fødestue må omgjøres på neste styremøte. Sommeren går og aksjonskanalene i fylket er virksomme, flere ordførerdelegasjoner er på besøk i departementet.

Når jeg kommer tilbake fra sommerferie er det beskjed om at styret i Helse Vest skal behandle foretaksstyret sitt vedtak om å fase ned ortopediproduksjonen i Lærdal på sitt første styremøte høsten 2006. Jeg tenker, da blir det sikkert gjort om på dette vedtaket også, hvordan skal vi nå klare å skape motivasjon og oppslutning om enda en tung prioriteringsprosess for å kutte kostnadene i foretaket.

Første ledermøte etter ferien avholdes. Jeg merket det allerede før sommeren, flere av lederne melder seg ut av diskusjonene. Jeg merker at noen sterkt misliker min gjennomgang i møtet av økonomisk status ved den enkelte klinikk etter syv måneders drift. Jeg tenker at de nok er lei av min beskrivelse av utfordringsbildet ved den enkelte klinikk og det uendelige maset om å holde trykket oppe i forhold til vedtatte tiltak. Samtidig har jeg vært en av de viktigste premissleverandørene gjennom alle prosessene med innsparinger som det så langt har kommet lite ut av.

På den ene siden står balansekravet klart som mål og på den andre siden er det ikke mulig å få igjennom vedtak som gir den ønskede økonomiske gevinst og som faktisk også vil støtte opp under de prioriteringssignalene som er gitt i styringsdokumentet som kommer fra departementet.

Opplevelsen av å sitte fast i "prioriteringsklemma" medfører en følelse av avmakt i den strategiske ledelsen i foretaket. Det er også en utfordring for organisasjonen å ta inn over seg at man ikke får gjennomført det som fagmiljøene og tillitsvalgte har vært med og støtta i prioriteringsprosessene. Avdelingslederne i linja er også meget oppbrakte over manglende evne til å få gjennomført endringer som er nødvendige for å komme ut av "prioriteringsklemma". Dette går ut over hele virksomheten da man i stedet for å ta de store beslutningene ift å velge bort hele tilbud må fordele ut innsparingene i hele organisasjonen. Dette skaper frustrasjon, usikkerhet og angst. Samtidig vil et vedvarende press og fokus på økonomidimensjonen virke negativt ved at det faglige fokuset kommer i annen rekke.

En historie fra St. Olavs Hospital HF

Avdelingen jeg er leder for, et Distriktpsykiatrisk senter (DPS), består av enheter med til dels ulike tradisjoner. Avdelingen består av 9 enheter med fra 7 til 20 ansatte i hver. Sju poliklinikker med 7-12 ansatte og to døgnenheter med 20 ansatte i hver. De to døgnenheterne er samlet, likeså tre poliklinikker. Så er det fire poliklinikker som ligger hver for seg.

DPS -organisasjonen ble etablert som en avdeling i januar 2003. For å nå organisasjonens samlede mål er enhetsledernes utøvelse av lederrollen og de enkelte enhetenes resultater avgjørende.

I en samtale med lederen for en av de poliklinikkene som ligger for seg selv kommer det fram en del dilemmaer som nok i prinsippet er aktuell for de andre enhetene også.

Det som særpreger denne poliklinikken er at den har lange og gode tradisjoner på å arbeide på en ambulant måte med systemteori som faglig referanseramme. Før organiseringen av DPS hadde denne poliklinikken direkte tilknytning til divisjonssjefen. Lederen er opptatt av om det er plass for deres tradisjon innen den større DPS-organisasjonen. Poliklinikken får gjennom linje og stab mye fokus på aktivitet, dokumentasjon og det å forholde seg til kvalitetsrutiner som synes mer å være laget for den store organisasjonen enn for dem som en mindre poliklinikk.

Leder ser også at poliklinikken har mange fordeler av å være i en større organisasjon men har registrert at noe av deres frihet ble begrenset etter at de mistet den direkte linjen til divisjonssjefen. I den siste samtalen ser vi på mulige tiltak som kan styrke enhetens særpreget og identitet. Samtidig er jeg ikke sikker på at jeg får fram vinklingen med DPS - organisasjonens felles målsettinger og hvordan denne poliklinikkens særpreget faller inn i disse.

Spørsmålet jeg blir sittende igjen med er: Hvordan kan denne lederen sammen med de andre i poliklinikken utvikle enheten i tråd med god tradisjon og faglighet samtidig som de følger de administrative krav som er stilt til hele organisasjonen?

Når jeg snur meg ser jeg at min leder, altså Divisjonssjefen, kan ha den samme problemstillingen overfor hele den avdelingen som jeg er leder for. Dette gjelder spesielt på økonomi og aktivitet. Et halvt år etter DPS-organiseringen fikk vi tilsyn fra Fylkeslegen. Dette førte til et fokus på kvalitetsarbeid både mtp rutiner og faglig innhold. Og sammen med det øvrige arbeidet for utvikling av organisasjonen har fokus på volum av pasientaktivitet og økonomi vært noe i bakgrunnen en periode. Men med krav om bedre økonomisk styring kommer igjen dette mer i forgrunnen.

I dette perspektivet oppstår på nytt samme spørsmål: Hvordan kan godt faglig arbeid og organisasjonsutvikling i den avdelingen jeg har ansvar for, samtidig gå sammen med krav til økonomi, aktivitet og rapportering i Divisjon Psykisk Helsevern.

3. Bakgrunn for sykehusreformen

For å belyse i hvilken organisatorisk og samfunnsmessig kontekst helseforetakene opererer i har vi valgt å ta med noe av bakgrunnen og erfaringene så langt fra den helsereformen som ble gjennomført i 2002

En viktig begrunnelse for sykehusreformen var å få fortløpende i arbeids- og funksjonsfordelingen mellom sykehusene, blant annet innenfor akutt- og fødetilbudet. Slike omfordelingssaker fører gjerne til stor politisk oppmerksomhet og høyt konfliktnivå (Lowi 1964, 72). Sentralisering av akutt- og fødetilbudet vil ut fra en slik saksdefinisjon med stor sannsynlighet mobilisere ulike interessegrupper, og utløse krav om sterkere politisk engasjement og styring. Disse sakene har dessuten stor politisk signalverdi, og er velegnet til å tiltrekke seg medias oppmerksomhet og velgernes stemmer.

Inngripen fra statsråd Høybråten ifm. fødeavdelingen i Lærdal i 2003 og etablering av Nærskjuehuset i Florø sammen med inngripen fra statsråd Brustad ved forslag om å legge ned fertilitetstilbudet og ortopeditilbudet(Røros) ved St. Olavs Hospital i 2006 er gode eksempler på aksjonskanalens kraft ift. å påvirke utviklingen innen spesialisthelsetjenesten. Dagfinn Høybråten har gitt en allmenn definisjon av betingelsene for når et § 30 vedtak vil bli brukt i foretaksmøte: Hvis det blir støy nok så vil statsråden gripe inn.

Politisk engasjement i denne typen saker faller sammen med en tradisjonell og velkjent politikerrolle. Mens sykehusreformen forutsetter en overordnet og strategisk politikerrolle, vil de tradisjonelle rollene som ombud og sektorpolitiker medføre større fokus på enkeltsaker.

Mange studier viser at politikerne ikke er særlig komfortable med en tilbaketrukket målformulerende og evaluerende rolle, slik helseforetaksmodellen kan sies å foreskrive (Allern og Kleven 2002, Aarsæther og Vabo 2003). Den enkeltsaksorienterte politikereren søker stadig å vende (Christensen og Lægreid 2002).

Når det gjelder omgivelsesfaktorer, eller det nære politiske handlingsmiljøet som eieren (Helse – og omsorgsdepartementet) må forholde seg til, vil det være interessant hvordan eierstyringen påvirkes av Stortingets atferdsmønster. Sykehusreformen ble iverksatt i en periode med mindretallsregjering og generelt økende stortingsaktivisme (Nordby 2000, Rommetvedt 2002, 2003). Prinsippet om ministerstyre eller ministeransvarlighet betyr at helseministeren står ansvarlig overfor Stortinget, og derfor må ta ansvar for kritikkverdige forhold som måtte dukke opp i helsesektoren.

Stortinget har dessuten en alminnelig instruksjonsrett forankret i konstitusjonell sedvane (Sejersted 2003). Dette innebærer at et flertall i Stortinget i gitte situasjoner kan pålegge helseministeren å gripe inn i enkeltsaker og i de forhold som Stortinget finner kritikkverdige. Et aktivt og engasjert Storting kan dermed legge et press på helseministeren om å benytte eierposisjonen til aktiv og løpende styring av helseforetakene. Resultatet kan bli betydelige spenninger mellom Stortinget og regjeringsapparatet i hvordan eierstyringen skal utøves. Helseministeren og Stortinget trenger ikke nødvendigvis framstå som samkjørte i sine styringssignaler overfor helseforetakene. De statlige styringssignalene kan bli sprikende og motstridende.

For det andre vil deltakelse og interessehevdning fra lokale grupperinger gjennom lobbyvirksomhet, aksjoner og opinionspåvirkning i mediene kunne påvirke balansen mellom statens eierstyring og helseforetakenes selvbestemmelse. Gjennom mobilisering og politisering av sakene kan de interessene som ikke når fram med sine argumenter overfor lokale og regionale helseforetak bringe sakene opp på den offentlige nasjonale dagsorden. Her er det også et klart samspill med Stortinget hvor ulike politiske partier og grupperinger kan mobiliseres i rollen som ombud for pasient- og distriktsinteresser. Stortinget kan bli en omkamparena for dem som kjemper for et nært og tilgjengelig tjenestetilbud også i distriktene.

Som deltagere i Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene var vi nå i høst på Stortinget og traff nestleder i helse - og sosialkomiteen. Han fortalte at de viktigste sakene de arbeidet med for tiden var omleggingene ved ortopedien i Lærdal og framtiden for Nærskjuehuset i Florø. I tillegg uttalte han et klart ønske om større kontakt med ledelsen i de enkelte helseforetakene. Når en sentral stortingsrepresentant, som også representerer det

parlamentariske flertallet for nåværende regjering, i møte med toppledere i helseforetakene uttaler seg på en slik måte, er dette et godt eksempel på hva statsråden for helse - og omsorgsdepartementet skal håndtere fra Stortinget. Aksjonistenes press gjennom media og i egne delegasjoner på statsråden sitt kontor, samtidig som aksjonistene bygger allianser inn i Stortinget setter generalforsamlingen (statsråden) i en helt håpløs situasjon. Dette underminerer mulighetene for å realisere de prioriteringer som er nødvendig for å utvikle spesialisthelsetjenestene i.h.t de styringssignaler som både Stortinget og Regjeringen selv har gitt gjennom styringsdokument, statsbudsjett og i formell lovgivning.

Både den formelle styringsmodellen og kulturelle og omgivelsesbaserte faktorer kan hevdes å trekke i retning av mer aktiv statlig eierstyring enn det NPM-retorikken og –doktrinene i utgangspunktet forutsetter. Sannsynligvis ville det vært mer overraskende om sykehussektoren bar preg av ”politikken tilbaketrekking”, gitt denne sektorens egenart, størrelse og viktighet i velferdsstaten. Det mønsteret som tegner seg er at sykehusreformen har løsrevet sykehusene fra sin tidligere lokale kontekst i fylkeskommunene. Lokalsamfunn og lokalpolitikere har lite de skulle ha sagt. Når heller ikke markedsreguleringen av sykehusene er sterk, gjenstår politikken og den statlige styringen som den vesentligste ytre reguleringsmekanismen. I stedet for et frislepp av sykehusene ser vi konturene av en sterkere sektorpolitisk styring av sykehusene som vel og merke ikke alltid er like konsekvent. Staten opptrer både uryddig, lite samordnet og uforutsigbar. Slik har flere foretakslederne uttalt seg den siste tiden. Påstanden om den ”fragmenterte stat” får støtte først og fremst fordi staten står overfor et dilemma når den både skal søke å skille sine mange roller og når den skal forsøke å samordne de samme rollene.

Forsøket på å omgjøre sykehusene til selvstendige statlige foretak har støtt på krefter som har gjort dette reformelementet mindre radikalt. Kanskje er det grunn til å stille spørsmålet om vi her står overfor en foretaksmodell mer i ”navnet enn i gavnet”. Både i valget av tilknytningsform og i forsøket på å sortere statens ulike roller er det valgt hybride løsninger som peker vel så mye i retning av en forvaltningsmodell som en foretaksmodell. Når staten har regionalisert andre deler av dens virksomhet har den i de fleste tilfeller valgt regionkontorer med status som forvaltningsorganer. Det gjelder vegkontorer, mattilsynets regionkontorer og fylkestrygdekontorer. Når en i sykehussektoren opprettet regionale helseforetak var kanskje motivet først og fremst et ønske om å lage en buffer mellom politikken vesen og sykehusene.

Sykehusreformen bærer i seg en dyp mistro til politikkerne, ikke bare fylkespolitikkerne, men også ved å tillegge Stortinget en tilbaketrasket rolle. Utviklingen etter reformen viser at politikken blir som ”nissen på lasset”. Den dukker opp igjen i vante former, selv om reformmakerne gjerne ville tøyle den og gi den en ny innpakning. Konsekvensen er en sammensatt, tvetydig og lite forutsigbar statlig eierstyring som spenner over hele registeret av kortsiktige og langsiktige, store og små tiltak.

4. Kompleksitetsteori

4.1. Bakgrunn for teorien

På 1960-tallet gjorde meteorologen C. Lorenz matematiske simuleringer på en datamaskin for å forutsi været. Han ønsket å gjøre en av simuleringene på nytt. I det første eksperimentet hadde han benyttet tallet 0,506127 som en av parametrene i simuleringen. For å spare tid hadde han i det andre eksperimentet benyttet tallet 0,506. Han antok at han ville få ut en kurve som var nesten lik den første ved å benytte tre desimaler i stedet for seks. Han regnet med at et så lite avvik ikke kunne få noen særlig konsekvens for utfallet. Det viste seg at han tok feil. Utfallet ble helt annerledes.

Denne effekten er senere blitt betegnet som "sommerfugl – effekten". Avviket var i utgangspunktet like lite som når en sommerfugl slår med vingene. Eller når en sommerfugl i dag slår med vingene i Amazonas vil forandringene i atmosfæren om en måned resultere i storm i New York. Lorenz konkluderte på bakgrunn i dette at det aldri vil være mulig å forutsi været presist på lengre sikt, fordi ubetydelige endringer i utgangspunktet ville kunne eskaleres opp slik at det langsiktige utfallet ikke kan beregnes.

På midten av 80-tallet møttes en rekke kjente vitenskapsmenn med ulik faglig bakgrunn ved Santa Fe Universitetet i USA. De tok for seg en del svært grunnleggende spørsmål. Det de hadde til felles var at de alle arbeidet med å forstå systemer som bestod av mange deler (agenter), som molekyler, nevroner, arter, kunder, økonomier etc. Arbeidet resulterte blant annet i teorier om "Komplekse systemer" og "Komplekse adaptive (levende) systemer".

Arbeidet tok også for seg organisering, stabilitet og forandring i sosiale og naturlige systemer. Tidligere har en vært opptatt av å betrakte slike systemer som relativt stabile i en mer eller mindre dynamisk likevekt med sine omgivelser, strekt inspirert av Newton, med troen på å kunne forklare årsak - virkning sammenhenger. Nå stilte en spørsmål ved dette og var mer opptatt av systemer som opererer i tilstander langt fra likevekt eller stabilitet.

4.2 Hvorfor valgte vi denne teorien?

Vi har gjennom våre historier og ved gjennomgang av noen erfaringer med sykehusreformen synliggjort en del utfordringer som vi som ledere må forholde oss til. Gjennom å bruke kompleksitetsteorien ønsker vi å øke vår forståelse av den virkeligheten vi som ledere opplever i hjemlige helseforetak. Samtidig ønsker vi å få en større klokskap som kan hjelpe oss til å finne ut hvilke tiltak som kan hjelpe oss med lederoppgavene. Når vi tror at kompleksitetsteori kan hjelpe oss er det fordi den tar utgangspunkt i en verden som vi kjenner oss igjen i. En kompleks verden både i og utenom vår egen organisasjon og en vektlegging av de samhandlende grupper i møte med pasientene.

Selv om begrepet kompleksitet gir negative assosiasjoner til ordet "komplisert" fører ikke teorien til negative holdninger og pessimisme. Tvert i mot er det et bidrag til valget av denne teorien at den kan være en hjelp til å leve med og handle i en kompleks og uforutsigbar verden.

4.3 Teoriens hensikt

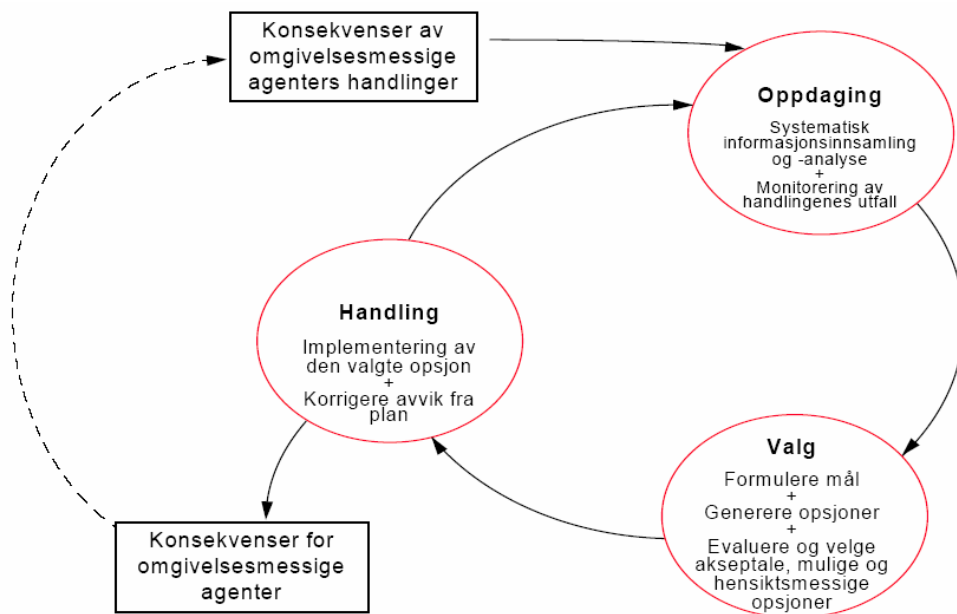
Kompleksitetsteorien prøver å forstå en verden som er langt fra å være stabil, som er kreativ og i stadig endring. Det er umulig å eksakt forutsi utfallet av en handling i dag i forhold til fremtid eller en handling på ett sted i forhold til et annet. Teorien gir en beskrivelse av hvordan vi kan forstå det som skjer alternativt til den tradisjonelle tanken om årsak –

virkning. I dag har denne teorien betydelig oppmerksomhet på en rekke områder. Teorien tar som utgangspunkt at alle naturlige systemer, også organisasjoner, fungerer i henhold til denne teorien.

4.4 Modeller og begreper

For å forstå kompleksitetsteorien og dens postulater har vi vært nødt til å gå veien om tradisjonelle ledelses- og organisasjonsteorier og sentrale begreper for å se på hvilke tenkesett som fortsatt er de gjeldene i våre organisasjoner.

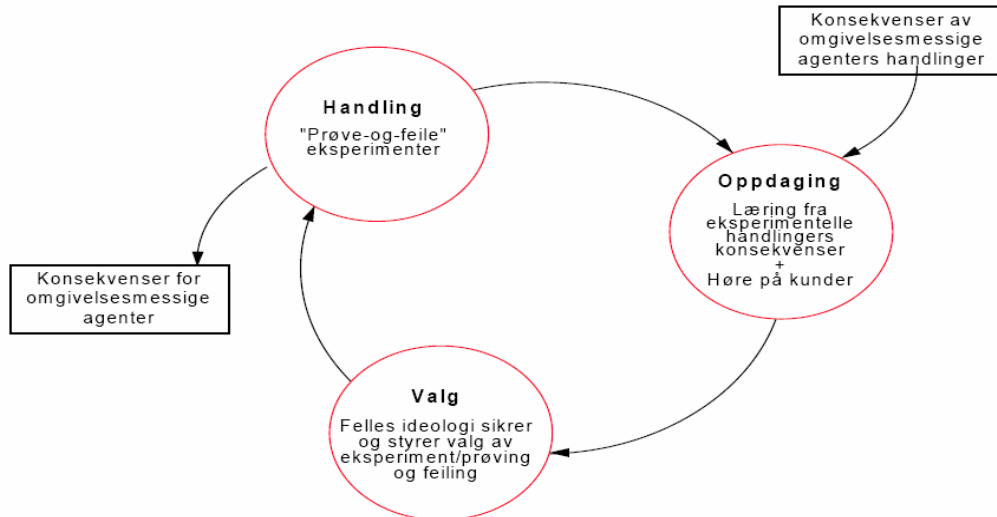
Den rasjonelle ledelsesmodell



I den gamle Newtonianske tenkesett for vitenskap er naturen forutbestemt og dermed predikabel. Overført på organisasjon betyr det at med nok kunnskap om systemene kan fremtiden planlegges og kontrolleres perfekt. I henhold til en slik verdensforståelse blir løsningen på kognitive - og treghetsproblemer å planlegge for endring til en optimalitet. Hver enkel tilpasning antas å være en tilpasning til omgivelsene. Koplingen mellom årsak og virkning kan imidlertid være fjern i tid og rom. Dette øker selvfølgelig sannsynligheten for at utilsiktede og ikke forventede atferdsmønstre oppstår. Men samtidig hevdes det at dersom ledere bare klarer å operere noen innflytelsespunkter, hvor små endringer kan gi betydelige utfall, så vil man kunne bevege organisasjonen i den ønskede retning.

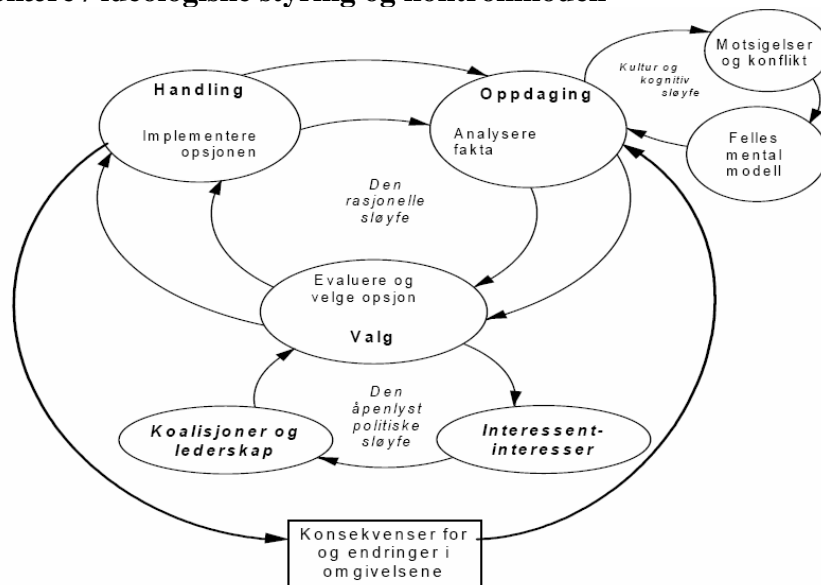
Følgelig blir anbefalingen at man planlegger for ”adaptiv tilpasning”. Peter Senge (1990) poengterer behovet for visjon og formål, men selv om han aksepterer at verden er kompleks og med mange ukjente og ikke kjent feedbackeffekter så har han fortsatt en klar ide om at å ha retning er på sin plass.

Logisk inkrementalisme



Instrumentell bruk av prøving og feiling på mange plan i organisasjoner som et middel for utvikling synes å reflektere en erkjennelse av hva problemene med oppdaging av handlingers konsekvenser – med andre ord at den rasjonelle modellen ikke er en god nok representasjon av verdens kompleksitet. Løsningen på disse komplekse problemene er i henhold til dette konseptet innføring av en kontinuerlig prosess med prøving og feiling, eller eksperimenter. Disse eksperimenterne er det meningen skal tilskynde læring fra handlingenes konsekvenser. En måte å gjennomføre dette på er for eksempel å lytte til det kunder har å si om foretakets ytelser. Disse excellence - tilnæringer benevnes som "logisk inkrementalisme" (Quinn, 1980). Visjonene, foretakenes misjon og innføring av en felles ideologi i organisasjonene er knyttet til problemer med valg. Tesen er at om man har et felles sett av verdier i organisasjonen så vil konflikter med hensyn til valg av hvilke eksperimenter som skal gjennomføres bli mindre.

Den visjonære / ideologiske styring og kontrollmodell



I kjernen av denne modellen ligger fortsatt den rasjonelle beslutningsmodellen. I tillegg er tre nye aspekter inkorporert: kulturelle, kognitive og politiske aspekter og imperativer. Kulturelle og kognitive aspekter avbilder det forhold at ledere opptrer innenfor et rammeverk av felles visjoner og ideologi som igjen ligger innenfor en felles kultur eller resept. Antakelsene her er

at hva lederne oppdager, og hvilke valg de gjør avhenger av den mentale modell som de anvender. Når alle aktørene deler de samme modeller så kan motsigelser og konflikter gå dem hus forbi og de oppdager ikke hva som skjer. Konsekvensen er at de agerer uten å stille spørsmål ved kulturen eller ved visjonen inntil krisen kommer. I tillegg, i den rasjonelle og kultur/kognitive sløyfe er der åpenbart også en politisk dimensjon i lederens og de andre organisasjonsmedlemmenes atferd. Dette er i modellen ivaretatt av det politiske imperativ hvor eksperimentering/førsøk - og feiling representerer beslutningsfattelsen, og som viser hvordan valg er bestemt av ledere og stabile koalisjoner innen organisasjonen. Med andre ord, de valg som ikke truer interessentene fordi de velger innenfor en akseptert mental modell. Resultatet er en modell som fokuserer på informasjonsprosessering. Dette definerer lederskap til dem som setter retninger, artikulere visjoner og kulturer og som gir form og logikk til aktiviteter. Kort sagt, ledere er de som har kontroll.

Kompleksitetsteori

Med kompleksitetsteorien er vitenskapens essens ikke lenger prediksjon, men heller forståelse og forklaring. Man søker å forstå mønstre og sammenhenger, som kanskje ikke kan brukes direkte i prediksjon, men mer som tommelfingerregler for fremtidshorisonter.

Kompleksitetsteorien hever blikket opp fra enkeltdelene og ser på helheter, på sammenhenger, på koblinger, på mønstre og dynamikk. Den ser på problemene med å forklare kontinuitet og forandring samtidig, og prøver å forklare det gamle filosofiske utsagn om at helheten er mer enn summen av delene. Dette som er "mer" er på et høyere organisasjonsnivå og kompleksitetsteorien kaller det "emergens" (frembrytelse).

De mest interessante komplekse systemer er også adaptive, de tilpasser seg omgivelsene på et eller annet vis. Vi kaller dem komplekse adaptive systemer(KAS).

Vi forestiller oss et slikt system som en slangegrav eller et monster med tusen armer som er viklet inn i hverandre på mange ulike måter. Slike systemer " snakker til seg selv" slik at resultatet av årsaker og virkninger i systemet ikke kan beregnes nøyaktig på forhånd. Bare sannsynligheter kan beregnes, og knapt det. De ulike variablene i systemet virker inn på hverandre underveis i prosessen, så man kan ikke beregne resultatet selv om man har fullstendig viten på forhånd. I tillegg kompliseres det hele ved at det naturligvis er svært sjelden man har fullstendig viten om et systemet, f.eks har man det ikke i en økonomi, en økologi eller været – for ikke å snakke om organisasjoner som består av mennesker som til en hver tid kan gjøre ulike valg.

Komplekse fenomener har visse fellestrekk:

- Alle har nettverk av mange agenter (I organisasjoner er det mennesker/mikrosystemer)
- Kontrollen i slike system er distribuert mellom agentene i nettverket
- Systemene har mange organisasjonsnivå. Agenter på et nivå fungerer som byggeklosser for agenter på neste nivå.
- Systemene er selvorganiserende. Orden på et høyere nivå oppstår "spontant" gjennom agents samhandling på lavere nivå.
- De tilpasser seg omgivelsene etter en indre modell. De reviserer, oppdaterer og rearrangerer kontinuerlig byggeklossene etter hvert som systemet får erfaring.

- De er dynamisk stabile. De verken smetter på plass og ”fryses” eller løses fullstendig opp i tilfeldigheter. Det er verken stagnasjon, anarki, systemet opererer på kaoskanten.

Hva skal så en strateg gjøre i en verden full av organisasjoner betraktet som komplekse adaptive systemer. Stacy sier at kunne vi stolt på etablerte strategiske rammeverk kunne vi satt bort mesteparten av ledelses og forvaltningsarbeidet til computere (Stacy 1993). Dette fordi hver situasjon pr. definisjon er ny, er det vanskelig å fange mål, problemer og muligheter. Strategiske situasjoner er paradoksale, usikre og ambivalente. Strategisk tenkning må følgelig ikke bare skje i forkant av handlingene men underveis i handlingene. Ledere og ansatte må utvikle *meta – evner* – eller folkelig sagt bruke magefølelsen, for å forstå de ulike nye situasjonene som dukker opp. Mye av det som foregår i KAS – systemer kan forstås gjennom interaksjonen mellom individer med individuelle strategier, eller på et mer generelt nivå, som samhandling mellom aktører. Aktører kan være alt fra individer i en organisasjon, til bedrifter i et marked. Et utall av eksempler kan illustrere at lokalt samhandlende agenter eller aktører kan produsere stor-skala effekter. At en liten årsak kan ha stor virkning.

Kompleksitetsteorien anvendt på organisasjoner argumenterer også sterkt for:

- Det nytter ikke med en sterk ”Top – Down” styring
- Det er vanskelig å predikere fremtiden
- Det nytter ikke med en ”Stalin” eller autoritær bedriftsleder når man skal implementere nye verdier og kulturer inn i en organisasjon.

En konsekvens av dette er at man må justere noen strategiske prinsipper som fokus, rimelig grad av sikkerhet, effektivitet og ovenfra koordinering, til fordel for fleksibilitet, tilpasningsdyktighet og vågalhet.

Hvordan styre på kaoskanten?

- Produsere nødvendig variasjon i handlingsalternativer for å kunne ta seg av mulige forstyrrelser.
- Velge de mest adekvate mothandlinger for en gitt hendelse

Systemene vi snakker om i denne sammenhengen, organisasjonene, er nettopp av en slik art at disse to egenskapene i liten grad ikke kan designes inn av en leder. Poenget er at et selvorganiserende systemer autonomt må utvikle disse egenskapene. Egenskapene må vokse fram selvstendig og innenfra. Det ledere og andre ressurspersoner kan gjøre er tilrettelegging slik at de kan vokse fram autonomt, en slags gartner funksjon. Variasjon kan for eksempel dyrkes frem ved å prøve å holde systemet langt nok unna ekvilibrum, slik at det har mange nok faste, stabile tilstander og velge mellom. På fotballspråket kan man si at laget må inneha så mange potensielle trekk at det i hver situasjon er adekvate og gode pasningsalternativer. Selektivitet krever at disse tilstandene er tilstrekkelige få i antall og tilstrekkelige stabile, slik at en adekvat tilstand kan bli valgt uten fare for den overordnede organiseringen.

Kompleksitetsteorien gir ikke rom for ovenfra-ned strategier. Spørsmålet blir da finnes det mer konkrete måter vi kan hjelpe selvorganiseringen i gang på, og stimulere den underveis i marsjen? Lissack og Roos (1999) foreslår ”koherens” som et begrep for dynamisk og ikke – rigid koordinering i organisasjoner sett med kompleksitetsteoretiske briller.

For å få en smakebit på hva koherens er for noe, skal vi sette skjematisk opp deres forslag til ti ”koherens-strategier”:

1. Bruk av enkle guidene prinsipper: Gå heller for globale synspunkter (helhet) som kan tillate samhandling å skje, enn å henge seg for mye opp i lokale situasjoner for å ”nøste opp i ting”.
2. Mentale modeller: Anerkjenn at vi har ulike modeller, men at ting kan fungere for det, heller enn å prate om ulikheter samtidig som insentiver til konformitet sendes ut.
3. Bruk landskapsbilder for situasjonen som organisasjonen er i og ”hvor den skal”. Tenk på økosystemer heller enn løpekonkurranser.
4. Kombiner og rekombiner: En syntetisk tilnærming til hvordan sy sammen deler til bedre helheter, heller enn analytisk dekomponerte systemer til autonome, selvtilfredsstillende systemer.
5. Dykk frem multiple roller: La folk være seg selv og personaliser arbeidsplassen.
6. Guide perspektiver og tilnæringsmåter heller enn å kontrollere og overvåke handling. Det siste er vanlig fordi man tror at da kontrollerer man utfallet.
7. Fortell historier: De gir meningsfull kontekst og tillater ansatte å trekke egne konklusjoner.
8. Bruk speidere: Hva kan læres av miljøet utenom organisasjonen? Finnes det gode ideer der ute, bruk dem
9. Bruk ”veiskilt”: De anerkjenner individets bidrag til helheten og promoterer løft, heller enn å mure igjen ulike territorier med ”ingen adgang” skilt
10. Skap språk: Skap ord, metaforer, analogier for å gi meningsfulle kontekster, heller enn å tro at språk har en objektiv gitt mening (gjerne ledelsens).

Egenorganisering

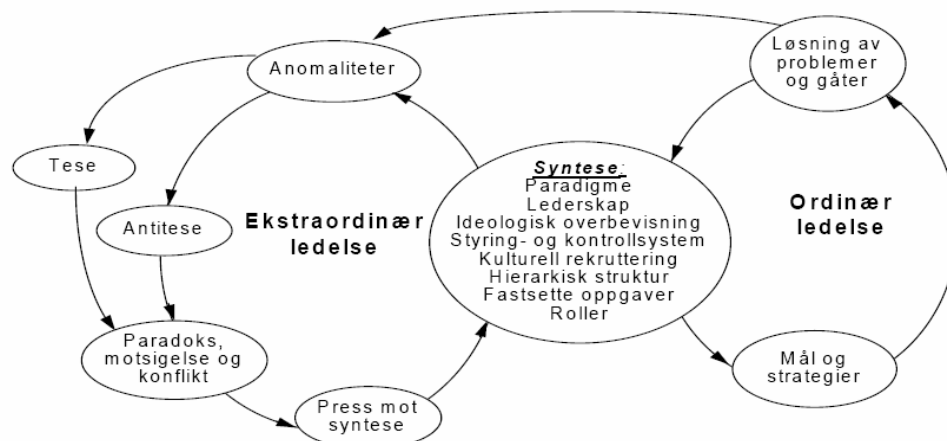
Det er noe innbygget destruktivt i innovasjon og kreativitet. Det er uunngåelig at innovasjon og kreativitet leder til tvetydigheter, uklarhet, usikkerhet, forvirring, konflikt, frykt for fiasko og angst. Det er klart at politiske og kognitive looper vil virke forsterkende på dette. Følgelig, en kreativ organisasjon eller en organisasjon i endring, må være en hvor både negativ og positiv feedback opererer. I organisasjoner ligger kanskje det største potensialet for selvorganiserende prinsipper i det Stacey kaller ”skyggelandskapet”. Det er ikke det samme som det uformelle i organisasjoner, men dekker også psykososiale forhold og personlige nettverk som går utover organisasjonsgrensene. Argumentet er at det formelle systemet brukes til kjente, repetitive omgivelser, mens skyggelandskapet brukes i nye omgivelser når man står overfor usikkerhet, og det er her spontan selvorganisering foregår. Tenk på skyggelandskapet som et kreativt psykososialt system. Ingen pålegger oss å utvikle fantasier, rykter eller stereotyper og oppfatninger om andre. Ingen bestemmer om vi skal tilhøre den eller den fraksjonen. Vi gjør det på en spontan selvorganiserende måte. Her finnes store

Ordinær og ekstraordinær ledelse

Ledelse foregår alltid innenfor et mer eller mindre felles eller samstemmig tenkesett, mentale modeller eller paradigmer. Dagens resept på å lede synes forankret i et bestemt paradigme og fremkommer gjennom:

- En bestemt hierarkisk struktur
- Et gitt sett av roller
- En bestemt lederstil
- Styring - og kontroll, verdsetting, belønningssystemer, kultur, ideologi m.v.

Oppgaven til ledere er å løse problemer og floker (for eks. mhp. strategi om hvordan nå de mål en har). Dette kalles ordinær ledelse og er en problemløsningsloop illustrert på høyre side i figuren under.



Ordinær og ekstraordinær ledelse (Adaptert fra Parker & Stacy 1994; Stacy 1993)

Alle modeller og mentale modeller er imidlertid bare partielle representasjoner av virkeligheten. Det er derfor uunngåelig at når ledere løser organisasjonens utfordringer innenfor det rådende paradigme så oppdager de motsetninger mellom hva som skjer og hva de forventer skal skje. Disse motsetningene bygger seg opp til et punkt hvor lederen må stille spørsmål ved sin problemforståelse – ved paradigmet. Når det skjer, legger de ut på det som kan kalles ekstraordinær ledelse (EOL). Det sentrale er at rasjonelle ledelsesmodeller ikke kan benyttes i alle prosessene under EOL – rasjonell ledelse forutsetter et paradigme som EOL er i ferd med tilintetgjøre. Det er nå at loopene for åpen og skjult politisk læring, dobbel loop læring og ubeviste prosessers loop blir aktivert gjennom lederens bruk av EOL. En viktig ting å legge merke til er at teknikkene i EOL, i motsetning til ordinær, rasjonell ledelse, ligger utenfor den formelle organisasjonen.

Ekstraordinær ledelse setter fokus på lederens evne til å kunne gå inn i skyggelandskapet, å bidra med sin realkompetanse og ikke bare med sin posisjon i hierarkiet. Det medfører å kunne tilrettelegge for læringsprosesser og dialoger hvor ideer og strategier vokser fram i prosessen uten at alt er planlagt på forhånd. Ekstraordinær ledelse innebærer å både ha visjoner og samtidig stille spørsmål med det bestående, å skape atmosfære for selvorganisering, og tilrettelegge for at de ansattes totale kompetanse blir etterspurt. Ekstraordinær ledelse medfører å sørge for nok "uorden" slik at kreativitet kan finne sted. Hvordan kan f.eks. ledere legge til rette slik at en sikrer nok opprør i organisasjonen? Ledere blir ikke lengre guruer med alle svarene, men søkere i kontakt med andre agenter i virksomhetens eget nettverk og som en del av et større nettverk. I en selvorganiserende

prosess preget av både samarbeid og konkurranse. Alt de gjør vil potensielt ha en eller annen konsekvens, selv det å ikke handle.

Når en ser på organisasjoner som komplekse tilpassende systemer, vil agentene (ansatte, avdelinger, prosjekter etc.) måtte betraktes på en helt ny måte enn før. Relasjoner og dialogen blir det sentrale. Ledere må lære seg til å bevege seg i skyggelandskapet og ikke bare i de formelle fora. For ansatte må det forventes at andre deler av deres kompetanse etterspørres. Deres opplevelser av situasjoner, deres ideer, deres viten totalt sett må forventes å bli mer etterspurt, deres kompetanse til å forstå og arbeide i ulike relasjoner vil både bli stilt på prøve og utviklet. Det vil bli stilt større krav og samtidig gis større muligheter for et mer totalt bidrag i det totale nettverket. Kun ved å arbeide med relasjonene mellom agentene i ulike nettverk vil virksomheten kunne lykkes.

Positiv og negativ feedback

Feedbacken eller tilbakekoplingene kan både være positive og negative. Ved negativ feedback forstås en effekt som reduserer avstanden mellom mål og utfall. Positiv feedback øker avstanden mellom mål og utfall. Med andre ord positiv feedback opphever ikke avvik, den forsterker dem. Følgelig, negativ feedback avdemper og stabiliserer.

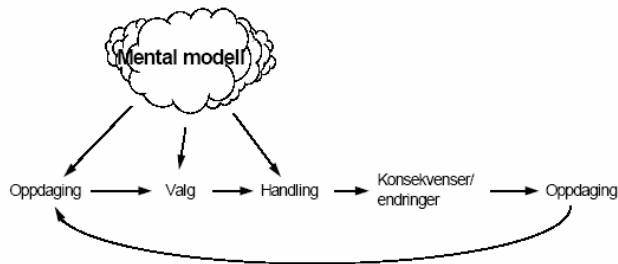
Lineære og ikke lineære feedback systemer.

I lineære systemer er det bare en effekt/ et utfall for hver årsak. Det betyr at i lineære systemer er det ikke essensielt noen valgmuligheter med hensyn på utfall, og den sammenlagte effekt av to årsaker er ene og alene addisjon. Helheten er altså lik summen av delkomponentene. Dette betyr at lineære systemer analyseres og forstås ved å dele dem opp i sine bestanddeler og så studere hver enkelt komponent – og, er systemene store og komplekse så er slik dekomponering den eneste måten å forstå systemene på. Dette er en tilnærming som har vært svært vanlig. Imidlertid er ikke folks atferd lineær. For eksempel påpekte Tversky (1981) at folk kan være risikoadvers når de forventer gevinst, og risikosøker når de står overfor et tap. Et lineært system tolererer ikke slike asymetriske effekter. Dette leder over i det som kalles ikke lineære feedback systemer. I slike systemer kan en årsak ha mange virkninger. Dette betyr at valg er en reell mulighet. Videre så aksepteres det innen ikke lineære systemer at helheten kan være større en summen av delkomponentene. Dette betyr at det ikke er mulig å forstå helheten ved bare å studere enkeltelementene. Ikke lineære systemer drives av både positiv og negativ feedback.

Enkel- og dobbelkretslæring

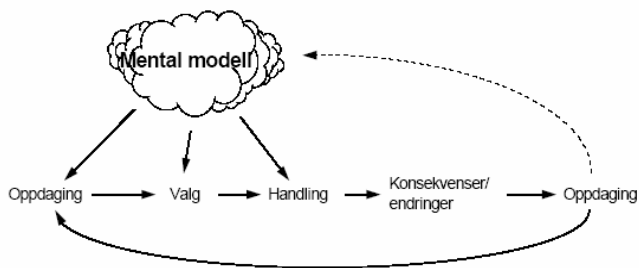
Negativ og positiv feedback kan forstås som to ulike typer av organisatorisk læring. Argyris og Schön (1978) pekte på at i organisasjoner styres både måten som lederne oppdager hvordan verden fungerer og måten de velger å handle på, av felles mentale modeller eller paradigmer.

Enkelkretslæring



Enkelkretslæring betyr at den mentale modellen(paradigmet) ikke endres. Enkel loop læring er med andre ord en negativ feedback prosess assosiert med å stabilisere atferd. De både lærer om konsekvensene og justerer atferd uten at de stiller spørsmålstegn med referanserammen som læringen finner sted under. Imidlertid når usikkerhet, tvetydigheter og uklarheter setter inn fører dette til at denne prosessen blir en ineffektiv og farlig modell. Konsekvensen er at denne modellen ikke kan brukes siden betingelsene endrer seg dramatisk. Dette impliserer en annen systemmodell.

Dobbelkretslæring



Dobbelkretslæring betyr at den mentale modellen(paradigmet) endres. Figuren over beskriver at oppdagingen kan lede til endringer og revurderinger av de overordnede mentale modellene. Hvilket igjen kan medføre endringer av målsetningene og selve reguleringsmodellen. Denne modellen er en positiv feedback modell med fokus på motsigelser og konflikter mellom det som faktisk hender og det som man forventer skal hende. Ved å problematisere de overordnede antakelsene har denne modellen et destruktiv aspekt. Samtidig inneholder det et kreativt aspekt; det leder til en ny mental modell/paradigme. Fokus rettes på motsigelser og konflikter mellom hva som rent faktisk skjer og de forventningene som en foreldet/gal modell skaper. Essensielt er det den destabiliserende siden hvor man utfordrer status quo. De positive effektene av, og de kreative rollene i konflikt, dilemmaer og spenninger er at de skaper ny forståelse.

Mikrosystemer

Forskningen som er gjennomført og teoriene som er utviklet om mikrosystemer bygger mye på ideer som er utviklet av Deming, Senge, Whaetley og andre som har utviklet systemtenkning for organisasjonsutvikling, ledelse og forbedringsarbeid. Teoriene har også sitt utspring fra kaos teori, kompleksitetsforskning og tenkning omkring komplekse adaptive systemer. Den opprinnelige ideen om mikrosystemer er utviklet av James Brian Quinn og ble første gangen presentert i hans bok " Intelligent Enterprise" i 1992. Quinn's bok er basert på den grunnforskningen han hadde gjennomført på verdens beste service organisasjoner, bla Fed Ex og McDonald's. Hans siktemål var å avsløre hva disse ekstraordinære organisasjonene

sine suksesskriterier var ift at de hadde en eksplosiv omsetningsvekst, høye fortjenestemarginer og svært fornøyde kunder. Hans hovedfunn var at disse ledene serviceorganisasjonene var organisert rundt og løpende opptatt av å designe og utvikle organisasjonens frontlinjepersonell sin kompetanse ift optimalisere prosesser for gode og kostnadseffektive tjenester i møte med kundene. Quinn kalte denne frontlinjeaktiviteten ” the smallest replicable unit” som er tilstede i organisasjonen for produksjon av serviceprosessen. Denne minste ”identifiserbare organisatoriske enheten”, eller mikrosystemet, sitt idegrunnlag har kritiske implikasjoner for strategien, informasjonsteknologien, og andre aspekter når man skal skape intelligente og optimale resultater for kundene. Quinn’s sitt budskap er at organisasjonens strategiske ledergruppe alltid må fokusere på frontlinjeprodusentene (mikrosystemene) for å skape kostnadseffektive resultater og tjenester av god kvalitet.

Kliniske microsystemer er de små funksjonelle frontlinjeenhetene som skaper gode helsetjenester for menneskene. De er de små delene av en større organisasjon og er alltid plassert der pasienter og behandlere møtes. Kvaliteten og verdien av de helsetjenestene en større organisasjon produserer kan aldri bli bedre enn den service og kvalitet som skapes i disse små kliniske enhetene. Et klinisk mikrosystem er altså en gruppe mennesker som arbeider sammen på regulær basis for å skape gode helsetjenester for en definert målgruppe av pasienter.

Det har felles kliniske og organisatoriske mål og verdier, har felles prosesser og deler informasjon og arbeidsmiljø. Mikrosystemer utvikler seg over tid og er ofte deler av en større organisasjon. De er komplekse adaptive systemer og som komplekse organisasjoner må de fokusere på spisskompetanse tilknyttet kjerneaktiviteten og møte behovene til menneskene som deltar mhp kognitive, kulturelle og politiske betingelser og vedlikeholde(endre) seg selv over tid som kliniske enheter.

Mikrosystemene i en større organisasjon er tett tilknyttet hverandre og produserer gode eller ”mindre gode” tjenester avhengig av skiftene betingelser ift kognitive, kulturelle og politiske betingelser som de opererer under. Mikrosystemene er akkurat så gode som de er designet for å være. Vår evne til å klare å identifisere mikrosystemene i en større organisasjon kommer i konflikt med vår konvensjonelle måte å forstå og vurdere organisasjoner på. Vår organisasjonsforståelse er formet ut fra formelle organisasjonskart hvor klinikker/divisjoner, avdelinger, menneskelige ressurser, økonomi, og informasjonsteknologi inngår og er vår virkelighetsforståelse. Vår tradisjonelle måte å vurdere profesjonelle disipliner og spesialiteter ut fra den prinsipielle forestilling om at disse må være organisatoriske enheter omkring kliniske hoveddisipliner, skaper et mentalt paradigme som er vanskelig å bryte. Disse konvensjonelle og tradisjonelle mentale paradigmene skaper barrierer som hindrer det daglige produksjonen og arbeidet innen mikrosystemene.

De kliniske microsystemene innen spesialisthelsetjenesten, er organisert rundt pasienters behov for vanlige helsehjelp, kroniske lidelser, akutt lidelser osv. Pasientene interagerer med klinisk personale og støtte personell som har klart definerte roller slik som; psykiatere, leger, sykepleiere, praksisstudenter, medisinsk støttepersonal, sentralbord og mottakspersonale osv. Pasientene og de ansatte i mikrosystemet avklarer pasientenes ulike behov ved hjelp av prosesser, herunder bla vurderer behov for hjelp, diagnostiserer helseproblemer, etablerer behandling og planlegger oppfølging over tid. Disse helseprosessene har støtte av andre prosesser som inkluderer bruk av bestemte verktøy og ressurser slik som medisinsk historie, ulike medisinske tester, medisiner osv. Resultatet av interaksjonen mellom pasienter og

personale og kliniske prosesser og støtte prosesser er at man skaper mønstre som er kritiske ift sluttresultatet, herunder biologisk resultat, funksjonsstatus og risikovurderinger, og ikke minst pasientenes opplevelse av gode helsetjenester. Det er også i mikrosystemet kostnader, som representerer den økonomiske verdien av tjenestene, skapes. Resultatene som disse nevnte mønstrene skaper vil også være avgjørende for arbeidskulturen i mikrosystemet, hvordan det føles å arbeide (være deltaker) i denne kliniske enhetene og videre i hvilken grad man klarer å skape organisatoriske/økonomiske suksesser ift direkte kostnader, operasjonseffektivitet og produktivitet. Det er like viktig å være klar over at disse kliniske enhetene (mikrosystemene) har gjennomtrengelige grenser som skaper relasjoner mellom pasienter og organisatoriske støttefunksjoner og andre mikrosystemer. Videre er mikrosystemene en del av og blir påvirket av den organisasjonen de er en del av og de omgivelsene som den igjen preges av mhp finansieringsregime, lover- og forskrifter og andre reguleringer og betingelser, samt kulturelle, sosiale og politiske betingelser. Dette medfører at selv det forholdsvis enkle og oversiktlige mikrosystemet i realiteten er et kompleks system som utvikler seg over tid avhengig av feedback fra de kognitive, kulturelle og politiske loopene i organisasjonen som helhet.

5. REFLEKSJON I LYS AV TEORI

Hvordan kan vi forstå samarbeids- og prioriteringsutfordringene i helseforetakene?

Utgangspunktet vårt er at historiene vi beskrev innledningsvis og erfaringer med sykehusreformen belyser noen sentrale utfordringer innen ledelseshverdagen i helseforetakene. For å gå lenger inn i problematikken har vi brukt kompleksitetsteori.

Teorien tar utgangspunkt i den samme virkeligheten som vi erfarer. Som ledere og ansatte i spesialisthelsetjenesten er vi deltakere i organisasjoner som er ekstremt komplekse. De mangfoldige omgivelsene våre sammen med de store utfordringene vi møter når vi skal produsere optimale helsetilbud til den enkelte pasient gjør at bildet blir sammensatt og komplekst.

Det har vært vanlig å legge stor vekt på planer, men ofte har vi sett at de har vært av begrenset verdi. Det oppstår noe underveis som gjør at utfallet blir annerledes. Når koblingen mellom planlegging og langsiktig utfall er så upredikabelt, er det umulig for ledere alene å oppnå langsiktige mål. Dette betyr at dagens dominerende forståelse av organisatorisk svikt og sammenbrudd må revurderes: Organisasjoner feiler ikke fordi de ikke tilpasser seg; organisasjoner feiler fordi de bare tilpasser seg i stedet for å skape.

De oppnår ikke de langsiktige intenderte utfall fordi det er umulig å gjøre så ved hjelp av tilpassning. Organisasjoner kan tilpasse seg fortidens eller dagens betingelser, men ikke til fremtidens – fordi de ikke kan vite hva det er. Den eneste løsningen på de uavlatelige endringene i omgivelsene er derfor også uavlatelig endring i og av organisasjonene, men da som en proaktiv handling og ikke en tilpassning. Engangs ledelsesmessig utrensning av ”det gamle” er ikke nok. Og det er nettopp der vi er i dag – hvor den formelle organisasjonen er i oppløsning både fordi ny teknologi (særlig informasjonsteknologi) skaper helt nye muligheter for organisering av arbeidet, og fordi dette i seg selv fordrer en ny organisasjonsteknologi. De tradisjonelle metodene for styring og kontroll (hierarki, systemer, rutiner, budsjetter) vil mer enn noensinne være begrensede (og begrensende) faktorer for kontroll. I økende grad vil det

være ideologi og felles verdier som holder organisasjoner sammen og driver dem framover.

De beste serviceorganisasjonene og organisasjonene i industrien fremstår ofte som meget strømlinjeformede og med et godt smurt maskinverk. Våre arbeidsplasser i helseforetakene passer imidlertid ikke inn i denne beskrivelsen. Helsetjenesten som helhet kan oppleves besværlig, tung, lite vennlig og trege for pasientene. Helsetjenestene har imidlertid mange smarte komponenter som ikke kommer fram i helhetsbildet.

Ut fra et kompleksitetsteoretisk syn kan helsetjenestene etter vår mening beskrives som komplekse adaptive systemer. Og som slike systemer vil de være bestående av grupper, enkeltpersoner, ofte spesialiteter, som står fritt til å agere på måter som ikke er forutsigbare. De organisasjonsmessige grensene er uklare, og organisasjonsmedlemskapet kan ofte skifte da aktørene på en og samme tid kan fremstå som representanter for andre systemer. Videre, gitt kompleksiteten i disse systemene, er handlingene til de individuelle deltakerne sammenkoplede med andre aktører (innbyrdes forbundet) slik at en aktiv handling fra en deltaker kan forandre hele konteksten for alle de andre aktørene.

Helseforetak er sammensatt av mange autonome mikrosystemer. Flere antakelser er forutsatt når det gjelder relasjonen mellom mikrosystemet og makrosystemet.

- Større organisasjoner er sammensatt av mindre mikrosystemer
- Disse mikrosystemene produserer tjenester med varierende kvalitet og er kostnadsdriverne i organisasjonen.
- Resultatet ift. kvalitet og kostnader blir ikke bedre enn det som er mulig med den design mikrosystemet har.
- Lojaliteten til aktørene i de fleste mikrosystemene er først og fremst hos pasienten og mikrosystemet som sosial gruppe og sjeldnere til den store organisasjonen.

Dette krever at man må skape gode betingelser innenfor alle mikrosystemene i organisasjonen hvis organisasjonen som helhet skal forbedre seg. Dette betyr imidlertid ikke at mikrosystemet fungerer uavhengig av andre mikrosystemer som det vanligvis samhandler med, eller makrosystemet. Det er selvsagt avgjørende hvordan mikrosystemet er samkjørt med den større organisasjonen. Lederskapets rolle i dette systemet blir å definere den retningen man skal gå og skape gode sammenkoplinger mellom mikrosystemene og å etablere gode kulturer for læring i hele organisasjonen.

Det er viktig at lederne er oppmerksomme på de kritiske spørsmålene de stiller og ansvarliggjør mikrosystemene for deres utøvelse av tjenester for å skape kostnadseffektive og kvalitetsmessige gode tjenester. Ledelsen må være bevist de utilsiktede konsekvensene som kan oppstå ved innføring av nye regler og reguleringer og ikke overse mikrosystemets autonomi ved slike endringer.

For hvert eksempel hvor høyspesialiserte kliniske mikrosystemer leverer et resultat som er positivt for pasienten bør vi være oppmerksomme på hvilke hendelser og hvilke fraksjoner og omgivelser, og til og med konflikter på arbeidsplassen som har bidratt til et godt pasientresultat. Dette kan gi nyttig læring både i mikro – og makroorganisasjonen. Dette er da også en positiv vinkling på forbedring og bør ha en stor plass komplementært til det tradisjonelle kvalitetsarbeidet hvor åpenhetskultur og læring av negative avvik og feil har sin plass.

Forbedringsarbeid starter tradisjonelt på en klinikk/divisjons nivå og da ved at administrative eller kliniske ledere initierer dette arbeidet. Gjennom denne teorien ser vi at økonomiske resultatet eller kvaliteten på de tjenestene vi skaper i sum ikke blir bedre enn det som skapes innen organisasjonens mange mikrosystemer.

Det er et stort paradoks at våre sjukehus som innehar den beste kompetansen som vårt samfunn har tilgang på, ikke skaper et mer helhetlig og pasientrettet tilbud enn hva vi gjør i dag. Ett mikrosystem som fungerer er ikke alene godt nok for pasienten, vi må fokusere på sammenhengene mellom mikrosystemene, behandlingsforløpene. Mye kompetanse og dyktige fagfolk og miljøer er ikke nok for å skape den gode opplevelsen for pasienten. Den formelle organisasjonsstrukturen må følgelig definere mer hvem som har ansvar for pasientforløpene som skjer på tvers av linjeorganisasjonen. Dette vil være vanskelig å få til innenfor våre tradisjonelle hierarkiske organisasjonsstrukturer.

Kompleksitetsteorien er i sitt vesen ganske teoretisk og abstrakt. Samtidig er den konkret og nær når den setter fokus på mikrosystemene som egenorganiserte enheter i organisasjonen.

Prioriteringsaspektet

I et nasjonalt helsepolitisk perspektiv vil det etter vår mening være gunstig at man tok et større ansvar sentralt for faktisk å avklare hvilke mulige prioriteringer, eller handlingsrom, man har lokalt. Det er et dilemma at vi som kjenner den lokale konteksten i det enkelte helseforetaket ikke får frem hvilke hensyn og vurderinger som ligger bak de vedtak som er fattet. Det som dessverre ikke har kommet godt nok frem er at det ikke er bare økonomiske hensyn som tilsier en omstilling, men sterke faglige hensyn taler også for det. Dette handler om den økende spesialiseringen innen medisinske fag, den rivende teknologiske utviklingen og rekrutteringsaspektet. Det er også slik at gode kirurger, gynekologer, jordmødre og indremedisinere må ha et pasientgrunnlag av en viss størrelse som faktisk gjør at de får øvelse i sitt "håndverk". Så langt har samfunnets betalingsvillighet for å opprettholde mindre ustabile fagmiljøer med beviselig dårligere kvalitet vært stor.

Det er aksjonistene rundt lokalsykehusene sitt syn, som etter vår erfaring ikke trenger å representere noe flertall, som oftest vinner frem. En liten tue kan velte et stort lass. En erkjennelse for oss som sitter og skal lede lokale prioriteringsprosesser er at det ofte er sterke enkeltpersoner utenfor våre organisasjoner som klarer å vinne fram med sitt syn. Disse har sterke forbundsfeller internt ved de lokale sykehusene. Det er altså i "skyggelandsskapet" kreativiteten og motstanden mot prioriteringsendringer i struktur og funksjonsfordeling foregår. Disse motstandsnettverkene som er innbyrdes bundet sammen i lokalsamfunnet rundt våre lokalsykehus har medlemmer fra sykehusorganisasjonen, media og sterke lokale personligheter. Det blir derfor viktig at alle store endringsprosesser blir gjennomført i full åpenhet. Det er viktig at vi som ledere forstår deres argumentasjon og møter dem med saklig og gode faglige resonnementer. Vi kan derfor også i større grad invitere inn aksjonsgruppene i prioriteringsprosessene som foregår eller bruke dem som referansegrupper. Vi har ingen illusjoner om at vi vil klare framtidige omstillinger uten mye støy, men det vil heller ikke være det primære.

Kompleksitetsteorien og vår gjennomgang av Quinn sine funn ift microsystemene gir oss noen nye knagger å henge avmaktsfølelsen og håpløsheten på når vårt handlingsrom for å gjennomføre ønskede prioriteringer blir mindre. En konsekvens av at man ikke får gjennomført større endringer, er at vi må fokusere mer på de endringene vi faktisk kan gjøre

noe med. Det er i mikrosystemene at kvaliteten og kostnadene oppstår på de helsetjenestene som produseres, og det medfører at vi er nødt til å fokusere på å skape forbedringer der.

Vi erkjenner at vi er politisk styrte organisasjoner og at de valgene og de føringene som blir gjort gjeldene for våre virksomheter ikke nødvendigvis er faglig begrunnet ift prioriteringsaspektet. Vi må derfor i størst mulig grad i forkant av viktige beslutninger søke å få avklaring på vårt lokale handlingsrom. Som ledere er vi selvfølgelig nødt til å være lojale mot politiske føringer, men likevel er vi nødt til å få frem våre lokale synspunkter ift struktur og funksjonsfordeling. Dette er nødvendig hvis vi skal ha noen slags integritet til fortsatt å utøve et lederskap lokalt. Utfordringene er at fagmiljøene(mikrosystemene) ikke skjønner hvorfor prioriteringen ikke kan gjøres ut fra faglige hensyn, men ut fra andre politiske hensyn, distriktpolitikk, for mye støy osv.

Inngripen fra statsråd i enkeltsaker er både vanskelig for statsråden, som sikkert i det lengste forsøker å unngå å gjøre det, men ikke minst kan det være ødeleggende for de helseforetakene som ikke får gjennomført nødvendige tilpasninger. Dette gjelder særlig hvis man som leder i helseforetakene ikke aksepterer at det faktisk er politikerne som gjør de store prioriteringene. Vi tror fortsatt at politikken kan være rasjonell, men da må vi være enda dyktigere enn hva har hvert så langt ift å bygge opp de faglige – og økonomiske resonnementer. Vi tror likevel at så lenge man ikke har fått nødvendige avklaringer på hva fremtidens lokalsykehus skal inneholde, er det liten mulighet å se veien ut av økonomiproblemene. Det er såpass store omstillingsutfordringer som flere foretak sliter med at en ikke kommer utenom en del større strukturelle endringer. Vi kan nok ikke løse hele prioriteringsklemma med å ensidig fokusere på økt kostnadseffektivitet og organisatorisk effektivitet i våre mikrosystemer. Imidlertid, hvis man skal se dette i et kompleksteoretisk perspektiv, så er utgangspunktet mye bedre nå enn det var i fylkeskommunalt eierskap for faktisk å få gjennomført nødvendige prioriteringer av strukturell karakter. Alle de helseforetakslederne som har sluttet og all den støyen som har vært så langt har ikke vært forgjeves. Vi ser at de argumentene som ble brukt av tidligere ledelser blir brukt igjen av nye, ting vil bare ta noe tid. Vi ser også at saklig og god informasjon ut i våre lokalsamfunn hjelper og kanskje er den viktigste strategiske handlingen som vi må fokusere på. Når vi skal prioritere er det også en fordel å ha fleksible og tilpassningsdyktige organisasjoner. Dette er noe vi etter vår mening kan gjøre noe med.

Derfor må vi fortsatt holde oppe hva vi lokalt mener burde vært gjort når vi skal gjøre de vanskelige prioriteringsøvelsene. Men lojalt følge opp det definerte handlingsrommet og forholde oss til det. I praksis vil dette si at vi ikke må unngå å peke på det som burde vært gjennomført, men vi kan ikke foreslå det for eget styre. Det at vi ikke får gjennomført nødvendige prioriteringer kan imidlertid skape nye dilemmaer som kanskje er enda vanskelige å håndtere. Når vi må prioritere innenfor et begrenset handlingsrom kan konsekvensen bli dårligere tilbud for pasientgrupper som ikke har sterke aksjonister som kan skape allianser inn i storting og regjering. Dette gjelder f.eks rusområdet og psykiatrien, kreftomsorgen og kronikeromsorgen. Dessverre tror vi dette blir konsekvensen i flere foretak, helt til man politisk ser at utviklingen ikke går den veien man ønsker. Vi erkjenner at det er politikerne som styrer helsevesenet. Toppledere i norske helseforetak må manøvrere i et landskap mellom steke aksjonsmiljø, sterke medier og en eier som ikke vet hva han vil og som tidvis sender ut sprikende styringssignaler. Dette er et spennende men krevende landskap. Som ledere kunne vi ønsket en større lokal frihet til å prioritere det som er de rasjonelle faglige argumentene.

Samarbeidsaspektet

I St. Olavs Hospital er helhet, likeverd, respekt og medbestemmelse de vedtatte grunnverdier. Det synes som en innen for kompleksitetsteorien finner mye godt innhold til disse begrepene; Hele organisasjonen er ikke bedre enn summen av mikrosystemene. Likeverd kommer fram i betoningen av at alle aktører rundt en arbeidsoppgave er avgjørende for et godt resultat. Respekt for ulikhet blir utfordret når teorien legger vekt på å sette sammen team med ulike aktører som er gjensidig avhengig av hverandre. Medbestemmelse blir ikke bare et spørsmål om deltagelse i formelle beslutninger i organisasjonen, men like mye en daglig utfordring for å løse oppgaver sammen rundt pasienter. Kompleksitetsteorien har en tro på at menneskene vil leve etter disse verdiene og både samarbeid og prioriteringer vil foregå nært der problemet hører hjemme.

Som leder er det godt å kunne dele et så positivt syn på sine medarbeidere. Noen utfordringer ligger likevel her. Hvordan skal en som leder kunne sitte med ansvaret for hele virksomheten og samtidig ha overlatt så mye til mikrosystemene? Skal ikke dette bli bare en gjentakelse av det vi forsøker å komme oss bort ifra må kompleksitetsteorien forstås på en annen måte. Lederen er den som svarer for virksomheten oppover i systemet. Innad ligger nøkkelen til å forstå dette på en god måte i lederens dobbeltrolle; han setter krav, men er også selv eller ved hjelp av staben med og løser de oppgaver som mikrosystemene står overfor. Kompleksitetsteorien utfordrer både lederrollen og medarbeiderrollen. Det er truende som leder å gå ned fra toppen av hierarkiet og for medarbeideren å bli så utfordret på egen kompetanse og delaktighet. Skal dette lykkes må det være sterkt fokus på grunnverdiene og en organisasjonskultur som verdsetter forskjellighet, også forskjellighet i roller.

En organisasjon med fokus på mikrosystemene, i DPS sammenheng de ulike teamene, vil også få en annen kultur. Det er nå sterkt fokus på produksjon og hvor mange pasienter hver behandler kan rekke på en dag. Kompleksitetsteorien gjør det klart at det er teamet som må få et aktivitetsmål. Teamet som et selvorganiserende mikrosystem er de som kan finne ut hvordan dette målet skal nås.

Kompleksitetsteorien synes å være spesielt egnet til å forstå hvordan det som skjer på ett sted i organisasjonen kan påvirke hva som skjer et annet sted på en litt uforutsigbar måte. Skal den samlede aktivitet ha en retning må denne for det første være klar og for det andre må det fortløpende gis tilbakemeldinger som kan bakes inn i den pågående prosess i de enkelte mikrosystemer.

Det å forstå kompleksitetsteorien gir ikke automatisk en oppskrift på hvordan organisasjoner skal bygges opp. Det synes imidlertid å være en rimelig ekstrapolering at organisasjonen bør være så flat som mulig. Dette ikke bare fordi de horisontale prosessene og mikrosystemene er grunnelementene i organisasjonen. Men også fordi det ikke blir noen god prioritering uten at mikrosystemene integrerer både faglige hensyn og rammebetingelser i sin samlede tenkning. Det må da legges til rette for dialog mellom de som svarer for organisasjonens samlede aktivitet og de enkelte aktører uansett hvem som tar initiativet. Det ligger også i dette at i beslutningsprosesser er deltagerne i mikrosystemene sine synspunkter viktige å få frem for beslutningstakere. Gjennom disse synspunktene kan en leder vurdere hvor vanskelig det evt. blir å få forståelse for en rammebetingelse eller mål evt. få synspunkter hvordan de i mikrosystemene vil kunne fylle rammene/nå målene.

Dette samsvarer også med teoriens antagelse om at de grunnleggende endringer skjer som endringer i samtaler og i makt: Det betyr at ledere etterspør medarbeideres kompetanse på en ny måte og den som da sitter med ideer kan oppleve at deres forslag blir omsatt i handling. På dette punkt ser en mulig motsetning mellom en konsekvens av kompleksitetsteorien og linjeorganisasjonens opptatthet av å følge linjen. Her ligger løsningen i å skille mellom når vi har dialoger og når vi er i en beslutningsprosess om noe som angår hele organisasjonen.

Det bidrar til kreative løsninger i mikrosystemene at aktørene er forskjellige. For at denne forskjelligheten skal komme til uttrykk må det både være arenaer og kultur for at uenighet og evt. konflikt kan håndteres som en ressurs for utviklingen.

Helseforetakenes omgivelser er blitt mer komplekse og turbulente. Ut fra kompleksitetstenkning er neppe mer planlegging og styring en fornuftig måte å angripe problemene på. Maktforholdene er endret i pasientenes og pårørendes fordel. Dette fordrer nye måter å møte pasientenes behov og forventninger på. Mer og mer må pasienter og pårørende defineres inn i visse mikrosystemer. I dag er det fortsatt pasientene som blir flyttet mellom avdelinger i sykehuset til de stedene hvor spesialistene oppholder seg. En ser nå at flere sykehus setter pasienten mer i fokus og at det er behandlerne som nå må oppsøke pasientene. Pasientforløp blir på bakgrunn av denne teorien igjen aktualisert.

6. KONKLUSJON FOR MEG SOM LEDER

Vi forstår nå samarbeids - og prioriteringsutfordringene i helseforetakene ut fra kompleksitetsteori. Den viktigste implikasjonen av denne forståelsen er at vi må ha hovedfokus på samhandlende systemer, såkalt mikrosystemer, men også på den enkelte medarbeider gjennom deltakelse i organisasjonens skyggelandskap. Men hvilke konsekvenser får dette for organisering og lederadferd?

I besvarelsen av dette spørsmålet har vi spesielt de problemstillingene som vi beskrev i våre innledende historier som bakgrunn.

6.1 Organisering av egen virksomhet

Det er ikke alltid slik at de rent medisinskfaglige argumentene får størst gjennomslag når de viktige prioriteringene skal tas, f.eks om struktur, funksjonsfordeling og arbeidsoppgaver. Det demokratiske systemet og politikerne setter rammene til slutt. Internt i organisasjonen er det også alltid et overordna nivå som fastsetter rammene. De fleste helseforetakene opererer med rammestyring som prinsipp.

Organisasjonens medlemmer kan være mer eller mindre inne i den diskusjonen som går forut for de store prioriteringsbeslutningene, enten den blir tatt på politisk nivå eller i selve organisasjonen. Selve beslutningen om våre rammer tas av andre.

Det betyr at uansett hvilket nivå vi er på i organisasjonen må vi forholde oss til rammer gitt av det systemet vi har valgt å være en del av. Som ledere vil vi derfor i fremtiden også måtte arbeide innenfor rammer som vi ikke synes er de beste faglig eller økonomisk. Ikke desto mindre er det altså disse rammene demokratiet har gitt oss og målet blir å gi best mulig helsetjeneste med de ressurser vi har. En helsearbeiders tenkning om hva som er god behandling vil også måtte inneholde en dimensjon hvor rammebetingelser, økonomiske og menneskelige ressurser, er integrerte. Utfordringen i dette er at den som er leder i en enhet i

linja er den som skal formidle rammer og krav men i neste omgang også er en av mange som skal være med i diskusjonen før en beslutning fattes på nivået over. Dette forholdet vil gjelde om en er avdelingssjef for en DPS hvor relasjonen går opp til divisjonsdirektøren eller for en som sitter på HF nivå og forholder seg til regionalt helseforetak.

Denne begrensede mulighet til å være med å fastsette våre egne rammer og definere handlingsrommet kan lett skape en følelse av avmakt. I et demokratisk perspektiv og sett med kompleksitetsteoriens øyne vil derimot følelsen av avmakt ikke få så stor plass hos oss lenger. Paradokser og dilemmaer vil alltid være en del av vår hverdag. Ja dette vil være en del av normalsituasjonen og samtidig være begrunnelsen for kontinuerlig forandringer og proaktiv tilpasninger i våre organisasjoner. Arbeidet mot langsiktige mål og forbedringer og et stadig fokus på hvordan vi best skal ivareta pasientenes behov i møte med vår virksomhet vil være vårt hovedfokus for fremtiden.

Organiseringen av vår virksomhet må være så flat som mulig. Vi må ha en klar delegering i linjen og et klart definert sett av roller og ansvar men samtidig vektlegge mikrosystemene sin autonomi og deres kontakt med hverandre, såkalt pasientforløp. En flatere struktur vil også gi en større mulighet til at mikrosystemene kan komme med innspill til beslutningstakere mtp. hvilke prioriteringer som skal fattes og hvilke økonomiske og faglige rammer som skal legges for virksomheten.

6.2 Lederadferd

Her vil vi som ledere legge mer vekt på å vise organisasjonen i hvilken retning vi skal gå og hvilke resultater som vi skal nå. Vi må også bli bedre til å gi fortløpende tilbakemeldinger til de mikrosystemene som utfører oppgavene.

Samtidig som vi gir retning, mål og tilbakemeldinger vil vi legge forholdene best mulig til rette for optimalisering av tjenesteproduksjon i mikrosystemene. Det er de små steg som skal summere seg opp til en helhet og i større grad gi utslag på ulike målparametre, enn de store tiltakene der vi legger ned eller sterkt omorganiserer hele tjenestetilbud. Det er viktig å i størst mulig grad i forkant av prosessene avklare det handlingsrommet vi har for å gjennomføre endringer.

Vi vil fortsatt planlegge men ha en mer begrenset tro på at det finnes en plan som er slik at den kan fange opp alt som skjer i fremtiden. Det er i mange saker interessenter både i og utenfor organisasjonen som kan bidra til at forutsetninger endres. Det blir da desto viktigere med et system som kan fange opp disse endringene, sette i gang prosesser som fører til nødvendige korrigeringer som er nødvendige for å nå de langsiktige mål.

For oss som ledere blir det viktig å kunne utvikle mot, ikke et heroisk mot, men et hverdagslig mot til å ta steget ut i det ukjente uten å ha "kontrollen". Gå inn i skyggelandskapet og ha dialog med de ansatte med et syn at hver liten medarbeider kan skape store endringer.

Vi må tørre å ansette mennesker som er forskjellig nok til at det blir utfordrende samtaler, og vi må lage arenaer for dialog der det også er plass for uenighet.

Vi vil nyansere synet på konflikter i det vi erkjenner at ikke alle konflikter er destruktive. I en kultur der forskjellighet er en ressurs vil en organisasjon også kunne lære noe av en konflikt.

Selv om vi som ledere har ansvaret for den samlede aktivitet i våre avdelinger på vegne av foretaket vil den måten å lede på fordele "trykket" på måloppnåelse utover i organisasjonen.

Alle blir medledere og alle har ansvar for å være gode advokater for foretakets omdømme og resultater. Sammen ser vi at organisasjonen er bygd opp av blokker med mikrosystemer og at vi totalt ikke kan bli bedre enn summen av disse. Både avdelingssjefs nivå og sentrale stabsheter må rette sin oppmerksomhet innover mot mikrosystemene, og legge forholdene best mulig til rette for dem, slik at de innenfor gitte rammer kan ha en aktivitet av best mulig kvalitet.

Innen et mikrosystem kan det gjøres feil. Et systemfokus på feil og en holdning som sier at feil er noe vi kan lære av vil gradvis forbedre vårt tilbud. Det blir også viktig å holde fram de gode eksemplene og de gode resultatene.

Med mikrosystemenes fokus på egne oppgaver og mikrosystemets autonomi kan det være lett å overse hvilke uønskede konsekvenser etablering av egne adferdsnormer og egne verdsett innen det enkelte mikrosystem kan få for helheten. Lojaliteten til mikrosystemet ligger først og fremst hos pasienten og hos systemet selv. Det vil derfor være en oppgave for lederne å bidra til at mikrosystemer tar kontakt med hverandre for gjensidig å kunne avklare spørsmål, å etablere en felles verdiplattform og løse opp i flaskehals i samhandlingen. Dette må imidlertid balanseres opp mot mikrosystemets behov for autonomi og det viktigste blir uansett å ansvarliggjøre mikrosystemene på resultater.

7. RELEVANS FOR ARBEIDSPLASSEN

Ut fra forståelsen vi nå har framstår følgende som relevant for oss som avdelingsleder og økonomidirektør i våre hjemlige helseforetak:

- a. Neste gang styringsdokumentet kommer fra RHF til HF (Psykisk helsevern) ønskes divisjonssjefen i et møte sammen med meg som avdelingsleder og mine enhetsledere. Dette for å i fellesskap å forankre målene for året slik de er uttrykt i budsjett og styringsdokument.
- b. Vi ønsker på avdelingsnivå og for de enkelte mikrosystemene noen få styringsparametere, som vår aktivitet og kvalitet kan måles på. Våre scoringer må være lett tilgjengelige, slik at vi lett kan sammenligne inno og mellom avdelinger og mikrosystemer.
- c. Et større arbeid må iverksettes for å kartlegge pasientforløpene som ivaretas i de enkelte mikrosystemene. Dette for å øke den faglige kvaliteten og kostnadseffektiviteten der denne faktisk skapes. Det blir i dette arbeidet viktig å legge til rette for god samhandling mellom de enkelte mikrosystemene, og sette fokus på de flaskehalsene en i dag har i behandlingsforløpet. Det er viktig i dette arbeidet at en ansvarliggjør mikrosystemet på resultater.
- d. Med større tro på at den enkelte medarbeider har kunnskap og kreativitet han vil bidra med, ønsker vi oss en flattere organisasjonsstruktur og et større fokus på de horisontale behandlingsforløp.
- e. Vi ønsker at foretaket etablerer verdibasert ledelse. Det må arbeides aktivt med å etablere en verdibasert ledelsesplattform i hele organisasjonen.

- f. Åpenhetskultur, etablering av gode læringsarenaer, innovasjon og kvalitet blir viktig å legge til rette for i hele organisasjonen og på alle nivå.
- g. Pasientene kan tas mer aktivt med i arbeidet for å heve kvaliteten.
- h. Strategisk ledelse, stab og støtte må rette sitt perspektiv mer innover mot linja. Utenrikspolitikken må komme mer i annen rekke.
- i. Det er viktig at det enkelte HF må finne sitt handlingsrom i gode styringsdialoger med morselskapet (RHF)
- j. De regionale helseforetakene og det enkelte helseforetaket må i større grad opptre samordnet utad.
- k. Vi vil etablere gode arenaer på alle nivå i organisasjonen der vi reflekterer mer åpent om egen lederpraksis og de utfordringer vi står ovenfor. Hvis vi skal øke sannsynligheten for bedre resultater er det viktig å ta seg bedre tid til den gode samtalen med enkeltmedarbeidere og kollegaer utenom de formelle møtearenaene.
- l. Som ledere må vi til enhver tid forholde oss saklige og lojale til de politiske føringer som gis for vår virksomhet. Det vil likevel være viktig å presentere de prioriteringer som man lokalt mener er nødvendige å foreta ift. struktur og funksjonsfordeling opp i systemet. Det må etableres gode operasjonelle samordningsarenaer mellom de ulike nivåene i forhold til dette.
- m. Vi må forholde oss til de ressursene som stilles til disposisjon og ikke operere med de ressursene vi ikke har. Vi må etablere en forståelse av at det faktisk er et demokratiproblem at vi bruker mer offentlige ressurser enn hva som er stilt til disposisjon. Dette må forankres enda bedre ut i linja enn hva vi har klart til nå.
- n. Vi erkjenner at vi i fortsatt må leve med stor uforutsigbarhet ift. handlingsrom og rammer. Denne forståelsen vil vi ta med oss inn i organisasjonen slik at vi ikke i så stor grad fokuserer på hva vi ikke får gjort noe med, men faktisk fokuserer på de områdene vi aktivt kan handle.
- o. Vi vil i større grad erkjenne at komplekse problemstillinger kan ha flere ulike løsninger/tilnærminger og at vi som ledere ikke må ha urealistiske forestillinger om hvor godt vi kan planlegge for fremtiden. Vi kan ikke legge til en grunn en fast strategi i forkant av en prosess, strategien vil endre seg underveis i marsjen.
- p. Vi erkjenner at vi må justere noen strategiske prinsipper som fokus, rimelig grad av sikkerhet, effektivitet og ovenfra koordinering, til fordel for mer fleksibilitet, tilpassningsdyktighet og vågalhet.

- q. Vi vil i dialoger heller gå for globale synspunkter(helhet) som kan tillate samhandling å skje, enn å henge seg for mye opp i lokale situasjoner for å ”nøste opp i ting”. ”Djevelen sitter i detaljene”.
- r. Vi vil i større grad anerkjenne at vi som deltakere i sykehusorganisasjoner har ulike tankemodeller, men at ting kan fungere for det. Vi vil ikke lenger fokusere på ulikheter (Blårussen- Hvitfrakkene) samtidig som incentiver til konformitet sendes ut. Vi vil være ærlige på at f.eks lojaliteten ligger ulike steder: Noen har lojaliteten hos pasienten, noen hos lederen, andre hos seg selv. Men vi kan få det til å fungere likevel.
- s. Vi skjønner at organisasjonen som vi deltar i er som et økosystem, hvor alle er vi innbyrdes avhengig av hverandre. Det at vi på et sykehus har mange meget godt kompetente mennesker gir ikke nødvendigvis et kompetent resultat.
- t. Vi vil frigjøre oss fra å tenke i ”bokser” rundt organisasjonens formelle oppbygging omkring klinikker/divisjoner og avdelinger. Hvor er det resultatet skapes: I mikrosystemene og det som skjer i overgangene mellom disse.
- u. Vi vil i enda større grad vektlegge det å la folk være seg selv. Vi vil ha stor takhøyde for å vise følelser som sinne, glede og engasjement, vi vil ikke være så redde for konflikter og erkjenner at uenighet kan skape mye ny læring.
- v. Vi vil som ledere opptre mer som gartnere med et mindre fokus på kontroll og koordineringsaktiviteter.
- w. Vi vil som ledere i større grad by på oss selv, fortelle historier om de gangene det har gått galt, uten å trekke så bastante konklusjoner. La folk reflektere selv, og etablere arenaer for nettopp det.
- x. Som ledere ønsker vi i enda større grad å kommunisere på en slik måte at vi ikke skaper avstand, dvs. kutte ut faglige uttrykk og bruke et mer folkelig og forståelig språk.

LITTERATURREFERANSER

Bakgrunn og erfaringer fra helsereformen

Lowi, T. (1964) “American business, public policy, case studies, and political theory”, *World Politics* 16: 677-715.

Lowi, T. (1972) “Four systems of Policy, Politics and Choice”, *Public Administration Review* 32:298-310.

Allern, E.H. og T. Kleven (2002) ”Ånden som går? Om utbredelse og utforming av

kommunal målstyring i Sverige, Danmark og Norge”, *Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift* 3/2000:195-224.

Aarsæther, N. og S.I.Vabo (2002) *Fristilt og velstyrt? Fokus på kommune-Norge*. Oslo: Samlaget.

Christensen, T. and P. Lægroid (2002) *Reformer og lederskap. Omstillinger i den utøvende makt*. Oslo: Scandinavian University Press.

Nordby, T. (2000) *I politikens sentrum. Variasjoner i Stortingets makt 1914-2000*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sejersted, F. (2003) ”Om Stortingets kompetanse til å regjere over regjeringen”, *Nytt Norsk Tidsskrift*, (3) 20: 281-296.

Opedal, S (2005) ” Statens styring av helseforetakene – Balansegang mellom stortingsaktivisme og fristilte helseforetak” , *Notat Den 13. nasjonale fagkonferanse i statsvitenskap Hurdalssjøen, 5. – 7. januar 2005*

Teorireferanser

Senge, P.M (1990) ”The fifth disiplin: The art and practice of The Learning organization”, London Doubleday.

Quinn, J.B (1980). “ Strategies for Change: Logical incrementalism. Homewood III : Irwin

Quinn, J.B: “ Inetelligent Enterprise: A Knowledge and Services Based Paradigm for Industry. New Yourk: The Free Press, 1992

Stacy, R (1993). *Strategic Management and Organizational Dynamics*. London: Pitman

Parker, D and R. Stacey (1994). *Chaos, Management and Economics*. London : Institute of Economics Affairs, Hobart paper 125

Tverski, A (1981). *The Framing of Decisions and the Psychology of Choice*, *Science*, 211, pp 453 - 458

Mintzberg, H (1993) *The pitfalls of Strategic Planning*, *California Management Review*, 36:1, pp 11-26

Argyris, C and D. Schon (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading MA: Addison Wesley

Barker, J.R (1993) *Tightening the Iron Cage: Concertive Control in Self- Managing Teams*, *Administrative Science Quarterly*, 38:3, (september), pp 408-437

Barnard, C.I (1938). *The Functions of the Executive*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Microsystems in Health Care: Part I –V , Joint Commission Journal on Quality and Safety 2002 – 2003 (alle artiklene er å finne på internet) - EUGENE C. NELSON, DSC, MPH, PAUL B. BATALDEN, MD, THOMAS P. HUBER, MS, JULIE J. MOHR, MSPH, PHD, MARJORIE M. GODFREY, MS, RN, LINDA A. HEADRICK, MD, MS, JOHN H. WASSON, MD

Lissack og Roos (1999). The Next common sense. Nicholas Brealey, Publishing, London