



Endringsoppgave:  
Utarbeide/utvikle  
medarbeidersamtalen i  
legegruppen i kir ort  
klinikk,  
Nordlandssykehuset  
Bodø

Nasjonalt topplederprogram

Torunn Kristin Nestvold

Bodø, 20.04.17

## Disposisjon:

### 1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Kirurgisk ortopedisk klinikk ved Nordlandssykehuset HF består av en ortopedisk avdeling og 4 seksjoner innen bløtdelskirurgi (gastrokirurgisk seksjon, urologisk seksjon, kar/thorax kirurgisk seksjon og seksjon for mamma og endokrin kirurgi) med lokalisasjon i Bodø. Videre er det en kirurgisk avdeling ved Nordlandssykehuset Lofoten og en kirurgisk avdeling ved Nordlandssykehuset Vesterålen.

Legegruppen består av 25 overleger og 18 leger i spesialisering. I tillegg er det ca 25 turnusleger fordelt på lokasjonene. Turnuslegene har korte ansettelse i vår klinikk (4-6 måneders ansettelse (3 delt turnus i Bodø – 4 måneders ansettelse, 2 delt turnus i Lofoten og Vesterålen – 6 måneders ansettelse)). Klinikkoverlegen i kir ort klinikk har vært ansatt i klinikken siden 1998 – først som lege i spesialisering ved Nordlandssykehuset i Vesterålen i 3 år, deretter som lege ved kirurgisk ortopedisk klinikk ved Nordlandssykehuset Bodø siden 2001. Klinikkoverlegen har jobbet ved alle seksjoner ved bløtdelskirurgisk del og i ortopedisk avdeling slik at grunnkompetansen og forståelsen for fagområdene skulle være tilstede. Klinikkoverlegen har også vært seksjonsoverlege for gastrokirurgisk seksjon i 4 år. Assisterende klinikkoverlege har arbeidet i kir ort klinikk som LIS lege i 5 år og som karkirurg i 5 år.

For klinikkoverlegen er det en betydelig utfordring å holde oversikt både over personalgruppen - og det faglige - i og med at så mange forskjellige subspecialister på 3 forskjellige lokasjoner er en del av gruppen. Det har ikke vært tradisjon for å avholde medarbeidersamtaler i legegruppen i Kir ort klinikk ved Nordlandssykehuset tidligere. I alle andre yrkeskategorier gjennomføres det medarbeidersamtaler enten i enkelt samtaler eller i grupper. I ledergruppen gjennomføres det regelmessige medarbeidersamtaler – 1-2 ganger pr år.

Alle turnusleger og leger i spesialisering har sin egen veileder og det blir avholdt regelmessige veiledningsmøter. Her skal man diskutere med kandidaten hvordan det har gått siden forrige veiledningssamtale og planen for utdanningen videre. På mange måter kan det sammenlignes med en medarbeidersamtale. Veilederen har imidlertid ikke arbeidsgiveransvar, så for LIS legene er det fortsatt grunn til å gjennomføre medarbeidersamtale. På grunn av kort ansettelsesforhold vil ikke turnuslegene få tilbud om medarbeidersamtale.

For å kunne avholde en medarbeidersamtale er det viktig at forutsetningene er tilstede. Det innebærer at legegruppen på forhånd må være grundig informert om at medarbeidersamtaler skal gjennomføres, målsetningen med den og at ”skjemaet” for medarbeidersamtalen skal foreligge skriftlig og sendes ut i god tid – sammen med innkallingen - før samtalen skal finne sted. Det er ikke utarbeidet et eget skjema for medarbeidersamtalen for legegruppen. Det vil være meget viktig for resultatet/effekten og engasjementet i legegruppen om det var et slikt skjema som lå til grunn for samtalen.

Klinikkoverlegen, som har personalansvar for legegruppen, skal gjennomføre samtalene i overlegegruppen. Assisterende klinikkoverlege skal gjennomføre samtalene med legene i spesialisering. Klinikksjefen og ledergruppen i klinikken er informert om at arbeidet med å utvikle medarbeidersamtaler for legegruppen er startet og ønsker denne endringen velkommen.

### 2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

Alle arbeidstakere skal ha tilbud om medarbeidersamtale senest 7 uker etter ansettelse og deretter 1 gang pr år. (Ref. Arbeidsmiljøloven § 2-1). Legegruppen ved Kirurgisk ortopedisk klinikk ved Nordlandssykehuset HF har ikke hatt dette tilbudet tidligere. Det er derfor viktig at dette nå innføres, slik at arbeidsgiveransvaret formelt sett ivaretas, men likeså viktig er det at

medarbeidersamtalen kan brukes som redskap for å styrke mestring, autonomi og tilhørighet til klinikken. Medarbeidersamtalen vil også være ett godt arbeidsverktøy for arbeidsgiver for å kartlegge kompetanse og evlt føre til at tiltak for å øke kompetansen hos den enkelte arbeidstaker og i kollegiet blir iverksatt.

Denne samtalen skal sikre at det er samsvar mellom arbeidsoppgaver, planer og avklaring av faglige forventninger til den enkelte arbeidstaker. I vår klinikk har vi behov for å styrke mestring, autonomi og tilhørighet, medarbeidersamtalen vil kunne bidra til dette.

### **3. Målsetting på kort og lang sikt.**

Målsetningen på kort sikt er å informere om, - og iverksette medarbeidersamtaler med alle overleger og LIS leger i vår klinikk.

Målsetning på lang sikt er at medarbeidersamtalene skal kunne bidra til å øke mestring, autonomi og tilhørighet i legegruppa i vår klinikk. Medarbeidersamtalen er ment som en kartlegging og oppdatering av den enkelte medarbeider og samtidig å avklare gjensidige forventninger og forutsetninger (ref. Semundseth R.; Medarbeidersamtalen 2.0. s. 47-48, ISBN 978-82-690588-0-2 (2016)). Lederen kan ved hjelp av medarbeidersamtalene kartlegge seksjonen/avdelingens potensial, svake punkter og fremtidsplan på en mer systematisk måte. Den vil øke bevisstgjøringen både hos leder og medarbeider.

#### **Mestring:**

Det er ønskelig at medarbeidersamtalen skal bli en arena hvor klinikkoverlegen kan synliggjøre hvordan den enkelte håndterer utfordringer og hvordan det kan legges til rette for den enkelte medarbeider kan nå sine faglige mål og derav yrkesmessig personlig utvikling. Det mener jeg også vil gjøre ledelsen i klinikken og seksjonene mer robust til å håndtere problemstillinger og nye faglige utfordringer i fremtiden.

Som klinikkoverlege og medlem i ledergruppen ønsker jeg å øke bevisstgjøringen av den enkelte lege i gruppen i forhold til egen arbeidssituasjon og de forventninger arbeidsgiver og ledelsen har til den enkelte. Dette for å kartlegge kompetansen i staben generelt og i forhold til den enkelte medarbeider spesielt slik at det kan bidra til at det lages en kompetanseplan for hver enkelt.

#### **Autonomi:**

På individnivå håper jeg at resultatet av medarbeidersamtalen vil føre til at den enkelte lettere kan ta egne valg – øke selvråderetten da den enkelte kan få større mulighet til å gjennomføre tiltak og ta beslutninger.

#### **Tilhørighet:**

Videre er det viktig å øke tilhørighet til klinikken og i kollegiet – det ved å øke bevisstgjøringen om eget bidrag. ”Hva bidrar jeg med?”, ”Hva betyr det for leder?”, ”Hva kan andre i legegruppen gjøre for at man skal kunne føle økt tilhørigheten?”

### **4. Lederskapsperspektiv /lederutfordringer**

Målet med medarbeidersamtalen er å skape en egen motivasjon hos den enkelte. Hvordan man oppnår det kan være gjennom transformasjonsledelse (mest aktuelt ved medarbeidersamtaler) og/eller transaksjonsledelse (belønnings strategi) (Semundseth R.; Medarbeidersamtalen 2.0. ISBN 978-82-690588-0-2 (2016)). Legegruppen har ett høyt kunnskapsnivå og er nokså autonome i sin arbeidshverdag. Det kan utnyttes ved å gi den enkelte økt medbestemmelsesrett og ansvar på bakgrunn av den enkeltes kunnskap og erfaring.

At medarbeidersamtalen er ett tilbud er en rettighet alle ansatte i en bedrift har. (Ref. Arbeidsmiljøloven § 2 – 1) Hvorvidt medarbeideren ønsker å benytte seg av det er frivillig. Har man personalansvar må man altså tilby denne samtalen. Å implementere nye rutiner i en ”satt” organisasjon kan by på utfordringer, men med full støtte fra ledelsen håper jeg at det vil la seg gjennomføre. Å gjennomføre medarbeidersamtalene vil kunne by på utfordringer da det ikke er utført tidligere i vår klinikk. Situasjonen er ny og ukjent, både for klinikkoverlegen og medarbeiderne. Forarbeidet vil derfor bli meget viktig – både i forhold til kommunikasjonsplan og utforming av spørsmål. Å få tilpasset spørsmål til legegruppen vil nok bli viktig, det er utarbeidet ett nytt skjema for medarbeidersamtalen (vedlegg 1).

At medarbeidersamtalene blir en samtale mellom to leger/kolleger vil være en styrke med tanke på hva den enkelte og klinikken skal få ut av slike samtaler. Det handler om at man har den samme bakgrunn når det gjelder kompetanse – både hva gjelder analytisk, sosial og kontekstuell kompetanse (ref. Døving E., et al: Profesjon og ledelse (2016)). Spesielt, setter mange leger den kontekstuelle kompetansen høyt, altså at klinikkoverlegen kjenner medarbeiderne som enkeltpersoner, som profesjonelle utøvere, deres kunnskapsbakgrunn, kjenner de sentrale utøverne og rammebetingelsene.

Det er viktig at både leder og medarbeider forstår relasjonen leder-medarbeider. Som leder er det viktig at den enkelte får en følelse at han/hun er viktige, at forventninger til medarbeideren avklares, bidra til å skape tilhørighet, og bidra til at medarbeideren føler mening ved jobben. Medarbeideren må oppleve at han/hun blir sett og forstått, at det er rom for å utfordre og utforske muligheter, at forventninger leder har blir avklart, at medarbeideren opplever tillit og medbestemmelse (ref. Semundseth R. Medarbeidersamtalen 2.0. s. 47-48, ISBN 978-82-690588-0-2 (2016). Har lederen en klar ambisjon og strategi for virksomheten vil prestasjonene og resultatene bli bedre.

For å kunne øke ytelsen er det helt nødvendig med kompetanse (både sosial og faglig kompetanse) og vilje (gjennom motivasjon og holdninger) (ref. Hersey P, Blanchard KH; Life cycle theory of leadership. Training & Development Journal, Vol 23(5), 1969, 26-34).

Vår klinikk ønsker å fremstå som en av Norges beste i forhold til kvalitet, vi skal være en moderne, innovativ klinikk som fokuserer på pasientsikkerhet og pasient ”outcome”. For å oppnå det må alle deler av klinikken stå sammen som team og legene er en meget viktig premissleverandør for å kunne lykkes.

## **5. Analyse knyttet til endringskaleidoskopet**

Å implementere medarbeidersamtale i legegruppen i kirurgisk ortopedisk klinikk kan bli en utfordring. For å kunne gjøre denne endringen må man se på flere faktorer – både de generelle strukturer i organisasjonen og de mer spesifikke (ref. Balogun J; Strategy change Management quartely part 10 (2001)). Generelt sett er det ingen tradisjon og kultur for samtaler av denne karakter i legegruppen. Budskapet må derfor ”selges inn” på en bra måte. Hvorfor skal vi gjøre denne endringen? Hva vil en slik samtale føre til for meg? Malen som skal benyttes i medarbeidersamtalene må lages med legegruppen som utgangspunkt. Leger er individualister og samtaler av denne karakter har det ikke vært tradisjon for.

### **Maktforhold**

Som klinikkoverlege og den som har personalansvar for legene i klinikken kan jeg ta avgjørelser for driften videre og hva vi skal fokusere på. Å gjennomføre medarbeidersamtaler er noe jeg har tenkt på siden jeg ble klinikkoverlege for vel 1 år siden. Den som er assisterende klinikkoverlege

ønsker også denne endringen. Sammen har vi planlagt å dele på gjennomføringen av introduksjon og selve medarbeidersamtalene.

### **Tid**

Medarbeidersamtalene skal være gjennomført innen utgangen av 2017, og planlegges gjennomført 1 gang pr år etter det. Forberedelsesperioden før den første medarbeidersamtalen starter er viktig – dette for at medarbeiderne skal forstå bakgrunnen for oppstart med medarbeidersamtalene og at de ønsker å delta. Medarbeidersamtalene er ressurskrevende med tanke på tid (Vedlegg 4). En til en samtale som kan vare 1-2 timer. Samtalene må derfor spres over tid slik at det er gjennomførbart for klinikkoverlegen (Vedlegg 4).

### **Omfang**

Gjennomføring av medarbeidersamtaler vil være noe nytt – og for en del sikkert utfordrende. Det er derfor viktig med formøte hvor alle får samme informasjon om bakgrunnen for at vi ønsker å gjennomføre disse samtalene og potensielle virkninger av dem. For den enkelte vil det være snakk om en samtale pr år og således ingen stor belastning med tanke på innsats, men for enkelte vil kanskje samtalene være krevende og ikke minst i forhold til at man må reflektere mer over egen arbeidssituasjon, arbeidsoppgaver og egeninnsats i forhold til organisasjonen (eget bidrag)

### **Bevaring**

Det er nok mange som opplever at vi har stor takhøyde for å komme med egne meninger, synspunkter og foreslå implementering av nye prosedyrer og lignende. Situasjonen er en annen når man møtes under 4 øyne – vil nok være en ny og krevende situasjon for en del og for så vidt også for klinikkoverlegen i starten.

### **Mangfold**

I vår klinikk er det stor variasjon i forhold til alder, kompetanse og erfaring. Kollegiet kommer fra forskjellige fagområder – det vil også si kultur innad i det enkelte fagområdet. I tillegg er det 3 forskjellige lokasjoner som alle 3 har sin egen kultur og tradisjon. Endringsprosessen gir derfor mange utfordringer i forhold til at man må ha/bør ha alle med seg for å få gjennomført en endring slik at den kan brukes i det videre arbeidet. Er det ingen som stiller på medarbeidersamtalen blir det ingen endring. Avhengigheten av den enkeltes bidrag kan føre til at endringen kan få forskjellige utslag, ut fra den enkeltes utgangspunkt.

### **Kompetanse**

Det er et høyt kompetansenivå i ledelsen i vår klinikk – både i forhold til formell ledelseskompetanse og erfaring - det gjelder både klinikkssjef, ass klinikkssjef, avdelingsledere og enhetsledere. Det har vært stort fokus på lederutvikling i klinikken

### **Kapasitet**

Klinikkoverlegen og assisterende klinikkoverlege jobber begge som klinikere. Tiden som er avsatt til administrativ jobbing er liten. Det er planlagt økning av avsatt tid for administrative arbeidsoppgaver for å kunne gjennomføre samtalene men også til andre arbeidsoppgaver som samtalene kan medføre.

### **Forankring**

Denne planlagte endringen er en lovfestet rettighet som arbeidstakere har (Ref Arbeidsmiljøloven § 2 -1) og ønske om iverksettelse er stor både i ledelsen i klinikken og i sykehuset. Å få gjennomført slike samtaler med legene har vært ett ønske over lang tid – men ikke gjennomført. Blant legene er det mer usikkert – i og med at det tidligere ikke er gjennomført vet nok ikke de fleste hva dette innebærer og vil være usikre på hva som skal komme ut av det.

Det er derfor viktig at informasjonen før samtalene er god og at det gjøres klart hva målet er og hvilke resultater som kan komme ut av det både for den enkelte og for seksjonen/avdelingen/klinikken.

Reaksjonene på oppstart og gjennomføring av medarbeidersamtalene vil nok bli varierte. Noen har stort fokus på sin egen funksjon og ser ikke nødvendigvis sin rolle i ett stort perspektiv. En

slik samtale vil nok kanskje bli truende eller at de vil føle seg ukomfortable i en slik situasjon/samtale. Faren er at disse ikke ønsker en slik samtale og derfor ikke møter opp. ”Vi har ikke hatt slike samtaler tidligere – Hvorfor skal vi ha det nå”, ”Jeg trenger ikke en slik samtale”, ”Spill av tid”(Vedlegg 4).

Forhåpentligvis vil flertallet se at medarbeidersamtaler vil være gunstig får at vi sammen kan forme veien videre og at den enkelte kan bli ”sett” på en god måte. Vi ønsker at medarbeidersamtalene kan være en fin arena for å kartlegge seksjonen/avdelingens potensial, svake punkter og fremdriftsplan.

For å få med flest mulig må introduksjonsmøte være vel gjennomtenkt og disposisjonen må være klar på forhånd. Klinikkooverlegen må ”selge” budskapet inn på en positiv måte.

## **6. Fremdriftsplan: Når skal det gjøres?!**

Se vedlegg 5

## **7. Budsjett - nøkkeltall**

Gjennomføring av medarbeidersamtaler i kirurgisk ortopedisk klinikk vil bli gjennomført innen de økonomiske og praktiske rammer som eksisterer i klinikken. Det er således ikke nødvendig med ett budsjett for gjennomføringen.

## **8. Sammendrag og konklusjon**

Å starte med medarbeidersamtaler blir meget spennende og utfordrende. Med teoretisk kunnskap i bunnen, faglig integritet og engasjement både fra klinikkooverlegen, ledergruppa og assisterende klinikkooverlege skal vi får gjennomført samtalene og påse at medarbeidersamtalen får ett innhold som medarbeiderne vil synes er givende og interessant. Det er ett ønske at hver og en av medarbeiderne vil føle seg sett og hørt og at de gjennom det kan øke ønske/viljen til å delta i klinikkens videre utvikling og strategitenkning gjennom økt egenutvikling.

## **9. Vedlegg**

1. Nytt medarbeidersamtale skjema.
2. Kommunikasjonsplan
3. Interessentanalyse
4. Risikoanalyse
5. Fremdriftsplan
6. Referanser