

# **Nasjonalt toppleder program kull 6, 2008**

**Strykning av planlagde operasjoner ved  
en kirurgisk avdeling.  
En ledelsesutfordring.**

**Fordypningsoppgave av**

Ida Rashida Khan Bukholm

Jørgen Jansen

Mads Rekve

## **Strykning av planlagte inngrep, er det mulig å øke forståelsen og innsatsen for at det ikke skal skje?**

### **Historien**

Utgangspunkt for denne historien er en vanlig dag ved gastrokirurgisk avdeling ved Akershus Universitetssykehus. Personer som er involvert i denne historien er pasienten, pasientansvarlig lege (kirurg), operasjonssykepleiere, anestesisykepleier og anestesi lege. Et annet viktig moment i dette er at på sykehuset har det vært enkelte kirurger som har vært opptatt av å ”få i gjennom” sine pasienter pga av spesiell interesse for gallestenssykdom. Det er derfor en ubevisst motvilje i miljøet for å operer ”en galle på overtid”

### **Situasjonsbeskrivelse**

Vår historie dreier seg om en 34 år gammel kvinne som hadde galleblærestener som hun var meget plaget av. Hun hadde anfall omtrent hver dag og etter hvert måltid. Hun var jevnlig i kontakt med den kommunale legevakten for å få hjelp til å få kupere smertene. Hun ble henvist til poliklinikk for vurdering av operasjonsindikasjon. Hun ventet i 4 uker fra henvisningen ble sendt til hun kom på poliklinikken. På poliklinikken ble hun søkt inn til avdelingen for å få fjernet galleblæren. Pga av at hun hadde noen kompliserende sykdommer, ble hun vurdert til å trenge innleggelse i forbindelse med operasjon. Det gikk 4 uker til hun kom til innleggelse. Hun hadde hele tiden hyppige anfall av smerter og vanskeligheter med å spise. Pasienten var alenemor med 3 barn på henholdsvis 9, 6 og 4 år, noe som gjorde det nødvendig med en del organisatoriske forberedelser på hjemmefronten før innleggelsen. Pasienten ble innlagt og skulle opereres dagen etter innleggelse. Alt var klart, pasienten ble informert om inngrepet, forventet sykemelding og annen praktisk informasjon ble gitt ved innleggelsen. Dagen etter ble pasienten av kapasitetsmessige årsaker på operasjonsstua, strøket. Galleblærestener ble ikke vurdert til å kvalifisere seg til å kunne gjøres på overtid pga at det ikke dreide seg om ”livstruende” sykdom. Legen som hadde forberedt seg på å operere pasienten, og som var den som kjente pasienten, fikk beskjed om å ”informere” pasienten om at operasjonen måtte utsettes. Vedkommende lege var ikke tatt med på råd da beslutning om strykning ble tatt. Pasienten ble overført på neste dags program. Lege informerte pasienten, som naturlig nok, ble lei seg, men godtok dette. Hennes største bekymring var barna.

Neste dag var det sykdom på operasjonsavdeling, og ingen kunne ”gå over”, dvs jobbe overtid. Ledelsen ved operasjon og anestesi, som er atskilt fra kirurgisk avdeling, fant det ikke nødvendig å beordre noen, da ”en galleblære operasjon kunne utsettes”. Kirurgen ble ringt opp og fortalt at pasienten var strøket og at vedkommende måtte informere pasienten om det. Heller ikke denne gangen var det noen forutgående kontakt med behandlende lege i forhold til pasientens situasjon. Da pasienten fikk beskjed om ny utsettelse, ble hun nokså fortvilet. Hun var innstilt på operasjon og hadde fastet i snart 3 døgn. Det ble gitt lovnad om at hun helt sikkert kunne bli operert neste dag.

Neste dag ble pasienten satt på som nummer 2 på programmet. En eldre pasient som var mer kritisk syk og ble vurdert til å bli operert først. Denne vurderingen ble gjort av

anestesilegen og ikke av kirurgen som kjente den første pasienten. Anestesilegen vurderte ut i fra pasientens alder og comorbiditet. Opprinnelig var den eldre pasienten satt på programmet som nummer to av kirurgen. Koordinerende operasjonssykepleier med ansvar for operasjonsstuene den dagen så at det var ”uerfarne”, vel og merke etter hennes oppfatning, som holdt på med første operasjon. Klokken 1215 bestemte hun seg for at det var best å stryke den siste pasienten, da det kunne være fare for at operasjon nummer to på den stua kunne gå over klokken 1530. Hun snakket med en annen koordinerende lege og i samråd bestemte de seg om at pasient nummer to måtte strykes med hensyn til personale og overtid. Hun ringte til den posten som pasienten lå på og ga beskjed om at pasienten var strøket. Det førte umiddelbart til at post sykepleier ga pasienten mat, noe som førte til pasienten ikke kunne opereres da hun ikke var fastende. Operasjonstid for det aktuelle inngrepet var beregnet til å være ca 1 time. Kirurgen fikk igjen beskjed om å fortelle pasienten enda en gang om at hun var strøket. Naturlig nok var pasienten meget fortvilet og begynte å gråte.

Slike situasjoner er dagligdagse ved kirurgiske avdelinger. Det er frustrerende for kirurgen å bli ansvarliggjort for en avgjørelse som en ikke har hatt noe innflytelse på. En avgjørelse som også innebærer at det å overholde en avtale med pasienten ikke blir sett på som betydningsfullt.

Unødvendig tidsbruk for pasientene, og for samfunnet, tas ikke hensyn til når en bestemmer seg for å la være å oppfylle en kontrakt med pasienten. Det er lett å gjøre det i et system hvor det ikke har noen praktisk konsekvens for den enkelte avdeling eller aktør i dette samspillet. Det har imidlertid store konsekvenser for den enkelte pasient og samfunnet for øvrig. Det er også underlig å tenke på at alle aktørene i en setting som er beskrevet ovenfor har sine ”advokater” som passer på deres rettigheter (tillitsvalgte, verneombud etc.), mens den som er årsaken og målsetningen for virksomheten – pasienten – ikke har noen talsmann som kan ta vare på vedkommendes rettigheter i en akutt situasjon. Pasientens talsmann er pasientansvarlig lege som, som regel, ikke har noen myndighet ovenfor operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere eller andre profesjoner som er nødvendige for å få gjennomført et kirurgisk inngrep.

Er det mulig å tenke seg en løsning på slike problemer? Lar det seg gjøre å organisere denne virksomheten mer med utgangspunkt i selve operasjonen og mindre knyttet opp til den tradisjonelle organiseringen etter medisinske spesialiteter og profesjoner. Finnes det måter å motivere aktørene til en slik tankegang? Er det for eksempel mulig å få alle aktørene i slike situasjoner til å jobbe i lag, som en enhet, med felles mål å få gjennomført en kontrakt som er inngått med en bruker (pasient). Vi har i denne oppgaven undersøkt teorier bak motivasjon og arbeidslag for å se om litteraturen kan gi oss noe verktøy til å finne løsninger

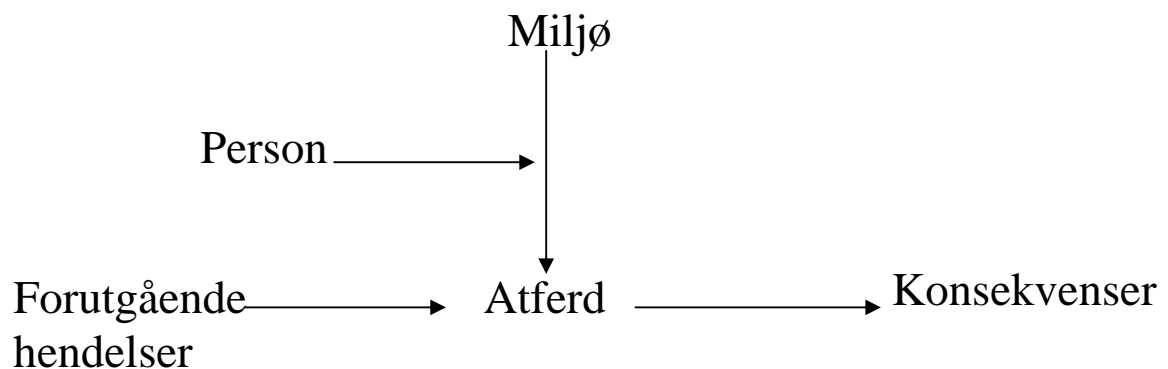
## **Teori**

### **Teoretisk bakgrunn for begrepet motivasjon**

Hvorfor oppfører individer seg som de gjør? Med andre ord hva er det som motiverer mennesker til å gjøre bestemte handlinger? Hvorfor er det slik at noen jobber hardt mens

andre ikke bryr seg om arbeidet? Er det mulig for en leder å se hvem som er motivert for et arbeid og hvem som ikke er det og er det mulig for en leder å endre på ansattes motivasjon, atferd eller prestasjon?

Kurt Lewin (Harper 1951), formulerte at menneskelig atferd er summen av individuelle personvariabler og karakter av vedkommendes omgivelser. For at man skal forstå en persons atferd, må man ta hensyn til både personlig karakter og innflytelse av omgivelsene. Det er vanskelig å gjøre noe med personlige egenskaper, men det er mulig å gjøre noe med omgivelsene rundt en person, det vil si respons på bestemt type atferd. En persons atferd bestemmes av tidligere forutsetninger og konsekvenser bestemt av omgivelsene på en bestemt atferd. I den aktuelle historien kan en si at tidligere erfaringer gir ubevisste bidrag til at en operasjon ikke gjennomføres. Historien viser at det ikke er noen konsekvenser for aktørens atferd, dvs. det å ikke gjennomføre et planlagt inngrep



Figur Kurt Lewin

Første trinnet i en motiveringsprosess hos ansatte i en organisasjon er naturlig nok å identifisere hvilken type atferd en ønsker å motivere til. I vår historie er det å få gjennomført en planlagt operasjon som er definert som den atferd en ønsker fra aktørene.

Det er uten tvil mange faktorer som spiller inn i menneskelig atferd. Et viktig hjelpemiddel for å få frem ønsket atferd er omgivelsens respons på atferd, dvs konsekvenser av en bestemt type atferd. Primært innretter mennesker seg på atferd som gir maksimalt med positive konsekvenser og minimalt med negative konsekvenser. Thorndike lanserte i 1911 et av de mest fundamentale utsagn om menneskelig atferd. Han påstår i sin *Law of effect* at atferd som gir positive konsekvenser repeterer seg oftere enn atferd som gir negative konsekvenser.

### **Positive versus negative konsekvenser**

Positiv forsterkende konsekvens øker sannsynlighet for gjentakelse. For eksempel økonomisk gevinst. Negative konsekvenser minsker sannsynlighet for gjentakelse av atferd. For eksempel økonomisk tap (straff). I det aktuelle eksemplet kunne man tenke seg en negativt økonomisk konsekvens som et hjelpemiddel.

Straff som metode er mye brukt og er en effektiv metode til å redusere risiko for type atferd en leder ikke ønsker, problemet er at straffe metoden virker ofte kortvarig i forhold til metoder hvor man tar utgangspunkt i positive konsekvenser.

Et annet problem med straff som motivasjonsmiddel er at det naturlig nok fører til misnøye med lederen med fare for sabotasjer og annen ikke ønskelig atferd for organisasjonen. I en operasjonsenhet er det mulig å tenke seg at pga fare for ”straff” i form av for eksempel økonomiske konsekvenser for enheten eller den enkelte aktør, vil kunne føre til at den planlagte aktivitet ble justert ned for å unngå straff og dermed fare for ytterligere ventetid for pasientene.

Ovenfor er noe av den teoretiske bakgrunnen for motivasjonsbegrepet beskrevet. Problemet er hvordan motivere de mange aktører som er involvert i en operativ virksomhet til å jobbe som et lag mot et felles mål, nemlig å innfri avtalen med pasienten. Vi har sett på om man kan bruke konsekvensmetode (positiv og negativ) for å oppnå dette. Som vi har sett er det alvorlige ulemper knyttet til bruk av negativ konsekvenser (straff), selv om det sannsynligvis er den mest effektive i en setting som er beskrevet i den aktuelle historien. Vi går nå over til å se på forutsetninger for lagarbeid, hvordan kan disse kan dannes og om det kan appliseres på en operasjonsenhet?

### **Organisering i arbeidslag**

Moderne arbeidsliv benytter i økende grad lagarbeid som arbeidsform i høyspesialiserte funksjoner. Forhold som påvirker lagarbeid er derfor av særlig stor betydning både sosialt og økonomisk. Lagarbeid krever at man er oppmerksom på en rekke aktiviteter samtidig og man må opprettholde en organisert og nøyaktig oppfatning av dynamikken i arbeidslaget som utvikler seg. Dette er særlig viktig i lag som arbeider mot tidsfrister. Lagets medlemmer må også bearbeide oppgaven, informasjon og overvåke aktiviteter i arbeidslaget for å integrere sine egne bidrag. Overvåkning av den sosiale dynamikk i laget og evne til å mestre egne og andres følelsesreaksjoner er en annen viktig egenskap som kreves for lagarbeid.

Lagarbeid benyttes ofte i arbeid med komplekse oppgaver der det er store krav til effektivitet og kvalitet. Den komplekse dynamikk i lag krever at medlemmene i laget innehar tilstrekkelig sosial og emosjonell kompetanse, sosial intelligens, definert som evne til effektivt å regulere egne følelser og andres følelser for å få frem høyere grader av personlig og sosial funksjon. Lagmedlemmer som har vansker med dette, vil få problemer med relasjoner til andre medlemmer og reduserer arbeidslagets effektivitet.

Det som skiller et arbeidslag fra andre grupper, er først og fremst at det består av mennesker som ut i fra sin forskjelligartede kompetanse samarbeider mot et felles mål, for eksempel et operasjonslag bestående av kirurg, operasjons/anestesi sykepleier og anestesi lege. Et arbeidslag vil normalt operere innenfor et organisasjonsmessig eller sosialt system som har etablert eller utpekt gruppen, og vil da på en eller annen måte stå til regnskap overfor dette. For at man skal snakke om et arbeidslag, må det være identifiserbare grenser som skiller medlemmene fra dem som ikke er med. Et lag er ikke nødvendigvis en gruppe individer med felles leder. Et lag opptrer gjerne som enhet i

forhold til andre grupper og det den produserer og vil utvikle holdinger og indre atferd, for eksempel gjennomføre dagens planlagte operasjonsprogram. Laget vil også utvikle en indre maktstruktur, roller, formelle og uformelle mål. Laget er ikke bare en samling av de enkelte individene som inngår i laget, men er et levende selvregulerende system, like virkelig som enkeltindivider. Dette reduserer imidlertid ikke betydningen av enkeltmenneskers særegenheter som viktige for forståelsen av lagarbeid.

### **Utvelgelse, sammensetting og organisering av et arbeidslag**

De første spørsmålene som reises når en skal etablere et lag, gjelder rekruttering. Hvordan skal vi sette sammen laget? Erfarne medarbeidere eller nyutdannede. Det er både fordeler og ulemper med begge alternativene. Erfarne medarbeidere krever mindre opplæring, men kan være vanskelig å endre pga tidligere erfaringer, stedsavhengige tradisjoner. Nye medarbeidere kan være enklere å forme, men ulempen her vil være at det vil ta tid å gi opplæring, noe som vil kunne påvirke produktivitet ved organisasjonen. I vår historie tror vi at det ville være effektivt å få "nye" folk inn for å redusere innvirkningen fra tidligere tradisjoner. Men i praksis er problemet at det ikke er så lett å bytte ut folk.

Man kan sette sammen et arbeidslag ut fra en rekke forskjellige kriterier, men det som er viktig er at man ut i fra behovsanalyse basert på hva man skal drive med velger personer med rette spisskompetansen sett i forhold til målet og at arbeidslaget samlet har den kompetansen som trengs. I tillegg til spisskompetansen må det velges personer som er i stand til å samarbeide. Et arbeidslag med fremragende, isolert sett velmotiverte supereksperter som samarbeider dårlig vil ikke kunne fungere. Det er også mulig å se på et sykehus som et arbeidslag. Men ulike grader av spesialisering vil ofte vanskeliggjøre en slik arbeidsform for et sykehus som hele.

Forutsetninger for at man kan hente inn hva man trenger av ekspertise er at man er i stand til å beskrive sine behov. Man må ha klarhet i hvilke oppgaver som skal løses, hvilke roller som skal fylles og hva dette innebærer av kunnskaper, ferdigheter, utdanning, og erfaringer. Hvis ikke blir det i større eller mindre grad å la tilfeldighetene råde. Det er også viktig å unngå forskjeller i status i arbeidslaget dersom det er mulig. Innen helsesektoren er profesjonshierarkiet deler av dette. Det er viktig å ta hensyn til både verdier, normer og roller i et arbeidslag. Hvis lagets verdier er på kollisjonskurs med enkeltindividets verdier og normer, vil det være meget vanskelig å oppnå resultater i et lag.

Noe av det viktigste å gjøre etter at arbeidslaget er etablert, er å klargjøre målet. Man må på forhånd bli enige om målet og motivere deltagerne i å samles om et felles mål. Man må finne retningen sammen og bli motivert til å gå dit. I vår historie bør for eksempel målet for arbeidslaget være å gjennomføre et avtalt operasjonsprogram. Dette er ikke umiddelbart enkelt. Målet kan være krystallklart uten å være engasjerende. Graden av kopling mellom enkeltmedlemmenes/gruppens interesser og målet har stor betydning for engasjementet. Jo sterkere koplingen er, jo mer engasjement og entusiasme. Noen forhold synes viktige for engasjement i arbeidslag (Hackman og Walton, 1986). Det er av stor betydning at målet er klart i store trekk, men detaljene kan avgjøres senere, noe som gir

arbeidslaget mulighet for medbestemmelse. Måloppnåelsen gir gruppe medlemmene mulighet for læring, vekst og personlig utvikling. Suksess eller nederlag har også direkte og følbare konsekvenser for arbeidslaget og dets medlemmer i forhold til læring og mestring.

Ved en organisering som et prosjekt er det ekstra viktig å ha målet avklart raskt. Det er en mer direkte kopling mellom mål, oppgaver og gruppens/lagets eksistens for en prosjektgruppe enn for et mer permanent arbeidslag. Prosjektgrupper kan raskt gå til grunne eller bli utskiftet dersom det ikke produserer eller leverer det som forventes innen tidsfrister. Arbeidslaget må ha klare prestasjonsmål slik at det kan styres etter for eksempel målstyringsprinsipper. I vårt historie kunne man som en løsning tenke seg et prosjekt arbeidslag som kunne styres etter målstyringsprinsipper hvor målet var å gjennomføre planlagt operasjonsprogram og unngå strykninger. Vi velger derfor å se litt på teoretisk bakgrunn for målstyringsprinsipp

### **Målstyring**

I tilfelle man ønsker å anvende målstyringsprinsipper er målklargjøring vesentlig. I teorien har målstyringsmodellen blitt kritisert som manipulerende. Kritikken peker også på at denne styringsmåten vanligvis krever store resurser i form av tid, penger og vilje til å gjennomføre hele styringsprosessen skikkelig.

Målstyring kan beskrives som en serie sammenhengende trinn der leder og medarbeidere foreslår et sett med mål for den kommende tidsperiode. Forslaget fremsettes som en serie spesifikke målbare mål (prestasjoner). For eksempel, start av første operasjon, forberedelser, pauser mellom operasjoner etc. Medarbeiderne gjennomarbeider og klarlegger målene i detalj sammen. Alle mål må være spesifikke og målbare innenfor hvert ansvarsområde, og det bør være gjensidig enighet om disse. Selv om hovedansvaret ligger hos gruppelederen vil man allikevel ha en felles forpliktelse på hovedmål og delmål. Målene bør inneholde både prestasjonsmål og individuell utviklingsmål. Prestasjoner måles så i forhold til de oppsatte mål. Tilbakemeldinger gis relatert til måloppnåelsen sammen med eventuelle utløsninger av belønninger. På grunnlag av en måloppnåelses- og prosessanalyse fastsettes så nye mål.

Selv om prosedyren kan variere noe vil dette være hovedtrekkene i framgangsmåten. I sammenheng med arbeidslag er det viktighet at det er en felles forståelse og enighet om hva målene innebærer, samt forpliktelse for å arbeide mot disse. Dersom målene i hovedsak settes av lederen vil de fungere mest effektivt når den som fastsetter målene (for eksempel lederen) har legitim rett til det og oppfattes slik av gruppen. Dette punktet er nok det vanskeligste når det gjelder lagarbeid inn helsesektoren. Med forskjellige profesjoner innblandet kan det være vanskelig å komme frem til hvilken profesjon som skal ha leder ansvaret.

Måloppnåelsen eller manglende sådan er forbundet med belønning og straff, noe som antakelig er et viktig hjelpemiddel. Målene innebærer også mulighet for selvutvikling og forbedringer for alle, samt utfordringer. Autoritetsfiguren(lederen) er fysisk til stede, støtter gruppen og dens enkelte medlemmer, er til å stole på, gir fornuftige og

overbevisende grunner for at måloppnåelsen er viktig, presser/påvirker gruppen på en fornuftig måte, er kunnskapsrik og godt likt og fungerer som modell verd å ta etter. Det vil være vanskelig å finne alle disse egenskapene hos en enkeltperson, spesielt i forhold til faglighet.

Det kan være flere forhold som er til hinder for at målene oppnås hos arbeidslaget. Det kan dreie seg om dårlig kommunikasjon. I historien er det klart at det har vært dårlig kommunikasjon mellom operasjonskoordinator og behandlende kirurg. Kommunikasjonssvikten kan ha hatt utgangspunkt i profesjonsrelatert prestisje.

Behandlende lege og operasjonskoordinator har i vårt eksempel sprikende interesser. For koordinator er det viktig å unngå overtid for sitt personale slik at overtid unngås. Den pasientansvarlige legen har en større binding mot at det er viktig å få gjennomført inngrepet som er avtalt med pasienten.

I historien er det ikke noe motivasjon for å "stå på litt". Strykning har ingen positiv eller negativ konsekvens. I historien illustres det at strykninger er dagligdagse og det er ikke noe spesielt med det. Frykt for kontroll, skjulte motiver, manglende kompetanse, lav moral og frykt for forandringer kan også være sentrale forhold som hemmer lagarbeid. I historien kan man tenke seg at hvis man en gang jobbet ekstra for å nå målet, kunne det bli noe som ble forlangt senere også, noe som ikke øker motivasjon for å jobbe ekstra, heller tvert imot.

Som man ser fra drøftingen ovenfor er det mange kompliserte samspill og mange faktorer, bevisste eller ubevisste som hindrer et arbeidslag i å jobbe som lag mot et felles mål. Det er vanskelig generelt og særlig i offentlig helsesektor på grunn av for eksempel profesjonsstrid.

Ut i fra litteratur på området er det påpekt noen sentrale områder som må vies spesiell oppmerksomhet for å kunne danne et effektivt arbeidslag. Dette dreier seg mellom annet om å skape en kultur for målklargjøring og prioriteringer med felles forståelse og forpliktelse. Denne litteraturen påpeker også behovet for en handlingsplan.

### **Handlingsplan**

Å utarbeide en handlingsplan kan være et godt hjelpemiddel for å nå målene. Den letter arbeidet med å finne mer effektive rutiner og metoder, gir mulighet for å sjekke ut i hvilken grad målene er oppnåelige, gir grunnlag for å anslå tid eller kostnadskrav for måloppnåelse og gir mulighet for å undersøke i hvilken grad man er avhengig av hverandre med hensyn til koordinering og støtte. Det hjelper til med å avdekke uventede hindringer og problemer og avklare hvilke ressurser som trengs. Den blottlegger hvilke områder lederen må følge opp og letter planlegging av arbeidet og delegering av oppgaver.

Arbeidet med målsetting og planlegging av lagarbeidet inneholder spesifiserte elementer. Selve målsettingen er det sentrale, der man definerer mål og delmål, i vårt tilfelle å unngå strykninger av operasjoner. Målene må klargjøres, spesifisere at strykninger ikke skal



forekomme. Målene må formidles og diskuteres med arbeidslaget der man oppnår aksept og forståelse for målene, med eventuelle konsekvenser. Arbeidet iverksettes med fordeling av oppgaver og roller. Veiledning, støtte og oppfølging av arbeidet underveis. Arbeidet og resultater evalueres med kvalitetssikring, der alle involveres. Nødvendig tilbakemelding gis, eventuelle justeringer av mål, rammefaktorer osv.

### **Ledelse av arbeidslag**

Lederen har en formidabel rolle i at lagarbeid, både i form av prosjekt eller mer varige arbeidslag, skal lykkes. Tradisjonell ledelse medfører at det er lederen som setter målene, planlegger, motiverer, koordinerer og kontrollerer. Medarbeidere skal forholde seg til de retningslinjene som lederen trekker opp. Denne klassiske lederrollen er i endring, ikke minst som følge av utbredelsen av lagarbeid som metode.

Lederen er nøkkelpersonen i et godt fungerende lag. En gått fungerende leder kjennetegnes ved at laget og lederen fungerer som hånd i hanske. Det er imidlertid en risiko dersom arbeidslaget er avhengig av en nøkkelperson for å opprettholde prestasjonsnivået. Det er derfor viktig å etablere en nestlederfunksjon i arbeidslaget.

Et arbeidslag vil ha store vanskeligheter med å nå målet, i hvert fall med tilstrekkelig kvalitet, dersom lederen mangler den nødvendige ”lederkompetanse”. Faglig kunnskap er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Et sykehus er en spesiell organisasjon der den faglige kompetansen vil være av noe mer betydning enn for en annen organisasjon. Men også her vil det være helt avgjørende at lederen i laget i tillegg må ha god innsikt i gruppe dynamikk, samarbeid samt faglig innsikt og inntreghet. Det som er viktig og kanskje vanskelig å unngå er at man ikke må gå inn i lagledelse som fagekspert. Hackman og Walton (1986) framhever tre menneskelige kvaliteter som viktige for en god leder av laget og som noe man bør tillegge stor vekt i lederutvelgelse.

- *Mot:* En villighet til å stå på, kunne ta avgjørelser og gjennomføre disse, også når det kan være upopulært.
- *Emosjonell modenhet:* I stedet for å trekke seg unna mulige ubehagelig og angstframkallende situasjoner å være i stand til, og villig til, å utforske disse nærmere- for på grunnlag av det finne ut å kunne gjøre noe med situasjonen.
- *Personlige verdier:* Uten et gjennomarbeidet verdigrunnlag og ståsted kan det være vanskelig å ta avgjørelser når flere ting står mot hverandre. En moralsk og personlig integritet antas å være viktige for ikke for lett å la seg presse, vingle eller utnytte situasjoner til egen fordel.

For å fungere effektivt er det nødvendig for lederen å utvikle sin selverkjennelse, sin evne til å ta sine medarbeidere på alvor og til tidlig å gripe inn i problemer som oppstår.

### **Endringer i lederrollen - fra sjef til lagleder**

Innholdet i lederrollen mer i retning av å være en tilrettelegger, praktisk administrator, inspirator, katalysator og retningsgiver. Målet for laglederen må være å gjøre

arbeidslaget i stand til å fungere optimalt i forhold til målsetning uten innblanding fra lederen. Det synes å være stor enighet i litteraturen og blant ledere om at selvstyrte arbeidsgrupper med vide fullmakter og tilstrekkelige ressurser blir viktigere fremover. En rekke studier fra USA og Europa viser at prestasjoner og produktivitet øker, man sparer penger. Fravær og personellgjennomtrekk reduseres og arbeidsmoralen blir bedre. Det synes også som om man lettere klarer å fange opp og tilpasse seg endringer utenfor arbeidslaget. Det å gi makt til arbeidslagene betyr blant annet å gi dem autoritet, informasjon, ansvar og avgjørelsesmyndighet med fullmakt til selv å styre arbeidet innenfor de rammer som er gitt, inkludert nødvendige ressurser og budsjettansvar.

Det er nødvendig med en viss balanse mellom disse faktorene. Er en eller flere av dem nær null vil ikke laget ha den nødvendige makt til å gjennomføre arbeidet på tilfredsstillende måte. Det er viktig at laget er selvstendig, men det må selvsagt foreligge en viss form for kontroll gjennom etablerte rapporteringsrutiner, samarbeid med andre arbeidslag og organisasjonen for øvrig. Alle arbeidslag må operere innenfor fastlagte rammer og er ikke fullstendig overlatt til seg selv.

Selv om man går over fra lederstyrte arbeidslag til mer selvstendige arbeidslag, forsvinner ikke helt behovet for lederskap. I mer komplekse situasjoner vil laget fremdeles trenge hjelp til å klargjøre arbeidsoppgavene, sette opp tidsrammer, koordinere arbeidet, skaffe til veie ressurser, utvikle laget i forhold til samarbeid og rollefordeling etc. Uten tilstedeværelse av en formell maktbasis i organisasjonen, vil helt selvstendige lag uten leder stå i fare for å bli ustabile. Denne ustabiliteten kan avhjelpes ved tilstedeværelse av kompetente personer, gode rutiner, klare mål og organisatoriske føringer som tidsfrister etc. Slike faktorer kan virke til å overflødiggjøre lederfunksjonen i et arbeidslag, fordi de nevnte faktorene nettopp innebærer en ivaretagelse av ledelse som funksjon.

Lederens arbeidsstil og måte å fungere på i forhold til arbeidslaget har stor betydning for hvordan dette etter hvert vil fungere. En styrende leder kan hindre utvikling av arbeidslaget, mens passiv autokratisk ledelsesform, det vil si en ledelsesform hvor lederen fra avstand øver en sterk styrende innflytelse på arbeidslaget uten å delta direkte og aktivt i arbeidslagets daglige liv, også kan føre til uheldig påvirkning på arbeidslagets arbeid.

En leder er altså en person som har en visjon om hva laget kan greie å få til og som klarer å formidle dette på en slik måte at laget tar dette til seg i sitt arbeide seg mot målet. En visjon medarbeiderne stiller seg likegyldig til, har liten verdi. Den gode leder øver innflytelse på laget gjennom å være en ansvarlig modell. Lederen må kunne sette langsiktige mål, rydde vei, inspirere og motivere andre og gjøre ting sammen med laget. Lederen må involvere seg og bli involvert uten til stadighet å være detaljorientert. Lederen må kunne ta initiativ, tåle usikkerhet og være villig til å ta en viss risiko.

En god leder er en som skaper samarbeid og samspill, en som stimulerer laget til å yte mer og bedre enn det ellers ville ha gjort. Lederen stiller spørsmål heller enn å gi ferdige løsninger, slik at han kan hjelpe laget til selv å finne løsningen når dette er mulig.

Samtidig som en god leder sørger for å opparbeide et godt forhold til laget sitt, må han også sørge for å ha nødvendig legitim autoritet ovenfra, slik at man unngår usikkerhet og forvirring med hensyn til hvilke fullmakter han har.

### **Mennesker og organisasjoner**

Betraktninger om organisasjoner blir fort teoretiske. Men det er mennesker som befolker og leder organisasjoner, og det kan være nyttig å se tilbake til de betraktninger statsviteren Douglas McGregor (1968) gjorde om arbeidslivet. Han mente at organisasjoner stort sett fulgte en av to teorier om motivasjon og holdning til arbeidere.

Teori X har som sentral antagelse at mennesker er late og skyr arbeid. For å få mennesker til å arbeide er det derfor nødvendig med et sinnrikt system av regler, overvåkning, veiledning, kontroll og trusler om straff for å sikre seg produktivitet. Man legger til grunn et verdisyn der mennesker har behov for å bli kontrollert og styrt.

Teori Y derimot, har som hovedantagelse at arbeid på mange måter er like naturlig for mennesker som lek og hvile. Teorien antar at mennesker kan være ambisiøse, motiverte og søker ansvar. Det er derfor ikke vanskelig å få mennesker til å arbeide til organisasjonenes beste, uten trusler og straff. Utfordringen blir i følge teori Y, å skape betingelser for kreativitet og frihet for å utnytte den arbeidskraft som er til stede. Dette gjøres ikke med trusler og straff, men oppmuntring og incentiver for å gjøre de rette tingene, der omgivelsene gjør det mulig å gjøre mer enn bare å følge ordre og regler.

Det er riktig å påpeke at ingen slike "common sense" teorier er universelt gyldige, og det er ikke rom her for en utdyping av motivasjonspsykologien som omhandler retning, intensitet og varighet av arbeidsatferd. Vi skal nøye oss med som Schein (1992) påpeker, at mennesker vil sosialiseres inn i organisasjonens kultur og verdisyn. På den praktiske siden, så vil kanskje mange i liberale og frie yrker kjenne seg igjen i teori Y, som langt på vei dekkende for sin opplevelse av sin arbeidshverdag. Men realiteten for svært mange moderne organisasjoner og arbeidsplasser er nok mer illustrerende beskrevet som kommando- kontroll varianter av teori X. Arbeidstakere er ikke lenger betraktet som barn som må styres og kontrolleres, men vi har fått en modernisering i form av transaksjonsmodeller av typen "Du stiller på arbeid, jeg betaler dersom du gjør som jeg sier. Slike antagelser og verdisyn viser en tendens til å fungere som selvoppfyllende profetier. Vi får det vi venter oss, ser det vi tror er sant. Det er derfor viktig for en leder å være bevisst på hvilke teori vedkommende jobber ut i fra.

### **Forutsetninger for å lykkes med lagbygging og lagarbeid**

Som vi ser fra avsnittet ovenfor, er det en utfordrende oppgave å være arbeidslaget leder. Det er i prinsippet få av oss som kan oppfylle alle disse faglige og personlige egenskaper som skal være tilstede hos en god leder.

Det kan tidvis virke overveldende og kan gi følelsen av at man som leder ikke lever opp til alt dette. Det er i denne situasjonen av betydning å være bevisst at det er de færreste som mestrer alt dette, og at alle egenskapene ikke er like viktige i en hver sammenheng. Det som er viktig er at en leder er kjent med disse forholdene, og at han oppfatter dem

som noe å strekke seg etter. Tilbakemelding på ens lederstil fra medarbeidere er slik en viktig kilde for å utvikle seg som leder.

### **Drøftinger i forhold til illustrasjonshistorien**

Illustrasjonshistorien er fra gjennomføringen av en operasjon. En operasjon er en behandling som involverer flere ressurser og deler av et sykehus. Kirurg, kirurgisykepleiere, anestesi, operasjonsstue, intensiv, postoperativ etc. For å gjennomføre operasjonen må disse tildels adskilte ressursene være tilstede til rett tid. I tillegg til at alle ressursene må være tilstede under og etter operasjonen forutsetter en operasjon at det er klargjort for operasjonen en stund i forveien for eksempel faste, pålagt informasjon, samtykke etc.

De involverte i virksomheten har ansvar for sine deler av gjennomføringen av behandlingen. I sykehus er de enkelte involverte ofte tilsatt i forskjellige enheter slik at det samlede punktet etter ansvarslinjen i organisasjonen blir oppe i hierarkiet og noe fjernt fra den daglige utføringen av operasjonsvirksomheten. Ansvar for den praktiske gjennomføringen av operasjonene blir fragmentert og de enkelte involverte i virksomheten oppfatter ikke at de står ansvarlig overfor en felles person med et hovedansvar for de enkelte operasjonene.

Arbeidet med å koordinere at de operasjonstekniske ressursene er tilgjengelige er ofte lagt til en egen stilling – koordinerende oversykepleier. Denne funksjonen er lagt utenfor de som gjennomfører operasjonen – operasjonslaget, utenfor dem som har ansvaret for å klargjøre pasienten og utenfor dem som skal følge opp pasienten etter operasjonsinngrepet.

Den som operasjonen utføres for – pasienten – har liten mulighet til å påvirke om operasjonen blir gjennomført eller ikke. Når organiseringen av ansvaret er så oppdelt mellom sykehusenhetene er det vanskelig for pasienten å holde noen av dem som er involvert i operasjonsgjennomføringen ansvarlig. Pasienten blir begrenset til å henvende seg til sykehuset som hele. For sykehuset som en helhet blir innspillet fra pasienten byråkratisert og formelt behandlet og får sjelden noen konsekvenser internt.

Operasjonsvirksomhet har et varierende innslag av akutt kirurgi som prioriteres foran kirurgisk behandling hvor pasienten medisinsk sett kan vente (elektiv kirurgi). Dette usikkerhetsmomentet er kjennetegnende for kirurgisk virksomhet og blir fremholdt ved planleggingen av virksomheten og når gjennomføringen av den forklares.

Med utgangspunkt i teori om motivasjon og lagorganisering vil vi drøfte endringer som kan virke til å få sammensluttet de enkelte involvertes innsats mot det å få færre operasjonsstrykninger.

### **Motivasjon**

Ved drøftelsen av hvordan motivasjon kan brukes for å få gjennomført flere operasjoner står vi her overfor et behov for å samstemme de enkelte involvertes motivasjon mot dette.

En del av tilnærmingen kan være å forsøke å redusere som påvirker motivasjonen i uheldig retning. Strykninger kan oppleves som et gode av de involverte ved at man kan slutte arbeidsdagen tidligere. Det sterke fokus på økonomi tilsier at det ikke skal benyttes overtid. Dette kan ytterligere tilskynde at man velger å stryke operasjoner for å unngå overtid.

Operasjonsvirksomheten er forbundet med stor risiko for pasienten og må foregå innenfor det som er faglig forsvarlig. Samtidig er gjennomføringen av virksomheten i stor grad forbundet med autonomi hos den enkelte involverte hvor variasjon gir muligheter for forbedring gjennom smidighet, initiativ og kreativitet. Som det fremgår av teoridelen ovenfor har dette utgangspunktet betydning for hvilken type motivasjonsfaktorer som vil være hensiktsmessige.

I en virksomhet hvor ansvaret for gjennomføringen er spredt og oppdelt vil det være av betydning å kunne synliggjøre resultatet av innsatsen. Det vil være en viktig forutsetning for å kunne motivere de involverte at resultat av operasjonsgjennomføringen blir synlig, helst i sammenlignbare størrelser over tid slik at resultatet – som en konsekvens av innsatsen – kan evalueres over tid. Teori viser at bare det å ha en målestANDARD på sin innsats kan være motiverende i seg selv, men det vil også kunne være grunnlag for definerte og motiverende konsekvenser som følge av innsatsen i form av sanksjoner eller belønning.

For å forsterke den motiverende effekten av konsekvensene bør adressaten for konsekvensene defineres. Teorien viser at effekten er størst der den enkelte opplever at de selv kan påvirke konsekvensene for dem selv – at de kjenner og forventer konsekvensene av egen innsats og at den er utslag av operasjonsgjennomføringen. Innsats fra de enkelte sentrale delene i operasjonsvirksomheten bør derfor rapporteres i en målestANDARD som gir et bilde av deres innsats i operasjonsgjennomføringen.

For å få en mer hensiktsmessig sammenstilling av motivasjonene til de enkelte involverte kan ansvaret for å stryke en operasjon legges til en som er del av den operative virksomheten med hovedansvar for gjennomføring av operasjonen. Det er nærliggende å legge et slikt hovedansvar til kirurgene som er dem som leder operasjonene, som har det faglige ansvaret og som er ansvarlig overfor pasienten. For å styrke kirurgenes mulighet for å utøve sitt ansvar bør de også ha innflytelse på hvilke operasjoner som strykes. De andre involverte vil da måtte redegjøre for sin innsats overfor ansvarlig kirurg før eventuell strykning. I tillegg til en mer overordnet ansvars plassering kan motivasjonen for de øvrige involverte forsterkes ved at en strykning gis innflytelse på hele operasjonslaget. Muligheten for dette drøftes i delen om lagorganisering nedenfor.

Motiverende konsekvenser av innsats kan være av forskjellig art som lønn, frynsegoder, ros, anerkjennelse og oppmerksomhet eller mer fritid etc. Definerte negative konsekvenser i form av sanksjoner som redusert lønn etc. er vanskeligere å gjennomføre i praksis i et statlig sykehussystem. Som nevnt i teoridelen fungerer negative konsekvenser best hvor folk skal motiveres til å avstå fra uønsket adferd. Som

motivasjonsstrategi utløser den imidlertid oftere misnøye og motreaksjoner i forhold til et motivasjonsregime basert på positive konsekvenser. I en setting hvor vi ønsker å oppnå større effektivitet og innsats i en kompetanseorganisasjon vil positive konsekvenser trolig være mest effektive og ikke minst enklest å få aksept for.

En klarere definering av resultatet av operasjonsvirksomheten vil også kunne ha som konsekvens at pasienten kan forholde seg direkte til den som er ansvarlig for å ta avgjørelsen om å stryke operasjonen. En ansvarliggjøring som kan virke motiverende for kirurgen og kan påvirke de andre involverte til ekstra innsats.

Rutiner og vaner kan være viktige motivasjonsfaktorer. Det har vist seg at jo større kunnskapselementet er desto mer motivert er atferden som kreves for å få gjennomført den. For å bryte ut av rutiner og vaner vil ikke minst nye motivasjonsfaktorer være av betydning. Vi tror derfor et mer målrettet og ansvarsplasserende konsekvenssystem vil kunne virke effektiviserende i forhold til operasjonsvirksomheten slik den beskrives i illustrasjonshistorien.

I tillegg til ansvarliggjøring og konsekvenser av innsatsen er det viktig at de involverte har en forståelse av hva som er det felles målet med virksomheten. En tilnærming for å gi mer forent felles målforståelse kan være en tilnærming gjennom organisering i arbeidslag.

### **Organisering i arbeidslag**

Et operasjonslag vil bestå av medlemmer med ulike oppgaveområder og kompetanse i forhold til å oppnå lagets målsetning. Med den ulike bakgrunnen til lagmedlemmene er det viktig å skape entusiasme og forståelse rundt dette målet. Selve målet om å unngå styrkninger av oppsatte operasjoner er ukomplisert å måle og forstå hva er. For operasjonslaget blir det viktig å gå gjennom og klargjøre det enkelte medlemmets oppgave for at laget skal kunne få dette til. Laget bør også ha en felles forståelse av hva involverte enheter utenfor laget må bidra med. Antallet operasjoner som kan settes opp, for eksempel per uke er en målsetning som trolig vil få størst legitimitet i laget dersom den settes med involvering av hele laget for å skape størst mulig grad av kopling mellom enkeltmedlemmenes/lagets interesser og målet.

Laget kjenner og har definert sin kapasitet. Det gir grunnlag for å planlegge antallet operasjoner som skal settes opp og hvilken standard laget skal måles mot. Planlegging av antallet operasjoner gir forutsigbarhet både for laget den øvrige delen av sykehuset og for pasienten.

Den ansvarlige overfor pasient og den viktigste premissgiveren for gjennomføringen av operasjonene er kirurgen. Kirurgen i denne sammenheng en lederposisjon i laget og er viktig for å skape engasjement og tro i operasjonslaget på at det kan nå det oppsatte målet. Å skape en lagkultur vil gi et sterkere og bredere forståelsesgrunnlag for målet enn motivasjonselementene som er omtalt i avsnittet ovenfor.

Ettersom lagets mål er å unngå strykninger av operasjoner er det viktig å redusere risikoen for at laget svikter. Risikoen kan dempes ved gode rutiner på planlegging av operasjonene med tidsfrister og rapportering. Det beste er også om det er et system for å kunne erstatte et lagmedlem med en innbytter ved frafall fra et av lagmedlemmene.

## **Mulige løsningsmodeller**

Med utgangspunkt drøftingen ovenfor presenterer vi to organiseringsmodeller for bedre å ivareta problemstillingen med å unngå operasjonsstrykninger.

### **Modell 1**

To operasjonsstuer organiseres som en selvstendig enhet. Fagpersoner med ulik kompetanse ansettes i enheten med en leder. Dette er i motsetning til situasjonen slik den er i dag hvor kirurgen er ansatt ved kirurgiske avdeling, operasjonssykepleier ved operasjonsavdelingen, anestesisykepleier og anestesilege ved anesthesi avdelingen. Denne enheten jobber som et lag og deres budsjett er knyttet opp til intern fakturering ved at enheten lager en kontrakt med kirurgisk divisjon om leveranse av et bestemt antall operative inngrep for en gitt tidsperiode. Kontrakten gjøres for 2 år om gangen med mulighet for revisjon etter et år.

Leder i enheten er leder for hele arbeidslaget og er ansvarlig for å tilsette folk som gir en riktig sammensetting av kompetansen i laget. Hvis enheten ikke klarer å levere i forhold til kontrakten bør det ha konsekvenser for enhetens budsjetter. Hvis inntjeningen ikke samsvarer med premisene vil det kunne ha konsekvenser for antall stillinger ved enheten. Dette vil motivere den enkelte i arbeidslaget til å bidra til å holde kontrakten som enheten har inngått med oppdragsgivende avdeling.

Man kan i tillegg gjøre virksomheten slik at de ansatte får en viss prosent av sin lønn, for eksempel 80 %, som fastlønn, mens resten kommer som innsatsbasert. Dette er innført i Universitetssykehuset i Tampere i Finland med meget gode resultater.

Man kan også tenke seg en bonusordning hvor laget tjente inn mer for ekstra innsats som igjen kunne føre til goder for laget for eksempel midler for videre utdanning, forskning etc. Ved Vejle sykehus i Danmark så vi at et slikt prinsipp var benyttet med hell. Her gikk belønning og avstraffelse på oppnåelsen av mer enn 95 % score på 18 forskjellige parametere som alle avdelingene ble målt på hver måned. Hvis en avdeling lå under 95 % fikk de fratrukket 6000 DKK for hver parameter hvor de ikke oppfylte kravet. Til gjengjeld fikk avdelingen 6000 DKK for hver parameter hvor de oppnådde kravet. Dette virket meget stimulerende for organisasjonen.

I tillegg til konsekvenser for arbeidslaget og medlemmene i laget burde også avtalebrudd overfor pasienten hatt konsekvenser for virksomheten. Hvem belastes for at en pasient blir sykemeldt lenger enn planlagt på grunn av utsettelse av operasjon? Er det pasientens arbeidsgiver som skal tåle belastningen, eller skal den enheten som er ansvarlig for strykning belastes for dette? En løsning hvor sykehuset blir ansvarliggjort for sølgekostnader er trolig vanskelig å gjennomføre i praksis i dagens helsevesen.

### **Modell to**

En annen mulighet er å ta utgangspunkt i lagarbeid men organisere dette slik at det ikke involverer omorganisering av sykehusstrukturen. Det satses likevel på større grad av ansvarliggjøring gjennom måling og ansvarsfordeling ved gjennomføringen av operasjoner.

Pasient ansvarlig (kirurg) gis hovedansvaret for operasjonen med kompetansen til å stryke operasjoner. Det gjennomføres måling av antall operasjoner og strykninger per kirurg. Den øvrige delen av operasjonslaget medlemmer blir også registrert for hver operasjon. Tilsvarende registreringer gjøres også for andre involverte enheter. Strykningsårsaken plasseres i den delen av enhetene de oppstår. Rapporteringen skjer fortløpende og lukkes for hver uke.

Registrering av virksomheten på de enkelte ansvarlige gir mulighet til å fordele konsekvenser av antall gjennomførte operasjoner og av antall strykninger til dem som har ansvaret. Denne modellen vil kunne gjøres gjennomgående for hele operasjonsområdet på sykehuset og ikke avgrenses til en noen operasjonsstuer.

Modellen baserer seg ikke på lag med faste medlemmer men vil være basert på operasjonslag med vekslende deltakere i de ulike rollene. Et slikt lag vil være mer fleksibelt i forhold til fravær.

### **Avslutning**

Vi har presentert to modeller. Begge inneholder endringer i organiseringen av operasjonsvirksomheten med utgangspunkt i lagarbeid og motivasjonselementer.

I den første modellen blir operasjonslaget organisert som en egen selvstendig enhet i sykehusstrukturen. Motivasjonselementene er økonomiske. Enheten opparbeider sitt budsjett gjennom internfakturering i henhold til et avtaleverk. Økonomiske konsekvenser er også satt opp for å motivere de enkelte lagmedlemmene direkte. En betydelig svakhet ved denne modellen er at internfakturering samt de personlige økonomiske motivasjonselementene bryter med innarbeidete prinsipper i offentlig sektor.

Modell to beskriver en løsere organisering av personellet, der rollene i arbeidslaget er faste men personene som tar rollene kan variere. Motivasjonselementene ligger i en systematisk synliggjøring av innsatsen til de involverte enhetene og personenes. Det er ingen økonomiske motivasjonselementer i forhold til innsatsen. Motivasjonen i denne modellen drar blant annet veksler på den enkelte deltakers oppfatning om egen prestasjon- og mestringsevne i seg selv bidrar som en sterk motivasjonsfaktor.

### **Hva betyr dette for oss som ledere?**

Ved siden av de åpenbare faktorer som dreier seg om å legge til rette for incentiver og motivasjonsforhold for den enkelte i et arbeidslag, har vi belyst sentrale temaer som vi føler vil være viktig å ta med seg videre.



Dette angår spesielt karakteristika ved ledere som må være til stede for at de kan være effektive og utøve en positiv innflytelse i organisasjonen. Slike egenskaper kan oppsummeres og beskrives som evne til å opprettholde selv-kontroll, behandle andre med respekt, bygge og vedlikeholde arbeidslag, og utøve kontroll over andre i riktig grad, riktig mengde, og på rett tidspunkt. Dette ser vi som viktig kompetanse eller dyder å videreutvikle som ledere.

## **Litteraturliste**

Stephan M Shortell, Arnold D. Kaluzny and Associates, *Health care management. A Text in organization theory and behaviour*, 2. edition

Rolf-Petter Larsen Teamutviling, *Teambygging og teamarbeid*

Morten E. Berg, Øyvind Martinsen, Geir Thompson, *Ledelse, kompetanse og omstilling*