

Begrepsoversikt for sykehusene i nettverksprosjektet ”Ledelse i sykehus”.

1. Formålet med notatet

Dette notatet er ment som begrepsguide, først og fremst laget for sykehusene, men også rettet mot forskerne i prosjektet. Ambisjonen er at dette dokumentet skal fungere som en begrepshåndbok for alle som deltar i prosjektet. En begrepshåndbok som vil endre seg mens prosjektet pågår, ettersom behov for tilføyelser og ytterligere avklaringer med all rimelighet vil oppstå.

Notatet beskriver først de helt konkrete målsetningene med prosjektet. Deretter beskrives og forklares ulike aktiviteter og produkter, som dels er fremkommet, og dels gjenstår å utvikle i prosjektet. Videre følger en presentasjon av metodiske termer og analysenivåer som benyttes i prosjektet. Deretter forklarer vi ulike vitenskapelige begreper og metoder vi har valgt å bruke i dette prosjektet. Avslutningsvis visualiserer vi en forskningsmodell for samskapt læring. Vi viser også til dokumentet ”roller og problemstillinger”, som sykehusene har fått tilsendt. Helt til slutt viser vi til utdrag fra det vi mener er viktige og relevante lovbestemmelser.

1.1 Konkrete målsettinger for prosjektet:

1. Å bidra til økt kunnskap om lederroller i norske sykehus, med vekt på kunnskap som er nødvendig for utvikling og praktisering av ledelse i sykehus.
2. Å gi hvert av de deltagende sykehus et best mulig grunnlag for å utvikle egne løsninger, og gi kunnskapsbasert støtte til det lokale utviklingsarbeid.
3. Å dokumentere og formidle den kunnskap som bygges på en slik måte at den blir tilgjengelig for andre norske sykehus, forskningsmiljø og helsemyndigheter.
4. Å skaffe erfaringer fra og dokumentere hvordan et nettverk mellom sykehus kan bidra til felles kunnskapsproduksjon og kunnskapsdeling.
5. Å legge grunnlaget for videre arbeid, både gjennom å etablere et bærekraftig nettverk, og gjennom å utvikle nye prosjekter innenfor tema knyttet til ledelse og styring av sykehus.

2. Aktiviteter og produkter

2.1 Nettverkssamlinger (Erfaringsfora).

Dette er møter for alle nettverksdeltagere, hvor vi presenterer og diskuterer tema som er av almen interesse i prosjektet. Det kan være gode eksempler fra ett av de deltagende sykehus, slik vi alle kunne erfare ved forrige nettverkssamling. Det kan være innspill fra eksterne aktører, eksempler fra helt andre typer virksomheter (f.eks. bedrifter fra KUNNE), osv. Nettverkssamlingene er hvert halvår – i alt tre for hele prosjektperioden. Referater og deltakerlister legges ut på web.

2.2 Gruppemøter.

Gruppene er det primære stedet for tolking av data og resultater fra undersøkelsene. Det er et ønske at sykehusene i gruppene vil gjøre gjensidige avtaler om prosesstøtte. Prosjektet opererer med to typer grupper; arbeidsgrupper og fokusgrupper. Disse beskrives nærmere under punkt 3 ”Begreper og terminologi”.

2.3 Utsiktsnotater.

Dette er *korte* notater (2-5 sider) som tar opp spesifikke emner, basert på inntrykk fra datainnsamlingen, teoretisk forståelse, eller erfaringer fra andre steder. Utsiktsnotatene pretenderer ikke å være en komplett liste over aktuelle tema å fokusere på, ei heller gir de svar. De er spørrende i formen, og er ment å åpne for refleksjon. Helt spesifikt vil det bli produsert en serie av utsiktsnotater fra SINTEF KUNNE om ”Ledelse i kunnskapsbedrifter.” SINTEF Unimed vil blant annet produsere utsiktsnotat som tar for seg medisinsk faglig ansvar.

Eksempler på utsiktsnotater: (som vil legges på web)

Hovedtema: Ledelse og ansvar i kunnskapsintensive bedrifter

Deltemaer:

- Innføring og begrepsavklaring
- Ledelse i kunnskapsintensive tjenesteytere
- Makt og Ledelse
- Ledelsens fundament
- Ledelse mot og med kunder
- Sykehus som kunnskapsintensive tjenesteytere

2.4 Rapporter

Dette er forskningsrapporter, basert på empiri fra og refleksjon i prosjektet, som går i dybden og følger et vitenskapelig format.

2.5 Artikler

Prosjektet skal bidra til kunnskapsutvikling og –formidling. Dette vil kunne gjøres gjennom publisering av artikler i egnede tidsskrifter eller konferanser. Slike artikler kan med fordel også publiseres av deltakerne fra sykehusene, eventuelt i samarbeid med forskere fra SINTEF. Meningen er at weben skal fungere som virtuell møteplass hvor artikler og annet skriftlig materiale legges ut.

2.6 Web

Vi etablerer en web-løsning for prosjektet. Denne vil gi mulighet for enkel uthenting av det produserte materialet, samt gi en arena for dialog mellom de ulike samlingene. Weben gir også mulighet for egne diskusjonsgrupper på nettet og ”mailing-lister”. Dere vil få tilsendt nærmere opplysninger om bruk av web.

2.7 KUNNE

KUNNE er benevnelsen på en prosjektportefølje innenfor avdelingen Kunnskap og strategi ved SINTEFs institutt for Teknologiledelse. Navnet KUNNE er også et merkenavn for de tjenestene, prosjektene og forskningen som foregår i avdelingen. KUNNE skal gi assosiasjoner til kunnskap i aktivitet som gir verdi. Betydningen er derfor:

- KUNNE er et merkenavn
- KUNNE er et nettverk
- KUNNE er et navn på flere prosjektporteføljer

2.8 Hva har sykehusene tilgang på

- Tilgang til forskningsbasert kunnskap om ledelse og endringsprosesser i sykehus.
- Tilgang til andre sykehus’ erfaringer.
- Mulighet til å få diskutert egne erfaringer og utfordringer i forbindelse med interne utviklingsprosesser.
- Benchmarking mot andre sykehus når det gjelder ledelse og organisering: Hvor gode er våre prosesser og systemer?
- Støtte og ideer til arbeid i interne prosjekter som sykehuset har valgt å sette i gang

3. Begreper og terminologi:

3.1 Hvordan vi tenker rundt nettverk

KUNNE-nettverket (www.kunne.no) er et etablert kunnskapsnettverk som forsker på ulike sider ved kunnskapsbedrifter. KUNNE har et sett av spredningsmekanismer lik de vi planlegger i vårt nettverk. Gjennom samarbeidet vil KUNNE gi et begrenset antall aktører fra vårt nettverk tilgang til sine erfaringsfora, web, trykksaker, osv. Hvordan vi velger ut hvem fra vårt nettverk som skal få denne muligheten, vil vi komme tilbake til.

3.2 Nettverket i dette prosjektet

Nettverket i dette prosjektet består av tre nivå:

1. **Nettverksnivå:** Inkluderer alle deltagende sykehus
2. **Gruppenivå:** Sykehusene er delt inn i mindre grupper for å kunne få nødvendig framdrift og en effektiv læringsprosess. På dette nivået er arbeids –og fokusgruppene identifisert. *Arbeidsgruppene* består som stabile grupper i hele prosjektperioden. *Fokusgruppene*, er en mer ad-hoc basert inndeling etter spesielle tema eller problemstillinger som ikke nødvendigvis fanges opp av arbeidsgruppene.
3. **Sykehusnivå:** Inkluderer aktiviteter i sykehus *på individuell basis*. Eksempler på aktiviteter er datainnsamling ved intervjuer og spørreskjemaer.

3.3 Arbeidsgruppene:

Hovedsakelig inndelt etter fremdrift; etter hvor langt det enkelte sykehus har kommet i prosessen med å etablere nye lederroller. Med en slik inndeling vil sykehus som har kommet langt og høstet mange erfaringer gis mulighet til å diskutere med lignende sykehus. Likeledes får sykehus i startfasen drøfte dette med sykehus i samme situasjon.

Gruppe A

Kontaktperson – Kenneth Kongsvold:

Deltakende sykehus:

- Lovisenberg Diakonale sykehus
- Lister sykehus
- Nordland sentralsykehus
- Narvik sykehus

Gruppe B

Kontaktperson – Tonje Gundersen:

Deltakende sykehus:

- Rikshospitalet
- St. Olavs Hospital
- Ringerike sykehus
- Sentralsykehuset i Rogaland

Gruppe C

Kontaktperson – Per Kristian Vareide:

Deltakende sykehus:

- Fylkessjukehuset i Molde
- Rana sykehus
- Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane
- Stokmarknes sykehus

3.4 Fokusgruppene:

Fokusgruppene er delt inn etter særskilte tema som sykehusene finner interessante, og som gjennom prosjektet viser seg å være aktuelle. De fungerer på tvers av eksisterende arbeidsgrupper og har hittil fokusert på temaene medisinsk faglig ansvar og informasjon for styring og oppfølging .

Fokusgruppe 1:

Tema: Medisinsk faglig ansvar

Se egen deltakerliste og referat (legges også ut på web)

Fokusgruppe 2:

Tema: Informasjon for styring og oppfølging

Se egen deltakerliste og referat (legges også ut på web)

Det står sykehusene fritt i å delta i flere fokusgrupper. Vi anbefaler sykehusene å prioritere deltakelse på fokusgruppemøtene, så sant de har mulighet til det.

3.5 Hvordan vi tenker rundt begrepet kultur i dette prosjektet:

Kulturaspektet belyser hvorvidt sykehusene arbeider med å utvikle nye felles oppfatninger av hva ledelse er, hva den virksomheten som skal ledes består av, og hvilke forventninger omgivelsene har til virksomheten. Her dreier det seg om individuelle og felles tenkesett, bilder, kunnskap, legitimitet og troverdighet. Det er kun noen av sykehusene som er i gang med å endre ledermodellen og som vil ha spesifikke tiltak rettet mot kulturen i avdelingene og sykehuset. Imidlertid vil både endringer av struktur og nye prosesser medføre endringer i kultur, holdninger og ”filosofi” knyttet til ledelse og lederroller i sykehus.

3.6 Prosess som et analytisk begrep

Prosessaspektet har to sider ved seg.

1. Prosess kan forstås som endringsprosess, hvor vi tar fatt i sykehusenes tenkning om hvordan endring skjer i sykehus. Dette er det samme som endringsstrategi og –modell, som er fokus for hele dette forskningsprosjektet.
2. Prosesser kan imidlertid også forstås som arbeidsprosesser, dvs. hvilke arbeidsoppgaver ledelsesprosessene består av, og hvordan disse er koblet til de andre prosessene ved en operativ enhet/avdeling. Det er den forståelsen av prosess vi her legger til grunn.

4. Metodologiske termer:

4.1 Metode for innsamling av data

Vår tilnærming er *multidisiplinær*, og legger vekt på å benytte både kvantitative og kvalitative metoder for å studere endringsstrategiene og -modellene som følges ved det enkelte sykehus (*metodetrianglering*). Dette vil gi grunnlag for å vurdere ekstern validitet, dvs i hvilken grad resultatene er gyldige uavhengig av spesielle forhold på arbeidsplassen. Grad av ekstern validitet vil være viktig for nytten av formidling og erfaringsoverføring til andre sykehus.

4.2 Referanseundersøkelse

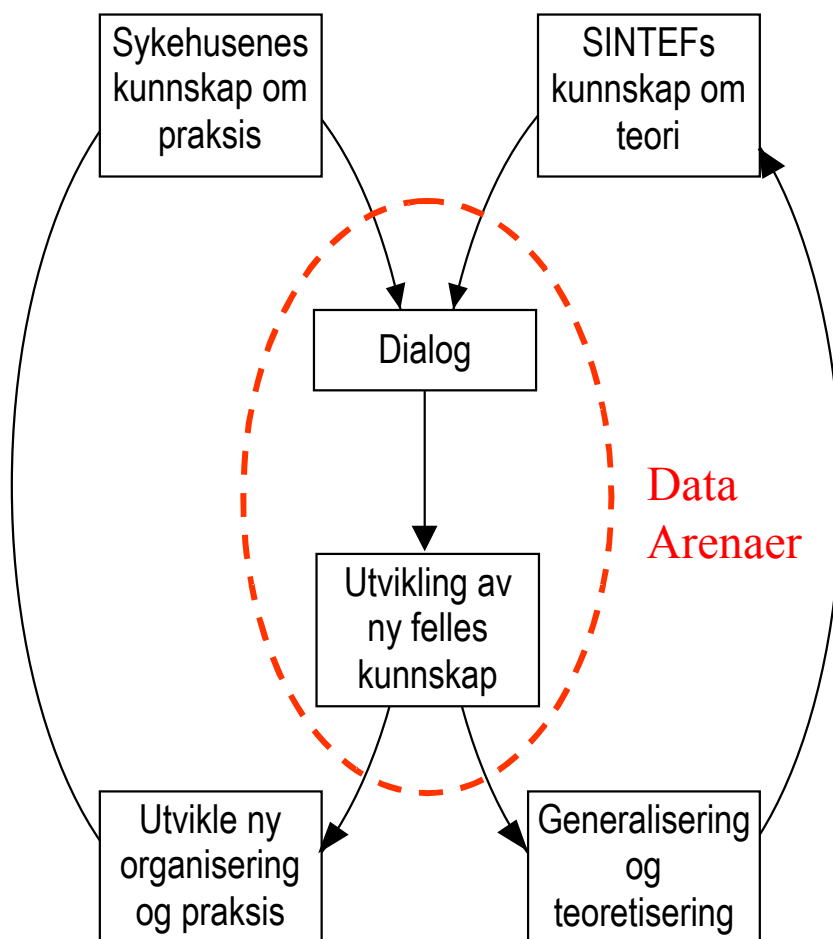
Endringsprosesser i alle organisasjoner (også sykehus), og ikke minst *effektene* av endringene, kan ta lang tid. Derfor benytter vi i dette prosjektet en spørreskjemasert undersøkelse som kan følge sykehusene over flere år, hvor vi kartlegger de organisatoriske og ledelsesmessige endringsprosessene. Det er vår ambisjon at denne undersøkelsen skal videreføres innenfor andre prosjekter i nettverket etter 2002. Dette blir supplert med skriftlige data (prosjektplaner, organisasjonskart, vedtak, strategier, osv.) fra hvert sykehus.

4.3 Produksjon av data:

- Kartlegging: Første intervjurunde + skriftlig materiale
- Grunndata (“baseline”): Survey + utnyttelse av eksisterende data
- Dokumentasjon av arbeidet i grupper og i nettverket i form av referater og presentasjoner.
- Notater: Eksempel: Styringsinformasjon: Generell kravspesifikasjon for ledere på avdelingsnivå.

4.4 Visualisering av samarbeidsprosessen mellom sykehusene og SINTEF

Forskningsmodell: Samskapt læring



5. Utdrag fra relevante og viktige juridiske bestemmelser

5.1 Stortingets beslutning av 21. november 1995:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer».

«Administrativ ledelseskompetanse må være et krav. Det må være klare ansvarlinjer, slik at den som innehar det medisinsk faglige ansvar også har nødvendig myndighet».

5.2 § 16 Organisering av virksomhet...

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

(Etter departementets vurdering bør organisatoriske forhold for øvrig overlates til arbeidsgiver/eier, eventuelt reguleres i tjenestelovgivningen.)

5.3 § 3-9 Ledelse i sykehus:

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementer kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere

5.4 Hva sier Ot.prp. 66 (2000-2001)?

- Et best mulig helsetilbud avhenger bl.a. av god organisasjon og ledelse, rasjonell arbeidsdeling og effektiv utnyttelse av kunnskap og kapital.
- Sykehusledere skal kunne utøve lederskap og ta ansvar
- Vel så meget en ansvars- og lederskapsreform
- Manøvreringsdyktig sykehusledelse... for å ivareta kunnskaps- og humankapitalen.
- En moderne og fleksibel personalpolitikk
- Derved gis sykehusledelsen bedre forutsetninger for å håndtere de problemer som knytter seg til organisering og utnyttelse av arbeidskraften.

6. Avsluttende bemerkninger

Dette dokumentet må sees i sammenheng med **dokumentet ” rolle og problemstillinger”** som tidligere er sendt til sykehusene. Her finner man mer om nettopp rollen til SINTEF, generelle betraktninger rundt problemstillinger, samt teoretiske refleksjoner om ulikheter og endringer i avdelingens’ roller og oppgaver.