

Hvordan forstå «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten», i et ledesperspektiv?
En diskursanalyse.

Anne Åshild Frantzen Herdlevær

Erfaringsbasert master i helseledelse,
kvalitetsforbedring og helseøkonomi



Universitetet i Bergen
Det medisinske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

August 2018



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi, Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel				
Hvordan forstå «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» i et ledelsesperspektiv? En diskursanalyse.				
Forfatter				
Anne Åshild Frantzen Herdlevær				
Forfatterens stilling og arbeidssted				
Seksjonsleder, Haukeland Universitetssykehus				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Inger Lise Teig		
Antall sider	Språk oppgave	Språk sammendrag	ISSN-nummer	ISBN-nummer
90	Norsk	Norsk		
Sammendrag				
Bakgrunn:				
<p>Hvordan sykehus tilpasser og organiserer seg, gitt den politiske og økonomiske ramme, danner konteksten for ledelse og administrasjon. Forskriften «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» ble utgitt 28.10.16. Forskriften erstatter internkontrollforskriften i Lov om Spesialisthelsetjenesten fra 2001, som styringsdokument for helseforetakene i Norge. Denne oppgaven er skrevet med et ønske om å utrede hvordan man i et lederperspektiv kan forstå denne forskriften.</p>				
Hensikt:				
<p>Denne oppgaven har form som en dokumentanalyse, og viser til lover og forskrifter som benyttes som statlige virkemidler for å nå helsepolitiske mål, og som styringsverktøy som regulerer Helseforetaket Helse Vest. I denne dokumentanalysen anvendes dokumenter som empiri. Dokumentene er kilder, som har til hensikt å gi informasjon nedfelt i en kontekst. Slik kan en identifisere hvilke dokumenter som representerer årsakssammenhenger, som ikke nødvendigvis er åpenbare og selvfølgelige.</p>				
<p>I en dokumentanalyse analyseres ledelsesbegrepet og diskurs ved å bruke en kritisk diskursanalyse som metode. Dette gjøres med et mål om å identifisere meninger, holdninger og verdier som kan gi kunnskap og innsikt i forskriften og « Lederplakaten Helse Vest». Analysen viser ulike diskurser i et ledelsesperspektiv, samt hvordan Helse Vest velger å operasjonalisere og tolke innholdet i forskriften.</p>				
Resultat og konklusjon:				
<p>I diskursen er søken etter sanne eller usanne argumenter ikke vektlagt. Heller er betydningen av ordenes diversitet og intertekstualitet viktig for å danne seg en oppfatning og forståelse av forskrifter om ledelse og kvalitetsforbedring, og for å forstå hvilken hensikt og hvilke formål forskriften er utformet for. Ved hjelp av diskurs og ulike modeller i metode og analyse, kan en rekonstruksjon av tekst og argumenter formodentlig hjelpe til å forstå og fortolke budskapet i styredokumentene som undersøkes. Dette er formålet og hensikten med denne oppgaven.</p>				
Nøkkelord: Forskrift, ledelse, kvalitetsforbedring, diskursanalyse, lederansvar				



Dissertation submitted for the degree of
 Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics,
 The University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation How to comprehend «Regulations on Management and Quality Improvement in Health and Care Services» in a leadership perspective. A discourse analysis.				
Author Anne Åshild Frantzen Herdlevær				
Author's position and address Section Head, Haukeland Universityhospital				
Date of approval		Supervisor Inger Lise Teig		
Number of pages 90	Language dissertation	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>Background: How hospitals adapt and organize, given the political and economic framework, forms the context of management and administration. The regulation «Regulations on Management and Quality Improvement in Health and Care Services» was published 28.10.16. It replaces the previous internal control regulations from the Law Concerning Special Health Services from 2001, as a management document for the health enterprises in Norway. This thesis is written with an aim to review how one can, with a leadership perspective, comprehend this regulation.</p> <p>Purpose: The thesis takes the form of a document analysis, and refers to laws and regulations used as government means to achieve health political aims, and as a management method that regulates the health enterprise Helse Vest. In this document analysis, texts and articles are used empirically. The documents are sources, which aim to provide information enclosed in a context. Thus, one can identify which documents represent causal relationships, something that are not necessarily obvious and evident.</p> <p>Material and method: In a document analysis, the leadership concept and discourse is analysed using a critical discourse analysis as a method. This is done to identify opinions, attitudes and values that can provide knowledge and insight into the regulations and the poster for leadership «Helse Vest». The analysis refers to different discourses in a leadership perspective, as well as how Helse Vest chooses to operationalize and interpret the content of the regulation.</p> <p>Results and conclusions: In the discourse, the search for valid or deceptive arguments is not emphasized. Instead, the meaning of the words` diversity and intertextuality is important for forming a clearer perception and understanding of management and quality improvement regulations, and the intention and purposes of the regulation. Using discourse and different models in method and analysis, a reconstruction of text and arguments can presumably help to understand and interpret the message in the governing documents investigated. This is the aim and intent of this thesis.</p>				
Key words Regulations on management, discourse analysis, leadership, context				

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1. INNLEDNING

- 1.1 Utgangspunkt for studiet
- 1.2 Annen forskning på ledelse og dokumentanalyse
- 1.3 Grunnlag for tema - presentasjon av problemstilling
 - 1.3.1 Spørsmål som danner grunnlag for problemstilling
- 1.4 Hensikt og formål
- 1.5 Avgrensning og begrepsavklaringer

KAPITTEL 2. TEORI: LEDELSE OG DISKURS

- 2.1 Bakgrunn - Helseforetakene slik de er organisert i dag
 - 2.1.1 Ressursstyring er lederansvar, del av empirisk bakgrunn
- 2.2 Styring av sykehus som organisasjon
 - 2.2.1 Organisasjonsmodeller - Teoretisk perspektiv
- 2.3 Ledelsesperspektiv - lederansvar
 - 2.3.1 Maktperspektiv
 - 2.3.2 Lederansvar
 - 2.3.3 Ansvarsbegrep i forskrift - lederplakat
- 2.4 Diskursteori
 - 2.4.1 Sosialkonstruktivisme diskursteori
 - 2.4.2 Hvordan forstå ledelse i en produksjonskontekst?
 - 2.4.3 Argumentasjon - del av logikk og rasjonalitet
 - 2.4.4 Kritisk diskursanalyse
 - 2.4.5 Fairclough sin tre-dimensjonale modell for kritisk diskursanalyse
- 2.5 Diskurstilnærming av forskrift om ledelse
 - 2.5.1 Definisjonsmakt – en del av hegemoni?

KAPITTEL 3. METODE

- 3.1 Valg av metode
- 3.2 Undersøkelsesprosessen
- 3.3 Tilgang til forskningsfelt - utvalg
- 3.4 Datanalyse
- 3.5 Metodekritikk

3.6 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

KAPITTEL 4. ANALYSE AV LOVTEKST/FORSKRIFT - LEDERPLAKAT

4.1 Sykehus som organisasjon i et historisk perspektiv

4.2 Modeller for analysen - en kort presentasjon

4.3 Kontekst: Sykehus som organisasjon

4.4 Kritisk analyse av forskriftens krav til lederansvar

4.4.1 Argumentasjon

4.5 Finnes det utfordringer eller motsetninger i forskriften?

4.6 Kan en trekke noen slutning?

KAPITTEL 5. LEDERPLAKAT

5.1 Kontekst for ledelse

5.2 Hvilken funksjon skal lederplakat ha?

5.3 Begrepet «lederansvar»

5.4 Ressursstyring en del av lederansvaret

5.5 Kan en trekke noen slutning?

5.6 Finnes det utfordringer og motsetninger i lederplakaten?

KAPITTEL 6. DISKUSJON OG KONKLUSJON AV FORSKRIFT - LEDERPLAKAT

6.1 Hvilken sammenheng finnes av forskrift og lederplakat?

6.2 Diskurs - Motsetninger mellom forskrift og lederplakat

6.3 Divergens mellom «ledelse» og «lederansvar» ?

6.3.1 Diskusjon av begrepene «lederansvar» og «ledelse»

6.3.2 Forventninger

6.4 Finnes det verdikonflikt?

6.4.1 Verdien «kvalitet»

6.4.2 Kvalitetsindikatorer

6.5 Konklusjon

KAPITTEL 1. INNLEDNING

1.1 Utgangspunkt for studiet

Befolkningen i Norge forventer i dag at det offentlige helsevesen skal kunne tilby helsetjenester av god kvalitet, og at de er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Norske sykehus er en del av spesialisthelsetjenesten, og krav til faglig forsvarlighet er sentral i alle helseforetak.

I et «historisk» perspektiv har endringer over tid vært med på å forme helsevesenet til det vi har i dag. En hurtig teknologisk utvikling har gitt økte muligheter for bedre diagnostikk og behandling. Parallelt med den teknologiske utvikling er det økt oppmerksomhet på pasientsikkerhet. Ulike tilsynsorgan er blitt opprettet med formål om å sikre befolkningen trygge helsetjenester, og at disse oppfyller krav til kvalitet og forventet standard. Økt fokus på pasient- og brukersikkerhet danner krav til kvalitet, som gjennom politiske beslutninger er iverksatt gjennom lover og forskrifter. Innføring av Spesialisthelsetjenesteloven i 1999 og Helseforetaksloven i 2001, endret organisering av sykehus til statlig eide foretak. Lederansvar ble endret etter innføring av modell med enhetlig ledelse og økt krav til mer profesjonell ledelse. Det innebar en leder på hvert organisatoriske nivå, med desentralisering av ansvar, myndighet og oppgaver. Søkelys på resultatkrav og utvikling av kvalitetsindikatorer har preget organisasjonsstrukturer og ledelse. Konsekvenser av disse endringene er at fagprofesjoner og autonomi er blitt utfordret (Berg 2016, 8-12).

Lov om Spesialisthelsetjenesten fra 1999, ikrafttredelse i 2001, krever at sykehusene organiserer virksomheten på en forsvarlig måte. Lov om pasient- og brukerrettigheter fra 2001 forsterket pasientens rettigheter. Dokumentet Meld.St.11. (2015-2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan» handler om å skape pasientens helsetjeneste. Bærende elementer er trygghet, forutsigbarhet, respekt og høflighet (Helse- og Omsorgsdepartementet 2015). Pasientperspektivet blir eksplisitt fremmet. Tilbakemeldinger fra statlige tilsyn avdekker for store variasjoner av kvalitetene på helse- og omsorgstjenester i de ulike nasjonale helseforetakene. Pasientens erfaringer som bruker av helsetjenestene danner nye føringer for ledelse og kvalitetsutvikling i den nye forskriften (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015).

Befolkningsframskrivninger viser at gjennomsnittlig levealder vil øke de neste ti til femten årene, og Meld.St.11 (2015-2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan», handler om hvordan en skal møte en fremtidig helsetjeneste som er bærekraftig, og som kan fortsette å ivareta kravet

til kvalitet av helsetjenester gitt denne befolkningsøkningen. Dette forutsetter endring av kultur, holdninger, organisering og ledelse (Helse- og Omsorgsdepartementet 2015).

Spesialisthelsetjenesten er kompetansebedrifter som er komplekse organisasjoner, og som i Norge opplever store endringer. Klarere krav til ledelse er tydeliggjort i en ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjeldende fra 1. januar 2017, utgitt av Helse- og Omsorgsdepartementet. Formålet med forskriften er *«å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedringer og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse og omsorgslovgivningen etterleves»* (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §1, 2016). Forskriften erstatter de tidligere internkontroll-forskriftene i helse- og omsorgstjenesten.

Helsemyndighetene understreker nødvendigheten av god ledelse som en forutsetning for å kunne gi gode helse- og omsorgstjenester. Denne forskriften handler om det som er kjerneoppgavene til sykehus i Norge: å bidra til faglige forsvarlige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Styringsdokumentet tydeliggjør leders ansvarsområde, nivå av kvalitet på omsorgstjenester, og retter oppmerksomhet på systematisk kvalitetsforbedring. Forskriften er utformet slik at ledere i sykehus på ulike nivå kan og bør identifisere krav til ledelse og betydningen av forskriftens innhold. Hvordan en leder skal forstå og tolke den nye forskriften, er betinget av den enkelte leders holdninger, verdier og forståelse (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 21). Hvordan utøves og tolkes lederansvaret i virksomheten, og hvordan implementeres systematisk arbeid med kvalitetsforbedring? Det står blant annet i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten», §3: *«Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette»* (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §3, 2016).

Jeg har valgt å undersøke forskriften og andre styringsdokumenter som er regulert gjennom helseforetaksloven av 2001. Loven krever at regionale helseforetak ledes og styres av administrerende direktør, som er øverste leder for min arbeidsplass i helseforetaket – Helse Vest. Mine arbeidsoppgaver som seksjonsleder er styrt og regulert gjennom statlige styringsmål, som er operasjonalisert og fortolket gjennom Helse Vests lederplakat. For å kunne utøve ledelse, er det etter min oppfatning viktig at ledere på ulike nivå kjenner lover,

forskrifter og myndighetskrav som danner grunnlag for styring av helseforetak. I dette ledelsesperspektivet er det viktig å forstå hva som utfordrer helsetjenestene, og hvilke forventninger som fremmes i oppdragsdokumentet fra lovgivende makt. Hvordan forstå formål og innhold i forskriften og Helse Vests lederplakat er den enkelte leders ansvar.

Oppgaven er en dokumentanalyse av forskriften og Helse Vests lederplakat, med et ønske om å identifisere argumentene, samt konteksten i betydning av ledelsesperspektiv.

Problemstillingen er som følger: Hvordan er forskrift og lederplakat formulert i tekst, språk og ordlyd, og hvilke verdier vektlegges? Kan argumentene gi innsikt i hvilket ledelsesperspektiv som ligger til grunn, og sammenfaller intensjonene fra statlige styredokumenter med helseforetakets funksjonsbeskrivelse av disse dokumentene? Disse spørsmålene vil belyses ved å anvende en diskursanalyse som metode på disse to sentrale tekstene - forskrift og lederplakat.

1.2 Annen forskning på ledelse og dokumentanalyse

Min oppgave er en dokumentanalyse, og jeg har valgt diskursanalyse som metode. I søken etter annen forskning på ledelse og dokumentstudier, har det vært krevende å finne artikler eller forskning som har elementer av både forskrifter, politisk budskap, ledelse og logisk argumentasjon. Jeg søkte etter *ledelse* og *dokumentanalyse*. Å forske på ledelsesbegrepet er blant annet utført av Laila Nordstrand Berg, som har skrevet en doktorgrad (ph.d.) om hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reform (Berg, 2015).

Berg har undersøkt hvordan en kan forstå reformer preget av NPM (New Public Management), og hvordan dette påvirker ledelse i sykehus. Ved å undersøke ulike teorier om begrepet «hybrid ledelse», beskriver hun institusjonelle logikker som «*sosialt konstruerte mønstre av kulturelle symboler og materielle praksiser som bidrar til at individers og organisasjoners aktiviteter oppfattes som meningsfulle*» (Berg, 2015, 8). Videre undersøker hun profesjonsteori og hvordan ledelse i sykehus påvirkes etter NPM-reformer.

Helsereformen med enhetlig ledelse og strukturelle endringer i norske sykehus har bidratt til at ledelse har endret seg. Derfor er Berg sin oppgave relevant til min problemstilling.

Metoden er en kvalitativ forskningsmetode og begrepet ledelse blir analysert. Ledelse knyttet til NPM-form er *managerialisme* med utgangspunkt i den markedsbaserte styringslogikk (Berg 2015, 31). Berg beskriver ulike former for ledelse: *managerialisme*, *leadership*, *faglig ledelse* og *hybrid ledelse*.

En annen form for dokumentanalyse finner jeg i en artikkel forfattet av Tor-Geir Myhrer (2015) ved Politihøgskolen i Oslo. Han har undersøkt betydningen av de rettslige rammer for tjenestepersoners *handleplikt*. I analysen har han trukket frem menneskelige faktorer som omhandler kvaliteten på de tjenester som personellet skal utføre (Myhrer 2015, 36). I artikkelen diskuterer han *handleplikten* politiet har til å handle for å avgrense eller begrense fare eller skade, versus *lydighetsplikten*; den plikt som er undergitt polititjenestepersonen til å følge og utføre ordrer gitt av ordremyndighet (Myhrer 2015, 39). Det er aktuelle problemstillinger som beskriver politiets samfunnsoppdrag, og kan være en parallell til det offentlige helsevesen sitt samfunnsoppdrag; *plikt-til-*, og *sørge-for-ansvaret*, å sikre helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Artikkelen viser en dokumentstudie på hvilke rettslige grunnlag som må ligge til grunn for *handleplikten*. I dette perspektivet handler politiets rolle om hvordan utøve makt og myndighet, og sikre befolkningen hjelp når det er nødvendig.

1.3 Grunnlag for tema - presentasjon av problemstilling

Hvordan skal vi opprettholde velferdsstaten Norge? Eier av norske sykehus er den norske staten. Staten regulerer helsetjenestene gjennom rettslige, økonomiske og politiske virkemidler. Forskrifter er rettslige virkemidler som peker på styring av landets helseforetak. Hvorfor er det viktig å forstå lovendringer og en ny forskrift? I et ledelsesperspektiv er det betydningsfullt å forstå hva som utfordrer helsetjenestene og hvilke forventninger som fremmes i oppdragsdokumentet fra lovgivende makt.

Spesialisthelsetjenesten er kompetansebedrifter som er komplekse organisasjoner, og helsepolitikken i Norge er styrt av tre målaspekt som preger helsepolitikken:

- Likhet, tilgjengelighet og rettferdighet
- Kvalitet og pasienttilfredshet
- Effektiv ressursutnyttelse, kapasitetsutnyttelse og utgiftskontroll

(Mossialos m.fl., 2002) referert i Grund (Grund 2006, 20)

I «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (2016), er lederansvaret tydeliggjort ved å slå fast at det er øverste leder som har et ansvar for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Helse Vests lederplakat - har som visjon å fremme helse og livskvalitet. Formålet gjenspeiler ambisjonene til helseforetaket, og fremtidige mål er utformet som en veiviser.

Helse Vest har i sin lederplakat trukket frem tre sentrale verdier:

- Respekt
- Kvalitet
- Trygghet

(Helse Vest 2010, 1-4)

1.3.1 Spørsmål som danner grunnlag for problemstilling

- Hvordan skal ledere på ulike nivå i et helseforetak forstå og tolke denne forskriften? Samsvarer «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» med «Lederplakat Helse Vest»? Finnes det motstridende krav i de ulike ledelsesdokumentene? Finnes det motsetninger, og hva utfordrer?
- Hvordan er forskriften utformet i språk og ordlyd? Finnes det krav og forventninger til leder i organisasjonen, og hvordan er de formulert? Hvilke kilder bygger dokumentene på?
- Hvilke verdier danner grunnlaget for ledelse i Helseforetak som organisasjon, og hvordan er Helse Vests ledelsesplakat utformet? Hvilke sammenhenger finnes?

Forskningsspørsmål

Hvordan forstå «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten», i et ledelsesperspektiv? En metode for å belyse dette kan være en diskursanalyse av begrepet «ledelse» og «lederansvar». Utgangspunktet for problemstillingen er et ønske om å forstå hvilken betydning forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring har. Hvordan kan en, ut fra et ledelsesperspektiv, forstå og etterleve krav i den nye forskriften? Samsvarer den nye forskriften med helseforetakets lederplakat? Hva blir ledelse i sykehusorganisasjonen, gitt de krav som stilles i dokumentene slik det framstilles i forskriften?

Er det en sammenheng mellom oppdragsdokumentet og leders ansvar for å implementere system og kvalitet i helsetjenestene som produseres? Gjennom en analyse av dokumentets innhold, kan en sammenligne dette med helseforetakenes egen lederplakat (Helse Vest). Ved å belyse de institusjonelle forhold kan en få innsikt i hvordan sykehus i helseforetaket organiseres, hvilke organisasjonsmodeller som anvendes og hvilke rammebetingelser som gjelder.

Oppgaven vil handle om ledelsesperspektivet og leders utfordringer, som kan uttrykkes slik: «Ledere må balansere mellom en organisatorisk, en faglig, en økonomisk, en politisk, en mediemessig og en pasientorientert logikk» (Grund 2006, 24).

1.4 Hensikt og formål

Valg av dokumenter er knyttet til mine daglige arbeidsoppgaver som seksjonsleder i en sykehusavdeling i et helseforetak, Helse Vest. Dokumentene danner styringsgrunnlag for alle lederoppgaver jeg utfører. Oppgaven er skrevet med et ønske om hvordan forstå «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» fra januar 2017, i et ledelsesperspektiv. Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke statlige virkemidler som blir benyttet som styringsverktøy for å nå helsepolitiske mål, og hvilke lover og forskrifter som regulerer helseforetaket, Helse Vest. Forskriften erstatter internkontrollforskriften i Spesialisthelsetjenesteloven fra 1999, som danner styringsdokument for Helseforetakene. Finnes det noen forandringer, og finnes det sammenhenger mellom Helse Vests ledelsesplakat og den nye forskriften? (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §1- §9, 2016).

I en kritisk diskursanalyse vil ledelsesbegrepet, altså krav til ledelse og ansvar for styringssystem i helse- og omsorgstjenesten, bli analysert. Innhold og ordlyd kan tolkes og forstås ulikt. Er det noen begrep og ord som er mer vektlagt og meningsdannende? Hvilke forventninger stilles det til ledere, og hvilket verdigrunnlag er fremtredende?

Jeg har valgt diskursanalyse som metode fordi jeg ønsker å undersøke betydningen av tekst og ord. Hva skaper ulike forståelser for lederansvar, som danner meninger, holdninger og verdier og som kan belyse innholdet i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten», og i «Lederplakaten Helse Vest». Å anvende kritisk diskursanalyse av lovttekster innebærer å beskrive det samfunnet som produserer og benytter disse tekstene. Det handler om å rekonstruere teksten. «*Diskursanalyse kan bidra med et blikk for de samfunnsområder der makt utøves og misbrukes gjennom språk*» (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 134).

Styringsrammer som regulerer helseforetak er lovverket, statlig finansiering, kvalitetsindikatorer og tilsynsmyndigheter. Til sammen danner dette kontekst for spesialisthelsetjenesten. Statlige føringer gir definisjonsmakt, og har sannsynligvis innflytelse

på organisasjonsmodellen innen ledelse, økonomistyring og faglige krav. Kjennskap til innholdet i Spesialisthelsetjenesteloven (1999), hvor blant annet faglig forsvarlighet er et sentralt punkt, Helsepersonelloven (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), har sannsynligvis betydning for hvordan en utøver ledelse.

I Meld.St.11 (2015-2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan», fastslås det at ledere i helsevesenet har fire typer ansvar: strategisk ansvar, driftsansvar, personalansvar og kommunikasjonsansvar (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 50). Ledelse kan best forstås i meningssammenhenger, en kontekst eller ramme som skaper muligheter (Strand 2007, 28). Kontekst betyr at *«alle meningsskapende prosesser er avhengige av den aktuelle sammenhengen hvor samhandling finner sted»* (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 27). Konteksten bidrar til å danne organisasjonsformer. Dette blir særlig relevant for helsesektoren, der sykehus som organisasjon er preget av profesjonsfag og høy kompetanse, en såkalt ekspertorganisasjon. Ledelse i slike organisasjoner har færre nivåer, og posisjonene er basert på yrkesmessig status. Profesjon og autonomi står sentralt (Strand 2007, 28).

Et sentralt spørsmål er hvordan håndtere usikkerhet, konflikter, og tvetydighet, som er dilemmaer knyttet til lederansvar (Strand 2007, 32). Dette er særlig gjeldende i sykehus, hvor en kan anta at organisasjoner har et rasjonale om å redusere usikkerhet, og søke kontroll over de oppdrag og styringsmål som de er satt til å forvalte.

Beskrives utfordringene i forskrifter og ledelsesplakater? Ledelse er ikke administrasjon. Ledelsesforsker John Kotter beskriver administrasjon som strukturelle aktiviteter knyttet til planlegging, organisering og styring. Ledelse er en forandringsorientert prosess som innebærer å utarbeide visjoner, bygge nettverk og skape relasjoner (Bolmann & Deal 2013, 385).

I en dokumentanalyse er konteksten eller produksjonsbetingelsen å gi et historisk tilbakeblikk. Politiske føringer, lovreguleringer og forskrifter har formet helsepolitikken i Norge. I en dokumentanalyse søker jeg å identifisere endringer over tid, som gjør det mulig å analysere og tolke dokumentet i et systemperspektiv. I en diskursanalyse vil språklige mekanismer, sosiale relasjoner og maktstrukturer bli gransket (Grue 2015, 11). Ny kunnskap kan gi større forståelse for og innsikt i hvordan forandringer over tid har formet sykehus til moderne helseforetak, med enhetlig ledelse og ansvar for systematisk kvalitetsforbedring. «Forskrift

om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» og «Lederplakaten Helse Vest», innebærer å undersøke hvilke lederkrav som forventes, tydelig ansvars plassering og hvilke verdigrunnlag og etablerte styringssystemer som gjelder for virksomheten.

Teoretiske innfallsvinkler er kritisk teori knyttet til en kritisk diskursanalyse. En søker etter en forskningsretning som beskriver, forklarer og kritiserer språkbruk og tilslører problematiske samfunnsforhold, ettersom språk sjelden eller aldri formidler en nøytral virkelighetsbeskrivelse. Diskursanalyse benyttes for å synliggjøre de ideologiske premissene som danner grunnlag for hvordan vi forstår virkeligheten. Videre er meninger som dannes historisk, kulturelt og politisk betinget (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 112).

«Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (2016) er et oppdragsdokument til lederen som beskriver hvordan en skal styre ressursene. Nøkkelordene er identifisert som *lederansvar*, *styringssystem*, og *systematisk styring* av virksomhetens aktiviteter. I Helse Vests lederplakat fremmer en pasientperspektiv ved å vektlegge *visjon*, *mål* og *verdier*. Nøkkelord er identifisert som *respekt*, *trygghet* og *kvalitet*. Finnes det motstridende krav i Helse Vests lederplakat? Samsvarer verdiene *respekt*, *trygghet* og *kvalitet* med leder sitt ansvar i forskriften? Hvor i lederplakaten harmonerer nøkkelordene *lederansvar*, *styringssystem*, og *systematisk styring* av virksomhetens aktiviteter? Finnes det motstridende krav til å trygge og sikre pasientene faglige og forsvarlige helsetjenester?

1.5 Avgrensning og begrepsavklaringer

Spesialisthelsetjenesten: «*Omfatter institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk, ambulansetjeneste, luftambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Tjenestene er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 1999*» (ssb.no, «Spesialisthelsetjenesten», 2018). I denne oppgaven benyttes begrepet Spesialisthelsetjenesten som sykehus etter helseforetaksmodellen. Helseforetak er statlig eide sykehus med spesialiserte oppdrag, formål og rettigheter. I oppgaven omtales helseforetak som sykehus.

Kommunale helse- og omsorgstjenester, og primærhelsetjenesten til pasienten som brukere, har stor betydning for hvordan sykehus organiseres. Nevnte instanser vil ikke bli vektlagt i diskursen, for å kunne avgrense oppgaven. Innføring av samhandlingsreformen fra 2012, strammere statlige ressuroverføringer, reduksjon av ISF-inntekter (innsatsstyrt finansiering),

omorganisering av regionale sykehusoppgaver og allokeringer av fag og kompetanse, er alle parametere med ringvirkninger som har preget organisasjonsmodellen for helseforetakene. Disse strukturelle endringer er ikke innlemmet i diskurs og kontekst for denne oppgaven.

I oppgaven er diskurs beskrevet som en del av teori og metode, da dette henger sammen og danner en kontekstramme for oppgaven. Det har derfor vært nødvendig å trekke frem et historisk perspektiv som danner grunnlag for samfunnsutvikling av helsetjenester i Norge. Stortingsmeldinger og NOU-dokumenter fra 1974-1975 er begynnelsen på hva som beskriver politiske utfordringer i dannelse av moderne samfunnsorganisasjoner slik norske sykehus er i dag. Dermed har jeg valgt å avgrense oppgaven til å begynne å analysere dokumenter fra 1974-1975 til dagens aktuelle forskrift og stortingsmeldinger.

KAPITTEL 2. TEORI OM «LEDELSE» OG «DISKURS»

Dette teorikapittelet vil inneholde et delkapittel om bakgrunnen for hvordan helseforetakene er organisert i dag, et delkapittel om ledelsesteorier, og til slutt et delkapittel om diskurser. Kritisk teori skal være et bidrag til å «*forklare og se kunnskap som vitenskapelig fundert kunnskap, som et resultat av historiske og institusjonelle prosesser*», det vil si kunnskapens produksjonsbetingelser (Grue 2015, 13). Grue (2015) beskriver teori som visuell metafor, som bidrar til å gjøre noe synlig - slik oppnår vi innsikt (Grue 2015, 9). Men i den litterære metaforen ligger også begrensninger i form av utvelgelsesprinsipper og fortolkningsnøkler (Grue 2015,10).

2.1 Bakgrunn - helseforetakene slik de er organisert i dag

Utviklingen av velferdsstaten Norge, innføring av helseforetaksreformen i 2002, og ulike nasjonale dokumenter er empiriske materialer som danner kontekst for teorikapittelet. Det offentlige helsevesen er en del av velferdsstaten og sosialdemokratiet Norge. Ved innføring av helseforetaksreformen i 2002, ble det skapt nye former for dynamikk (Grund 2006, 34). Reformen dannet rammer for statlig styring av spesialisthelsetjenesten. Intensjonen med helseforetaksmodellen var basert på to hovedelementer:

- Staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene
- Virksomhetene ble organisert i foretak (NOU 2016: 25, 9)

Endring i organisering av helseforetakene, fra fylkeskommunale sykehus til statlige helseforetak, førte til myndiggjøring - staten fikk et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten, med myndighetsansvar, finansieringsansvar og eierskap. Gjennom den konstitusjonelle eierstyringen skapes en rolledeling, og den nasjonale politiske styringen strykes blant annet gjennom funksjonsfordeling. Den enkelte virksomhet får større ansvar og frihet, gitt de strukturelle rammer. Helseforetaksmodellen innebærer at de regionale helseforetakene er egne rettssubjekter, som danner rammer for politiske føringer og styringskrav som kommuniseres (NOU 2016: 25, 9).

Kontekst for å styre helseforetak er regulert gjennom lovverket, i kombinasjon med målstyring, et «bestiller»/oppdragsdokument, statlig finansiering, kvalitetsindikatorer og tilsynsmyndighet (Berg 2005, 97). I NOU 2003:1, «Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten», blir det påpekt at rammebetingelsene er i endring. Dokumentet

beskriver viktige kjennetegn ved helseforetak slik:

- Helseforetak har det fulle ansvar for egen drift og egen økonomi, herunder både driftsutgifter og kapitalutgifter.
- Helseforetak er egne rettssubjekt med egen handlingsevne, rettslig og økonomisk, med arbeidsgiveransvar for sine ansatte.
- Foretaksmøtet er øverste myndighet for helseforetaket. Styret oppnevnes i foretaksmøtet.
- Helseforetaket kan ikke gå konkurs. (NOU 2003:1, 39).

Helseforetaksreformen i 2002 bidro til at lederansvar ble endret. Ledere i helseforetak skulle gis autoritet og klarere roller, og ansvar skulle gjøre dem i stand til å utføre samfunnsoppdraget fra de nasjonale helsemyndighetene (NOU 2016: 25, 9).

Rammebetingelsene for spesialisthelsetjenesten ble endret, blant annet ved innføring av styringsmodellen «New Public Management», hvor målet var å modernisere og effektivisere offentlig sektor. En idé om mer markedsrettet styring av offentlig sektor, skulle gi bedre ressursutnyttelse (Grund 2006, 79). NPM-filosofien var i tråd med sykehusenes overgang til mål- og resultatstyring. Fokus på resultatkrav og utvikling av kvalitetsindikatorer, og klare definerte krav i organisering og ledelse, preget organisasjonsstrukturen. Ved innføring av enhetlig ledelse ble det stilt krav til mer profesjonell ledelse; det skulle være en leder på hvert organisatoriske nivå, med desentralisering av ansvar, myndighet og oppgaver. En konsekvens av endringen er at autonomi og fagprofesjoner er blitt utfordret (Grund 2006, 171). Dette var i tråd med tankene i NPM.

Styring av sykehus og myndighetskravet er regulert gjennom blant annet:

- Lov om Spesialisthelsetjenesten fra 1999, som krever at sykehusene organiserer virksomheten på en forsvarlig måte.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter fra 2001, som forsterket pasientens rettigheter.
- Lov om statlige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten fra 1984.
- Lov om helsepersonell m.v. fra 1999.

(Helsedirektoratet 2005, 10)

I tillegg er Lov om helseforetak (2001) sentral ved at den bidrar til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i Spesialisthelsetjenesteloven §1-1, og Pasient-og brukerrettighetsloven §1-1 (Helseforetaksloven, §1-§5, 2001).

Pasientperspektivet er gradvis blitt endret. Tradisjonelt hadde legene autoritet til å fastsette pasientbehandlingen. Rettsforholdet mellom samfunnet, leger og pasienter ble gradvis endret ved innføring av nye lover, som Sykehusloven i 1969 og Legeloven i 1980. Lov om pasientens rettigheter kom i 1999 og Helsepersonelloven i 1999, begge svekket den paternalistiske tradisjonen (Bahus, 2016).

Tilbakemeldinger fra helsetilsyn, pasientsikkerhetsprogram og kvalitetsindikatorer avdekker store variasjoner i hvordan pasienter opplever kvalitet av helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I Meld.St.11 (2015-2016) vektlegges pasientens erfaringer som bruker av helsetjenestene. Endret pasientperspektiv danner nye føringer for ledelse og kvalitetsutvikling i den nye forskriften «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 49). Endret pasientperspektiv kan danne kontekst for ledelse og styring av sykehus. Det er tre faktorer som regulerer helsepolitikk i Norge, «*de institusjonelle, de økonomiske og de kultur- og verdiorienterte*» (Grund 2006, 28).

«Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (2016) er et av dokumentene som inngår i min diskursanalyse, og det er derfor nødvendig å redegjøre hva en forskrift er. En forskrift kan beskrives slik: «*et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til et ubestemt antall eller en ubestemt krets av personer, jf. Forvaltningsloven § 2*». En forskrift er altså en rettslig bindende regulering som må ha hjemmel i lov. Å overtre forskrifter kan være straffbart (*jusleksikon.no*, s.v. «Forskrift», lest 31.05.18). «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» §1-§9 (2016) har hjemmel i Helsetilsynsloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Helse- og omsorgstjenesteloven og Tannhelsetjenesteloven.

«Lederplakat Helse Vest» er formulert som et strategidokument for helseregionen, og beskriver visjon og mål. Lederplakaten beskriver Helse Vests *Visjon, verdier og mål* som danner grunnlag for lederansvar. Likeså defineres *lederatferd*, og hvordan leder kan finne

støtte i virksomheten. Hvordan styre virksomheten, er operasjonalisert i lederplakaten (Helse-Vest 2010, 1-4).

2.1.1 Ressursstyring er lederansvar, del av empirisk bakgrunn

I Meld.St.11 (2015-2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan» påpekes lederansvaret i helsevesenet, som innledningsvis blir nevnt som strategisk ansvar, driftsansvar, personalansvar og kommunikasjonsansvar (Helse-og omsorgsdepartementet 2015, 50).

I forståelse av lederperspektiv er driftsansvar knyttet til ressursstyring, som er en viktig del av lederansvar. Norske sykehus er offentlige virksomheter og statseide virksomheter, og trolig er styringsdynamikk i disse ulik fra privateide virksomheter. En kan anta at nasjonale styringsdokumenter forsterker krav til ledelse og til kostnadskontroll. I dette ledelsesperspektivet velger jeg å trekke frem personalansvar og drift, som er forbundet med høye kostnader (Helsedirektoratet, 2016, 10). I et ledelsesperspektiv hvor drift og personalansvar er gitt, innebærer *sørge-for-ansvar* styring av ressurser innen gitte rammer. Dette er et lederansvar. Ressurser i denne konteksten er den kompetansen de ansatte besitter. Innen sykehusorganisasjonen er medarbeiderens faglige kompetanse, såkalt «human capital», kanskje det viktigste styringsverktøy lederne har.

I et pasientperspektiv vil helsepersonellens kompetanse være verdifullt for pasientene. Pasientene skal bli møtt med respekt, og være trygge på at helsetjenesten de mottar er trygg. I takt med kravet til økte pasient- og brukerrettigheter, øker kravet til organisasjonsendringer. Det vil sannsynligvis bli et spørsmål om hvordan spesialisthelsetjenesten vil klare dette taktskiftet når det samtidig stilles økte krav til kvalitet og effektiv ressursutnyttelse av offentlige midler.

Denne formen for argumentasjon finner vi i Meld.St.29 (2012-2013), «Morgendagens Omsorg». Denne påpeker blant annet: «*Å ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på en nye måte og å utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi og endringer av organisatoriske og fysiske rammer*» (Helse-og omsorgsdepartementet, 2013). Å styre ressurser innenfor gitte rammer er et lederansvar, som argumenteres for i «Nasjonal helse- og sykehusplan» (2016-2019) (Helse-og omsorgsdepartementet 2015).

Etter innføring av Helseforetaksreformen i 2002 er det utredet flere økonomiske modeller og rapporter om hvordan en best skal møte de økende utgifter til helsetjenester. I et historisk

perspektiv danner dette en kontekstforståelse. I NOU-rapporten fra 2003, «Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten», fremmes finansielle utfordringer som beskrevet innledningsvis i beskrivelsen av endrede rammebetingelser. Ny medisinsk viten og en hurtig teknologiske utvikling skaper nye behandlingsmuligheter, som er kostnadskrevenne. Argumentene støtter seg til internasjonale studier, som viser hvordan økte utgifter i det amerikanske helsevesen knyttet til medisinsk teknologi, er langt høyere enn kostnader knyttet til endringer i demografi og folks inntekter (Newhouse 1992, Cutler and McClellan 2001) (NOU 2003: 1, 25). Samtidig viser rapporten at færre pasienter legges inn i sykehus, og flere behandles som dagpasienter. Spesielt er dette tilfelle innenfor kirurgi, hvor ny teknologi gir mulighet for kikkhullskirurgi, som igjen medfører færre komplikasjoner ved inngrep og behandling enn det som var tilfelle tidligere (NOU 2003: 1, 26).

I NOU-rapporten NOU 2008: 2 utredes fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. Dokumentet beskriver de forventninger og ansvar som er knyttet til økt kvalitet i produksjon av helsetjenester, og hvilken kostnad/nytte-analyse en kan anvende i ressursbruk (NOU 2008: 2 - Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak). Finansieringsmodellen som anvendes er inntekter, basert hovedsakelig fra en basisbevilgning (ramme) som er uavhengig av aktivitet, og en innsatsstyrt finansiering (ISF) som er styrt etter aktivitet (NOU 2008: 2, 21).

Helseforetak er statlig finansiert gjennom rammetilskudd, innsatsstyrt finansiering (ISF) som ble innført i 1997, og refusjonsordninger (NOU 2003:1, 41). Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 skulle forbedre samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og forhindre unødvendige innleggelse i sykehus. Det var følgelig et kostnadsbesparende incentiv for spesialisthelsetjenesten. Samtidig økte graden av rammefinansiering, noe som reduserte den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) av regionale helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, 33). Disse politiske dokumentene bidrar til å beskrive hvordan ledelsesperspektivet og lederansvaret er tydeliggjort. Slik er disse med på å danne en kontekstforståelse og produksjonsbetingelse for hvordan en skal forstå den nye forskriften, «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (2016).

2.2 Styring av sykehus som organisasjon

Norske sykehus er komplekse kunnskapsorganisasjoner med profesjoner/fagekspertter med autonomi over egen yrkesutøvelse. Ekspertorganisasjoner har teknologi og fagprofesjoner som sentrale variabler. Helsetjenester er en del av velferdsstaten Norge, og ledere i sykehus er satt til å forvalte ressursene, gitt premisser av statlig styring og økonomiske rammer (Grund 2006, 115).

Krav til organisering er regulert i Helseforetaksloven (2001), Spesialisthelsetjenesteloven (1999) og Helsepersonelloven (1999). Meld.St.11 (2015-2016), «Kvalitet og pasientsikkerhet 2015» danner grunnlag for utvikling av tjenesten. Dokumentet beskriver krav til ledelse slik: *«En fremtidsrettet spesialisthelsetjeneste stiller nye krav til ledelse. Pasientens helsetjeneste fordrer ledere som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjeneste, og som har stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, 34).

I sykehusorganisasjoner kan en strukturell ramme være et instrumentelt ledelsesperspektiv på hvordan sykehus kan organiseres. Bolmann & Deal (2013) beskriver at grunnantagelsene om struktur blant annet er at organisasjonen eksisterer for å nå fastsatte mål, og at den øker sin effektivitet gjennom spesialisering og hensiktsmessig arbeidsdeling (Bolmann & Deal 2013, 71). I et instrumentelt ledelsesperspektiv er sykehusorganisasjoner og ledelse redskaper til å realisere helsepolitiske mål. Organisasjonsprosesser kan fortolkes i ulike rammer.

Lederutfordringer i den strukturelle rammen er formet gitt oppgaver, teknologi og omgivelser (Bolmann og Deal, 2013, 43). Dette samsvarer med oppdragsdokumentet fra staten.

Helsedepartementet utformer politiske mål og forvaltningsmessige oppgaver, samt styringsmål for helseforetakene. En negativ dynamikk kan oppstå mellom staten som har definisjonsmakt, og helseforetak som forvalter tjenestene de har fått i oppdrag å utøve. En ubalanse mellom mål og virkemidler kan fremme meninger og danne kunnskap, regler, normer og verdier som former organisasjonenes identitet og kultur (Grund 2006, 12).

Staten, som eier av helseforetakene, regulerer sykehusene gjennom lover og forskrifter, der målet er å gjøre sykehuset i stand til å løse sine samfunnsoppdrag. Krav til organisering av virksomheten er regulert i Lov om helsepersonell § 16, 1999: *«Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter»* (Helsepersonelloven, §16, 1999). Ansvarsplassering er gitt i lov om

spesialisthelsetjenesten §2-1, 1999: «*Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste*» (Spesialisthelsetjenesteloven, §2-1, 1999).

Sykehusets samfunnsoppdrag (plikter) er regulert gjennom Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8, 1999. Sykehusenes oppgaver er som følger :

«*Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:*

1. *pasientbehandling*
2. *utdanning av helsepersonell*
3. *forskning, og*
4. *opplæring av pasienter og pårørende* » (Spesialisthelsetjenesteloven, §3-8, 1999)

Krav til faglig forsvarlighet blir omtalt i Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten §3, 1984: «*Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll. Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere internkontrollsystemer og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter*» (Helsetilsynsloven, §3, 1984).

Videre omtales plikt til forsvarlighet i Lov om spesialisthelsetjenesten, § 2-2, 1999: «*Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud*» (Spesialisthelsetjenesteloven, §2-2, 1999).

Gjennom det årlig statsbudsjettet gir Helse- og omsorgsdepartementet et oppdragsdokument til de regionale helseforetakene, som inneholder krav til oppgaver som skal utføres.

Helseforetakene er regulert og definert gjennom lov om helseforetak §1, 2001:

«*Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1, ved*

1. *at det opprettes regionale helseforetak som etter eiers retningslinjer skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten og legge til rette for forskning og undervisning,*
2. *at det legges til rette for at de regionale helseforetakene skal organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak*» (Helseforetaksloven §1, 2001)

Videre i Helseforetaksloven §1, 2001 er de overordnede formål formulert slik:

«å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning» (Helseforetaksloven, §1-1, 2001).

Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene viser ansvars plassering. Ansvar er å sørge for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenesten, regulert gjennom lover og forskrifter. Hovedsakelig deles det i tre overordnede styringsmål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttning
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

(regjeringen.no, «Oppdragsdokumentet 2018 Helse Vest», 2018).

2.2.1 Organisasjonsmodeller – Teoretisk perspektiv

Moderne organisasjonsstruktur har utspring i Fredrik W. Taylors teori om Scientific management og Max Weber sin strukturteori om organisasjon. Utgangspunktet for utøvelse av offentlig ledelse har vært preget av en hierarkisk linje (Weber 1921) referert i Grund (2006) og som kan beskrives som et byråkrati av regler, prosedyrer, dokumentasjon og overvåking. En byråkratisk kontroll er avhengig at det finnes et autoritetshierarki (Grund 2006, 55).

Rasjonalet for ledelse i offentlige sektorer blir gjerne delt i tre komponenter: den *politiske* ledelsen, den *administrative* ledelsen og den *faglige* ledelsen (Grund 2006, 55). De byråkratiske elementene i en organisasjon påpeker ansvar for å skape målsetting (Grund 2006, 56). Ulike perspektiv på organisasjon og ledelse kan sammenfalle med organisering av sykehus. Organisasjonen har gjerne klare mål, definerte roller og spesialisert arbeidsdeling. Virksomheten har fokus på bestilling eller oppdrag fra staten til å øke effektivitet og yteevne. Koordinering av dette er styrt fra ledelsen, som skal sikre at enkeltpersoner og ulike enheter fungerer sammen. Systemene er lukkede og rasjonelle (Bolmann & Deal 2013, 71).

Mintzberg sitt organisasjonsperspektiv betegner sykehus som *profesjonelle organisasjoner* dominert av profesjonelle yrkesgrupper. Ledelsesperspektivet er knyttet til fag og ekspert-funksjoner (Grund 2006, 18). Mintzbergs teoretiske modell for struktur i en organisasjon er

delt i fem sektorer (Bolmann & Deal 2013, 103): *Den Operative Kjerne* er menneskene som produserer varen (her leger og sykepleiere), og det er disse som er grunnpilaren. *Den administrative* komponenten består av mellomledere (her seksjonsledere) som koordinerer og er gitt en kontrollfunksjon, og øverst er *det strategiske toppunkt*, øverste leder (her administrerende direktør), som utøvende administrator og beslutningstaker. Videre er det *en teknostab* og *en støttestab*, med oppgaver som henholdsvis kvalitetskontroll og stabsfunksjoner (eks. sekretærer og service/renhold) som gjør at organisasjonen lettere kan være funksjonell og brukervennlig (Bolmann & Deal 2013, 104).

Hvordan en skal forstå organisasjoner i et lederperspektiv har betydning for hvilke rammer og muligheter leder gis, altså leders handlingsrom. Strand (2007) beskriver to hovedsyn for hvordan oppfatte organisasjoner. Organisasjoner kan være objektivt målbare fenomener med rasjonelle egenskaper, hvor mål og struktur er vektlagt. En annen innfallsvinkel er organisasjoner som subjektive sosialkonstruksjoner, organismer som tilpasser seg et miljø. Fokus er overlevelse og tilpasset til historie (Strand 2007, 246).

Forskjellige perspektiv på organisasjon bidrar til å danne ulike forståelser eller oppfatninger på hva som danner kontekst for ledelse, og hvilken rolle eller betydning det har som danner en sosial praksis, slik Faircloughs sin tredimensjonale modell, beskrives i neste avsnitt. Dannelse av kontekst eller *produksjonbetingelser*, kan anvendes i analyse av «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» og lederplakat «Helse Vest».

Sykehus som organisasjon er gitt et statlig oppdrag om å produsere helsetjenester til befolkningen. For at sykehus som organisasjon skal klare å imøtekomme kravene, må nødvendigvis organisasjonen sette seg mål om hvordan levere helsetjenester etter krav i forskriften. I lederplakaten beskrives ulike lederfunksjoner for å oppfylle disse målene. Organisasjonen må vise krav til resultat. I denne forståelsen er det rimelig å anta at organisasjonen som produserer helsetjenester, fremmer mål for å nå sine resultat (Strand 2007, 436).

Hvordan en leder skal kunne utøve ledelse, og oppfylle krav til *produsent* er blant annet beskrevet i lederplakaten i visjon, verdier og mål. Lederansvar er operasjonalisert. I søken etter hvordan forstå verdier som ivaretar lederansvar og *produsentfunksjonen* er følgende verdier som fremmer måloppnåelse beskrevet :

- resultatorientering – virkning
- retning
- kvalitetsstandard
- produktivitet
- planlegging

(Strand 2007, 437).

I denne forståelsen, eller konteksten for verdier som fremmer måloppnåelse, kan en vurdere intensjonen bak lederplakaten. Hvilke mål eller ambisjoner skal oppfylles? Er det utvetydige mål som ikke samsvarer med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring?

Motstridene mål kan avdekkes ved hjelp diskursanalyse, og dermed kan vi avdekke argumenter som påpeker aktuelle problemstillinger. Mål i en organisasjon er ikke noe en organisasjon besitter, den kan konstrueres, påvirkes og skiftes (Strand 2007, 438). Slik kan en knytte dette perspektivet til ledelse og lederansvar, ettersom ledere har mulighet til å påvirke mål og resultater i en organisasjon; leder har funksjonell makt.

2.3 Ledelsesperspektiv - Lederansvar

Ulike perspektiv på organisasjoner kan hovedsakelig deles i fire ulike organisasjonstyper. De beskrives som byråkrati, ekspertorganisasjonen, entreprenørorganisasjonen og gruppeorganisasjonen. Sykehus har gjerne en tilnærming til ekspertorganisasjon, en flatere nivåinndeling der posisjonene i organisasjonen er profesjonsdominert (Strand 2007, 28).

I Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 (1999) er det betydelige føringer for hvordan sykehus skal organiseres og ledes, og kompetanse og utdanning er vektlagt. Ledelse i sykehus beskrives slik: «*Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere*» (Spesialisthelsetjenesteloven, §3-9, 1999).

Krav til ledere i spesialisthelsetjenesten er endret etter innføring av enhetlig ledelse. Den enkelte leder har fått mer ansvar og må balansere mellom lovverket, økonomiansvar og krav til faglig forsvarlighet. Hva innebærer lederansvaret og hvilke forventninger er det til ledere? Samsvarer forskriften om faglig forsvarlighet og kvalitetsforbedring med lederplakaten til

Helse Vest? Kan ledelse innebære et balanseforhold mellom økonomiske og verdiorienterte virkemidler (Grund 2006, 29)? Modeller med enhetlig ledelse har utfordret den tradisjonelle ekspert- og profesjonsledelse, og en nye ledelsesstrukturer vinner frem. I dag ser vi en såkalt hybridledelse, en ledelsesmodell med både et medisinskfaglig og et økonomisk administrativt perspektiv. Denne ledelsesformen endrer perspektiv på ledelse, der fag og økonomi blir vektlagt mer enn tidligere (Berg 2016, 12).

Pasientens helse- og brukerrettigheter fremmes blant annet i den nye forskriften og sykehus må organisere seg mer rundt pasientprosesser (Grund 2006, 196). I NOU 1997:2 rapporten *Pasienten først!*, er dette tydelig eksemplifisert. Endringer i rammebetingelser krever endring i lederoppgaver og ansvar (NOU.1997:2, 3).

De regionale helseforetak har det operative styringsansvar for spesialisthelsetjenesten i sin region (Grund 2006, 215). I «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene», som er regulert i Spesialisthelsetjenesteloven, §2-1a tredje ledd, fremkommer ansvaret for styringssystem. Ordformuleringer er *sørge-for-ansvar*, hvor ledere på ulike nivå i sykehusorganisasjonen bør forstå hva dette begrepet innebærer (Grund 2006, 215).

2.3.1 Maktperspektiv

Ledelse utøves i organisasjoner. Skal ledere kunne fylle sine funksjoner, påvirke resultater og mål, må en leder ha funksjonell makt til å utføre oppgaver og ta beslutninger. Ledere har innflytelse - makt og mulighet for å påvirke. Max Weber omtaler maktperspektivet eller begrepet makt ut ifra makt og autoriteter. Ulike maktformer i organisasjoner kan være legitim makt/posisjonsmakt, belønningsmakt, ekspertmakt, tvangsmakt og referansemakt (Strand 2007, 405). Leder kan påvirke prioriteringer gitt de økonomiske og juridiske rammer som utgjør handlingsrommet (Strand 2007, 408).

Skal leder kunne utøve sine oppgaver i en organisasjon vil sannsynligvis elementer av makt, autoritet og tillit være til stede. I dette ledelsesperspektivet defineres leders handlingsrom for å kunne utøve sine oppgaver som leder. Skal makt være legitimt må det foreligge en autoritet som gir rett til å prøve å forandre eller lede andre (Grund 2006, 161). Leder har legitim makt i kraft av den rollen han/hun har som leder. I et ledelsesperspektiv er makt og tillit avhengig av hverandre. Begrepet makt kan bli synlig i en diskursanalyse. Ved å synliggjøre språklige

fremstillinger av virkeligheten, kan ulike meninger og sosiale relasjoner dannes (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 130).

I den kritiske teorien som anvendes i analysedelen, har kritisk teori det formålet å synliggjøre maktens virkemåter og virkeområder. Maktrelasjoner avdekker relasjoner i institusjoner og bidrar til mer innsikt. Slik kan vi si at makten er produktiv, slik Michel Foucault beskriver makt som produktiv (Grue 2015, 43). Foucault hevder at makt og viten er knyttet sammen, den forutsetter gjensidighet, og skaper vår sosiale omverden. Slik hevder han at makt er både produktiv og begrensende (Jørgensen og Phillips 1999, 23).

Den produktive maktforståelsen er relasjonell og vektlegger rammebetingelser og mellommenneskelige forhold. Kritisk teori kan bidra til å avdekke maktrelasjoner som ikke er åpenbare og tydelige. Slik kan en avdekke ulike meninger og oppfatninger som i utgangspunktet er maktbærende (Grue 2015, 47).

2.3.2 Lederansvar

Hvordan definere begrepet ansvar? En definisjon kan være: «*Forpliktelse til å stå til rette, gjøre rede, bære utgiftene for noe*». En skiller mellom juridisk og moralsk ansvar. Juridisk ansvar innebærer «*å bære følgene av skadegjørende handlinger eller unnlatelse, særlig i form av straff eller erstatningsplikt. Dette kalles også ansvarlighet. Det er mulig å kontrahere vekk ansvar. Det kalles da ansvarsfraskrivelse*» (Store norske leksikon, s.v. «*Ansvar*», lest 15.04.18).

I Meld.St.11 (2016-2019) omtales lederansvar slik: «*å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet mot å ivareta de styringskrav som er stilt, innenfor de økonomiske rammer som er gitt. Det er avgjørende at leder på alle nivåer fra administrerende direktør til førstelinjeleder, tar dette ansvar*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 50).

Videre er det formelle grunnlaget for lederansvar i sykehus beskrevet i I-2/2013 «*Lederansvar i sykehus*». Rundskrivet tydeliggjør ansvaret som hviler på leder på alle nivå. Dette ansvaret innebærer: «*å sikre god pasientbehandling, et ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 1).

Lederansvar innebærer også en arbeidsgiverrolle, og i rundskrivet beskrives de rettigheter og plikter som følger med. En av disse rettighetene er styringsrett, som blant annet «*gir vedkommende rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet, og arbeidstaker har lojalitetsplikt overfor sin arbeidsgiver*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 2).

I forskriften omtales *den som har det overordnede ansvaret*, dette utdypes i rundskrivet slik: «*sykehusets øverste leder, menes den lederen som er øverst i linjeledelsen i virksomheten. I de offentlige sykehusene vil dette være daglig leder i helseforetaket*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 2).

Rundskriv om lederansvar påpeker også internkontroll som virkemiddel for å sikre forsvarlig virksomhet. Det er lederansvar «*å etablere systemer for å sikre prioriteringer av pasientene i samsvar med forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og brukerrettighetsloven §2-1 og prioriteringsforskriften*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 4).

2.3.3 Ansvarsbegrep i forskrift – lederplakat

I St. Meld. 10 (2012-13) omhandles kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. I dokumentet defineres kvalitetsforbedring, og ansvaret hviler på ledere på alle nivå. Det påpekes at virksomhetene selv er ansvarlig for å opprette systemer for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Pasientsikkerhet betyr å tilstrebe minimal skadevirkning. Pasientsikkerhet er relatert til kvalitet i helsetjenester (Aase 2010, 26).

Forsvarlighet omtales i Helsepersonelloven § 4, og er en rettslig standard. Begrepet *Forsvarlighet* omtales slik: «*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*» (Helsepersonelloven, §4, 1999). I NOU 2015:11, omtales krav til forsvarlighet slik: «*Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjente fagkunnskaper, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer*». Forsvarlighetskravet er et dynamisk begrep og kan endre seg i takt med samfunnets verdier og normer (NOU 2015:11, 73).

Meld.St.11 (2015-2016), «Nasjonal helse- og sykehusplan» er et politisk dokument som danner føring for hvordan statlige helsemyndigheter ønsker helsetjenesten skal forvaltes. Et

sentralt budskap er: «*vi skal skape pasientens helsetjeneste*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Pasientperspektivet er endret og forsterker pasient- og brukermedvirkning på systemnivå, gjennom opprettelse av brukerutvalg. Brukermedvirkning er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Dette er for å sikre pasienter og pårørendes sin stemme.

Videre påpeker meldingen at verdier må være grunnmur i alt arbeid. Verdier som ønskes av brukerutvalg er: åpenhet, ydmykhet, medbestemmelse og kjærlighet, det vil si medmenneskelighet. Hovedmål er å styrke pasienten innflytelse og søke pasientens erfaringer. Slik kan brukererfaring danne kunnskap. Kunnskap knyttes til fag og forskning, for å oppnå best mulig kvalitet i helsetjenestene (Meld.St.11 (2016-19)). Målet til nasjonale helsemyndigheter er at pasientopplevd kvalitet må telle sammen med medisinsk kvalitet. For å nå denne målsettingen, kreves arbeid med kvalitetsmål, noe lederplakaten i Helse Vest fremmer (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

I Meld. St.11 (2015-16) peker kvalitetsforbedring på pasientsikkerhetsarbeid. Lederansvar er å stimulere til en kultur hvor meldinger om uønskede hendelser blir brukt til å forbedre virksomheten og til læring. Lederansvar er å bruke informasjon om kvaliteten på arbeidet som grunnlag for å iverksette tiltak der det er behov for forbedringer. Ulike tilbakemeldinger fra tilsynsmyndigheter og gjennom meldeordninger og nasjonale kvalitetsindikatorer, viser for stor variasjon på kvaliteten av helsetjenester. Dette er et lederansvar. I dette ansvaret ligger det en forventning om at leder skal være kvalitetsorienterte, som etterspør og bruker resultater (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

2.4. Diskursteori

Diskursanalyse danner utgangspunkt for min undersøkelse av dokumenter. Ved å benytte diskursanalytiske metoder kan man undersøke hvilke tilnærminger som anvendes for hvordan meninger skapes eller konstrueres i ulike sammenhenger (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 13).

2.4.1 Sosialkonstruktivisme - diskursteori

Sosialkonstruktivismen er en vitenskapsteori, som blant annet kan danne grunnlag for metode innen diskursanalyse – det er et vitenskapsteoretisk utgangspunkt for å forstå forholdet mellom språk, virkelighet og sannhet (Veum, Hitching og Nilsen 20011, 31). Gjennom språket kan en avdekke hvordan sosiale virkeligheter konstrueres. Teori om diskurs tar

utgangspunkt i et sosialkonstruktivistisk syn, som har til hensikt å observere og beskrive fenomen som ikke er umiddelbart tilgjengelig. Formålet blir å undersøke sammenheng mellom språk og sosial praksis (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 32).

Filosofen Michel Foucault utviklet teori og begreper innen diskursanalyse ved empiriske undersøkelser, og benyttet diskursanalyser fra sosiologien for å forstå hva som har formet for eksempel helseinstitusjoner. Hans syn fulgte sosialkonstruktivisme-premiss, hvor viten ikke bare er en avspeiling av virkeligheten, men en diskursiv konstruksjon av ulik viten og sannheter, gitt et bestemt domene. Diskursen er således regelbundet og danner grenser for hva som danner mening (Jørgensen og Phillips 1999, 22). Foucault har et konstruktivistisk syn, hvor diskurser konstituerer og konstruerer samfunnet (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 23).

Foucault har videre utviklet en teori om makt og viten. Han viser at makt er spredt over forskjellige sosiale praksiser, og argumenterer for at makt kan sees på som produktiv. Makt konstituerer diskursen og viten, og skaper betingelser for sosial praksis. I perspektivet av makt og viten hevder Foucault at sannhet skapes innen diskursen, og diskursen etablerer virkeligheter som sanne eller falske (Jørgensen og Phillips 1999, 23-24). Foucault peker på hvordan makt aksepteres og framtrer som autoritativ i moderne institusjoner (Strand 2007, 404).

2.4.2 Hvordan forstå ledelse i en produksjonskontekst?

I diskursanalyse henger teori og metode sammen, de grunnleggende filosofiske premisser er ontologiske, det vil si ulike oppfatninger av virkelighetsforståelse, og epistemologiske, det vil si læren om kunnskap og hvordan kunnskap fremskapes (Grue 2015, 40). De danner premisser for språkets rolle i den sosiale konstruksjon av verden (Jørgensen og Phillips 1999, 12). Grunnlag for diskurs som teori og metode har flere mulige utgangspunkt, men i denne oppgaven trekkes sosialkonstruktivisme frem som et grunnlag for teori og metode.

To politiske teoretikere som har utviklet diskursteori er Ernesto Laclau og Chantal Mouffe. Deres teori viser at diskursteorien søker en forståelse for at sosiale fenomener kan analyseres, og inngå i en diskursiv konstruksjon (Jørgensen og Phillips 1999, 34). Utgangspunkt i diskurser konstruerer den sosiale verden. Diskursen etableres ved å identifisere noen nodalpunkter, hvor andre tegn har betydning eller relasjon til nodalpunktene (nøkkelordene) (Jørgensen og Phillips 1999, 37). Slik kan en hevde at diskursen etableres som en totalitet og

utelukker andre mulige betydninger, en reduksjon av muligheter. Laclau og Mouffe kaller dette for *det diskursive felt*. Diskursen utelukker muligheter i den hensikt å skape entydighet (Jørgensen og Phillips 1999, 37). I det sosialkonstruktivistiske perspektiv kan en hevde at diskurser konstituerer seg i forhold til det den utelukker, altså det diskursive felt (Jørgensen og Phillips 1999, 37).

Kjernen for denne oppgaven er en kritisk diskursanalyse av forskriften og «Lederplakaten Helse Vest», for å forstå forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i et ledelsesperspektiv. Kritisk diskursanalyse kan defineres som: «*En diskurs er en form for betegning av et bestemt område for sosial praksis fra et bestemt perspektiv*» (Grue 2015, 50). Gjennom diskursanalyse vil jeg undersøke tekstene og ordlyden i de nevnte dokumenter. Tekstene koder virkeligheten sett fra et bestemt perspektiv, og slik synliggjøres de teoriene en gjerne tar for gitt (Grue 2015, 50). En forståelse av sammenheng i en tekst og hvordan analysen uttrykker «*mening*» synliggjør både meningsdannelse og budskap (Grue 2015, 58-59). For å forstå begge disse dimensjonene må man forstå både samfunnet som produserer teksten, og hvordan den tolkes. Dette kan gjøres gjennom en rekonstruksjon av teksten. «*Diskursanalyse kan bidra med et blikk for de samfunnsområder der makt utøves og misbrukes gjennom språk*» (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 134).

En diskursanalyse innebærer «*å undersøke hvordan mening skapes og konstrueres i vid forstand, og som danner grunnlaget for vår kunnskap om syn på verden og samfunnet*» (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 22). Gjennom en diskursanalyse søker en å forstå tekst som er meningsskapende i relasjon til samfunnsmessige og sosiokulturelle strukturer i samfunnet. En søker forståelse for hva som har formet institusjonene i helsevesenet. Det kan bidra til danne grunnlag for ny kunnskap og vårt syn på samfunnet (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 22).

Tekster er ment for å kode virkeligheten på en bestemt måte (Grue 2015, 50). Kategorisering av ord er sentrale begrep i diskursanalysen (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 127). Kritisk diskursanalyse er opptatt av sosiale sfærer og virkeområder. Hvordan henger dette sammen med for eksempel begrep som kvalitetsforbedring eller ledelse? Hvilke perspektiver er synlig? Hvordan kan en identifisere og sette ord på det som fremstår som naturlig og selvsagt (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 131)?

Diskursanalyse kan forstås som en analyse hvor mennesker skaper eller konstruerer en forståelse som danner meninger for å forklare den sosiale virkelighet. Språket bidrar til konstruksjoner av virkeligheten, en virkelighetsframstilling. Diskursen er system av holdninger og påstander, som danner forklaringer og resonnementer som kan forklare et bestemt perspektiv på verden (Grue 2015, 48-50).

Språk er sosialt og er en del av diskursanalysen, og fra et språkvitenskapelig perspektiv definerte Ferdinand de Saussure et skille mellom språk som system og språket i bruk (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 22). Saussures hevder at forholdet mellom språk og virkelighet er *arbitært*, eller vilkårlig, fordi vi vektlegger verden gjennom sosiale konvensjoner hvor bestemte ting forbindes med bestemte tegn. Det enkelte tegns betydning har en relasjon til andre tegn og får en egen verdi. Språket har en struktur og det er en sammenheng mellom tegn (Jørgensen og Phillips 1999, 19).

I diskursanalyser vektlegger en språket i bruk. Tekster kan defineres som *koherente og kohesive språklige tegnsekvenser* (Grue 2015, 58). Det kan forstås som at setninger danner sammenhenger, danner en mening. Kan en finne sammenhenger i en tekst, kan en analysere mening som tolkes og formidles gjennom språket. Tegn betraktes som kunnskapsbærende og støtter seg på alminnelig anerkjente retningslinjer (konvensjoner). Med dette kan en avgrense analysen til å gjelde ledelsesbegrepet i forskriften (Grue 2015, 59-62).

2.4.3 Argumentasjon - del av logikk og rasjonalitet

Filosofen Stephen Toulmins utformet en argumentasjonsmodell (Toulmin 1958) for å analysere teksten i en diskursanalyse. Denne modellen anvendes for vise hvordan rasjonelle argumenter er holdbare i en argumentasjon. Den deles i tre former for rasjonell argumentasjon:

- Påstand - det vi diskuterer
- Belegg - en støtte for påstanden
- Hjemmel - forbinder påstand og belegg (Grue 2015, 64).

Med utgangspunkt i Toulmins argumentasjonsmodell kan en analysere mønstre i ulike tekster ved å finne påstand, belegg og hjemmel for argumentene (Grue 2015, 66). Mitt ledelsesperspektiv danner kontekst eller produksjonsbetingelser i denne analysen. Konteksten

formidler et bestemt syn på hva ledelse innebærer, og hvilken betydning det er i «Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Språklig betydning kan sees i en sosial størrelse, en språklig sammenheng. En skiller mellom semantikken, som er ordets betydning i ordbøkene, og pragmatikken, som tar for seg ordets betydning når de er i bruk (Grue 2015, 61).

Ved å anvende rasjonell argumentasjon, en strukturering av resonnementer og holdbar argumentasjon, kan en danne logiske slutningsregler (Grue 2015, 24-25). Slik danner logikken premisser for diskursen.

Prinsipper for logikk er:

1. identitetsprinsippet
2. kontradiksjonsprinsippet- – påpeker motsetningen
3. prinsippet om det utelukkede tredje

Logikkens prinsipper viser hvordan påstand, belegg og hjemmel kan bidra til å danne slutninger og avdekke motsetninger dersom de finnes. Rasjonalitet er logikk som er operasjonalisert. Det er å anerkjenne et forhold mellom påstander og begrunnelse.

Rasjonaliteten peker på at det finnes årsakssammenhenger og derfor kan begrunne sine påstander (Grue 2015, 25). Slik kan en anvende Toulmins argumentasjonsmodell i søk for å finne logisk argumentasjon.

I analysen er retorikk en del av argumentasjonene. I retorikken er etos, logos og patos tre sentrale begreper i kommunikasjon, som er knyttet til sender, budskap og mottaker. Finnes det retoriske og logiske argumenter for å forstå forskrift og lederplakat? Er språk og ordlyd i forskrift politisk formulert, og hvilke virkemidler kan en finne? Retorikk er trolig en del av argumentasjonen i de politiske dokumentene. Det kan bidra til å påpeke motsetninger og argumentere rasjonelt.

2.4.4 Kritisk diskursanalyse

Hvorfor kritisk teori? Formålet med kritisk teori er å identifisere det som kan forbedres, hvor grunnholdningen er læren om kunnskap og hvordan kunnskap fremskapes (Grue 2015, 40). Teorien kan bidra til å forme et perspektiv, et sett med antagelser, og danner en ramme for problemstillingen (Grue 2015, 53). Slik kan en argumentere for at teorien støtter opp rundt

problemstilling og diskursanalyse i denne oppgaven. Teorien bidrar til utforsking av problemstilling.

Diskursanalytikeren Norman Faircloughs modell for kritisk diskursanalyse tar utgangspunkt i tekster, hvor tekster produseres og fortolkes under visse *produksjonsbetingelser*, et forhold mellom tekst og kontekst, som avhenger av samfunnsnormen som omgir den. Målet er å beskrive bruk av språk og samfunn så objektivt og presist som mulig (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 119).

Begrepet *kontekst* beskrives i teorien slik: «*et objekt er ikke entydig når man ser det isolert, men får identitet og karakter i relasjon til andre objekter og handlinger i en meningsfylt språklig ordnet omverden*» (Duranti and Goodwin 1992) referert i (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 27). Kontekst kan forstås som et sett av rammer som omslutter det budskapet som er inkludert i rammen (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 28).

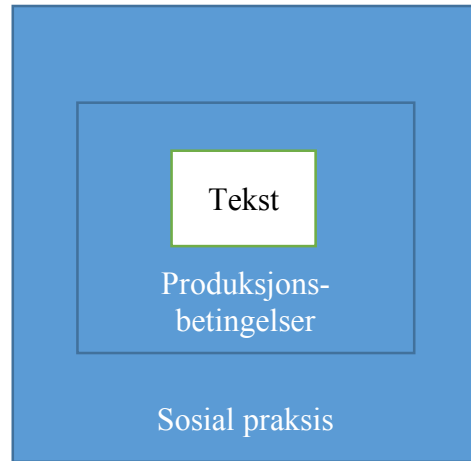
2.4.5 Fairclough sin tre-dimensjonale modell for kritisk diskursanalyse

I sin tre-dimensjonale modell for kritisk diskursanalyse viser Fairclough en oversikt over forholdet mellom tekst og kontekst, en analytisk ramme til empirisk forskning i kommunikasjon og samfunn (Jørgensen og Phillips 1999, 80). Fairclough viser at diskursen kan ha tre funksjoner som viser identitetsfunksjon, relasjonell funksjon og flere funksjonelle tilganger til språk (Jørgensen og Phillips 1999, 79).

Fairclough legger vekt på at diskursen er med på å skape den sosiale verden, men at diskurs er en av mange aspekter av hva sosial praksis er. Fairclough sin kritiske diskursanalyse er knyttet til undersøkelsen av forandring, hvor en danner slutninger basert på etablerte tekster, såkalt intertekstualitet (Jørgensen og Phillip 1999, 15). Modellen tar utgangspunkt i en tredeling, der tekst produseres under visse produksjonsbetingelser, som igjen avhenger av samfunnsnormen som omgir den. Forhold mellom kontekst og tekst krever analyser av tekst med tanke på hvilke aktører som har utformet teksten, hvem som er mottaker og hvilken samfunnsmessig rolle de har. Denne modellen kan anvendes for å analysere forskriften og lederplakaten sin betydning (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 119).

Modellen viser en diskurs som kan bidra til at det konstrueres eller dannes sosiale identiteter, sosiale relasjoner og systemer for viten. Slik kan en vise hvordan maktforholdene i samfunnet

ser ut (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 118-119). Dette betyr at språklige formuleringer og uttryksformer gjenspeiler de verdier som en ønsker å formidle i forskriften og ledelsesplakaten. Denne form for produksjonsbestemmelse kan være ledelse.



Faircloughs modell for kritisk diskursanalyse (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 119).

2.5 Diskurstilnærming av forskrift om ledelse

Forskriften (teksten) er produsert og fortolkes under visse *produksjonsbetingelser*. Dette kan forstås som en type sjanger som avhenger av den samfunnsnorm den er omgitt av. Forskrifter er skrevet i et historisk eller ideologisk perspektiv og til en bestemt type mottaker.

Faircloughs modell illustrerer en tankemodell for hvordan produksjonsbetingelser danner et rammeverk. Produksjonsbetingelser formes av bestemte vilkår, som vil ha konsekvenser for sosial praksis i organisasjonen. Slik kan vi anvende modellen for å vise at forskriften er dannet gitt visse produksjonsbetingelser, slik statlig oppdragsdokument danner definisjonsmakten, og som har konsekvenser for sosial praksis i sykehus.

Hermeneutisk metode er sentral i kritisk diskursanalyse fordi en veksler mellom tekstnivå og samfunnsnivå. Tekstene har en sammenheng med hvilken betydning de har i samfunnsstrukturen (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 124). Denne metoden vil ikke bli anvendt i analyse, men nevnes fordi den kan bidra til å forstå flere ledelsesperspektiv i diskursen.

2.5.1 Definisjonsmakt - en del av hegemoni?

Jan Grue (2015) beskriver den kritiske teoriens verdensbilde, hvor maktens virkemåter og virkeområder er sentral (Grue (2015, 43). Makt er en produktiv størrelse, som kan legge til rette for at handlinger kan være rasjonelle. Maktbegrepet i diskurser sammenfaller ikke med en tradisjonell forståelse av begrepet makt, slik Max Weber beskriver makt. Weber beskriver makt som autoritet, en legitim makt. Gjennom legitim makt kan ledere lede i kraft av å være leder (Bolman&Deal 2013, 384). I diskurser kan makt være produktiv, en kan en si at den er relasjonell hvor den vektlegger rammebetingelser og mellommenneskelige forhold (Grue 2015, 44).

Makt kan utfolde seg i diskurser og kritisk teori er nettopp en potensiell arena for maktutøvelse (Grue 2015, 46). Vitenskapelig rasjonalitet har siden opplysningstiden vært premissleverandør for hvordan samfunnet skal forstås og til en viss grad hvordan samfunnet bør påvirkes. Gitt dette perspektivet kan en hevde at ulike måter å tenke på er maktbærende (Grue 2015, 47).

Hvordan kan en identifisere maktperspektivet til gjeldende forskrift? En forskrift er hjemlet i lov og er formulert gjennom en argumentasjon som inngår i et system av holdninger og påstander. Det er lovgivende makt som danner logisk argumentasjon for hvordan landets helseforetak skal styres og organiseres. I dette perspektivet fremmes definisjonsmakt og kan oppfattes som produktiv. Formålet og hensikten med forskriften er å vise hvordan helseressursene til befolkningen i Norge skal forvaltes, og hvordan velferdsstaten i Norge skal opprettholdes. Denne myndighetsbeslutningen kan ha konsekvenser for befolkningen og hvilken tilgang, kvalitet helsetjenester gir.

Språk og ordlyd kan definere makt. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er ansvarsbegrepet tydeliggjort. Staten som oppdragsgiver gir definisjonsmakt, slik Fairclough definerer bestemte produksjonsbetingelser. Gitt denne kontekst er det særlig interessant å se på ordlyden; *sørge for*-ansvaret og *plikt*-ansvaret. Er denne ordlyden så førende og dominerende at den skjuler andre perspektiver knyttet til ledelse? Ressursstyring er nevnt som et lederansvar i «Lederplakaten Helse Vest». Hvor forekommer nøkkelord knyttet til effektiv ressursbruk i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring? Kan tildeling av ressurser samsvare med oppdraget gitt helseforetakene? Staten har ansvar for at ressurser harmonerer

med oppdragsdokumentet. Det er et lederansvar å forvalte ressursene forsvarlig slik at velferdstilbudet sikrer befolkningen gode helsetjenester.

Systematisk kvalitetsforbedring kan innebære at leder må styre eller omfordele sine ressurser slik at en kan nå mål gitt av styresmaktene. Enhetlig ledelse er knyttet til økonomisk ansvar som forplikter leder i økonomi så vel som faglig kvalitet av helsetjenester. Gjennom analysemodellen kan en anvende argumentasjon for å identifisere andre intensjoner eller meninger som gir økt forståelse av hva forskriften betyr.

Hegemoni i diskursanalysen er del av kritisk diskursanalyse (Jørgensen og Phillips 1999, 61). Gitt visse produksjonsbetingelser kan det foreligge en definisjonsmakt som danner hegemoni, det vil si et bestemt synspunkt eller en konsensus for hvordan forstå den sosiale verden (Jørgensen og Phillips 1999, 15). I dette perspektiv kan hegemoni arte seg som en stabil meningsdannelse som ikke er sprikende. Eksempelvis kan forståelse av ordet *helse* slik det fremkommer i forskrift og lederplakat innebære en entydig forståelse av begrepet. Det er ekspertorganisasjonen med fagkompetanse som skaper definisjonsmakt om hva *helse* er, eller fravær av *helse*, og statlige forvaltningsorgan kan slutte seg til denne definisjonsmakten. Slik kan vi argumentere for hegemoni er en del av diskursanalysen. Hegemoni skaper en felles fastlåst forståelse av virkelighetsbildet, og diskursanalysen har som formål å dekonstruere strukturere og fastlåste meningsdannelser (Jørgensen og Phillips 1999, 61).

KAPITTEL 3. METODE

3.1 Valg av metode

Den metodiske tilnærming kan forklares gjennom diskursanalyse som metode, og er en del av diskursteorien i oppgaven. De grunnleggende filosofiske premissene er ontologiske og epistemologiske, som beskrevet i teoridel, kapittel 2. Premissene danner utgangspunkt for sosialkonstruktivisme som grunnlag for metode (Jørgensen og Phillips 1999, 12).

Diskursanalyse er en form for analyse hvor en søker å identifisere tekst/sosial praksis som virkelighetskonstruerende mening. Kritisk diskursanalyse er i seg selv en metode som anvender begreper som tekst, påstand og diskurs. Disse begrepene kan en knytte til både teori og til analysen hvor en systematiserer, analyserer og diskuterer (Grue 2015, 57). Ved å foreta et historisk tilbakeblikk kan diskursanalyse anvendes for å se på endringer over tid som har hatt betydning for hvordan helsepolitiske lover og reformer dannes. En analyse av tekst kan bidra til bedre å forstå hvordan mening skapes i samhandling mellom mennesker (Tjora 2012, 164).

Hvordan kan en forstå dokumentet fra flere perspektiver? Dokumentene som danner utgangspunktet for empiri i oppgaven, er ulike type kilder. Kilder i oppgaven er lover, forskrifter, lederplakat, NOU-rapporter og stortingsmeldinger. Lover og forskrifter er normative kilder som tar utgangspunkt i holdninger, intensjoner, krav og retningslinjer. Dette innebærer å søke opphav til kilder, eller potensielle kilder, og se forskriften i et tidshistorisk perspektiv. Hvilke verdier, holdninger, meninger er gjeldende? Har det betydning for noen?

Kildene er en del av en historisk helhet, et verdimeslig utgangspunkt og inneholder ulike verdiforståelse. Kilder deles gjerne i fire former for kilder; en skiller mellom personlige, institusjonelle, konfidensielle og offentlige kilder (Holme og Solvang, 2008, 122). «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» og «Lederplakat Helse Vest» er offentlige dokumenter, som er utgitt med formålet som styringsdokument for ledere i helse- og omsorgstjenesten.

I hvilken kontekst eller sammenheng kan en forstå dokumentene? Analysen er skrevet med utgangspunkt i min forforståelse og perspektiv på ledelse, fordi jeg har erfaring som leder gjennom ti år. I denne konteksten søker jeg forståelse for hvordan dokumentene kan tolkes og

danne mening, en virkelighetsforståelse. I en analyse kan en se om det finnes motstridende krav i Helse Vest sin lederplakat og den nye forskriften. Finnes det avvik eller kritikk av dokumentene?

En metodisk tilnærming innen diskursanalyse kan være en hypoteseutviklende metode, en såkalt abduksjon. Dette er en teori om slutninger som er utviklet av filosofen Peirce (1839-1914), og er aktuell i diskursanalytiske tilnærminger. Ingen forhåndsdefinerte hypoteser er gitt, men man utvikler hypoteser underveis i forskningsprosedyren. Ved abduktiv tilnærming søker en forståelse av et fenomen, en ønsker å undersøke og finne forklaringer. Slik vil jeg identifisere forskriften, og se den i en generell sammenheng, en videre kontekst. I forskningsprosessen kan jeg granske mønster i datamaterialet mitt, som er nevnte i forskrift og Helse Vests lederplakat. Ved å identifisere mønstre og kategorisere, kan dette bidra til en overordnet forståelse av fenomenet en ønsker å undersøke, å formulere hypoteser som reflekterer min problemstilling og forskningsspørsmål. Ved abduktiv tilnærming kobles datamaterialet til kontekst, således skiller det seg fra deduktiv tilnærming. Denne form for metodisk tilnærming kan bidra til å danne nye antagelser og hypoteser av det en undersøker, men ingen sikker viten (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 18).

Diskursanalytikerens Norman Faircloughs modell for tekstanalyse tar utgangspunkt i tekster, som produseres og fortolkes under visse produksjonsbetingelser, et forhold mellom tekst og kontekst. Målet er å beskrive bruk av språk og samfunn så objektivt og presist som mulig. Slik kan en vise hvordan maktforholdene i samfunnet ser ut (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 118). Dette betyr at språklige formuleringer og uttrykksformer gjenspeiler de verdier som en ønsker å formidle i forskriften og ledelsesplakaten. Denne form for produksjonsbestemmelse kan være ledelse.

En forutsetning for å mene eller tolke empirisk tekstdata, er at vi har innsikt og begrepsforståelse av hva som er skrevet. Hvilken kontekst skal analysene sees i sammenheng med, avhenger av hvilken forforståelse som finnes hos mottaker (Malterud 2012, 123). Ved valg av diskursanalyse som metode, søker jeg å oppnå en forståelse eller meningsdannelse. Hvordan skal en forstå meningsdannelse? «*Meninger er ofte komplekse, helhetlige og kontekstavhengige og kan være vanskelig å få øye på*», i følge Kracauer (1952) referert i Schreier (2012, 171).

Diskursmodeller er en type forståelsesrammer, og diskursanalytikeren Gee definerer de som «*theories (storylines, images, explanatory frameworks) that people hold, often unconsciously, and use to make sense of the world and their experiences in it*» (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 185).

«Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» danner føringer for hvordan ledere i helseforetak skal styre virksomheten, og er formulert med et politisk språk. Grunnantagelsen er at språk ikke formidler en nøytral virkelighetsbeskrivelse, snarere et perspektiv på hvordan det bør se ut (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 112). En kan spørre hvor stor retorisk overbevisning eller påvirkningskraft denne forskriften har i sin ordlyd og formulering.

3.2 Undersøkellesprosessen

I det første trinnet leste jeg Stortingsmeldinger og NOU-dokumenter for å danne en kontekst-/rammeforståelse. En metode for analyse var å anvende Norman Faircloughs modell for tekstanalyse. Teksten produseres og fortolkes under visse produksjonsbetingelser. Kjennskap til hvordan Helseforetaket er styrt og regulert gjennom lovverket er sentral for å kunne analysere forskriften og lederplakaten til Helse Vest. I søken etter valg av metode, var det nødvendig å lese teori om hva kritisk diskursanalyse innebar for å forstå de ulike begrep som gjaldt diskurs, logikk og retorikk.

I neste trinn undersøkte jeg den aktuelle forskriften og ledelsesplakaten, ved å lete etter nøkkelord som kunne gi uttrykk for holdninger og danne meninger, ved begrepene ledelsesperspektiv og diskurs. En dekonstruksjon av teksten. For å kunne systematisere og finne et mønster/koder i teksten, benytter jeg Stephen Toulmins argumentasjonsmodell for å analysere teksten i en diskursanalytisk tilnærming. Denne argumentasjonsrekken benyttet jeg først i forskriften, deretter i lederplakaten.

Neste trinn i analysen er å rekonstruere teksten for å undersøke om det dannes en ny virkelighetsbeskrivelse som kan knyttes til problemstillingen - hvordan forstå forskriften i et ledelsesperspektiv. Ved å undersøke tekstene, ved en rekonstruksjon, kan en sammenligne dokumentene. Oppstår det divergens i argumentasjonsrekken, eller samsvarer det med intensjon og logisk argumentasjon?

I siste del av analysen danner argumentene en konklusjon for hva som er undersøkt.

3.3 Tilgang til forskningsfelt - utvalg

Valg av data er knyttet til min interesse for politikk og ledelse, et ønsket om å forstå hvilke styringsmekanismer som utformer ledelse og organisering av helseforetak. Tilgang til dokumenter har vært stor, og utvalget har vært vanskelig å avgrense gitt den abduktive forskningsmetode. I valg av datamateriale har tidsperspektivet bidratt til å danne en ramme for kontekst fra midten av 1970-årene og frem til i dag. Således har det empiriske materialet vært NOU- dokumenter og Stortingsmeldinger som har dannet konteksten for ovennevnte forskrift og lederplakat. Valg av «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» ble gjort fordi dette dokumentet var nytt i januar 2017, og erstattet tidligere internkontrollforskrifter. Undersøkelsen min konsentrerer seg om tekstdokumentene, ordlyd, forventninger og dannelsen av meninger.

Ved bruk av diskursanalyse som metode kan en velge en sosialkonstruktivistisk tilnærming, som kan ha flere innfallsvinkler. I min oppgave har jeg valgt å benytte Norman Faircloughs teori, hvor han vektlegger at diskurs er med på å skape den sosiale verden. Diskursen er undersøkelsen av «nøkkelord» og intertekstualitet, en undersøkelse av forandring hvor språkbruk kan danne nye diskurser, såkalt rekonstruksjon av teksten. Slik kan en endre eller påvirke den sosiale og kulturelle virkelighetsoppfatningen (Jørgensen og Phillips 1999, 15). I valg av diskursanalyse som metode kan en avdekke om det finnes en sammenheng mellom tekst og kontekst, i sosialkonstruerte fenomener, vaner og konvensjoner som en anerkjenner som selvsagte og naturlige (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 14).

Gjennom analyse av en ny forskrift som kom i januar 2017, Helse Vests lederplakat og tidligere NOU-dokumenter/stortingsmeldinger, kan jeg undersøke hva som har vært med på å forme norsk helsepolitikk og hva myndighetene vektlegger i å opprettholde velferdsstaten Norge.

Det har vært krevende å avgrense konteksten eller rammene for analysen. Følgelig kan en slutte seg til diskursanalytikerens Gee (2003) sin argumentasjon, «*the frame problem*» blir aktualisert. Hvor starter fortellingen og hvor setter en sluttstrek (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 29)? Avgrensingsproblemet er uløselig i den forstand at en aldri vil kunne utforske alle aspekt i en kontekst.

3.4 Dataanalyse

Analyseresultatene er et resultat av mine fortolkningsprosesser, og min forståelse av mening i menneskeskapte prosesser er sentral (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 19). Analyse av diskursen følger i kapittel fire og fem, hvor nøkkelord blir identifisert og argumentasjonsrekker fremmes gjennom påstand, belegg og hjemmel.

Kritisk diskurs har elementer av hermeneutisk filosofi. Den hermeneutiske metoden i kritisk diskursanalyse er sentral fordi en veksler mellom et samfunnsnivå og et tekstnivå (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 124). Tekstene er meningsdannende og skaper en helhetsforståelse av virkeligheten.

3.5 Metodekritikk

Min erfaring som leder gjennom ti år danner grunnlag for min forståelse og tolkning av forskriften og lederplakaten. Således kan en anta at min forståelsesramme kan være påvirket og lite objektiv. I metode med en abduktiv tilnærming til hvordan forstå forskrift og lederplakat, vil diskursanalysen således innebære et søk for den mest mulig objektive tilnærming, gitt min forforståelse eller kontekst for ledelse og ledelsesperspektivet som danner rammer for undersøkelsen.

Utvalget av tekster og dokumenter består av offentlige dokumenter. Noe av dets innhold kan være faktatekster, lover og forskrifter, NOU-dokumenter og Stortingsmeldinger, som kan være fundamentert på rapporter og analyser av tidligere datamateriale, funn og tilsynsmyndigheter. En kan spørre om denne type materiale danner et korrekt virkelighetsbilde av de utfordringer helsemyndigheter står overfor, og samsvarer dette med norske sykehus sin organisasjonsforståelse, ledelse og kontekst. Danner sykehus ulike produksjonsbetingelser for holdninger, verdier, antagelser og bilder av den sosiale virkelighet? Tilgjengelighetsproblem eller tilgang til dokumenter er knyttet til utfordringer med å identifisere hva diskursanalyse er som metode, hvilke tekster og dokumenter som skal innlemmes, og hvordan anvende metoden. Denne formen for analyse og vitenskapelig metode er funnet i søk på Universitetet i Bergen sine databaser; Oria, Google Scholar, Bibsys, samt bøker med teori og analyser.

Forskriften er et politisk dokument, og er skrevet med det formål å være styringsverktøy for ledere i helse- og omsorgstjenesten. Lederplakat for Helse Vest er en annen type dokument,

som har til hensikt å operasjonalisere og fortolke statlige styringsmål. Hvilke virkemidler som anvendes for å fremme budskapet, bør avdekkes i analysen. Kan bruk av retoriske argumenter finnes i forskriften?

Kritisk diskursanalyse handler om å bygge om, slik kan en hevde at analysen beskriver samfunnet som produserer og benytter tekstene (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 133). Ved å benytte to forskjellige type dokumenter, som forskriften og lederplakaten, er to typer innfallsvinkler til metode benyttet. Ved å triangulere, å få frem flere sider av en sak, ved hjelp av ulike kilder, kan tidligere NOU-dokumenter og stortingsmeldinger danne kontekst og en ramme for fortolkning. Ved å sammenstille dokumenter kan en validere informasjonen fra flere kilder.

3.6 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

En av grunnleggerne innen kritisk diskursanalyse, Norman Fairclough, anvender en tredimensjonal modell for kritisk diskursanalyse, ved å skille to forskjellige nivå. Den ene er forskerens beskrivelse av teksten versus forskerens fortolkning av teksten. Innen kritisk diskursanalyse kan det være besværlig å skille mellom beskrivelse og fortolkning, fordi krav til objektivitet til roller som forsker vanskelig kan oppfylles helt. Forskeren er selv en del av den sosiale verden, og således er objektive beskrivelser av data ikke mulig (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 19). Validitet kan oppnås ved å uttrykke sin analyse klart og tydelig, analysen må være gjennomsiktig og kunne gi en sammenheng. En må rekonstruere og forklare fortolkninger som funn (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 20). En annen måte å vurdere validitet er å vurdere analyserammens forklaringspotensiale og hvilken mulighet det er til å skape nye forklaringer (Jørgensen og Phillips 1999, 133).

Kritikk i valg av diskursanalyse som metode, er å erkjenne at sosialt konstituerte fenomener, slik tekster er, ikke er observerbare fenomener som kan kvantifiseres og måles. Slik kan en hevde at analyse av kommunikasjon som menneskeskapt fenomen må fortolkes, forklares og forstås (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 20). Dette perspektivet må jeg være klar over i analyse av tekst og argumenter og rekonstruksjon av meningsdannelser.

Hvordan skal en oppnå validitet? Dette innebærer å undersøke tekster og dokumenter, og hvordan mening dannes. I en rekonstruksjon av tekstene avdekkes struktur, mønstre og sammenhenger som kan forklare fenomen og resultater. Slik kan en hevde at Faircloughs

konstruktivistiske syn, hvor han betrakter meningskapning som en konstruktiv handling. På denne måten kan en undersøke hvordan språk og tekst, kan danne og utøve makt i samfunnet (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 23).

Hvordan forstår vi virkeligheten? I en diskursanalyse erkjenner vi sosialkonstruktivismen som en filosofisk grunntanke hvor mening dannes og gjennom analyse kan danne en rekonstruksjon av tekst og meningsdannelse. I denne forståelsen velger jeg å belyse retorikk som begrep. Retorikk blir definert som « *læren om hvordan man overbeviser på en effektiv måte*» (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 35). Hvordan vi forstår virkeligheten og begreper, er med på å danne slutninger. Slik kan resonnementer og argumenter anvendes som retoriske virkemidler for å overbevise mottakere av dokumenter og tekster (Grue 2015, 21). Kan det tenkes at det er benyttet retoriske virkemidler i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring» og i « Lederplakat Helse Vest»?

KAPITTEL 4. ANALYSE AV LOVTEKST/FORSKRIFT-LEDERPLAKAT

I dette kapitlet vil jeg undersøke forskriften og lederplakaten ved å beskrive den historiske konteksten for hvordan sykehus er organisert i dag. I min analyse undersøkes ulike mønstre i tekster ved å finne påstand, belegg og hjemmel for rasjonell argumentasjon.

Tekstene og ordenes betydning blir dekonstruert for å avdekke meninger og sammenhenger. Slik kan en rekonstruere teksten og identifisere språklige virkemidler og definisjonsmakten.

4.1 Sykehus som organisasjon i et historisk perspektiv

Sykehus som organisasjon er formet og regulert i lover og forskrifter. De nasjonale styringsdokumentene har sitt utgangspunkt i sosialdemokratiske verdier, holdninger, intensjoner, krav og retningslinjer (Grund 2006,19). Disse danner tilsammen kontekst eller ramme for organisasjonen. I min analyse av forskrift og lederplakat vil jeg trekke frem de dokumenter som danner en kontekst eller produksjonsbetingelse for analyse. Med vekt på et tidshistoriske perspektiv vil jeg trekke frem og analysere noen viktige politiske dokument fra midten av 1970-årene og frem til i dag, som beskriver utviklingen av helsesektoren i Norge og hvilke styringssystemer som til enhver tid har vært gjeldende. Disse politiske dokumentene har dannet grunnlaget for den nye «Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016) og er relevant som kontekst for min overordnede analyse av selve forskriften og lederplakat. Disse dokumentene utgjør en viktig forståelseshorisont og er i fokus i dette kapitlet.

Norske sykehus har tradisjonelt vært profesjonsstyrt, og har historisk sett hatt en todelt ledelse med en medisinsk ansvarlig og en administrativt /sykepleiefaglig ledelse som innebar ledelse med høy faglig autoritet (Nordstrand Berg 2016, 10). I Meld.St.9 (1974-75) finner vi argumenter som peker på at 1970-årene var preget av å bygge ut primærhelsetjenesten og dempe veksten i sykehustjenesten (Sosialdepartementet 1974). Utover i 1980-årene ønsket myndighetene å øke effektiviteten uten å øke kostnadene, og stykkprisfinansiering ble innført. På slutten av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene ble det økt samfunnsmessig oppmerksomhet rundt finansiering, deri øremerkede statlige finansieringsordninger, som var forløpet til statlige overtakelse av regionsykehus.

I denne perioden kom det en rekke dokumenter som tydeliggjør lederansvar og oppgaver. I NOU rapport fra 1996: 5, ble det påpekt i utredningen manglende tilgjengelighet og behandlingskvalitet for tjenester i sykehusvesenet. Dette dannet en måleparameter for pasientkvalitet (NoU-1996: 5, 47-48). Dette pasientperspektivet ble videreført i NOU 1997 i dokumentet fra «Pasienten først» fra 1997. Dokumentet drøftet ledelse og organisering i sykehus. Rapporten pekte på at all virksomhet i sykehus skulle ha pasients behov som utgangspunkt for sin virksomhet. Rapporten synliggjorde trygghetsperspektivet, og verdier som vennlighet, respekt, mestring og trygghet var sentrale (NOU 1997: 2, 3). Kvalitetsbegrep ble ytterligere definert i NOU-rapporten fra 1998 «Hvis det haster...» hvor faglige krav til akuttmedisinsk beredskap, kom inn som kvalitetsparameter. I samme rapport ble det også understreket at kvalitetskrav skal samsvare med fornuftig ressursbruk. Noen av disse argumentene bidro til å endre fremtidig sykehusstruktur til det vi har i dag, med innføring av Helseforetaksreformen (innført fra januar 2002) og Lov om spesialisthelsetjeneste (innført fra januar 2001) (NOU 2004:18). Målet med Helseforetaksreformen var: *«å sikre bedre helsetjenester til befolkningen gjennom en bedre, mer helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og bedre utnyttelse av ressursene i sektoren»*. Reformen skulle bidra til kortere ventetid og mer likeverdig helsetilbud i hele landet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Innføringen av helseforetaksreformen førte til at ledelsesorganisering i sykehusene ble endret. Økt pasient- og brukerrettigheter, samt krav til kvalitet av helsetjenester beskrives i Meld.St.11. (2014-15) og i Meld.St.12. (2015-2016). utfordringer knyttet til kommunikasjon, samhandling, pasientskader og ledelse, blir beskrevet i Meld.St.11. Kvalitet og Pasientsikkerhet 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015, 7).

I NOU 2015:11 «Med åpne kort» var en av flere dokumenter som anbefalte hvordan helseforetakene skulle møte de overordnede kravene. Der slås det fast at helsetjenesten til befolkningen skal være mer transparente, og brukerne kan forvente større åpenhet, økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet. Det ble også understreket at forebygging og oppfølging av alvorlige hendelse i helse- og omsorgstjenesten er sentrale lederoppgaver. Verdier som ansvarlighet, åpenhet, tillit, medvirkning og rettsikkerhet er stadig tydeligere vektlagt. Det påpekes at revidering av internkontrollforskriften for helse- og omsorgstjenesten slutføres og at dette er en del av styringssystemet (NOU 2015:11, 10).

I Meld.St.6 (2017–2018) «Kvalitet og pasientsikkerhet 2016», fremmes noen av de samme verdiene som dokumentet fra Helsedirektoratet «...Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten » i 2005, som videre gir kvalitetsbegrepet et innhold. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) (Helsedirektoratet 2005).

Innføring av helseforetaksreformen i 2002 bidro til å modernisere den offentlige sektor. Helseforetakene ble organiserte som selvstendige rettssubjekter i fire statlige regionale helseforetak. Inntekter beregnes på grunnlag av ISF-DRG (innsatsstyrt finansiering). Ny struktur i form av enhetlig ledelse ble samtidig innført (Grund 2006, 11). I løpet av 1990-årene ble det etablert ordninger for internkontroll, og fra statlig virksomhet ble Helsedirektoratet omdannet til Statens helsetilsyn i 1994 (Berg 2005, 85), og understreker de endringene der fokus på kvalitetsarbeid ble mer systematisert. Innføring av helseforetaksreformen i 2002, og nasjonal styring og myndighetskrav danner kontekst eller «*produksjonsbetingelser*» for analyse av «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten » (Forskrift om kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten-2016).

4.2 Modeller for analysen - en kort presentasjon

For å tolke tekstdata må noen tydelige betingelser være til stede. For å forstå begrepet ledelse i sykehus, vil rammene eller konteksten for ledelse være sentrale. En mulig metode for analyse er å anvende Norman Faircloughs modell for tekstanalyse.

Ifølge denne modellen vil teksten produseres og fortolkes under visse *produksjonsbetingelser*. I denne oppgaven er det en sentral forutsetning for tolkning hvilken kontekst forskriften er lest i. Fairclough understreker at produksjonsbetingelsene kan forstås som en type sjanger som avhenger av den samfunnsnorm den er omgitt av. Forskrifter er skrevet i et historisk eller ideologisk perspektiv, og til en bestemt type mottaker. Diskursen som følger vil derfor ta utgangspunkt i grunnleggende, retoriske prinsipper: Argumentets overbevisning (etos), argumentets troverdighet (logos), det logiske argumentet, og (patos) mottakerens reaksjon.

Forskriften har tekst og ordlyd som det er interessant å analysere for å avdekke hensikten eller intensjonen bak budskapet. Har vi belegg for si at ordlyden og teksten har høy grad av troverdig og innehar et meningsfullt budskap, og har den argumentasjon som er overbevisende og danner struktur i budskapet? Gjennom analysen vil en både kunne identifisere meningsdannelser og avdekke ulike perspektiv av forskriften, som kan være

skjulte budskap fra avsender. Eksempelvis har helsemyndigheten kanskje forventninger til ledere i helseforetakene som ikke blir eksplisitt formulert.

I analysen velger jeg videre å benytte Stephen Toulmins argumentasjonsmodell når nøkkelord er identifisert. Argumentasjonsmodellen brukes for å finne meninger i relasjon til tekst og kontekst, altså *produksjonsbetingelser*. Den anvendes dermed for vise hvordan rasjonelle argumenter er holdbare i en argumentasjon. Den deles i tre former for rasjonell argumentasjon:

- Påstand - det vi diskuterer
- Belegg - en støtte for påstanden
- Hjemmel - forbinder påstand og belegg (Grue 2015, 64).

Med utgangspunkt i Toulmins argumentasjonsmodell kan en analysere mønstre i ulike tekster ved å finne påstand, belegg og hjemmel for argumentene (Grue 2015, 66). Denne modellen vil jeg bruke i oppgaven når jeg skal analysere forskrift og lederplakaten og identifisere argumenter.

4.3 Kontekst: Sykehus som organisasjon

Forskriften er produsert og fortolkes under visse produksjonsbetingelser. Faircloughs modell illustrere kontekst, eller sentrale *produksjonsbetingelser* for forskriften, som er «*ansvar for styringssystem*», slik den er definert i §3. Dette danner videre ramme for analysen, idet den definerer hvordan forskriften er adressert til landets helseforetak og definerer mottaker som ledere med overordnet ansvar for styringssystem i et helseforetak.

Aktører som har utformet teksten er byråkrater i Helse- og omsorgsdepartementet og utgjør dermed *produksjonsbetingelser* eller definisjonsmakten. Lovteksten/forskriften er et politisk oppdragsdokument med formål å definere hvordan sykehus skal styres, samt er et styringsdokument for hvordan «holde orden i eget hus». I en ledelseskontekst gir forskriften føringer for lederansvar og internkontrollsystem, inngår i et kvalitetssystem, og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten (NOU 2015: 11, 194).

I forskriften er begrepet kvalitetsforbedring spesielt omtalt. Demings forbedringsmodell er anvendt for å illustrere leder sitt ansvar for å fremme en systematisk kvalitetsforbedring i

helseforetakene. Den illustrerer prosessen gjennom en sirkel, en modell for kontinuerlig kvalitetsforbedring.

- Plan- etablere mål og planlegge
- Do- utføre
- Study/Check- evaluere og måle oppnådd resultat
- Act – korrigerer handlinger eller mål

(Arntzen 2014, 86)

Mottaker av forskriften er ledere i helseforetak som styrer og forvalter offentlige helseressurser. Innenfor denne produksjonsbetingelsen hviler en forståelse av hvilken samfunnsmessig rolle disse har. Nøkkelord som inngår i diskursanalysen er *ledelse, forsvarlighet, helse og omsorgstjenester, kvalitetsforbedringer og systemansvar*. Internkontroll er ledelsens styringsverktøy for å sikre at roller og oppgaver avklares, og kvalitetsnivå fastsettes, følges opp og forbedres ved behov (Arntzen 2014, 86).

4.4 Kritisk analyse av forskriftens krav til lederansvar

Begrunnelser eller retorikken i forskriften kan vi finne i ordvalget. Følger vi Faircloughs sin modell for diskursanalyse, kan vi forstå hvordan den nye forskriften er dannet. I undersøkelsen av forandring, danner en slutninger som er basert på etablerte tekster, såkalt intertekstualitet (Jørgensen og Phillips 1999, 15). Som introdusert tidligere i teorikapittelet, blir forskriften produsert og fortolket under visse produksjonsbetingelser, som igjen avhenger av samfunnsnormen som omgir den. Den organisatoriske sykehusstrukturen er dermed en del av et tidshistorisk perspektiv. En relevant analyse er derfor avhengig av en forståelse av hvem som er avsender og mottaker.

Faircloughs modell viser hvordan en diskurs kan bidra til at det konstrueres eller dannes sosiale identiteter, sosiale relasjoner og systemer for viten. Modellen gjør det mulig å identifisere de språklige formuleringer og uttrykksformer som gjenspeiler de verdier som en ønsker å formidle i forskriften. En analyse av språket som uttrykksform kan vise hvordan maktforholdene i samfunnet ser ut (Veum, Hitching og Nilsen 2011, 118). I det følgende undersøker jeg om en produksjonsbetingelse kan være ledelse.

Forskriften (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjeneste, §1-9, 2017) er et politisk dokument. En forskrift er definert som utfyllende bestemmelser i en lov. Innholdet i en forskrift er juridisk bindende (Jusleksikon, s.v. «Forskrift», lest 31.05.18). Forskriften definerer formål, virkeområde og krav til styringssystem. Videre foreligger et overordnet krav til ledelse, og leders ansvar for systematisk forbedring av kvalitet av helsetjenester vektlegges. Ordlyd av krav og plikt er vektlagt. Forskriften erstatter internkontrollforskriftene (Helse-og omsorgsdepartementet, 2002) og tydeliggjør lederansvar. Øverste leder i helseforetaket har ansvaret for styringssystem, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet samt å sikre at virksomheten planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer sine helsetjenester. Forskriften viser til:

§ 2. Virkeområde: *«forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter helsetilsynsloven §3, spesialisthelsetjenesteloven §2-1 a tredje ledd, helse og –omsorgsloven § 3-1 tredje ledd eller tannhelsetjenesteloven §1-3a*

§ 3. Ansvar for styringssystem -den som har det overordnede ansvaret for virksomheten
«Sørge-for»- ansvar.

§ 4. Definisjon av styringssystem

§ 5. Omfang av dokumentasjon

§ 6. Plikten til å planlegge

§ 7.Plikten til å gjennomføre

§ 8.Plikten til å evaluere

§ 9. Plikten til å korrigere

4.4.1 Argumentasjon

Det er relevant å identifisere om det finnes argumentasjonsmønstre i forskriften som danner forståelse for hva ledelse innebærer og således ledelsesperspektiv. Dokumentet argumenterer i §3 for at det er den øverste leder som har ansvar for styringssystemet. Videre kan en tolke at god ledelse er en forutsetning for å kunne gi gode helse-og omsorgstjenester. Forskriften stiller altså klarere krav til lederskap, som innebærer krav om mer systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet enn tidligere.

I Toulmins argumentasjonsmodell for å identifisere rasjonelle argument er det relevant å finne nøkkelord for å se om ordene og språktegn som danner mening og betydning.

I teksten finner jeg følgende nøkkelord som argumenterer for ledelse:

- Overordnet ansvar -lederansvar
- Styringssystem
- Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring

Påstand:

Det vi diskuterer er: ansvar for styringssystem. Det er leders særskilte ansvar «å sørge for...» at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Videre identifiseres «pliktil å...» planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Vi kan dermed identifisere at det i forskriften benyttes Demings modell for kvalitetsforbedring. Trinnvis illustreres dette ved at leder etablerer kvalitetsmål og planlegger systematisk hvordan en skal nå målsettinger. Leder iverksetter og utfører eller implementerer for eksempel en pasientsikkerhetskampanje for å nå målsetting. Følger vi Demings forbedringsmodell vil neste trinn være at leder har ansvar for å evaluere og måle oppnådd resultat, og leder har ansvar for å korrigere handlinger eller mål. Slik fortsetter sirkelen for kvalitetsforbedring.

Oppsummert kan man påstå at leder har et «sørge for»- ansvar, som innebærer styring av spesialisthelsetjenesten til befolkningen.

Belegg:

Følger en argumentasjonsmodellen til Toulmin identifiserer en belegg for påstanden. Teksten er formet av byråkrater i helsedepartementet, og angir en systematisk beskrivelse av hvordan «holde orden i eget hus». Dokumentet argumenterer for at god ledelse er en forutsetning for å sikre og produsere gode helse- og omsorgstjenester. Argumenter støtter opp under hva ledelsesbegrepet er. Dette finner vi belegg for påstanden i Spesialisthelsetjenesteloven: § 3-9. Ledelse i sykehus: «*Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere*» (Spesialisthelsetjenesteloven, §3-9, 1999).

Krav til leder i spesialisthelsetjenesten er endret etter innføring av enhetlig ledelse. Kravene innebærer ansvarlig ledelse, både økonomisk, og faglig. I Nasjonal strategi for

kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «Og bedre skal det bli» 2005, gis kvalitetsbegrepet et innhold (Helsedirektoratet 2005, 11).

Krav til faglig forsvarlighet er forankret i lovverket. Lov om Spesialisthelsetjenesten, viser til: § 2-2. Plikt til forsvarlighet:

«Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud» (Spesialisthelsetjenesteloven, §2-2, 1999).

I begrepet forsvarlighet kan en forstå at den faglige kvalitet på helsetjenesten skal være av en definert standard og inneholde et krav til kvalitet. Forsvarlighet defineres slik i helsepersonelloven § 4: *«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»* (Helsepersonelloven, §4, 1999).

Krav til forsvarlighet finner jeg ytterligere belegg for i NOU dokumentet «Med åpne kort» *«Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse-og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer»* (NOU 2015:11, 73).

Klarere krav til ledelse innebærer systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Hvordan forstå argumentet for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring? Argumentasjonsrekken følger formålet med forskriften: den som har det overordnede ansvaret for virksomheten: *«skal bidra til faglig forsvarlige helse og –omsorgstjenester, kvalitetsforbedringer og pasient-og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse-og omsorgslovgivningen etterleves»*. (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, § 1, 2016).

Belegg for argumentasjon sammenfaller her med det vi finner i andre lands kvalitetsstrategier, og med det vi finner hos internasjonale helseorganisasjoner som, Verdens helseorganisasjon (WHO) hos OECD og i EU.

I tillegg til lovregulerte tiltak, utforming av statlige kvalitetsindikatorer og implementering av pasientsikkerhetskampanjer i sykehus, er det også opprettet tilsynsordninger og meldeordninger for uønskede hendelser (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Denne informasjonen tenktes benyttet til ytterligere kvalitetsforring, og det å implementere og dokumentere at dette gjøres i organisasjonen, er et lederansvar.

Ytterlige belegg for påstanden finnes i forskriftens §2, *forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter helsetilsynsloven §3 og i spesialisthelsetjenesteloven §2-1.* (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §2, 2017)

Tidligere internkontrollforskrift «Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4», er tekst og ordvalg blant annet formulert slik: *«internkontroll innebærer den/de ansvarlige for virksomheten skal: beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten og «sørge for at arbeidstakere har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap om internkontroll»* (Helse- og omsorgsdepartementet, §4, 2002). Det er relevant å stille spørsmål ved om det er forandringer i ordlyden.

Internkontrollforskriftene beskriver lederansvar, og det skal være en leder på hvert nivå som skal utføre styringsmål. Tvetydige beskrivelser av lederansvar, upresis ansvars plassering og styrings mål, kan være noe av argumentasjonen for ny forskrift.

Forskriften henviser til internkontrollplikt som eksplisitt gir øverste leder ansvar. I ordlyden *«skal sørge –for»*, innføres en systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, og kvalitetsforbedring. Styringssystem utgjør et internkontrollsystem som er et uttrykk for et kvalitetssystem og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten (NOU 2015: 11, 75). Internkontroll er ledelsens verktøy for å sikre at roller og oppgaver avklares, at kvalitetsnivå bestemmes, følges opp og forbedres ved behov (Arntzen 2014, 86). Forskriften bygger på modell for systematisk og kontinuerlig kvalitetsforbedring.

I Lov om helsepersonell §16 stilles det krav til organisering av virksomheten, slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, §16, 1999). Dette innebærer lederansvar, *«skal sørge for»* at det etableres styringssystem som bidrar til faglig forsvarlige helsetjenester.

Hjemmel i argumentasjonen

Er det noen logiske argumenter i forskriften som kan skape forbindelse mellom det spesifikke og det allmenne? Hva er hjemmelen for å fremme ny forskrift? Er det spesielle argumenter som vektlegges for å overbevise ledere i helseforetaket? Er et argument så overbevisende at det følger med en logisk argumentasjonsrekke?

I Meld.St.11, «Nasjonal helse- og sykehusplan» (2016-2019), er pasientperspektivet vektlagt, og pasientens helse, og brukermedvirkning er sentralt. Meldingen argumenter for pasientens forventninger til at helsetjenester skal være tilgjengelige, trygge, av god kvalitet og være virkningsfulle (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Skal nasjonale krav og forventninger oppfylles, er det leder sitt ansvar å implementere systematisk arbeid med kvalitetsforbedringer, nødvendig. Slik kan en argumentere for at det er hjemmel for både påstand og belegg. Pasientens helse og brukeropplevelse av helsetjenester skaper en forventning som danner allmenn oppfatning av at sykehuset skal levere «varer» av god kvalitet. Meninger blir dannet og argumentet forsvarer påstanden om lederansvar er å systematisk arbeid med kvalitetsforbedring.

I Meld.St.11, «Nasjonal helse- og sykehusplan» (2016-2019) bekrefter argumentasjonen for lederansvar slik: *«En framtidrettet spesialisthelsetjeneste stiller nye krav til ledelse. Pasientens helsetjeneste fordrer ledere som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og som har stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring»* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Hvor er stringensen mellom tekstene? «Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring», understrekes i forskriften. Nøkkelord som «sørge for –ansvaret» henger sammen med teksten i forskriften. Teksten skaper mening i en kontekst når en leser Meld.St.11(2015-16), Valg av ord og tekst som «styringssystem» og «systematisk arbeid med kvalitetsforbedring» vektlegges og presiseres med leders ansvar og plikter. Styringsansvar innebærer-«plikt til å».

Forskriften er en lovtekst, og en definisjonsmakt oppstår; stat som oppdragsgiver og sykehusene som utøvere. I forskriften er ordlyden «plikt til» og nøkkelord «sørge for-ansvaret» identifisert. Foucault beskriver makt som produktiv(Grue 2015, 43). I et makt perspektivet kan det tilrettelegges slik at en handling virker naturlig og formålstjenlig for

andre mennesker (Grue 2015, 43). Slik kan en argumentere for at makten er produktiv når den understreker nye rammebetingelser i pasientperspektivet. I maktperspektivet er definisjonsmakten gitt stat som eier og hvordan en tilrettelegger for sykehus å kunne utføre oppdraget som er gitt i forskriften. I Meld.St.11 (2015-2016) finner en argumenter som bekrefter antagelsen at pasientperspektivet er i endring. «*Pasientens helsetjeneste innebærer å flytte makt fra systemet til pasienten. Pasienten skal være en aktiv og likeverdig partner*» (Helse -og omsorgsdepartementet 2015, 49).

Innebærer dette at sykehus i større grad må organisere seg fra profesjonens helsetjeneste til pasientens helsetjeneste? Gitt dette pasientperspektiv, kan en slutte seg til Foucault sitt konstruktivistiske syn, hvor diskurser konstituerer og konstruerer samfunnet (Veum, Hitching og Nilsen, 2011, 22).

Slik viser diskursen at en kan danne ny kunnskap og forståelse for et endret pasientperspektiv, hvor pasienten er endringsagenten i helsetjenesten. Faircloughs sin tre-dimensjonale modell for kritisk diskursanalyse, viser at teksten er produsert gitt visse produksjonsbetingelser. Intertekstualiteten er knyttet til undersøkelsen av forandring, slik pasientperspektivet trolig er. Slik kan en anerkjenne argumenter for at makten er produktiv.

Pasientperspektiv gitt denne betydning, innebærer nye krav til ledelse i sykehusene slik stortingsmeldingen påpeker.

Ordet «plikt» kan knyttes til lovgivende makt og således understreker forskriften som bindene. Ordet innebærer definisjonsmakt, og bekrefter ansvaret som hviler på ledelse. I denne forståelse kan virksomheten blir strafferettsansvarlig, dersom en ikke innfrir sine plikter. Ansvar for at pasienter skal få behandling som er trygge og av god kvalitet hviler i denne forståelsen.

I Meld St.11 (2015-2016) finner jeg hjemmel for argumentasjon, som understreker leder sitt ansvar med systematisk kvalitetsforbedring:

«Stor variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester kan være en indikasjon på kvalitetssvikt og innebære en fare for pasientsikkerheten. Variasjon kan være uttrykk for underbehandling, overbehandling eller feilbehandling. Standardisering av pasientforløp, med utgangspunkt i oppsummert kunnskap og faglige retningslinjer, er viktig for et godt behandlingsresultat, for god utnyttelse av kompetanse og ressurser i sykehusene, og ikke minst for å sikre pasientene helhet, kvalitet og sammenheng» (Helse -og omsorgsdepartementet 2015).

Slik det nevnes i Meld.St.11(2015-2016), «Nasjonal helse- og sykehusplan» om standardisering av pasientforløp for å sikre pasientene helhet, kvalitet og sammenheng, harmonere den argumentasjonen med «systematisk kvalitetsforbedring» i ny «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring», der lederansvaret blir tydeliggjort. I denne del av analysen er nøkkelord identifisert som : *Overordnet ansvar – lederansvar, Styringssystem og Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring*. Slik påpeker jeg argumenter for hvordan forstå eller tolke *ledelsesperspektivet*, og ordlyden i ny forskrift.

4.5 Finnes det utfordringer eller motsetninger i forskriften?

Hvilke utfordringer ligger det i å lede det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring? Finnes det svakheter i argumentasjonen? I min analyse av valgte forskrift, er det på nytt nødvendig å se på nøkkelbegrep som er identifisert som lederansvar-styringssystem-systematisk kvalitetsforbedring. En svakhet i analysen som er foretatt kan ligge i valg av nøkkelord eller nøkkeltekst.

Min erfaring som leder har gitt meg et perspektiv på hva ledelse innebærer, således dannes en ramme eller kontekstforståelse for min diskursanalyse. Valg av nøkkelord gitt mine «produksjonsbetingelse» danner en sosialkonstruksjon og mening for hvordan forstå ledelse. Gitt en annen ledererfaring, vil valg av nøkkelord trolig identifiserer andre meningsdannende ord, gitt i den kontekst forståelse av hva lederansvar innebærer i et sykehus. Således kan en sannsynligvis avdekke annen argumentasjon, synspunkter og forståelse av den sosiale virkelighet.

Et annet aspekt er tidsperspektivet. Forskriften er utgitt i januar 2017, og erstatter internkontrollforskriften som ble utformet i Spesialisthelsetjenesteloven i 2001. En tidsperiode på 16 år beskriver samfunnssosiale utfordringer knyttet til politiske vedtak, skriftlige utredninger og offentlige høringer. I dette tidsrommet er dokumenter produsert, hvor en finner argumenter som anerkjenner at pasientsikkerheten har vært for dårlig. Kan en anta at arbeid med kvalitetsforbedring ikke er gitt nok prioritet og oppmerksomhet blant ledere i helseforetak?

Flere NOU-dokumenter, tilsynsrapporter utarbeidet fra helsedirektoratet og i St.Meld.11 (2015-16) Nasjonal og helse-og sykehusplan indikerer at så er tilfelle.

Dokumentene peker på at internkontrollforskriften har vært lite kjent blant ledere og at arbeid med kvalitetsforbedring ikke har vært tilstrekkelig implementert i virksomheten. Tvetydig lederansvar kan innebære ulik forståelse for hvordan leder skal styre, etter kvalitetsparametere og tidligere internkontrollforskrifter.

Argumentasjonen finner vi hjemmel for i Meld St.11 (2015-2016), «Nasjonal helse- og sykehusplan». Den bekrefter at: *«Helsetilsynets landsomfattende tilsyn har avdekket utfordringer med styring og ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Svikt og risikoområder fanges ikke opp, og ledelsen bruker i liten grad resultatmål for å følge med på om virksomheten yter gode og forsvarlige tjenester»* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

I dette utsagnet finner en lederutfordringer når en avdekker svikt og risikoområder i virksomhetens helse- og omsorgstjenester. Finnes det verdier i organisasjonen som fremmer trygghet og gir ledere et handlingsrom for hvordan håndtere svikt i helsetjenester? Med dette mener jeg trygge og gode meldesystemer som har til hensikt å forbedre helsetjenesten. Intensjonen med meldeordninger kan en anta er å fremme læring og gir muligheter for å endre praksis. Utfordringen krever ledere som har mot og innsikt til å gjøre en endring. I Meld. St.11.(2015-2016), «Nasjonal helse- og sykehusplan» beskriver en indirekte hva leder bør gjøre: «avdekke svikt og risikoområder, og anvende resultatmål for å følge med på virksomheten» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Nasjonale tilsynsrapporter dokumentere tilbakemeldinger fra pasientens opplevelse eller skade omfang, av helsetjenester de mottar eller ikke får. Meld. St.11 (2015-2016), «Nasjonal helse- og sykehusplan» påpeker dette er lederansvar fordi: *«Det er store forskjeller mellom hvordan sykehus og helseregioner arbeider med utvikling, måling og styring av kvalitet. Tilsyn har vist at dagens forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten er for lite kjent og mangelfullt fulgt opp i deler av tjeneste»* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

I dette dokumentet påpeker en at meldeordninger og håndtering av avvik ikke oppfyller de kriterier som er ønsket. Styresmakten ønsker å håndtere avviksmeldinger og uønskede hendelse på en bedre måte. Gitt disse argumentene kan ny forskrift, erstatte interkontrollforskriftene, hvor det er leder sitt ansvar for systematisk kvalitetsforbedring. Hjemmel for argumentasjonen finner vi i spesialisthelsetjenesteloven §3-3 som pekere på at sykehuset har «plikt til å» melde uønskede hendelse. Budskapet i forskrift er tydelig, kan det være forventninger til lederansvar i forskriften som ikke kommer tydelig nok frem?

Forventningen til leder er «å utøve ansvar for styringssystem». Ansvar for styringssystem innebærer ansvar for økonomistyring. Forskriften kan ha skjulte intensjoner som kan være komplisert å avdekke. I analyse av forskriften er det eksempelvis vanskelig å identifisere argumenter som identifiserer utfordringer bundet til økonomisk styring. Jeg kan ikke identifisere en sammenheng i valg av nøkkelord og lederansvaret knyttet til ressursstyring. Er økonomi og ressurs ansvaret skjult i lederansvaret? Mine lederutfordringer i sykehus, er i stor grad knyttet til ressursmangel og stramme budsjetter.

Tildelte budsjetter skal være i overenstemmelse med krav i forskriften. Sykehus skal få tildelt de rammer som skal gi muligheter for å kunne løse sitt samfunnsoppdrag. Dersom «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring» ikke samsvarer med gitte rammer, kan dette bidra til å svekke troverdigheten til nevnte forskrift.

Hvorfor er det viktig å forstå lovendringer og en ny forskrift? I et ledelsesperspektiv er det viktig å forstå hva som utfordrer helsetjenestene, hvilke forventninger som fremmes i oppdragsdokumentet fra lovgivende makt. Offentlige dokumenter som forskriften er, gir viktig kunnskap til planlegging og styring og utøvelse av omsorgstjenester.

4.6 Kan en trekke noen slutning?

Hvorvidt disse argumentene er sanne eller usanne er ikke avgjørende for min analyse. Ved å identifisere argumentene i en logisk rekkefølge og sette dem inn i konteksten som er beskrevet i oppgaven, vil kritisk diskursanalyse som metode kunne avdekke om det er sammenhenger i tekst og argumentasjon. Ved bruk av Fairclough sin tredimensjonale modell, er «produksjonsbetingelser» for forskriften avdekket i §3 «ansvar for styringssystem». Ved hjelp av Toulmin sin modell for argumentasjon, har jeg analysert tekst og ordlyd i forskriften. Analysen min avdekket intensjonen eller budskapet i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». «Lederansvar» er identifisert i forskriften, og argumentasjonsmodellen viser at det er belegg og hjemmel som danner rasjonelle og logiske argumenter. Argumentasjonsrekken som følger med «lederansvar» viser at nøkkelord som «styringssystem» og «systematisk arbeid med kvalitetsforbedring» danner mening og betydning for hvordan forskriften kan forstås, og at det er en logisk forbindelse mellom påstand, belegg og hjemmel. Forskriften er et styringsdokument som argumenterer for at lederansvaret er sentralt for å sikre og produsere gode helse- og omsorgstjenester, og den

logiske konsekvens er at det er leder sitt ansvar å implementere arbeid med kvalitetsforbedring i sykehus. Videre er det i argumentasjonsrekken funnet belegg for at det er øverste leder som er ansvarlig for arbeid med kvalitetsforbedring, og at helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Slik kan en identifisere årsakssammenhenger mellom påstand, belegg og hjemmel. Gjennom rasjonalitet og logisk argumentasjon kan en anerkjenne forholdet mellom påstand og begrunnelse. Påstand i argumentasjonsrekken er at det er leders ansvar *å sørge for...* at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Begrunnelsen finner vi hjemmel for i forskriften og i Spesialisthelsetjenesteloven. For å oppnå dette styringsmål må sykehuset organisere seg slik at de har en ansvarlig leder på alle nivåer. Lederansvaret innebærer å imøtekomme myndighetskravet om at faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester etterleves. Slik kan en identifisere meningsdannelser og fremme ulike perspektiv av forskriften, som omhandler hvordan en forstår lederansvar.

Har den logiske argumentasjon en høy grad av troverdighet? Myndighetene besitter definisjonsmakten. Argumentasjonen i forskriften er lovgivende, og «sørge for»-prinsippet er gjeldende for å ivareta at befolkningen i Norge har helsetjenester som er trygge, virkningsfulle og av god kvalitet - slik det beskrives i dokumentet «...*Og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten» (Helsedirektoratet 2005). Slik kan en argumentere for at forskriften danner ramme for lederansvar og hvordan styre helseforetak.

KAPITTEL 5. LEDERPLAKAT

«Lederplakaten Helse Vest» inneholder fire deler. Første side er del av et strategidokument som viser *visjon, mål og verdier*. Andre side beskriver *lederansvar*, og hvordan en kan forstå lederansvar, tredje side viser til lederatferd og fjerde side viser til hvordan Helse Vest som organisasjon kan bidra til å støtte leder i å nå sine mål (Helse Vest 2010, 1-4).

I Helse Vest sin lederplakat er verdiene «respekt», «kvalitet» og «trygghet» fremhevet. Hvorfor har helseforetaket valgt å trekke frem verdier i ledeperspektivet? Samsvarer disse verdiene med den nye forskriften til ledelse? Sykehus er komplekse organisasjoner med spesialisert kompetanse, og har fokus på prosessmål og resultatmål slik «Lederplakat Helse Vest» er formulert.

Hvordan forstå verdier i et ledelsesperspektiv? Verdier i en organisasjon kan representere en symbolikk eller profil av organisasjonen, og et ønske eller visjon overfor ansatte, pasienter og brukere. Formuleres verdier som anvendt virkemiddel for å formidle budskapet i lederplakaten? Organisasjoner som vektlegger verdier i sin tilnærming til ledelse, forbinder er gjerne verdier med organisasjonskultur. Verdier skaper en felles ramme for forståelse og verdsetting blant ansatte i organisasjonen og danner uttrykk for virksomhetens identitet og mål (Strand 2007, 182). Slik kan en argumentere for at verdier er bærende, opptatt av relasjoner mellom mennesker, og oppfattes ofte som meningsfulle (Strand 2007, 183). Hva som regnes som verdifullt i en organisasjon, kan være grunnleggende antagelser som ikke er observerbare, men kan gi grunnlag for atferdsnormer som er uttrykk for verdiene (Strand 2007, 186).

I lederplakaten kan verdier oppfattes som annet enn kulturelt betinget. Dette vil jeg undersøke i en analyse med de nøkkelord jeg har identifisert og anvendt gjennom Toulmin sin argumentasjonsmodell. Verdier kan forstås ulikt, basert på noen grunnleggende antagelser som tid, tillit og tilhørighet, slik Edgar Schein beskriver i sin organisasjonsmodell. I kjernen ligger grunnleggende antagelsene, knyttet til verdier, språklige uttrykk og artefakter, til forståelsen av hva eksempelvis kultur kan være (Strand 2007,186).

Grunnleggende antagelser er forhold som tas for gitt og i diskursanalysen kan en trekke frem nøkkelord i disse grunnleggende antagelsene, for eksempel ordet «tillit». I Helse Vest sin

lederplakat defineres lederansvaret gjennom å ha pasientens behov i fokus, og fremme grunnleggende holdninger som tillit. I et leder perspektivet kan en anta at ledere i helseforetaket legger til grunn at pasienten har tillit til helseforetaket som organisasjon, og at de blir ivaretatt med de verdier organisasjonen ønsker å fremme, som er respekt, kvalitet og trygghet. Hvordan pasientene og brukerne opplever helsetjenestene, og hvordan ledere i helseforetak håndtere tilbakemeldinger, avviksmeldinger og uønskede hendelser, kan påvirke fremtidig adferd.

Sykehus som organisasjon styres blant annet gjennom kvalitetsindikatorer, pasientsikkerhetsprogram, rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter og sykehuset sitt melde- og avvikssystem som er del av styringsverktøy for ledelse. I denne funksjonsbeskrivelsen av hvor ledere anvender styringsverktøy, blir virkelighetsforståelsen for pasienten dannet, og tillit og meningsdannelser skapes.

I Helse Vest sin lederplakat innebærer lederansvar å arbeide med kvalitetssystem i prosess og resultat. Harmonerer dette med begrepene kvalitet og kvalitetsforbedring, slik forskriften peker på? Det er leders ansvar for at pasientens føler trygghet for tilgjengelighet og omsorg. Hvordan skal leder forstå begrepet «trygghet»? Innebærer trygghet å redusere risiko?

I et lederperspektiv er det leder sitt ansvar å trygge helsetjenestene og redusere risiko. Dette er beskrevet i Meld. St.10 (2012-13) som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Dokumentet definerer kvalitetsforbedring som et lederansvar på alle nivå (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Det vektlegges virksomheten sitt ansvar for å opprette systemer som ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet.

Dette kriteriet kan vi finne i lederplakaten, hvor lederansvar innebærer å arbeide med kvalitetssystem. I denne erkjennelsen kan en anta at Helse Vest løfter frem arbeid med kvalitetssystem, som sammenfaller med det lederansvaret en har for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet.

5.1 Kontekst for ledelse

Hvordan operasjonalisere lederansvar og hvilken funksjon skal lederplakat ha? Hva slags type tekst er dette, og hvilke aktører har skrevet den? Hva er formålet med lederplakaten?

Dokumentet er formet som et strategidokument for helseregionen og fremmer visjon, verdier og mål. Avsender i helseforetaket som har utformet teksten, kan sannsynligvis representere

fagekspert i sykehusorganisasjonen. Dokumentet gjenspeiler forventninger til at lesere i helseforetaket kjenner til begrep som trygghet, tillit og kvalitet.

Hva er konteksten for ledelse i lederplakaten til Helse Vest? Helse Vest får årlig et statlig oppdragsdokument hvor forskriften om ledelse og systematisk kvalitetsforbedring skal tolkes. Myndighetskravet er formulert i Helse Vest sin nettside slik: *«Det overordnede målet med helsetenesta i Noreg er å sikre alle innbyggjarane tilstrekkeleg og god tilgang til tenester som er trygge og fagleg forsvarlege. Dei statlige helseføretaka skal ivareta drift og utvikling av sjukehus og anna spesialhelseteneste»* (Helse-Vest.no «Kva er oppdraget» 2016).

I Helse Vest sin lederplakat beskrives lederperspektivet som en visjon å «fremme helse og livskvalitet». Lederplakaten er et utdrag av Helse-Vest sin strategi- og handlingsplandokument Helse2020. Formålet med dokumentet er å sikre at strategi- og planarbeidet i Helse -Vest er oppdatert og fanger det relevante mulighets- og utfordringsbildet (Helse Vest 2010, 1-4).

I Helse Vests lederplakaten, er ordet *visjon* valgt. Visjoner kan gjenspeile organisasjonen sitt verdigrunnlag, og forankre standarder og oppfatninger som avspeiler og påvirker alle sider av virksomheten (*Store norske leksikon*, s.v «Visjon» lest 29.05.18).

Finnes det skjulte intensjoner i lederplakaten? Kan ordlyden i beskrivelsen av visjonen danne en form for merkevarebygging? Merkevarebygging kan forstås i denne sammenheng slik: *«alle aktiviteter som går med til å skape, posisjonere, opprettholde og videreutvikle et mentalt bilde(image og omdømme) av en varemerkebeskyttet vare eller tjeneste med navn/logo i folks bevissthet, i den hensikt å gi produktet identitet og tilleggsverdi»* (*Store norske leksikon*, s.v. «merkevarebygging», lest 29.05.18). Visjonen kan forstås som virksomhetens langsiktige mål. Mål og verdier i lederplakaten kan knyttes til Helse2020 strategi og handlingsplan dokument.

I denne konteksten er forventning til ledere i helseforetaket at de har kjennskap til juridiske virkemidler regulert i Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonell loven, prioriteringsforskrifter etter alvorlighetsgrad, kvalitetsparametere og Pasientrettighetsloven. Disse juridiske virkemidlene danner styringsrammer /kontekst for å kunne utføre det samfunnsoppdraget spesialisthelsetjenesten styres etter.

Staten tildeler ressurser som skal samsvare med samfunnsoppdrag norske sykehus skal forvalte. Gjennom lovverket og tildelte ressurser ligger forventninger til en standard og nivå som innebærer kvalitet av helsetjenester, som norske sykehus skal tilby. Lederplakaten skal formidler holdninger, kultur og forventet adferd. Leder spesifiseres til å være «ansvarlig». Plakaten beskriver hva lederansvar innebærer, hvilke visjoner, verdier og mål som vektlegges. I lederplakaten beskrives dette som: «*Strategi for helseregionen - Visjon og mål*».

Forskriften definerer formål, virkeområde og krav til styringssystem. Verdier kommer ikke eksplisitt frem i forskriften. Det er et overordnet krav til ledelse og systematisk forbedring av kvalitet av helsetjenester, som vektlegges. Helse Vest har i sitt regionale oppdragsdokument utformet «Lederplakat Helse Vest», som tar utgangspunkt i verdier som fremmer *Respekt* i møte med pasienten, *Kvalitet* i prosess og resultat som gjenspeiler lederkrav. *Trygghet* for tilgjengelighet og omsorg, *kompetanse* er nøkkelord. Målet er trygge og nære sykehustjenester (Helse Vest 2010, 1-4).

Hvordan skal en forstå hva som er en plakat? Er det en anbefaling for hvordan ledelse skal operasjonaliseres? En plakat kan være en tolkning av forskriften, den er ikke et juridisk dokument. Valg av ord og tekst danner språk som gir kraft i valg av verdibaserte ord som respekt, trygghet og omsorg. Lederplakaten har således annen ordlyd enn forskriften som har krav til og ord som, *skal sørge-for* ansvar.

Ordet plakat kan forstås slik: «*Plakat, trykket oppslag til offentlig bruk og som angår et produkt eller en tjeneste ved å bruke tekst, grafisk elementer og bilde. Plakater har vært mye brukt i reklame og propaganda og er beregnet på å tiltrekke oppmerksomheten og sees på lang avstand. Det brukes derfor oftest kraftige og enkle former og farger*» (Store norske leksikon, s.v «Plakat» lest 17.04.18).

En ledelsesplattform/lederplakat kan betraktes som et hjelpemiddel for å identifisere, rekruttere, utvikle og følge opp ledere, og gjennom dette bedre kvaliteten i alle deler av tjenesten.

Lederansvar i lederplakaten til Helse Vest er beskrevet slik:

- Trygge og nære sykehustjenester, pasientens behov i fokus. Innebærer at leder fremmer verdier som respekt, tillit og troverdighet i møte med pasienten.

- Helhetlige behandling og effektiv ressursbruk. Innebærer medvirkning i tråd med prioriteringsforskriftene og sikre effektiv drift.
- En fremtidsrettet kompetanseorganisasjon, innebærer at leder skal bidra til å sikre rett kompetanse, rekruttere og utvikle ny kompetanse og forskning (Helse Vest 2010, 1-4).

Lederplakaten beskriver lederadferd. Kan denne funksjonsbeskrivelsen skape forventning for hvordan en ønsker å utvikle leder identitet? I plakaten blir lederadferd beskrevet slik:

- Ansvarlig og helhetstenkende, leder skal ta utgangspunkt i virksomhetens verdier og mål.
- Handlingsorientert og kommuniserende, innebærer at leder skal ha mot og evne til å utøve lederskap. Grunninnstilling og perspektiv på ledelse er å være samarbeidsorientert, involver og skape dialog.
- Endringsvillig og handlekraftig atferd, gjennomføringsdyktig og mål-og resultatrettet.
- Helhetstenkende og være en inspirerende pådriver.

Skal lederplakaten være en bevisstgjøring knyttet til lederidentitet, rolleutvikling, og bidra til en helhetsforståelse av virksomheten som en skal være med å styre? Forutsetninger som må være til stede for at ledere skal lykkes med å løse sine oppgaver er beskrevet i form av: lederutvikling, lederstøtte, styringsinformasjon, og gis mulighet for å drive systematisk forbedringsarbeid (Helse Vest 2010, 1-4).

5.2 Hvilken funksjon skal lederplakaten ha?

Lederplakaten har elementer av retorisk argumentasjon når den beskriver at bestemte forutsetninger må være til stede for å lykkes med sine oppgaver. En kan anta at plakaten påvirker til forming av ledelse. En kan stille spørsmål om det hviler en forventning til ledere i helseforetaket, en fordring om at dokumentet skal bidra til felles forståelse for utfordringer og krav til lederrollen i helseforetaket. I lederplakaten finner en argumenter som bekrefter en felles verdimesig forankring knyttet til pasientperspektivet, og teksten kan dermed være en støtte og rekruttering til ledere. En påstand som fremmes er : *«dersom en følger plakaten anbefalinger vil kvalitet fremmes»*. Hvor finnes belegg for denne påstanden? Er det allmenne og uttalte oppfatninger i helseforetaket, om hvordan kvalitet fremmes? Kan vi anta at dette er fortolkninger eller forventninger som bygger på internkontrollforskriftene fra Helseforetaksloven fra 2001?

Det er vanskelig å se at denne form for argumentasjon samsvarer med den nye forskriften, der det presiseres at systematisk kvalitetsforbedring er et lederansvar. Ordlyden i Helse Vests lederplakat kan forstås som overordnede forventninger til leder, gjennom grunnleggende kjennetegn på hva lederansvar er, og hvordan en kan oppnå mål og forventninger fra helsemyndighetene. Helse Vest kan ha formulert lederplakaten slik at den er tilpasset til egen virksomhet.

5.3 Begrepet «lederansvar»

«Lederplakat Helse Vest» tar utgangspunkt i verdier som fremmer *Respekt* i møte med pasienten, *Kvalitet* i prosess og resultat som gjenspeiler lederkrav, og *Trygghet* for tilgjengelighet og omsorg. Disse, samt krav til kompetanse, er identifisert som nøkkelord. Mål er trygge og nære sykehustjenester (Helse Vest 2010, 1-4). Dette er utsagn som inngår i diskursanalysen, for å analysere mønstre i teksten og identifisere argumenter på hvordan forstå ledelsesperspektivet i plakaten.

Følger vi Stephen Toulmin sin argumentasjonsmodell, kan vi benytte tre komponenter i et rasjonelt argument på følgende måte:

Påstand: Respekt i møte med pasienten.

Lederplakaten viser til lederansvar ved å anvende tekst som: «pasienten skal bli møtt med respekt». Plakaten argumenterer ved å plassere pasientens behov i fokus ved å vektlegge helse, som er en sentral verdi i et ledelsesperspektiv.

Belegg for påstand:

Argumenter som danner belegg for denne påstand finner vi i Lov om pasient – og brukerrettigheter fra 2001, som forsterket pasientens rettigheter og i dokumentet Nasjonal helse – og sykehusplan, Meld. St.11 (2015-2016) handler om å skape pasientens helsetjeneste. Bærende elementer er trygghet, forutsigbarhet, respekt og høflighet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Her følger vi en argumentasjonsrekke der ordet «respekt» leder til nye argumenter og forsterker budskapets betydning, helseforetaket sin klargjøring hva lederansvar innebærer blir her tydelig. Den logiske konsekvensen av ordets betydning «respekt», står til lederplakatens

nøkkelord, «kvalitet» og «trygghet». Disse nøkkelordene danner forståelse eller mening for hvordan lederansvar eller ledelse er tolket i lederplakaten til Helse Vest. Slik kan vi hevde at ordets betydning bestemmes av forholdene mellom ordene.

Dokumentene viser til pasientperspektivet, og i lederplakaten er pasientperspektivet utformet som pasientens behov for trygge og nære sykehustjenester. Det er leder sitt ansvar å fremme verdibaserte holdninger i respekt i møte med pasienten som fremmer tillitt og troverdighet.

Verdier som «trygghet» danner belegg for påstanden om å møte pasienten med respekt. I lederplakaten innebærer lederansvaret å gi pasienten trygge og nære sykehustjenester. Trygghetsperspektivet blir mer eksplisitt i lederplakaten. Endret pasient- og brukerperspektiv indikerer at trygghet er en essensiell verdi for pasientens opplevelse som bruker av helsetjenester, og ansvaret hviler på ledere. Helsetjenestene skal bl. a. være av god kvalitet, og være virkningsfulle og trygge, slik de er beskrevet i «...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Trygghet er ikke et parameter for kvalitet på helsetjenestene, men teksten retter søkelys på de utfordringene samfunnet har til dokumentasjon, informasjonsflyt og kommunikasjon i en teknologisk utvikling som krever hurtig taktskifte og rask omstilling, i henhold til prosedyrer og regelverk (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

Verdier som «kvalitet» forsterker argumentet for påstanden om å møte pasienten med respekt. Meld. St. 10 (2012-13) omhandler kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Dette dokumentet presiserer at kvalitetsforbedring er et lederansvar på alle nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I dokumentet fastslås det at virksomhetene selv er ansvarlig for å opprette systemer for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Denne argumentasjonen finner vi igjen i lederplakaten som knytter lederansvaret til arbeid med kvalitetssystem. Pasientens behov for trygge og nære sykehustjenester er knyttet til kvalitet av helsetjenester og pasientsikkerhet. En logisk argumentasjon er at det er leders ansvar å avdekke risiko for alvorlige hendelser, implementere systematisk kvalitetsforbedring og forebygge uønskede hendelser.

Lederansvar beskrives ved å arbeide med kvalitetssystem, og leder skal sikre at virksomheten utarbeider system som analyserer og evaluerer kvaliteten og resultatene av behandlingen, samt at det videre utarbeides avvikssystem for virksomheten. Det er leders ansvar å sikre rett

kompetanse. Denne argumentasjonen finner en støtte for i NOU – med rapporten «Med åpne kort» defineres god kvalitet av helsetjenester slik:

«når pasienten har fått relevant behandling for den aktuelle tilstanden, behandlingen er gjennomført innenfor forsvarlig ventetid og behandlingen er utført av kvalifisert personell i samsvar med faglige standarder. Dessuten må pasient og pårørende ha fått og forstått tilstrekkelig informasjon og blitt involvert i tilstrekkelig grad i beslutninger av betydning. Videre skal ikke pasienten ha blitt påført unødvendige skader, og dersom slikt har skjedd, må tilstrekkelige skadebøtene tiltak iverksettes» (NOU 2015: 11, 194).

Ordet *Systematiserer* er poengtert i arbeidet med kvalitetsforbedring i et pasientperspektiv. Pasienten skal ha en helhetlig behandling, og utnyttelse av ressurser skal være til gode for pasienten. I lederplakaten kan en lese at *utvikling av system* er anvendt i hvordan ledere kan søke støtte til å utvikle system, prosesser og strukturer. I lederplakaten henvises det til medarbeidersamtaler, endringsprosesser og organisasjonsutvikling. Det harmonerer ikke med systematisk kvalitetsforbedringer som er nevnt i forskriften. Her følger ikke en logisk argumentasjon, og kan tyde på en annen fortolkning av hvordan forstå *systematisk kvalitetsforbedring*.

Argumenter for at kvalitetsbegrepet er relatert til pasientperspektivet, er identifisert som pasientens behov for trygge og nære sykehustjenester. Denne form for argumentasjon finner en hjemmel for (både påstand og belegg) i Meld. St. 6 (2017–2018). Her fremmes kvalitet og pasientsikkerhet, pasientens medbestemmelse, og det er pasientens sin helse som skal være i sentrum.

Lederplakaten er utformet som en funksjonsbeskrivelse av lederoppgaver. Slik kan en argumentere for at trygghetsperspektiv som verdi, kan knyttes til verdien av kvalitet av helsetjenester, og leder sitt ansvar ligger i arbeidet med å redusere risiko for alvorlige hendelser. I dette perspektivet fremmes trygghet for sikre helsetjenester av god kvalitet.

Hjemmel for denne argumentasjonen finner en i «...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten» (Helsedirektoratet 2005, 12). I lederplakaten beskrives strategiske mål knyttet til lederansvar. Her kan en også finne hjemmel for argumentasjon i «Nasjonal helse- og sykehusplan» (2016-2019).

Videre finner vi argumenter som bekrefter både påstand og belegg for argumentasjonen i Meld St.11 (2015-2016), «Nasjonal helse- og sykehusplan», nemlig at bedre kvalitet og pasientsikkerhet oppnås gjennom fastsetting av kvalitetsmål. Slik kan en nå målet om god kvalitet. Denne form for argumentasjon er i tråd med lederplakaten sin tekst, hvor mål beskrives som «*trygge og nære sykehustjenester*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 39). «*Kunnskap om kvalitet forutsetter at kvaliteten kan måles*», videre argumenteres det i meldingen at «*kvalitetsmål skal beskrive kvalitet i tjenesten*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 87). Utfordringen er å avklare hvilke kvalitetsmål som gir betydningsfulle variasjoner i kvalitet. Bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer skal si noe om kvalitet i helsetjenesten. Kvalitetsindikatorer mottar data som registreres i nasjonale medisinske kvalitetsregistre, f.eks. Norsk pasientregister (NPR), nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og krefregisteret (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 88).

Slik kan en argumentere for at lederansvar er en målsetting i lederplakaten, som fastslår å styrke pasientperspektivet. Pasientperspektivet skal samsvare med verdiene i lederplakaten som er «respekt», «kvalitet» og «trygghet».

5.4 Ressursstyring er en del av lederansvaret

Lederansvar innebærer ressursstyring. Denne påstanden finner vi belegg for i Meld. St.11 (2015-2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Hjemmel for argumentasjon finner vi der det påpekes at lederansvar er knyttet til ressursstyring, slik det står formulert i lederplakaten. I meldingen påpekes det at 65-70 % av driftskostnaden i spesialisthelsetjenesten er knyttet til lønnskostnader. Videre finner en i rapport fra Helsedirektoratet Samdata - Spesialisthelsetjenesten 2015 at det er store variasjoner mellom helseforetakene i bruk av ressurser (Helsedirektoratet, 2016, 10). I norske sykehus er flere ledere bekymret for at oppgaver som skal utføres, ikke samsvarer med ressurser. Det er et lederansvar å planlegge ressursene bedre og mer effektivt. Ressursstyring er knyttet til bruk av kompetanse til det beste for pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

I «Lederplakaten Helse Vest», har lederansvaret utgangspunkt i organisasjonenes verdier, mål og ressursgrunnlag. Nøkkelbegrep er «respekt», «kvalitet» og «trygghet». Kan det tenkes at lederperspektivet knyttet til verdier kan være deriverende? Lederansvar innebærer

ressursstyring knyttet til driftsansvar, lederansvar er endret med endret pasient- og brukerrolle. Pasientperspektivet inviterer til integritet og medbestemmelse av sin egen helse, rett til helsetjeneste og trygghet til tilgjengelige helsetjenester, selv ved begrensede ressurser.

Lederansvar kan være knyttet til kriterier for prioriteringer av helsetjenester, som kan forstås ved nytte og kostnadseffektivitet. Det er avgjørende å vurdere alternativkostnader når det er begrensede ressurser, slik tilfellet er i offentlig helsevesen (Bringedal, Iversen og Kristiansen, 2003). I prioriteringer vedrørende kostnadseffektiv behandling og alvorlighetsgrad av sykdom, kan det oppstå en verdikonflikt. Dette er spørsmål som berører ledere når en skal prioritere. Prioriteringer gjøres på bakgrunn av verdivalg. Ledere kan komme i et etisk dilemma der en må avveie nytteetikk (nytte-maksimering, mest helsegevinst) mot pliktetikk (avviser begrepet om nytte og helsegevinst). Det kan være andre hensyn som en leder plikter å ta hensyn til (Penner 2013).

Spesialisthelsetjenesten er finansiert gjennom rammetilskudd, innsatsstyrt finansiering (ISF) og refusjonsordninger. Samhandlingsreformen som ble innført i 2012, skulle forbedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og forhindre unødvendige innleggelse i sykehus. Den skulle og fungere som et kostnadsbesparende insentiv for spesialisthelsetjenesten. Samtidig økte graden av rammefinansiering og DRG-satser på gjennomførte prosedyrer ved norske sykehus ble redusert (Helsedirektoratet 2013, 13).

Belegg for argumentasjonen finner vi i forskning fra Storbritannia (Health.org.uk, «Could quality be cheaper?», 2011). Forskningen viser til kvalitetsforbedringer i helseorganisasjoner, som trolig gir muligheter for å redusere offentlige helseutgifter. Ledere kan være med på å påvirke til endring i helseorganisasjoner og finne muligheter og alternative løsninger for å redusere kostnader i helse- og omsorgssektoren.

Utfordringer for ledere handler også om leders utfordringer knyttet til endring i teknologi og digitale verktøy. Hvordan et sykehus som organisasjon møter krav til systematisk kvalitetsforbedring kan utfordres av hurtige taktskift, teknologisk omstilling og vilje til å utøve effektiv ressursutnyttelse av offentlige midler. Argumentasjon som fremmer endringer for fremtidsrettede løsninger finner vi i Stortingsmeld.29, «Morgendagens Omsorg», hvor det blant annet påpekes å *«ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på en nye måte»* og å *«utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi og endringer av organisatoriske og fysiske*

rammer» (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

5.5 Kan en trekke noen slutning?

Gjennom denne argumentasjonsrekken kan en danne en slutning for hvordan vi kan forstå lederansvar i HF sin lederplakat. Lederplakaten kan forstås som en funksjonsbeskrivelse av lederoppgaver, og viser hva lederoppgaver bør inneholde. Valg av ord i setninger er:

- Arbeide med holdninger og kvalitetssystem
- Fokusere på etikk
- Helhetlig tenking
- Sikre effektiv drift
- Analysere og evaluere virksomheten
- Sikre rett kompetanse
- Utvikle ny kunnskap

Valg av ord kan tolkes som anbefalinger og veiledninger for lederoppgaver, som appellerer til gode holdninger og verdier som vi ønsker å fremme. Lederoppgaver kan innebære å forvalte sykehusets kultur og verdier. Det er ingen rettslige virkemidler benyttet i lederplakaten, og dermed heller ikke konsekvenser eller sanksjoner knyttet til brudd på lederplakaten.

I analysen ble begrepet «lederansvar» analysert ved å anvende Toulmins argumentasjonsmodell. Påstanden i argumentet lederansvar er «*respekt i møte med pasienten*». I dette pasientperspektivet vektlegges pasientens behov som verdiene *respekt*, *kvalitet* og *trygghet*, som en produksjonsbetingelse for å utøve lederansvar. Slik kan en argumentere for at ordenes betydning danner en definisjonsmakt for hva verdier kan forstås som. Det er altså ekspertorganisasjonen med sin fagkompetanse som danner en kontekst for hvordan forstå lederansvar i lederplakaten.

Gitt denne produksjonsbetingelsen, kan en spørre om hvor godt denne påstanden beskriver virkeligheten. Min påstand er at helseforetak er underlagt den medisinske diskursen som er understøttet av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom lovreguleringer. Slik kan en hevde at det oppstår flere meningsdannelser for hvordan forstå lederansvar i lederplakaten.

I analysen av lederplakaten har jeg funnet argumenter som beskriver at verdier ikke nødvendigvis er kulturelt betinget, ved å trekke frem pasientperspektivet og kvalitetsperspektivet i analysen. Belegg for denne argumentasjonen finner vi i «Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019» hvor pasientperspektivet er spesielt trukket frem. Bærende elementer er trygghet, forutsigbarhet, respekt og høflighet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

I analysen min har jeg identifisert i forskriften at «lederansvar» blant annet innebærer å arbeide med «systematisk kvalitetsforbedring». Ordet *systematisere* i lederplakaten beskriver ledermuligheter for å utvikle system, prosess og strukturer i organisasjonen. Slik kan en hevde at det er en divergens av ordets betydning. Det er vanskelig å identifisere en logisk argumentasjon som bekrefter at lederansvaret er knyttet til systematisk kvalitetsforbedring slik det er nevnt i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten».

Det er identifisert retoriske og logiske argumenter for å forstå forskrift og lederplakat, og som bidrar til å peke på årsakssammenhenger mellom påstand, belegg og hjemmel. Gjennom analysen min viser argumentasjonsmodellen at det kan være sprikende oppfatninger på hvordan forstå lederansvar, og at det ikke nødvendigvis er rasjonelle argumenter som danner logiske årsakssammenhenger. Dette har jeg forsøkt å belyse i oppgaven.

5.6 Finnes utfordringer og motsetninger i lederplakaten?

Hvordan velger Helse Vest å definere hva en leder er? Leder menes her som «*personer som har et samlet ansvar for en enhets resultater, inkludert økonomi, personale og fag*» (Helse Vest.no, 2011). Valg av ord har som formål å danne en mening, en meningsdannelse for hva en forstår med ledere i flertall og deres ansvar. Det er ingen bindende juridiske krav som følger ordenes betydning. Dette kan i best fall vurderes som en retningslinje, veiviser eller anbefaling.

Lederplakaten bruker begrepene «Vi» og «Våre». Dette er flertallbenevnelse, ikke entallsbenevnelse, og valget er neppe tilfeldig. Dokumentet formulerer at ledere skal bidra til felles verdimesting forankring i arbeidet med å gi pasienten trygge og nære sykehustjenester etter pasientens behov. Betydningen av uttrykk eller ordlyd bestemmes av forholdene mellom ordene. Slik kan en altså forstå hvordan lederspesspektivet er fortolket i helseforetaket sin lederplakat. Lederplakaten peker på målsettingen for trygge og nære sykehustjenester i det

følgende: «*Våre medarbeidere og ledere tar ansvar og skaper gode resultat*». Her fortsettes beskrivelsen av flere ledere. Det oppstår et skille når forskriften tydelig definerer leder som «*den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for...*» mens lederplakaten peker på flertall (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten §3, 2017).

Eksisterer det to ulike oppfatninger eller kontekstforståelser for hva som betegner lederansvar? Har statlige myndigheter en bestemt antagelse av hva leder og lederansvar er, og Helse Vest en annen forståelse av samme ordlyd? Tekster koder virkeligheten sett fra et bestemt perspektiv (Grue 2015, 50) og valg av ord kan ha en skjult intensjon i lederplakaten. Visjoner og verdier kan oppfattes og tolkes på mange ulike vis. Dette avhenger av *produksjonsbetingelser* som i en diskursanalyse kan identifisere motsetninger i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten» versus «Lederplakat Helse Vest».

Et annet ord verdt å undersøke i lederplakaten er ordet «kvalitet». Er det allmenne og uttalte oppfatninger i helseforetaket, av hva ordet kvalitet betyr og hvordan arbeid med kvalitet fremmes som lederansvar? Rapporten fra Helsedirektoratet «... *Og bedre skal det bli*, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015», beskriver at «kvalitet» er et begrep som kan endre seg, avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning (Helsedirektoratet 2005, 11). Kan det hende helseforetak har forventninger som bygger på internkontrollforskriftene fra Helseforetaksloven fra 2001?

Det jeg søker i denne diskursive analysen er å identifisere om det er noen årsakssammenhenger mellom formulerte mål og forskriftens krav til lederansvar og systematisk kvalitetsforbedring og endret pasientperspektiv. Argumenter som trolig svekker innhold av lederplakat Helse Vest, kan en finne hjemmel for i Meld. St. 11 2016-2019, der det fremheves at pasienten/brukererfaringer besitter kunnskap, og kunnskap knyttes til fag og forskning for å oppnå best mulig kvalitet i tjenesten. Slik kan en identifisere at definisjonsmakt er i endring, i betydning pasientens helsetjeneste innebærer å flytte makt fra system til pasienten. Dette innebærer nye krav til ledelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 49)

Nye krav til ledelse er vanskelig å identifisere i «Lederplakaten Helse Vest», da lederplakaten fremstår som en styringsmodell som fokuserer på mål og resultatoppnåelse.

Utfordringen til ledelse er beskrevet i Meld.St.11.(2016-19), «Nasjonal helse- og sykehusplan» hvor pasientperspektivet er sentral. Verdier skal være grunnmur i alt arbeid, i møte med mennesker, og målet er å styrke pasienten (Helse-og omsorgsdepartementet (2015, 49). Slik kan en hevde at argumentasjonen fremmer pasientperspektivet og tydeliggjør at verdier kan forstås som annet en kulturelle verdier. Verdier i denne konteksten er «respekt», «kvalitet» og «trygghet».

KAPITTEL 6. DISKUSJON OG KONKLUSJON AV FORSKRIFT -LEDERPLAKAT

6.1 Hvilken sammenheng finnes mellom forskrift og lederplakat?

Forskningsspørsmål er utgangspunktet for diskusjon av analysen om hvordan forstå «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» i et ledelsesperspektiv?

Diskursanalysen tar utgangspunkt i konteksten eller produksjonsbetingelsene som danner styringsrammer for spesialisthelsetjenesten. Denne konteksten undersøkes i en kritisk diskursanalyse. Gjennom min analyse av dokumentets innhold, har jeg forsøkt å identifisere betydningen av tekst og innhold i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» og i lederplakaten «Helse Vest».

En diskursanalyse av begrepet «ledelse» og «lederansvar» danner utgangspunktet for problemstillingen. Forskriften og lederplakaten som er beskrevet i analysen har felles intensjoner; å sikre at befolkningen får helsetjenester som er tilgjengelige, trygge og av god kvalitet. Denne målsetningen danner felles *produksjonsbetingelser* for hvordan analysere begrepet «ledelse» og «lederansvar» i forskrift og lederplakat. Nøkkelord er identifisert og anvendt i Toulmins argumentasjonsmodell, for å forstå «lederansvar».

Begge dokumentene har en beskrivelse av hva «lederansvar» er, og analysen avdekker at det finnes ulike fortolkninger og kontekstforståelse av hva dette begrepet kan innebære. I analysen er krav til lederansvar identifisert i forskriften som «ansvar for styringssystem». Nøkkelord som er identifisert og benyttes i argumentasjonsrekken er:

- Overordnet ansvar – lederansvar
- Styringssystem
- Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring

Lederansvaret er identifisert som *sørge for*-ansvaret, og belegg for argumentasjon finnes i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

I lederplakaten er lederansvar identifisert, og tar utgangspunkt i verdier som fremmer *Respekt* i møte med pasienten, *Kvalitet* i prosess og resultat som gjenspeiler lederkrav, og *Trygghet* for tilgjengelighet og omsorg. Fellesnevner her er «pasientperspektivet», og inngår i diskursen fordi pasientperspektivet er vektlagt, og pasientens helse og brukermedvirkning er sentralt.

Denne endringen understreker nye rammebetingelser og kan påvirke den sosiale praksis i helseinstitusjoner og utfordrer lederansvaret. Belegg for påstanden er identifisert og danner logisk argumentasjon i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) Meld.St.11. Meldingen argumenter for pasientens forventninger til at helsetjenester skal være tilgjengelige, trygge, av god kvalitet og være virkningsfulle (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Diskursen om lederansvaret inngår i systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, som er en sentral verdi for at pasienten skal kunne motta helsetjenester som er *trygge, virkningsfulle og tilgjengelige*. Dette er et sentralt punkt i rapporten til Helsedirektoratet *Og bedre skal det bli* (Helsedirektoratet, 2005). «Lov om pasient- og brukerrettigheter» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) bidro til at pasient- og brukerrettigheter ble løftet frem i politiske og aktuelle samfunnsspørsmål. Pasientperspektivet blir ytterligere omtalt i «Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)» og *verdier* skal være grunnmur i møte med mennesker, altså å styrke pasienten (Helse- og Omsorgsdepartementet (2015, 49).

Pasientperspektivet bidrar til en viktig faktor i samfunnsdebatten. Dette er en definisjonsmakt som er gitt fra helsemyndigheter, og som er en produksjonsbetingelse for forskriften og i lederplakaten. Slik danner pasientperspektivet en maktfaktor som kan forstås som produktiv fordi det påvirker arbeidet til ledere i helseforetak, og det er leders ansvar å sikre at en implementerer systematisk arbeid med kvalitetsforbedring. I dette lederperspektivet, gitt forskriften som erstatter tidligere internkontrollforskrift, kreves det engasjement fra ledere å nyttiggjøre seg tilbakemeldinger fra pasienter som brukere av helsetjenester. Like viktig er at tilbakemeldinger om uønskede hendelser fra ansatte blir nyttiggjort (Aase 2010, 37).

Lederansvar, slik en kan forstå forskriften og lederplakaten, er å skape en arena for ansatte til læring, forebygging og forbedring i arbeidet med helsetjenester.

I diskursanalysen er Fairclough sin argumentasjonsmodell benyttet, for å identifisere forholdet mellom tekst i forskrift og lederplakat, samt hvilke produksjonsbetingelser disse tekstene er formulert og produsert for. Forskriften er et politisk styringsdokument og en lovtekst. Lederplakaten er formet som en del av et strategidokument for helseregionen og fremmer visjon, verdier og mål. Gjennom analysen er det avdekket språklige formuleringer og uttrykksformer som gjenspeiler de verdier en ønsker å formidle gjennom forskrift og ledelsesplakat. Denne form for produksjonsbetingelse er identifisert som ledelse.

Fairclough sin modell for tekstanalyse er benyttet, for å identifisere konteksten eller produksjonsbetingelsene for hvordan forstå begrepet ledelse i sykehus. Ved å benytte Fairclough sin modell, bekrefter analysen noen av mine antagelser i undersøkelse av «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» og «Lederplakat Helse Vest», for å se om det er noe forandring fra tidligere internkontrollforskrifter til den nye forskriften.

Forandringer som er identifisert i min analyse er:

- tydelig lederansvar
- økt bevissthet rundt pasient og brukerperspektivet
- skjerpet krav til at kvalitetsforbedring, og at den skal gjennomføres systematisk

6.2 Diskurs - Motsetninger mellom forskrift og lederplakat

I kapittel fire og fem har jeg identifisert hva lederansvar innebærer og trukket frem ulike betydninger av ordet «*ledelse*» og «*kvalitet*». Videre har jeg undersøkt om dette harmonerer med begrepene «*kvalitet*» og «*kvalitetsforbedring*» slik forskriften peker på. Ved å peke på ulike utfordringer og motsetninger, kan meninger identifiseres i lederplakat og om dette samsvarer med forskriften.

I min analyse er det vanskelig å identifisere den samme forståelsen for nøkkelbegrep i lederplakaten som i forskriften: Lederansvar – Styringssystem – Systematisk.

Betydningen av nøkkelord i forskriften har ved hjelp av min analyse avdekket at det neppe er samme betydning eller kontekstforståelse som teksten i lederplakaten. Dette løftes frem i diskursanalysen min ved å anvende Toulmin sin argumentasjonsmodell, ved å identifisere en *påstand*, et *belegg*, og en *hjemmel*.

Argumentasjonen følger prinsipper for logikk, som viser hvordan rasjonelle argumenter er holdbare i en argumentasjon. Identitetsprinsippet er identifisert i analysen som «lederansvar» og «ledelse». Det er *sørge for*-ansvaret som innebærer lederansvaret. Dette er vist i argumentasjonsrekken i kapittel 4 og kapittel 5.

I kapittel 5 avdekkes kontradiksjonsprinsippet, som påpeker motsetningen og fortolkningen av lederansvar, og som er identifisert i analysen. Analysen viser gjennom argumentasjon at lederansvar i forskriften er *sørge for*-ansvar, og lederplakaten kan forstås som del av et

strategidokument som formidler verdier, visjon og mål. Gjennom logisk argumentasjon er det undersøkt om påstanden enten er sann eller falsk (prinsippet om det utelukkede tredje i gjeldende argumentasjonsrekke (Grue, 2015, 27). Påstanden er at lederansvar i forskriften er identifisert som *sørge for*-ansvaret, og analysen avdekker at det eksisterer både belegg og hjemmeler for denne påstanden. Dette er vist gjennom logisk argumentasjon.

Hvorvidt påstanden er falsk eller sann, er ikke avgjørende i analysen, men er identifisert som motsigelser i analysen når en sammenligner dette med «Lederplakaten Helse Vest». Analysen viser argumentasjon som fortolker lederplakaten gitt en annen produksjonsbetingelse. Lederansvar er her identifisert som verdier, og bryter med fortolkning av forskriften. Denne argumentasjonen viser at det ikke er identifiserte årsakssammenhenger som anerkjenne forholdet mellom påstander og begrunnelse. Det bryter med «*Rasjonalitet er logikk som er operasjonalisert*» (Grue 2015, 25). Rasjonaliteten peker på at det finnes årsakssammenhenger, og at en kan begrunne påstander (Grue 2015, 25).

I diskursen for å påpeke motsetninger har jeg valgt ordet «ledelse», som er benyttet som øverste leder eller ledelse i både forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring, og i Helse Vest sin lederplakat. Rasjonell logikk viser til identitetsprinsippet, *lederansvar*. Forskriften beskriver ledelse som «*den som har det overordnede ansvaret for virksomheten*» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, §3, 2017). Lederplakat gir en funksjonsbeskrivelse av lederoppgaver, identifisert som «*personer som har et samlet ansvar for en enhets resultater, inkludert økonomi, personale og fag*».

Dersom en følger logisk argumentasjon (identitetsprinsippet) kan en spørre om betydning av ordet «leder» i forskrift er lik det språklige tegn for «leder» i lederplakat. Finnes det en felles forståelse for hva som kan danne mening til ledelsesbegrepet, gitt ledere som flertallsord av ledere, slik lederplakaten argumenterer hva ledelse innebærer, i motsetning til forskriften som viser til «*den overordnede*», som leder, entall?

Følger en Fairclough sin argumentasjonsmodell, kan en forstå teksten uti fra produksjonsbetingelser, og hvordan teksten produserer mening. I dette forstås et diskursiv objekt, en tekst eller ord som har en sosial opprinnelse og sosial funksjon (Grue 2015, 72). Avsender er statlig eier, utformet av Helse- og omsorgsdepartementet. Teksten gjenspeiler en

byråkratisk forforståelse for hvordan leder skal forstås, mens mottaker kan med sin fortolkning forstå leder i en annen sammenheng.

I denne sammenheng kan lederbegrepet forstås som et diskursivt objekt. Ledelsesbegrepet inngår da i den helseinstitusjonelle kontekst som danner ramme for vår virkelighetsforståelse.

6.3 Divergens mellom «ledelse» og «lederansvar»?

I den sosialkonstruktivistiske tilnærming til begrepet ledelse, er vår forståelse av hva leder/ledelse er, basert på antagelser som en tar selvfølgelig. Nøkkelbegrep i forskrift er som tidligere identifisert som *lederansvar*, *styringssystem*, *systematisk kvalitetsforbedring*. Nøkkelord til «ledelse» knyttet til funksjonsmål i lederplakaten er *respekt*, *kvalitet*, og *trygghet*. Er identifisert som:

- Mål - trygge og nære sykehustjenester
- Verdier - respekt i møte med pasienten

Forventninger i forskriften fremmes eksplisitt, som å «*utøve ansvar for styringssystem*». Forventningene utformet i lederplakaten er at «*leder skal være ansvarlig*».

I analysen er det identifisert ulike betydninger av «lederansvar» i forskrift og lederplakat. Det kan derfor argumenteres for at dokumentene ikke samsvarer, selv om intensjonen er den samme; og sikre befolkningen helse- og omsorgstjenester. Helseforetaket operasjonaliserer begrepet lederansvar. Lederplakaten viser til organisasjonenes verdier, mål og ressursgrunnlag. Videre formidler plakaten organisasjonens felles holdninger, kultur og forventet adferd. I teksten fremkommer det tolkning av hva lederansvar innebærer, hvilke visjoner, verdier og mål som vektlegges.

6.3.1 Diskusjon av begrepene «lederansvar» og «ledelse»

I lederplakaten kan begrepet *lederansvar* forstås som å ta ansvar med utgangspunkt i organisasjonens verdier, mål og ressursgrunnlag. Nøkkelbegrep er *respekt*, *kvalitet* og *trygghet*. Lederperspektivet knyttet til verdier kan være deriverende. Lederplakaten inneholder ikke like nøkkelord som forskriften, og betydningen av ord er ulike. Den viser ikke til forskriftens krav til ansvar for styringssystem, og at det etableres og gjennomføres en systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Augmenter som er identifiserte, samsvarer ikke med forskriften.

I Helse Vest sin lederplakat kan lederansvaret oppfattes tvetydig, og det kan fremstå som uklart. Det er ikke tydelig hvem som har ansvar for å følge opp pasientens helse. Verdier som *respekt, kvalitet og trygghet* sammenfaller med pasientperspektivet som er endret, og som er vist i analysen. Ansvar for styringssystem peker på lederansvaret som *sørge for*-ansvaret, slik forskriften tydeliggjør. Denne betydningen av lederansvar kan jeg ikke identifisere i «Lederplakaten Helse Vest».

Ordet *Systematiserer* er som nevnt tidligere, poengtert i arbeidet med kvalitetsforbedring i et pasientperspektiv. Utvikling av system er også anvendt i hvordan ledere kan søke støtte til å utvikle system, prosesser og strukturer. I lederplakaten henvises det til medarbeidersamtaler, endringsprosesser og organisasjonsutvikling. Det harmonerer ikke med systematisk kvalitetsforbedringer som er nevnt i forskriften.

Styringssystem er nevnt flere ganger i forbindelse med målstyring, og i beskrivelsen av lederansvar. Styringssystem i lederplakaten kan vanskelig identifiseres med forskriften om leders ansvar for systematisk kvalitetsforbedring. Helseforetaket har tolket begrepet styringssystem, som beskrives ved å arbeide med kvalitetssystem, en type lederansvar. Denne fortolkningen harmonerer ikke med forskriftens valg av ordet «sikre» slik analysen viser. Skal en tolke lederplakaten er leder ansvarlig for å arbeide med kvalitetssystem, og intensjonene sammenfaller ikke med forskriften sin intensjon; leder sitt ansvar er å iverksette dette på en systematisk måte? En kan oppfatte denne argumentasjonsrekken som for sprikende og fragmentert. I forskriften er lederansvaret beskrevet som at leder skal sikre system som analyserer og evaluerer kvaliteten og resultatene av behandlingen, og utarbeide avvikssystem for virksomheten. Det er leders ansvar å sikre rett kompetanse.

I analysen er tekst analysert og ordlyden er identifisert som endret i styringsdokumentene versus lederplakaten. I undersøkelsen min har jeg forsøkt å identifisere nøkkelord for begge dokumentene, for å se om tekst og ordlyd sammenfaller. I undersøkelsen min kan en argumentere for at det er to ulike type dokumenter som vanskelig lar seg sammenligne. Dette begrunner jeg med empiri i de argumentasjonsrekker jeg har beskrevet. Forskriften er et statlig oppdragsdokument for hvordan leder skal styre og organisere virksomheten og den øverste leder i virksomheten som har ansvar. Lederplakaten er utformet med tanke på å operasjonalisere det styredokumentet gitt av nasjonale helsemyndigheter.

Undersøkelsen min viser at forskriftens betydning og innhold ikke nødvendigvis sammenfaller med lederplakaten, fordi en kan identifisere ulike nøkkelord og betydning av dem. I lederplakaten finner jeg ikke forskriftens nøkkelord som beskriver lederansvaret: Overordnet ansvar, lederansvar, styringssystem, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring.

I lederplakaten er forventninger beskrevet som utfordringer knyttet til ledelse i norske helseforetak:

- levere en tjeneste med god kvalitet innen gitte rammer
- forme en helhetlig tjeneste ut fra pasients behov
- skape tillit i befolkningen

Forventninger som skaper utfordringsbildet til lederne:

- Ansvarlig og helhetstenkende – grunninnstilling og perspektiv på ledelse - samarbeidsorientert, involver og skape dialog
- Endringsvillig og handlekraftig - atferd, gjennomføringsdyktig og mål- og resultatrettet
- Kommuniserende og inspirerende, prosessuelle lederkrav

Forutsetninger som må være til stede for at ledere skal lykkes med å løse sine oppgaver: lederutvikling, lederstøtte, styringsinformasjon, mulighet for å drive systematisk forbedringsarbeid (Helse Vest 2010, 1-4)

Ressursstyring er gjentatt flere steder i Helse Vest sin lederplakat: «helskaplig og effektiv ressursbruk». I lederplakaten finnes det ingen juridiske formuleringer eller myndighet, snarere en oppfordring om at leder bør ta ansvar. Lederansvar med utgangspunkt i organisasjonenes verdier, mål og ressursgrunnlag samsvarer ikke med forskriftens juridiske krav til *sørge for*-ansvar, som også er identifisert som en del av ressursstyring. I analysen kan jeg ikke identifisere logisk argumentasjon som bekrefter at lederansvar er knyttet til ressursstyring. Likevel beskrives det i lederplakaten at leder sitt ansvar innebærer å fremme verdier som innebærer helhetlig behandling og effektiv ressursbruk. Argumentasjonen har ikke hjemmel som forbinder påstand og belegg for at dette samsvarer med forskriften sitt lederansvar.

Hvilke konsekvenser dette har for ledere, dersom en ikke innfrir krav til innhold i lederplakaten, er ikke identifisert i min analyse.

6.3.2 Forventninger

Dersom en sammenligner ordlyden i «Lederplakat Helse Vest» og «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten», kan det gi implikasjoner til ulike meningsdannelse og oppfatninger om hva ledelse og lederperspektivet inneholder. De ulike forventninger som er identifisert kan være urealistiske til hva ledere kan innfri i forskriften. Pasientperspektivet og brukerperspektivet som fremmes i Meld. St. 11 «Nasjonal helse- og sykehusplan» (2016-19) kan ha konsekvenser for valg av ordlyd. Tidligere styringsdokumenter, gitt kontekstforståelse av sosialdemokratisk politikk og felles verdier, har vært gjeldende. Denne konteksten med sosialdemokratiske verdier vedlikeholdes med endret pasient- og brukerrettigheter og fokus på individualisme.

Dokumentet, «Nasjonal helse- og sykehusplan » (2016-19) har i min analyse dannet hjemmel for analyse av forskriften. En kan spørre seg om stortingsmeldingen mangler skjønnsmessige mål? Slik kan en argumentere for at endret pasientperspektiv danner nye ledelsesutfordringer. Jeg skal være varsom med å «overtolke» budskap eller betydningen av dokumentet, men dersom intensjonen i forskriften er skjult, og valg av ord tilslører hensikt, kan språket være en maktfaktor slik Foucault hevder at makt og viten henger sammen og makt betraktes som produktiv (Jørgensen, Phillips 1999, 23).

I et maktperspektiv hvor makt kan sees på som produktiv, kan en argumentere for at de nasjonale styringsdokumenter konstituerer diskursen og viten, og skaper betingelser for sosial praksis. Slik kan en finne støtte i teorien til Foucault, at sannhet skapes innen diskursen. Ut fra diskursen kan en hevde om det gir et sant eller falsk bilde av virkeligheten (Jørgensen, Phillips 1999, 23-24).

6.4 Finnes det verdikonflikt?

Forskriften definerer formål, virkeområde og krav til styringssystem. Verdier kommer ikke tydelig frem i forskriften. Det er et overordnet krav til ledelse og systematisk forbedring av kvalitet av helsetjenester som vektlegges. Ordlyd av krav og plikt er vektlagt. Valg av verdier

gjenspeiler ikke tydelig forskriften i ordlyd. I analysen er forskriften sine intensjoner identifisert som et *sørge for*-ansvar, men i analysen har pasientperspektivet blitt fremmet. Slik kan en argumentere for at pasientperspektivet gjenspeiler verdier i forskriften.

Helse Vest har i sitt regionale oppdragsdokument utformet en lederplakat, og har tatt utgangspunkt i verdier som fremmer respekt i møte med pasienten, kvalitet i prosess og resultat som gjenspeiler lederkrav. Trygghet for tilgjengelighet og omsorg, samt kompetanse er nøkkelord. Mål er trygge og nære sykehustjenester (Helse Vest 2010, 1-4).

I Helsepersonelloven §4 er krav til leder definert ut ifra verdier som: ansvarlighet, åpenhet, tillit og medvirkning. Hvordan kan disse verdiene forstås i en sammenheng med respekt, trygghet og kvalitet, verdiene som danner grunnlag i lederplakaten? Pasienten i sentrum, brukermedvirkning og økt oppmerksomhet på pasientens helse er perspektivene. Pasienten skal oppleve trygghet og være sikker på at behandlingstiltak er virkningsfulle og tilgjengelig.

Verdier kan gjenspeile organisasjonenes holdninger og kulturer. I forskriftens §8 - plikten til å evaluere, innebærer plikten til å kontrollere at virksomhetens oppgaver gjennomføres med krav til faglig forsvarlighet og i §9 - plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter ved å forbedre prosedyrer og lignende (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §8 og §9, 2017). I et lederperspektiv kan begrepet *trygghet* innebærer å redusere risiko. Formålet er å avdekke risiko og skape en kultur for systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Tilsynsmyndigheter har som oppgave å identifisere risikoområder, føre tilsyn med helseforetakene, og ivareta pasienters og brukeres rettigheter, slik at de blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Risiko blir definert som «*et potensial eller mulighet for uønskede hendelser og tap*». Verdier som står på spill, eller tap av verdier. (Store norske leksikon, s.v. «Risiko», lest 15.04.18).

6.4.1 Verdien «kvalitet»

Er det motsetninger mellom forskrift og lederplakat når verdien kvalitet omtales? Kvalitet i prosess og resultat er ordlyden i Lederplakaten til Helse Vest. Konteksten for ledelsesplakaten bør sees i en sammenheng med «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Den bygger på argumentasjon fra Meld.St.10 (2012-2013), «God kvalitet – trygge tjenester» som dannet grunnlag for en den nye forskriften. Er dette forenlig med

Meld. St. 10 (2012–2013) « God kvalitet – trygge tjenester» -Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten? (Helse-og Omsorgsdepartementet 2012, 35).

I Meld. St. 10 (2012-2013) dokumenterer tilbakemeldinger fra ulike tilsynsorgan at mange pasientskader fører til unødig lidelse og forlenget sykehusopphold. I rapporten fremkommer det mangel på samhandling mellom pasientens ulike helsetjenester. Helsetilsynet melder om mangel på styringssystemer som fremmer kvalitet over helsetjenesten og som ivaretar pasientsikkerheten. Oppmerksomhet mot innhold og kvalitet i tjenestene får større fokus (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). I stortingsmeldingen presenteres de overordnede rammer for å utvikle systemer for å bedre kvalitet og pasientsikkerheten ved helsetjenestene. «*Pasienten og brukerens behov skal være i sentrum. Det er tegn på kvalitet*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

En definisjon på kvalitet kan en finne i Norsk Standard, NS-EN ISO 9000 (Store Norske Leksikon, s.v «kvalitet», lest 20.05.18), der defineres kvalitet som «*i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk*». Dette kan forstås som forholdet mellom hva som ytes og hva som kreves eller forventes. Leder som har ansvar for kvalitetsforbedring må kunne benytte et måleparameter for kvalitet av helsetjenester. I Meld.St.10 (2012-2013) «God kvalitet - trygge tjenester» påpekes det at kvalitet kan være vanskelig å måle, fordi det består av elementer som kan endres over tid. Kvalitet som begrep er verdiladet og subjektivt, og det vektlegges og vurderes ulikt. Derfor kan dette være i konflikt med hverandre, for eksempel effekt av behandling og pasientens verdighet og integritet (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012). Kvalitet kan i en kontekst og lederperspektiv sees i sammenheng med trygge tjenester eller pasientsikkerhet. Det er leder sine oppgaver er å redusere risiko og sikre pasienten trygge helsetjenester.

Lederansvar beskrives som å arbeide med kvalitetssystem. Videre skal leder sikre at de har system som analyserer og evaluerer kvaliteten og resultatene av behandlingen og utarbeide avvikssystem for virksomheten. Det er leders ansvar å sikre rett kompetanse. Denne argumentasjonen finner en støtte for i NOU-rapporten «Med åpne kort», der god kvalitet av helsetjenester defineres slik: «*når pasienten har fått relevant behandling for den aktuelle tilstanden, behandlingen er gjennomført innenfor forsvarlig ventetid og behandlingen er utført av kvalifisert personell i samsvar med faglige standarder. Dessuten må pasient og*

pårørende ha fått og forstått tilstrekkelig informasjon og blitt involvert i tilstrekkelig grad i beslutninger av betydning. Videre skal ikke pasienten ha blitt påført unødvendige skader, og dersom slikt har skjedd, må tilstrekkelige skadebøtene tiltak iverksettes» (NOU, 2015:11, 194).

6.4.2 Kvalitetsindikatorer

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-19) omhandler bedre kvalitet og pasientsikkerhet, og hvilke kvalitetsindikatorer en vektlegger. Kvalitetsindikatorer defineres slik; *er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles»* (Helsenorge.no, «Kvalitetsindikator», 2014). Kvalitetsindikatorer er styringsverktøy for å sikre at helseforetakene leverer helsetjenester til befolkningen som samsvarer med oppdraget som er gitt. Kvalitetsindikatorer gir informasjon om tjenesteyternes måloppnåelse i struktur, prosess og resultatdimensjon (Helsedirektoratet 2013, 22).

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, «... Og bedre skal det bli!» (2005), gir kvalitetsbegrepet et innhold. Det er formulert seks dimensjoner ved kvalitet i helse- og omsorgstjenesten som sier at tjenestene skal:

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukere og gi dem innflytelse
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

(Helsedirektoratet 2005, 12)

Lovverket viser også til faglig forsvarlighet og at de skal være trygge og sikre, gjennom Lov om spesialisthelsetjenesten §3-3 - meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten og forebygge uønskede hendelser. Her samsvare argumentasjonen for verdien *kvalitet* både for forskriften og lederplakaten, at helsetjenestene skal samsvare med helsedirektoratet sine dimensjoner av kvalitet.

I et ledelsesperspektiv kan kontroverser oppstå dersom kvalitetsindikatorer blir anvendt i en diskusjon rundt kostnadsspørsmål og prioritering av knappe resurser. I søken etter

motargumenter kan spørsmålets relevans være om ledere i helseforetakene er villig til å utøve lederansvar, ved å anvende informasjon som kvalitetsparametere gir, slik intensjonen i forskriften antyder, systematisk kvalitetsarbeid. Dersom ledere skal ta pasientperspektivet på alvor, er dette en plausibel vei for å skape tillit mellom pasient som bruker helsetjenestene og sykehus som utfører sitt statlige oppdrag: «å sikre befolkningen helsetjenester som er trygge, virkningsfulle, og av god kvalitet» (Helsedirektoratet 2005).

6.5 Konklusjon

I forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring er lederansvaret analysert ved å identifisere nøkkelord som *overordnet ansvar*, *styringssystem* og *systematisk arbeid med kvalitetsforbedring*. I denne oppgaven har jeg analysert betydningen av tekster ved hjelp av Fairclough sin modell for kritisk diskursanalyse. Jeg har identifisert forholdet mellom tekst og kontekst i både forskrift og lederplakat. Modellen er en analytisk ramme, der tekst produseres under visse produksjonsbetingelser, og viser at diskurser kan bidra til sosiale konstruksjoner, og til å avdekke hvordan maktforholdene i samfunnet ser ut. Videre har jeg anvendt Toulmins argumentasjonsmodell for rasjonell argumentasjon. Ved å anvende argumentasjonsmodellen har jeg undersøkt betydningen av *sørge for-ansvaret* og hvordan forstå dette i et ledelsesperspektiv.

I «Lederplakaten Helse Vest», er lederansvar analysert ved å identifisere nøkkelord som *respekt*, *kvalitet* og *trygghet*, som er uttrykk for verdier som Helse Vest vil formidle. Analyse av «Lederplakaten Helse Vest» er gjennomført på tilsvarende måte som «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Lederplakaten bygger på et strategidokument forfattet i 2007, som ble revidert av Helse Vest sitt styre i 2011. Visjonen som fremmes, «Vi skal fremme helse og livskvalitet», er en felles visjon for spesialisthelsetjenesten på Vestlandet, verdier og målsettinger som viser vei for å nå målsetting (Helse Vest 2018).

Helse 2020- dokumentet danner kontekst for et nytt strategidokument som er startet som et prosjektdirektiv, Helse 2030. Dette dokumentet er et nytt strategidokument som skal beskrive hvordan utvikle fremtidig spesialisthelsetjenester til befolkningen på Vestlandet. Visjon, mål og strategi vil gi nye utfordringer for hvordan ledelsesdokumentene som er utformet fra Helse Vest skal tolkes og samsvare med de nasjonale helsepolitiske mål. Konteksten og

produksjonsbetingelsene gitt den myndighetsfunksjonen som Stortinget og Regjeringen utøver, vil trolig ha betydning i tolkningen av nevnte dokumenter.

Meld. St. 11 (2015-2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan» (2016-2019) danner grunnlag for utvikling av fremtidige sykehus. Noen av de målene som jeg vil trekke frem som særlig relevant i et ledelsesperspektiv er å styrke pasienten og skape pasientens helse, da dette samsvarer med endret pasientperspektiv. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet er argumenter som trekkes frem som lederansvarsoppgaver i både forskrift og lederplakat.

Argumentene kan trolig danne nye lederutfordringer og bidra til nye diskurser for hvordan forstå og tolke styringsdokumenter. I et fremtidig lederperspektiv er det etter min oppfatning viktig at hver enkelt leder på ulike nivå er kjent med de ulike styringsdokumenter, som danner kontekst og produksjonsbetingelser for hvordan utøve ledelse.

Grund beskriver i sin teori at utfordringen er å få (helse)politikk, ledelse og fag til å spille på lag. Mangfoldigheten er i de mange perspektiv som preger ledelse, organisering og styring av kunnskapsorganisasjoner (Grund 2006, 12). I min problemstilling formulerer jeg innledningsvis hvorfor det er viktig å forstå lovendringer og en ny forskrift. I arbeidet med denne oppgaven har jeg fått større innsikt i hvordan lese og forstå nasjonale styringsdokumenter i et ledelsesperspektiv. Slik kan jeg bedre forstå hva som utfordrer helsetjenestene, og hvilke forventninger som fremmes i oppdragsdokumentet fra lovgivende makt.

Litteraturliste

- Arntzen, Elisabeth. 2014. *Ledelse og Kvalitet i Helsetjenesten - Arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo. Gyldendal.
- Aase K. 2010. *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget 2010
- Bahus, Marianne K. 2016. «*Pasient og brukerrettighetsloven*». Snl.no. (Store Norske Leksikon) Lest 10.06.18. https://snl.no/pasient-_og_brukerrettighetsloven
- Berg, Ole. 2005. «*Fra politikk til økonomikk*». Oslo: Den norske legeforening.
- Berg, Nordstrand Laila. 2015 «Multifaglig ledelse- Hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer» Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d), Universitetet i Bergen.
- Berg, Nordstrand Laila. 2016. «*Hybridisering av ledelse i sykehus*» Tidsskrift Ledelse –Sykepleien. 2016,(03) s.8-12
- Bolman, Lee G. og Terrence E.Deal. 2013. *Nytt Perspektiv på Organisasjon og Ledelse*, Oslo: Gyldendal Akademisk Norsk Forlag.
- Bringedal, Berit, Tor Iversen og Ivar Sønbo Kristiansen. 2003. «*Hvor mye bør samfunnet være villig til å betale for helseforbedringer?*» Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, HERO 2003. (Skriftserie 2003:6): 9-15
- Direktoratet for E-Helse – Helsenorge.no 2014, Om kvalitet og kvalitetsindikatorer lest 20.05.18. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten. Fastsatt ved kgl.res. 28.oktober 2016 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250L>
- Grue, Jan. 2015. *Teori i praksis- Analysestrategier i akademisk arbeid*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Grund, Jan. 2006. *Sykehusledelse og helsepolitikk-dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Health.org.uk..2011 «*Could Quality Be Cheaper?*» lest april 2017.
<http://www.health.org.uk/sites/health/files/CouldQualityBeCheaper.pdf>
- Helsedirektoratet 2005. «*Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015*». Veileder 01.09.2005, (IS-1162 :10-12)
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>
- Helsedirektoratet 2013. «*En gjennomgang av kvalitetsbaserte finansieringsordninger*». 01/2013 ,(IS-1940: 13, 22) <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/en-gjennomgang-av-kvalitetsbaserte-finansieringsordninger>

- Helsedirektoratet. 2016. «Samdata- Spesialisthelsetjenesten 2015» *Samdata spesialisthelsetjenesten 2015*, IS-2485: 10. (lest 3.juni 2018.06.03)
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten>
- Helseforetaksloven- hpl. *Lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven) av LOV-2001-06-15-93*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonelloven - hpl. *Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) av LOV-1999-07-02-64*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynsloven-hpl. *Lov om statlig tilsyn med helse-og omsorgstjenesten m.m av LOV 1984-03-30-15*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15>
- Helse- og omsorgsdepartementet. «Samhandlingsreformen» St.meld.47 (2008-2009)
Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet, 2009.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. «God kvalitet – trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten» St. meld.10 (2012–2013).Oslo:
Helse-og omsorgsdepartementet, 2012 . <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. I-2/2013 «Lederansvaret i sykehus»
Rundskriv | Dato: 28.05.2013
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_lederansvaret_sykehus.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. «Kvalitet og pasientsikkerhet 2013» St.meld.11(2014-2015).Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet, 2013.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. «Morgendagens omsorg» St. meld. 29 (2012-2013).
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. «Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)»
St.meld.11(2015-16).Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. «Kvalitet og pasientsikkerhet 2014» St.meld.12 (2015-2016) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147>
- Helse- og omsorgsdepartementet. «Høringsnotat Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten», 2015. https://www.regjeringen.no/contentassets/5a7d16bae77f4efe8f91af796c6f4b9c/horingsnotat_forskrift_styringssystem-1945587.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. «Kvalitet og pasientsikkerhet 2016» St.meld. (2017-2018) Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet, 2016.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/sec1>
- Helse Vest, 2010. Lederplakat Helse Vest, Strategi for helseregionen – Visjon og mål, HELSE2020
<https://kgv.doffin.no/ctm/Supplier/Documents/Folder/105336,>
Lederplakat Helse Vest.ppt
- Helse-vest.no. 2011. « *HELSE2020* » Strategi for helseregionen. lest 28.mai.2018.
[https://issuu.com/helsevest/docs/rapport_helse_2020_-_nett_-_juni_2011-ok nå](https://issuu.com/helsevest/docs/rapport_helse_2020_-_nett_-_juni_2011-ok_n%C3%A5)
- Helse-Vest.no.2016. «Våre hovedoppgaver» lest 1.juni 2018
[https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver#opplæring-av-pasienter-og-pårørende](https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver#oppl%C3%A6ring-av-pasienter-og-p%C3%A5r%C3%B8rande)
- Holme, Idar Magne og Solvang, Bent Krohn. 2008. «*Dokumentanalyse- metodevalg og metodebruk*». https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008071704110
- Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten. *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. Fastsatt ved kgl.res.2002-12-20-1731
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-12-20-1731>
- Jusleksikon.no* , s.v. «Forskrift», lest 31.05.2018,
https://jusleksikon.no/wiki/Forskrift#Definisjon_av_forskrift
- Jørgensen, Marianne Winter og Louise Phillips.1999. *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg C: Roskilde Universitetsforlag.
- Kjekshus, L, H. Byrkjeflot og Torjesen, D.O. «*Organisering og ledelse av sykehus etter NPM - legenes tilbaketreking?*» Kap.5.
- Malterud, Kjersti. 2012. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget. S.18-19
- Myhrer, Tor-Geir. 2015. « ...dø om så det gjelder ?» – De rettslige rammer for den individuelle handleplikten ved farlige politioperasjoner. *Nordisk politiforskning* 01/2015 (Volum 2): s. 34-72. www-idun-no.pva.uib
- NOU 1996: 5. *Hvem skal eie sykehusene?* Oslo: Sosial-og helsedepartementet.Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1996-5/id140503/sec3>
- NOU 1997: 2. *Pasienten først!- Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Sosial-og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/sec2>

- NOU 2003: 1. *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedepartementet. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2003-1/id453861/sec3>
- NOU 2004: 18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene - Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-18/id150699/>
- NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>
- NOU 2008: 2. *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2008-2/id497898/>
- NOU 2015: 11. *Med åpne kort «Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/no/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf>
- NOU 2015: 17. *Først og fremst! - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/>
- NOU 2016: 25. *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten- Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/6db6ac4fbfde49e6bc5f8bd615c6fa1e/no/pdfs/nou201620160025000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven –pbrl. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av LOV 1999-07-02-63*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Penner, Susan J. 2013. *Economics and Financial Management for Nurses and Nurse Leaders* <https://ebookcentral-proquest-com.pva.uib.no/lib/bergen-ebooks/detail.action?docID=1160733>
- Regjeringen.no. 2018. «Oppdragsdokument 2018 Helse Vest RHF» lest 24.06.18. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-vest-rhf.pdf>
- Regjeringen.no. 2000. «Lovteknikk og lovforberedelser- Veiledning om lov- og forskriftsarbeid» Lest 1.juni.18. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veiledning-om-lov--og-forskriftsarbeid/id87536/>

- Schreier, Margrit. 2014. «Qualitative Content Analysis» I *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*, edited by Uwe Flick, 171. London.SAGE Publications Ltd.
<http://dx.doi.org/pva.uib.no/10.4135/9781446282243.n12>
- Sosialdepartementet. «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen» St.meld. 9 (1974-75) Oslo Sosialdepartementet 1974. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117>
- Spesialisthelsetjenesteloven –sphl. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven) av LOV-1999-07-02- 61.*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå. 22.06.18. «Spesialisthelsetjenesten». Lest 24.06.2018. ssb.no
- Strand, Torodd. 2007. *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Store norske leksikon, s.v. «Ansvar» lest 17.04.18, <https://snl.no/ansvar>
- Store norske leksikon, s.v «Plakat» lest 17.04.18, <https://snl.no>
- Store norske leksikon-, s.v «Risiko» lest 17.04.18, <https://snl.no/risiko>
- Store norske leksikon, s.v «Visjon» lest 29.05.18, <https://snl.no>
- Store norske leksikon, s.v «Merkevarebygging», lest 29.05.18,
<https://snl.no/merkevarebygging>.
- Tjora Aksel. 2010. *Kvalitative Forskningsmetoder i praksis*, 2.utg.2010 (s.164-165)
- Veum, Aslaug , Tonje Raddum Hitching, og Anne Birgitta Nilsen. 2011.
Diskursanalyse i praksis- Metode og Analyse. Kristiansand: Høyskoleforlaget.