

Reformen ”enhetlig ledelse” i møte med sykehuspraksis

Torgeir Sveri¹

Cand. polit., Rokkansenteret, Universitetet i Bergen..

Nøkkelord: Arbeidsorganisering, reform, ledelse, sykehus.

Et av helsepolitikkenes mest brukte virkemiddel de senere årene har vært reformering av styrings og finansieringssystemer. Et av disse tiltakene var innføringen av ”enhetlig ledelse” på avdelingsnivå i norske sykehus. Denne studien finner at reformens ambisjon om profesjonell ledelse ikke er kommet i stand på avdelingen, samtidig som det formelle ledelsessystemet fortsatt ikke bryter inn i den tradisjonelle medisinske arbeidsorganiseringen. En mulig forklaring på dette kan være at de nye standardene og kategoriene som reformen forsøker å innføre ikke er forenelige med arbeidets allerede eksisterende infrastruktur.

Norske sykehus har en komplisert ledelsesstruktur som mange vil hevde kjennetegnes av sterk politisk styring, en sterk operativ kjerne og en svak toppledelse. Et av helsepolitikkenes mest brukte virkemiddel i den senere tid har vært reformering av styrings- og finansieringssystemer. I 2002 ble eierskapet av norske sykehus og annen spesialisthelsetjeneste lagt til staten og organisert etter en foretaksmodell. Denne artikkelen tar utgangspunkt i at Stortinget, med virkning fra 1. januar 2001, innførte lovkrav om at det skal være ”enhetlig ledelse” på alle nivå i norske sykehus. Dette betyr at det totale ansvaret for hver resultatenhet skal ligge på én person. Tidligere har det på de fleste kliniske avdelinger vært vanlig med såkalt ”to-delt enhetlig ledelse” der ansvaret er delt mellom en avdelingsoverlege og en oversykepleier. Hvordan en reform som ”enhetlig ledelse” arter seg i møtet med sykehuspraksis er så langt et ubesvart spørsmål. Nærmere bestemt, hvilke konsekvenser har reformideen om enhetlig ledelse for en avdeling som driver med diagnostisering, pleie og behandling av pasienter?

¹ Adresse: Rokkansenteret, Nygårdsgaten 5, 5010 BERGEN, Norge.

Denne artikkelen søker å belyse dette spørsmålet ved å følge reformen "enhetlig ledelse" gjennom utredningsarbeidet og nedover til det konkrete pleie- og behandlingsarbeidet på en kirurgisk avdeling.¹ I all hovedsak dreier det seg om sykepleieres og legers hverdag på en klinisk avdeling og hvordan denne delen av sykehusorganisasjonen møter reformens styringsambisjoner. Først skal jeg gjøre greie for utarbeidelsen av reformen "enhetlig ledelse" fra sentralt hold. Deretter følger en drøfting av reformens konsekvenser i det daglige pleie- og behandlingsarbeidet på en norsk sykehusavdeling. Gjennom en analyse av dette feltet kan man stille spørsmål om i hvilken grad den type styringsambisjoner som reformen postulerer er forenlig med medisinsk praksis. I siste del av artikkelen vil jeg introdusere infrastrukturbegrepet slik Sidsel Vinge (2003, Knudsen og Vinge 2003) har brukt det i sykehusfeltet. Målet med dette er å understreke at det finnes systemer og organisasjonsteknologier som spiller en sentral, men i helsepolitisk forstand oversett, rolle for hvordan arbeidet utføres på norske sykehus. Fordi arbeidsorganiseringen på en klinisk avdeling kan synes å ha klare konsekvenser for utfoldelsen av reformen "enhetlig ledelse" kan en beskrivelse av arbeidets infrastruktur være viktig ikke bare for å illustrere noen av begrensningene i denne reformen, men også i sosiologiske og organisasjonsteoretiske studier av reformer i sykehussektoren.

Reformen "enhetlig ledelse"

I løpet av de siste tiårene er det lagt fram en rekke stortingsdokument og offentlige utredninger med sikte på å bedre styringen av den norske sykehussektoren. I en gjennomgang av sykehusreformene de siste tretti årene påpeker Fredrik Hoffmann (2002) at en gjenganger i reformspråket for perioden er at det tas for gitt at den formelle ledelsen i sykehus er den reelle ledelsen. Dermed er det blitt gjort til en hovedutfordring å utvikle styrings- og finansieringssystemer som kan stimulere til rasjonell atferd. Reformen av denne typen har karakter av å strebe etter klarhet og entydighet og produserer derfor forslag om å skape forutsigbare og styrbare organisasjoner.

Én del av den seneste helsereformbølgen var kravet om "enhetlig ledelse", med bakgrunn i et stortingsvedtak av 21. november 1995. Dette vedtaket førte senere fram til en endring i spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-9), som trådte i kraft 1. januar 2001. Hovedintensjonen med den nye paragrafen var at man ønsket én resultatansvarlig leder for hvert nivå i sykehus og at det formelt sett ikke ble knyttet faglige kompetansekrav til stillingen. Dette åpnet for at folk uten helsefaglig bakgrunn også kunne gå inn i de nye lederstillingene. Liknende forslag ble behandlet allerede i 1981 i Øye-utvalgets rapport (NKS 1981) og av Anderslandutvalget i 1990 (NOU 1990), men da uten nevneverdig gjennomslag.

Forslag av denne typen vitner imidlertid om en klar statlig styringsambisjon, som i praksis betydde at man ville oppløse legenes "monopol" på lederstillinger i sykehusvesenet. Norske sykehus har hatt en sterk tradisjon for fagbasert ledelse. Derfor har forslag om såkalt profesjonell ledelse møtt mye motstand, spesielt fra helsesektoren. Også etter at kravet om enhetlig ledelse fikk gjennomslag i Stortinget har helseprofesjonene tatt til motmæle, men til liten nytte.

Forarbeidet til reformen "enhetlig ledelse" ble hovedsaklig lagt i Steine-utvalgets rapport "Pasienten først!" fra 1997. En av hovedideene i denne rapporten var å gi et personlig totalansvar for hvert nivå i organisasjonen til én leder. Viktigheten av å ansette en såkalt "profesjonell leder" som øverste ansvarlig på sykehusenes kliniske avdelinger ble understreket. Dette innebar én rendyrket lederstilling som erstatning for både avdelingsoverlege og oversykepleier som tradisjonelt hadde ledet avdelingene sammen. Steine-utvalget framla denne ambisjonen på følgende måte:

Utvalget mener at en av de viktigste utfordringene som sykehuset står ovenfor i dag er å utvikle en organisasjonskultur der ledere på alle nivå tar helhetlig ansvar for alle resultater og aktiviteter, og at det utøves ledelsesengasjement som klart har som mål å nå dette ambisjonsnivået (NOU 1997, s 87).

Imidlertid antok Steine-utvalgets utredning at endringene ville bryte med tradisjonelle ledelsessystem for sykehus. Dette ble i rapporten "Pasienten først!" satt opp som en potensiell "kollisjon" mellom økonomisk-administrative og medisinske

styringshensyn. Utfallet av dette ble i hovedsak definert som et spørsmål om holdninger og rolleforståelse:

(...) utfordringen knyttet til utformingen av ledelse i sykehus kan i stor grad knyttes an til rolleforståelse, holdninger og organisasjonskultur (...) Når utvalget har vurdert endringer i den formelle ledelsesstrukturen i sykehusene, må dette forstås slik at hovedmålet er å skape rollemessig og holdningsmessig endring i sykehusene (NOU 1997, s 93).

Reformdokumentene uttrykte at hensikten med å endre den formelle ledelsesstrukturen var å skape "rollemessig" og "holdningsmessig" endring i sykehusene. Dette indikerer at man ville gjøre sykehusorganisasjonen mer styrbar ved å skape en ny type lederroller som ikke bare skulle være fundert i de tradisjonelle helsefagene. For å imøtekomme eventuelle implementeringsproblemer gjorde utvalget dette til et spørsmål om den enkelte ansattes holdninger til ledelse. Videre hevdet utvalget at gjennomføringen av reformen kunne lettes ved å endre organisasjonskulturen i sykehuset. Etter min mening vitner dette om en organisasjonsforståelse der reformatorene antar at lederne har stor påvirkningskraft på medarbeidernes holdninger. Utredningsarbeidet i etterkant av stortingsvedtaket i 1995 fokuserte på at organisasjonskulturen måtte endres for at reformen "enhetlig ledelse" kunne lykkes, samtidig ble det sagt lite om hvordan dette kunne gjøres i praksis. Steine-utvalget kom heller ikke med noen konkret problematisering av hvordan en profesjonell ledelsesmodell kan passe inn i sykehusenes tradisjonelle arbeidsorganiseringen. Dermed ble sykehusene gitt "frie" tøyler til å tilpasse det nye ledelsessystemet til egen organisasjon.

Innad på sykehusene oppfattet mange innføringen av enhetlig ledelse som et spørsmål om hvem som skulle være overordnet av avdelingsoverlegen og oversykepleieren. Da endringene skulle gjennomføres våren 2002, oppstod det en debatt i media som artet seg som en profesjonskamp om lederposisjonen. Temaet var hvilke utdanningskrav som skulle stilles ved ansettelse av de nye avdelingslederne. Spesielt Legeforeningen var klar i sin tale med å hevde at kun leger kunne ha det medisinske ansvaret på og derfor ville være de naturlige avdelingsledere på kliniske avdelinger.² Norsk Sykepleierforbund hevdet på sin side at det måtte være en

selvfølge at sykepleiere skulle vurderes på lik linje med leger til de nye lederstillingene.³ Trolig som et forsøk på å dempe denne debatten utga Helse og sosialdepartementet, i 2002, et rundskriv (I-9/2002) hvor de forsøkte å tydeliggjøre lovens krav til ledere i sykehus. Rundskrivet inneholdt likevel ingen konkrete løsninger på styringsdilemmaet, bare en presisering om at avdelingslederstillingen i utgangspunktet er profesjonsuavhengig og at er det opp til hvert enkelt sykehus å stille eventuelle nødvendige kvalifikasjonskrav for drift av egne avdelinger.

Dette medførte at det enkelte sykehus ble gitt stor tolknings- og handlefrihet så lenge kravet om en leder ble gjennomført. Endringsiveren varierte nok fra sykehus til sykehus og man tilpasset seg reformambisjonene på ulikt vis. Denne artikkelen viser hvordan en avdeling på et norsk sykehus tilpasset seg de statlige føringene.

Innføringen på sykehuset og avdelingen

På den studerte avdelingen ble reformen "enhetlig ledelse" iverksatt i 2002. To år før dette nedsatte sykehuset en egen arbeidsgruppe til å forberede iverksettingen av den nye lovbestemmelsen. Gruppen var sammensatt av representanter fra både legene og sykepleierne, samt administrasjonen og fagforeningene. Arbeidet tok mye lenger tid enn planlagt. Først et halvt år etter avtalt tid forelå den endelige uttalelsen. Arbeidsgruppen forklarer forsinkelsen med å vise til at reformen "enhetlig ledelse" bryter med ledelsestradisjonene på sykehuset og at de trengte såpass lang tid for å oppnå konsensus i gruppen. I rapporten hevder de videre at det ikke fantes rollemodeller for de nye lederrollene på avdelingsnivå, og at de nye avdelingslederstillingene dermed måtte utformes i samarbeid mellom den enkelte avdelingsleder og toppledelsen. Rapporten inneholder likevel ingen nærmere beskrivelse av hvordan det nye ledelsessystemet skulle tilpasses den tradisjonelle arbeidspraksisen på sykehuset. Hovedfokuset i rapporten ligger istedenfor på selve lederen. Det sies med andre ord lite om hvordan den nye rollen skal kunne skapes, tilpasses og innlemmes i sykehusorganisasjonen. Som i den offentlige utredningen "Pasienten først" blir dette gjort til et spørsmål om de ansattes holdninger. Sykehusets arbeidsgruppe kom i tillegg med en generell oppfordring om å strekke seg lenger enn lovens minimumskrav. Reformen "enhetlig ledelse" måtte følgelig medføre

praktiske konsekvenser for ledere og ansatte, uten at det ble uttrykt i klartekst hva disse konsekvensene kunne være.

Innføringen av det nye ledelsessystemet medførte noen praktiske endringer på den aktuelle avdelingen, men hovedsakelig dreide dette seg om en beskjeden endring av stillingstitler. Tidligere hadde en avdelingsoverlege og en oversykepleier ledet avdelingen i felleskap, men etter reformen "enhetlig ledelse" ble totalansvaret for hele avdelingen lagt på én lederstilling. I dette tilfellet ble den tidligere avdelingsoverlegen ansatt som ny avdelingsleder.⁴ Endringene i den generelle organisasjonsstrukturen førte i tillegg med seg at mer administrativt arbeid ble flyttet til avdelingsnivå, noe som økte antallet stillinger i stabsfunksjon på avdelingen.

Avdelingslederen på den aktuelle avdelingen regnes som "nivå 2-leder", det vil si direkte underlagt administrerende direktør i det lokale helseforetaket. Etter forslag fra arbeidsgruppens rapport valgte man å opprette en ledergruppe som avdelingsleders nærmeste rådgivende organ bestående av en representant for seksjonsoverlegene og en for avdelingssykepleierne. Sykehuset utarbeidet i tillegg personlige lederkontrakter mellom avdelingsleder og administrerende direktør. Disse kontraktene var ment å understreke ledernes totalansvar for avdelingene.

Under innføringen av ny ledelsesmodell på det aktuelle sykehuset var det mye fokus på selve avdelingslederstillingen og dens kopling til sykehusledelsen, men lite om samhandling ellers i organisasjonen. Et av formålene med reformen "enhetlig ledelse" var å standardisere ledelsesstrukturen i sykehusene, i et forsøk på å desentralisere og tydeliggjøre ansvar. Men som vi har sett begrenset de praktiske konsekvensene seg i stor grad til en beskjeden omfordeling av tradisjonelle arbeidsoppgaver. Måten avdelingen, og helseprofesjonene, har mottatt den nye ordningen har ført til at avdelingen har fått to nye "uriasposter".⁵ Både den nye stillingen som avdelingsleder og den endrete rollen til avdelingssykepleierne er posisjoner med stor arbeidsbelastning.

Selv om den nye avdelingslederstillingen var tenkt som en rent administrativ posisjon har ikke avdelingslederen sluttet å praktisere som lege etter reformen. Det kan være mange grunner til dette, men to av de viktigste handler trolig om lojalitet til egen

seksjon, der hver fagmann er meget viktig, og det at man fort blir "utdatert" som kliniker viss man ikke praktiserer. De ansatte jeg har snakket med på avdelingen er prinsipielt enige med reformens idé om rendyrkede ledere, men i realitetene finnes det ulikheter mellom sykepleierne og legens holdninger til den nye ordningen. Én av sykepleierne kommenterer det på denne måten:

Jeg tror ikke det spiller noen rolle om man er lege eller sykepleier i den lederstillingen, det kan godt hende man kunne hatt en annen utdanning og, men det er viktig å ha gode legerådgivere og en god sykepleierrådgiver for den som er leder. Jeg er også helt sikker på at den som er avdelingsleder må være avdelingsleder i hundre prosent. For det er en kjempeoppgave å være leder for en avdeling som dette (Sykepleier).

I tråd med reformens ambisjoner beskrives avdelingslederstillingen her som en rendyrket lederstilling med administrative oppgaver. Det at stillingen besittes av en lege som også praktiserer som lege begrunnes med at han er lojal mot egen seksjon. Slik sykehusene fungerer i dag vil man muligens alltid kunne mene at det er bruk for en ekstra legeressurs på seksjonene. Én av legene på avdelingen oppfatter imidlertid situasjonen litt annerledes:

Avdelingsleder er jo i prinsippet ikke noen legestilling. Det er en lederstilling, men (...) det er så mye som går på medisinske prioriteringer og medisinske tolkninger omkring i systemet at det har vært en lykke for han vi nå har at han har kirurgisk bakgrunn. For han kjenner jo avdelingen inn og ut. Men det er ikke en medisinsk oppgave han gjør (Lege).

Denne legen redefinerer lederstillingens innhold ved å vektlegge verdien av medisinsk kompetanse. Dette synet avviker fra reformens idé om å profesjonalisere lederrollen, men er trolig en vanlig oppfatning blant sykehusets leger. Legene oppfatter det nærmest som en naturlig konsekvens av enhetlig ledelse at det er leger som skal inneha de nye avdelingslederposisjonene. Sett i sammenheng med Legeforeningens uttalelser i reformdebatten kan dette tolkes som en strategi fra legeprofesjonens side for å opprettholde kontrollen over eget arbeid.⁶

Det at avdelingslederen i tillegg til lederoppgaven praktiserer som lege og har en professorstilling framstår som en motsetning til reformens idé om en rendyrket lederposisjon. På den annen side kan det være at profesjonstilknytningen har betydning for legens egen profesjonelle identitet, og derfor i liten grad påvirker utførelsen av selve ledervervet.

Hvilken betydning har reformen fått for det daglige arbeidet på avdelingen? Mye tyder på at den aktuelle avdelingen har implementert reformen "enhetlig ledelse" uten at dette rokker vesentlig ved de tradisjonelle arbeidsprosessene knyttet til pleie og behandling av pasienter. Noen konkrete konsekvenser for det daglige arbeidet bør likevel nevnes.

Konsekvenser for avdelingen

Folk som har jobbet i sykehussektoren noen år er vant med at den formelle strukturen endres ofte. I studien som ligger til grunn for denne artikkelen uttaler legene og sykepleierne at samarbeidet internt på avdelingen er viktigere enn antallet ledere og antyder at sykehuset er en organisasjon som i liten grad styres direkte fra de formelle lederposisjonene. Legene og sykepleierne er også enige om at reformen "enhetlig ledelse" har hatt liten betydning for den daglige driften på avdelingen bortsett fra en beskjeden omfordeling av arbeidsoppgaver. I tillegg påpeker flere av informantene den helsepolitiske diskursens manglende kunnskap om praksis på sykehusene, og at fokuset i reformarbeidet har vært rettet mot å utvikle politiske slagord istedenfor å tilegne seg kunnskap om sykehusfeltet.

Et sykehus har mange ulike funksjoner. På de kliniske avdelingene produseres de tjenestene som er definert som sykehusets oppgaver etter sykehusloven, nemlig å gi pasienten undersøkelse, behandling, pleie og opphold. Det varierer med sykehusets funksjon og størrelse hvor mange kliniske avdelinger som finnes, og om disse eventuelt er inndelt i seksjoner. I et lokalsykehus vil man gjerne finne en generell kirurgisk avdeling, en generell indremedisinsk avdeling og en føde-/gynekologisk avdeling. På større sykehus er vanligvis avdelingene seksjonert etter legenes grenspesialiteter der de ulike arbeidsfunksjonene samlet i enheter som kalles

"seksjoner" og "poster". Kort sagt representerer hver seksjon en gruppe leger som har, eller er under utdanning til, samme medisinske grenspesialitet. Legene har egne kontor og benytter seg ellers av ulike lokaler rundt om på sykehuset; for eksempel undersøkelsesrom, operasjonssaler, sengeposter. Hver legegruppe ledes av en seksjonsoverlege, som fungerer som arbeidsleder og veileder.

Pleiepersonalet er gruppert i ulike "poster", i all hovedsak sengeposter, som er ledet av en avdelingssykepleier. Sykepleierne er i flertall på sengepostene, men i tillegg jobber det hjelpepleiere og assistenter der. Sengeposten er det faste oppholdsstedet for innlagte pasienter. Vanligvis er sengepostene felles for pasienter som behandles av samme spesialitet/seksjon. Det er viktig å merke seg at i dagligtalen på sykehuset omtales sengepostene som "avdelinger", og det er her legene og sykepleierne regner seg som ansatt. Postene er gjerne nummerert, slik at man for eksempel sier at man jobber på "Hjerte 4", som betyr sengepost nummer fire på hjerteavdelingen. Når pasientene skal til operasjon eller undersøkelse andre steder på sykehuset blir de fraktet dit av portører, som er en egen yrkesgruppe. I tillegg til postene har man på sykehuset legesentre som kalles "poliklinikker". På poliklinikkene blir pasienter undersøkt og/eller behandlet uten at innleggelse er påkrevd. Hver poliklinikk er underlagt en eller flere kliniske avdelinger.

På avdelingen jeg har studert jobber legene etter kirurgisk metode. De er delt inn i fire undergrupper/seksjoner som er subspecialisert på lidelser i fire ulike organområder; urinveier, mage- og tarm, hormonproduserende kjertler og blodårer. Hver av disse seksjonene jobber tett sammen med tilhørende sengeposter og poliklinikk. Før reformen "enhetlig ledelse" hadde oversykepleieren ansvaret for postene (11 stk inkl. poliklinikker) og avdelingsoverlegen hadde ansvaret for seksjonene (4 stk). Etter omleggingen til "enhetlig ledelse" er oversykepleierstillingen tatt vekk. Dette betyr at den nye avdelingslederen er nærmeste overordnede både for seksjonsoverlegene og avdelingssykepleierne.

Bortfallet av oversykepleierstillingen har ført til et videre oppgaveområde og økt selvstendighet for avdelingssykepleierne. Sengepostenes fristilling er kommet som en direkte følge av overgangen til enhetlig ledelse. Dette fremstår som en tvungen individuell selvstendighet for avdelingssykepleierne, og flere av informantene

påpeker det problematiske med å fylle tomrommet etter oversykepleier og mangelfull opplæring til sin nye rolle.

”(...) sykehuset har bare kastet alle avdelingssykepleierne ut i det uten at de er blitt tilbudt noen skikkelig opplæring. (...) Jeg synes det har ikke vært noen overgangsordning” (Sykepleier).

Denne sykepleieren påpeker at i arbeidet med reformen ”enhetlig ledelse” har sykehuset utelukkende fokusert på de nye avdelingslederne, uten å analysere konsekvensene for deres samarbeidspartnere. Endringene har blant annet ført til at avdelingssykepleierne jobber mer selvstendig, og den overnevnte sykepleieren uttrykker en viss bekymring for dette. Ved nærmere øyesyn viser det seg imidlertid at den tidligere oversykepleieren fortsatt lurer i kulissene på avdelingen. Personen som var oversykepleier i det gamle systemet er tiltenkt en ennå ikke ferdig utarbeidet stilling som i den nye avdelingsstrukturen kalles ”Koordinator pleie”. Foreløpig inneholder stillingen tidligere ”oversykepleieroppgaver”, som å fordele innkomne pasienter på de ulike sengepostene, holde kontakt med sykehjemstjeneste, og bidra som veileder for de nye avdelingssykepleierne. I påvente av en avklaring tar den tidligere oversykepleieren fremdeles dette ansvaret.

Et annet ledd i innføringen av reformen ”enhetlig ledelse” på lokalt nivå var utarbeidingen av personlige lederkontrakter mellom hver avdelingsleder og administrerende direktør på sykehuset. Disse skal reforhandles årlig, og toppledelsen regner dem som avgjørende for styringen av sykehuset. Kontrakten pålegger lederen et totalansvar for avdelingen og dens virksomhet, og foretakets forventninger til ledere er utdypet. I tillegg inneholder kontrakten ulike måleparametere for lederne. Målområdene er definert som ”pasientbehandling”, ”interne prosesser”, ”medarbeidere”, ”forskning og utvikling”, ”økonomi”, ”samfunnskontakt” og ”egenutvikling/organisatoriske utfordringer”. Til hvert av målområdene er det laget konkrete operasjoniseringer, og tiltak i kommende periode avtales mellom partene og er ment å angi de områdene som skal prioriteres.

Det nye i kontrakten i forhold til tidligere ordninger er at det følger et personlig ansvar for avdelingens økonomi. Dette har fått en sentral plass i lederkontrakten.

Liknende kontraktsordninger er ikke videreført internt på avdelingen, for eksempel mellom avdelingsleder og seksjonsoverlegene og avdelingssykepleierne. De ansatte viste seg dessuten å ha svært ulike og til dels uklare oppfatninger om kontraktens rolle og viktighet i det daglige arbeidet. En generell tendens er at ingen har noen særlig kunnskap om kontraktens faktiske innhold. Når det gjelder oppfatningen av dens posisjon spriker svarene fra at kontrakten er avdelingens styringsdokument til at den er hemmelig for alle andre enn avdelingsleder og administrerende direktør (sykehusdirektøren). Avdelingslederen svarte følgende da jeg spurte om lederkontraktens status på avdelingen:

Jada, vi bruker det. Jeg har jo sendt ut den kontrakten til alle mine underavdelinger; til mellomlederne, og sagt at dette er ikke min lederkontrakt, dette er hele avdelingen sin lederkontrakt. Og det gir en del føringer for hva vi skal satse på. Det er klart det at den kan gi, i hvert fall være med å gi, et bilde av hvordan avdelingen skal profileres og fungere (Avdelingsleder).

Som dette svaret indikerer prøver avdelingsleder å overføre sitt individuelle ansvar til kollektivet ved å hevde at det er "hele avdelingen sin lederkontrakt". Denne oppfatningen er forskjellig fra reformatorenes idé om at én leder skal ha det totale ansvaret for avdelingen. Andre informanter er mer bekymret over at avdelingsleder nå står i en meget klar ansvars- og dermed skyldposisjon ved å undertegne den personlige kontrakten. En antatt konsekvens av kontrakter som virkemiddel i styringen er at avdelingslederne kan bli bedt om å gå fra stillingene sine viss ikke kontrakten oppfylles. Men de ansatte oppfatter dette som en lite konstruktiv trussel.

Det de sier; at viss ikke jeg klarer å holde budsjettet så må jeg gå. Direktøren sier det. Avdelingslederne sier det. Men jeg har sagt til [avdelingsleder] "hva så da?". Viss direktøren må gå eller viss du må gå, (...) hvem skal overta da? (Sykepleier).

Denne sykepleieren argumenterer for at det er liten hjelp i å bytte ut en leder så lenge premissene for lederskapet forblir de samme. Å gi lederen en konkret kontrakt blir dermed ansett som uviktig så lenge det finnes rammebetingelser som i vesentlig grad begrenser avdelingslederens handlingsrom, og dermed mulighetene for å oppfylle statens økonomiske målsetninger. Oppfatningen om at avdelingen allerede fungerer effektivt deles for øvrig av de fleste ansatte. Kontraktsstyringen fremstår derfor mer

som en seremoni for å glede de institusjonelle omgivelsene enn som et praktisk virkemiddel.

Reformen "enhetlig ledelse" innebærer også en intensivering av kostnadskontroll gjennom desentralisering av økonomiansvar. Både legene og sykepleierne argumenterer for at finansieringsordningen ikke påvirker pasientstrømmen, men kun er et system som skal gi staten bedre innsyn i sykehusorganisasjonen. Avdelingen fokuser på viktigheten av riktig bruk av DRG-koding.⁷ Uten å vektlegge en reform mer enn andre uttrykker informantene at det merkes godt at sykehuset er blitt et produksjonssystem de senere årene. Imidlertid mener legene at dette ikke får konsekvenser for deres daglige arbeid.

Pasientene er de samme og ressursene er de samme (...) Slik at jeg i min daglige drift merker jeg ingenting fra eller til. Ingenting fra eller til. Alltid når det er snakk om, ved årets slutt, at man får sånne bulletiner i fra ledelsen hvor man sier at nå må vi spare, så blir det ikke spart (Lege).

Denne legen hevder at hans arbeid styres av pasientene og beslutningene legitimeres med hensyn til pasientenes ve og vel. Det medisinske beslutningssystem regnes med andre ord som "overordnet" og derfor upåvirkelig av økonomiske vurderinger. Blant de ansatte finnes det et visst mønster i tankene omkring hvilke muligheter avdelingen har for å få regnskapet i balanse. Dette var en idé om at avdelingen kunne redusere sine kostnader ved å ta inn færre vikarer, ha færre ansatte og benytte billigere medisiner og medisinsk forbruksutstyr. Dette gjaldt da spesielt for pleiesektoren. Det medisinske beslutningssystem synes imidlertid å være skånet for krav om innsparing, bortsett fra at avdelingen fokuserer sterkt på å få til korrekt DRG-koding slik at man får refundert penger for alt arbeidet som blir utført. Når avdelingen har fulle sengeposter kombinert med et minimumsantall pleiepersonell fører dette til at sykepleierne får liten tid med hver pasient. Mange sykepleiere føler derfor at de sliter seg ut på grunn av stort arbeidspress. Én av sykepleierne illustrerte dette ved å si:

De sier at de skal spare alle disse millionene, at vi må løpe fortere, men jeg vet ikke hvor mye fortere vi kan løpe. Så lenge det er mennesker vi behandler så er det grenser for hvor mye du kan skynde deg. Syke folk de trenger jo tid, og da må du jo gi omsorg

sånn at du ikke bare løper fra, sånn som vi ofte gjør. Står i døren og tripper når de skal fortelle oss noe (Sykepleier).

Det å redusere pleiekostnadene fører i praksis til at færre sykepleiere må ta seg av den totale pleieaktiviteten. I følge denne sykepleieren begrenser en slik type rasjonalisering tiden som tilbringes sammen med hver pasient, noe som regnes som et viktig aspekt i pleie- og omsorgsarbeidet. Dette fører i praksis til tidsklemmer og moralske dilemma for den enkelte sykepleier. Kanskje har reformen "enhetlig ledelse" ført til at sykepleierne har mistet noe av sin hevdvunne posisjon i sykehushierarkiet nå som oversykepleierstillingene er tatt vekk? Hovedinntrykket fra studien er likevel at de ansatte oppfatter antall avdelingsledere som svært lite relevant for avdelingens faktiske arbeid.

I hoveddokumentet (NOU 1997) bak reform "enhetlig ledelse" ble eventuelle implementeringsproblemer gjort til et spørsmål om å endre holdninger og organisasjonskultur på sykehusene for å unngå en "kollisjon" mellom to vesensforskjellige styringslogikker. Denne typen "logikk-modellering" har vært vanlig i organisasjonsforskningen en periode, der man setter legenes medisinske logikk og sykepleiernes pleielogikk opp mot en økonomisk-administrativ logikk.⁸ Men erfaringer fra feltet tyder på at denne tilnærmingen ikke er tilstrekkelig for å forklare sykehusorganisasjonen. Snarere er utfordringen et spørsmål om arbeidspraksis og rutiner, noe som er svært vanskelig å endre innen sykehussektoren.

I en organisasjon av den typen som her er studert viser det seg at en statlig reform som ønsker å påvirke pleie- og behandlingsarbeidet ved bruk av økonomisk-administrative virkemidler har problemer med å påvirke sykehusets kjernevirksomhet i vesentlig grad. Det fremstår derfor som om det er andre systemer og krefter som styrer pleie- og behandlingsarbeidet på avdelingen enn de systemene en strukturreform à la "enhetlig ledelse" har til hensikt å endre. Samfunnsvitenskapelige forskningsmiljø og helsepolitikken generelt trenger derfor mer kunnskap om de mange strukturer og rutiner som holder hjulene i gang på sykehuset. Man må blant annet forsøke å forstå profesjonenes premisser i arbeidshverdagen. Det er rett og slett behov for mer kunnskap om de konkrete arbeidsprosessene i sykehusorganisasjonen.

En måte å forklare forskjellen mellom reformens styringsambisjoner og de reelle konsekvensene på avdelingsnivå kan være å gå ytterligere inn i infrastrukturen i sykehusets pleie- og behandlingsarbeid (Vikkelsø og Vinge 2004). En reform som alene baserer seg på en logikkmodell vil trolig komme til kort i forhold til det faktiske arbeidet som blir utført på en sykehusavdeling. Det kan derfor tenkes at en reform i sykehusorganisasjonen får begrenset effekt nettopp fordi de reformerer og leder noe annet enn det som er avgjørende for det arbeidet som utføres. Infrastrukturen hemmer, med andre ord, reformens mulighet for gjennomslag.

Pleie- og behandlingsarbeidets infrastruktur

Medisinsk arbeid er uforutsigbart. Man har i liten grad kontroll over hvilken type pasienter som dukker opp, hva de lider av, eller hvordan deres tilstand vil utvikle seg. Det kan være fristende å anta at denne uforutsigbarheten gjør medisinsk arbeid lite egnet for standardisering, men en slik antakelse kan ikke en studie av sykehuspraksis umiddelbart understøtte. Den danske organisasjonssosiologen Sissel Vinge har sett på standardiseringsfenomenet i sykehusvesenet og hvordan disse forholder seg til den type arbeidsorganisering som karakteriserer medisinsk arbeid. I sin doktoravhandling bruker Vinge en infrastrukturelt tilnærming for å presentere det hun mener er sentrale elementer i den konkrete utførelsen av det legefaglige arbeidet ved danske sykehus. Vinge hevder at denne skjulte og selvfølgelig infrastrukturen må synliggjøres for å bli tilgjengelig for bearbeiding, men at dette er en oppgave hvor den generelle reformretorikken kommer til kort. "For å skape handlingsrom i forhold til den organisatoriske praksis må det utvikles et sykehusspesifikt organiserings- og ledelsesspråk som er relatert til den medisinske praksis' hverdag" (Knudsen og Vinge 2003, s 226).

Vinges bidrag til sykehussosiologien er inspirert av Susan Leigh Star (1999, Bowker og Star 2002) som har utviklet en analytisk innfallsvinkel til det hun kaller infrastruktur, nærmere bestemt om ulike former for klassifisering og dens konsekvenser. Blant annet har hun sammen med Geoffery Bowker sett på den historiske utvikling av den internasjonale standarden for sykdomskategorisering

(ICD). Sissel Vinge har overført denne typen tilnærming til arbeidsorganisering i sykehussektoren gjennom å beskrive strukturerende elementer i legenes arbeid i danske sykehus. Vinge argumenterer for at det ikke er tilstrekkelig å beskrive sykehus som rene "fagbyråkrati", men at man også må ta hensyn til sykehusorganisasjonens "maskinbyråkratiske" trekk.⁹ Men det er ikke bare legene som inngår i fletteverket. Også sykepleierne har en sentral plass i sykehusarbeidets infrastruktur.

Sykehusdøgnet har sin bestemte rytme. Arbeidsdagen er i stor grad systematisert i faste rutiner, og arbeidet på sykehuset er høyt standardisert i den forstand at grunnkategoriene er de samme for alle. Sykehuset er bygget opp omkring biomedisinens paradigme, prosedyrer og kunnskap, og funksjonelt organisert etter en idé om at innkomne pasienter skal diagnostiseres og behandles. For de ansatte på avdelingen er hverdagen først og fremst strukturert funksjonelt, etter faste arbeidsposisjoner som må fylles, og tidsmessig, i forhold til faste møter. I tillegg kommer pasientene som blir flyttet rundt i henhold til sykehusets funksjoner, alt etter hvilken diagnose de har fått og etter hvilken tilstand de befinner seg i. Ved å beskrive møtevirksomheten på avdelingen, pasientens gang gjennom sykehuset, og gi et innblikk i legenes og sykepleiernes arbeidsdag vil jeg forsøke å vise noen av elementene i arbeidets infrastruktur. Det viser seg at disse, blant annet på grunn av sin innbyrdes gjensidige avhengighet, ikke så lett lar seg endevende av politiske vedtak som for eksempel reformen "enhetlig ledelse".

For en utenforstående er det nærliggende å tro at en kirurg står ved operasjonsbordet dagen lang, men slik er det ikke. Kirurgens pasientarbeid går også med til å kartlegge pasientene, undersøke dem og gjøre nødvendige vurderinger. Som en avslutning av denne prosessen ender det opp med operasjon. Legene jobber selvstendig i et faglig hierarki der de mest faglig kompetente er på toppen. Dette vises i stillingstitlene som "turnuslege", "assistentlege" og "overlege", hvor det er overlegene som styrer arbeidet. Den interne opplæringspraksisen er at overlegene veileder assistentlegene. For eksempel skal det alltid være en overlege tilstede for å veilede når en assistentlege foretar en operasjon. Dagens høyspesialiserte sykehus fordrer nært samarbeid mellom avdelinger og yrkesgrupper. Blant legenes viktigste samarbeidspartnere er sykepleierne, som tar hånd om pasientene når de ikke ligger under kniven eller konsulterer leger.

Sykepleiernes arbeid på sengeposten styres hovedsakelig av tilstanden og behandlingsopplegget til de innelagte pasientene. Pasientene er plassert der av legene på seksjonen og i akuttmottaket. På posten organiserer sykepleierne seg i den hensikt å ivareta pasientenes behov så godt som mulig, og man tilpasser seg en situasjon der posten det meste av tiden er overfylt. Det ligger pasienter på sengepostene hele døgnet. Dette fordrer en døgkontinuerlig beredskap av pleiepersonell. Sykepleierne deler inn arbeidsdøgnet i dag-, kvelds- og nattevakter. Ved hvert vaktskifte er det rapportmøte hvor det nye vaktlaget innformes om situasjonen på avdelingen, det vil si en gjennomgang av alle inneliggende pasienters diagnoser, utstyr og program for dagen. Sykepleierne på sengeposten jobber selvstendig, men i nært samarbeid med hverandre. Mye av arbeidet er standardisert ved at sykepleierne utfører faste medisintekniske prosedyrer som følger hver diagnose. Det er blitt hevdet at sykepleierne på mange måter fungerer som leger på et enklere nivå enn legene selv (Berg 1987). I tillegg kommer pleie- og omsorgsarbeidet.

På sykehuset brukes et språk som vanligvis beskrives som faglig, kanskje til og med legefaglig. Man snakker blant annet om "poster", "baktvakter", "epikriser", "rapporter" og "journaler". Dette språket er imidlertid ikke medisinsk eller på noen måte legefaglig. Det handler ikke om hvordan man diagnostiserer og behandler tykktarmskreft. Språket er organisatorisk fordi det handler om organiseringen av arbeidet, om hvem som skal gjøre hva, og om hvordan både arbeidet og dem som skal utføre det standardiseres og kategoriseres (Vinge 2003). Slike klassifikasjonssystemer og standarder har en tendens til å bli tatt for gitt. Slik at man til tider glemmer at de er menneskeskapte og ikke en egenskap ved den delen av verden de klassifiserer, og dermed heller ikke ensbetydende med at de er riktige eller fornuftige etter noen type høyere eller dypere logikk (Bowker og Star 2000). Infrastrukturen i det medisinske arbeidet handler om de klassifikasjonssystemer og standarder som produserer konkret arbeid, arbeidsprosesser og arbeidsposisjoner.

Det viser seg at det nye ledelsessystemet i svært liten grad bryter inn i den tradisjonelle arbeidsorganiseringen. Dermed fremstår beslutningene i pleie- og behandlingsarbeidet som mer eller mindre dekoplet (Meyer og Rowan 1977) fra sykehusets formelle struktur. Hver og en av de ansatte kjenner sine oppgaver, hver

yrkesgruppe styrer seg selv, og sammen holder de hjulene i gang på sykehusmaskineriet 24 timer i døgnet. Legene jobber selvstendig i omgangen med pasienter og i nært samarbeid med sykepleierne. Arbeidet gjøres på et medisinsk grunnlag og legitimeres med hensynet til pasientens beste. På grunn av stykkprisfinansieringen (ISF) får legenes medisinske beslutninger også økonomiske konsekvenser, men uten at det fremstår som bevisste økonomiske vurderinger i den enkelte leges daglige virke.

Reformideen om "enhetlig ledelse" er individualiserende med tanke på én leder skal ha totalansvar for én resultatenheter, men et av Vinges (2003) poeng er at deler av infrastrukturen ikke er organisasjonsspesifikk. For eksempel er legenes spesialistutdannelse et vesentlig organiseringspremiss for sykehusene. De fleste sykehus har en organisasjonsutforming som avspeiler legenes spesialisering. Individene, kanskje spesielt de yngre legene, er nomader; slik at stabiliteten i organisasjonene ligger i infrastrukturen heller enn hos den enkelte ansatte. Derfor blir reformens ide om holdningsendring på ingen måte tilstrekkelig.

Det er sammenhengen mellom systemene som gjør at man kan snakke om én infrastruktur, ikke bare om individuelle og uavhengige klassifikasjonssystemer og standarder. Sammenhengene har også med å gjøre at infrastrukturens helhet fremstår både naturlig og selvfølgelig. "Infrastrukturen er ikke et uttrykk for én måte å organisere medisinsk arbeid på. Infrastrukturen er praktisk talt lik medisinsk arbeid" (Vinge 2003, s 172). Dermed er det ingen som styrer infrastrukturen alene. Denne kunnskapen oppfordrer til reorientering, både for utformingen av helsepolitikken og for studier av reformer i sykehussektoren.

Noen implikasjoner for reformatorer og samfunnsforskere

Forsøket på å desentralisere og tydeliggjøre ansvar ved å ansette totalansvarlige ledere på avdelingsnivå har ikke blitt innført på samme måte som reformatorene antok. Studien som denne artikkelen bygger på viser at reformens ambisjon om profesjonell ledelse ikke er kommet i stand på avdelingen, og at det formelle ledelsessystemet ikke bryter nevneverdig inn i den tradisjonelle medisinske

arbeidsorganiseringen. Én mulig forklaring på dette kan være at de nye standardene og kategoriene som reformen forsøker å innføre ikke er forenelige med arbeidets allerede eksisterende infrastruktur. Forsøket på å reformere ledelsesstrukturen arter seg derfor mer som et politisk spill om legitimitet, ansvarlighet, autonomi og overlevelse enn om "sykehusproduksjonens" reelle vilkår og utfordringer. Dette er en del av de omstillings- og moderniseringsprosesser som for tiden finner sted i offentlig virksomhet. Ledelselementene i denne type politikk har et normativt utgangspunkt der hovedpoenget er å gjøre de ansatte til objekter for omstillinger og endringer. Det som imidlertid viser seg er at språk, symboler og strukturer, men i langt mindre grad atferd blir innordnet etter de krav modellene stiller (Ramsdal og Skorstad 2004).

Jeg startet med en antagelse om at norske sykehus er preget av en sterk statlig regulering og standardisering, en sterk faglig kjerne og en svak toppledelse. Reformen "enhetlig ledelse" kan tolkes som et forsøk på å styrke toppledelsen i sykehuset, et forsøk som støter mot sykehusets infrastruktur og derfor ikke får den antatte gjennomslagskraft. Mitt budskap i denne artikkelen er at uten en form for beskrivelse og fortolkning av hvordan sykehushverdagens arbeidsorganisering foregår i praksis, kommer ingen reform særlig langt. Dette har implikasjoner både for resultatene av denne typen reform som "enhetlig ledelse" er én del av og for samfunnsvitenskapelige studier av reformer og reformimplementering i sykehussektoren.

Organisasjonsvitenskapens logikktenkning, som reformutredningen "Pasienten først!" er bygget på, gir på langt nær en tilfredstillende forklaring på de utfordringene reformen "enhetlig ledelse" har støtt på i norske sykehus. Et nærmeres blikk på sykehusets dagligliv viser oss at sykehusorganisasjonen er mye mer enn den medisinske logikken satt i system. Ved å oppfordre til å studere dagliglivet på avdelingen såpass detaljert, er hensikten å få frem kjente, men kanskje ikke erkjente, strukturerende element i sykehushverdagen. Både helsepolitikkerne og de samfunnsvitenskapelige forskningsmiljøene mangler kunnskap om de konkrete arbeidsprosessene i sykehuset. For å drive kritisk sosiologi må man derfor undersøke reformprosesser med andre teoretiske tilnærminger enn de som var utgangspunktet for selve reformene, og som egentlig er hentet fra organisasjonsvitenskapen selv og ikke fra helsepolitisk diskusjon. For å spissformulere, fordi samfunnsvitenskapen på idéplanet både er en viktig evalueringsinstans og premissleverandør for

helsepolitikken, er det nå på tide å pakke vekk stjernebikkerten og heller å konsentrere forskningen om det som "virkelig" foregår på sykehusene.

Litteratur

- Berg, O. (1987) *Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bowker, G. og Star, S. L. (1999): *Sorting Things Out: Classification and its Consequences*. Cambridge: MIT Press.
- Hoffmann, F. (2002): "30 års sykehusreformer – mer helse og bedre styring?" i *Nytt Norsk Tidsskrift* (1:2002), s 42-48.
- Knudsen, M. og Vinge, S. (2003) "Infrastruktur og reformer i sykehusvæsenet" i Borum, F. (red) *Ledelse i sykehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Meyer, J.W. og Rowan, B. (1977): "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony" i *The American Journal of Sociology*, vol. 83, nr 2, s 340-363.
- NKS (1981): *Organisasjonsstrukturer i sykehussektoren*. Norske Kommuners Sentralforbund
- NOU (1990): *Ledelse i sykehus*. Sosialdepartementet.
- NOU (1997): *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Ramsdal, H. og Skordal, E. J. (2004): *Privatisering fra innsiden. Om sammen smeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Star, S.L. (1999): "The Ethnography of Infrastructure", i *American Behavioral Scientist* (43:3), s 377-391.
- Sveri, T. (2004) *Strukturer og reformer. En kvalitativ studie av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Hovedoppgave fra Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Vinge, S. (2003): *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse*.

Ph.d. avhandling, Institut for organisation og arbejdsociologi, Handelshøjskolen i København.

Vikkelsø, S. og Vinge, S. (2004): Utforskning av arbeidspraksisser i Vikkelsø, S. og Vinge, S. (red.) *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*.

¹ Funnene det refereres til i denne artikkelen stammer fra en kvalitativ studie (Sveri 2004) som er gjort på en kirurgisk avdeling ved et relativt stort sykehus i Norge. Studien beskriver hvordan mange av de strukturerende elementene i den medisinske organisasjonen er å finne i sykehushverdagens trivialiteter. Studien ble gjennomført cirka et halvt år etter reformen, så avdelingen var fremdeles i en overgangsfase på dette tidspunktet.

² Dette finnes uttrykt bl.a i rapporten "Ledelse og medisinsk ansvar" som ble skrevet i 2000 av et rådgivende utvalg for sentralstyret i organisasjons- og ledelsesspørsmål, Den Norske Lægeforening.

³ Fra artikkelen "Ledelse et viktig satsningsområde", Norsk Sykepleierforbund, www.nosf.no.

⁴ Tilsvarende overganger finnes også på mange av de andre avdelingene på sykehuset. Ved dette sykehuset er 70% av avdelingslederne leger, og av disse har 95% medisinsk doktorgrad (tall fra 2003).

⁵ Uriaspost betyr utsatt stilling eller farlig post. Stammer fra en bibelsk beretning om David, Urias og Batseba.

⁶ Dette finnes blant annet i legeforeningens "Legeforeningens sentrale vedtak om ledelse" i *Tidsskrift for den norske lægeforening 2002; 122: 2047*.

⁷ DRG betyr diagnoserelaterte grupper og er knyttet opp mot klart definerte diagnoser og prosedyrer. Dette er standardisert etter et internasjonalt diagnosekategoriseringssystem (ICD) som finnes i en egen bok (ca 1500 sider i den 10. norske utgaven) som skal inneholde alle diagnoser som benyttes i dag.

⁸ Denne typen tilnærming kan man for eksempel finne i Melander, P. (1999): "Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde circler" i Bentsen et al (red) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens forlag.

⁹ Disse begrepene er hentet til Henry Mintzberg arbeid i *The Structuring of Organizations* (1979) og *Structures in Fives* (1983).