

# ATM

## Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Rune Nesdal Jonassen

### Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene

ATM – Skriftserie  
Nr. 12 - 2008

 **Rokkansenteret**  
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

**POLIS**  
Politikk, Organisasjon og Ledelse i  
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

ATM- skriftserie er en nettbasert publikasjonsserie med nyttigvelser av hovedfagsoppgaver, masteroppgaver, avhandlinger og paper som er produsert i tilknytning til ATM –prosjektet ved Rokkansenteret i perioden 2003 – 2008.

# Innhold

Innhold	1
Om ATM - prosjektet	2
Forord	3
Sammendrag	5
Figurliste	7
1.1 Innledning	9
1.2 Fra todelt til enhetlig ledelse	11
2 Metodisk tilnærming	12
2.1 Problemstillingen	12
2.2 Avgrensning	16
2.3 Forskningsdesign og valg av metode	16
2.4 Forskningsprosessen og valg av respondenter	18
2.5 Kriterier for valg av mine respondenter	20
2.6 Intervjuguide, intervjumetodikk og samtale som forskningsmetode	20
2.7 Hvordan jeg gjennomførte undersøkelsen	22
2.7.1 Forarbeid	22
2.7.2 Åpning av intervjusituasjonen	23
2.7.3 Hovedfasen av intervjusituasjonen	23
2.7.4 Avslutningsfasen av Intervjusituasjonen	24
2.8 Data analyse etter intervjuet	24
2.9 Forskningsetikk	25
3 Helsereformen	26
3.1 Sykehusreformen innebærer sentralisering	28
3.2 Beholder de helsepolitiske målsetninger	29
3.2.1 Hva skjer i praksis?	30
3.3 Eierstyring	32
3.3.1 Foretaksstrukturen	33
3.3.2 begrensning i helseforetakenes selvstendighet	35
3.4 Sykehusene har stor politisk symbolverdi	35
3.5 Sykehusene med ansvar for egen økonomi og styring	36
3.5.1 Mye fokus på økonomi etter helsereformen trådte i kraft	39
4 Ledelse	42
4.1 Ledelse og nye vilkår for ledelse og faglige prioriteringer	44
4.1.1 Nye rammebetingelser for ledelse	45
4.2 Sykehusets organisasjonsform	46
4.3 En modell som bilde på ledelse	48
4.3.1 De 8 kanalene for ledelse	52
4.3.2 Stort press utenfra	55
4.4 Faglig og administrativ ledelse	60
4.5 Måten å være leder på	62
4.6 Muligheten til å utøve ledelse	62
4.7 Er ledelse av sykehus noe annet enn ledelse i ordinære virksomheter?	65
4.8 Kvalitet i Helsesektoren	66
5 Ledelsesinformasjon i omstilling	69
6 Har helsereformen fra 2002 påvirket ledelse, utøvelse av ledelse og informasjonsflyten internt i helseforetakene?	71
6.1 Hvordan avdelingsledere oppfatter sin egen posisjon	73
6.2 Forutsetninger og vilkår	74
6.3 Oversikt over krav og strategier for ledelse	76
6.4 Er det noe trekk på noe som kunne ha vært annerledes?	76
7 Konklusjon	78
8 Vedlegg	82
8.1 Intervjuguide	83
8.2 LITTERATURLISTE	85

## Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Haldor Byrkjeflot

*Prosjektleder*

## Forord

Dette er en studie jeg har ønsket å gjøre lenge og som jeg nå har fått muligheten til å gjennomføre i tilknytning til mitt studie i Offentlig administrasjon og økonomi ved Høgskolen i Agder og min stilling som informasjonsrådgiver ved Sørlandet sykehus.

I prosessen må jeg få takke min veileder ved Høgskolen i Agder, førstelektor Dag Olaf Torjesen, som hele veien har øvet et vist press på at jeg må komme videre med oppgaven og ikke gi opp.

Så er det de hjemme som har måtte gå vekk fra datamaskinen fordi pappa skulle skrive oppgave. Det har ikke alltid vært like populært. En takk til dem også som har holdt ut.

Rune Nesdal Jonassen  
Kristiansand  
November 2005

## Sammendrag

Tema i denne studien er den siste store helsereformen i norsk sykehusvesen som kom i 2002. Problemstillingen fokuserer på ledelse og informasjonsflyt i sykehus i forbindelse med denne reformen. Studien retter seg mot avdelingsledere i sykehus og fokuserer på deres mulighet til å utøve ledelse. Målsettingen har vært å undersøke om reformen siden 2002 har ført til en endring av handlingsrommet for avdelingsledere til utøve ledelse med hensyn til *overordnet ledelse, fag, underordnet og sideordnet ledere*. Alle mine informanter er ledere ved Sørlandet sykehus Helseforetak. I studien er det imidlertid ikke et grunnlag for å trekke noen konklusjoner som kan relateres direkte til dette sykehuset. Det fremkommer utsagn, og analysen viser, at avdelingslederlederne har tilpasset seg helsereformen nokså ulikt. Alle informanter har imidlertid et positivt syn på grunnlaget og intensjonen i reformen i forhold til eget ansvarsområde. Det avtegnes likevel ikke ett enkelt bilde på hva konsekvensene har vært på den enkelte avdelingsleders handlingsrom. Årsakene til dette ligger delvis i virkemidlene, eller rettere sagt det avdelingslederne beskriver som mangelen på virkemidler i reformen, og at organisasjonen og systemene lokalt på avdelingsnivå ikke har klart å tilpasse seg den nye situasjonen raskt nok.

Avdelingslederne i sykehuset ser på den posisjonen de har som avdelingsleder som svært viktig for om helsereformen skal lykkes eller ikke. De uttaler at det er på avdelingsledernivå at helsereformen går fra ord til handling. Dersom ikke avdelingsledernivået klarer å omsette det som ligger av føringer i helsereformen til konkrete tiltak i driften, vil heller ikke reformen lykkes. Dersom handlingene på dette nivå uteblir står vi bare igjen med ordene fra reformen!

Til min problemstilling på om helsereformen har påvirket ledelse og informasjonsflyt i helseforetaket så er konklusjonen at avdelingslederne tror på reformen, men opplever flere utfordringer i den praktiske gjennomføring. Avdelingslederne opplever at de delvis blir tilskuere og bare får delta til oppfyllelse av reformen i den grad de skal iverksette vedtak andre har fattet.

I den beskrivelsen jeg har gitt av reformen på eiersiden, gjennom de strukturer som er tilrettelagt fra departementet, gjennom de regionale foretakene og ned til foretaksledelsen, så ligger elementer for at reformen har fungert som en ledelsesreform. Men

avdelingslederne i mitt materiale ser ikke at dette er videreført ned på deres nivå. Et konkret utsagn underbygger dette tydelig: ”Sykehusavdelingene har blitt større, nesten ingen har erfaring fra ledelse av så store enheter, og det er de samme lederne fra det gamle systemet som får plass i det nye, dog uten mer skolering (av lederne) enn tidligere”

Studien viser at i det kvantitative materialet jeg har fått tilgang til (Torjesen 2004) at ledere støtter seg i stor grad til fagpersoner innen eget felt. Det betyr at faggruppen er en viktig faktor når en skal utvikle nye ledelsesformer på avdelingsledernivå i sykehus. Samtidig gir mine informanter klart uttrykk, gjennom deres syn på ledelse, at ledelse er et eget fag. Jeg tolker det avdelingslederne beskriver om ledelse til å ha klare linjer til kjente ledelsesteorier. Jeg trekker derfor den konklusjonen at forholdene ligger til rette for å kombinere fagkunnskap og kjent ledelsemetodikk hos avdelingsledelsen. Da nærmer vi oss den ledertypen som er beskrevet av Peter K. Jespersen (2005) som en hybridleder. Hybridlederen kombinerer kunnskap om fag og kunnskap om ledelse slik at det beste fra begge felt kommer til uttrykk i utøvelsen av ledelse. Spørsmålet blir da om handlingsrommet ligger tilrette for at hybridlederen kan fungere. Jeg ser gjennom min studie at uten at de nødvendige forhold ligger til rette vil heller ikke denne ledertypen kunne fungere. Når jeg som forsker trekker frem spørsmålet om hybridlederen vil fungere er det ut fra de påstandene mine informanter formulerer som et stort problem; at for mange prosesser går parallelt og at helsereform ikke har hatt i seg ressurser til å drive omstilling. Dette blir den videre utfordringen for sykehusene.

**Rune Nesdal Jonassen** har mastergrad 2005 i Offentlig administrasjon fra Høgskolen i Agder. Jonassen har vært knyttet til ATM – prosjektet og POLIS – seminaret. Denne rapporten er en nyttegivelse av masteroppgaven hans.

## Figurliste

Figur 1: På hvilket nivå beskrives problemstillingen

Figur 2: Ledelse i 8 kanaler med flere påvirkningskilder

Figur 3: Kvalitativ vs. Kvantitativ tilnærming

Figur 4: Foretaksstrukturen fordelt på regioner

Figur 5: foretaksstrukturen i Helse sør

Figur 6: Autonomi i forhold til budsjett

Figur 7: Ledelsesperspektivet

Figur 8: kontaktfrekvens med nærmeste leder

Figur 9: Mulighet til å påvirke ansettelse av egne ansatte

Figur 10: Hva betyr mest: fagråd eller fagpersoner

Figur 11: Medias påvirkning

Figur 12: Tilsynsorganets betydning

Figur 13: Pasient og brukerorg. påvirkningsmulighet



” Dersom ikke avdelingsledernivået klarer å omsette det som ligger av føringer i  
helsereformen til konkrete tiltak i driften, vil heller ikke reformen lykkes”

*(Sitat fra undersøkelsen)*

## 1.1 Innledning

Ulike forhold på sykehus omtales og studeres av mange fagspesialiteter det være seg leger, sykepleiere, økonomer og jurister, men hvorfor det nå er stadig flere samfunns- og organisasjonsforskere som er begynt og forske på sykehus, må forstås ved å se dette i en større sammenheng. Det henger tett sammen med de sykehus- og helsereformer som er kommet gjennom 90-tallet og inn i dette tiåret. Reformene; *kan medføre at selve sykehuset som organisatorisk fenomen endrer karakter og transformeres i takt med utviklingen av nye teknologier og samarbeidsstrukturer på tvers av fysiske lokaliteter.*” (Byrkjeflot og Jespersen. s 5 2005). Med en slik antagelse er det klart at sykehus og helsetjenesten, som store og viktige samfunns institusjoner, blir et interessant område å se nærmere på også for samfunns- og organisasjonsforskere. Samfunns- og organisasjonsforskere er opptatt av en rekke problemstillinger knyttet til sektoren og der er etablert en rekke forskningsmiljø som har dette som tema. Forskere fra denne gruppen fokuserer i dag mest på ulike vinklinger og varianter av ledelse, organisering, innsyn og styring i sektoren og hvordan dette til slutt henger sammen og påvirker hverandre og hvordan roller har forandret seg. Min studie av feltet må sees som en del av denne forskertradisjonen og inneholder derfor elementer fra hele dette spekteret og det brukes relativt mye plass i min studie på å vise ulike sider av den siste helsereformen som kom i 2002.

Mange har omtalt sykehusreformen, som trådte i kraft 1. januar 2002 som den største og mest omfattende endringen som har skjedd innenfor Norsk helsevesen. Grunnlaget for reformen startet på slutten av 1980-tallet. Da kom stortingsmeldingen ”helsepolitikken mot år 2000” og melding gav klare bud om at Norsk helsevesen hadde behov for en gjennomgripende reform. Det er to hovedelementer i reformen hvor det ene er at staten overtar eierskapet til sykehuset og det andre er at vi får en ny foretaksstruktur som sykehusene plasseres inn i og får benevnelsen helseforetak.

6. juni 2001 ble sykehusreformen formelt vedtatt i Stortinget med politisk støtte fra Høyre og Fremskrittspartiet. 13 måneder etter at ideen om en sykehusreform var presentert ble den iverksatt. Med tanke på at reformen er omtalt som alle ”helsereformers mor”, var 13 måneder svært kort tid. Reformen var motivert ut fra økonomiske hensyn og refererte seg

til det økonomiske uføret flere av sykehusene rundt om i landet hadde havnet i. Samtidig skulle reformen være en ledelsesreform innen helsesektoren. Det som imidlertid har vist seg siden vedtaket for vel 3 år siden, er at sektoren en fortsatt sliter med spørsmål vedr. økonomi og ledelse. Det vi nå ser er at tilnærmingen til spørsmålene om økonomi har endret karakter. Overskriftene i media omtaler fortsatt en situasjon hvor det brukes for mye penger og at det må kuttes i budsjettene, forskjellene er nå at kuttene kommer som følge av at medisinsk tilbudet endres eller at tilbud legges ned og vi får en sentralisering av helsetilbudet. Sykehusstrukturen i Norge har hatt en tradisjon for å være desentralisert. (Byrkjeflot og Neby 2003). Sykehusreformen signaliserer på flere måter et brudd med denne tradisjonen (Hallingstad 2004). Hallingstad (2004) peker på to hovedkomponenter i reformen som fremhever dette; 1) sentralisering av statlig eierskap med overføring fra fylkeskommunen til den sentrale staten og 2) opprettelse av helseforetak for å sørge for tilknytning mellom sykehus og stat (Ot prp 66, 200-2001).

Når jeg velger å fokusere på sentralisering, fra statens side i forhold til helsereformen i min studie, er det fordi jeg ser at det er en sammenheng i at det fokuseres på ledelse gjennom linjeledelsen og at vi har fått en tilsvarende sentralisering av ledelse ved at ledelse skal gå i de formelle strukturer i organisasjonen. Dette oppfattes ulikt hos mine informanter. Og spenner fra utsagn som:

*”Mens sykehusledere tidligere kunne lede med hjerte og entusiasme, får sykehusene nå mer ansiktsløse ledere som er mer opptatt av prosess for prosessens skyld, kutte kostnader og holde budsjetter.*

Til at den nye tid oppfattes som:

*”Vi er så heldige å ha en klinikksjef som er fantastisk dyktig, gir svar og hjelp fortløpende. Slik var det ikke i den tidligere strukturen. Da måtte vi mase kanskje i månedsvis for å få svar på saker vi trengte hjelp til, ofte fikk vi aldri svar på henvendelsene.”*

Dette er nyttige observasjoner med tanke på at helsereformen fra 2002 skulle være en ledelsesreform, så ser vi at når det gjelder avdelingsledernivå så er det meget tilfeldig om ledelse fungerer eller ikke. Denne sterke styringen står i kontrast til den fristillingen

helsereformen skulle være (Læg Reid, Opedal og Stigen, 2005). Mange forskere karakteriserer helsereformen som New Public Management inspirert. NPM teoretikerne fremholder en passiv styring fra myndighetene og liten innblanding fra politikkene i styringen og driften av den utskilte etat. Det forutsetter stor grad av delegasjon til det aktuelle helseforetak (sykehus) Likevel er det ikke snakk om en fristilling av foretakene for det forutsette styring gjennom kontrakter og resultatoppfølging. Hvilken veg dette balanseforholdet tipper er et empirisk spørsmål (Læg Reid, Opedal og Stigen, 2005). Min studie av avdelingsledelsen vil kunne gi svar på dette i forhold til hvordan dette slår ut på de laveste ledelsesnivå i helsesektoren.

## **1.2 Fra todelt til enhetlig ledelse**

Innen for ledelse har helsesektoren nylig vært gjennom en stor og viktig reform ved overgangen fra todelt til enhetlig ledelse. Enhetlig ledelse ble vedtatt innført i norske sykehus fra 1. januar 1999 (Lov om spesialisthelsetjenester, nr.61 1999). Reformen erstatter en praksis med todelt ledelse i norske sykehus, der leger og sykepleiere ledet en avdeling sammen. Med enhetlig ledelse skulle det være én ansvarlig leder for hver organisatoriske enhet (avdeling). Jeg skal ikke behandle problemstillinger fra denne reformen spesielt i min studie, men resultatene og konsekvensene av denne viktige og store reformen preger fortsatt organisasjonen. Monica Skjold Johansen (2005) sier at enhetlig ledelse og dens konsekvenser har så langt vært lite studert. Først og fremst skyldes dette at reformen er såpass ny at det har vært vanskelig å studere dens konsekvenser inngående ennå. Vi vet derfor lite presist om hvordan enhetlig ledelse fungerer i praksis. Det jeg har erfart er at "ledelsesreformen" fra 1999 ennå ikke er fullt implementert og organisasjonen fortsatt bærer preg av at den forrige reformen ikke er slutført. Problemstillingene fra den forrige reformen kan derfor helt klart være med å forstyrre bilde når konklusjonene fra helsereformen skal trekkes.

Innenfor den tilnærming jeg velger vet forskere fortsatt lite om hvilken betydning helsereformen av 2002 har fått å si for den lokale ledelse og avdelingsledelse. Det jeg har sett i min studie er et økt fokus på økonomi og en sterkere sentralisering av handlingsrommet der en har gått fra en struktur mot en sterkere styring gjennom den sentrale linjeorganisasjonen. Informasjonsstrategi henger uløselig sammen med informasjonsflyten i foretakene.

## 2 Metodisk tilnærming

### 2.1 Problemstillingen

For å kunne belyse min problemstilling har jeg dybde intervjuet 7 sentrale ledere på avdelingsledernivå i Sørlandet sykehus Kristiansand. Jeg har brukt deres refleksjoner og spurt om deres opplevelser i forhold til hvordan de opplever at helsereformen fra 2002 har utviklet seg de siste tre årene, og om reformen har oppfylt intensjonen om å gi helsetjenesten et fornyende innhold gjennom: *økt tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar*. Jeg har brukt utdrag fra disse intervjuene spredt rundt i oppgaven. Samtidig har jeg benyttet meg av et kvantitativt materiale fra en undersøkelse: "Lederundersøkelse – blant deltakere i nasjonalt program for lederutvikling i helseforetak" som også omfatter 40 mellomledere ved Sørlandet sykehus (Torjesen 2004). I teorien har jeg støttet meg på ulike artikler og forskningsoppgaver som er gjennomført den siste tiden innen for sykehusfeltet. Mine egne erfaringer og opplevelser gjennom 12 år som ansatt i sentraladministrasjonen på sykehuset i Kristiansand har gitt meg mye kunnskap og erfaring som jeg trekker med meg i arbeidet. Jeg har også et stort kontaktnett internt på sykehuset og til dels eksternt mot andre sykehus. Dette kontaktnettet har jeg drøftet problemstillingen min jevnlig med i den tiden jeg har skrevet på oppgaven. I forhold til Sørlandet sykehus HF og at undersøkelsen er gjort ved dette sykehuset så kan det ikke trekkes noen konklusjoner i forhold til at Sørlandet sykehus HF har gjort eller agert på en slik måte at dette har påvirket utviklingen av helsereformen. Unntaket er evt. at Sørlandet sykehus gjennomgikk en stor sammenslåingsprosess samtidig som helsereformen trådte i kraft. Dette kan ha påvirket prosessen, men er ikke diskutert i studien.

Valg av problemstilling har vært en lang prosess og jeg har brukt relativt lang tid på å komme i gang med oppgaven min. Dette fordi jeg har ønsket å finne en problemstilling i relasjon til min stilling som informasjonsrådgiver ved Sørlandet sykehus HF. Jeg har samtidig vært opptatt av at problemstillingen ikke har skulle være for tett på min egen arbeidshverdag. Jeg har ønsket å finne en problemstilling som kunne gi meg et visst handlingsrom både før, under og etter at jeg var ferdig med studien. Det betyr ikke at jeg ikke har ønsket å være kontroversiell i valg av problemstilling, men jeg tror ikke det ville

ha vært like enkelt å være ærlig verken for meg selv som forsker eller for mine informanter dersom jeg hadde trukket opp en for kontroversiell problemstilling. Jeg ønsket heller ikke å være for teoretisk i valg av problemstilling; *til det er arbeidsplassen min for spennende!*

En problemstilling er viktig å ha presist formulert. En problemstilling som ikke er konsekvent, med hensyn til tema, krever ekstra ressurser i forhold til at det stadig vil være ny usikkerhet som krever enda flere ressurser for å kunne avklares. I denne, som i mange andre sammenhenger, er tid er en knapphetsfaktor og derfor en viktig ressurs å ha kontroll på. Tidsaspektet er viktig i forhold til gyldighet omkring temaet. En for stor forskyvning i tid i forhold til problemstillingen vil kunne gjøre problemstillingen uaktuell. Problemstillingen må i tillegg være mulig å forske på. Problemstillingens presisering krever derfor en klar avgrensning, slik at man sier mye om lite. I følge Ryen (2002) kan problemstillingen aldri bli for liten. Problemstillingen skal hjelpe forskeren underveis i prosessen og bidra til et vellykket gjennomført prosjekt. Er problemstilling uklar eller for vid blir det svært krevende og det kan være vanskelig å få prosjektet i havn. Det å formulere eller å utvikle en problemstilling kan være en komplisert øvelse, men i prinsippet handler det om å lage et spørsmål av en påstand. Kravet til en problemstilling er i følge Idar M. Holme og Bernt K. Solvang (1986) at den skal være spennende, fruktbar og enkel. Dette utfyller den dimensjonen Ryen trekker frem når hun sier ”at man skal ha positivt forhold til det man forsker på”.

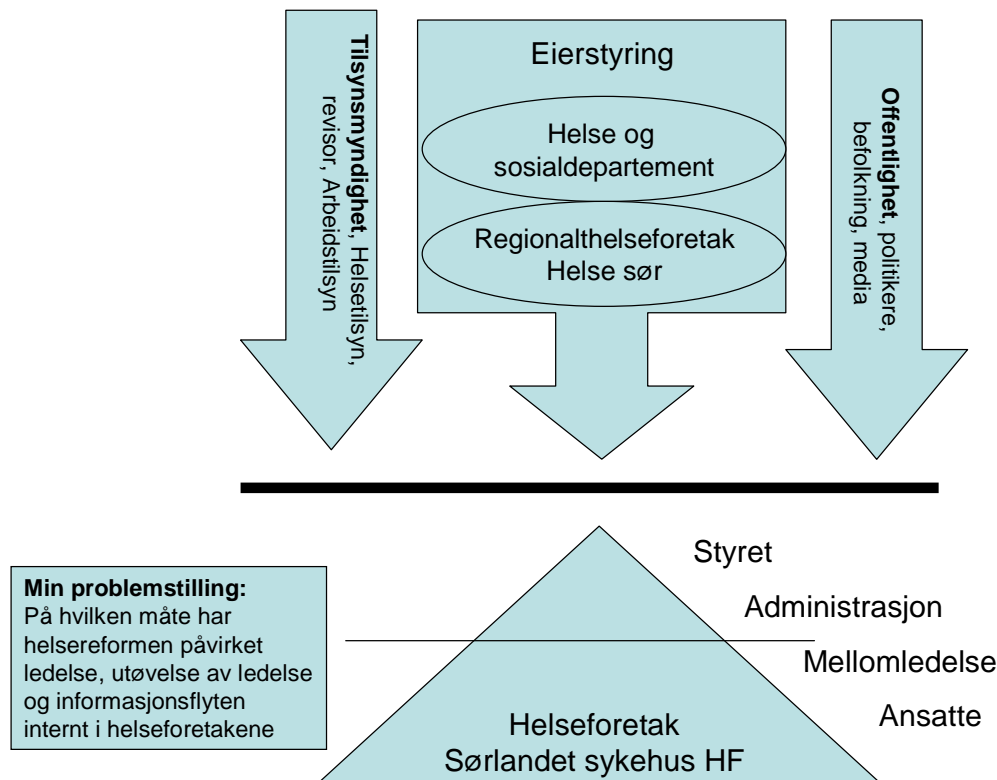
I min mastergradsoppgave, som retter seg inn mot helsesektoren, er det en lang rekke påstander som kan omformuleres til gode problemstillinger. Jeg ønsker å undersøke noen påstander vedr. utvikling av ledelse, utøvelse av ledelse og den interne informasjonsflyten i et helseforetak i tilknytning til helsereformen. Min problemstilling vil da være:

**Har helsereformen fra 2002 påvirket ledelse, utøvelse av ledelse og informasjonsflyten internt i helseforetakene?**

Jeg vil bruke denne problemstillingen underveis for å korrigere oppgaven. Ryen (2002:27) sier at ”*et vellykket prosjekt starter med en god problemstilling*”. Hun sier her at valg av forskningsmetode alltid må ta utgangspunkt i problemstillingen, og ikke i hvilken metode man har lyst til å prøve ut. Temaet er det området som skal belyses, problemstillingen viser i hvilken retning fokus er, mens metoden eller forskningsdesignet er selve verktøyet.

Spørsmålet er derfor ikke hvilke metode som er den beste metoden, men hvilke metode som er best egnet til den konkrete oppgaven vi står overfor.

**Figur 1 På hvilket nivå beskrives problemstillingen**



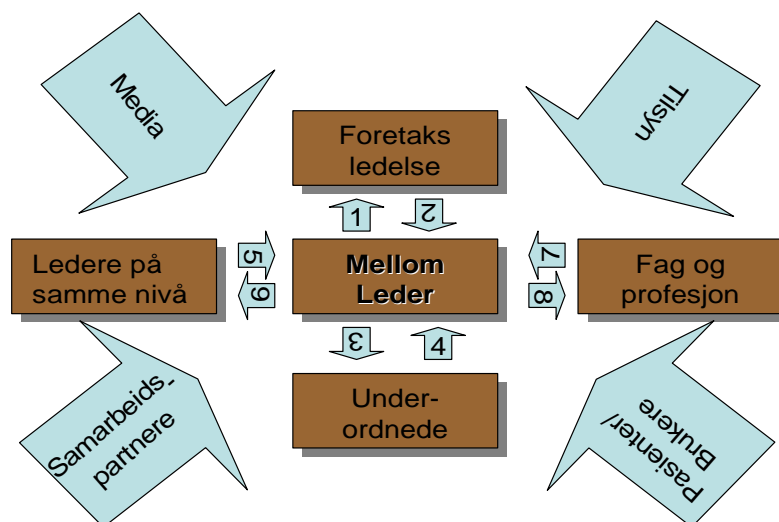
Min problemstilling fokuserer på mellomledelsen ved Sørlandet sykehus helseforetak, her illustrert som det som er under den tykke streken. Over streken beskrives de faktorer som har en "innsyns interesse" i den virksomheten foretaket driver. Pasientperspektivet er holdt utenfor. Ikke fordi det er uinteressant, men pasientperspektivet handler om **hvorfor og hva** sykehus driver med, mens det jeg skal beskrive handler om **hvordan** sykehus drivers. Pasientperspektivet er likevel sentralt for det ledelsesnivået som jeg beskriver. Jeg har vurdert å trekke inn spørsmål om pasientbehandling i min tilnærming til ledelsen fordi det er kort avstand mellom en avdelingsleder og den virksomheten (pasientbehandling) som drives i et sykehus. Uten at jeg skal trekke dette lenger så kan følgene bilde illustrere mitt poeng. Når det nå bygges nytt sykehus i Trondheim så bygges det kun enerom til alle pasienter og all drift organiseres rundt pasienten. Legen og ledene pleiepersonell har mistet sine alene kontor og sitter nå i kontorlandskap sammen med andre leger og pleiere:

- *pasienten er flyttet fra sengesal til enerom og legen fra sitt private kontor til kontorlandskap!*

Disse endringer i måten å drive på, sammen med kravene om effektivitet, nye ledelseskra-  
v gjennom prinsippene om enhetlig ledelse og helsereformen fra 2002, gjør at de siste 20 år,  
og særlig de 10 siste år, har fått nye perspektiver for organisering og dermed nye ledelses  
utfordringer. Figur 2 viser en skisse av hvordan jeg tenker at avdelingslederen opplever sin  
hverdag ” som mellom barken og veden” som en av informantene uttrykte seg.  
Avdelingsleder befinner seg i den midterste firkanten og har en direkte to-veis relasjon til:  
overordnet ledelse, medarbeidere, side ordnet leder og fag og profesjon. I relasjonen ligger  
det jeg definerer som informasjonsflyt. Hvordan informasjonen får flyte i disse kanalene er  
essensielt for utøvelse av ledelse. De brede pilene viser det trykket som står på utenfra inn  
mot avdelings leder uten at det er en fast kanal tilbake annet enn gjennom de 8 kanaler og  
via de fire elementer: overordnet ledelse, medarbeidere, side ordnet leder og fag og  
profesjon. Jeg kommer i kapittel 4 tilbake med diskusjonen og presentasjonen av  
elementene i figuren og velger derfor å bare vise den her:

**Figur 2: Ledelse i 8 kanaler med flere påvirkningskilder**

Ledelse i 8 kanaler med flere påvirkningskilder:





## 2.2 Avgrensning

Problemstillingen er i utgangspunktet svært vid og det er derfor viktig å avgrense oppgaven. For det første begrenser den seg til ledere innen Sørlandet sykehus HF. Jeg har konsentrert meg om relativt få respondenter i hovedundersøkelsen, hvor jeg har dybdeintervjuet 7 nøkkelinformanter i ulike avdelingslederstillinger. I tillegg har jeg støttet meg på et kvantitativt sekundær materiale. (Torjesen, 2004). Studien blir derfor en situasjon og bakgrunnsstudie gjort på dette sykehuset. Det er ikke noe i mine funn, eller i fra intervjusituasjonene, som skulle til si at reformen har fått et annet uttrykk på Sørlandet sykehus HF enn ved andre foretak. Da måtte jeg i tillegg ha gjennomført en komparativ undersøkelse mellom helseforetak. Unntaket er eventuelt at Sørlandet sykehus HF gjennomgikk en stor sammenslåingsprosess samtidig som helsereformen trådte i kraft. Dette kan ha påvirket prosessen, men er ikke diskutert ytterligere i studien.

## 2.3 Forskningsdesign og valg av metode

All samfunnsvitenskapelig forskning har som mål å bidra til en bedre forståelse av det samfunn vi lever i ved at man ser på hvordan enkelte mennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler innen for sine rammer (Holme og Solvang 1998). Generelt handler det om en planmessighet i forhold til et resultat. Forskningsdesign og analytisk tilnærming må være en konsekvens av problemstillingen. Min oppgave drøfter problemstillingen – Har helsereformen fra 2002 påvirket ledelse, utøvelse av ledelse og informasjonsflyten internt i helseforetakene? Dette innebærer at jeg må undersøke flere nivåer og flere aktører og samspillet mellom aktørene. Metoden vil være bestemmende for i hvilken grad man gjør teorien praktisk anvendbar i forskningskontekst, slik at virkeligheten kan gjenspeiles på en relevant og presis måte. (Holme 1991) beskriver valget av metode som spørsmålet om hvilken metode som er best egnet til å kaste lys over det relevante problemfeltet. Ethvert forskningsopplegg vil nødvendigvis innebære en avveining mellom ideell metode og praktisk gjennomførbarhet (Halvorsen, 1987). Dette krever at jeg foretar en helhetlig vurdering over hvilken metode som er best egnet, ut fra de begrensninger jeg står overfor i forhold til tilgjengelige ressurser. Innen metode eller forskningsdesign skiller teorien mellom to hovedformer for metodisk tilnærming, de kvalitative og de kvantitative metodene. Til kvalitativ metode er det knyttet systematiske datainnsamlings og – bearbeidings teknikker. Til kvantitativ metode, blir det vanskeligere å definere faste prosedyrer som kan danne grunnlag for en fastlagt metode. Her er det mer snakk om valg av en fastlagt design. Noe forenklet kan man si at kvalitativ metode fokuserer mot få

enheter, gir en bred beskrivelse og sier ”mye om lite”, mens man i kvantitativ metode fokuserer mot mange enheter, utbredelse, antall og mengde av et fenomen. Kvalitative metoder er fleksible og kan gi forståelse av sosiale prosesser og sammenhenger ved at den får frem totalsituasjonen. Dette gjør imidlertid sammenligning av data fra de ulike enhetene vanskelig. Kvantitative metoder er strukturerte og kan anvendes til statistisk generalisering, mens det kan være vanskelig å sikre at man samler inn relevante data.

**Figur 3 Kvalitativ vs. Kvantitativ tilnærming**

	<b>Kvalitativ tilnærming</b>	<b>Kvantitativ tilnærming</b>
<b>Type data</b>	Kvalitative (myke) data, tekstutsnitt som belyser teoretiske variabler	Kvantitative (harde) data, teoretiske variabler gjøres om slik at de kan måles med tall
<b>Fleksibilitet</b>	Stor	Forholdsvis liten
<b>Dataanalyse</b>	Fortolkning Under datainnsamling	Opptelling Etter datainnsamling
<b>Nytte ut over den konkrete undersøkelsen</b>	Overførbarhet	Statistisk generalisering

Ringdal (2001) beskriver forskningsdesignet som forskerens plan for en undersøkelse. Han sier videre at når man velger design, så velger man også på mange måter en ”pakkeløsning” som inneholder både teknikk for datainnsamling og for analyse. Problemstillingen min er relativt åpen og bred. Noe som kunne kreve en kvantitativ tilnæringsmetode. Jeg har likevel valgt en kvalitativ metode som hovedtilnæringsmetode. Den viktigste årsaken til at jeg føler meg trygg på å gjennomføre dette, er at jeg kjenner feltet jeg skal studere meget godt. Jeg hadde nok valgt en kvantitativ metode dersom jeg skulle ha undersøkt et område jeg visste lite om på forhånd. Fordelen med en kvalitativ metode er at den gir stor grad av fleksibilitet og når da jeg velger samtale som datafangstmetode vil jeg få stor mulighet få og hente inn nyansene i informasjonen. Jeg konsentrer meg om svært få respondenter og kan derfor gå i dybden med det enkelte intervjuobjekt. Hvert enkelt intervju kan utvikle seg ulikt og jeg kan velge å forfølge ulike innfallsvinkler og hypoteser etter hvert som de duker opp i intervjusituasjonen. En annen fordel med den kvalitative metode er at den er egnet til å hente frem nye hypoteser og nye problemstillinger. Metoden er derfor egnet til å utvikle nye viten og teori. Jeg har likevel

valgt å sikre meg ved at jeg har fått tilgang til et kvantitativt materiale: "Lederundersøkelse – blant deltakere i Nasjonalt program for lederutvikling i helseforetak" (Torjesen 2004). Dette er et materiale som er fremkommet gjennom en kvantitativ undersøkelse blant ledere i helsevesenet i Norge, deriblant 40 ledere på topp og mellomledernivå i Sørlandet sykehus HF. Dette er et stort og omfattende materiale som gir meg nyttig og verdifull informasjon i forhold til å underbygge og støtte opp om de uttalelser jeg har fått hos mine nøkkelinformanter. Sigmund Grønmo (2004) beskriver dette som parallell utnyttelse av kvalitative og kvantitative tilnærminger og kaller det for den tredje strategi i forhold til kvalitativ og kvantitativ metode. Kombinasjonen av kvalitativ og kvantitativ har mange brukt og beskrevet tidligere, men parallell bruk supplerer hverandre gjensidig. Grønmo (2004) peker helt klart på at samtidigheten i bruken av metodene vil føre til at svakheten i metodene hver for seg utlignes ved parallell bruk. I min oppgave har jeg ikke sidestilt bruken mellom de to metodene. Jeg har en hovedvekt på den kvalitative delen gjennom mine intervjuer med de 7 nøkkelinformantene, men ser klart at resultatene fra mine intervjuer støttes i de sekundær data (Torjesen 2004) jeg har tilgang til.

## **2.4 Forskningsprosessen og valg av respondenter**

I følge Ryen (2002) står man over for mange valgmuligheter med hensyn til settinger, aktører, hendelser og prosesser når man skal foreta et utvalg av respondenter, samtidig som man heller ikke må undervurdere pragmatiske hensyn når man skal velge. I det åpne dybdeintervjuet er tilgangen til relevant informasjon det viktigste. Ryen (2002) anbefaler derfor at man forsøker å finne et variert utvalg av informasjonsrike respondenter.

Forskningsprosessen består som beskrevet av problemformulering, materialinnsamling, analyse og presentasjon. Forskningsprosessen i dette prosjektet har nok for som mange andre forskere vært en turbulent prosess. Hvor det har skiftet mellom pratisk arbeid i datainnsamlingen teoretiske forsøk på tolkninger. Jeg har likevel klart å fokusere på de ulike delene i forskningsprosessen med å fokusere på problemformulering, materialinnsamling, analyse og presentasjon når jeg har vært i disse fasene. Jeg har løpende stilt en rekke spørsmål til meg selv om jeg er på rett vei og om jeg har gjort de rette valgene. Et sentralt spørsmål har for meg vært om jeg har intervjuet nok respondenter. Jeg er kommet til den konklusjonen at jeg har tilstrekkelig informasjon og jeg mener derfor at antallet respondenter er tilfredsstillende. En annen faktor som har kommet inn er tidsfaktoren, og det har vært to forhold som har gitt utslag på denne faktoren. Det ene var

at sommerferien kom inn med et opphold på 1,5 måneder og at jeg har skrevet innholdet utenom arbeidstid noe som har ført til at oppgaven har blitt skjøvet på i forhold til andre oppgaver. Likevel har jeg vært fokusert på forskningen når jeg har arbeidet med oppgaven. Det har ellers ikke vært andres store forstyrrende faktorer som skulle ha påvirket resultatet. En annen utfordring i min studie er at jeg som sagt kjenner personlig alle de respondenter jeg kunne velge blant. Jeg har derfor en tilleggs dimensjon å ta hensyn til. Jeg står ovenfor faren for selektiv persepsjon, slik Ib Andresen i sin metodebok (1990) beskriver emnet;

” Overstående (selektiv persepsjon) er nettopp en av årsakene til at studere ens egen virksomhet eller arbeidsplads, for de ens perspektiv er begrenset og fastlåst på grund af en lang, grundig og ofte skjult sosialisering”

Med utgangspunkt i dette burde jeg kanskje ikke gjennomført min undersøkelse. Jens Carl Ry Nielsen og Pål Repstad (2004 2.utg) diskuterer denne problemstillingen med et annet utgangspunkt i sin artikkel ”Om å analysere sin egen organisasjon”. De viser også til flere Norske metodebøker som sterkt fraråder det å gjøre studier i miljøer hvor en er for godt kjent, Jens Carl Ry Nielsen og Pål Repstad (2004 2.utg) mener samtidig at dette kanskje ikke er så problematisk likevel. Mitt dilemma er altså at jeg står til ”knærne i min egen problemstilling”. Jeg skal som grunnlag for min oppgave gjennomføre en undersøkelse på min egen arbeidsplass. Valg av metode i en slik situasjon er vanskelig og det er liten hjelp å hente i litteraturen. Strategisk ville den beste løsningen for mitt metodevalg i forhold til min situasjon, kanskje ha vært en kildegranskning/casestudie (Yin 1994) eller en kvantitativ undersøkelse med helt faste svaralternativer. Jeg kunne på denne måten ha distansert meg personlig fra resultatene, ved å referere til at *kildene viser* eller at *svarene som er gitt sier at osv*. Men jeg ønsker likevel å velge en annen innfallsvinkel til dette. Pål Repstad og Carl Ry Nilsen (2004 2.utg) diskuterer dette og det refereres her til den Norske sosialantropologen Cato Wadel. Wadels (Repstad og Nielsen 2004 2.utg) poeng er at en forsker aldri vil kunne oppfattes som en distansert forsker. En forsker i feltarbeid vil alltid ha en relasjon til dem han forsker på. Hovedpoenger er at ”den rene forskerrollen i samfunnsvitenskapen er en fiksjon” (Wadel(Repstad og Nielsen 2004 2.utg)) Det nærmeste en kommer er begrepet deltakende observatør. Jeg føler meg derfor trygg på at min rolle som forsker ikke vil være problematisk og at mine resultater vil være valide som grunnlag for å kunne trekk mine konklusjoner.

## **2.5 Kriterier for valg av mine respondenter**

I min studie ser jeg på muligheten for å utøve ledelse og ikke så mye på type ledelse og ledelses former. Jeg skal ikke studere særtrekk eller kjennetegn ved lederrollen. Jeg er mer opptatt av muligheten for utførelsen av lederskap og hvordan det står til med muligheten for ledelse. Jeg har valgt mine 7 nøkkelinformanter ut fra tre kriteier:

- Personer med stor legitimitet i sykehuset
- Personer med lang erfaring fra flere funksjoner
- Personer jeg har en jevnbyrdig relasjon til

Det at respondentene har stor legitimitet har vært viktig, fordi deres utsagn da vil fremstå som legitime. I de fleste sammenhenger tar en utgangspunkt i at lederens autoritet følger av den formelle posisjonen. Når jeg omtaler legitimitet som lederen har tenker jeg på den legitimitet disse har utover den som følger av posisjonen. Legitimitet blir da at mine respondenter er akseptert og anerkjent av medarbeiderne, overordnet ledelse og kollegaer. De personene jeg har valgt ut representerer i tillegg mange yrkesgrupper. Mine respondenter er plukket ut slik at de representerer både legegruppen, sykepleiergruppen og helsestøttepersonell gruppen. Respondentene er alle innenfor aldersgruppen 40-60 år og det er tre menn og 4 kvinner. De leder alle jamnstore avdelinger. Jeg har ikke med respondenter fra administrativ avdelinger eller annen ikke klinisk støttetjeneste.

Alle respondentene er i en situasjon hvor det ikke er noe overveiende konfliktforhold til andre i organisasjonen. Personene er ikke kontroversielle i den forstand de at representerer noen uttalt eller kjent opposisjon.

## **2.6 Intervjuguide, intervjumetodikk og samtale som forskningsmetode**

Folk samtaler i mange former. Vanligst er dagliglivets samtale som ofte foregår mellom mennesker som kjenner hverandre godt og som kan varierer i innhold og intensitet uten noe fast mønster. Gjennom samtaler lærer vi hverandre å kjenne og vi tilegner oss ofte ny kunnskap gjennom samtalen. Vi kjenner også igjen samtale i mer strukturerte sammenhenger i forbindelse med jobbsamtaler, klientsamtaler eller veiledningssamtaler. Samtale som forskningsmetode må bygge på dagliglivets lette form, men samtidig være en strukturert samtale (Kvale 1994). Steinar Kvale (1994) tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv, der målet er å få kunnskap om informantens erfaringer, i

lojalitet til informantens egen versjon av sin historie. (Kvale 1994 s.18) Ifølge Steinar Kvale (1994) skal intervjuet åpne for kunnskap som er forankret i informantens forståelse av verden, slik at det er mulig for vedkommende å fortelle om meningsinnholdet i sine opplevelser. Intervjuet skal ha en deskriptiv orientering, der svarene blir mest mulig spesifikke. Intervjueren må arbeide med seg selv for best mulig å være i stand til å lytte uten forutsetninger, samtidig som samtalen skal være fokusert. Det gode intervjuet gir rom for den flertydighet som kjennetegner de fleste menneskelige fenomener, og intervjueren skal være lydhør overfor forandringer. Skal forskeren lære noe nytt, er det nødvendig å utvikle en sensitivitet som tar høyde for at samtalen utgjør en bestemt type mellommenneskelig situasjon, fortrinnsvis noe som leder til en konstruktiv erfaring både for forskeren og for informanten. Intervjuer med enkeltpersoner, slik jeg har lagt opp til i min oppgave, egner den seg godt for fordypningstemaer som krever ettertanke og trygghet. Spørsmålene mine er åpne og ikke standardiserte, selv om jeg som intervjuer bruker en intervjuguide som støtte. Steinar Kvale (1994) fremholder at intervjuguiden ikke bør være for detaljert. Jeg har heller ikke lagt opp flere enn 17 referanse spørsmål som jeg stiller direkte til informantene. Mens jeg har 4-5 forskningsspørsmål Steinar Kvale (1994) gir også en beskrivelse av at det personlige intervjuer representerer en tidkrevende strategi for datainnsamling og leder ofte til omfattende arbeid med transkripsjon og analyse. Steinar Kvale (1994) beskriver det som en trinnvis tilnærming der feltarbeid og analyse går hånd i hånd. Justering underveis av intervjuguide og utvalgsstrategi kan også bidra til å styrke validiteten av materialet. Et alternativ til det personlige intervju kunne ha vært en gruppesamtale. Denne tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. Metoden krever erfaring i håndtering av gruppeprosesser, og forutsetter at forskeren gir en nøktern og realistisk vurdering av intern og ekstern validitet for resultatene. Gruppeintervju er en pragmatisk tilnærming som kan gi ny og nyttig kunnskap med overkommelig innsats.

## **2.7 Hvordan jeg gjennomførte undersøkelsen**

Samtaler mellom mennesker innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling. Gjennom ordene deler og former vi den virkeligheten vi er en del av. Når jeg har innhentet kvalitative data gjennom samtale, vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutviklingen. Derfor er det spesielt viktig at jeg forstår hva som foregår mellom informant og intervjuer, og hvilken betydning dette har for tolking og funn. I min forskning gjennomførte jeg åpne dybdeintervjuer med 7 sentrale nøkkelinformanter i sykehuset. Alle 7 har sentrale lederfunksjoner som avdelingsledere i Sørlandet sykehus HF. De fleste har vært med som ledere i lang tid og har ledererfaring fra før og etter helsereformen. Jeg har en personlig relasjon med samtlige av mine informanter gjennom at vi har vært kollegaer ved samme arbeidsplass i 10-12 år; nesten som "gamle kjente". Utfordringen min har vært å unngå for mye utenomsnakk i intervjusituasjonen. Den intervjuformen jeg har brukt har vært personlige møter mellom meg og den aktuelle informanten. Intervjusituasjonen har vært preget av at vi har kjent hverandre. For å skape en viss distanse i intervjusituasjonen har jeg vært "påtatt" formell i innledningen til intervjuet. Jeg har vært tydelig på at intervjuet skal ha en fast ramme på tid og at vi skal gå gjennom alle spørsmål og at jeg skal styre tiden. Jeg har også tatt ledelse gjennom intervjuet. Som forsker har jeg sett det som viktig at samtalen har hatt fokus på problemstillingen og at ikke situasjonen skulle få et annet innhold som følge av at det er lett å snakke om andre ting i en slik situasjon der en kjenner hverandre fra før. Jeg har lagt vekt på at vi skal møtes på kontoret eller arbeidsplassen til den som skal intervjues. Det kunne jeg ha gjort annerledes ved at vi hadde "møtes på nøytral grunn", men det igjen ville skapt en unaturlig situasjon i forhold til at jeg ønsket direkte svar, noe jeg tror kommer lettere når informanten befinner seg i sine egne omgivelser.

### **2.7.1 Forarbeid**

I forarbeidet til intervjusituasjonen har jeg prioritert å sette meg inn i teori knyttet til intervjuteknikk og hvordan det kvalitative intervju kan benyttes som metode og som grunnlag for å hente ut relevant informasjon. Jeg har i stor grad støttet meg til boken til Steinar Kvale (1994) "en introduksjon til det kvalitative forskningsintervju". I forhold til mine informanter brukte jeg tid på å kontakte dem personlig å be om en samtale/diskusjon om temaet i min problemstilling. Jeg informerte til dem jeg intervjuet om hvordan data skulle oppbevares og jeg beskrev hvordan jeg skulle ivareta anonymiteten til den enkelte. Alle var positive til å delta og jeg la vekt på å avtale et tidspunkt for intervjuet som passet

den enkelte. Hvert intervju varte fra 30 – 40 minutter og ble gjennomført over en periode på 6 uker. Da jeg var rundt og avtalte intervjutidspunkt opplyste jeg at jeg kom til å ta opp samtalene på bånd og ba om samtykke til dette. I ettertid viser det seg at jeg har hatt noe tekniske problemer med opptakeren, slik at jeg i tillegg har måtte støtte meg på notater fra samtalene.

### **2.7.2 Åpning av intervjusituasjonen**

I åpningen av intervjuet har jeg vært opptatt av å presentere problemstillingen, samt introdusere formålet med undersøkelsen. Det har vært viktig for meg å skape fortroligheten hos den enkelte på mitt bruk av det som fremkommer i løpet av samtalen. Jeg kjenner som sagt alle mine informanter gjennom 12 år på samme arbeidsplass. Jeg har hatt behov for å skape distanse i mitt intervjuarbeid og da distanse nok til å skape rom for å stille spørsmål. Utfordringen har vært å ikke komme over i en situasjon hvor vi har kommet i en samtaleform med for mye ”utenomsnakk” og derved forlatt fokus på problemstillingen. Slik at der andre forskere har brukt den innledende fasen i intervjusituasjonen for å skape tillitt og danne et godt grunnlag for intervjuet. Steinar Kvale (1994) sier i sin bok (s. 132) ”de første minutter av et intervju er avgjørende, Intervjuepersonerne vil gjerne ha en klarforståelse af interviewerens, før de giver sig til at tale frit o afsløre deres oplevelser og følelser for en fremmed” I min situasjon har også de første minutter vært avgjørende men med motsatt fortegn. Jeg har å måtte sette stramme rammer for hva og hvordan intervjusituasjonen skulle foregå. Jeg har ikke som Steinar Kvale (1994) skriver vært en fremmed.

### **2.7.3 Hovedfasen av intervjusituasjonen**

Jeg gikk relativt raskt på hovedspørsmålene og var tydelig på at jeg styrte intervju på de bestemte forskningstema som jeg ønsket å få belyst. Mine forskningstema har vært – egenforståelse av leder rollen, helsereformens inntog, mestring av ledelsesoppgavene med endring og endringspress, informasjons tilgjengelighet og kommentarer til elementene i min modell for beskrivelse av mellomlederrollen i sykehuset. Dynamikken i hovedfasen mellom meg som intervjuer og mine informanter har vært god. Jeg har latt informantene snakke ut når de har begynt på et resonnement, og heller fulgt opp med tilleggs spørsmål for å komme tilbake til det som har vært min hensikt med intervjuene. Repstad (1998) anbefalinger å anvende ”traktmetoden” når du stiller et spørsmål. Denne måten å stille spørsmål på, ved at jeg først stilte et litt åpent spørsmål, for eksempel:



*-” Hvordan ser du på det å være leder?”*

Så kunne jeg relativt enkelt komme inn på de forhold informantene selv så på som viktig å gjøre notater for så å snevre inn spørsmålet til så å være:

*”- hva legger du i det å være den som skal samle alle tråder i avdelingen? ”*

På denne måten kom jeg nærmere kjernen hos den enkelte i hva som hva deres personlige tolkning. Jeg merket fort det at generelle spørsmål gir generelle svar! Alt i alt opplevde jeg som sagt alle informantene som åpenhjertige og ærlige. De virket ikke redde for å si hva de mente, eller fortelle om hva de selv og andre hadde sagt og gjort. Flere navnga i stor grad andre aktører og kunne uttale seg i friske ordelag. Enkelte informanter var imidlertid noe reserverte, og virket til tider litt engstelige for å si noe ”feil”. Jeg presset heller ikke på for å få frem andre syns - eller standpunkt som de selv ønsket å komme med gjennom sin måte å formulere seg på. Alt i alt er jeg svært fornøyd med intervjuene og det jeg fikk ut av mine informanter.

#### **2.7.4 Avslutningsfasen av Intervjusituasjonen**

Det å avslutte intervjuet opplevdes nesten som en større utfordring enn å starte intervjuet. I løpet av 30-40 minutter var vi kommet relativt godt i gang. Den som ble intervjuet var på mange måter blitt god og varm i trøya. Derfor merket jeg at det var viktig å avslutte med spørsmål som ikke virket utfordrende eller som satte informantene i en situasjon hvor han eller hun hadde mer på hjertet. Pål Repstad (1998) sier at store, vanskelige eller ubehagelige emner skal bare taes opp i hovedfasen i en intervjusituasjon. Steinar Kvale (1994) omtaler det som at det må være en slutfase som bærer preg av å være en ”debrifing”. Jeg gjorde det ved å oppsummere de viktigste punktene vi hadde vært i gjennom, var tydelig på å gjenta det jeg hadde sagt innledningsvis om hvordan jeg ville behandle de data jeg hadde kommet frem til og hvordan jeg skulle behandle de innspilte notatene.

#### **2.8 Data analyse etter intervjuet**

En gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det som skiller den vitenskapelige tilnærming fra overfladisk synsing. Forskerens jobb i analysefasen er å stoppe opp, tenke seg om og holde alternative tolkninger og versjoner opp mot hverandre. Først når forskeren selv kan identifisere systematikken som har vært fulgt i denne prosessen, er det mulig å dele den med andre (Kvale 1994) Etter feltarbeidet skal rådata bearbeides og organiseres til en form der de blir tilgjengelige for analyse. Den kvalitative forskningsprosessen

omformer virkeligheten til tekst ved transkripsjon av materiale som stammer fra observasjon eller samtaler. Teksten er imidlertid bare en tekst. Når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining, også ved detaljert gjengivelse ord for ord. Få mennesker snakker slik at en direkte nedskrivning av samtalen gir en gyldig gjengivelse av det som ble sagt og hørt. Teksten skal best mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, særlig slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under feltarbeidet. Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. Forskeren skal også ta stilling til betydningen av sin egen rolle og posisjon gjennom alle ledd i forskningsprosessen (Kvale 1994). Analyse innebærer abstraksjon og generalisering, også ved kvalitative tilnærminger. Jeg bruker den enkelte informants historie og uttrykk. For å gi et bilde av den enkelte informantsopplevelse og derigjennom gjøre tolkninger og vurderinger av det som er uttalt. Analyse av kvalitative data innebærer at det kan finnes flere gyldige alternative tolkninger samtidig. Derfor skal forskeren rapportere hvilke prinsipper og posisjoner som har ført frem til resultater og konklusjoner.

## **2.9 Forskningsetikk**

*Etikk* kan defineres som et system av moralske prinsipper eller regler for atferd. Når det er snakk om *forskningsetikk* skal prinsippene og reglene gjelde for å regulere forskningsatferd. Moralen og prinsippene som skal ligge til grunn for atferdsreglene kan variere. Vurderinger er ofte kompliserte i og med at det er snakk om ulike aktører med flere og kanskje ulike norm- og verdisystemer som det må tas hensyn til. Hvem sine interesser skal det tas overordnende hensyn til i en forskningsetisk konflikt?

All informasjon som er innhentet fra informanter er kommet gitt samtykke, jeg har ikke en samtykke erklæring i skriftlig form, men mitt nære forhold til informantene har vært en garanti på det samtykke som er gitt. Jeg har gitt fullstendig informasjon om mine hensikter og eventuelt bruk av de intervjuene jeg har foretatt. I min studie har jeg som sagt lovet å tilintetgjøre materialet fra undersøkelsene når jeg leverer oppgaven. Informantens uttalelser er behandlet med absolutt anonymitet. Dette har jeg sikret i prosessen og i lagringen av innsamlede materialer. Det er ikke søkt konsesjon for forskningen.

### 3 Helsereformen

I dette kapitlet skal jeg omtale Helsereformen fra 2002 relativt grundig. Grunnen til at jeg går inn og beskriver reformen og grunnlaget for den, er fordi jeg mener det er viktig for å forklare og forstå hva som er i ferd med å skje i sektoren. Det er nødvendig å ha med seg grunnlaget i reformen for å kunne studere struktur, ledelse og informasjonsflyt i sykehus. Ut fra en antagelse om at reformen fra 2002 kommer endelig til uttrykk på det nivået jeg har valgt å studere, avdelingsleder nivået i sykehus.

Ot.prp. nr. 66, kap. 2.9.5 , side 29:

*"Ansvar for organisering internt i det regionale helseforetaket tilligger foretakets ledelse. Det påhviler derfor det regionale helseforetakets ledelse å ivareta de politiske, faglige og økonomiske hensyn når den konkrete organiseringen velges."*

Det er klart med et slikt argument, som her relateres til ledelse, er det skapt et grunnlag for en ny tid. Jeg skal komme tilbake til ledelsesaspektet i dette i kapittel 4.

NOU 1997:2 Pasienten først! Kom som et resultat av at politikerne allerede fra valgkampen i 1985 hadde begynt å trekke opp en debatt om at sykehusene trengte å få ned kostnadene, samt at sykehusvesenet ble oppfattet både som tungrodd og ineffektivt. Et av midlene for å få bukt med denne negative utviklingen var blant annet å fokusere på en mer styring av sykehusene og derigjennom mer rasjonell ledelse. Gjennom en mer profesjonell styring og ledelse av sykehusene ønsket man å bidra til økt effektivitet (Skaset 2003). Den langvarige debatten resulterte i at Sosial- og helsedepartementet 19. april 1996 nedsatte et utvalg; Steine-utvalget, som skulle utrede spørsmålet om intern organisering og ledelse i norske sykehus. Det var nytt i norsk helsevesen at det skulle fokuseres på disse forholdene. Resultatet kjenner vi i dag. Pasientfokuset har helt klart fått et annet rolle i diskusjonene rundt debatten om sykehusene. Det er kommet brukerpanel og brukerutvalg inn i sykehus. Det som ofte ikke kommer så godt frem er ledelsesperspektivet i NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse i sykehus skulle være løsningen for å imøtekomme de utfordringer som en til da hadde sett innen forvaltningen av helse NOU 1997:2 Pasienten først! Blir da en oppfølger til den helsereformen jeg omtaler. Forut for NOU 1997:2 Pasienten først! lå

Stortings melding 41 (19987-88) ” Helsepolitikk mot år 2000 – Nasjonal helseplan”. Denne meldingen trekker helt klart opp den linjen vi finner igjen i helsereformen.

2. januar 2002 trådte den omtalte sykehusreformen i kraft, også kalt helsereformen. Reformen kom som nevnt som et direkte politisk tiltak for å få kontroll på en betydelig ubalanse i økonomien ved flere av landets sykehus og som et konkret resultat av den politiske debatt. Reformen ble vedtatt gjennom et politisk flertall mellom Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet. Det var Arbeiderpartiets helseminister i Stoltenberg regjeringen, Tore Tønne, som var arkitekten bak reformen. Helseminister Tore Tønne sa i et foredrag i 2000, ved daværende Vest-Agder sentralsykehus, at hele spesialisthelsetjenesten og sykehussektoren trengte fornying og omorganisering. – *Alt for lenge hadde sektoren fått utvikle seg i en retning hvor en manglet et felles styringsverk.* Han viste også til at sektoren ville stå ovenfor en rekke nye utfordringer i tiden fremover, og av den grunn også ville trenge reformasjon. Han understreket at sektoren ville komme til å møte en rekke nye krav til effektivitet og kvalitet. Ønsket og tanken bak sykehusreformen var klart at staten hadde et behov for direkte å komme i en styringsposisjon hvor staten ikke lenger var avhengig av fylkeskommunene for å få gjort noe med sykehusstrukturen. Staten kan etter reformen selv avgjøre hvor aktivt arbeids- og funksjonsfordeling skal brukes som virkemiddel for å effektivisere og kvalitativt heve tjenestetilbudet ved sykehusene. All den tid en viktig begrunnelse med reformen var mer aktiv bruk av dette virkemidlet, er det nærliggende å tro at staten vil ta grep der fylkeskommunene tidligere strittet i mot (samarbeidsrapporten NIBR 2005). Sykehusreformen ble formelt vedtatt 6. juni 2001. Det tok bare 13 måneder fra vedtak til iverksettelse og helsereformen trådte i kraft da med en helseminister fra KrF, som i utgangspunktet var et parti som var imot reformen. Med tanke på reformens kompleksitet og omfang var 13 måneder svært kort tid. Reformen er av mange betraktet som den største og mest omfattende reform som helsevesenet har vært i gjennom den senere tid. Et annet poeng er også at reformen mangler en god referanse til andre reformer ved at en så stor reform ikke har vært gjennomført tidligere i denne sektoren. Lite visste man om hvordan dette vil gå! Et eksempel på det er når saksordfører til Innst.S.nr.111 (2001-2002). Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens kontroll med statsrådets (departementets) forvaltning av statens interesser i selskaper, banker mv. for 2000., Jørgen Kosmo innledet saken med å si:

*”Gjennom de siste ti årene er store deler av den offentlige forvaltning fristilt og skilt ut til foretak og selskaper. Dette har vært en utvikling som det delvis har vært stor politisk enighet om og for enkelte selskaper politisk uenighet om. Det er åpenbart et ledd i omorganiseringen av offentlig virksomhet for å kunne tilpasse virksomhetene til den moderne tid.”*

Han trekker frem at det er en forutsetning for fristilling av statlig virksomhet at det ikke må svekke Stortingets og Riksrevisjonens mulighet til å føre kontroll med at disse virksomhetene ivaretar de samfunnsmessige hensyn som de er satt til å forvalte. Frøiland-utvalget, med tilslutning fra en samlet kontroll- og konstitusjonskomité, gikk lenger enn dette og viste til at:

*«på mange områder har imidlertid selskapene også viktige oppgaver knyttet til bredere samfunnsinteresser, sektorpolitikk mv. Slike oppgaver kan være tillagt ut fra hensynet til forvaltning av naturressurser, eller tilgang på viktige fellesgoder som infrastruktur og godt tjenestetilbud ”*

Disse uttalelsene viser langt på vei at grunnlaget for reformen kommer som et resultat av den *tiden vi lever i* og ikke som et resultat av grundige analyser. Kravet om en utstrakt kontroll, etter at endringene er iverksatt, tyder også på at dette er noe som igangsettes uten at konsekvensene er kjent. Lenger ute i dette dokumentet trekker jeg frem nettopp mine informanternes syn på prosessen i reformen. – konklusjonen er her vel så klar som en uttalte:

*”- her skjer for mye på engang og til dels har de ulike tiltak motsatte effekter”*

Dette utsagnet viser at mine informanter ikke følges opp i forhold til reformens konsekvenser og følger av fristillingen. Dette henger sammen med slik NPM teoretikerne tenker omkring styring og ledelse. Med en sterk fristilling men samtidig kontroll gjennom kontrakt- og budsjettkontroll.

### **3.1 Sykehusreformen innebærer sentralisering**

Generelt kan en si at Norsk sykehusvesen, frem til reformen, har utviklet seg i takt med den øvrige norske samfunnsutvikling, altså uten de store paradigmeskifter. Det vi ser med reformen er at det tradisjonelle desentraliserte sykehusvesen, med relativt høykompetente

sykehus med få mils avstand, er i ferd med å endre seg. Sykehusreformen bringer klart et brudd med denne tradisjonen ved at begrep som samordning og sentralisering blir brukt i reformspråket. Politisk var det også et mål å få til en helhet i bevilgninger og tildelinger og det ligger også et klart element av vilje om sentralisering i et samlet statlig eierskap. (Byrkjeflot og Neby 2003) Opprettelsen av de regionale helseforetak kom for å sørge for tilknytting mellom de enkelte foretak og staten. Igjen et ønske om sentralisering og derigjennom sterkere styring. (Hallingstad 2004) Det at de regionale helseforetak strekker seg over flere fylker, er ytterligere et signal på sentralisering av helsetjenesten. En oversikt viser at før etableringen av den regionale foretaksstrukturen med 5 regionale helseforetak var det 81 offentlige sykehus og over 150 andre institusjoner og virksomheter. Per januar 2005 er disse organisert i 33 helseforetak inkludert 4 apotekforetak/apotekselskap.

### **3.2 Beholder de helsepolitiske målsetninger**

Gjennomgående i reformen har det politiske miljø ønsket å beholde de helsepolitiske målsetninger. Vi står derfor overfor en situasjon hvor en vil sentralisere elementer av sykehus driften, men beholde nærhet og likeverdighet i helsetjenesten uavhengig av bosted, alder og kjønn (Ot. Prp nr 66, 200-2001). Det samme ble gjentatt av helseminister Høybråten i en tale til landets sykehusdirektører 19.07.02. De politiske målsettingene med reformen: (Følgende tekst er hentet på hjemmesidene til Helsedepartementet)

*1. At staten overtar eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten, og overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor. Det offentlige eieransvaret vil dermed bli samlet på statens hånd.*

*2. At virksomhetene organiseres i foretak. Dette innebærer at de blir organisert i egne rettssubjekter og således ikke er en integrert del av den statlige forvaltning. Overordnede helsepolitiske mål og rammer vil fastsettes av staten og vil ligge til grunn for styring av foretakene.*

Gjennom dette vil staten komme i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten. Da samles både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på en hånd.

### 3.2.1 Hva skjer i praksis?

Dette er et retorisk spørsmål som det er mange som i dag stiller seg. Både forskere, fagfolk og politikere har startet sine prosesser med å evaluere konsekvensene av helsereformen og resultatene av fristilling. Da blir det et poeng å se på hva de regionale helseforetakene har lagt til grunn for sine prioriteringer. I dette avsnittet vil jeg vise til de strategiske forutsetninger og hvilke strategiske valg de regionale foretakene har basert seg på. Så langt har jeg trekt opp en linje som visere en sterkere sentralisering av tilbudet fra statens side. Samtidig skal beholde de helsepolitiske målsettingene. I dette spennet mellom fristilling og ønske om politiske målsetninger kan det ligge en kime til motsetning i reformen. De regionale foretakene er rene administrative enheter som består av fagpersoner som styrer etter prinsippene i aksje- og regnskapsloven. Politikerne har mistet den direkte styringen ved at fylkeskommunen er borte som direkte utøvende politisk organ overfor helsesektoren gjennom sitt helse og sosialutvalg og fylkesting. Hva blir da konsekvensen? Det som blir viktig er å se på hva de regionale foretakene sier i sine grunnlag for valg. Helse sør vedtar i 2003 sin strategiplan og bygger denne på et utfordringsbilde som sier at sykehusene de neste 4-6 årene vil stå overfor en situasjon med:

- Økt satsing må formodentlig i all hovedsak finansieres gjennom effektivisering og omprioriteringer.
- Krav om økt kvalitet og tilgjengelighet til helsetjenester.
- Mer konkurranse og større resultatkrav til sykehusene.
- Sterkere pasientrettigheter og økt brukermedvirkning.
- Behov for bedre samarbeid og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

I dette ligger det klare trekk mot en sentralisering og en ser i bruken av ord og begreper at en trekker mot annen foretningsdrift og mot det jeg velger å kalle markedstenkning. Når vi så ser på noen av de prioriteringer som legges til grunn i strategiplanen til det regionale helseforetaket Helse-Sør blir dette tydeligere:

- Oppnå en mer effektiv ressursbruk for å overføre midler til økt pasientbehandling,
- Utvikle organisasjons- og ledelsesformer i alle ledd som tydeliggjør resultatansvaret
- Foreslå kostnadseffektiverende strukturendringer
- Fremme forslag til en mer kostnadseffektiv funksjonsfordeling mellom sykehusene
- Fokuserer på prosessforbedringer i de kliniske avdelingene for å skape bedre kvalitet og mer effektiv ressursbruk
- Rendyrke kjernevirksomheten i sykehusene og på den måten å hente ut stordriftsfordeler innenfor områdene ikke-medisinske fellestjenester og medisinske støttfunksjoner
- Sikre en årlig produktivitetsforbedring på 2-3 %

I disse punktene ligger det tydelige føringer som trekker i motsatt retning av det som har vært en Norsk og Nordisk tradisjon (Byrkjeflot og Neby 2003). I de punktene som finnes over kan en ved å trekke frem elementer som: *Funksjonsfordeling mellom sykehusene, Rendyrke kjernevirksomheten i sykehusene og på den måten hente ut stordriftsfordeler, kostnadseffektiverende strukturendringer.* Dette er alle begreper om du analyserer dem, vil ha et element av sentralisering i seg for å lykkes. Et annet eksempel er Helse-Midt Norge som sier at:

*”Forslag om endringer i tilbud og funksjoner har skapt debatt. Dette har ikke minst vært knyttet til framtiden for lokalsykehus og frykt for en sentralisering av tilbud. På noen områder er det etter hvert faglig enighet om at det er nødvendig å sentralisere tilbud for å sikre kvalitet for pasienten. For andre områder skjer det motsatte med utbygging av spesialiserte tilbud i form av distriktspsykiatriske og distriktsmedisinske sentre.”*

Igjen et klart argument mot en sterkere sentralisering av de store og tunge funksjoner. Det er verdt å merke seg at disse argumentene kommer fra det administrative leddet. Når en da kjenner den interne historien fra Helse-Sør og oppfølgingen etter at strategiplanen var lagt, var det innlysende at sentraliseringstanken sto sterkt.

Helse Sør gjennomførte våren 2003 et prosjekt hvor de engasjerte et privat konsulent firma til å foreta en kartlegging av all aktivitet i hele Helse-Sør. Klassisk nok startet de med å ”telle vaktmestere”. Med det mener jeg at slike undersøkelser aldri tør å ta opp de problemstillingene som virkelig betyr noe. Det samme kjenner vi igjen fra kommune og fylkeskommunen. Når større omstillinger skal gjøres ender det alltid opp i et eller annet ”vaktmester-prosjekt” eller ”renholder-prosjekt”

I helsesektoren er det legetjenestene som genererer bruken av penger og selvfølgelig skal det være slik, for det er legetjenesten som driver pasientbehandlingen og bestemmer graden av støttetjenester. Men da må det også være slik at fokus rettes mot disse gruppene dersom man ønsker å gjøre noe med bruken av ressurser. Det gjorde ikke Helse-Sør, kanskje det var det de skulle gjøre til slutt, men så langt kom de ikke. Nok om det, poenget er at målsettingen med prosjektet var å se om det var mulig å lage felles løsninger for å kunne sentralisere og å lage felles løsninger på tvers av helseforetakene. Som et resultat av



denne tankegangen er det opprettet et eget helseforetak, som ikke driver med helse, men med tjenesteproduksjon og har fått betegnelsene Sykehuspartner. Data fra samarbeidsrapportene (NIBR 2005) viser at det i begrenset, men varierende grad, er gjennomført omfattende arbeids- og funksjonsfordelingstiltak etter at staten overtok sykehusene. I forhold til effektivisering av administrative stabs- og støttefunksjoner er det gjennomført tiltak i alle de fem regionene. Hva betyr dette for mitt fokusområde som er avdelingsledere på avdelingsledernivå? En direkte konsekvens som innvirker på deres hverdag er at slik dette var bygd opp tidligere med administrative funksjoner lokalt på det enkelte sykehus så hadde avdelingslederne direkte kontakt og kunne bygge relasjoner med det administrative støtte personalet slik at en kunne lage allianser og løse problemer uten for mye byråkratisering. Et spørsmål en kan stille seg er da om mer sentralisering vil føre til en økt byråkratisering i sektoren. Min undersøkelse er ikke rettet inn på å undersøke dette, men mine informanter trekker frem og beskriver dyssfunksjoner i forhold til sykehuspartner som klart kan karakteriseres som økt byråkratisering gjennom flere systemer og flere punkter i organisasjonen å forholde seg til for å få løst enkle administrative rutiner. Det ligger utenfor min problemstilling å diskutere dette noe videre, men det er et interessant tema som burde ha vært belyst i andre sammenhenger.

### 3.3 Eierstyring

Begrepet eierstyring kjenner vi kanskje best fra Næringslivet. Eierstyring er forholdet mellom aksjonærene og aksjeselskapets styre og dernest forholdet mellom selskapets styre og ledelsen. Ledelsen skal så trekke ut eiernes krav fra organisasjonen å levere et resultat i forhold til dette. Eierstyring av helseforetakene utøves av Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet ble opprettet 1. oktober 2004. Departementet har fått oppgaver knyttet til pleie- og omsorgstjenestene fra det tidligere Sosialdepartementet. Dette innebærer at departementet har ansvar for de utøvende helse- og omsorgstjenestene i Norge. Fra og med år 2004 er styringslinjen via eierstyring overfor helseforetakene delt i to:

- Bestillerdokumentet
- Foretaksmøtet

I bestillerdokumentet formuleres krav stilt til ”sørgefor-ansvaret” I foretaksmøtet stiller departementet krav til de regionale helseforetak i kraft av å være eier. Helsedepartementet

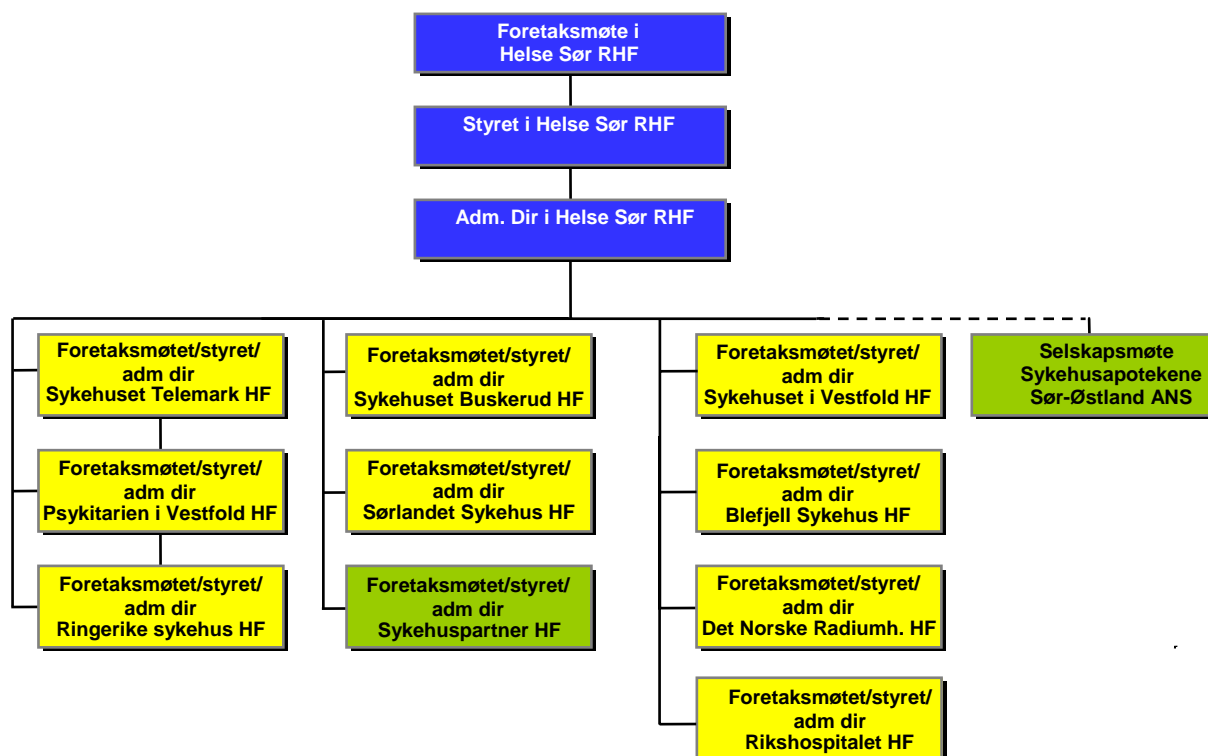
utpeker også de regionale helseforetakenes styrer. Helseforetaksloven § 16 annet ledd hjemler departementets rett (myndighetsstyring) til å stille vilkår til de regionale helseforetak i forbindelse med tilførsel av ressurser. Vilkårene fremkommer i bestillerdokumentene til de regionale helseforetak. Bestillerdokumentet utarbeides en gang årlig like etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget. Dokumentet sendes til de regionale helseforetak etter Stortingets budsjettvedtak i slutten av desember. De regionale helseforetakene rapporterer på bestillerdokumentets krav til departementet innen den 15. februar året etter dokumentets gyldighetsperiode. Dette er lovhjemlet i helseforetaksloven, § 34. Disse gis normalt ut en gang per år, Styringsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene. For avdelingsledelsen i foretaket blir det avgjørende å kjenne til innholdet i bestillerdokumentet. Jeg stilte et åpent spørsmål til mine informanter på om de kjente til det som lå i bestillerdokumentet, de kunne ikke gjengi dette direkte, men hadde enten gjennom eget initiativ eller via klinikkledelsen diskutert innholdet i dette dokumentet. Dokumentet er også gjort tilgjengelig i organisasjonen via mail og intranett. Den konklusjonen som kan trekkes ut av dette er at eierstyringen gjennom bestillerdokumentet er kjent i avdelingsledelsen, men at de ikke fokuserer dette i deres daglige virksomhet. Dette tolker jeg som at avdelingsledelsen er informert.

### **3.3.1 Foretaksstrukturen**

Slik helseforetaksloven er bygget opp, legger lovens eierstruktur opp til en konsernmodell med det regionale helseforetak som konsernledelse overfor de utøvende helseforetak. Det presiseres at begrepet konsern er knyttet til aksjeselskapslovgivningen og ikke dekkes av lovgivningen for helseforetakene. Begrepet benyttes likevel her for illustrasjon av relasjonen mellom det regionale og det lokale nivå. Ledelsen omfatter kontroll med og styring av den virksomhet helseforetakene driver. Den nærmere avgrensning av helseforetakenes selvstendighet er regulert dels gjennom loven selv og dels gjennom de vedtektene som gjelder for helseforetakene. I den sammenheng må det presiseres at det er det regionale helseforetak som fastsetter vedtektene gjennom foretaksmøte. Jeg bruker videre i dette kapitlet Helse- sør RHF som eksempel på hvordan foretaksstrukturen er lagt opp. Formelt skjer styringen i Helse Sør etter en modell der adm.dir i de lokale helseforetakene rapporterer til et eget styre for helseforetaket. Foretaksstyret er oppnevnt av styret i det regionale helseforetaket. I tillegg til å rapportere til eget styre rapporterer

adm.dir i helseforetakene også til adm.dir i det regionale helseforetaket. Den formelle styringsmodellen fra det regionale helseforetaksstyret, via adm.dir og det lokale foretaksstyret er tidkrevende og dermed lite egnet til operativ styring og koordinering. Prosessen med koordinering og ledelse av virksomheten i helseforetakene skjer blant annet gjennom direktørmøtet. På direktørmøtet møtes alle direktørene på HF nivå i regi av det regionale helseforetak. Helse Sør har valgt en modell med gjennomgående representasjon mellom styre og administrasjon på det regionale nivået og på helseforetaksnivå. Modellen vil på den ene siden sikre at styreleder er godt informert om regional strategi og målsettinger, på den andre siden vil det kunne oppleves som en konfliktfylt rolle i situasjoner hvor den lokale og regionale interessen er motstridende.

### 5: foretaksstrukturen i Helse sør



KILDE: Helse Sør

Årsaken til at jeg bruker en del plass på dette med foretaksstrukturen i oppgaven er at det er viktig å forstå den administrative strukturen. Reformen skulle være en reform som gav økt politisk fristilling og statlig eierskap. Denne stramme strukturen kan være et paradoks i forhold til økt fristilling og autonomi for det enkelte foretak (sykehus). Foretakene er her presset inn i en struktur som kan begrense fristillingen. Lægreid, Opedal og Stigen (2005)

fremholder at en stor og koordinerende sentral helseforvaltning kan bety økt styringskapasitet og styringstrykk overfor helseforetakene. I min studie er ikke dette studert som tema, men dersom jeg trekker en parallell til mine informanters utsagn om at de opplever en sterkere grad av sentralisering og styring fra ledelsen lokalt, kan en trekke en slutning om at dette er som en følge av de krav ledelsen i foretaket opplever. De krav det i stor grad refereres til i min undersøkelse er krav om økonomisk balanse. Spørsmålet blir da om mine funn kan underbygge de funn som er gjort av Gammelsæter og Torjesen (2005) i spennet mellom autonomi og politisk styring. I deres artikkel trekkes det en konklusjon om at resultatet av ansvar og autonomi for foretaksledelsen, som er organisasjonsnivået over dem jeg har intervjuet, i overskyggende grad handler om det økonomiske ansvaret i foretaket. Da blir dette et interessant sammenfall om tett styring og fokus på økonomi.

### **3.3.2 begrensning i helseforetakenes selvstendighet**

En viktig begrensning i helseforetakenes selvstendighet finner vi i lovens § 30. Bestemmelsen regulerer behandlingen av saker som antas å være av vesentlig betydning for helseforetakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Bestemmelsen omfatter så vel det regionale helseforetak som det enkelte helseforetak. På helseforetaksnivå skal departementet som eier forelegges saken før det regionale nivå treffer avgjørelse. Tolkingsmomentet som ligger til bestemmelsen tilligger det regionale nivå. Dette innebærer at det regionale helseforetaket til enhver tid kan overprøve beslutninger i helseforetakene dersom det finner at kriteriene i bestemmelsen foreligger. Konsernmodellen karakteriseres også gjennom det regionale helseforetakets representasjon i de underliggende styrer. For Helse sør er det et unntak av Sykehuspartner HF, som har ekstern styreleder, skjer representasjonen via gjennomgående styrelederskap i samtlige HF. Slik representasjon har man også i Helse Øst.

### **3.4 Sykehusene har stor politisk symbolverdi**

Sykehusene utgjør en av velferdsstatens grunnpilarer og betraktes ofte som "velferdsstatens dronning" (Byrkjeflot og Grønlie 2004). Eller som fylkesordfører Arnt Frøseth i Sør-Trøndelag sa da han overlot Regionsykehuset til Helse Midt-Norge.: - *Jeg gir fra meg et hjertebarn.* Det går heller aldri en valgkamp uten at Helsepolitikk diskuteres. Det har vært en rekke slagord og paroler "Pasienten først", "Mer Helse for hver krone".

Lokalt har det vært paroler i alle mulige varianter i forhold til lokaliseringsspørsmål og funksjonsfordelinger. Sykehusene kan nå foreta medisinske inngrep som for få år siden var umulig. Medisinen og sykehus teknologien er inne i en rivende utvikling, noe som stiller store krav til sykehusene som kunnskaps- og kompetansebedrifter. Samtidig er befolkningen stadig mer opptatt av helse spørsmål. Det blir også fokusert mer og mer på pasientene. Beslutninger som tas nær pasienten gir bedre service og behandlingskvalitet. Dette stiller krav til ledelse og organisering. Myndighet må delegeres. Det kommer oftere og oftere til uttrykk et dilemma mellom: politisk og symbolsk logikk vs. Økonomis/administrativ logikk. Avisredaktør Finn Holmer Hoven i Fedelandsvennen, uttrykker etter 20 års erfaring med sykehusstoff, at Sykehusene er blitt lokalpolitiske statussymboler. Det ligger mye sannhet i dette og med rette. Lokalsykehus har for de byer og tettsteder, som har hatt dette, betydd trygghet for helsebehandling og det har betydd arbeidsplasser.

### **3.5 Sykehusene med ansvar for egen økonomi og styring**

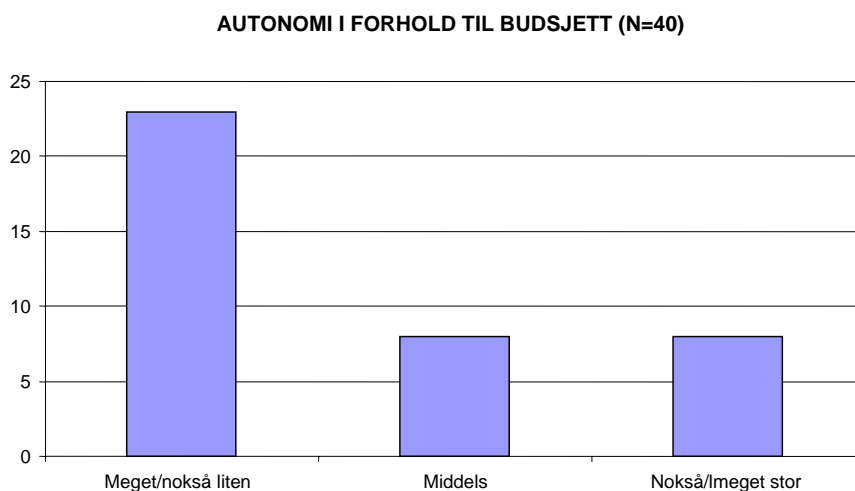
Styringsmessige utfordringer internt i offentlig sektor henger sammen med særtrekk ved virksomheten i forhold til sektorens markedsløsninger. Sykehus har for eksempel ikke et marked, slik vi kjenner det fra markedøkonomien som regulerer tilbud og etterspørsel. Sykehusene hadde for et par år siden lange ventelister innen flere diagnoser. Disse ventelistene kunne en kanskje si var et resultat av tilbud og etterspørsel slik vi kjenner det fra et marked, men faktum er at de fleste ventelister, som var i norsk helsevesen var konstante dvs. de var jevnt høye. Slike opphopninger kan styres og kontrolleres, og er ikke et resultat av markedstilpassning. Rattsutvalget sier i sin innstilling til finansdepartementet at offentlig sektor sin store utfordring er at sektoren har meget kompliserte mål, bestemt av politiske organer. Effektivitet i offentlige velferdstjenester omfatter kvaliteten på tjenestene, tilgjengelighet for brukerne, trygghet for tilbudet, tillit til det tilbudet som gis osv. Samtidig som at målene er komplekse, er de ofte uklare. Det er ikke alltid klart hvordan målkonflikter skal avklares, sier utvalget. I debatten om modernisering og effektivisering er det et poeng at detaljstyringen reduseres og at virksomhetene gis større mulighet for selvstendige prioriteringer og valg tilpasset lokale forhold. Forskergruppen for Makt- og demokratiutredningen avga 26. august 2003 NOU 2003:19 *Makt og demokrati. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen*. Hvor det presiseres at det er viktig med en debatt om hvordan oppgaver og makt tas ut av den

løpende behandlingen i tradisjonelle forvaltningsenheter. Det pekes på erfaringene med helsereformen og at det vises både positive og negative effekter.

”- Det har vært en betydelig bedring av pasienttilbudet med store reduksjoner i ventetider. Samtidig har helseforetakene opparbeidet seg et kostnadsnivå som er over rammene vedtatt av Stortinget. Det har også vært uheldige forhold knyttet til pensjonsavtaler og utnyttelse av finansieringssystemene. Helsereformens resultater skal evalueres, jf. St.prp. nr. 1 (2004-2005). Et viktig spørsmål vil være avveiningen mellom behovet for politisk styring av fordeling av viktige helsetjenester og behovet for driftsmessig handlingsrom.”

Nettopp dette driftsmessige handlingsrommet har vært tema i analyser av helsereformen og treffer rett inn i spørsmålet om autonomi. I spørsmålet om lokalt ansvar for økonomi og styring viser undersøkelsen blant ledere i sykehus (Torjesen 2004) at de ikke har den innflytelse de selv ønsker i forhold til økonomi. Ledere i dette materialet peker på at de opplever en motsatt situasjon av det som er intensjonen nemlig at det skal være et driftsmessig handlingsrom.

Figur 6: **Autonomi i forhold til budsjett avdelingsledere Sørlandet sykehus HF**



(Kilde: Torjesen 2004) Tallmaterialet kontrollert og tatt ut for ledere på Sørlandet sykehus HF

Dersom helsereformen ikke har gitt dette driftsmessige handlingsrommet helt ned på avdelingsleder nivå har ikke reformen oppfylt sin intensjon. Samtidig med disse funnene

sier informantene jeg har intervjuet at det er flere forhold i budsjettprosessen som ikke gir den autonomi de gjerne skulle hatt. Det gis det uttrykk for at budsjettprosessen er ok i forhold til at de kan være med å utforme budsjettet, men at de i mindre grad får være med å bestemme innholdet:

*Jeg liker budsjettprosessen bedre nå enn tidligere, det blir mer reelt når vi er med på å utforme budsjettet selv. På den ene side er det ok at jeg ikke har myndighet til å vedta lønn utover det tariff-festa. På den andre side så kan det være frustrerende at jeg ikke har mulighet til å påvirke den delen av budsjettet i større grad. Det oppleves også som frustrerende at avdelinger som har god økonomistyring og går med overskudd, aldri får beholde noe av dette overskuddet (hovedsakelig til fornying av utstyr, til bemanning), men at dette går inn i sykehusets underskudd (og dekker underskudd til avdelinger som fra vårt ståsted ikke ser ut som de gjort de grep som er nødvendige for å komme i balanse).*

Min informant diskuterer her noe som kan tolkes som en selvmotsigelse, involvering men ikke noe handlingsrom! For meg som forsker blir det vanskelig å tolke dette. Jeg velger å tolke det som et uttrykk og ønske om større grad av autonomi, men at det er uvisst for informanten å si noe om hvor begrensningen kommer fra. Er det lovreguleringen i ”tariffen” eller er det for lite autonomi i forhold til andre avdelinger. Det er klart at når flere avdelinger må forholde seg til hverandre vil også konsekvensen være avdelingsovergripende.

*Noe som har slitt ut mange avdelingsledere/avdelingsoverleger før meg, er at det skal være så vanskelig å få økt antall legehjemler. Vi vet at dette er dyrt, men det er også slitsomt å være underbemannet i årevis. Det blir også dyrt for sykehuset når vår avdeling blir en flaskehals for driften på de andre avdelingene. Også frustrerende at vi ikke kan betale høyere individuelle tillegg hovedsakelig, dersom det er nødvendig for å rekruttere.*

Denne informanten er tydelig på at autonomien er begrenset av reguleringer utenfor sykehuset, og for så vidt en overlevning fra før reformen. Antallet legehjemler er regulert av et utvalg for tildeling av stillinger, samtidig som det er en lang prosess internt å få en ny hjemmel. Slik har det vært lenge. Informanten trekker også frem et forhold sykehuset

lokalt kunne ha benyttet som et virkemiddel, individuelle tillegg. Selv om avdelingslederen forvalter 70 millioner får han eller hun ikke lov til å gi individuelle tillegg. Dette er det stor frustrasjon for og det oppleves som en sterk begrensning av autonomien.

En annen uttaler at:

*Som leder på X avdeling har oppgavene blitt mer å hjelpe overordnet med opplysninger som trengs for driften enn selv å utøve ledelse på en så annerledes måte en tidligere. Hvis budsjettansvaret hadde blitt lagt fult ut ville utøvelse av ledelse vært ganske annerledes også på mitt nivå. Men denne endringen ville også bety at alle som får slikt ansvar må bruke mer tid på ledelse.*

Denne lederen er ikke like positiv som den første med hensyn til at budsjett ansvaret er delegert fult ut. Dette viser igjen at reformen av 2002 har kommet ulikt ut for avdelingslederne under kliniksjeff nivå. Denne informanten trekker her en klar parallell til dette problemet og sin mulighet til å utøve ledelse.

Samlet viser disse uttalelsene stor frustrasjon omkring dette med muligheten til å styre de økonomiske parametrene på avdelingsledernivå. Det skaper frustrasjon og undergraver en viktig del av samordnings muligheten til avdelingsledelsen. Dette er et viktig funn i min oppgave i forhold til min problemstilling. Jeg tolker dette klart til at helsereformen her ikke fungerer som en ledelsesreform. Den manglende delegasjon ned på avdelingsledernivå hindrer faktisk ledere på dette nivået å etterleve intensjonene om at helsereformen skulle være en ledelsesreform. En av mine respondenter knytter autonomi til budsjettprosessen helt klart til utøvelse av ledelse.

### **3.5.1 Mye fokus på økonomi etter helsereformen trådte i kraft**

Fra en informant:

*”Økonomihensyn har fått absolutt førsteprioritet, kvaliteten måles fremdeles nesten ikke, men lederne hevder den er bra nok, hovedsakelig med henvisning til at det ikke er en økning i klagesaker.”*



I min tilnærming til helsereformen og mine diskusjoner med mine informanter har jeg spurt spørsmålet: *slik du kjenner intensjonene i helsereformen, kjenner du dem igjen driften av Sørlandet sykehus HF?* Hovedvekten av informantene svarer at de ser tydelige tegn på at det går i riktig retning, men at endringene skjer på gale premisser:

- *Det er blitt veldig fokus på penger. Jeg skulle gjerne sett at ting var gjort litt trinnvis. Man gjør en svær helsereform samtidig som man knipper igjen pengesekken. For meg er det ulogisk. Kanskje man skulle ha få satt tingene i system slik intensjon i Helsereformen sier, så kunne en ha sett på hvor en måtte gjøre endringer og innsparinger. Vi skal drive og omstilling samtidig som vi opprettholder driften og det er ikke lett. Det er derfor det er blitt så mange frustrerte mennesker i systemet, for da sier vi alle sammen: at etter helsereformen snakker de bare om penger”*

En annen uttaler:

*”Når andre store statlige sektorer; forsvaret, NSB, Televerket, Veivesenet osv skal endre seg følger det omstillingsmidler med. Hos oss (helsevesenet) skjer ikke det! Vi får bare nye krav om innsparinger neste måned samtidig som vi skal endre oss”*

På oppfølgingsspørsmål fra meg på om det er mer penger som skal til eller om sektoren kan organiseres annerledes er det ingen som entydig sier at det er mer penger som er svaret, men at mye kan gjøres ved store sentrale grep på struktur. Det må sies klart og tydelig hvilke sykehus i landet og i hvilken landsdel ulike tilbud til pasientene skal drives. Det blir for kronglete og smått at det enkelte foretak alene skal spare en stilling her eller der. Som en av informantene ordlegger seg:

*”- jeg tror at i helse-norge totalt sett er penger nok, men i og med at vi må spare så lokalt, så taper eksempelvis Sørlandet sykehus HF 8500,- kroner i driftsinntekter pr. dag, fordi vi måtte spare en stilling i poliklinikken i min avdeling. Det enkelte helseforetak sparer seg til fant på denne måten”*

Dette er et interessant utgangspunkt for tolkning. Informantene sier på den ene side at de kjenner igjen intensjonen fra helsereformen, men er ikke enige i hvordan reformen

gjennomføres i praksis. Avdelingsleder på sykehuset sitter altså og forvalter store ressurser og skal iverksette en helsereform de ser klare begrensninger i forhold til. De er på mange måter tilskuerer til noe de tror på men som går i feil retning. Denne siste uttalelsen viser helt klart at innsparingene i noen tilfeller fører til at sykehuset svekker sitt inntektsgrunnlag.

I det neste kapittelet tar jeg opp begrepet ledelse og da diskuterer jeg dette nærmere.

## 4 Ledelse

*”Ledelse er å være informert og finne balansepunktet mellom divergerende syn”*

Slik uttalte en av mine nøkkelinformanter seg ganske entydig om hva som var ledelse da jeg spurte om hva er ledelse for deg? Dette spørsmålet hadde jeg som innledende spørsmål til alle mine informanter. Jeg stilte spørsmålet fordi jeg ønsket avdelingsledernes egne formuleringer på hva ledelse er, for derigjennom å få tak i deres egenforståelse av ledelse. Alle mine informanter tok en liten tenkepause før de gav seg i kast med å svare på spørsmålet. Intuitivt følte de fleste at det er sammenheng mellom ord som ledelse og fasthet, styrke, besluttsomhet, handlekraft. Vi snakket videre om ledelse og de utfordringer som ledere står i. Jeg ønsket å vite hvordan de hadde det i hverdagen som ledere. Som også Torodd Strand (2001) skriver i sin bok: ”Lederen er den som kommer i fokus ved sentrale begivenheter, lederen tar ansvar, lederens handlinger og ytringer blir gjort betydningsfulle for mange”. Alle mine informanter er tydelig på at de har en rolle og at det er forventet mye av dem i rollen. Summarisk er dette det mine informanter sa som ledelses:

- *”Ledelse er å bidra til virksomhetens mål gjennom mine medarbeidere”*
- *”Ledelse utøves gjennom relasjonen med medarbeidere”*
- *”Det er mange oppgaver jeg har som ledere uten av det utøves så mye ledelse”*
- *”Ledelse og fag er forskjellige ting, selv om faglig styrke kan gi autoritet som leder”*
- *”Få ansatte til å gjøre ting de ellers ikke ville hå gjort”*

Haldor Byrkjeflot (1997) velger å stille spørsmålet om ledelse annerledes og sier; ”hvilken form for ledelse er den beste”. Haldor Byrkjeflot (1997) går videre og sier at etter hvert har det vist seg at ledelse er et ganske mangfoldig og komplekst fenomen, og at det ikke lar seg gjøre å avgjøre om hvor vidt ledelse er av stor eller liten betydning gjennom ”objektive” vitenskapelige undersøkelser. Samtidig er spørsmålet om hva ledelse egentlige er for noe og hva som er ”god” og ”dårlig” ledelse, paradoksalt nok, blitt viktigere. Hva blir da god og dårlig ledelse? Byrkjeflot (1997) konkluderer med at dypest sett er ledelse et kulturelt og psykologisk fenomen. Dette betyr at ethvert lederskap må sees i lys av den aktuelle kulturelle konteksten. Hva da når kulturen og psykologien endres. Har helsereformen skapt slike endringer? Når jeg da trekker opp min problemstilling: **Har helsereformen fra 2002 påvirket ledelse, utøvelse av ledelse og informasjonsflyten internt i helseforetakene?** Betyr det at jeg må se hvilke kulturelle og psykologiske fenomen som har endret seg med

helsereformen? En annen forsker som har interessert seg mye for ledelse i helsesektoren er dansken Peter Kragh Jespersen han har arbeidet med sykehusenes organisasjons- og ledelsesproblemer i danske sykehus gjennom flere år. Poenget til Peter Kragh Jespersen (2005) er at generalistledere som har ledelse som sin eneste profesjon, og som anbefaler NPM i sykehus, har hatt vanskelig med å få aksept og oppnå legitimitet i forhold til de profesjonell (leger og sykepleiere). Samtidig sier han at er det tydelig, at den klassiske fagprofesjonelle leder, som kun fokuserer på den faglige ledelse av driften, ikke lenger har tilstrekkelig kvalifikasjoner, som i dag kreves av ledere i fagprofesjonelle organisasjoner. Hans funn går i retning av at den beste ledelses strategi vil være noe han omtaler som hybridledelse. Det hybride relaterer seg til en miks mellom fagledelse og NPM-strategier (Jespersen 2005). Hybridledelse balanserer mellom normative og generelle ledelseskrav i det som omtales som generalist ledelse og den fag profesjonelle verden. Fordelen med å beherske begge strategier er at lederen kan opptre i begge verdener. Dersom hybridlederen også klarer å trekke ut synergien som ligger i å kombinere kunnskapen fra generelle ledelses strategier og fagkunnskapen vil dette være den lederstrategien som i følge Jespersen vil lykkes som leder i sykehus.

Mine informanter har et svært reflektert syn på hva ledelse er, og alle var tydelig på at det innbefattet all virksomhet til avdelingen og knyttet til systemene. Av de utsagn som kom var:

*”- den som er tilstede og som tar avgjørelsene når det er påkrevet og det gjelder det alle situasjoner i den avdelingen jeg leder. Det er kanskje store krav å sette, men det er det å være informert. Ha forhold og relasjoner innad og utad av avdelingen. Tilrettelegge for de pålegg som kommer ovenfra kan gjennomføres og det blir å samle de signaler som kommer nedifra”*

Informanten viser her et syn til det å være leder som den som kan alt og alltid er tilstede i alle situasjoner. Vedkommende sier også selv at det er et stort krav å sette, men det er samtidig et uttrykk for at ledelse må inneholde både fagdimensjonen og ledelsesdimensjonen og kan derfor tolkes i retning av en forståelse mot hybridledelse.

*”- for meg er ledelse å få den gruppen jeg er satt til å lede og jobbe best mulig sammen. Får jeg til det kommer produksjonen av seg selv. Bruk av tid og hvordan*

*tid brukes er veldig interessant. Som leder må du være høyt og lavt og vise deg for de ansatte”*

Her gis det et syn på ledelse som fokuserer mot dem informanten er satt til å lede og at ledelse er knyttet til produksjon (fag). Dette er likevel uttrykk for en ledestil der informanten har tro på ledelse som et viktig verktøy. Dette funnet er svært interessant, for det viser at avdelingslederne har tro på generell ledelse utover fagledelse. Igjen et funn som bekrefter at miksen av ledelse og fagkunnskap er viktig for ledelse på avdelingsledernivå.

En tredje:

*”- av og til er man jo litt mellom barken og veden. De er det viktig å ha fokus på det avdelingen skal oppnå tversgående og forstå alle som henvender seg til deg.”*

Igjen et uttrykk for at ledelse er en viktig dimensjon på avdelingsleder nivå. Informanten trekker frem det tversgående elementet og en helhetlig organisasjonsforståelse som viktig. Sidsel Vinge (2005) har nettopp gjort fagpersoners organisasjonsforståelse som viktig for forståelse av ledelse. Mine funn bekreftes her i teorien.

Denne innledningen om ledelse lar jeg stå uten at jeg trekker en konklusjon på hvilken type ledelse mine informanter representerer. I fortsettelsen vil jeg drøfte noe av det grunnlaget som ligger der for å kunne utøve ledelse.

#### **4.1 Ledelse og nye vilkår for ledelse og faglige prioriteringer**

Kan moderne sykehus levere tjenester som er sånn passelig gode? Kan sykehusene drive sin virksomhet med halvskolerte helsearbeidere? Eller i lokaler som ikke vedlikeholdes og utstyr som ikke skiftes ut? Helsesektoren er full av prioriteringer som skal gjøres. Samtidig ligger det noen beskrankninger i forhold til kompetanse, teknologi, ressurser og økonomi. En av mine informanter hadde et klart syn på hvilken vei dette er i ferd med å utvikle seg:

*På den annen side har vi fått større press på omstillingsprosesser som effektiviserer driften og presser fram prioriteringer som ut fra tanken om at pengesekken er begrenset, hvilket den jo er, må velge hva vi skal drive med. Legers selvhevdende styring av fagutviklingen ut fra egne interesser har fått trangere kår, sjeldne*

*prosedyrer samles i enkelte enheter for å bedre kvaliteten (som dog sjelden måles). Liggetiden har gått ned som et tegn på mer legeintensivt arbeid, men hvor går grensen? Når skal man slutte å juble over reduserte liggetider? Når vi passerer 1.0 døgn i snitt? Jeg bare spør.*

Det som sies her er at ledelse handler om prioritering mellom de oppgaver som skal løses og på hvilket nivå det skal løses. Det trekker også opp debatten om et mer legeintensivt sykehusvesen. Det er også en stor utfordring sykehusene står overfor de nærmeste årene; hvordan vil spesialisthelsetjenesten utvikle seg? Dersom vi kommer ned mot et døgn i liggetid for pasientene vil dette få mye å bety for yrkessammensetningen på sykehusene. Lege tettheten vil gå opp og sykepleier tettheten vil gå ned. Dette skjer som følge av den medisinske utvikling. For å underbygge dette så er sengetallet nærmest halvert de siste 10 år i somatikken mens antallet pasienter er økt med 50 %.

#### **4.1.1 Nye rammebetingelser for ledelse**

”Ansvaret ligger i linja” denne frasen er nesten blitt et mantra internt i sykehuset etter helsereformen. Når det er en ny oppgave som skal løses internt i sykehuset er det straks et spørsmål hvor og hvem i linjeorganisasjonen som skal løse oppgaven. Dette er en radikal forskjell fra før og etter Helsereformen internt i sykehuset. Den sykehusreformen vi har sett gjennomført er inspirert av den internasjonale New Public Managementbølgen (NPM) og denne reformbevegelsen har et uavklart forhold til balansen mellom styring og autonomi. (Opedal 2005). Han følger opp med – På den ene siden forutsetter den utstrakt delegasjon av myndighet og betydelig grad av tilbakeholdenhet fra politikernes og eiers side. På den andre siden forutsetter den sterkere overordnet styring ved hjelp av klare mål, kontrakter og resultatrapportering. Hvilken vei dette tipper vil være et spørsmål om tid. Konklusjonene fra den norske Makt- og demokratiutredningen, kan også tolkes som en generell bekreftelse på at forvaltningsreformene i praksis har ført til at det administrative handlingsrommet er utvidet på bekostning av den politiske styringen (Tranøy og Østerud 2001, Østerud m.fl. 2003). Torjesen (2005) trekker på sin side frem den konsekvens at NPM-inspirerte reformer gjerne har en sterkere vektlegging av ledelse. Samtidig underbygges dette i lov om spesialisthelsetjenesten (2001) hvor helseforetakene (sykehusene) får større ansvar og autonomi og en mer resultatansvarlig ledelse. ”Reformen var uttrykk for ambisiøse forsøk på å gjøre ansvar og myndighet mer desentralisert, skape bedre ledelse og skape større innsyn for pasientene” (Gammelsæter og Torjesen 2005 s:

77). Hvordan stemmer så dette med de erfaringer som er gjort internt i Sørlandet sykehus etter reformen og kan der forklarer fremveksten av utsagnet om at ”ansvaret ligger i linja”. Det som er skjedd internt på helseforetaket er en helt klar forskyvning av ledelsesoppgaver fra stabsfunksjonene og over i linjeorganisasjonen. Noe vi kan trekke en parallell tilbake til NPM om at ledelse skal desentraliseres. Ledelse via stabsfunksjoner reduseres avdelingslederens autonomi. Men har helsereformen påvirket ledelse i helseforetakene? Den kanskje klareste konklusjonen trekkes i samarbeidsrapporten ”Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005” fra NIBR 2005:

*Sykehusreformen har ikke ført til en radikal fornyelse av ledelsen i sykehusene. Analysen av sammensetningen av foretaksstyrene og den administrative ledelsen viser at økonomer og ledere med bakgrunn fra det private næringsliv har fått solid innpass i styrer og administrative ledergrupper, men det er helseprofesjonene og ansatte med bakgrunn i offentlig sektor som utgjør de største enkeltgruppene. Ledelsen har således fremdeles solid forankring i den offentlige helsesektoren. Samlet finner vi altså en blanding av nytt og gammelt som kan sikre fornyelse kombinert med stabilitet. Blandingen kan imidlertid også medføre ”kulturkollisjoner” og uklar rolleforståelse, med nye konflikter eller manglende autoritet som resultat.*

Dette bildet stemmer også i forhold til det jeg har kunnet observere i forhold ledelse på avdelingsledernivå. Ved å gå inn i sykehusets oversikt over hvem som sitter i avdelingslederstillinger er dette nesten uten unntak de samme personer som satt i slike stillinger før reformen. På nivået over avdelingsleder nivået, klinikkledelsen, har det vært an større fornying Sammen med mine funn og det NIBR- rapporten trekker opp kan dette føre til ”kulturkollisjoner” mellom NPM tenkningen og Fagledelsen.

## **4.2 Sykehusets organisasjonsform**

Mintzberg (1989) har utviklet en teori med fem grunnleggende idealtyper av organisasjonsformer, hvor sammenhengen mellom organisasjon og omgivelsene kommer til uttrykk: den enkle struktur, maskinbyråkratiet, fagbyråkratiet, den divisjonaliserte form og den innovative form (adhocratiet). Strukturene er en direkte følge av hvilken av Mintzbergs fem koordineringsmekanismer som tas i bruk: gjensidig tilpasning, direkte veiledning, standardisering av arbeidsprosessen, standardisering av sluttprodukt,

standardisering av ferdigheter. De fem organisasjonsformene representerer idealtyper. En virksomhet som for eksempel et konsulentfirma vil bli dominert av adhocrati, et universitet av fagbyråkratiet og en entreprenørbedrift av den enkle strukturen, men også andre organisasjonsformer vil finnes i større eller mindre grad. Mintzberg (1979) kaller organisasjoner som sykehus for fagbyråkratier. Sykehus er komplekse organisasjoner og fagbyråkratier er kjennetegn på komplekse organisasjoner. Dette gjelder for mål og oppgaveutførelse, at arbeidet koordineres i produksjonskjernen av autonome profesjonelle gjennom standardisering av ferdigheter, samt at de er orientert mot løsninger for eksterne parter (Mintzberg 1979). Sykehus bygger på omgivelser som er komplekse med hensyn til arbeidsprosedyrene og samtidig stabile slik at disse kan standardiseres. (Myhre 2003). Sykehusledelse har aldri vært lett. Den har alltid vært kontroversiell og gjenstand for strid. Bakgrunnen for dette er at fagbyråkratiet har to ulike kulturer/tradisjoner for styring, fagstyring og administrativ linjeledelse (Mintzberg 1979). Den administrative delen av ledelsen i fagbyråkratiet er hierarkisk oppbygd og ledelsen legitimeres gjennom sin posisjon. Omstruktureringer i organisasjoner møter problemer gjennom de særegne spenningene som ligger i hver av de ulike strukturene. En omstrukturering vil derfor utløse en dragkamp i flere retninger, som til slutt blir bestemmende for den strukturen som vokser frem (Bolman og Deal, 1998). Helsereformen er helt klart det som teorien definerer som en omstrukturering og kjennetegnes ved at det strategiske toppunkt er tilbøyelig til å presse i retning av sentralisering. Mellomledere trekker i retning av en divisjonalisert struktur med kvasi-selvstyrte avdelinger. Teknostrukturen presser på i retning av standardisering (foretrekker maskinbyråkrati). Staben/støttefunksjoner trekker i retning mot mer utbredt samarbeid og horisontale virkemidler (foretrekker adhocrati). Mens den operative kjerneenheten drar i retning mot en profesjonell organisasjon (fagbyråkrati).

Sidsel Vinge (2005) skriver i sin artikkel "Arbeidsorganisering og organisasjonsforståelse i sykehussektoren" at den allmenne forståelsen av sykehusorganisasjoner som fagbyråkratier ikke harmonerer med den faktiske arbeidsorganiseringen ved sykehusene. Hun konkluderer, på basis av en studie av medisinske avdelinger på et sykehus, at arbeidsorganiseringen også er preget av maskinbyråkratiske trekk. Dette forklarer hun med ulike institusjoner i sykehuset, som f.eks. spesiallegeutdannelsens organisering. Følgen er at reformstrategier som alene bygger på den delen av den fagbyråkratiske forståelsen som betoner profesjonell kultur og faglig autonomi, overser de byråkratiske sidene av fagbyråkratiet som krever andre reformstrategier. Hun konkluderer med at sykehus er både



og organisasjoner og at entydige organisatoriske diagnoser ikke kan tegnes av sykehus. Mitt datagrunnlag er for snevert til å trekk noen konklusjoner i forhold til hvilken type organisasjon sykehus er. Som forsker vil jeg velge å støtte meg til Sidsel Vinge og hennes vurderinger og velge å betrakte sykehus som sammensatte og komplekse systemer som har prosesser og motpoler som delvis virker i hver sin retning og uavhengig av hverandre.

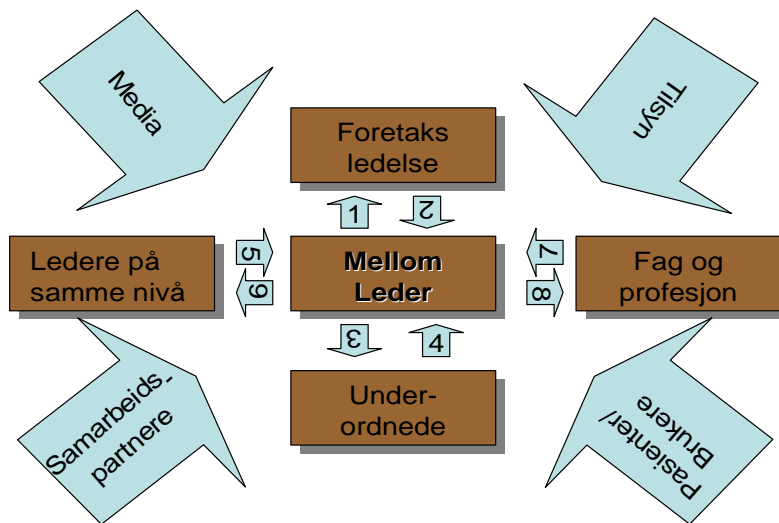
### **4.3 En modell som bilde på ledelse**

I min oppgave konsentrere jeg meg om mellomledelsen på Sørlandet sykehus HF. Det har jeg definert til å være avdelingsledernivået i sykehuset. Sørlandet sykehus HF har 3 nivå for ledelse:

1. Foretaksledelse
2. Avdelingsledelse/enhetsledelse
3. Seksjonsledelse

Foretaksledelsen består av administrerende direktør og klinikk ledelsen sammen med stabsdirektørene. Avdelingsledelsen har ansvar for de ulike avdelinger i sykehuset og representerer på mange måter det utøvende ledelses nivå med ansvar for personal og økonomi. Seksjonsledelsen er i mye større grad et fagligledelses nivå. Jeg har konstruert meg et bilde eller en modell som jeg har hatt med meg rundt når jeg har gjennomført mine intervjuer. Jeg har så diskutert og utviklet modellen sammen med mine informanter og bedt dem komme med sine refleksjoner i forhold til min problemstilling.

Ledelse i 8 kanaler med flere påvirkningskilder:



Modellen er et bilde på det jeg har oppservert i mine funn som den ”den skvisen” som mellomledere befinner seg i. Figuren består av fire hovedelementer som det må tas hensyn til som mellomleder:

**1. Foretaksledelsen**

Foretaksledelsen består av adm.dir og klinikk sjef som har direkte linje til undeliggende avdelinger (vedlegg: organisasjonskart)

**2. Fag og profesjon**

Hver avdeling i et sykehus er knyttet til en fagspesialitet med tilhørende profesjoner. Fagspesialiteten kan være nevrologi og profesjonene er leger, sykepleiere, hjelpepleiere, bioingeniører osv.

**3. Underordnede**

Underordnede er enten underordnede ledere eller enkelt ansatte. En avdelingsleder skal følge opp både seksjoner og enkelt ansatte

**4. Ledere på samme nivå**

Sykehuset er organisert i klinikker med flere avdelinger i hver klinikk. Hver avdelingsleder skal forholde seg til sideordnede ledekollegaer både i egen klinikk og på tvers av klinikkene.

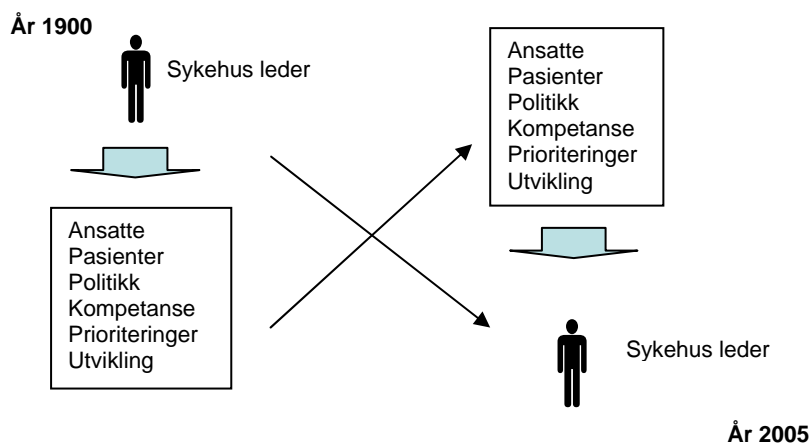
Før jeg beskriver modellen videre vil jeg bare få ta et historisk tilbakeblikk på ledelse i sykehus. Tilbakeblikket er en refleksjon jeg selv har utledet og bygger på den viten jeg har om sykehus og sykehusvesenet. Jeg mener et slikt kort historisk riss er viktig som forklaring på min modell. Jeg mener min modell kommer som en følge av den historiske utviklingen som har vært. Norske sykehus var rundt år 1900 organisert rundt legen og hans autoritet; legen var sykehuset! Det han sa, for det var en mann, det var loven. Pleiepersonalet som arbeidet der, var der nærmest fordi de fått et personlig kall om at de skulle gjøre en tjeneste for de syke og svake. Ledelsen var enkel og ble gitt som ordrer. Det var ingen mulighet for andre i organisasjonen enn doktoren å ha en mening om hvordan ting skulle gjøres. I en bok for sykepleie fra 1920, skrevet på Sophiahemmet står det helt klart: *Overfor legen har sykepleieren en underordnet, avhengig stilling.* Videre heter det at ” *selv om sykepleieren har mange års erfaring må hun likevel ikke øve noen kritikk eller komme med innvendinger overfor legen.* Utover mot 60-tallet har ting endrer seg i takt med samfunnsutviklingen for øvrig. Likevel har det ikke vært noen form for opposisjon mot lederskapet i sykehusene eller andre helseinstitusjoner. De nye sykehusbyggene på 60-tallet får et preg av funksjonalisme og det gis større plass til flere yrkesgrupper inn i sykehusene. Det moderne sykehus er i ferd med å ta form og den organisatoriske kompleksiteten øker, men legens ord er fortsatt det som gjelder og øvrige yrkesgrupper stoler på legen. Utviklingen går mot 1970 da skjer det noe helt nytt. Fylkeskommunen kommer inn som eier og etter hver får vi en politisering av sykehusvesenet sammen med utviklingen av velferdsstaten. Helse blir politikk og politikkelement gjør seg etter hvert gjeldene i forhold til drift av sykehusene etter hvert som også velferdsstaten utvikler seg. Innover på 80- tallet er det teknologien og den medisinske utvikling som setter sitt preg på utviklingen av sykehuset og driften. I stortingsmelding nr. 41 fra 1987-88 trekkes det opp et bilde på at sykehusvesenet har vært gjennom en periode med sterk vekst. Bildet oppsummeres til: ” vi har bak oss en periode med sterk vekst, spesialisering av det medisinsk og tekniske utstyret. Profesjons bevissthet er skjerpet. Når vi da står på terskelen til 90 tallet har vi en situasjon hvor store og til dels motstridene krefter virker innen sykehus og mellom sykehusene. Vi har i tillegg det paradokset at samtidig som utgiftene i sektoren øker så øker ventelistene til på pasientbehandlingen. Løsningen blir fokus på ledelse. Stortingsmeldingene og NOUene på 1990 tallet handler mer og mer ledelse og styring. Vi ser også nasjonale program for organisasjonsutvikling og styring som en oppfølger av disse. I 1998 fikk vi blant annet ”Forum for organisasjonsutvikling i sykehus” som var et samarbeidsprosjekt mellom Sintef, departementet, KS, pasientorganisasjoner og

sykehus. Dette kom som en direkte følge av at NOU 1997:2 "Pasienten først" som så klart slår fast at norske sykehus har behov for å gå gjennom en intern analyse for å identifisere endringsbehov og gjennomføre endringer. Det ble også helt klart pekt på at sykehusene måtte ta fatt i dette med ledelse. Fokus på ledelse er nå blitt den viktigste løsningen for å løse problemene i helsesektoren. Paul Hellandsvik som var med på å legge grunnlaget for Helsereformen i Departementet sa i et foredrag 10/11-2005 at helsereformen fra 2002 er en ledelses reform og lykkes vi ikke med å få på plass dyktige ledere i sykehusene vil vi heller lykkes med reformen.

Figur 8:

**Ledelsesperspektivet**

**Fra den som krevde til den som skal utføre krav**



Med dette korte historiske risset, fra den som krevde til den som skal utføre krav, har jeg tegnet min modell. I modellen har jeg bakt inn de elementer jeg har fått frem i samtalen med mine informanter om ledelse og hva som ledelse må ta hensyn til:

- Den nye pasienten som kan og vil velge den behandling som er best. I samarbeid med sin fastlege velger pasienten den behandling som er best for han. Sammen med fritt sykehusvalg er nå pasienten en fri aktør og en spiller
- Den medisinske utvikling er viktig å ha med seg gjennom universiteter og fagmiljøer er samarbeidspartnere viktige faktorer

- Samfunnsutviklingen er viktig. Sykehus kan ikke leve sitt eget liv uten å ta hensyn til 50 % av legene nå er kvinner og kvinner krever andre personlige ordninger enn det menn i det tidligere samfunn gjorde.
- Primærhelsetjenesten og pasientbehandlingen i kommunene på virker og setter samordningskrav til ledelse.
- It-utvikling både internt og eksternt
- Informasjonstilfanget og tilgangen.
- Infrastruktur pasienter og ansatte er svært mobile
- Økonomiske rammer

Modellen blir da en måte å forklare hvordan den enkelte lede skal kunne håndtere og iverksette de krav som rettes mot han eller henne som leder.

Når jeg da skriver ledelse i 8 er det åpnet for to-veis kommunikasjon mellom mellomleder og disse fire hovedelementene i utøvelse av ledelse på et sykehus. Kanaler er definert som ulike forå for diskusjon og informasjonsutveksling; *kommunikasjonsflyt*. Det er både formalisert og uformaliserte forå for slik kontakt. Pilenes retning viser at kommunikasjonen går begge veier. I Sørlandet sykehus HF er disse kanalene formalisert og fungerer i alle de fire klinikkene. Torodd Strand (2001) skriver om dette i kapittel 12.3.1 og beskriver det som ledes "aktørkart" og knytter dette mot leders ulike roller og det som karakteriserer lederrollen og hvilke krefter som påvirker lederrollen:

- Formell posisjon
- Relevans
- Forventninger
- Rom for fortolkning

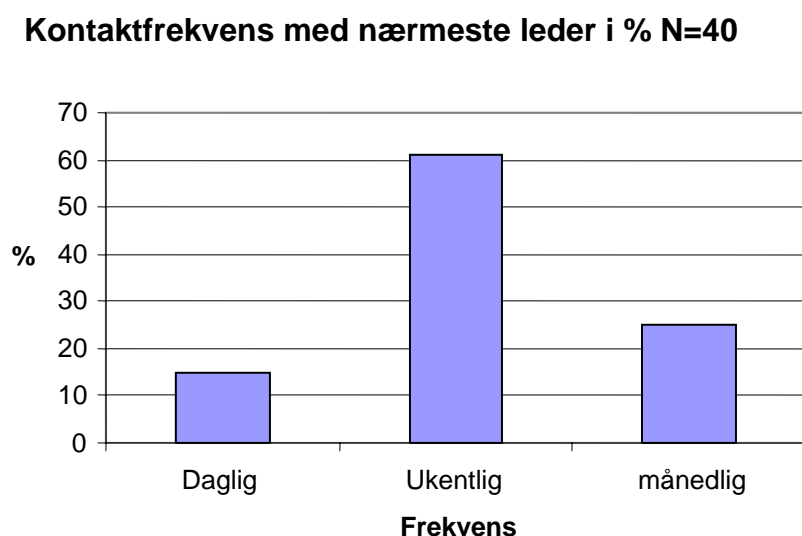
Jeg har snudd på perspektivet og i stedet for som Torodd Stand (2001) å spørre hva rettes *mot* har jeg i mine samtaler snakket med lederne og spurt hvordan det ser ut fra deres posisjon. Da blir det jeg beskriver som kanaler ulike handlingsrom for utøvelse av den praktiske ledelse.

#### **4.3.1 De 8 kanalene for ledelse**

**Kanal" 1 og 2** er faste møter mellom klinikksjef og mellomledere. Det er faste økonomi og personalmøter og det er faste fellesmøter med ledelsen for klinikken. "Kanal" 1 og 2 er

også bekreftet av mine informanter som relevante i det at disse kanalene er de kanaler som benyttes for å få den nødvendige ledelsesinformasjon fra klinikk nivå. I tillegg fungerer også kanalene til noe uformell kontakt mellom mellomledelsen og toppledelsen, men denne kommunikasjonen følger også i stor grad den linjen som er formalisert og som det knytter seg formal kommunikasjon til. I materialet (Torjesen 2004) vises det til at ledere på sykehuset har følgende kontakt frekvens med sine ledere:

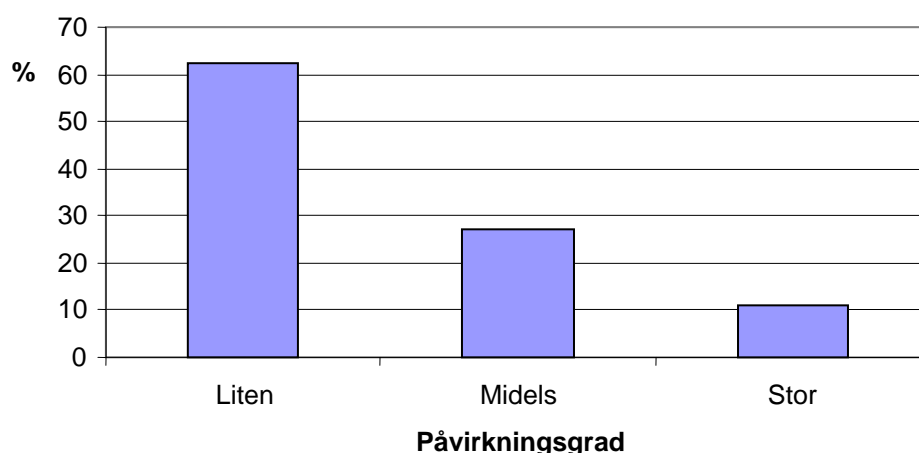
**Figur 9: kontaktfrekvens med nærmeste leder**



(Kilde: Torjesen 2004) Tallmaterialet kontrollert og tatt ut for ledere på Sørlandet sykehus HF

Det kan tolkes som at sykehuset har et problem i forhold til at det er 25 % som kun har måtelig kontakt med sin nærmeste leder. Når det gjelder kontakt med foretakets øverste leder er det nær 70 % som sier at de har kontakt sjeldnere enn en gang i måneden.

**Kanal 3 og 4** er mellom ledes mulighet til å ha dialog med dem som de er satt til å lede. Dette er de kanaler som er mest brukt. Mine informanter bekrefter at det er i disse informasjonskanaler det går mest tid i det daglige. Samtidig finner jeg et interessant funn i materialet ved at avdelingslederne har svært liten påvirkningsgrad når det gjelder utvelgelse av dem de er satt til å lede:

Figur 10: **Mulighet til å påvirke ansettelse av egne ansatte****Mulighet til å påvirke ansettelse av egen ansatte i % N=40**

(Kilde: Torjesen 2004) Tallmaterialet kontrollert og tatt ut for ledere på Sørlandet sykehus HF

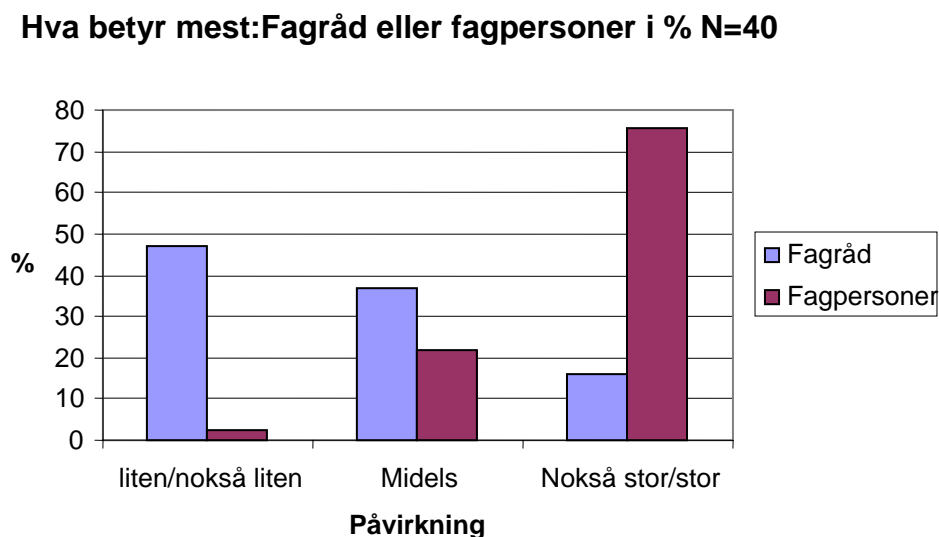
Dette trenger ikke å bety noe, men det setter et spesielt preg på den dialogen du har når du har liten mulighet til å velge det teamet du skal jobbe med til daglig. I hvor stor grad dette påvirker ledelsen er uklart, men det er et interessant perspektiv i forhold til ledelse. Dette forholdet kan også trekkes opp mot den autonomi avdelingsleder opplever at de har.

**Kanal 5 og 6** er den mulighet avdelingsledere har til å komme i kontakt med andre avdelingsleder. Mellomledere på samme nivå er ledere som er i samme situasjon og hvor det er et potensial til å kunne trekke på erfaringer og få til samarbeidsformer på tvers av tidligere mønstre. Disse kanalene er lite brukt, men mine informanter refererer til at dette er absolutt noe endringene i sykehuset på sikt kan føre til at blir en viktig informasjonskanal. Mine informanter er noe ulike i oppfatningen på hva denne muligheten for informasjonsflyt vil få og bety. Det er enighet om er at den nye strukturen hvor det er i ferd med å utvikle seg faste tversgående møtестrukturer i klinikken mellom avdelingslederne, at det er noe som kan være bra. Spesielt nevnes det forhold at Sørlandet sykehus er slått sammen med sykehusene i Flekkefjord, Kristiansand og Arendal og at informasjonsflyt mellom avdelingslederne er avgjørende.

**Kanal 7 og 8** Her kommer identiteten til den enkelte leder uttrykk. Her henter han eller hun kunnskap om det feltet en er satt til å lede. Fag og profesjon står meget sterkt i sykehuset og kontakten med andre fagpersoner er viktig. Det å være leder innbefatter ofte å

skulle være en del av den faglige debatten. I materialet er det en variabel som behandler om hvor viktig informantene ser på sine respektive fagråd:

Figur 11: **Hva betyr mest: fagråd eller fagpersoner**



(Kilde: Torjesen 2004) Tallmaterialet kontrollert og tatt ut for ledere på Sørlandet sykehus HF

Her ser vi at lederne ikke ser på sine fagråd som viktige. Når vi i samme tabell setter opp fagpersoner ser vi klart at dette er viktig i materialet. Det betyr at ledere i stor grad støtter seg på sin egen faggruppe. Det betyr at det er viktig å rette virkemidler inn mot enkelte fagpersoner. Kanskje en her må styrke enkelte personer som har en sterk faglig autoritet og la dem være "bærere" i systemet for det faglige. Fagrådene kan virke konserverende på utvikling av enkelt ledere.

### 4.3.2 Stort press utenfra

Samtidig ligger det fire interessenter og "trykker på" uten samme mulighet for ledelsesutøvelse tilbake. I min modell er det definert som:

#### 1. Media

Media har en klar rolle mot sykehuset og skal gjengi og være et talerør for den samfunnsoppgaven sykehuset ivaretar. Da jeg diskuterte media og medias innflytelse var det ulikt syn hos mine informanter på dette med media. Min innfallsvinkel til mine



informanter var hvordan de oppfatter media og medias måte å presentere sykehus saker på, og som en uttalte det:

*” - jeg tror kanskje medias syn er mer nyansert, og at enkelt person er ikke på samme måte som før popper opp med en eller annen uttalelse. Media er mer tilbakeholden med å gi ordet til en tilfeldig doktor eller ansatte og la dem uttale seg på fritt grunnlag”*

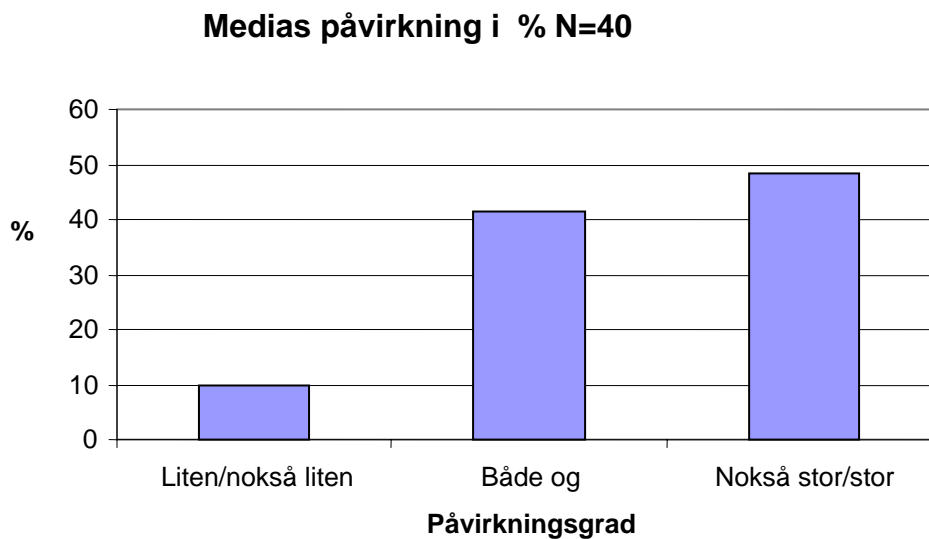
Denne informanten tar utgangspunkt i hvilke nyanser media klarer å få frem i sin omtale av sykehuset. Informanten er tydelig på at enkeltpersoners soloutspill i media er det blitt færre av og at det er media selv som er blitt dyktigere til å trekke frem enkelt personer. En annen uttalte:

*”- sykehuset har åpnet seg mye mer opp. Vi er tilgjengelige og vi legger til rette for media på en mye bedre måte. Styremøtene er nå åpne, referater er tilgjengelig, vi bruker ressurser på å gjøre postjournalen tilgjengelig. Vi bruker mye tid på å møte media når de har behov for å snakke med oss.”*

Denne informanten vinkler sitt utsagn til at det ikke bare er media som har endret seg men også sykehuset er blitt åpnere for media. Informanten fremholder at sykehuset legger mer til rette enn tidligere for media. Det vises til åpne styremøter og postjournal. Kanskje viktigst av alt trekker informanten frem det at avdelingsleder funksjonen bruker mye tid når media tar kontakt.

*”Media er helt klart mer fokusert på helsestoff.*

En tredje informant knytter medias fokus mot sykehuset til at helsestoff er viktig for media. Det kan jo for så vidt være riktig at folks helse er blitt en stor sak i media og sykehusene er viktige for helsen til folk og derfor skriver media om det.

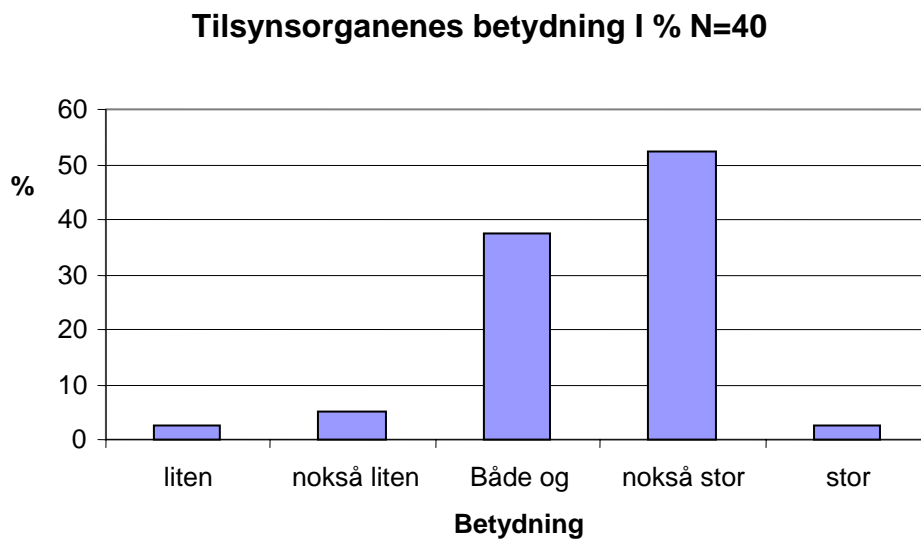
Figur 12: **Medias påvirkning**

(Kilde: Torjesen 2004) Tallmaterialet kontrollert og tatt ut for ledere på Sørlandet sykehus HF

Her ser vi at avdelingsledere sier at media i stor grad har påvirkningskraft. 50 % av lederne i utvalget mener at media har stor påvirkningskraft. Konklusjonen er at begge kilder viser at media er en viktig aktør også etter helsereformen, mine kvalitative data kan også tyde på at media de senere år er blitt viktigere, men at ansatte på sykehuset er blitt mer bevisste i sitt møte med media. Sørlandet sykehus har også de siste år fått en egen mediestrategi og en prosedyre for mediekontakt. Dette er forhold som er med på å understreke at media har fått en ny rolle de senere år i forhold til hvordan avdelingsledere oppfatter dem.

## 2. Tilsyn

Tilsynsfunksjonen er etter hvert blitt en tydeligere aktør i sektoren, og de statlige tilsynene ønsker å være tydeligere. Under et arrangement som sykehuset hadde 9.mai 2005 betegnet ass. fylkeslege i Vest-Agder embetet som helsepolitiet. Det var vel ment som en liten morsomhet, men i et større perspektiv er denne uttalelsen kanskje et uttrykk for den nye tid. Tilsyn er derfor en viktig aktør i min modell. I spørreundersøkelsen ser vi at tilsynsmakten er stor, men i denne presentasjonen har jeg valgt å splitte opp i flere svarkategorier:

Figur 13: **Tilsynsorganets betydning**

(Kilde: Torjesen 2004) Tallmaterialet kontrollert og tatt ut for ledere på Sørlandet sykehus HF

Lægreid, Opedal og Stigen (2005) definerer tilsyn som å være ”strukturelle kapasiteter” for politisk kontroll for Stortinget i forhold til helsestatsråden. Ved denne rollen for tilsynsmyndigheten knyttes den klart mot det politiske element. For på den andre siden har vi oppbyggingen av departement strukturen, eieravdelingen i departementet og de regionale helseforetak som vil fungere som styringsverktøy for eiersiden. Tilsynene har da en viktig funksjon for den politiske kontroll. Mine informanter bekrefter også dette med tilsyn og deres økte aktivitet. I mitt materiale når jeg har undersøkt hos mine informanter er de meget tydelige på at de opplever påtrykket fra tilsyn som en stor endring fra før reformen.

*”Ikke bare er helsetilsynet mer aktive i enkelt saker i forhold til pasienter, men helsetilsynet gjennomfører egne store kontroller på hele virksomheten, uavhengig av pasientsakene. Det samme gjelder for arbeidstilsynet som nå i vår (2005) gjennomfører en virksomhetsundersøkelse av sykehuset, hvor de går gjennom timelister og ser blant annet på overtidsbruken. Vi har også nylig hatt besøk av el.tilsynet tror jeg det het som skulle sjekke utstyret på avdelingen. Som avdelingsleder må jeg mye oftere enn tidligere forholde meg til ulike tilsyn.*

Det som er interessant her er at så mange svarer Nokså stor betydning i forhold til stor betydning samtidig som mine intervju tyder på at avdelingslederne opplever tilsynsbesøkene som hyppige. Likevel ligger det noe skjult i forhold til om tilsynsordningen er en god ordning. Grunnen til at jeg trekker dette frem er det forhold at lederne opplever besøkene som for hyppige samtidig som at de ikke svarer stor betydning på denne type besøk I dette kan det ligge noe skjult i forhold til at tilsynene ikke helt klarer oppgaven sin. Dette er en spekulasjon, men absolutt en mulig forklaring.

### 3. Pasienter

Som nevnt innledningsvis er pasientperspektivet holdt utenfor i min oppgave, men er likevel tatt med som en sterk påvirkningskanal mot mellomledelsen i sykehuset. I NOU 1997 "Pasienten først" ble pasientperspektivet et begrep. Når det gjelder pasienter og pasienters påvirkningsmulighet ser vi at:

Figur 14: **Pasient og brukerorg.påvirkningsmulighet**



(Kilde: Torjesen 2004) Tallmaterialet kontrollert og tatt ut for ledere på Sørlandet sykehus HF

Her er det ikke noen klar retning i funnene. Informantene i min undersøkelse var likevel tydelig på at pasientperspektivet var viktig og at pasientene og deres organisasjoner de siste år var en faktor som på en helt annen måte en før agerte og stilte krav til den behandling som blir gitt. I diskusjonen med mine informanter kom det

ingen entydig løsning på om dette var som følge av reformene i "Pasienten først" (1997) eller helsereformen (2002). Det økte pasient fokuset mente de like gjerne kunne skyldes folk i dagens samfunn generelt er mer bevisst sine rettigheter. Om dette perspektivet betydde noe i forhold til ledelse var mine informanter tydeligere på at de som ledere måtte ta hensyn til brukermedvirkning.

#### **4. Samarbeidspartnere**

Sykehuset har en rekke viktige og store samarbeidspartnere. Den største og viktigste er primærlegene. De er, foruten akuttmottak, "hovedleverandører" av pasienter til sykehuset. De skriver henvisninger og rekvisisjoner i form av prøvehenvisninger til sykehuset og det er ofte problemstillinger som må drøftes på mellomledernivå.

Min modell for ledelse må sees på som en forklaringsmodell på den situasjonen og det handlingsrommet den enkelte avdelingsleder står oppi da er det viktig å fokusere på måten den enkelte er leder på. Hvilken kompetanse har den enkelte til å utøve sin funksjon?

#### **4.4 Faglig og administrativ ledelse**

Før jeg går videre skal jeg si noe om hvordan ledelsesbegrepet i sykehus må oppfattes. Det er et klart skille mellom administrativ ledelse og faglig ledelse. På det nivået i organisasjonen jeg gjør min undersøkelse er den faglige og administrative ledelse ivarett av en og samme person; avdelingslederen. Dette er en utfordring som sykehus sliter med, men som mine informanter likevel beskrives som den beste måten å organisere ledelse på. Disse to ledelsestypene vil på ulike måter vektlegge betydningen av personlige egenskaper og faglig kunnskap med tanke på en organisasjons muligheter for å nå bestemte mål. Det er ulik miks av hvor godt den enkelte leder klarer blandings forholdet mellom de ulike ledelsestypene. Ledelse, og spesielt administrativ ledelse, blir ofte koblet til et sett av spesielle ideer og praksiser som «er ledelse». En vanlig forestilling om ledelse som begrep er at det kan skilles ut som et eget fag og at en bedrifts suksess vil avhenge av kvaliteten og ferdigheten til ledelsen. På et sykehus er båndene til faget sterkt. Begrepet faglig ledelse benyttes i de fleste sammenhenger der ledelse utøves. Faglig ledelse kan forstås på flere måter, men jeg velger å definere det til faglig ledelse som det å ha et faglig ansvar for en oppgave eller funksjon. Ledelse, organisering og oppgaveløsning henger tett sammen. I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 skal sykehus særlig ivareta følgende oppgaver:

- pasientbehandling,
- utdanning av helsepersonell,
- forskning og
- opplæring av pasienter og pårørende.

Loven sier at: "Sykehusenes virksomhet må organiseres slik at disse oppgavene kan ivaretas effektivt og med god kvalitet." Lovgiver har valgt å gi en sær regel om organisering av ledelse i sykehus i spesialisthelsetjenesteloven § 3-9. Bestemmelsen sier at det i sykehus skal være en ansvarlig leder på alle nivåer. Dette innebærer ledelse av én avdelingsleder. Norske sykehus hadde gjennom mange år såkalt "todelt enhetlig ledelse". Det er nå slått fast at ansvaret for å lede ikke kan deles mellom to sidestilte ledere. Derimot kan det etableres flere ledelsesnivåer. Lederen kan delegere oppgaver og beslutningsmyndighet, men vil alltid beholde det overordnede ansvaret og vil ha instruksjonsmyndighet også med hensyn til de oppgaver som er delegert. Hensikten med enhetlig ledelse var at kommunikasjonen mellom de ulike nivåene ville bli enklere og mer rasjonell, samt at man ville oppnå klarere ansvarlinjer. Verken departementet eller Stortinget har fastsatt spesielle kvalifikasjonskrav til den som skal være leder i sykehus. Sørlandet sykehus HF har en leder som er ingeniør og har hele sin leder kompetanse fra andre virksomheter enn Norsk helsevesen. Departementet sier i sin redegjørelse at eieren og ledelsen må selv vurdere konkret hvilke kvalifikasjoner som er nødvendige eller ønskelige for den enkelte lederstilling, både når det gjelder lederkunnskaper og -egenskaper og kvalifikasjoner innen det fagområdet som enheten ivaretar. Det betyr at kravet til den som skal være leder i et sykehus ikke er særlig spesielle og at det avgjøres lokalt hvilke kvalifikasjoner som er nødvendige. Likevel er det anført av Den Norske Legeforening at prinsippet om forsvarlighet og viser til at Stortinget uttalte i 1996, da spørsmålet om enhetlig ledelse første gang ble diskutert: "Det må også være klare ansvarlinjer, slik at den som innehar det medisinskfaglige ansvaret, også har nødvendig myndighet." (Anne Kjersti Befring Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2002; 122: 1592 utga) Legeforeningens konklusjon er at det må forutsettes at de som treffer beslutninger om behandlingen av pasienten, har nødvendig faglige kvalifikasjoner og beslutningsmyndighet. Toppledere i norske sykehus er den senere tid rekruttert utenfor helsevesenets egne profesjoner.

Jeg står da igjen med tre elementer som må kombineres i forhold til ledelse i sykehus. Mine funn og den seneste litteratur (Jespersen 2005) på dette område bekrefter også disse faktorene:

- Fagkunnskapsledelse
- Ledelseskunnskap
- Lovregulert ledelse

De to første faktorene variabler som vil være kontekstavhengige og som den enkelte avdelingsleder vil måtte forholde seg i varierende grad til. Lovreguleringen er en faktor som arbeidsgiver må forholde seg til å sørge for blir ivare tatt. Det som er det interessante er miksen mellom ledelse og fag, og som Jespersen (2005) omtaler som hybridlederen. Det er i dette bilde at mine informanternes uttalelser om at de sitter og puncher timelister blir relevant. En slik administrativ funksjon hører ikke til hos en avdelingsleder og forstyrrer muligheten til å utøve ledelse.

#### **4.5 Måten å være leder på**

I egenforståelsen blant dem jeg har intervjuet er det et klart trekk at det å være leder er å være tilstede, informert og klar til å treffe beslutninger. I boka til Torodd Strand (2001) Ledelse, Organisasjon og Kultur er det et kapittel som heter "Leders arbeid". Dette kapittelet tar for seg hva ledere faktisk foretar seg og hvilken lederadferd som faktisk forekommer. I boka til Torodd Strand vises det til noen få studier og at det er forsket svært lite på området. Min erfaring gjennom å ha gjennomført en rekke samtaler med ledere på mellom ledernivå er at de i sin hverdag er svært ulike i sin adferd i forhold til de oppgaver de skal løse. Det er ikke en ensartet måte å løse mellomleder funksjonen på. Det er også ulikt omfang på de avdelinger de er satt til å lede og ikke minst de ressurser den enkelte leder har til disposisjon i form av lederstøtte og hjelpemidler. I måten å være leder på er det å få oppfølging viktig. Jeg stilte spørsmålet får du oppfølging som leder og blir du ivare tatt. Så nær som en av mine informanter var tydelige på at de ikke ble fulgt opp som ledere og at dette var blitt annerledes de siste år. Da kan en jo spørre seg om det ikke betyr noe om hvordan du er som leder dersom du ikke har mulighet til å utøve ledelse?

#### **4.6 Muligheten til å utøve ledelse**

Ledere er videre både avhengig av det formelle mandatet og den myndighet de er gitt for å utøve oppgaven (Strand 2001). Hvis ikke mandat og myndighet følges ad så vil det bli

svært vanskelig å utøve rollen. En av de tingene jeg tok opp i diskusjonen med lederne var om de hadde den nødvendige myndighet til å utøve sin ledelse. Jeg har i min studie spurt mine informanter om de har den nødvendige myndighet til å utøve ledelse. Svarene er noe ulike, men i overvekt uttrykker de at de mangler den nødvendige myndighet for å utøve ledelse.

- *Det jeg føler er at organisasjonen er blitt så stor at det er vanskeligere å nå frem. Det er blitt et ekstra ledd mellom meg å direktøren. Men problemet er ikke at jeg ikke har direkte linje til direktøren. Problemet er mitt er at om jeg går til klinikkjefen så har denne heller ikke nødvendige fullmakter. Hadde jeg vist hva som var mitt ansvar og hva som lå til klinikkjefen ville alt vært mye lettere. Et eksempel er at jeg har en sommeravvikling som er både tungvint og dyrt. Mine argumenter stoppes med at det skal være en felles ordning for sommervikar innleie og at personalavdelingen er gitt ansvaret. På denne måten er min mulighet for utøvelse av ledelse redusert*

Informanten uttrykker en følelse av at organisasjonen er blitt for stor, og at det er vanskelig å finne frem og orientere seg, og ikke minst nå frem med sine saker. Det beskrives at det er kommet et ekstra ledd mellom avdelingslederen og direktøren. Her kunne en kanskje tenke seg at det var et problem i seg selv med problemet i den nye organiseringen er ikke organiseringen i seg selv men at det mangler fullmakter og den nødvendige ansvarsstruktur. Informanten bruker et eksempel der innleie av vikar er blitt både vanskelig og dyrt. Når da informanten selv har en god ide til hvordan dette kan løses bli informanten som avdelingsleder avvist med at denne må vente på en ny rutine fra personalavdelingen.

En annen uttaler:

- *Jeg har hatt relativt stor frihet til å legge opp en tenkt driftsplan når vi slo sammen to sykehus (Arendal og Kristiansand anm). Den friheten har jeg fått og jeg har fått et budsjett som svarer til denne planen. Men det er klart det er også begrensninger, jeg har utstyr som skulle ha vært fornyet, kan ikke bruke av ubenyttede midler som jeg gjerne skulle ha brukt. Innen for den rammen jeg har fått tildelt har jeg relativt stor frihet.*



Denne informanten ser noe friere på situasjonen, men viser også til klare begrensninger i forhold til å gjøre de nødvendige investeringer og at avdelingen selv har midler, men at disse er båndlagt.

Når dette er mine informanternes syn på om de har de nødvendige fullmakter og mulighet for utøvelse av ledelse er kritikken mot stabsavdelingene og klinikksjefnivået som er kommet inn som et ekstra lag i organisasjonen i forhold til slik det var tidligere der den enkelte avdelingsleder hadde direkte linje til direktøren. Dette fremkommer som en stor begrensning på utøvelse av ledelse i den nye organisasjonen. Dette stemmer også med de funn som fremkommer i den kvantitative undersøkelsen jeg har tilgang til. (Torjesen 2004) Et annet problem som nevnes av samtlige er støtte til å få utført enkle administrative oppgaver:

*- Vi fikk jo hele dette lønssystemet overført til avdelingsledernivå. Dette var et særdeles uheldig trekk.*

Denne uttalelsen har sammenheng med opprettelse av sykehuspartner og innføring av et webbasert lønns- og personalsystem:

*- Det er meningsløst at høyt utdannede og skolerte ledere med kompetanse på ledelse, daglig og administrativt sitter som lønnsmedarbeidere å punche timelister.*

Dette er et funn som kan tolkes slik at personalressursene utnyttes på en feil måte og at handlingsrommet for avdelingslederne er begrenset i forhold til at ledere på dette nivå må utøve oppgaver som tidligere ble utført av egne lønns- og personalmedarbeidere. Dersom dette stemmer er det en negativ konsekvens i forhold til at helsereformen skulle være en ledelsesreform gjennom at ledere i sykehus skulle utøve mer ledelse gjennom å få til en bedre prioritering og ressursallokering.

Et annet viktig element i det å kunne utføre ledelse er å ha legitimitet som leder. Jeg diskuter ikke dette med lederlegitimitet i min tilnærming, men forutsetter legitimitet gjennom den posisjon den enkelte har i form av sin stilling. Da blir det et problem som en av mine informanter sier at:

- *min lederfunksjon bærer tydelig preg av at veien blir til mens man går. Jeg har ikke skrevet lederkontrakt, selv om det sies å være rett rundt hjørne.*

For hva da med legitimiteten til den enkelte leder. Det blir en forutsetning for legitimiteten til den enkelte at lederen er akseptert og anerkjent av medarbeiderne, overordnet ledelse og kollegaer utover den formelle autoritet.

#### **4.7 Er ledelse av sykehus noe annet enn ledelse i ordinære virksomheter?**

Alle som har en helseprofesjon og er ansatt i et sykehus har et selvstendig ansvar for sin profesjonsutøvelse samtidig som han/hun er underordnet og må innrette seg etter sykehusledelsen. Ledelsen må samtidig ikke gjøre vedtak eller treffe beslutninger som går på tvers av profesjonsutøvelsen som kan medfører uforsvarlighet eller andre lovbrudd. Helsepersonell og ledelse har et gjensidig ansvar for å gjøre hverandre oppmerksom på evt. negative forholdene, og eventuelt iverksette tiltak for å motvirke uforsvarlighet. Det heter i Ot.prp. nr. 10 (1998-99) punkt 2.3.4.4: ”Det er ... viktig både av hensyn til kvaliteten i tjenesteytingen og tilliten til denne i befolkningen, at det er tilstrekkelig klarhet om medisinskfaglige forhold og at helsepersonell med medisinskfaglig ansvar har de nødvendige fullmakter.” Det er her en vanskelig balansegang mellom det medisinskfaglige ansvar og ledelse. Helsepersonellovens § 4 tredje ledd som lyder:

*Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.*

På avdelingsledernivå oppstår det gjerne interessekonflikt mellom sideordnede ledere hvor en ønsker å påvirke de prioriterte prosesser og beslutninger som overordnet ledelse gjør. Mange trekker frem nettopp interessekonflikt som den største utfordring for ledelse i sykehus. Interessekonflikt er komplisert å analysere og det er ofte vanskelig å finne kjernen av. Ledelse av sykehus handler da mye om å få til samarbeid mellom viktige aktører og skape en forståelse som danner grunnlag for reelle forventninger til tiltak og resultater. (Egil Marstein dr. oecon, BI - Institutt for offentlige styringsformer) Et viktig moment som vi ikke må glemme når vi snakker om sykehus og ledelse, er at sykehusansatte arbeider med liv og død, håp og fortvilelse, smerte og angst. Det går ikke an å skille disse forhold fra

ledelse av denne virksomheten. Slik sykehus ledes å drives i dag er det tett kobling mellom avdelingsledere og den daglige virksomhet. Daglig deltar ledere på møter der pasientbehandling diskuteres. Så pasientperspektivet er alltid viktig når vi diskuterer ledelse i sykehus. Professor Tom Colbjørnsen fra Norges Handelshøyskole holdt et foredrag under konferansen "TOPP-Helse" i Kristiansand 16. februar 2005. Hvor innfallsvinkel var at Helsereformen gir flere statlige tilsyn og kvalitetsstandarder og en økende detaljregulering og kontroll. Han fremholdt i sitt foredrag at det var en reell fare for tilsynsregjereri. Han mente at det var fare for at mye av lederes oppmerksomhet går med til å oppfylle regelverket og det ville klart forsterke rettsliggjøringen av både politiske saker og faglig saksbehandling. Han trakk videre frem en reell fare for at mye aktivitet går med til å undersøke og forebygge avvik og at det derigjennom skapes en ubalanse der forsiktighet og frykt for feil forhindrer ønsket fornyelse. En konsekvens av dette kan være at ledere blir nødt til å vise større "snedighet" i praktiseringen av regelverket.

Min konklusjon blir at det krever noe spesielt å være leder i sykehus fremfor det å være leder i en annen virksomhet. Jeg underbygger min påstand da med Lovreguleringen, jobber så tett på mennesker i krise og innsynsinteressen fra media og tilsyn. Det faktum at sykehus også har så stort innslag av fagpersoner som er ledere i dag gir det en helt spesiell utfordring for ledelse. I det neste kapitlet diskuterer jeg denne problemstillingen videre gjennom å diskutere den store interessen som er for virksomheten til sykehusene og kravet til kvalitet.

#### **4.8 Kvalitet i Helsesektoren**

Kvalitet handler på den ene side om helse og folks forventninger og tillit til å bli tatt vare på når sykdom rammer. På den andre siden har vi Riksrevisjon, medier, Stortingets kontrollkomité, som skal påse at formaliteter og lover er oppfylt gjennom virksomheten. I begge tilfeller handler det om et slags kontraktsforholdet mellom samfunnet og sektoren om at det leveres kvalitative gode helsetjenester. Helsesektoren møter dette med å ha fokus på kvalitetssikring. De tidligere sykehusene som inngår i Sørlandet sykehus hadde gjennom mange år arbeidet aktivt mot bedre systemer for kvalitetssikring. Sykehusene deltok både nasjonalt og internasjonalt gjennom flere arbeid med å finne frem til gode målemetoder for kvalitet i sykehus. De ulike fagmiljøer har i flere år vært opptatt av mulighetene for å registrere og hente ut informasjon om resultater av diagnostikk og behandling som ledd i kvalitetssikring og kvalitetsutvikling. Sykehuseierne og de sentrale myndigheter har gitt sin støtte til dette arbeidet og ser det som et viktig satsningsområde i

forhold til kvalitetsutvikling og styringsinformasjon ved det enkelte sykehus og innen de ulike fagmiljøene. Det er en målsetting å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen alle viktige medisinske fagområder ved sykehusene. På sikt kan det være aktuelt å utvide kvalitetsregistrene til også å omfatte andre deler av helsetjenesten.

I min undersøkelse har jeg vært opptatt av dette med kvalitet og hvordan ledere forholder seg ved avvik i forhold til en gitt kvalitet. Et par av mine informanter har begge arbeidet mye med kvalitet og kvalitetsledelse i sykehus både før og etter helsereformen fra 2002. Sammen med de øvrige informantene svarte de bekreftende på at kvalitet er en viktig faktor når en vil møte det sterke fokuset på avvik i sektoren:

*”Arbeid med kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i sykehuset er ikke nytt og har alltid vært en del av det medisinske faget, særlig i forhold til evaluering av resultater av behandling. Det har i økende grad blitt fokusert på at kvalitetssikring og kvalitetsutvikling også er et lederansvar og ikke et ansvar bare for fagmiljøene.*

Det denne informanten referer til er det fokuset som har vært i forhold til en ledelsesstrategi mot total kvalitetsledelse (TKL) som var svært utbredt i de tidligere sykehusene. Tkl var den ledende ledelsesfilosofi bare noen år tilbake.

En annen uttaler at:

*”Stadig sterkere krav til dokumentasjon av resultater forventes å øke. Den nye pasientrettighetsloven og fritt sykehusvalg, innsatsstyrt finansiering (ISF), regional helseplanlegging og organisatoriske endringer i sykehusene og endrede eierforhold.*

Det er forventet at kravet til dokumentasjon vil øke i tiden fremover. Det ble i mine samtaler referert til helsetjenesten i USA og hvordan denne har utviklet seg. Der har sykehusene egne avdelinger som bare jobber med dokumentasjon og spørsmål knyttet til juss. Et annet forhold som trekkes i samtalene rundt kvalitet:

*”Økt kunnskap og informasjonstilgang og større bevissthet hos pasientene gjør at resultat av behandling og kvalitet på tjenestene vil bli etterspurt i større grad enn tidligere. Sykehuset vil derfor ha behov for bedre verktøy og bedre systematisering*

*og dokumentasjon av de medisinske resultater. Jeg tenker her på konkurranse om pasientene ”*

Jeg har ikke diskutert konkurranse elementet i reformen. Jeg har valgt å ikke gå inn i dette feltet. Dette valget har jeg gjort på bakgrunn av at avdelingsledelsen ikke er direkte deltakere i konkurransen mellom sykehusene.

I 2001 uttalte en arbeidsgruppe som var nedsatt av Helsetilsynet for å se på fremdriften av kvalitet og kvalitetsarbeid i Norske sykehus at:

*Det er i dag etablert enkelte gode medisinske kvalitetsregistre drevet av fagmiljøene i Norge. Registerne har imidlertid hatt liten eller ingen forankring hos sykehuseierne, og initiativ og drift har i stor grad vært overlatt til fagmiljøene. Det har heller ikke vært helhetlige eller stabile finansieringsordninger for disse registerne. Etablering og drift av registerne har i stor grad vært ivaretatt av ildsjeler i de medisinske fagmiljøene.*

Problemet er at dette fortsatt langt på vei er situasjonen innen helsetjenesten. Det er ingen nasjonal definisjon på hva som skal oppfattes som definisjonen på kvalitet i Helsesektoren. Ledelse og utøvelse av ledelse vil være påvirket av kvalitet og kvalitetskrav i tiden fremover. Jeg tror det er en undervurdert ledelsesfaktor på det nivået jeg har gjort min studie. For avdelingsledernivået vil fokus på kvalitet komme som en koordineringsmekanisme fra overordnet ledelse. Denne slutningen trekker jeg ut fra de krav Helse-Sør, Sintef og blant annet Frittsykehusvalg retter mot sykehuset for å få ut tall på ulike kvalitetsindikatorer. Svaret fra sykehuset er at det nå opprattes en enhet for virksomhetsrapportering. Denne enheten skal levere til de instanser som stadig etterspør virksomhetsdata. Grunnlaget for virksomhetsdata er det avdelingsledernivået som må fremskaffe. Da blir kvalitetsaspektet en viktig faktor.

## 5 Ledelsesinformasjon i omstilling

Hvorfor jeg velger å bruke et eget kapittel på informasjon, er både fordi det interesserer meg som forsker og at jeg mener at informasjon, god eller dårlig, lite eller mye, er viktig i forhold til utøvelse av ledelse. Informasjon og flyten av informasjon blir på mange måter avgjørende for kvaliteten på produktet i sykehuset. Jeg har tidligere tatt opp i oppgaven at sykehusets viktigste produkt er beslutninger. Beslutninger som vedgår folks helse, enten direkte i helsepersonellens behandling eller i strategiske overordnede beslutninger om opprettelse eller nedleggelse av tilbud for befolkningen i et område. Mitt perspektiv blir da ledelsesinformasjon er beslutningsstøtte. Ofte blir det sagt at vi lever i et informasjonssamfunn. Informasjon er lett tilgjengelig i overveldende mengder gjennom mange kanaler. Men det betyr sjelden at all relevant informasjon er tilgjengelig eller mulig å rekke over. Informasjon blir alltid et spørsmål om seleksjon. Hvordan vi oppfatter en sak, er aldri basert på fullstendige opplysninger, men på et utvalg. Avdelingsledernes oppgave blir å gi et balansert og dekkende bilde selv om ikke alle brikkene er på plass. En kan ofte si at ansatte får for mye informasjon det ikke er noe behov for, samtidig er nødvendig informasjon vanskelig tilgjengelig. I min tilnærming til feltet informasjon har jeg sett i den tidlige fasen etter sammenslåingen til Sørlandet sykehus HF at det ikke har vært en fast struktur på informasjonsflyten. De tre tidligere store strukturene hadde hver sin måte å formidle informasjonene på. I Sørlandet sykehus har informasjonen vært der, men har vært vanskelig tilgjengelig. Ikke fordi den har vært holdt hemmelig, men kanalene for distribusjon har ikke vært godt innarbeidet. I et slikt system er det den som er flink til å søke informasjon som også er den som vet mest. Informasjon blir da et ”knapphetsgode” som etter hvert kan benyttes som maktmiddel. Det kan oppstå ubalanse mellom grupper av ansatte og ansatte og ledelsen. I litteraturen gis det en rekke definisjoner på hva informasjon internt består av:

- Strategisk informasjon
- Administrativ informasjon
- Faglig informasjon
- Kulturbærende informasjon
- Sosial informasjon
- Omstillingsinformasjon

Mine informanter har ikke klart bilde på om informasjon er blitt bedre eller dårligere etter reformen, men fokus og til dels over fokus på økonomiske parametere gjør at dette

overskygger og skaper en forestilling av at alt som kommer fra ledelsen handler om økonomi. Også når det gjelder faglig informasjon påpekes det at denne mangler fokus, akkurat som tidligere.

*- Det er for eksempel ingen initiativ fra administrativ hold i Helse Sør som får oss til å samarbeide om prosedyrer, behandlingsrutiner. Eneste fokus er hvem som skal henvises hvor. Ingen kan svare på om man behandler hjerteinfarkt eller lungebetennelse likt i Tønsberg og Kristiansand. Det er skammelig i 2005 og et uttrykk for at ledere ikke skjønner viktigheten av et samlet faglig fokus i vår region*

Dette utsagnet viser at etterspørres ledelsesinformasjon (faglig) på hvilke metoder og kvalitative valg som bør foretas. Det er klart at dersom disse forhold ikke er kjent eller benyttes strategisk av enkelt aktører for å skape seg en posisjon, får vi en situasjon som hele foretaket vil lide under. I den situasjonen Sørlandet sykehus har vært i er det en naturlig innfalsvinkel å se på dette med informasjon i en endringsfase. Endring er svært individ avhengig, men tilgangen til informasjon er kritisk for alle i en periode med mye endring.

## **6 Har helsereformen fra 2002 påvirket ledelse, utøvelse av ledelse og informasjonsflyten internt i helseforetakene?**

Etter at jeg har beskrevet helsereformen og vist den sentralisering som er kommet som følge av reformen skal jeg nå trekke sammen trådene å si litt om hva som har skjedd. Et viktig spørsmål til mine informanter har vært om *intensjonen* i helsereformen har slått til og om de opplever de at helseforetakene beveger seg i en retning som gjør at vi kommer til å lykkes med målsetningen i reformen også internt i helseforetaket. Parallelt med spørsmålet om reformen lykkes har jeg spurt om de opplever at de som avdelingsledere er med på å bidra til å oppfylle intensjonen i helsereformen:

*- Ja, det opplever jeg. Om det per i dag oppleves positivt akkurat for meg og min enhet vet jeg ikke, men jeg tror det å samordne i større grad som vi er på vei til er viktig i et så lite land som vi tross alt er. Jeg tror vi har brukt litt lang tid på å lande omorganiseringen men at vi er på rett vei. Utfordringen er når alle blir skviset for å spare ressurser er at det er en tendens til å flytte oppgaver til andre avdelinger/klinikker, og det synes jeg ikke er så positivt.*

Denne informanten er klart positiv til reformen, men ser ikke igjen intensjonene i reformen i egen enhet. Informanten har et nasjonalt perspektiv på hva reformen skulle være og har en forutelse på at når reformen "lander" vil det bli en kamp om ressursene lokalt. Informanten er også skeptisk til at oppgaver vil bli flyttet underforstått at det ikke vil følge ressurser med når oppgavene flyttes.

*- Ja det tror jeg faktisk. Vi jobber den rette veien, det er jeg positiv til, men det som er problemet er at alle de praktiske ting som skal gjøres blir dyttet nedover i systemet. Slik at den enkelte helsearbeider føler seg utnyttet utover det som er akseptabelt. Det har noe med at vi har nedbemannet vi har større krav til effektivitet og vi har økt produksjon. Det går noen grenser her!*

Denne informanten har det samme positive holdningen til at reformen måtte komme og at den har noe for seg, men det er den samme frykten og uroen for at gjennomføringen ikke



vil være god. Denne informanten knytter dette helt spesifikt til at avdelingen har nedbemannet, samtidig som avdelingen har fått et økt krav om effektivitet. Avdelingen har også økt produksjonen i samme periode. Informanten bruker også sterke og følelsesladete uttrykk som at dette er forhold utover det akseptable og at ”*det går noen grenser her!*” Det er tydelig at lojaliteten står og spenner mellom reformen og de oppgaver og ansatte informanten er satt til å lede. Dette spenningsforholdet kan være utslagsgivende når status på avdelingsledernivå skal skrives ut på et senere tidspunkt. De funn jeg har kommet frem til sier noe om at her kan det være forhold som vil være utslagsgivende for om reformen lykkes.

*Vi får ingen innsatsfaktorer å hjelpe oss med for å komme over kneika. Vi skal fortsatt kunne gjøre jobben å komme ned på et gunstigere driftsnivå uten noen form for hjelp og vi sliter med det.*

Her uttrykker en informant seg spesifikt til at det mangler innsatsfaktorer på avdelingsledernivå til å komme over kneika. Kneika refereres til et at avdelingen skal komme ned på et gunstigere driftsnivå uten noen form for støtte. Ser vi dette i sammenheng med den nedbemanning som den forrige informanten viste til gir uttrykket ”det sliter vi med” mening slik det uttales.

*- Jeg tror vi er på vei, men det går langsomt. I de små fagene som jeg representerer er vi etter hvert i ferd med å finne en struktur som er bra. I de større fagene er det vanskeligere.*

Jeg ser igjen det samme innledende uttrykket hos denne informanten på at reformen i den overordnede sammenheng (nasjonalt/region) har en helt klar støtte. Denne informanten har en noe mindre avdeling og et enklere fagområde innenfor sitt ansvarsområde. Men ser samtidig det mine foregående informanter har trekt frem at det kreves støtte og kan være vanskelig.

*- Når vedtak er fattet da må man være lojale. Da skal man ikke slåss lengre. Det er alltid problemet i sykehusvesenet at etter at valgene er tatt så får vi en ny omgang, vi mangler enda en del der.*

I den samme runden kommer det frem utsagn som dette hos de samme informanter. Dette er et uttrykk for stor organisasjons forståelse og lojalitet og kan kanskje stå som en forklaring på hvorfor det ikke fremkommer mer uro enn det gjør blant avdelingslederne.

Avdelingslederne tror altså på intensjonene i helsereformen, men ikke på den praktiske gjennomføring. De gir også klart uttrykk for at gjennomføringen ikke er god. En konklusjon i forhold til det er at de ikke får være med å påvirke. De blir tilskuere til det som skjer og får bare delta til oppfyllelse av reformen i den grad de skal bidra med økonomiske og administrative rapporteringer. Mens vi ser i den beskrivelsen jeg har gitt av reformen på eiersiden og de strukturer som er tilrettelagt fra departementet, gjennom de regionale foretakene og ned til foretaksledelsen, opplever ikke avdelingslederne i mitt materiale at noe er lagt til rette for dem i forhold til at helsereformen av 2002 skulle være en ledelses reform i det hele tatt. I det kvantitative materialet (Torjesen 2004) jeg har støttet meg på ser vi at lederne oppfatter sin autonomi som begrenset. Hovedvekten av respondentene i materialet befinner seg på nokså liten til Middels mulighet for å påvirke beslutninger som handler om økonomi.

Slutningen om at reformen ikke har vært en ledelsesreform helt ned til avdelingsledelsen ligger hær nær å trekke. Når jeg går videre i neste kapitel og undersøker hvordan ledere oppfatter sin egen posisjon ser jeg at avdelingslederne er bevisst sin posisjon.

## **6.1 Hvordan avdelingsledere oppfatter sin egen posisjon**

Avdelingslederne er tydelig på at deres egen posisjon er viktig og at deres rolle er avgjørende som bindeledd mellom alle de faktorer som skal til for å fatte de riktige beslutninger i helseforetaket. Oppfatningen av avdelingsleders plass i organisasjonen har jeg sammen med mine informanter har definert som det nivået i organisasjonen der ”ord blir til handling”. Jeg har vist tidligere at på spørsmål om hva de oppfatter som ledelse, er analysen at ledelse er koordinering av grunnlag for beslutninger samt legge tilrette for at de beste beslutninger kan gjennomføres. Da blir oppfattelse av egen posisjon viktig.

Avdelingslederne oppfatter sin egen posisjon som ”*det nivået der helsereformen står og faller*”. Dette er en kraftig påstand, men likefull viktig å analysere. Når avdelingslederne mener at helsereformen står og faller på dem så referer det seg til utsagnet om at det er her

ord skal gå over til å bli konkrete handlinger. Det er avdelingslederne i sykehuset som må få de ansatte til å handle på en måte de ellers ikke ville ha gjort for å oppnå intensjonene i helsereformen. Avdelingslederne mener at det er gjennom deres ledelse at ansatte skal bidra. På spørsmål om de som avdelingsledere så noen annen mulighet enn gjennom ledelse å få til endringer og omstillinger, svarte alle kategorisk på at det var ikke mulig. Men hva da med virkemidlene for å få dette til? Helsereformen har ingen omstillingsorganisasjon eller sideorganisasjon som skal gjennomføre omstillingene parallelt med driften. Gjennomføringen av helsereformen er tenkt gjennomført samtidig med at den vanlige driften i sykehusene går. Hvordan lar dette seg gjennomføre? Som forsker tror det handler om at avdelingslederne er pålagt et stort ansvar, og de tar det ansvaret, nærmest som en ryggmargsrefleks. Hvordan kan jeg si det? Da vil jeg trekke frem det jeg tidligere har beskrevet som fagdelen av ledelse på sykehus. Jeg har en tese om at det er lojaliteten til faget som holder avdelingslederne opp i den prosessen de selv beskriver som negativ. Avdelingsledelsen beskriver også ledelse og fag som to atskilte oppgaver og at de hver for seg gir autoritet:

*”Ledelse og fag er forskjellige ting, selv om faglig styrke kan gi autoritet som leder”*

Denne troen på faget som autoritetsbærer, benyttes også i noen grad som en slags selvhevdelse på det som oppleves som vanskelig i reformen. Dette er en tese jeg har leget meg i prosessen slik at den kan selvfølgelig overprøves, men jeg opplever som forsker at det ligger noe her i forklaringen på at det er såpass stille i forhold til den negative situasjonen som beskrives.

Når jeg da også får frem et syn hos avdelingslederne at de ser på seg selv som dem som legger til rette for beslutninger som fattes på nivåene over dem, og at de som avdelingsledere skal sørge for at deres underordnede handle på en måte de som ansatte ellers ikke ville ha gjort. Da ligger det en helt naturlig sperre på å forfekte et negativt syn.

## **6.2 Forutsetninger og vilkår**

Mine informanter spriker lite i syn på de manglende forutsetninger og vilkår for å drive ledelse og det relateres klart til det begrensede handlingsrommet de opplever. I mitt materiale påpekes det at endringen går så fort at de administrative vedtak som skulle ha

fulgt fullmaksstrukturen henger etter i forhold til takten i omorganiseringene i sykehuset. Begrensningene for å lykkes ligger helt klart i de forutsetninger som skulle ha vært lagt til rette gjennom reformen. I det som klarest trekkes frem er at de ikke følges opp som ledere og de blir heller ikke gitt nødvendig ledelsestøtte til å drive ledelse. De blir som avdelingsledere fanget av trivialiteter og oppgaver som de selv ikke har direkte nytte av å drive og som ikke er ledelses relatert i det hele tatt på deres nivå. De bruker en masse tid på å rapportere oppover uten at noe kommer tilbake som fornuftige styringsverktøy på avdelingsleder nivå. For hvorfor rapportere epikrisetid, korridorpasienter og beleggsprosent når svaret tilbake er et krav om å redusere stillinger og senger. Det gis uttrykk for at sammenhengene ikke er tydelige.

På spørsmålet om hva som er den største endringen i det å drive ledelse, så er fokuset på økonomi det som klarest trekkes frem som den største endringen. ”*Alt har nå fått et kostnads aspekt*”. Under forutsetninger og vilkår er økonomi den faktoren som sammen med lite oppfølging som leder det som klarest trekkes frem. I en analyse sammenheng kan en da trekke den konklusjonen at når stortinget sier mer helse til den enkelte pasient, så er det ikke det som fokuseres der ”ord settes ut i handling” hos avdelingsledelsen. Der er fokuset klart rettet mot økonomi og økonomiskbalanse og ikke pasientbehandling.

*Pasientbehandlingen har fått en økonomisk dimensjon. Det hadde den ikke tidligere, men jeg er ikke sikker på om vi drev så ulikt det vi driver i dag. Den største endringen innen pasientbehandlingen handler om utviklingen innen fag og teknologi. Så jeg er ikke helt sikker på om økonomene har nådd helt frem til sengen enda, men de kommer nok.*

Denne uttalelsen kom i intervju situasjonen med en av mine informanter. Den er nok ikke ment som en situasjons beskrivelse. Det den likevel viser er at det er en opplevelse av at økonomene representerer noe annet enn fagpersonene, eller om du vil: *Fag er noe annet en ledelse og økonomi*. Dette skaper assosiasjoner til hybridledelse (Jespersen (2005) og at ledelse må kombineres mellom fag og rene ledelsesparametere. Dette bringer meg over på neste tema som er kjennskap til den organisasjonen du jobber, eller i dette tilfellet er en leder i.

### 6.3 Oversikt over krav og strategier for ledelse

Det å ha oversikt over hvilke krav og hvilke strategier som gjelder er meget viktig. Sørlandet sykehus er en så stor organisasjon at det å stille krav til ledelse og ha fokus på måter (strategi) å løse oppgavene på er helt avgjørende. Ledelse og fokus på ledelse er blitt veldig tydelig. Slik en av mine informanter beskriver endringen i ledelse er at der en tidligere hadde en konsensus for vilkårene i ledelsen og utøvelse av ledelse, er det i dag snakk om ledelse på kontrakt. Konsensus i denne sammenheng er ikke slik vi kjenner den begrepet om at alle skal være enige før en går videre. I denne sammenheng er konsensus basert på gjensidig forståelse mellom toppledelse og mellomledere på at det man var kommet frem til gjennom diskusjon var gjeldene uten en formalisert ledelseskontrakt. I det nye regimet formaliseres nå ledelsen gjennom egne ledelseskontrakter. - dette gjør noe med folk! . ”Der vi tidligere hadde fokus på fag og fagpersoner, er det nå krav til ledelse på kontrakt som gjelder”. (utsagn fra undersøkelsen). Skjer det noe med organisasjonen som følge av at ledelse blir standardisert gjennom en kontrakt? I mitt møte med lederne ute tror jeg ikke det. Avdelingene er såpass forskjellige og fokus i kontraktene er så rettet mot økonomiske parametere at faget og fagfokus vil gjøre at vi ikke vil få en endring, men heller at ledelse blir fokusert på en helt annen måte og løftet frem som synlig i organisasjonen.

### 6.4 Er det noe trekk på noe som kunne ha vært annerledes?

En konklusjon en kan trekke er at som ledere ser mine informanter at endringene det er lagt opp til i helsereformen var nødvendige, men måten det er gjort på i helseforetaket ikke alltid er like gode. Årsakene til dette ligger delvis i virkemidlene i reformen og at organisasjonen ikke har klart å tilpasse seg den nye situasjonen like raskt. Det nye organisasjonskartet ble relativt fort tegnet, men ikke satt i system. For mye av det tidligere styringssettet henger igjen. Det har også vært et overfokus på økonomi i den perioden som er gått. Hos noen av mine informanter er det i tillegg frustrasjon over at Sørlandet sykehus gjennomgikk to store prosesser samtidig. For Sørlandet sykehus sin del, kom sammenslåing av sykehusene på Agder samtidig med helsereformen. Dette har gjort det vanskelig å se effektene av de to tiltakene. – *hva er en effekt av sammenslåingen og hva er en effekt av helsereformen.* De krav og intensjoner som var og er i helsereformen, er på mange måter utfordret av de kreftene som har kommet til uttrykk som følge av sammenslåingen av sykehusene de to Agder fylkene. Det kommer helt klart frem hos enkelte av mine informanter at kulturforskjeller og uenigheter internt i sykehuset, som

følge av sammenslåingen, har virket helt klart mot de effektene som helsereformen skulle gi. Uten at jeg i min oppgave har drøftet dette inngående, kan en si at de meningsytringer som til tider gir seg til uttrykk mellom Agder fylkene også kommer til uttrykk innad i sykehuset. Jeg har ikke hatt dette som tema i min tilnærming til mine informanter, men har likevel i enkelte av mine diskusjoner fått dette frem som enkelt utsagn og forklaringer på at prosesser har gått langsommere enn de hadde trengt dersom det ikke hadde vært motstridende interesser. Som en forklaring på mine diskusjoner kan jeg trekke frem et usagn fra en av mine informanter:

*” – du må huske at Kristiansand har jobbet for en løsning med ett sykehus på Agder i minst 10 år. Sykehuset i Arendal har aldri hatt det på sin agenda og er følgelig presentert en løsning de selv ikke har tenkt. I tillegg er det meste av de administrative ressurser flyttet til Kristiansand som i tillegg er gjort til administrasjonssted. Når da den interne frustrasjonen følges opp av alle de politiske partier og ”hele folket” i Aust-Agder, må ingen komme å si at dette skal være en dans på roser og at sykehuset skal være etablert for å kunne ta alle de ønskede gevinster.*

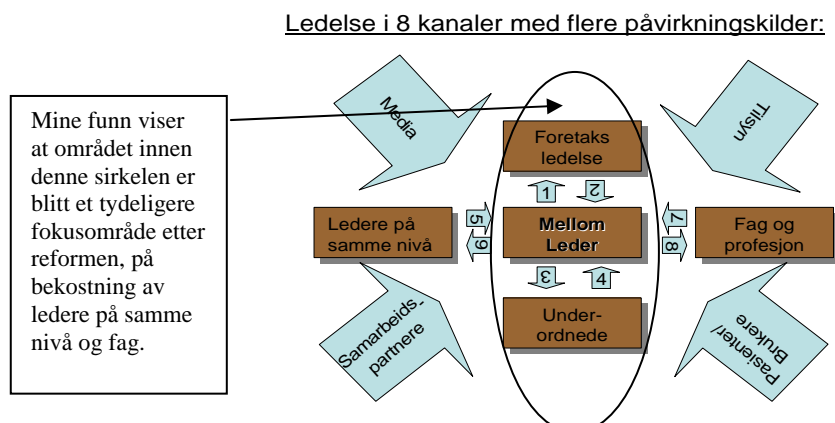
Når dette brukes som et eksempel på at noe i helsereformen er gått galt er det på ingen måte et forsøk fra min side å trekke noen konklusjon i en slik retning, men bare peke på det som et forhold at de parallelle prosessene på Agder kan ha trukket i hver sin veg. Et annet moment som spiller inn i forhold til om helsereformen har gitt noen endringer så har helt klart ledelsesreformen som kom i forhold til at en gikk fra to til en leder fremdeles noen åpne sår i organisasjonen. Nå snakker jeg ut fra den kjennskap jeg til organisasjonen og de slag som ble kjempet internt mellom fagmiljø og enkelt personer. Det var helt klart en kamp internt som vil sette sine spor langt inne i denne ledelsesreformen og kanskje den neste også.

## 7 Konklusjon

I denne studien har jeg vært innom ulike forhold ved den helsereformen som kom i 2002. Jeg har brukt mye plass på å beskrive selve reformen og den strukturen som er lagt på eiersiden. Samtidig har jeg beskrevet ledelse som det virkemiddelet som skal omskape intensjonene i helsereformen til handling. For å belyse dette har jeg hentet meg til avdelingsleder i Sørlandet sykehus HF og dybdeintervjuet 7 avdelingslederledere for å få frem deres syn på hva som har skjedd etter reformen og om intensjonene er omskapt til handling. Jeg vil igjen få understreke at mine konklusjoner ikke kan overføres til Sørlandet sykehus HF spesielt. Det er ikke noe i mine funn, eller i fra intervjusituasjonene, som skulle tilsi at reformen har fått et annet uttrykk på Sørlandet sykehus HF enn ved andre foretak. Da måtte jeg i tillegg ha gjennomført en komparativ undersøkelse mellom helseforetak. Avdelingslederne jeg har intervjuet påpeker følgende trekk ved reformen:

- Økt økonomifokus
- Økt fokus på system og rutiner
- Ledelse følger linjeorganisasjonen
- Mindre fokus på personalledelse
- Mindre fokus på fag
- Informasjonsflyten følger linjeorganisasjonen

Hvordan passer så dette inn i forhold til min problemstilling om helsereformen fra 2002 har påvirket ledelse, utøvelse av ledelse og informasjonsflyten internt i helseforetakene. Til å beskrive dette har jeg skapt en modell som et bilde på avdelingsleders posisjon og situasjon:



Mine funn tyder på at ledelsesfokuset har flyttet seg bort fra fag, profesjon og ledere på samme nivå til mer å følge linja fra foretaksledelsen ned til ansatte. Det er blitt en innsnevring i ledelsesområde i den tiden som har gått siden reformen. Informasjonsflyten og ledelsesfokus har flyttet seg fra kanal 5-6-7 og 8 og over til kanal 1-2-3 og 4.

Kan en så ut fra dette si at Helsereformen har mislyktes som reform på avdelingsledernivå? Ja, i den forstand at reformen skulle være en ledelsesreform helt fra Stortinget og helt frem til pasienten, så er min konklusjon at reformen har et stykke igjen å gå i forhold til handlingsrommet for ledelse på avdelingsledernivå. Reformen fra 2002 skulle gi helsetjenesten et fornyende innhold gjennom økt tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte ved å få til en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar. De endringer jeg har vist er en klar sentralisering gjennom hele reformen. Det største problemet er da at avdelingslederne, som er det sjiktet som skal sette helsereformens intensjoner ut i livet, ikke har fått mulighet til å utvikle seg til gode ledere parallelt med at reformen har trått i kraft. De påpeker selv at de delvis er fratatt ressurser i perioden og at autonomien er redusert. De beskriver seg selv langt på vei som statister til det som skjer.

Jeg har tidligere trukket frem at god ledelse skulle være det virkemiddelet som skulle få til en god samordning og utvikling av helsesektoren. Frem til høsten 2005 er også ledelse fokusert som viktig, men det er ikke sagt noe om hva slags type ledelse og ledere vi skal ha etter at reformen er innført. Så langt viser min studie at ledelse og lederrollen er fokusert som viktige i forhold til å være administrative aktører for iverksettelse av den nye styringsmodellen. Det er dette forholdet som gjør at mine informanter *referer til forhold der de ser og observerer* og ikke til forhold de *selv er med på å utvikle*. De ordlegger seg på en måte som gjør at jeg forstår at de observerer det som skjer og ikke som at de er aktive deltakere i det som skjer. Jeg trekker denne konklusjonen ut i fra at mine informanter til dels er divergerende i sitt syn på hvordan reformen har slått ut. Noen sier at det har gått bra i deres klinikk fordi klinikkledelsen har fungert, andre fremholder at de som ledere ikke er satt i stand til å fungere bedre gjennom ledelsesutvikling eller annen tilrettelegging. Andre peker på at kvaliteten på tjenesten er i ferd med å svekkes fordi ingen tenker kvalitet, men bare økonomi.



Min påstand er at når de samme lederne, som også var ledere i det tidligere regimet, skal sette nye reformer ut i livet trengs det påfyll. Både hos den enkelte leder i form av ledelseskompetanse, men også gjennom organisatoriske tilrettelegginger og nye tilpassede systemer. Ikke minst må det legges til rette for den nødvendige autonomi for å skape det nødvendige handlingsrom. Dette er et forhold som er et viktig funn og som mine informanter og teorien jeg har støttet meg til sier må tas på alvor. Konklusjonene fra Samarbeidsrapporten (NIBR 2005 s. 174) ”statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten” trekker den samme konklusjon: *Det har vært liten eller ingen fornying av dem som driver ledelse på avdelingsledernivå.* I min konklusjon vil jeg også være tydelig på at det kan bli et problem at avdelingsledernivået ikke får veiledning eller gis ressurser til å utøve ledelse, spesielt når ledelse er det virkemiddelet som skal til for å forene:

- pasientinteresser,
- media
- tilsynsinteresser
- samarbeidspartnere
- toppledelse
- ansatte
- følge og legge til rette for den medisinske utvikling,
- følge og legge til rette for den teknologiske utvikling,
- koble og ta hensyn politiske strømninger og uttrykk

I reformen trekkes det opp til at dette best kan forenes gjennom ledelse, gode kanaler for beslutningstaking og kjente arena for informasjonsformidling. Da må en kanskje også gjøre noe med organisasjonsstrukturen og tenkningen omkring ledelse innad på sykehus. Vi har i dag ledere i sykehus som er direkte ledere for over 100 ansatte. Det blir en umulig oppgave innenfor all kjent ledelsesteori å være nærmeste leder for så mange personer og det vil også derfor være en klar begrensning i forhold til å oppfylle helsereformen som en ledelsesreform på avdelingsledernivå. Når en utvikler et klinikknivå må dette tilpasses slik at det får en tydelig profil i forhold til avdelingsledelse. Det er viktig at klinikknivået ikke driver direkte ledelse av ansatte under avdelingsnivå eller direkte pasientbehandlingen.

Studien viser at i det kvantitative materialet jeg har fått tilgang til (Torjesen 2004) at ledere støtter seg i stor grad til fagpersoner innen eget felt. Det betyr at faggruppen er en viktig

faktor når en skal utvikle nye ledelsesformer på avdelingsledernivå i sykehus. Samtidig gir mine informanter klart uttrykk, gjennom deres syn på ledelse, at ledelse er et eget fag. Jeg tolker det avdelingslederne beskriver om ledelse til å ha klare linjer til kjente ledelsesteorier. Jeg trekker derfor den konklusjonen at forholdene ligger til rette for å kombinere fagkunnskap og kjent ledelsemetodikk hos avdelingsledelsen. Da nærmer vi oss den ledertypen som er beskrevet av Peter K. Jespersen (2005) som en hybridleder. Hybridlederen kombinerer kunnskap om fag og kunnskap om ledelse slik at det beste fra begge felt kommer til uttrykk i utøvelsen av ledelse. Spørsmålet blir da om handlingsrommet ligger tilrette for at hybridlederen kan fungere. Jeg ser gjennom min studie at uten at de nødvendige forhold ligger til rette vil heller ikke denne ledertypen kunne fungere. Når jeg som forsker trekker frem spørsmålet om hybridlederen vil fungere er det ut fra de påstandene mine informanter formulerer som et stort problem; at for mange prosesser går parallelt og at helsereform ikke har hatt i seg ressurser til å drive omstilling.

Norges største helsereform er iverksatt uten at noen har spurt hvordan en skulle få dette til nede på det enkelte sykehus og hos den enkelte avdelingsleder. Mye er gjort i forhold til reformen, men da på nivået over avdelingsledernivå. De enkelte helseforetak har gjort et organisatorisk grep med nye klinikkstrukturer, det har vært sammenslåing av funksjoner og enheter lokalt og regionalt, det er kommet nye helseregioner og utvidet samarbeid mellom helseforetak, samt ny struktur i departementet. Reformen fra 2002 har på mange måter fungert over avdelingsledernivå, men ikke på avdelingsnivået innen sykehuset. Jeg trekker den konklusjonen at på avdelingsledernivå internt i sykehus, har ikke helsereformen fra 2002 fungert som en ledelsesreform, mye har skjedd, men det er ikke mulig å trekke en helhetlig strategi på dette nivået. Dette blir den videre utfordringen for sykehusene.

*Mine informanter har selv definert seg til å være det leddet i helsetjenesten som omsetter ord til handling og dersom de riktige handlingene uteblir, står vi bare igjen med ordene i fra reformen 2002! Som forsker har jeg etter og studert dette spørsmålet fortsatt tro på at det blant de ledere som jeg har intervjuet er nok styrke til at sektoren kan hente inn det som er beskrevet som negative faktorer til nå slik at reformen kan "fullbydes" også på avdelingsledernivå i sykehusene.*

## **8 Vedlegg**

Intervjuguide  
Referanseliste

## 8.1 Intervjuguide

Stikkord for innledningen:

- ☞ Presentere problemstillingen
- ☞ Formålet med undersøkelsen
- ☞ Informert samtykke
- ☞ Fortrolighet
- ☞ Konsekvenser

**Innledning:** *Jeg vil prøve å forstå ledelse fra ditt ståsted. Vite hva du kan og prøve å sette det i en kontekst. Kjenne litt på hvordan det er å være i dine sko?.....*

## Betingelser for ledelse

<b><i>Forskingsspørsmål</i></b>	<b><i>Respondentspørsmål:</i></b>
<b>Egenforståelse</b>	1. Hva er ledelse for deg 2. Hva anser du som din viktigste funksjon 3. Er ledelse viktig kunne vi ha tenkt oss alternativer 4. Hvor gode er dine relasjoner mot <ul style="list-style-type: none"> <li>- ansatte</li> <li>- Topplederen</li> <li>- Andre ledere</li> <li>- Fag og fagpersoner</li> </ul>
<b>Forutsetninger, vilkår og har helsereformen påvirket din ledelse atferden</b>	5. Er du gitt nødvendige fullmakter og ansvar 6. Følges du opp som leder 7. Hva er den største endringen i det å være leder de siste to år
<b>Leders innsikt og oversikt over de ledelseskrav som settes</b>	8. Kjenner du de krav som settes til ledelse i Sørlandet sykehus 9 Har du god innsikt i hva som er de viktigste strategier i sykehuset 10 Opplever du at det er sammenheng mellom vår organisering og de mål som settes til helse sektoren 11 Får du den informasjon du har behov for

<b>Endringer og endringspress</b>	12 Er det for lite penger i helsevesenet eller kan vi organisere oss ut av den økonomiske henge myra  13 Er det stor vilje til endring
<b>Media</b>	14 Hvordan oppfatter du media og deres forventninger til sykehuset - har de nok innsyn
<b>Pasienter</b>	15 Hvordan oppfatter du pasienter og deres forventninger til sykehuset - har de nok innsyn
<b>Samarbeidspatnere</b>	16 Hvordan oppfatter du samarbeidspatnere og deres forventninger til sykehuset - har de nok innsyn
<b>Eiere politikere</b>	17 Hvordan oppfatter du politikere/eiere og deres forventninger til sykehuset - har de nok innsyn

**Modell analyse:**

	Før		Nå	
Hvordan opplever du samspillet med dine ansatte?	+	-	+	-
Hvordan opplever du samspillet med dine sideordnede	+	-	+	-
Hvordan opplever du samspillet med Ledelsen	+	-	+	-
Hvordan opplever du samspillet med faget	+	-	+	-

## 8.2 LITTERATURLISTE

- Birkeland, Nils Rune (2004): Diskurs og rasjonalitet, Kristiansand: HiA
- Berge, Asbjørn, Larssen Arne Viktor (1993): Administrasjon og ledelse i helsevesenet, Molde: Helped
- Blomgren, Maria (2004): Quest for Transparency Signs of a New Institutional Era in the Healthcare Field?, Uppsala.
- Borum, Finn (2003): Ledelse i sykehusvesenet, Frederiksberg: Handelshøyskolens forlag
- Byrkjeflot, Haldor (1997): Fra styring til ledelse. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor og Peter Kragh Jespersen (2005): "Ledelse og organisering i helsevesenet; endring og kontinuitet", Nordiske organisasjonsstudier. Stockholm Fagbokforlaget
- Byrkjeflot, Haldor og Peter Kragh Jespersen (2005): "Nordiske organisasjonsstudier" Stockholm Fagbokforlaget
- Christensen, Tom og Læg Reid, Per (2002): Reformer og lederskap. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gammelsæter, Halgeir, Torjesen, Dag Olaf (2005): Ledelse mellom autonomi og transparens i helseforetak. Nordiske organisasjonsstudier" Stockholm Fagbokforlaget
- Hallingstad, Rune (2004): Regionalstyring i lys av foretaksorganiseringen, Bergen. Rokkansenteret
- Halvorsen, Tor (1995): Sektorinteresser eller profesjonssystem. Oslo: TMW-senteret.
- Holme, Idar Magne og Solvang, Bernt Krohn (1998): Metodevalg og metodebruk. Oslo: Tano.
- Holter, Elisabeth (1990): Ledelse og ledere i sykehus, otta: TANO
- Jacobsen, Dag I. og Jan Thorsvik (2002): Hvordan organisasjoner fungerer. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jespersen, Peter Kragh (2005): "Den tredje vej ? Generalister, fagprofessionelle eller hybridledere som fremtidens ledere i sykehuse?" The 18 Scandinavian Academy of Management (NFF) meeting at Aarhus School of Business in Denmark on 18th-20th August 2005
- Johansen, Monica Skjøld "En studie av profesjonskonflikter i sykehus etter innføringen av enhetlig ledelse" Handelshøyskolen BI Oslo 2005
- Kvale, Steinar (1994): Interview – en introduksjon til det kvalitative forskningsinterview
- LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
- LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
- Mintzberg, Henry (1979): The structuring of organizations. Eglewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Morgan, Gareth (1997): Organisasjonsbilder, London: Universitetsforlaget
- Myhre, Mia (2004): Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus, Kristiansand, HiA
- NOU 1997:2: Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Nødland Svein Ingve Ståle Opedal "Innvandrerorganisasjoners innflytelse" RF-. Rogaland Research
- Opedal, Ståle og Stigen, Inger Marie, Læg Reid, Per (2005) "Den norske sykehusreformen: mer sentral politisk styring enn fristilling" Nordiske organisasjonsstudier. Stockholm Fagbokforlaget
- Opedal, Ståle og Stigen, Inger Marie (red.): Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005, SAMARBEIDSRAPPORT 2005, NIBR
- Ot.prp.nr 66 (2000-2001) 2001: Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Det Kongelige Sosial og helsedepartementet.

- Repstad, Pål (1998): Mellom nærhet og distanse. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pål Repstad (red.) (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Ry Nielsen, Jens og Repstad, Pål : "Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon." 2. utg. Universitetsforlaget
- Ryen, Anne (2002): Det kvalitative intervjuet fra vitenskapsteori til feltarbeid. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skarset, Maren (2003): Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985 Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004): Nasjonal myndighetsstyring, mål, faglige rammer, forventninger og tilskudd/vilkår for tilskudd – 2004 Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til de regionale helseforetak. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Strand, Torodd (2001): Ledelse, organisasjon og kultur. Bergen. Fagbokforlaget.
- Torjesen, Dag Olaf (2004): "Lederundersøkelse – blant deltakere i nasjonalt program for lederutvikling i helseforetak"
- Torjesen, Dag Olav and Kvåle Gro (2004): Managerialism, localism and the struggle over the identities off healt enterprise, FLOS-conference
- Yin, Robert K. (1994): Case study research. Design and Methods. Second edition. California. SAGE Publications Inc.
- Vinge Sidsel (2005): "Arbeidsorganisering og organisasjonsforståelse i sygehusektoren" Nordiske organisasjonsstudier. Stockholm Fagbokforlaget
- Vrangbæk, Karsten og Dag Olaf Torjesen (2005): Sygehusledelse oppfattelse av ledelsesvilkår i Danmark og Norge" Nordiske organisasjonsstudier. Stockholm Fagbokforlaget
- Wadel Cato (1991): Feltarbeid I egen kultur – en innføring I kvalitativt orientert samfunnsforskning Flekkefjord: Seek forlag
- Waks, Caroline (2004 første utkast): Ökad insyn, men med professionen som styrande princip., Uppsala universitet

## ATM – Skriftserie

### Publikasjonsliste

- 1-2008:** Rune Hallingstad: *"Regional styring i lys av foretaksorganiseringsen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF"*. April 2008
- 2 - 2008:** Sturla Herfindal: *"Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak"*. April 2008
- 3 - 2008:** Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008
- 4- 2008:** Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008
- 5- 2008:** Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008
- 6- 2008:** Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008
- 7- 2008:** Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008
- 8 - 2008:** Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008
- 9 - 2008:** Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-
- 10 - 2008:** Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008
- 11- 2008:** Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008
- 12 - 2008:** Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008
- 13 --2008:** Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008
- 14 - 2008:** Anne- Grethe Naustdal: *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseheving i sjukehus : sett i lys av erfaringar med sjukehusreforma*. April 2008
- 15 - 2008:** Britt V. Danielsen: *Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals*. April 2008
- 16 - 2008:** Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern*. April 2008
- 17 - 2008:** Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen*. April 2008



- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008

# POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i  
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**  
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER