

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Torgeir Sveri

Strukturer og reformer. En kvalitativ studie av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering

ATM – Skriftserie
Nr. 4 - 2008



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

Innhold

FORORD	5
SAMMENDRAG.....	7
SUMMARY	7
INNLEDNING	9
Problemstilling.....	9
Historisk bakgrunn	10
Gangen i oppgaven.....	13
TEORETISK TILNÆRMING – SYKEHUSET SOM SYSTEM.....	14
Reformer og dekopling.....	15
Medisinens logikk	18
Det medisinske arbeidets infrastruktur.....	22
Oppsummering	24
REFORMEN «ENHETLIG LEDELSE»	25
Steine-utvalget og «Pasienten først!».....	27
Arbeidsgruppen på sykehuset	29
Oppsummering	31
METODISK TILNÆRMING TIL SYKEHUSHVERDAGEN	32
Tilgang og informanter	33
Forskningsmessige implikasjoner	36
Oppsummering	37
SYKEHUSETS FORMELLE STRUKTUR	37
Sykehusets rammebetingelser.....	38
Avdelinger, seksjoner og poster; en begrepsavklaring.....	40
Avdelingens formelle struktur.....	41
Oppsummering	43
ORGANISERINGEN AV PLEIE- OG BEHANDLINGSARBEIDET	44
Rutinene på avdelingen	45
Når styringsambisjoner møter praksis	55
Oppsummering	68

OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER	69
Litteratur.....	72

Forord

Autonomi, Transparens og Management (ATM)

Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvaret 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

Sammendrag

Denne studien ser på hvordan reformen «enhetlig ledelse» griper inn i sykehusets formelle struktur ved å innføre et nytt ledelsessystem. Denne typen reformer har karakter av å strebe etter klarhet og entydighet, og produserer derfor forslag om å skape forutsigbare og styrbare organisasjoner. Den uttalte hensikten med reformen var å desentralisere og tydeliggjøre ansvar, mens den praktiske konsekvensen ble krav om innføring av én totalansvarlig leder på alle nivå på sykehuset. I utgangspunktet ble det ikke stilt formelle kompetansekrav knyttet til den nye avdelingslederen, noe som skiller seg fra det tradisjonelle systemet med én fagleder for hver yrkesgruppe. I reformutredningen (NOU 1997) antydes det et skille mellom en økonomisk-administrativ og en medisinsk logikk i sykehusorganisasjonen. «Kollisjonen» mellom disse logikkene gjøres til et spørsmål om den enkelte ansattes holdninger. Reformatorene mener at den enkelte medarbeiders holdninger til ledelse må endres for at det nye ledelsessystemet skal få utnyttet hele sitt potensial.

Denne studien har fulgt reformen «enhetlig ledelse» gjennom utredningsarbeidet og nedover til det konkrete pleie- og behandlingsarbeidet for å se på hvilken betydning den får i praksis på en klinisk avdeling. Datainnsamlingen er gjort på en klinisk avdeling der det i praksis viste seg vanskelig å finne desentralisering av ansvar på samme måte som reformen beskriver.

Det konkluderes med at reformens ambisjon om profesjonell ledelse ikke er kommet i stand på avdelingen, og at det formelle ledelsessystemet fortsatt ikke bryter inn i den tradisjonelle medisinske arbeidsorganiseringen. En mulig forklaring på dette kan være at de nye standardene og kategoriene som reformen forsøker å innføre ikke er forenlige med den eksisterende arbeidsorganisasjonen. Det er nødvendig å ta hensyn til den eksisterende infrastruktur om man vil gjøre noe med ledelsesstrukturen på avdelingen.

Torgeir Sveri er cand.polit fra med hovedfag fra Sosiologisk institutt ved Universitetet i Bergen. Denne rapporten er en nytgivelse av Sveri sin hovedfagsoppgave som ble skrevet i tilknytning til ATM- prosjektet og POLIS- seminaret. Sveri har vært ansatt som forskningsassistent ved Rokkansenteret og arbeider nå i Sosial- og helsedirektoratet.

Summary

In 2002 there was a large structural reform in Norwegian healthcare, and also a reform aiming at establishing a new management structure, the so-called unitary management reform (“enhetlig ledelse”). One purpose of the latter reform was to establish a more unambiguous and standardized management structure at all levels in Norwegian hospitals. Another purpose was to decentralize responsibility and establish a management role that was independent of professional qualifications. It was argued that such a management role was necessary in order to bridge the gap between an administrative–economic and a medical rationality in the hospital organization. However, it was also argued that these rationalities were deeply embedded in employees’ mindsets. A change in attitudes was thus also required, not just a change in the formal structure.

It is the department level that is the focus of this study. How was the reform presented and interpreted at this level, and what happened when it was implemented? Interviews with nurses and doctors on the level of the clinical department show that it was difficult to establish decentralized responsibility.

The study concludes that the reform was implemented in a way that did not interfere with the traditional organization of medical work. A possible explanation is that the standards and the categories presented in reform documents are not compatible with the established infrastructure at work.

Innledning

(...) viktige beslutninger som allerede er tatt lar seg ikke så lett gjøre om. Å forandre helsepolitikken er som å forsøke å stoppe en atlantehavsdamper. Det lar seg ikke gjøre før bortenfor horisonten (Jersild 1978)¹

Sykehusene har en sentral plass i utførelsen av den norske velferdsambisjonen. I løpet av de 30 siste årene er det lagt fram en rekke stortingsdokument og offentlige utredninger med sikte på å bedre styringen av sykehussektoren. Det er i tillegg gjennomført en rekke større og mindre reformer i samme hensikt. Ved planleggingen og iverksettingen av hver nye reform later det til at de involverte preges av optimisme og fremtidsstro. En tid etter reformen er gjennomført begynner imidlertid ofte tvilen å melde seg. Dermed blir det satt ned nye utredningsutvalg, det gjennomføres nye høringer, nye dokumenter blir lagt frem til Stortinget som vedtar nye reformer «til pasientens beste». Man kan likevel stille spørsmål ved hva som egentlig er skjedd etter sykehusloven av 1969, den første store nasjonale sykehusreformen i Norge. Er man kommet nærmere målet i retning av et velorganisert sykehus? Et entydig svar på dette spørsmålet kan være vanskelig å gi, men mange vil nok hevde «nei». Hva kan forklaringen være på det? Hva har all denne reformvirksomheten i sykehusene da egentlig dreiet seg om? I følge Meyer og Rowan (1977) ser noen organisasjonsformer og prosedyrer ut til å få status som «allment akseptable, moderne og riktige» så å si uavhengig av anvendelsesområde. De kan, for en gitt organisasjon, tjene som en legitimerende fasade overfor omgivelser som er kritiske til organisasjonens ressursanvendelse og måloppnåelse. Dermed utvikler de formelle strukturene seg i samsvar med dominerende myter i samfunnet, mens organisasjonens faktiske aktiviteter er frikoplet fra den formelle organisasjonsstrukturen.

Denne oppgaven vil beskrive organiseringen av pleie- og behandlingsarbeidet på en sykehusavdeling og se på hvilke muligheter helsepolitikken ambisjoner har i et slikt system. Som eksempel på helsepolitikk benyttes en konkret strukturreform, nærmere bestemt innføringen av «enhetlig ledelse» som følges på ulike nivå ned til avdelingen.

Problemstilling

Norske sykehus har en komplisert ledelsesstruktur som mange vil hevde kjennetegnes av sterk politisk styring, en sterk operativ kjerne og en svak toppledelse. Et av helsepolitikken mest brukte virkemiddel i den senere tid har vært reformering av styrings- og finansieringssystemer. Et eksempel på dette er at Stortinget med virkning fra 1. januar 2001 innførte krav om at det skal være «enhetlig ledelse» på alle nivå i sykehusene. Dette betyr at det nå kreves at det totale ansvaret for hver resultatenheter skal ligge på én person.

¹ Fra romanen *Babels Hus* skrevet av forfatteren og legen P.C. Jersild.

Det grunnleggende forskningsspørsmålet i denne studien har vært å finne ut hvordan legers og sykepleieres arbeid på en klinisk sykehusavdeling er organisert, og hvilke konsekvenser det har for utfoldelsen av reformen «enhetlig ledelse» i konkret organisatorisk praksis. I all hovedsak dreier det seg om sykepleieres og legers hverdag på en klinisk avdeling, og hvordan denne delen av sykehusorganisasjonen møter reformens styringsambisjoner.

Underveis i studien har perspektivet endret seg. I utgangspunktet ville jeg belyse hva som var blitt annerledes på «grasrotnivå» i sykehuset etter innføringen av reformen «enhetlig ledelse». Endringene viste seg imidlertid å være mindre og færre enn jeg forventet på forhånd. I løpet av datainnsamlingsprosessen dukket en ny hypotese opp, kunne det være at reformen avspeiles i organisasjonsstrukturer og prosedyrer uten at kjernevirksomheten blir særlig påvirket? Studiens teoretiske fundament ble valgt på grunnlag av dette.

Etter å ha gjort greie for det teoretiske fundamentet, gir oppgaven en kort karakteristikk av hva helsepolitikken hittil har gjort til gjenstand for ledelse og reformering i sykehussektoren. Reformen «enhetlig ledelse» handler konkret om endring av sykehusets formelle ledelsesstruktur. Deretter følger en relativt detaljert beskrivelse av arbeidsorganiseringen på en klinisk avdeling. Gjennom en analyse av dette feltet kan man stille spørsmål om de medisinske beslutningssystemer her er forenelig med den type styringsambisjoner som reformen postulerer. Analysen tar utgangspunkt i de danske organisasjonssosiologene Morten Knudsen og Sissel Vinges (2003) påstand om at det finnes systemer og organisasjonsteknologier som spiller en sentral, men i helsepolitisk forstand oversett, rolle for hvordan arbeidet utføres på sykehus, til tross for at det er meget avgjørende for det arbeidet som utføres. Mer presist handler det om de konkrete systemer og organisasjonsteknologier, som i hverdagen overfører sykehusets mer abstrakte målsetninger om å pleie, forebygge og behandle til konkrete stykker av delt og koordinert arbeid. Beskrivelsen av disse illustrerer noen av begrensningene i denne typen reformer.

Historisk bakgrunn

Helsevesenet kan bli oppfattet som et uttrykk for egenskaper ved et samfunn i en bestemt utviklingsfase. Mens man før i tiden gikk til lege når man følte seg syk, finner man i dag en sterkere tendens til at man oppsøker lege for å få konstatert at man er frisk. Helse og sykdom er normative begreper, det vil si at de viser tilbake på kulturelle normer og verdier. Begrepenes innhold er bestemt av kulturelle og politiske forhold. Grensene for helsevesenets legitime ansvar er primært et politisk spørsmål så lenge helsevesenet er finansiert og drevet av det offentlige. Helsepolitikken definerer begreper, avveier ulike behov, fastsetter prinsipper som skiller verdig og uverdigg trengende og definerer kriterier for hvem som skal behandles først. Gjennom denne prosessen gis helse- og sykdomsbegrepet et kulturelt uttrykk. Helsepolitikken, som det konkrete uttrykk for samfunnets definisjoner, er et inntak til å forstå den mening kulturen legger i begrepenes. Selv om det medisinske arbeidet skal være et produkt av medisinske prosedyrer og kunnskap sammen med logiske analyser, er det likevel ingen tvil om at

«det sosiale» har en plass i etableringen av «det medisinske». Her menes det sosiale i prosessuell betydning; altså det konstitutive som er innvevd i de profesjonelle og medisinske prosedyrene på en slik måte at det kan være vanskelig å skille det medisinske fra det sosiale, selv når det gjelder de prosedyrene som en kan si er mest utpreget tekniske og intellektuelle.

Sykehuset kan oppfattes som en kompleks, verdibærende og robust institusjon som vanligvis motsetter seg endringer som er initiert utenfra. En sosiologisk definisjon på reformer kan være at de oppfattes som ideer om sosial endring som må fortolkes og gis et meningsinnhold av institusjonens aktører. De tolkes hele tiden og på alle nivå. Dette betyr at man innen sosiologien er opptatt av hvordan reformens ambisjoner nedfeller seg i praksis, uten å ta for gitt at de gjør det. Senere i oppgaven stilles det spørsmål om hvilke muligheter reformen «enhetlig ledelse» i utgangspunktet har til å nå frem til kjernevirksomheten i sykehuset.

Formålet med denne studien er å beskrive hvordan sykepleieres og legers arbeid er organisert på en klinisk avdeling. Dette blir en viktig bakgrunn for å kunne belyse koplinger mellom helsepolitikken og det utgifts- og inntektsgenererende nivået i sykehusene, samt å undersøke en strukturreforms inntredelsesmuligheter i sykehusorganisasjonen. Innføringen av enhetlig ledelse brukes som eksempel på en strukturreform. Denne er representant for en rekke dominerende reformer i offentlig sektor de siste tiårene. Som en bakgrunn for dette problemkomplekset beskrives først hvordan helse- og sykdomsbegrepet er i konstant endring, og at den medisintekniske utviklingen er kommet atskillig lenger enn hva staten er villig til å finansiere. Deretter gjøres det greie for sykehusenes sentrale plass i den norske velferdsstaten for å belyse feltets størrelse, både økonomisk og i antall arbeidsplasser. Til slutt i dette innledende kapitlet diskuteres helsepolitikken idé om at strukturreformer er løsningen for å overkomme helsevesenets problemer.

Helse og sykdomsbegrepet

Sykdom er en sosial konstruksjon basert på menneskelig bedømmelse av noen tilstander i verden. På et vis kan man si at sykdom, slik som skjønnhet, ligger i øyet på den som ser. I den engelskspråklige litteratur om medisinsk sosiologi er det vanlig å skille mellom kategoriene «disease» og «illness», der begge viser til sykdom. Mens den første viser til den forståelsen legen og medisinen har, så er det den andre termen sosiologien benytter til å få frem pasienter og andre lekfolks forståelse av sykdom. I vestlig medisin er sykdomsbegrepet grunnet på biofysiologiske fenomen. Allikevel viser det seg at sykdom har effekter som finnes uavhengig av medisinske diagnoser; den påvirker folks atferd, holdninger de har til seg selv og andres holdninger til dem. Sykdom har således en kognitiv, en moralsk og en institusjonell dimensjon. I følge Talcott Parsons (1951), er den syke verken kriminell eller moralsk ansvarlig for sin sykdom, men han/hun er både forpliktet til og har krav på å bli hjulpet.

Den enorme akselerasjonen i medisinenes kunnskaps- og teoriutvikling har grunnleggende betydning for lege-pasientforholdet, først og fremst fordi legen nå kan behandle mer effektivt enn før. Det er også skjedd store endringer i sykdomsbildet, og den gjennomsnittlige levealderen har økt. Hovedtrusselen er ikke lenger infeksjons-

sykdommene, som utgjorde det største folkehelseproblemet på begynnelsen av 1900-tallet. Derimot er det ikke-smittsomme sykdommer, ofte tilknyttet livsstil og levestil, som dominerer i dag. Mange av disse lidelsene er kroniske. Det blir stadig økende avstand mellom de muligheter medisinsk teknologi og kunnskap gir, og de begrensninger som økonomiske og politiske vilkår setter. Dette kalles for «helsegapet» (Lian 2003).

Kulturelle endringer har også økt presset på helsevesenet. En viktig faktor er endringene i det vestlige sykdomsbegrepet, der synet på hva som er sykdom og hva som bør være gjenstand for profesjonell håndtering har endret seg betraktelig i nyere tid. Helsebegrepet har fått en svært vid definisjon, og for eksempel sosiale problemer og det man tidligere oppfattet som småplager blir i økende grad definert som sykdom. Dermed legges de inn under helsetjenestens ansvarsområde, enten de er rent medisinske eller ikke. Terskelen for å søke legehjelp er også blitt lavere (Løchen 1985). Medisinens anvendbarhet synes å være grenseløs. Disse utviklingstrekkene kaller Ivan Illich (1975) for «medikaliseringen av samfunnslivet». Medikalisering begrepet betegner en omfattende og sammensatt prosess som fører til en utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi, slik at stadig større deler av folks liv defineres som relevant for medisinsk intervensjon. Illich betrakter medikaliseringen som en konsekvens av at moderne industrisamfunn fremmer en instrumentell rasjonalitet. Det moderne mennesket er ledet til å tro at det finnes en medisinsk løsning for de fleste plager. Som et resultat av dette må over halvparten av dem som henvender seg til helsevesenet gå derfra med «uforrettet sak» (Kirkengen og Jørgensen 1993). Medikalisering er en toveis prosess, og «demedikalisering» refererer til problem som ikke lenger innehar sin medisinske definisjon og hvor medisinsk behandling heller ikke er den passende løsningen. For eksempel ble masturbasjon på slutten av attenhundretallet regnet som sykkelig, og var objekt for medisinsk intervensjon (Engelhart 1974), mens det i dag ikke lenger er definert verken som medisinsk problem eller gjenstand for medisinsk behandling. En annen viktig forklaringsfaktor når det gjelder økningen i etterspørsel av helsetjenester, er at medisinske og teknologiske fremskritt kontinuerlig gir medisinen utvidete behandlingsmuligheter. Dette har også ført til vekst i sykehussektoren.

Sykehusets plass i velferdsstaten

Sykehuset som behandlingsinstitusjon ble først en realitet i begynnelsen av forrige århundre. Framveksten av moderne behandling, og ikke minst moderne diagnostikk som laboratorier og røntgen, gjorde at sykehus og leger inngikk i en gradvis økende gjensidig avhengighet. I 1850-årene ble man også klar over sammenhengen mellom smuss og sykdom, og Florence Nightingale var foregangskvinne med å sette fokus på sanitære forhold. Grunntesen for utforming av sykehus var på denne tiden å gi pasientene ren luft. Sykepleien ble etter hvert formalisert, og det ble opprettet egne skoler. Allerede fra begynnelsen av underla sykepleierne seg legenes autoritet, men til tross for dette fikk pleievirksomheten anledning til å fungere relativt autonomt. Sykehusene endret karakter fra å være en sosial institusjon for fattige og syke mennesker, til å bli en behandlingsinstitusjon som kunne bistå ved alvorlige lidelser og sykdommer. Dette dannet grunnlaget for en betydelig utbygging av sykehus, både i

antall og utforming i første del av 1900-tallet. Etter krigen fortsatte veksten innen spesialisthelsetjenesten, både målt i antall senger og i antall medisinske spesialiteter. Ettersom legeyrkets spesialisering skjøt fart økte behovet for mer spesialiserte institusjoner. Man fikk da en økning i intern arbeidsdeling som også gjenspeiles i et økende antall avdelinger og seksjoner. Det ble opprettet egne videreutdanninger for sykepleiere, og «nye» yrker, blant andre hjelpepleiere og psykologer, inntok sykehusene. De moderne sykehusene framstod etter hvert som svært store og komplekse organisasjoner, og dermed lå forholdene til rette for vekst også i administrasjonen. Ledelsen ble profesjonalisert i form av at man fikk «direktører» som overtok ledelsen av sykehusene. En del av disse hadde sin grunnutdanning fra helsevesenet, men det var også mange med annen bakgrunn, som fra eksempel økonomisk eller militær utdanning.

I den senere tid er det grunn til å tro at overgangen til innsatsstyrt finansiering, desentralisert budsjettansvar, og en økende vektlegging av virksomhetsplanlegging og målstyring, har medført en vekst i administrative oppgaver ved sykehusene. I dag utgjør helsetjenestene er stor del av velferdsstatens tilbud. Nesten 1/3 av alle offentlige ansatte i Norge er helsepersonell. Av disse utgjør sykehusansatte en betydelig andel.

Helsepolitikken ide om reform som løsningen

Selv om helsetjenesten i hele den vestlige verden har opplevd en nærmest kontinuerlig vekst i hele etterkrigstiden, er det fortsatt mange som står i kø og venter på behandlings- eller omsorgstilbud. Paradokset er at lengden på ventelistene og helsetilstanden i befolkningen synes å øke i takt med hverandre (Lian 1996). I 1980 ble rammefinansiering innført i spesialisthelsetjenesten. Dette varslet en ny periode der kostnadskontroll og en mer geografisk rettferdig fordeling av ressursene var hovedmål. Det politiske slagordet var (og er) «mer helse per krone». Nyere norsk helsepolitikk ønsker å gi et tilbud om helsetjenester til alle, men staten tilfører ikke ubegrenset med økonomiske midler til å gjennomføre dette. Det er dermed blitt dannet en oppfatning om «økonomisk krise», noe som satte i gang ulike reformforsøk for å bedre forholdene i sykehussektoren. Denne oppfatningen er blitt både dominerende og permanent. Helsepolitikken reformeringsiver har satt sitt preg på norske sykehus fra 70-årene og frem til i dag. Fra og med 1. januar 2002 ble eierskapet av norske sykehus og annen spesialisthelsetjeneste samlet og lagt til staten. Samtidig med dette kom innføringen av «enhetlig ledelse». Helsetjenesten grunnleggende mål om likhet og tilgjengelighet står fremdeles ved lag. Imidlertid er målet også å tilby billig og effektiv behandling, samt å redusere, og aller helst avvikle, de såkalte helsekøene. En del forskere (Vike m.fl. 2002) vil hevde at forholdet mellom ambisjoner og kapasitet fremfor alt er roten til den norske velferdsstatens problem.

Gangen i oppgaven

Innledningsvis har jeg nå skissert opp hvordan den generelle medikalisering i samfunnet, sykehusets sentrale plass i velferdsstaten, samt helsepolitikken ønske om økonomi-

styring, har ført til en praksis der reform gjøres til løsningen på sykehusenes problemer. Denne studien ser på hvilke utfoldelsesmuligheter reformen «enhetlig ledelse» har i det praktiske pleie- og behandlingsarbeidet. Dette første kapitlet har presentert problemstillingen, temaområdet og skisserer nå gangen videre i oppgaven. I neste kapittel legges et teoretisk fundament for studien ved å gjøre greie for teori som beskriver sykehusorganisasjonen generelt og den medisinske arbeidsorganisering spesielt. Kapittel tre analyserer utredningsarbeidet i forkant av reformen, med vekt på hvilke konkrete endringer som kan antas å finne sted på avdelingsnivå i sykehusene. Den metodiske tilnærmingen, datainnsamlingen, og egne erfaringer i forskningsprosessen beskrives nærmere i kapittel fire. Datainnsamlingen er gjennomført ved en kirurgisk avdeling på et regionsykehus i Norge. En generell innføring i avdelingens formelle oppbygning og funksjonsinndeling vil bli gitt i kapittel fem før organiseringen av selve pleie- og behandlingsarbeidet blir presentert i to deler i kapittel seks. Første del inneholder fortellinger fra hverdagen på avdelingen, og andre del omhandler hvilke endringer som er kommet som følge av reformen «enhetlig ledelse». Kapittel 7 oppsummerer studien, og drøfter hvorvidt de teoretiske perspektivene som ble presentert i kapittel tre kan forklare aspekter ved forholdene på avdelingsnivå i sykehuset.

Teoretisk tilnærming – sykehuset som system

Man hadde avdelingsmøter og man pratet og pratet. Til å begynne med virket det fantastisk. (...) Men senere ble det jo bare prek. (...) Selv et barn kunne se at det fantes et annet system, at de som var sterke på avdelingene, avgjorde seg i mellom hvordan saker og ting skulle gjøres (Jersild 1978)

Sykehus er av organisasjonsforskere tradisjonelt blitt betegnet som komplekse systemer med konkurrerende målsetninger og verdier. Kompleksiteten kommer til uttrykk i flere dimensjoner. For det første i form av det spekter av sykdommer og akutte hendelser som det forventes at sykehuset kan håndtere og dels i repertoaret av behandlings- og pleieteknologier. Dernest kommer de mange typer av medarbeidere og spesialister som befolker systemet og mobiliseres omkring drifts- og utviklingsoppgaver. For det tredje dreier det seg om sykehusets utførlige organisatoriske struktur i form av arbeidsdeling og rutiner for informasjonsutveksling, samarbeid og koordinering. Til slutt kan man se det på en komplisert ledelsesstruktur som kjennetegnes av sterk politisk styring, en sterk operativ kjerne (helseprofesjonene) og en svak toppledelse. Noen sosiale roller og posisjoner i sykehuset har vært stabile over tid, for eksempel leger og sykepleiere, men økt spesialisering har ført til ny yrkesinndeling, og i den senere tid har lab-yrkene fått økende betydning. Sykehusorganisasjonen påvirkes fra mange kanter i omgivelsene. Dette gjelder blant annet utvikling i medisinsk teknologi, økonomiske endringer og politiske endringer i organiseringen av helsevesenet. Dermed er sykehuset en organisasjon som konstant opplever dilemmasituasjoner, men allikevel klarer å skape, og opprettholde, stabilitet. En viktig oppgave for sykehussosiologien blir å identifisere og

sette navn på de stabiliserende faktorene ved sykehusets struktur, og belyse hvordan disse fungerer.

Norske sykehus er preget av sterk regulering og standardisering gjennom helsepolitikken. De siste tiårene er ledelse blitt argumentert frem som et middel til realisering av styringsambisjoner i forhold til sykehusenes ytelse og økonomi. Dette har kommet i form av en rekke statlig initierte reformer. I et organisasjonssosiologisk perspektiv vil man ikke forvente at en reform raskt og uproblematisk vil nedfelle seg i nye rutiner og samhandlingsmønstre, men heller fremheve de uformelle og sosiale dimensjonene ved organisasjonen.

Dette kapitlet presenterer studiens teoretiske tilnærming. Først brukes dekopplingsbegrepet (Meyer og Rowan 1977) til å beskrive avstanden mellom den formelle strukturen og det konkrete pleie- og behandlingsarbeidet på sykehuset. I dette perspektivet oppfattes sykehuset som en institusjonalisert organisasjon, hvor den formelle strukturen er en projisering av forventninger fra de institusjonelle omgivelsene. Dernest beskrives sykehusets arbeidsorganisering med fokus på medisins egen logikk og hvordan sykehuset er funksjonelt bygget opp omkring medisins, det vil si legenes, spesialiseringer. I tillegg beskrives denne medisinske logikken som vesensforskjellig fra en økonomisk-administrativ logikk som ofte utgjør basen i offentlig initierte reformer. I siste del av kapitlet gjøres det greie for hvordan infrastrukturbegrepet (Star 1999, Vinge 2003, Knudsen og Vinge 2003) kan brukes til å beskrive system som strukturerer hverdagens praksis i pleie- og behandlingsarbeidet på sykehuset. Dette perspektivet antar at et tiltak som reformen «enhetlig ledelse» vanskelig lar seg gjennomføre i sykehusorganisasjon på grunn av arbeidets robuste infrastruktur. Til sammen utgjør dette en tilnærming som kan nyttes til å beskrive pleie- og behandlingsarbeidet i sykehusorganisasjonen, og være et inntak til å analysere hvilke muligheter en reform som «enhetlig ledelse» vil ha i dette systemet.

Reformer og dekopling

Meyer og Rowan (1977) hevder at organisasjoner ofte utvikler bestemte formelle strukturer, ikke fordi de er effektive instrument for måloppnåelse, men fordi disse samsvarer med visse dominerende myter i samfunnet. De formelle strukturene reflekterer «rasjonaliserte institusjonelle myter» i omgivelsene. Rasjonalitetsnormer i samfunnet får oss til å velge organisasjonselementer som hierarki, regler og kontroll. Organisasjoner som er konforme med slike myter får rykte på seg for å være effektive og dyktige uavhengig av faglige prestasjoner. Faktiske organisasjonsprestasjoner er nemlig svært vanskelig å måle. I stedet baserer vi vår vurdering av organisasjoner på om de er konforme med myter vi har tillit til. Tro og tillit avgjør på denne måten om organisasjoner får legitimitet og ressurser. De reelle aktivitetene i organisasjonen er derimot styrt av uformelle strukturer som er frikoplet fra de formelle strukturene. Meyer og Rowan (1977) bruker begrepet institusjonaliserte organisasjoner om slike organisasjoner.

I denne delen av kapitlet beskrives sykehuset som en institusjonalisert organisasjon hvor den formelle strukturen er en projisering av forventninger fra de institusjonelle

omgivelsene. I en del litteratur beskrives fenomenet «isomorfisme»² som en tvingende prosess som presser en enhet i en populasjon til å likne på andre enheter som møter de samme forhold i omgivelsene (DiMaggio og Powell 1993). I organisasjoner kan dette gi seg utslag i dekopling, ritualer for tillit og «god tro», og unngåelse av inspeksjoner og effektivitetsevaluering. Dette kan også ses på som strategier for mestring av risiko, og da settes i sammenheng med Michael Powers (1997) revisjonsbegrep. Ledelsen blir i dette perspektivet oppfattet som en buffer mellom den formelle strukturen og det faktiske arbeidet.

Institusjonaliserte organisasjoner

Meyer og Rowan (1977) hevder at den formelle strukturen i mange organisasjoner i postindustrielle samfunn reflekterer deres institusjonelle omgivelsers myter istedenfor kravene fra deres arbeidsaktiviteter. Det skilles her klart mellom de formelle strukturene og de faktiske hverdagsaktivitetene. Fordi forsøk på å kontrollere og koordinere aktiviteter i institusjonaliserte organisasjoner fører til konflikter og tap av legitimitet, er strukturelementene dekoplet fra aktivitetene og fra hverandre. Kontroll foregår dermed gjennom en seremoniell form for evaluering.

Hvorfor er sykehuset en institusjonalisert organisasjon? Formelle strukturer kan vurderes i forhold til kulturelle trekk, ikke bare i forhold til arbeidsoppgaver og teknologi. Institusjoner kan også beskrives som symbolske ordener. Sykehusets institusjonelle preg skapes gjennom en fortolkningsprosess i forhold til sykehusets omgivelser som innebærer at sykehusets ansatte danner seg en mening om hva sykehuset er, hva det står for og hvilke verdier det representerer.

En av de sentrale problemstillingene i tradisjonell organisasjonsteori har vært å beskrive hvilke omstendigheter som er kilde til fremveksten av rasjonaliserte formelle strukturer. Denne typen teori antar ofte at rasjonelle formelle strukturer er den mest effektive måten å koordinere og kontrollere komplekse relasjonelle nettverk i moderne arbeidsaktiviteter. Antagelsen stammer fra Max Webers (1997) diskusjon om den historiske fremveksten av byråkratiet som konsekvens av økonomiske markeder og sentraliserte stater. Et problem er at disse gjeldende teoriene forutsetter at koordinering og kontroll av aktivitetene er de viktige dimensjonene som formell struktur har gjort suksess på i den moderne verden. De forutsetter at organisasjonen fungerer som blåkopier av sine formelle strukturer. En alternativ kilde til å forstå formelle strukturer er å betrakte dem som myter med rot i de institusjonelle omgivelsene. Formelle strukturer er ikke bare skapninger av relasjonelle nettverk i sosiale organisasjoner. I moderne samfunn er elementer av rasjonelle formelle strukturer dypt integrert, og avspeilet, i en omfattende forståelse av den sosiale virkeligheten. Mange av moderne organisasjoners posisjoner, fremgangsmåter, planer og prosedyrer er framtvunget av offentlighetens meninger, av synet til viktige støttespillere, av lover, og av uaktsomhetsdefinisjoner og andre rettslige prosedyrer. Slike elementer av formell struktur er manifesteringer av sterke institusjonelle regler. Disse fungerer som høyt

² Fra kjemi, om stoffer som krystalliserer seg i like former.

rasjonaliserte myter som er forpliktende for særskilte organisasjoner. Myter som frembringer formelle organisasjonsstrukturer har to nøkkelegenskaper. For det første (Meyer og Rowan 1977) er de rasjonaliserte og upersonlige oppskrifter som legitimerer ulike sosiale hensikter som tekniske og spesifiserer på en regelliknende måte de passende midlene til å følge disse tekniske hensiktene rasjonelt. For det andre er de høyt institusjonaliserte og på denne måte i en målestokk som er videre enn noen av de individuelle deltakerne eller organisasjonenes skjønn. De må derfor bli tatt for gitt som legitime uavhengig av evalueringer av deres innvirkning på arbeidets resultat.

Meyer og Rowan (1977) kommer med 6 påstander om hvilke forhold som legger til rette for at organisasjoners formelle strukturer blir høyt institusjonalisert og fungerer som myter:

«(1) Når rasjonaliserte institusjonelle regler vokser frem i gitte arbeidsområder vil formelle organisasjoner formes og ekspandere ved å inkorporere disse reglene som strukturelle element.

(2) Dess mer moderniserte samfunn, dess mer utvidet er rasjonaliserte institusjoners strukturer innen gitte områder, og større antall av områdene inneholder rasjonaliserte institusjoner.

(3) Organisasjoner som inkorporerer sosialt legitimerede rasjonaliserte elementer i deres formelle strukturer maksimerer sin legitimitet og øker sin ressurs- og overlevelsesmulighet.

(4) Fordi forsøk på å kontrollere og koordinere aktiviteter i institusjonaliserte organisasjoner fører til konflikter og tap av legitimitet, er strukturelementene dekoplet fra aktivitetene og fra hverandre.

(5) Dess mer en organisasjons struktur kommer fra institusjonaliserte myter, dess mer opprettholder den forseggjorte framstillinger av tillitt, tilfredshet og god tro, både internt og eksternt.

(6) Institusjonaliserte organisasjoner søker å minimere inspeksjon og evaluering både fra interne og eksterne fullmaktsgivere» (Meyer og Rowan 1977).

Meyer og Rowan (1977) hevder at når rasjonaliserte stater og andre store rasjonaliserte organisasjoner utvider deres dominans over flere sosiale arenaer vil organisasjonsstrukturen i økende grad reflektere regler som er institusjonalisert og legitimert av og innen staten. Som et resultat av dette blir organisasjoner i økende grad homogene innen visse domener og i økende grad organisert etter konformitetsritualer rettet mot større institusjoner i samfunnet.

Institusjonell isomorfisme (Powell og DiMaggio 1983) kan fremme og legitimere organisasjonens suksess og overlevelse. Dette innebærer noen konsekvenser for organisasjonen. For det første tar den til seg elementer som er legitimert eksternt istedenfor i effektivitetstermer. Dernest bruker organisasjonen eksterne eller seremonielle vurderingskriterier til å definere verdien av strukturelle element. For det tredje

reduseres avhengigheten av eksterne institusjoners turbulens, og stabilitet internt opprettholdes.

Dekopling, usikkerhet og regulering

En vanlig tilnærming i organisasjonssosiologien er å betrakte sykehuset som bestående av flere subkulturer eller «funksjonsheter» som kan ha hver sin subjektive styringslogikk. Ledelsen og administrasjonen følger en økonomisk–administrativ logikk, mens man på de kliniske avdelingene følger en medisinsk logikk. Denne dekoplingen kan føre til at sykehuseierne opplever stor usikkerhet og derfor ønsker mer kunnskap om den faglige produksjonens ressursforvaltning (Melander 1999). Dermed innføres ulike former for kontrollsystemer, for eksempel i form av rapporteringsordninger.

Michael Power (1997) bruker begrepet «revisjonssamfunnet» til å beskrive en utvikling mot et samfunn som er karakterisert ikke bare av en økende mengde dokumentasjon, evalueringer, revideringer og granskninger, men også et samfunn hvor virksomheter utformes og dokumenteres nettopp med hensyn til at de skal være mulig å revidere. Sammenliknet med Ulrich Becks (1997) refleksive modernitet hevder Power at «refleksivitet» blir omtrent det samme som «selvrevisjon». En mulighet er å betrakte innføringen av en spesiell type ledelsessystem som et mål i seg selv. Altså at reformatorene vil innføre et system som gjør det enklere å kontrollere virksomheten. Ledelsessystemet skaffer en overflate som gjør en spesiell type revisjonsbasert sertifisering mulig; det er en buffer mellom revisoren og det organisasjonen virkelig gjør.

«Revisjon» defineres som kontroll av kontroll (Power 1997), og opererer som kontaktenhet mellom regulering og ledelsessystemer for kontroll (revisjon er ulik overvåkning). Det er i den senere tid skjedd en «revisjonsekspløsjon»; dette er blitt sentralt for å legitimere en lang rekke enheter og grupper. Sentralt i denne trenden hevder Power (1997) for det første at det blir viktigere at revisjon blir gjort enn hva som blir gjort. Dessuten gjør revisjon ting reviderbare. For det tredje, fremmer revisjon en problematisk konjunksjon mellom ulike logikker; for eksempel kvalitetsevaluering av service versus kostnadseffektivitet. Til slutt, utfordrer den andre typer inspeksjoner og tester som typisk observerer førsteordensaktiviteter.

Selv med alle de ideologiske momentene som revisjon har tilegnet seg, vil den fortsatt være en tvetydig praksis og det er uklart hva den produserer. I de senere årene har det i Norge vært betydelig eksperimentering med former for klinisk regnskapsføring og ledelseskontrollsystemer som er ment å avdekke praksis-«fakta» og som derfor skal gjøre medisinen reviderbar. Ett eksempel er innføringen av DRG-systemet. Spørsmålet er om reformen «enhetlig ledelse» er et forsøk på å innføre en slik type kontrollsystem.

Medisinsens logikk

Sykehusorganisasjonen har et overordnet og uttalt mål om å få pasienten tilbake til omverdenen i bedre stand enn da han kom inn. Yrkesgruppene kan imidlertid ha ulike delmål. For eksempel vil sykepleierne gi pasientene optimal omsorg pleie, mens legenes mål er å drive diagnostisk–terapeutisk arbeid. Dette kan være en mulig konfliktkilde. Fleksibilitet og evne til nyskaping vil være vesentlig for klinisk problemløsning og

samhandling, samtidig som sosial stabilitet er et fundamentalt behov for optimal omsorg og diagnostisk–terapeutisk virksomhet (Måseide 1987). Samspillet mellom ulike grupper og realiseringen av vidt forskjellige målsetninger i sykehuset medfører så store motsetninger at det er umulig å opprettholde et fast og presist regelsystem som kan trygge gjennomføringen av samhandling i organisasjonen. Et grunnleggende problem for sykehus er å skape endring samtidig som sosial orden og struktur blir vedlikeholdt (Måseide 1987). Denne delen av kapittelet beskriver hvordan sykehusorganisasjonen er bygget opp rundt legeprofesjonens fragmentering og det medisinske yrkeshierarki og i hvilken grad beslutningssystemene her er basert på den medisinske logikk.

Medisinsens yrkeshierarki

Det praktiske faget medisin og filosoferingen rundt dette har røtter helt tilbake i antikken, men som «vitenskap» er medisinen et moderne fenomen. Man trenger ikke gå lenger tilbake enn begynnelsen av nittenhundretallet for å finne at medisinen begynte å orientere seg mot naturvitenskaplige basalforklaringer; som universitetsdisiplin, med eksperimentelle forsøk og laboratorieforskning som basis. Medisinen kan sies å være en reduksjonistisk vitenskap. I dette perspektivet legges hovedvekten på å fremstille medisinen som en vitenskapelig betinget virksomhet der legene er rasjonelle forvaltere av en begrunnet, testbar, kumulativ og lisensiert kunnskap (Løchen 1996). Det er på grunn av sin objektive vitenskapelighet at den reduksjonistiske tenkemåte fører til abstrakte og upersonlige behandlingsforhold. Reduksjonismen innebærer en sterk spesialisering, og dette fører igjen til et økende antall medisinske yrkesgrupper. Med dette følger fragmentering, manglende helhetssyn, profesjonskamp og interne samarbeidsvansker. Arbeidsorganiseringen på sykehuset er bygget opp omkring medisinsens spesialisering.

Diagnostiseringen er legenes redskap for å sortere pasientene. Denne metoden er ikke organisasjonsspesifikk. I dagligtalen på sykehuset omtales ofte pasientene som diagnoser. Tre nyankomne pasienter vil for eksempel kunne bli omtalt som «to blindtarmar og ett traume i abdomen». De ulike sykehusnivåenes beslutninger påvirker hverandre. For eksempel er diagnostiseringen et viktig verktøy for å bestemme sykehusets inntekter. Legene er enerådende på å trekke slutninger i form av diagnoser og å kople diagnoser til behandling. Men det er i praksis ingen informasjon som beskriver sammenhengen mellom legenes faglige disposisjoner og de derav følgende økonomiske konsekvenser.

I en del litteratur fremstilles sykehuset som en organisasjon der to grunnleggende ulike rasjonaliteter møtes. Det er snakk om en dilemmasituasjon hvor tankesett, verdioppfattelse og handlingsrutiner står i klar motsetning.

Lægenes faglige verdens professionelle fagetikk, naturvidenskabelige arbeidslogikk, elitære meriteringssystem og individuelle produksjonstankegang er uforenelig med den økonomisk–administrative verdens objektive, markedsorienterte nyttemaksimering, materielle effektivitetstankegang, organisatoriske måloppfattelse og produksjonssystemlogikk (Melander 1999).

Dette perspektivet skiller mellom en økonomisk–administrativ og en medisinsk type logikk ut fra hvilke kriterier som er rådende i deres beslutningssystemer. Mens

politikerne og de ansatte i sykehusadministrasjonen fokuserer på bevilgninger og ressursfordeling, konsentrerer fagfolkene seg om arbeidets pasientorienterte faglige kvalitet. Tilsvarende har sykepleierne sine faglige verdssystemer og styringslogikk. Senere i oppgaven omtales avdelingens pleie- og behandlingsarbeid som del av et medisinsk beslutningssystem. Avdelingen som organisatorisk enhet er derimot en del av et økonomisk–administrativt system. På post og seksjonsnivå, der den konkrete pasientomgangen foregår, følges trolig den medisinske logikken. Denne terminologien brukes ut fra en forestilling om at arbeidsgiveren i det økonomisk–administrative er sykehusbedriften, mens pasientene er det medisinske systems arbeidsgiver.

En nordmann som bruker dette skillet er statsviteren Ole Berg (1987). Han hevder at legers kan virksomhet reguleres på tre ulike vis. For det første kan den reguleres «ovenfra» i regi av offentlige hierarkier. Den kan også reguleres «nedenfra» i regi av publikum og dermed markeder. For det tredje kan den reguleres «innefra» i regi av legene selv. Han kaller disse reguleringsformene hierarki, marked og medikrati. Endringene i spesialisthelsetjenesteloven vil dermed kunne beskrives som nye utfordringer for medikatriet. Muligens vil markedet få større betydning som samordningsfaktor. Eller vil nye styringseliter (profesjonalisert ledelse) gi nye og bedre vekstbetingelser for hierarki? Senere i oppgaven blir det undersøkt om reformen «enhetlig ledelse» innebærer en flytting økonomisk–administrative funksjoner ned på avdelingsnivå, og eventuelt i hvilken grad dette påvirker det daglige arbeidet i det medisinske system.

Profesjons- og spesialistutdannelsen

De fleste av sykehusets ansatte tilhører spesialiserte yrkesgrupper. Legeyrket har lenge vært regnet som en profesjon, mens sykepleierne kjemper for å oppnå denne statusen. Profesjoner er egentlig ikke en kategori yrker, det handler mer om relasjonen mellom et yrke og en spesiell utdanning.³ I følge Eliot Freidson (2001) er «profesjonalisme», enkelt sagt, et sett av institusjoner som tillater medlemmene av et bestemt yrke å tjene til livets opphold mens de kontrollerer sitt eget arbeid. Profesjonen får sosial og økonomisk status fordi den er for spesialisert til å være tilgjengelig for de utrenete, og er umulig å standardisere og rasjonalisere. En del av profesjonens ideologi er å rettfærdiggjøre egen posisjon. Denne holdningen kvalifiserer dem til å tjenestegjøre i ledelsesposisjoner hvor de kan etablere policy så vel som organisering og kontroll av arbeidet for seg selv og kollegaer uavhengig av både ledere og konsumenter. Den idealtypiske profesjon er, i følge Freidson (2001), alltid avhengig av direkte støtte fra staten, og en viss grad av toleranse for sin posisjon både fra konsumenter og ledere.

Den tekniske og medisinske teknologien har gjort store framskritt det siste århundre, og dette har ført med seg spesialisering og dermed fragmentering av den medisinske profesjon. Sykehusene er organisert funksjonelt etter medisinenes spesialisering, der det på hver avdeling er ansatt leger fra samme spesialitet. På større sykehus organiserer

³ En enkel profesjonsdefinisjon: «Vi sier at vi har en profesjon hvor 1) en bestemt langvarig formell utdanning erverves av 2) personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte 3) yrker som i følge sosiale normer ikke kan fylles av andre enn de med den utdannelsen» (Torgersen 1972:10).

legene i tillegg arbeidet i seksjoner for hver grenspesialitet. Spisskompetansen øker også behovet for samarbeid og koordinering mellom de ulike enhetene, i tillegg til økt mengde ikke-medisinsk arbeid.

Legenes profesjonsutdannelse innebærer både universitetsstudium og praksis på sykehus. Medisinerstudiet består av seks år på universitet med påfølgende turnustjeneste, ett år på sykehus og et halvt år som allmennlege i distrikt. Denne forlengelsen av studiet er ment å sikre de kommende legenes praktiske ferdigheter. Legenes utdannelse på sykehuset er to-delt; turnusutdannelsen, som er felles for alle, og spesialistutdannelsen, som varierer fra spesialitet til spesialitet. I tillegg kommer grenspesialisering innen de ulike spesialfeltene. Spesialiseringen er delt inn enten etter organområde eller tilnæringsmåte. Viss en spesialitet er oppstått på grunnlag av tilnæringsmåte, har den videre spesialisering vært etter organ, og omvendt (Berg 1987). Hovedgruppene er den medisinske og den kirurgiske tilnæringsmåte, i tillegg til den fysikalske og den radiologiske. For eksempel er spesialiteten «kirurgi» videre delt inn i grenspesialitetene «urologi», «gastroenterologi», «endokrin-» og «karkirurgi», som betyr videre spesialisering på henholdsvis urinveier, mage og tarm, hormoner og blodomløp.

Etter endt turnustjeneste kan de nyutdannede legene tiltre i assistentlegestillinger på sykehus. Dette innebærer automatisk starten på en spesialistutdannelse. For eksempel vil en assistentlege på en kirurgisk avdeling rotere mellom seksjonene for å bli trent i ulike operative inngrep og prosedyrer. I tillegg er det felles obligatoriske kurs. Vanligvis tar denne runddansen seks år før hele «godkjennings skjemaet» er fylt ut, og man får tittelen «spesialist» innen fagfeltet. Denne attesten gir tillatelse til å ha selvstendig vaktberedskap på sykehus og mulighet til å søke overlegestillinger. Viss en lege forsetter å jobbe i sykehus er det vanlig å ta en treårig grenspesialisering. I tillegg er det mulig å ta doktorgrad, som er et vitenskapelig forskningsarbeid. Det forekommer ofte at yngre leger tar jobber under ulike spesialiteter før de eventuelt fullfører én spesialistutdannelse. Medarbeiderne skifter med langt høyere frekvens enn de strukturer som former arbeidet deres (Knudsen og Vinge 2003). Dette blir også et viktig poeng i den siste delen av dette kapittelet, som omhandler arbeidets infrastruktur.

I den senere tid er autonomi i forhold til staten og innflytelse gjennom pressgruppedepolitikk blir nye stikkord for profesjonene (Erichsen 1996). Fra en posisjon utenfor staten søker profesjonene allianser i og utenfor statsapparatet for å påvirke politiske beslutninger i bestemte retninger. Profesjonen har på en måte flyttet ut av staten, og blir dermed mer og mer lik sine søsterprofesjoner i Storbritannia og USA, med nye strategier for å styrke sin politiske autonomi. Stramme budsjetter og konstant skrik om krise, voksende ventelister og stenging av sengeposter kan tolkes som tegn på økende motstand mot den politikken legene forventes å sette ut livet. Et spørsmål kan være om denne endringen vil påvirke legeprofesjonens hierarkiske forhold til andre profesjoner; for til tross for all faglig og politisk retorikk, tyder mye på at den etablerte elitestrukturen vedlikeholdes og muligens styrkes innenfor pressgruppemodellen (Erichsen 1996).

Det medisinske arbeidets infrastruktur

En av sykehusets viktigste målsetninger er å behandle pasienter. Et slikt mål får allmenn opplutning i samfunnet, men hvordan overføres dette til konkret arbeid i sykehushverdagen? Begrepet «infrastruktur» kan brukes som samlebetegnelse for de fenomen som oversetter sykehusets generelle mål til organisert og strukturert arbeid i hverdagen (Starr 1999, Vinge 2003, Knudsen og Vinge 2003). Infrastrukturen er her forstått som et analytisk begrep i den forstand at infrastrukturen er materialiseringen, eller «kroppsliggjøringen», av mange og forskjellige standarder.

Denne delen av kapitlet gjør greie for hvordan infrastrukturbegrepet (Star 1999, Knudsen og Vinge 2003, Vinge 2003) kan brukes til å beskrive de system som strukturerer hverdagens praksis i pleie- og behandlingsarbeidet i sykehus. De danske organisasjonssosiologene Morten Knudsen og Sissel Vinge (2003) bruker infrastrukturtilnærmingen til å presentere det de mener er sentrale elementer i den konkrete utførelsen av det helsefaglige arbeidet. De hevder at denne skjulte og selvfølgelig infrastrukturen må synliggjøres for å bli tilgjengelig for bearbeiding, men dette er en oppgave hvor den generelle reformretorikken kommer til kort. Med dette perspektivet kan det tenkes at reformer i sykehusorganisasjonen vil få begrenset effekt fordi de reformerer og leder noe annet enn det som er avgjørende for det arbeidet som utføres, og fordi infrastrukturen hemmer dens mulighet for gjennomslag. «For å skape handlingsrom i forhold til den organisatoriske praksis må det utvikles et sykehusspesifikt organiserings- og ledelsesspråk som er relatert til den medisinske praksis' hverdag» (Knudsen og Vinge 2003:226).

Hva er «infrastruktur»?

På sykehuset bruker man et språk som vanligvis beskrives som faglig, kanskje til og med legefaglig. Man snakker blant annet om «poster», «bakvakter», «epikriser», «rapporter» og «røntgenmøter». Dette språket er imidlertid ikke medisinsk eller på noen måte legefaglig. Det handler ikke om hvordan man diagnostiserer og behandler tykktarmskreft. Språket er organisatorisk fordi det handler om organiseringen av arbeidet, om hvem som skal gjøre hva, og om hvordan både arbeidet og dem som skal utføre det standardiseres og kategoriseres. Slike klassifikasjonssystemer og standarder har en tendens til å bli tatt for gitt. Så for gitt at man til tider glemmer at de er menneskeskapte og ikke en egenskap ved den delen av verden de klassifiserer, og dermed ikke ensbetydende med at de er riktige eller fornuftige etter noen type høyere eller dypere logikk (Bowker og Star 1999). Infrastrukturen i det medisinske arbeidet handler om de klassifikasjonssystemer og standarder som produserer konkret arbeid, arbeidsprosesser og arbeidsposisjoner.

Knudsen og Vinge (2003) trekker i sitt studie fram tre dimensjoner for å beskrive legearbeidets «infrastruktur». For det første, større arbeidsmarkedsregulerende strukturer som spesialistutdannelsen, for det andre, hverdagens organisasjonsteknologier som vaktskjema og turnuslister, og for det tredje, den organisatoriske rytme som møtenes antall, innhold og form er med på å produsere. «Det er således snakk om heterogene størrelser som i kraft av innbyrdes sammenheng produserer en ordnet hverdagspraksis på en ganske bestemt måte» (Knudsen og Vinge 2003:212).

Spesialistutdannelsen på sykehuset består av bestemte faser, eller moduler. Hvilken fase av utdannelsen den enkelte lege er inne i er med på å avgjøre hvilken arbeidsfunksjon hun kan fylle. Legens stillingshierarki på sykehuset er sterkt knyttet til deres spesialistutdannelse. For eksempel dekker nyutdannede leger én type vakter, mens mer erfarne leger dekker en annen type vakter. En sentral del av spesialistutdannelsen er at legene skal få breddeerfaring innenfor sitt fagfelt. Dette innebærer at de har kortvarige stillinger på ulike seksjoner. Spesialistutdannelsen er dermed med på å produsere et nomadisk arbeidsliv med relativt korte opphold i hver organisasjonsenhet. Et annet sentralt element i infrastrukturen er vaktskjemaet, eller arbeidsskjemaet, som deler legearbeidet inn i funksjonelt avgrensede posisjoner, som for eksempel «forvakt» og «bakvakt». Denne posisjonen er satt til å fylle en bestemt type arbeidsfunksjon, som kan utøves av en ny lege for hver dag. Koplingen mellom arbeidsskjemaet som organisasjonsteknologi og spesialistutdannelsen gjør at ulike vaktlag er delt inn etter de gruppene utdannelsen deler dem inn i. Uavhengig av arbeidsmengde holdes det på sykehuset en rekke faste daglige møter. Denne tredje dimensjonen i infrastrukturen handler om hvordan det produseres rytme og intervaller i arbeidsdagen. Møtene skaper en ganske bestemt kollektiv tidsordning og syklus for arbeidet. En konsekvens av organisasjonens puls i form av tidsforankrete aktiviteter er at legene ofte planlegger deres arbeid slik at de kan rekke de faste møtetidspunktene. Fordi arbeidet utføres som tidsavgrensede funksjoner, og ikke bestemte personer, kan legene ha «tommelfingerregler» for når de må gå og ikke kan begynne på noe nytt. Det man ikke rekker innenfor sin vakt går automatisk over til neste vaktlag.

Sissel Vinge (2003) omtaler spesialistutdannelsen som et *organiseringspremiss* mens vaktskjemaet og møtene behandles som *organiseringsprinsipper*. Dette gjøres fordi beslutninger vedrørende utformingen av spesialistutdannelsen ligger utenfor lokal kontekst, mens hvorvidt man vil endre arbeidsskjemaet eller den eksisterende møtesyklusen er spørsmål lokal art. Det er sammenhengen mellom disse systemene som gjør at man kan snakke om én infrastruktur, ikke bare om individuelle og uavhengige klassifikasjonssystemer og standarder. Sammenhengene er også med å gjøre at infrastrukturens helhet fremstår både naturlig og selvfølgelig. «Infrastrukturen er ikke et uttrykk for én måte å organisere medisinsk arbeid på. Infrastrukturen er praktisk talt lik medisinsk arbeid» (Vinge 2003:172).

Et viktig poeng med denne tilnærmingen er at stabiliteten ligger i strukturene, mens individene er nomader. Infrastrukturen omfatter også mer enn den enkelte sykehusorganisasjon. For eksempel har enhver lege og sykepleier en felles basiskunnskap om hvordan arbeidet på sykehuset foregår når det gjelder rutiner, vaktordninger og lignende. En dansk lege kan for eksempel ta en helgevakt på et sykehus i Nord-Norge, og vil da kjenne kategoriene i arbeidet. Det er en del av både lege- og sykepleierutdannelsen at studentene har praksis på ulike avdelinger, og det er også vanlig at man bytter arbeidssted seinere i karrieren. De yngre legers permanente sirkulasjon fremmer derfor en robust og standardisert infrastruktur.

På grunn av infrastrukturen i det medisinske arbeidet er sykehuset tilsynelatende meget robust mot reformer. For det første fordi arbeidet er høyt standardisert; i den forstand at grunnkategoriene er de samme for alle, dernest på grunn av intrikate

maktbalanser; både mellom og innad i fagene, og for det tredje dens nettverkskarakter; det er vanskelig å endre noe når alt henger gjensidig sammen.

Infrastruktur og reformer

Når man ser på hva de siste tiårenes sykehusreformer har gjort til gjenstand for ledelse, står formell struktur, økonomi, medarbeidere og standarder sentralt. Kjernevirksomheten, den medisinske service, er lite berørt. Sykehuset har fått nye former for økonomistyring, budsjettansvaret er blitt desentralisert til avdelingsnivået, det er innført kontraktsstyring og et finansieringssystem som bygger på DRG-poeng. I forhold til de formelle strukturene er sykehusene gjort om til statlige foretak med styre og administrerende direktør og det er kommet krav om enhetlig avdelingsledelse. Det som er karakteristisk for alle disse reformene at de er uttenkt på et generelt plan, utenfor lokal kontekst, og det er vanligvis ingen direkte kopling mellom ny ledelsesstruktur og praktisk og konkret nytenkning av arbeidsorganiseringen i hverdagen (Knudsen og Vinge 2003). Knudsen og Vinge stiller den diagnose at reformene har vært dekoplet (Meyer og Rowan 1977) fra det konkrete lege og sykepleierfaglige arbeidet og gjør et forsøk på å forklare hvorfor så lite er endret i det praktiske arbeidet til tross for reformer og (trolig) mange gode intensjoner.

I Knudsen og Vinges (2003) studie brukes et eksempel som kan vise hvordan infrastrukturen kan være til hinder for ledelse av medarbeidere. Forfatterne hevder at det i dagens organisasjonsutviklingsarbeid er en tendens til at man bruker ulike teknikker for å «oppdra» medarbeiderne. For eksempel er fenomen som holdninger, verdier, kompetanse og kommunikasjonsevner tatt frem som gjenstand for ledelse. Dette kan sammenfattes under betegnelsen «den humanistiske endringsstrategi» (Borum 2003:78) som blant annet handler om individer og gruppers identitetsprosesser. Men i hverdagen spiller holdninger, verdier og kultur en mindre rolle i forhold til arbeidets infrastruktur.

Vi skal ut fra en enkelt ledelsesgjenstand, nemlig medarbeideren, hevde at det er snakk om en feildiagnose når man mener at 'løsningen' er at det er medarbeideren som skal forandres, reformeres, og altså ledes (Knudsen og Vinge 2003:223).

Forfatterne hevder at det blir feil å referere til diverse organisasjonsteoretiske oppskrifter fordi sykehusets infrastruktur ikke er organisasjonsspesifikk. Infrastrukturens «usynlighet», robusthet, og sammenflettingen av lokale organisasjonsteknologier med tversgående fenomen som for eksempel spesialistutdannelsen, gjør at de enkelte organisatoriske enhetene (avdelinger, sykehus osv) ikke er suverene i forhold til sin egen infrastruktur (Knudsen og Vinge 2003). Medisinsk arbeid er gjennomorganisert, strukturert og systematisert, og det er legene selv som organiserer det. Denne studien vil benytte et tilsvarende perspektiv til å belyse norsk kontekst.

Oppsummering

Ut fra en organisasjonsforståelse som fokuserer på intern struktur, ledelsesposter, økonomistyring eller budsjettansvar vil man med rette kunne hevde at det er foretatt mange og grunnleggende reformer i sykehusene de siste to tiårene. Men det oppstår et

paradoks viss man også retter blikket mot organiseringen av pleie- og behandlingsarbeidet. For der kan man hevde med like stor rett at det er skjedd forbausende lite (Knudsen og Vinge 2003). Sykehusarbeidets infrastruktur omfatter mange og forskjellige strukturer relatert til det konkrete arbeidet griper inn i hverandre og gjensidig understøtter hverandre. I dette perspektivet hevder man at reformer som denne vanskelig lar seg gjennomføre i en slik organisasjon på grunn av arbeidets høye standardisering, intrikate maktbalanser og infrastrukturens nettverkskarakter. Reformene fremstår som dekoplet (Meyer og Rowan 1977) fra det konkrete pleie- og legefaglige arbeidet. Ledelsessystemet blir et «institusjonalisert produkt» som en organisasjon tar til seg hovedsakelig i den hensikt å legitimere sin egen eksistens eksternt.

Ledelse innen sykehusvesenet betraktes som en situert praksis av en bestemt type, og å beskrive denne bør være utgangspunktet for analyser av hva lederne gjør og kan gjøre. Diskusjoner omkring ledelse bør gjøres på grunnlag av hva som skal ledes og under hvilke betingelser ledelse utøves. Ledelse befinner seg historisk og romlig i en konkret ledelsesmessig kontekst innenfor sykehusfeltet (Borum 2003b). Legene og sykepleierne som har monopol på ledelsen av arbeidet i hele helsesektoren har aldri visst om noe annet, og stiller derfor ikke spørsmålsteget ved måten arbeidet er organisert på. Neste kapittel beskriver selve reformen «enhetlig ledelse» som brukes som eksempel i denne studien.

Reformen «enhetlig ledelse»

I 60-årene organiserte man helsetjenesten etter industrielle prinsipper – man etterstrebet store rasjonelle enheter med høy effektivitet. En slags (..) medisinske domkirker (...) Barna hadde sin høyblokk, de hjertesyke sin, og de sinnssyke har en helt for seg selv med gitter foran vinduene. Det er som arkitekten har villet holde sykehusets forskjellige deler strengt atskilt (...). Hvorfor? Av frykt for at pasientene en dag skal slutte seg sammen i et felles opprør? (Jersild 1978)

Den første store nasjonale sykehusreformen i Norge var sykehusloven av 1969. Etter den tid er det kommet en lang rekke stortingsdokumenter og utredninger med sikte på å bedre styringen av sykehussektoren. En gjenganger i reformspråket for hele perioden er at det tas for gitt at den formelle ledelsen i sykehus er den reelle ledelsen (Hoffman 2002). Dermed gjøres det til en hovedutfordring å utvikle styrings- og finansierings-systemer som kan stimulere til rasjonell atferd slik dette oppfattes i en økonomisk-administrativ rasjonalitetssfære. Slik sykehusene er organisert sitter representanter for den økonomisk-administrative rasjonalitet på toppen og har det formelle styringsansvaret, mens representanter for den medisinske rasjonalitet har den reelle styringen med virksomheten i avdelingene og dermed også langt på vei kostnadene. Dette utgjør dilemmaer ansatte i sykehussektoren kjenner godt, men reformene har ikke til nå klart å bygge bro mellom de to rasjonalitetssfærene. Hoffmann (2002) hevder at dette grunnleggende styringsproblemet har forblitt uløst gjennom alle disse tredve årene, og at de reformer som er gjennomført derfor har begrensede muligheter for å lykkes. I følge hans gjennomgang av sentrale offentlige utredninger, Stortingsmeldinger og Stortingsproposisjoner for perioden har man forholdt seg til dette dilemmaet på ulike måter opp

gjennom tidene. Første fase, det vil si perioden 1969–80, var «reformteknokratisk» med stor tillit til plan og styring. På 80-tallet ble det brakt inn løsningstyper som åpenbart var preget av organisasjonsformer hentet fra næringslivet. Med andre ord skjedde det en gradvis omlegging i tenkemåte over tid, men denne omleggingen er ikke spesiell for sykehussektoren. Den avspeiler heller tidens «moter» i offentlig sektor generelt.

Dette kapittelet analyserer forarbeidet til og innføringen av reformen «enhetlig ledelse» for å belyse reformens intensjon. Befinner innholdet seg stort sett på et symbolplan, basert på en økonomisk–administrativ logikk ulik den medisinske logikk, som dominerer i behandlingsarbeidet i sykehuset? Utredningsarbeidet bak innføringen av en ny ledelsesstruktur presenteres gjennom en analyse av innholdet i den innflytelsesrike utredningen «Pasienten først!» fra 1997 og det lokale sykehusets interne rapport om iverksetting av denne nye ledelsesmodellen. Videre legges det vekt på hvilke konkrete endringer man antar vil finne sted på avdelingsnivå i sykehuset⁴ der denne studiens datainnsamling er gjort.

Hva er enhetlig ledelse?

Bakgrunnen for reformen «enhetlig ledelse» var et stortingsvedtak av 21. november 1995 som førte frem til en endring i spesialisthelsetjenesteloven (§ 3–9), som trådte i kraft 1. januar 2001:

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

Hovedpoenget med denne paragrafen er at man ønsker én resultatansvarlig leder for hvert nivå, og at det er ikke gitt at lederstillinger i sykehus skal besettes av leger. I praksis fører dette til størst endringer på avdelingsnivå i sykehusene. Der har man tradisjonelt hatt fagbasert ledelse hvor ansvaret var delt mellom en overlege og en oversykepleier, mens det nå kreves avdelingsledere som alene er ansvarlig for avdelingens resultat.

Et liknende forslag ble lagt frem i 1990, da Andersland-utvalget foreslo å innføre såkalt Kenningledelse⁵ i sykehusene. I følge utvalget lå mye av problemet i «at ledelse hittil nærmest har vært uløselig knyttet til toppkompetanse og faglig autoritet» (NOU 1990:76). På bakgrunn av dette foreslo utvalget å oppløse legenes monopol på lederstillinger, men beholde det enhetlige lederansvaret. Det ble mye diskusjon omkring dette forslaget, men sykehusene i Norge har en sterk tradisjon for fagledelse, og det var derfor ikke overraskende at forslaget måtte legges til side, blant annet på grunn av sterk motstand fra helsesektoren (Byrkjeflot 1997).

⁴ Når «sykehuset» omtales i dette kapittelet menes det konkrete sykehus der denne studiens datainnsamling har funnet sted.

⁵ «Kenningledelse» er en skole innen ledelsesteorien hvor en av hovedparolene er at en god leder kan lede hva som helst (Byrkjeflot 2002).

Steine-utvalget og «Pasienten først!»

Våren 1996 nedsatte Sosial- og helsedepartementet et utvalg for utredning av intern organisering og ledelse i sykehus. Utvalget ble ledet av Vidar Oma Steine, og blir derav omtalt som «Steine-utvalget». I følge mandatet skulle Steine-utvalget fokusere på å finne tiltak som kunne bidra til at sykehusene bedre tilfredsstilte pasientenes behov. Hovedtrekkene i utvalgets problemforståelse er at det å tilfredsstille pasientens behov er nært knyttet sammen med effektivitet og arbeidsmiljø på sykehuset. Utvalget hevdet videre at disse problemene kan løses ved hjelp av forbedret intern organisering og ledelse (NOU 1997). Utvalgets analyser omfatter endringer av sykehusets strukturer og systemer, men de poengterer at det i minst like stor grad handler om vurderinger av mer holdningsmessig karakter. I utredningen påpekes det at problemer knyttet til pasientenes behov og hensynet til effektivitet og arbeidsmiljø alle har sin årsak i samme hovedproblem, nemlig mangelen på ressurser i sykehusene, men «utvalget er imidlertid av den mening at uavhengig av om det er ressursbehov eller ikke, er det også en del å hente gjennom tiltak knyttet til organisasjon og ledelse» (NOU 1997:49). Dette argumentet er i tråd med samtidens politiske slagord «mer helse per krone». Denne delen av kapittelet beskriver reformens antatte konsekvenser, hovedsakelig ved å analysere den offentlige utredningen «Pasienten først!» (NOU 1997) som har fått mye oppmerksomhet i debatten omkring reformprosessen.

Utredningen inneholder mange tilsynelatende gode hensikter, men få forslag til konkrete tiltak. Det nye i forhold til tidligere utredninger er at «Pasienten først!» tar med sykepleierne som egen makt- og interessegruppe. Utvalget beskriver enhetlig ledelse som en «oppgradering» av ledelsesfunksjonen uten å diskutere hva lederfunksjonen konkret består i. Det gjøres heller ingen klar avgrensning av ledelsesbegrepet, men man velger å definere det i vid forstand som «ivaretagelse av et helhetlig ansvar for den virksomhet som ledes» (NOU 1997). Utvalget mener at ledelsesfunksjonens betydning vil øke i årene som kommer (etter 1997) fordi man forventer at sykehusene vil møte økte krav til omstilling og dokumentert kvalitet. Steine-utvalget skisserer fire hovedområder for tiltak:

1. Mål, resultatoppfølging og kvalitetsutvikling. For å kunne gjøre grunnleggende endringer i systemmessig eller holdningsmessig forstand er det avgjørende at mål og resultatoppfølging korrigerer endringsprosessen.
2. Organisering, struktur og systemer. Bedre integrasjon av sykehustjenestene. Både internt og i forhold til andre sykehus og primærhelsetjenesten. Tiltakene vil blant annet være av strukturell og systemmessig karakter.
3. Personellressurser, kompetanse og arbeidskraft. Behovet for samarbeid. Om hvordan personellressursene bedre kan utnyttes til pasientenes beste.
4. Styring, ledelse og ansvar i sykehus. Det er grunn til å oppgradere ledelsesfunksjonen i sykehus på alle nivå. Det vil ikke minst være behov for en holdningsendring til ledelse i sykehus. Utvalget ønsker å beskrive nye lederroller i sykehus (NOU 1997:58).

I utredningen blir også forholdet mellom økonomisk–administrative og medisinske styringshensyn inngående behandlet, men det defineres i hovedsak som et spørsmål om holdninger og rolleforståelse:

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

Helsepolitikken vil trolig gjøre sykehusorganisasjonen mer styrbar ved å skape grobunn for en type ny lederroller som ikke skal være fundert i de tradisjonelle helsefagene. Reformatorenes hensikt med å endre den formelle ledelsesstrukturen er å skape rollemessig og holdningsmessig endring i sykehusene (NOU 1997). Utvalget gjør dette til et spørsmål om den enkelte ansattes holdninger til ledelse. Avdekker dette en organisasjonsforståelse der reformatorene mener at lederne har stor påvirkningskraft på medarbeidernes holdninger? Videre hevder utvalget at dette kan gjøres ved å endre organisasjonskulturen i sykehuset.

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

Uttrykker utredningen her et nærmest instrumentelt ønske om å «innføre» en økonomisk–administrativ logikk istedenfor den medisinske? I kapittel seks vil det bli drøftet hvorvidt denne typen tankegang får noen innvirkning på organiseringen av det konkrete pleie- og behandlingsarbeidet. Reformen har fokus på at organisasjonskulturen må endres, men formidler lite om hvordan dette kan gjøres. Det problematiseres heller ikke hvordan en profesjonell ledelsesmodell kan passe inn i den tradisjonelle organiseringen av ledelse i sykehus.

På sykehusene oppfattet mange innføringen av enhetlig ledelse som et spørsmål om hvem som skulle være overordnet av avdelingsoverlegen og oversykepleieren. Da endringene til enhetlig ledelse skulle gjennomføres i praksis våren 2002, oppstod det en debatt i media som artet seg som en profesjonskamp om lederposisjonen. Debatten hadde versert innad på sykehusene en tid før dette. Temaet var hvilke utdanningskrav som skulle stilles ved ansettelse av de nye avdelingslederne. Spesielt Legeforeningen var klar i sin tale med å hevde at kun leger kunne ha det medisinske ansvaret på de kliniske avdelingene og derfor ville være de naturlige avdelingsledere. Trolig som et forsøk på å dempe denne debatten, utga Helse og sosialdepartementet et rundskriv (I-9/2002) hvor de forsøkte å tydeliggjøre lovens krav til ledere i sykehus. I dette rundskrivet tegnes det opp et skille mellom det som kalles systemansvar/ledelsesansvar og profesjonsansvar. Etter helsepersonelloven § 16 skal «virksomhet som yter helsehjelp organiseres slik at helsepersonellet er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter». Sykehusenes eiere og ledelse har ansvaret for å tilrettelegge virksomheten slik at lovkravene overholdes. Dette kan, i følge Helsedepartementet, kalles «systemansvar» eller «ledelsesansvar». Det enkelte helsepersonell må på sin side kjenne og innrette seg etter de krav som i lov og forskrift stilles til yrkesutøvelsen. Plikten til å oppfylle disse kravene kalles «profesjonsansvar», og gjelder uavhengig av om helsepersonellet utøver sitt yrke som selvstendig nærings-

drivende eller som ansatt i sykehus eller annen virksomhet. Den enkelte sykehusansatte har dermed et selvstendig ansvar for sin profesjonsutøvelse samtidig som han/hun er underordnet og må innrette seg etter sykehusledelsen. Det blir dermed viktig at sykehusets organisatoriske løsninger og samspillet mellom de ulike profesjonsgruppene legger til rette for at den medisinfaglige spesialkompetansen fullt ut kan bli benyttet til det beste for pasientene (NOU 1997). Er dette en bevisst unngåelse av styringsdilemmaet? I praksis kan det tankes at problemene vil oppstå når den enkelte medarbeider må velge mellom økonomiske og faglige hensyn. Reformen er veldig konkret når det gjelder kravet om én leder, men utover det er den svært diffus. Dette gir aktørene store rom for egne tolkninger, og selv presiseringen fra departementet er svevende og av symbolsk art.

Ansvar for den konkrete gjennomføringen av reformen blir sendt videre til sykehusene uten noen videre presisering. Selv om dette er et inngrep fra Stortinget langt inn i en forvaltningsorganisasjon blir det lagt svært få konkrete føringer bortsett fra at man ønsker «én ansvarlig leder på alle nivå».

Arbeidsgruppen på sykehuset

Ideen om enhetlig ledelse kom opprinnelig fra Rikshospitalet, motivert av generelle reformideer, og vedtatt i Stortinget. Dette har ført med seg at man på alle sykehus og avdelinger rundt om i landet må tolke og tilpasse seg kravet om enhetlig ledelse selv om ideen ikke er deres egen. Denne delen av kapitlet beskriver det lokale helseforetakets tolkning av reformen, foreslåtte tiltak og antatte konsekvenser på avdelingsnivå. Videre tar det for seg sykehusets praktiske arbeid med å implementere reformen «enhetlig ledelse». For enkelthets skyld omtales organisasjonen som «sykehuset» selv om den er gjort om til et statlig foretak og strengt tatt omfatter flere mindre og større sykehus. På dette sykehuset har man også adaptert profesjonsstriden fra nasjonalt plan og forstått reformen som et spørsmål om det er avdelingsoverlege eller oversykepleier som skal inneha de nye avdelingslederstillingene. I ettertid har det vist seg at det i de aller fleste tilfellene er de gamle avdelingsoverlegene som har gått over i de nye avdelingslederstillingene. I debattinnlegg i en av lokalavisene ble det til og med skrevet at det er «livsfarlig med sykepleiere som avdelingsledere». Den formelle profesjonskampen blir her til en strid om retten til den nye lederposisjonen. I utredningene drøftes dette som en debatt om man skal kreve medisinsk eller helsefaglig utdanning i utlysningsteksten.

Sykehuset nedsatte en egen arbeidsgruppe til å forberede iverksettingen av den nye lovbestemmelsen. Gruppen var sammensatt av representanter fra både legene, sykepleierne, administrasjonen og fagforeningene. Arbeidet tok mye lenger tid enn planlagt. Arbeidsgruppen forklarer forsinkelsen med å vise til at reformen bryter med ledelsestradisjonene i sykehuset og at man trengte såpass lang tid for å oppnå konsensus i gruppen. Arbeidsgruppen tar for gitt mange av «symbolformuleringene» fra NOU'en «Pasienten først», og legger til at organisasjonen mangler rollemodeller for de nye lederrollene. Rapporten hevder at det ikke finnes rollemodeller for de nye lederrollene på avdelingsnivå, og at de nye avdelingslederstillingene dermed i stor grad vil måtte utformes i samarbeid mellom den enkelte avdelingsleder og toppledelsen. Det er ikke

beskrevet hvordan dette passer inn med den tradisjonelle opplæringspraksisen i sykehuset. Rapportens hovedfokus ligger på selve lederen, men det sies lite om hvordan den nye rollen må skapes, tilpasses og innlemmes i sykehusorganisasjonen. Som i den offentlige utredningen (NOU 1997) blir dette gjort til et spørsmål om de ansattes holdninger.

De nye helselovene understreker lederens totale ansvar. Arbeidsgruppen påpeker at balansen mellom ansvar og myndighet blir en avgjørende forutsetning for utøvelse av den nye lederrollen. Rapporten refererer fra Ot.prp. nr. 10 (1998–99) om lov om spesialisthelsetjenesten:

Departementet vil således fremheve at det ansvar som forutsettes å tillegges en leder med et slikt administrativt ansvar også inkluderer at det faglige arbeidet skjer i henhold til mål og rammer som myndigheter og sykehuseier har fastsatt.

Med hensyn til at sykehusets avdelinger står ovenfor ulike utfordringer, oppfordrer arbeidsgruppen til at hver avdeling foretar en egenanalyse for å finne ut av egne kompetansebehov. I følge rapporten er lovgivers intensjon med denne reformen dels å klargjøre det indre juridiske ansvaret, men også at en gjennom reformen skal finne nye lederroller som igjen kan medføre endringer av positiv verdi for avdelingen som helhet. «For å få til dette er det ikke nok med endringer av teknisk art, samhandlingen i organisasjonen må også endres» (Fra arbeidsgruppens rapport).

Arbeidsgruppen kom med følgende forslag til tiltak:

- Ledelsesaktivitetene skal være en hovedfunksjon og prioriteres framfor andre oppgaver.
- Sykehusavdelinger er store og kompliserte enheter. Lederen bør ha nødvendige støttefunksjoner innen merkantil, IT, økonomi, og personaladministrasjon.
- Ledere må gis en systematisk oppfølging fra overordnede.
- Leder er avhengig av at medarbeidere er lojale ovenfor de beslutninger som fattes og at de viser vilje til å la seg lede (Arbeidsgruppens rapport 2002).

Arbeidsgruppens tiltak omhandler hovedsaklig selve lederen og det skrives lite om samhandling ellers i organisasjonen. Det antydes heller ikke noe om tidsperspektiv og hvordan gjennomføringen skal skje i praksis. Arbeidsgruppen foreslår at sykehuset oppretter et lederutviklingsprogram for de nye avdelingslederne, og at det bør fokuseres på avdelingene for å utvikle ledelsesfunksjonen på det operative nivået.

I arbeidsgruppens rapport blir det foreslått å opprette tverrfaglige ledergrupper som skal fungere som avdelingslederens nærmeste rådgivende organ. Dermed muliggjør man, i hvert fall teoretisk, at selve lederen ikke behøver å ha medisinskfaglig utdanning. Denne modellen er allerede innført ved andre sykehus i landet. Arbeidsgruppen mener at ledergruppen bør være tverrfaglig sammensatt med den nødvendige kompetansen, og bestå av minst tre personer. Modellen er ment å skulle ta vare på mye av det positive ved todelt ledelse samtidig som totalansvaret er tydelig plassert hos én person. På de kliniske avdelingene stilles særlige krav til ledergruppen ettersom dette er det operative nivå med ansvar for pasientbehandling, utdanning, opplæring av pasienter og pårørende, samt forskning og utvikling. Dette er allerede formelt innført på en del avdelinger, og

foretaket har en målsetning om at det skal være ledergrupper på alle avdelingene i løpet av 2004.

Rapporten antar at endringene i ledelsesfunksjonen på avdelingsnivå vil påvirke avdelingenes kjernevirksomhet i større grad enn endringer i den overordnede strukturen. Hva som utgjør kjernevirksomheten utdypes ikke, og heller ikke i hvilken grad ledelsen påvirker de medisinske beslutninger. Ved omtalen av potensielt fornyet avdelingsstruktur hevder gruppen at endringen har både juridiske, økonomiske, administrative og ledelsesmessige konsekvenser.

Dersom enhetlig ledelse oppfattes som en ledelsesreform, og ikke en reform for alene å tydeliggjøre ansvar, krever det at en gjennomgår andre prosesser enn en behøver. (...) En ledelsesreform har som siktemål å endre atferd hos individene i organisasjonen, med andre ord skal endringen medføre praktiske konsekvenser både for ledere og for de ansatte (Arbeidsgruppens rapport 2002).

Rapporten skisserer syv ulike modeller for ny avdelingsstruktur i et forsøk på å anta hvilke konsekvenser dette vil få for avdelingene. Dette kategoriseres som «økonomiske», «administrative», «personaljuridiske» og «organisatoriske og ledelsesmessige» konsekvenser. Det anbefales at oppfølging og evaluering gjøres gjennom prosess- og resultat-evaluering. En mulighet utvalget skisserer er å satse på systematiske undersøkelser av medarbeidertilfredshet og brukertilfredshet. I følge arbeidsgruppen skal ikke denne reformen bare medføre strukturendringer. Den skal i tillegg fokusere på organisasjonskulturen med kontinuerlig vurdering av om denne «stimulerer til samarbeid om pasienten og sikrer gjensidig respekt mellom faggruppene» (Arbeidsgruppens rapport 2002).

Oppsummering

Reformen «enhetlig ledelse» stiller først og fremst krav til at det skal være én totalansvarlig leder på alle nivå i sykehusene, og det presiseres at dette skal være en rendyrket lederstilling. Dette bryter med den tradisjonelle fagbaserte ledelsen i sykehusene, derfor mener reformatorene at de ansattes holdninger til ledelse må endres. Utredningen (NOU 1997) inneholder i liten grad beskrivelser av ledelsens reelle handlingsrom på avdelingen og i hvilken grad ledelsen har innflytelse og makt ovenfor de yrkesgruppene som utfører det konkrete pleie- og behandlingsarbeidet. Innholdet i det offentlige utredningsarbeidet fremstår dermed mer som en helsepolitisk symboldebatt som synes å avspeile generelle trender i offentlig forvaltning mer enn å komme med praktiske forslag for sykehusene. Når debatten nærmet seg sykehusnivå ble den omtolket til en maktkamp mellom leger og sykepleiere om hvem som skulle ha retten til de nye avdelingslederposisjonene.

I møtet med sykehuset ble reformen fortsatt omtalt som en ledelsesreform med siktemål å endre atferd hos individene i organisasjonen. Sykehusets arbeidsgruppe hevder at dette må medføre praktiske konsekvenser for ledere og ansatte uten å uttrykke i klartekst hva disse konsekvensene er. Dette er premissene for den lokale analysen og konklusjonene som trekkes til slutt. I de kommende kapitlene beskrives hverdagen på en klinisk avdeling med fokus på hvordan leger og sykepleieres arbeid er organisert. Dette

for å se hvilke konsekvenser arbeidsorganiseringen har for den konkrete utfoldelsen av reformen «enhetlig ledelse».

Metodisk tilnærming til sykehus- hverdagen

«For å iaktta
må man kunne sammenligne. For å sammenligne
må man ha iaktatt. Gjennom iakttakelse
oppstår viten, men viten er allikevel nødvendig
for å kunne iaktta. Og:
Den iakttar dårlig, som ikke vet hva han skal gjøre
med det han iakttar. Fruktdyrkeren iakttar epletreet
skarpere enn den forbipasserende gjør.
Og ingen kan iaktta mennesket nøyaktig, som ikke vet at
mennesket er menneskets skjebne»

(Berthold Brecht 1994).⁶

Som all annen forskning dreier sosiologisk forskning seg om tilegnelse av kunnskap. Forskerens viktigste oppgave er i vid forstand å lære. «Læringsobjektet» i denne studien har vært en kirurgisk avdeling ved et regionsykehus i Norge. Det finnes mange ulike redskaper til å fange opp informantenes virkelighetsforståelse. I denne studien er det blitt brukt intervju med leger og sykepleiere i ledende og ikke ledende posisjoner, i tillegg til analyse av offentlige dokument og utredninger og sykehusets interne utredninger og dokument. «Den skrevne teksten er ikke en avspeiling av en virkelighet, men en sosial konstruksjon med utgangspunkt i visse teoretiske perspektiv» (Berger og Luckman 1991). Dette kapittelet går med til å gjøre greie for studiens metodiske tilnærmingen, datainnsamlingen og mine egne erfaringer i prosessen bak denne hovedoppgaven.

Kapittelet rommer ikke noen omfattende vitenskapsteoretisk diskusjon, men en kort redegjørelse av noen av de grunnleggende forhold som har preget det metodiske arbeidet med denne oppgaven. Først beskrives mitt møte med sykehusorganisasjonen og begrunnelse for valg av kvalitativ tilnærming, deretter tilgang og utvelgelse av informanter, og til slutt vurderinger av enkelte forskningsmessige implikasjoner.

Kvalitativ tilnærming

I starten av arbeidet med denne oppgaven hadde jeg svært liten kjennskap til sykehusverdenen. Dermed har det vært en omfattende prosess å sette seg inn i feltet. Et problem man kan støte på som sosiolog i møtet med sykehus er at man ofte ikke forstår den medisinske fagterminologien, og har svært mangelfull medisinsk kunnskap. Jeg forsøkte så godt jeg kunne å komme over dette problemet ved å snakke med medisin-

⁶ Utdrag fra «Dikt til de danske arbeiderskuespillere om iakttagelsens kunst», trykket i *Materialisten* 1-94.

og sykepleiestudenter i min egen omgangskrets. Selv om det ikke først og fremst var det medisinske ved sykehuset jeg skulle studere mener jeg det var nødvendig med en «minimumsplattform» av kunnskap om medisin for å kunne forstå de sosiale konsekvensene av medisinske handlinger. Under intervjuene viste det seg å være uproblematisk å spørre direkte om oppklaring når informantene benyttet fagtermer som jeg ikke forstod. Siden jeg var en utenforstående er det også rimelig å anta at informantene normaliserte språket sitt når de snakket.

Denne studien søker å finne svar på hvordan pleie- og behandlingsarbeidet er organisert på sykehuset, og å se på hvilke utfoldelsesmuligheter reformen «enhetlig ledelse» har i et slikt system. Tatt i betraktning den svært begrensede forhåndskunnskapen, valgte jeg en eksplorerende tilnærming med empirien som et styrende element i forskningsprosessen. Dette gjorde kvalitative intervju velegnet som metode. I tillegg til analyse av dokumenter fra reformens utredningsfase. En av fordelene med kvalitative tilnærminger er at de tillater forskeren å opptre med stor grad av fleksibilitet i forskningsprosessen, dessuten bygger intervjutilnærming på en tilstedeværelse som ikke kan fanges opp med et strukturert spørreskjema. Dette anså jeg som såpass viktig at det ble mest naturlig å velge en kvalitativ tilnærming innenfor rammene av en hovedoppgave. En stund vurderte jeg å skaffe breddekunnskap om enkelte detaljer med en liten spørreundersøkelse, men dette ble skrinlagt på grunn av for stor arbeidsmengde. Isteden ble fagforeningsrepresentanter kontaktet i den hensikt å skaffe et mer overordnet blikk på forholdene ved sykehuset. Kvalitative tilnærminger har som uttalt mål å fremskaffe et helhetlig syn på situasjoner og organisasjoner, som forskerne på sin side prøver å forstå. I møtet med informantene forsøkte jeg å innta en lærlingrolle (Wadel 1991), hvor en istedenfor å studere folk lærer fra folk. En styrke ved kvalitative intervju er å kunne få fyldig og omfattende informasjon om et felt, og i tillegg få fram hvordan informanten selv forstår fenomenet som studeres. I denne studien har det vært viktig få frem informantenes forståelse av avdelingens arbeid og deres egen rolle i dette.

Tilgang og informanter

Tilgang til sykehuset kan være et problem for samfunnsforskeren. Det kan være flere grunner til at uvedkommendes adgang til sykehuset må begrenses. Sykehuset er en organisasjon som skal verne pasientene mot innsyn fra uvedkommende i deres sykehistorie og andre private forhold; de som jobber der har for eksempel taushetsplikt. I tillegg er sykehuset en profesjonell arbeidsplass som vil kontrollere strømmen av informasjon, ikke bare om pasienter, men også om den medisinske praksisen. Innsyn i forhold som gjelder både pasienter og personale er dessuten avgrenset av Datatilsynet, forskningsetiske komiteer og fagdepartement (Måseide 1997). For min del gikk det å knytte kontakt med selve sykehuset relativt problemfritt via seminaraktiviteten på Rokkansenterets ATM-prosjekt.⁷ Jeg ble satt i kontakt med et sykehus og fikk tildelt en

⁷ I forbindelse med dette hovedfagsarbeidet har jeg vært tilknyttet Rokkansenteret og prosjektet «Autonomy, Transparency and Management, three reform programs in health care: A comparative project».

kontaktperson som fungerte som min «portåpner» (Hammersley og Atkinson 1996) til sykehuset og hjalp meg å finne en passende avdeling.

Det å få et første overblikk over sykehusets størrelse og omfang viste seg å være en utfordring. Sykehuset er stort og de ulike enhetene og avdelingene er egne «verdener» slik at det er vanskelig å treffe på noen som har kunnskap om andre enheter enn der de selv jobber eller har jobbet. Jeg la fram prosjektet mitt for kontaktpersonen i sykehusadministrasjonen, og hun tok jobben med å sette meg i kontakt med en avdeling. Først måtte det gjøres en vurdering internt på sykehuset om hvilken avdeling som hadde anledning til å delta i studien. I følge portåpneren var dette sykehusets praksis når det kom forskere utenfra. Jeg vurderte lenge å sammenlikne to ulike avdelinger, men etter hvert som jeg begynte å se sykehusets kompleksitet besluttet jeg å nøye meg med én avdeling, eller rettere sagt, én seksjon med tilhørende poster på en avdeling. Valget av avdeling er trolig preget av portåpnerens personlige nettverk i sykehuset. «Vennskap, bekjentskap og personlige sosiale nettverk er meget vanlige måter å få adgang på» (Wadel 1991:30). I den tidlige fasen av prosjektet var jeg opptatt av å finne en avdeling hvor implementeringen av denne reformen hadde skapt store endringer, men de ansatte i sykehusadministrasjonen visste lite om hvordan det stod til ute på avdelingene. Det var rett og slett vanskelig å finne noen som hadde kjennskap til dagens situasjon på de ulike avdelingene. I ettertid har det vist seg å være optimistisk å tro at det var skjedd endringer så stor grad som reformdokumentene antok.

Valget falt på en kirurgisk avdeling, som er en relativt stor klinisk avdeling. Via kontakt med avdelingslederen der, ble avdelingens personalkonsulent mitt kontaktpunkt og portåpner på avdelingen. For å få et første innblikk i avdelingen, ble jeg satt i kontakt med en av overlegene. Vi hadde en samtale og jeg fulgte ham også på avdelingen gjennom en hel arbeidsdag. Dette «minifeltarbeidet» var svært nyttig for å få et innblikk i sykehushverdagen, og avdelingens arbeidsforhold. Det er nyttig å selv ha opplevd noe av den hverdagen som informantene referer til i intervjusituasjonen. Det som kanskje overrasket meg mest med var at så snart jeg var ikledd en hvit frakk, var det absolutt ingen som stilte spørsmål ved min tilstedeværelse. Det var en nokså spesiell opplevelse å være med på legevisitten på avdelingen og se hvordan pasientene godtok å snakke om intime detaljer vedrørende egen sykdomstilstand når et stort opptog bestående av leger og sykepleiere med et slep av studenter (to medisinerstudenter pluss meg) gikk rundt fra seng til seng.

På hele denne avdelingen er det ca 200 årsverk. På den aktuelle seksjonen er det 15 ansatte i legegruppen og omkring 40 ansatte på sengeposten. Utvalg i denne studien består av tre leger, fire sykepleiere, en stabsansatt og to fagforeningsrepresentanter. Det er vanskelig å bedømme i hvilken grad dette avspeiler hele populasjonen, men jeg mener at studien med dette utvalget har mulighet til å fange opp mange aspekter ved avdelingens arbeidsorganisering. Det er og en styrke å belyse den fra ulike ståsted. I dette tilfellet fra sykepleiere og legehold, i tillegg til kontorstabs-, avdelingsledelses- og fagforeningsperspektiv. Utvelgelsen av informanter foregikk via kontaktpersonen på avdelingen. De ansatte på post- og seksjonsnivå var vanskelig å få tak i per telefon, derfor benyttet jeg hovedsakelig elektroniske brev for å få kontakt og avtale møter med informantene.

For å få et visst breddeperspektiv kontaktet jeg også de største fagforeningene. Det lyktes meg å intervju en representant fra Norsk sykepleierforbund, hvor de aller fleste sykepleierne er organisert, og en fra Fagforbundet, som er en organisasjon for blant annet administrativt ansatte og hjelpepleiere. Jeg forsøkte og å få til intervju med en representant fra Legeföreningen, men derfra var det ingen som ville stille opp. Derfor er denne fagforeningens meninger kun representert gjennom skriftlige kilder fra deres internettområde.

Liste over informantenes posisjon, utdannelse og kjønn:

Avdelingsleder (legeutdannet), mann.

Administrasjonskonsulent (handel og kontor utdannet), kvinne.

To avdelingssykepleiere, kvinner.

To sykepleiere, kvinner.

Overlege, mann.

Seksjonsoverlege, mann.

Tillitsvalgt for Norsk sykepleierforbund (sykepleierutdannet), kvinne.

Tillitsvalgt for Fagforbundet (handel og kontor utdannet), kvinne.

Et spørsmål kan være om det gjør noen forskjell å hente data fra denne avdelingen i forhold til andre avdelinger på sykehuset. Det viktigste i denne studien var å finne en avdeling hvor man i hovedsak drev med utredning, behandling og pleie av pasienter. Dermed var det naturlig å velge en av de kliniske avdelingene fordi det er her man trolig vil finne profesjonell ledelse som mest forskjellig fra de tradisjonelle fagrelaterte ledelsesmodellene. Siden denne studien er foretatt på et somatisk sykehus stod valget mellom en kirurgisk eller en indremedisinsk avdeling. Vanligvis oppholder legene seg på sengepostene litt større deler av arbeidsdagen ved en indremedisinsk avdeling i forhold til på en kirurgisk hvor legene i liten grad oppholder seg på postene utover visitt-tiden. Denne forskjellen har trolig svært liten betydning for resultatene av min studie siden det er arbeidsorganiseringen jeg ønsker å belyse og ikke legenes tidsbruk hos pasienten.

Intervjusituasjonen

Intervjuene fant sted på sykehuset. Varighet av intervjuene var fra en halv til en time. Legene hadde egne kontor, mens sykepleierne ble intervjuet på et rom i tilknytning til deres vaktrom. Et intervju er en formålsrettet samtale mellom to eller flere personer. Det kvalitative forskningsintervjuet forsøker å forstå verden fra intervjupersonens side, å få frem betydningen av folks erfaringer, og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskaplige forklaringer (Kvale 1997). I intervjuene var jeg først og fremst ute etter informantenes egen oppfatning av dagliglivet på avdelingen. I tillegg tok jeg opp tema for å se i hvilken grad informantene mente at reformen har, eller kan ha, innvirkning på deres arbeid.

Jeg benyttet et semistrukturert intervjuopplegg. Rekkefølgen på temaene varierte, men ofte startet intervjuet med spørsmål og enkle biografiske data. Jeg forsøkte å avslutte intervjuene med et åpent spørsmål om informanten hadde noe mer å føye til, eller noe usagt. Noen få benyttet seg av dette tilbudet, vanligvis for å utdype allerede nevnte emner.

Det kvalitative forskningsintervju er et produksjonssted for kunnskap, og samarbeidet mellom forsker og informant er viktig for at forskeren skal kunne oppnå forståelse av informantens virkelighet. Det er ingen garanti for at alle informantene forstod mine spørsmål, eller at jeg fullt ut forstod deres svar. Det kan også tenkes at svarene som ble gitt var strategiske, og at de avspeiler informantenes interesser snarere enn deres faktiske erfaringer og meninger. Dessuten er det ikke alltid at det folk sier stemmer overens med handling. På dette området har det vært en fordel å intervjuer personer fra forskjellige nivå og faggrupper fordi dette gir muligheten til å sammenlikne forskjellige svar og dermed delvis kontrollere for strategiske svar.

Alle informantene godtok at jeg tok opp intervjuene på lydbånd. Bruk av båndopptakeren gjorde meg som forsker til en bedre lytter enn om jeg kontinuerlig skulle notert ned svarene skriftlig. I tillegg frigjorde det nok oppmerksomhet til å kunne komme med spontane oppfølgingsspørsmål. Alle informantene godtok bruk av båndopptaker, men flere av dem uttrykte en viss skepsis til å bli direkte gjengitt skriftlig. Begrunnelsen var ofte at påstander fort kunne «høres dumt ut» når det ble skrevet ned og tatt ut av sin sammenheng. Dette førte nok til at så lenge båndopptakeren stod på fikk jeg «frontstage-informasjon». Mens når opptakeren var slått av kom det enkelte opplysninger av «backstage-karakter» (Goffman 1992). Denne siste informasjonen ble i liten grad skrevet ut, men var allikevel meget nyttig for å få et bredere perspektiv på feltet.

Alle intervjuene ble skrevet ut i etterkant. Transkribering er prosessen med oversettelse fra muntlig til skriftlig språk. De muntlige utsagnene består ofte av usammenhengende setninger man aksepterer i muntlig form, men som man ikke er vant til å se skriftlig. Gjengivelsene mine ble normalisert til bokmål av hensyn til informantenes anonymitet. Ordvalgene ble beholdt da dette kan være essensiell informasjon om informantenes kategorisering og definering. Det viste seg at enkelte av informantene førte et mer sitatvennlig språk enn andre. Dette er trolig hovedgrunnen til at noen av informantene blir referert til med direkte sitat oftere enn andre. Jeg vil allikevel påpeke at det er alle intervjuene til sammen, pluss mini-feltarbeidet, som har formet mine inntrykk av avdelingen.

Når det gjelder analyse og tolkning har denne studien båret preg av en «runddans» (Wadel 1991) mellom teori, metode og data. Formålet med denne studien er å lære om hvordan pleie- og behandlingsarbeidet fungerer på en kirurgisk avdeling. Ved å snakke med både leger, sykepleiere og stabsansatte fikk jeg arbeidet beskrevet fra ulike ståsted, og til sammen danner dette et bilde av arbeidsorganiseringen. Klassifisering av data om avdelingens arbeidsorganisering er gjort med sterk inspirasjon fra Knudsen og Vinges (2003) infrastrukturmodell.

Forskningsmessige implikasjoner

For å foreta intervjuene på sykehuset måtte jeg underskrive en taushetserklæring. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og ble makulert etter innlevering av oppgaven. Jeg har forsøkt å anonymisere avdelingen så godt det lar seg gjøre for at ikke enkeltpersoners uttalelser skal kunne identifiseres. Derfor er verken informanter,

avdeling eller sykehus nevnt med egennavn, og jeg mener at opplysningene som kommer frem ikke er av en slik karakter at det kan gå utover den enkelte informants integritet.

Alle informantene fikk på forhånd skriftlig informasjon om hva undersøkelsen skulle gå ut på, i tillegg til muntlig presentasjon. I denne informasjonen gikk det klart frem at deltakelsen var frivillig og at informantene kunne velge å trekke seg når som helst.

Sykehuset er en organisasjon i endring. Spesielt de siste årene har sykehusene i Norge vært utsatt for mange større og mindre omorganiseringstiltak. I oppgaven vil jeg omtale sykehusets organisasjonsstruktur slik den er blitt etter innføringen av enhetlig ledelse. Den formelle innføringen av enhetlig ledelse var 1. april 2002. Et halvt år tidligere ble sykehuset som helhet organisert som statlig foretak. Dette førte med seg interne omorganiseringer som hadde konsekvenser for den aktuelle avdelingen. Mine undersøkelser er gjort høsten 2003. Dermed må det nye regimet sies å være såpass nytt at organisasjonen i undersøkelsestidsrommet var i en overgangsfase mellom det gamle og det nye. Jeg forsøker i denne studien å skille så klart som det lar seg gjøre mellom endringer som er og ikke er kommet som følge av reformen «enhetlig ledelse».

I denne studien har jeg valgt å ikke problematisere kjønn som egen dimensjon. Tradisjonelt sett har sykepleier vært et kvinnedominert yrke, mens lege er et mannsdominert yrke. I dag viser det seg at flere og flere kvinner søker seg til legerketet. Foreløpig preger dette i størst grad medisinstudiet, hvor over halvparten er kvinner. På sikt vil nok dette også påvirke kjønnsfordelingen i overlegesjiktet på sykehusene. Når det gjelder spesialisering er kirurgi fortsatt mest populært blant menn. Det er godt mulig at endring i kjønnsfordelingen vil påvirke maktforholdet mellom og innad i profesjonene i fremtiden, men denne dimensjonen er ikke behandlet her.

Oppsummering

Denne oppgavens analyser er ingen objektiv avspeiling av en statisk verden i et statisk rom. Oppgaven etterstreber en analytisk tilnærming som forsøker å begripe hvordan sykehusets arbeidspraksis (re)produseres, og hvilke konsekvenser det har for reformen «enhetlig ledelse». Oppgavens formål er å tegne nyanserte og detaljerte bilder av arbeidets organisering for å kunne skape et fundament for en annen lesning av praksis, som igjen kan peke på andre og nye måter å handle på når man vil jobbe med denne typen praksis.

Sykehusets formelle struktur

Et (...) fenomen som kjennetegner et stort sykehus, er de mange språkene som tales der. (...) I sykehusadministrasjonen snakker man et moderne byråkratspråk isprengt budsjett-termer: input og output, på operasjonsavdelingen gir man korte metalliske ordrer: peang! sutor! blod! I laboratoriet snakker man i kjemiske formler, et stakkatospråk med store bokstaver, i data-avdelingen i tall, på den psykiatriske klinikken i adferdstermer og i journalarkivet på latin. Seg imellom snakker de forskjellige enhetene og personalgruppene ofte ikke i det hele tatt (Jersild 1978).

Da P.C. Jersilds romanfigur Primus Svendson fikk smerter i brystet, ble han innlagt på «Babels hus», det vil si et sykehus. Det er neppe tilfeldig at forfatteren, som selv er medisiner, kalte sin roman for *Babels hus*. For det var i byen Babel at menneskene fikk forvirret sine språk så den ene ikke forstod hva den andre sa (1. Mosebok, 11). At en nylig innkommet pasient vil oppleve babelsk forvirring i møte med sykehuset kan kanskje komme av at sykehuset er organisert med utgangspunkt i legenes spesialiteter, ikke rundt pasientene og deres sykdommer. Pasientenes lidelser følger ikke nødvendigvis samme mønster som spesialiseringen, og pasientene sendes derfor til tider i skytteltrafikk mellom avdelingene.

Forenklet kan man si at et sykehus har tre ulike funksjoner. For det første den medisinske, som består av funksjoner og oppgaver som inngår i undersøkelse, behandling og pleie av pasienter. De medisinske funksjonene utføres hovedsaklig ved kliniske avdelinger samt på intensivavdelingen og de medisinske serviceavdelingene. For det andre har man hotell- og tekniske funksjoner, som dekker matforsyning, renhold, vaskeri og vedlikehold av medisinskteknisk utstyr, tekniske installasjoner og bygninger. I tillegg kommer administrative, økonomiske og andre støttefunksjoner. Dette kan være økonomistyring, personal- og lønnsfunksjoner, administrativ ledelse og lignende. På sykehuset vil det også finnes en rekke andre funksjoner som sentralbord, prestetjeneste, bibliotek, lagerfunksjoner osv. På de kliniske avdelingene produseres de tjenestene som er definert som sykehusets oppgaver etter sykehusloven, nemlig å gi pasienten undersøkelse, behandling og opphold. Det er en klinisk avdeling som er det empiriske utgangspunktet i denne oppgaven. Det varierer med sykehusets funksjon og størrelse hvor mange kliniske avdelinger som finnes, og om disse eventuelt er inndelt i seksjoner. I et lokalsykehus vil man gjerne finne en generell kirurgisk avdeling, en generell indremedisinsk avdeling, og en føde-/gynekologisk avdeling. På større sykehus er vanligvis avdelingene seksjonert etter legenes grenspesialiteter.

Datainnsamlingen til denne studien er gjort på en kirurgisk avdeling ved et regionsykehus i Norge. Når det videre i teksten refereres til «sykehuset» er det dette sykehuset det dreier seg om, ut i fra det informantene har fortalt, samt mine egne inntrykk. Dette kapitlet omhandler sykehusets formelle oppbygning og funksjonsinndeling, før organiseringen av selve pleie- og behandlingsarbeidet blir presentert i kapittel seks. Først beskrives sykehusets rammebetingelser i form av lovpålagte oppgaver, foretaksorganisering og finansieringsmodell. Deretter presiseres noen begrep fra sykehusverdenen som er nyttig å ha med seg videre i drøftingen. Den siste delen av dette kapitlet presenterer den aktuelle avdelingens formelle struktur.

Sykehusets rammebetingelser

Norske sykehus er preget av en sterk regulering og standardisering. De utfører i all hovedsak lovpålagte oppgaver, og er eid og finansiert av staten. I tillegg er sykehuset befolket av profesjonaliserte yrkesgrupper som tradisjonelt sett jobber selvstendig. Hva er spesielt med sykehuset i denne studien? Den somatiske delen av dette sykehuset er et

regionsykehus og skal da ha regionkompetanse for hele sin helseregion.⁸ Dette betyr at mindre sykehus, som ikke har den nødvendige spesialkompetanse som et regionsykehus er i besittelse av, kan være nødt til å oversende pasienter ved behov for denne kompetansen. Samtidig er sykehuset sentralsykehus for eget fylke, lokalsykehus for egen kommune, og har enkelte landsdekkende funksjoner. Dette betyr at i tillegg til å ta seg av «vanlige» pasienter, det vil i hovedsak si øyeblikkelig hjelp pasienter fra den nærmeste byen, blir spesialproblemer fra andre sykehus i regionen videresendt til dette sykehuset. Dermed opplever man at pasienter med sykdommer av svært ulik alvorlighetsgrad ligger side om side på sengepostene. Sykehuset kan ikke nekte å ta imot pasienter. Dette medfører at man ved høytider og ferier opplever en økende belastning når andre mindre sykehus har begrenset kapasitet. På mange områder er dermed sykehuset nødt til å ta seg av de kompliserte tilfellene i regionen når de andre lokalsykehusene trenger hjelp. Fordi mye av arbeidskapasiteten brukes på kompliserte tilfeller hender det at man gjør tiltak for å overføre pasienter med «enklere» lidelser til andre mindre sykehus (både offentlige og private) når de har bedre kapasitet. Dette gjøres for å korte pasientenes ventetiden på behandling.

Sykehusene blir finansiert av staten. Selv om velferdsstaten har en ambisjon om fri helsehjelp til alle, er det i helsepolitikken samtidig en ide om at dette skal skje ved hjelp av begrensede økonomiske midler. Det eksisterer tre ulike metoder for oppgjørsordninger (Hagen 2003). Den første er full dekning av kostnadene til helseplanen, for det andre refusjon basert på aktivitet, og for det tredje prospektiv finansiering basert på forventete utgifter gjennom faste rammer. For spesialisthelsetjenesten i Norge innførte man fra 1. juli 1997 en finansieringsmodell som er en kombinasjon av de to sistnevnte. Dette kalles «innsatsstyrt finansiering» (ISF). Den faste delen styres av en fordelingsnøkkel på bakgrunn av sosiodemografiske forhold mellom helseregionene og den variable delen styres av et kategoriseringssystem som kalles Diagnoserelaterte grupper (DRG). Denne ordningen byr på to problemer: Gjenspeiler rammetilskuddene befolkningens behov for helsetjenester? Og dekker DRG-takstene de faktiske utgiftene? Begge disse spørsmålene hersker det generell usikkerhet omkring. I dag beregnes 40 prosent⁹ av sykehusenes inntekter etter hvor mange pasienter de behandler, hvilke type sykdommer som behandles og hvor lenge pasientene ligger på sykehuset. Kriteriene er standardisert gjennom såkalt DRG-inntekt som kodes i Norsk Pasient Register (NPR). DRG-systemet er en klassifisering av sykehusopphold i det man antar er tilnærmet homogene grupper. Det er generell usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Gjennomganger har vist at det er avvik som slår begge veier, både på pluss- og minussiden i forhold til de reelle utgiftene. Sykehuset fokuserer på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntektstall. Etter innføringen av ISF er det blitt viktig for avdelingen å tjene nok penger til å dekke egne utgifter. Systemet forutsetter nøyaktig bruk av DRG-koding, det vil nærmest si å skrive en spesifisert regning for hver pasient.

⁸ Norge er delt inn i fem helseregioner: Nord-, Midt-, Vest-, Øst- og Sør-Norge.

⁹ I dag er fordelingen 40% stykkpris og 60% rammefinansiering. Stykkprisandelen har økt jevnlig fra 30% da systemet ble innført i 1997 til 60% i 2003. Sommeren 2004 ble den igjen satt ned til 40%.

Fra 1. januar 2002 tok staten over for fylkeskommunene som eier av sykehusene i Norge, og gjorde dem til statlige foretak med styre og administrerende direktør. Norge er delt inn i fem regionale helseforetak som har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i regionen. I hver helseregion er sykehusene organisert innunder «lokale helseforetak» med egne styrer. Forvaltningen har her hentet inspirasjon fra det private næringsliv. Sykehuset blir som en tjenesteproduserende bedrift med eget styre som sammen med daglig leder (administrerende direktør) har ansvaret for drift og resultater i helseforetaket. Dette betyr blant annet at Sosial- og helsedepartementet ikke har direkte instruksjonsrett vis à vis styret i de enkelte foretak på regionalt nivå. Styret og daglig leder rapporterer til Foretaksrådet, som tilsvarer generalforsamlingen i et aksjeselskap. Denne reformen innebærer sentralisering og desentralisering på samme tid. Driftsansvaret for sykehusene er desentralisert til de lokale helseforetakene, mens demokratiets innflytelse er sentralisert til nasjonalt plan (Stortinget). En konsekvens av dette er mindre lokalpolitisk innflytelse, og at toppledelsen i sykehusene får større handlingsrom.

Avdelinger, seksjoner og poster; en begrepsavklaring

Før den aktuelle avdelingen presenteres vil jeg kort avklare noen begreper fra sykehushverdagen som blir brukt i de neste kapitlene. På sykehusets kliniske avdelinger er de ulike funksjonene samlet i enheter som kalles «seksjoner» og «poster». Hver seksjon representerer en medisinsk grenspesialitet og stillinger der er besatt av leger. Hver lege har eget kontor og benytter seg ellers av ulike lokaler rundt om på sykehuset; for eksempel undersøkelsesrom, operasjonssaler, sengeposter. Legegruppen ledes av en seksjonsoverlege, som fungerer som arbeidsleder og veileder. Pleiepersonalet er fordelt på ulike «poster», i all hovedsak sengeposter. Postene ledes av en avdelingssykepleier. Sykepleierne er i flertall på sengepostene, men i tillegg jobber det hjelpepleiere og assistenter der. Sengeposten er det faste oppholdsstedet for innlagte pasienter. Driften ved sengepostene vil normalt være døgkontinuerlig (syvdøgnsposter), men kan også være i drift kun på hverdager (femdøgnsposter), stengt annenhver helg (tolvdøgnsposter), eller basert på drift kun på dagtid (dagposter). Noe som er blitt vanlig i den senere tid og som vi også finner på dette sykehuset er et såkalt «sykehushotell» som brukes som et supplement til sengepostene. Her kan pasienter som ikke er pleietrengende overnatte for eksempel før de skal til operasjon. Vanligvis er sengepostene felles for pasienter som behandles av samme spesialitet/seksjon. Det er viktig å merke seg at i dagligtalen på sykehuset omtales sengepostene som «avdelinger», og det er her legene og sykepleierne regner seg som ansatt. Postene er gjerne nummerert, slik at man for eksempel sier at man jobber på «Hjerte 4», som betyr sengepost nummer fire på hjerteavdelingen. Når pasientene skal til operasjon eller undersøkelse andre steder på sykehuset blir de fraktet dit av portører, som er en egen yrkesgruppe.

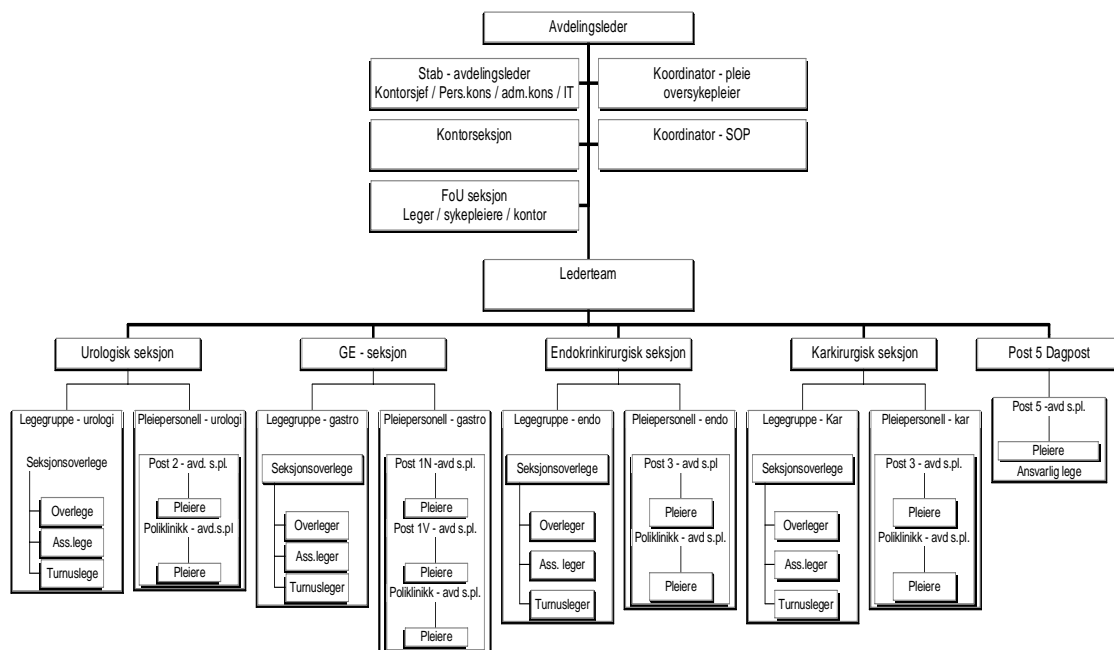
I tillegg til postene har man på sykehuset legesentre som kalles «poliklinikker». På poliklinikkene blir pasienter undersøkt og/eller behandlet uten at innleggelse er påkrevd. Hovedsaklig er poliklinikken ment å representere en spesialistvirksomhet som

pasientene ofte henvises til fra allmennpraktiker. På poliklinikkene enkelte ukompliserte inngrep, nesten som på et legekontor, i tillegg til kontroller. De siste årene har poliklinisk virksomhet vært økonomisk lønnsomt for sykehusene på grunn av DRG-vekting. Hver poliklinikk er underlagt en eller flere kliniske avdelinger.

Avdelingens formelle struktur

Denne delen av kapittelet presenterer den formelle organisasjonsstrukturen på avdelingen. Som vi ser av organisasjonskartet (Figur 1), er legene på denne avdelingen gruppert i fire seksjoner etter deres grenspesialiteter. Virksomheten er knyttet opp mot fem sengeposter med til sammen nesten hundre senger, i tillegg til operasjonsavdeling, poliklinikk og en egen sengepost for barn, som deles med to andre avdelinger. Avdelingen er preget av høy aktivitet, med en gjennomsnittlig liggetid på fem døgn og beleggprosent på over 95%. Nærmere 2/3 av pasientene legges inn som øyeblikkelig hjelp. Avdelingen er relativt stor, med litt i overkant av 200 stillinger. Antall¹⁰ behandlede pasienter per år er ca 7400 innlagte og nærmere 17700 polikliniske pasienter. Avdelingen er i tillegg i ferd med å opprette en egen forsknings- og utviklingsseksjon.

Figur 1: Organisasjonskart – kirurgisk avdeling



I kraft av å tilhøre et regionsykehus er avdelingens generelle oppgaver mange. Disse består av utredning, behandling og pleie av akutte og elektive pasienter innen avdelingens fagfelt; utdanning av legestudenter, sykepleierstudenter og andre studenter innen det medisinske området; videre- og etterutdanning av sykepleiere, leger og annet helsepersonell; undervisning av eget personale; og opplæring av pasienter og pårørende.

¹⁰ Disse tallene er fra år 2002. Kilde: Sykehusets internettområde.

Avdelingen har altså mange oppgaver utover selve pasientbehandlingen. Denne delen av kapittelet gjør kort greie for avdelingens formelle struktur, lederposisjonene og staben.

Lederposisjonene

Avdelingsledelsen består av avdelingsleder med ledergruppe, og avdelingssykepleiere og seksjonsoverleger som styrer henholdsvis postene og seksjonene. Etter reformen «enhetlig ledelse» er avdelingsleder alene øverste leder for avdelingen. Tradisjonelt sett har man hatt fagprofesjonelle som ledere i sykehuset. Reformen ønsker å innføre én profesjonell leder på toppen av avdelingen. Avdelingslederens nærmeste overordnede er administrerende direktør i det lokale helseforetaket. Alle informantene uttrykker at de er inneforstått med at dette er en hundre prosent lederstilling. I praksis viser det seg at avdelingslederen har en viss utøvende del (ca 15%) på én av seksjonene og tillegg til et professorat. Lederen har personlig budsjettansvar for avdelingen, men har ingen formell utdanning i økonomi.

Hver seksjon ledes av en seksjonsoverlege. På seksjonen fungerer seksjonsoverlegen som arbeidsleder, og påser at nødvendige oppgaver blir utført og at de ansatte gjør jobben sin forsvarlig. Han koordinerer legenes arbeidstider og er rådgiver opp til avdelingsleder når det gjelder faglige spørsmål fra sin seksjon. Rekrutteringen til seksjonsoverlegestillingen skjer ut fra faglige og vitenskaplige kriterier, og det forventes at seksjonsoverlegen fremstår som den «fremste blant likemenn». Slik stillingen er i dag inngår det også en del administrative oppgaver. Selv om det formelt, og juridisk, er lagt på avdelingsleder, hevder informantene at det i praksis er seksjonsoverlegen som har det medisinske ansvaret på seksjonen.

(...) det blir mer en formell sak om hvem som skal møte i retten og den slags. (...) Det medisinske ansvaret må jo være hos de som har kompetanse på det (Lege 3).

På sengepostene og poliklinikkene er avdelingssykepleier leder. Hun administrerer pleiepersonalet i den daglige driften. Avdelingssykepleieren har kontoret sitt på sengeposten, like innenfor pleiepersonellens vaktrom. Hun driver vanligvis ikke pleiearbeid, men er allikevel aktivt til stede i miljøet på posten.

Ledergruppen (jfr. «lederteam» i Figur 1) er avdelingslederens nærmeste rådgivende organ. Ledergruppen avholder møte en gang hver fjortende dag. Denne ordningen ble til etter forslag fra arbeidsgruppen som jobbet med implementering av reformen «enhetlig ledelse» og finnes i dag på alle de kliniske avdelingene på sykehuset. I ledergruppen sitter avdelingsleder, en seksjonsoverlege, en avdelingssykepleier, og i en overgangsordning møter også den tidligere oversykepleieren. I tillegg møter kontorsjefen.

Hvem som skal sitte der på sikt vet jeg ikke, men det var unaturlig å ta henne ut på det nåværende tidspunkt fordi hun var på en måte den naturlige leder av sykepleierstabene (Lege 2).

Det at tidligere oversykepleier møter forklares her med at avdelingen fremdeles er i en omstillingsfase. Ledergruppen er avdelingsleders nærmeste rådgivende organ mot seksjonene, og alle viktige styringssaker og beslutninger tas opp der. I tillegg er avdelingen i ferd med å opprette en «utvidet ledergruppe» som skal ha møter 3–4 ganger

i året for å koordinere det strukturelle på avdelingen og foreta mer langsiktig strategisk planlegging. Der skal alle avdelingssykepleierne og alle seksjonsoverlegene, kontorleder, og eventuelt tillitsvalgte delta.

Avdelingens stabsposisjoner

I forbindelse med innføringen av enhetlig ledelse ønsket den nye avdelingslederen en utvidelse av avdelingsstaben. Det ble da omgjort noen stillinger slik at staben i dag består av avdelingsleder pluss en kontorsjef, en personal-, en administrasjons- og en IT-konsulent (web-redaktør i 50 %). I kontorseksjonen er det 35,5 stillinger, vel 40 ansatte, som står for alt fra timekontor for poliklinikken og postsekretærer, til innleggelseskontor og skrivetjeneste. Alt arbeidet med pasientdokumentasjon betjenes på avdelingen bortsett fra øyeblikkelig hjelp innleggelsene, som betjenes av skrivetjenesten i akuttmottaket. I tillegg er det en egen stilling som jobber med koordinering mot sentraloperasjonsavdelingen (SOP). For tiden er det dessuten under utarbeidelse en stilling som «Koordinator pleie» (som erstatning for oversykepleier), og som tidligere nevnt en egen forsknings og utviklingsseksjon.

Fordi en del administrative oppgaver er flyttet til avdelingsnivå har sykehusets personalavdelingen fått en endret funksjon etter reformen. De kliniske avdelingene har nå selv ansvaret for alt som har å gjøre med dokumentasjon på personalsaker. Den nye avdelingslederstillingen har fått ansettelsesmyndighet, slik at avdelingen i dag tar seg av disse sakene selv istedenfor å måtte be om godkjenning hos personalavdelingen og divisjonsledelsen. Praktisk arbeid med for eksempel timelister og sykemeldinger håndteres nå på avdelingsnivå, mens sentraladministrasjonen har fått en mer rådgivende rolle.

For å bedre økonomikompetansen har avdelingen ansatt ny kontorsjef som har økonomisk utdannelse. Han er den som håndterer økonomi mot avdelingsleder. Før måtte avdelingen forholde seg til økonomikontoret sentralt og til divisjonen når det dreide seg om budsjetter og regnskap. Administrasjonskonsulenten i divisjonen hadde økonomimøter med avdelingen. Nå holdes slike møter internt på avdelingen, og kontorsjef eller avdelingsleder kan gå rett til sykehusledelsen med spesielle saker. Dermed forkorter man beslutningsprosessen. Avdelingssykepleier, seksjonsoverlege og kontorleder kan gå direkte til kontorsjefen og få både råd og hjelp når det gjelder økonomi. Dagens økonomiske rapporter tilrettelegges slik at de skal være enklest mulig å jobbe for avdelingene.

Oppsummering

Organisasjonskartet (se Figur 1, s. 55) fremstår som en skjematisk opptegning av avdelingens arbeidsorganisering sett fra et økonomisk ståsted. Det viser i grove trekk hvor folk jobber, delt inn i ulike poster, seksjoner og stab, og hvem som har ansvaret for de ulike gruppene. Som det allerede er kommet frem, er ikke virkeligheten like enkel som boksene i organisasjonskartet. En skjematisk opptegning av den formelle strukturen forteller lite om hvor de ulike beslutningene tas i praksis. Neste kapitell

beskriver nærmere hverdagen på sykehuset i et forsøk på å skildre hvordan ledelse og beslutningsprosesser foregår i det konkrete pleie- og behandlingsarbeidet.

Organiseringen av pleie- og behandlingsarbeidet

Et sykehus er bygget opp som et sorteringsapparat: den som ankommer må først og fremst kunne vise billett for at han eller hun er syk. (...) etter en iblant ganske omstendelig prosess ved mottagelsessranken avgjør noen på sykehuset – i alminnelighet en lege – om sykdom synes å foreligge eller ei. Den som ikke er syk, er følgelig frisk og må reise hjem. På neste trinn forsøker man å finn ut mer om sykdommens art. Når dette er gjort, begynner behandlingen. Et sykt menneske må alltid behandles. Naturligvis venter sykehuset som motytelse at pasienten reagerer på behandlingen, det vil si blir frisk eller i det minste bedre. (...) Den som dør uttrykker et mistillitsvotum (Jersild 1978).

Hvordan er dagliglivet på en klinisk avdeling? Hva kan man oppdage ved å fokusere på avdelingen som lokal organisasjon? Det er i det faktiske pleie- og behandlingsarbeidet at store deler av sykehusets utgifter og inntekter genereres. På avdelingen jobber profesjonelle utøvere, sykepleiere og leger, med bakgrunn i lange utdannelser som er spesialtilpasset denne typen organisasjon. For en utenforstående vil sykehushverdagen kunne virke kaotisk, men de ansatte opplever en form for orden, selv om denne ikke er helt ut strukturert gjennom formelle regler.

Sykehuset er en døgnåpen virksomhet, og arbeidet er organisert i ulike funksjoner som må betjenes av de ansatte. Dette fordeles i form av skiftordninger. Man orienterer seg tidsmessig etter vaktskifter og faste møter. I sin generelle organisatoriske kunnskap har de ansatte, på tross av lokale variasjoner, kjennskap til innholdet i de ulike funksjonene arbeidet er delt opp i. Dersom en lege bytter arbeidssted fra et sykehus til et annet, kjenner hun grunnkategoriene i arbeidet. For eksempel, viss hun har forvakt og blir bedt om å ta opp journal på en pasient med DVT (dyp venetrombose) eller KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom), vet hun i kraft av sin rent medisinfaglige kunnskap hva hun skal gjøre i forhold til diagnose og behandling. I tillegg vet hun i kraft av sin generelle organisasjonskunnskap også hva forvaksarbeid er, at gamle journaler er å oppdrive, at en sykepleier har målt verdier og muligens sitter på viktig informasjon, og at det finnes en bakvakt hun kan kontakte viss det er noe hun er i tvil om.

I dette kapittelet beskrives organiseringen av pleie- og behandlingsarbeidet på en klinisk avdeling. Første del inneholder fortellinger fra hverdagen på avdelingen, og andre del omhandler endringer som er kommet som følge av reformen. Studien beskriver hvordan mange av de strukturerende elementene i den medisinske organisasjonen er å finne i sykehushverdagens trivialiteter. Når dagliglivet på avdelingen presenteres såpass detaljert, er hensikten å beskrive kjente, men kanskje ikke erkjente, strukturerende element i sykehushverdagen. De ansatte besitter mye taus kunnskap, de vet hvordan sykehuset fungerer og ikke fungerer, men har lett for å oppfatte dette som absolutt uten å erkjenne systemets vesen som sosiale konstruksjoner. Sammenhengen mellom systemets mange elementer gir inntrykk av stabilitet. Presentasjonsformen blir

avdelingsfortellinger. Hver fortelling belyser sykehushverdagen fra ulike ståsted i et forsøk på å avdekke arbeidsorganiseringen og lete etter hvilke beslutninger som blir tatt. Av hvem? Og på hvilket grunnlag? Finnes det punkter hvor økonomisk–administrative og medisinske beslutningssystem tangerer hverandre i hverdagens praksis?

Tidligere i oppgaven er reformen «enhetlig ledelse» beskrevet som at den griper inn i den formelle ledelsesstrukturen og dermed en økonomisk–administrativ beslutnings-sfære. Hvilken betydning har en slik type reform for på legene og sykepleierne på en klinisk avdeling? I hvilken grad påvirker den aktørene i det konkrete pleie- og behandlingsarbeidet? Andre del av dette kapittelet omhandler de endringer som er kommet på avdelingen som følge av reformen «enhetlig ledelse» med fokus på de nye lederposisjonene, kontraktstyringsmodellen, forsøk på økonomistyring, og til slutt informantenes egne perspektiv på hva som kan gjøre avdelingen effektiv.

Rutinene på avdelingen

Akkurat som menneskekroppen har sin puls, har også sykehusdøgnet sin bestemte rytme. Arbeidsdagen er i stor grad systematisert i faste rutiner, og arbeidet på sykehuset er høyt standardisert i den forstand at grunnkategoriene er de samme for alle. Sykehuset er bygget opp omkring medisinsens logikk, prosedyrer og kunnskap, og funksjonelt organisert etter dette rundt en klar ide om at innkomne pasienter skal diagnostiseres og behandles. For de ansatte på avdelingen er hverdagen først og fremst strukturert funksjonelt, etter faste arbeidsposisjoner som må fylles, og tidsmessig, i forhold til faste møter. I tillegg kommer pasientene som blir flyttet rundt i henhold til sykehusets funksjoner, alt etter hvilken diagnose de har og etter hvilken tilstand de befinner seg i. Denne delen av kapittelet omhandler de daglige rutinene på den aktuelle kirurgiske avdelingen. Først beskrives møtevirksomheten på avdelingen, dernest pasientens gang gjennom sykehuset, og til slutt gis et innblikk i legenes og sykepleiernes arbeidsdag.

Møtevirksomheten

På sykehuset er det tradisjon for, uansett arbeidsbelastning, å holde møter til faste tidspunkt flere ganger daglig. Møtene er kollektive aktiviteter som er med på å gi sykehusarbeidet en puls i form av at dagene brytes opp i små tidsintervall (Knudsen og Vinge 2003). På disse møtene kan man diskutere enkelttilfeller, konferere om faglige spørsmål, formidle informasjon om pasientene, og detaljplanlegge og fordele dagens arbeid. I tillegg foregår mer uformell småprat, kaffedriking, distansering fra andre yrkesgrupper og avdelinger, samt en løpende etablering, bekreftelse og utfordring av statushierarkier. Møtetidene er orienteringspunkter i arbeidsdagen. De sykehusansatte tilpasser sine gjøremål slik at de rekker å delta på de faste møtene. Ventende arbeidsoppgaver som man ikke rekker før vaktskiftet går over til neste skift, der en ny aktør overtar jobben.

Det er ulike typer møter. Sykepleierne og legene holder ved hvert vaktskift møter hver for seg, hvor avtroppende vaktlag rapporterer om avdelingens tilstand til de påtroppende. Møtene ved hvert vaktskifte kalles rapporter, og er viktige for å overføre informasjon fra et vaktskift til det neste. For de nyankomne blir dette en oppdatering på

status ved arbeidets start, altså for å få vite «hvilket arbeid man går til». På disse møtene koordineres de grove linjene i arbeidet, resten blir til underveis i arbeidsdagen. I tillegg har man rent faglige møter, både internt og sammen med andre avdelinger. For eksempel har legene hver dag møte med radiologene på røntgenavdelingen.

Hvilke arenaer benytter ledelsen til kontaktarbeid med avdelingene? Det er fire offisielle veier for kommunikasjon mellom ledelsen og de ansatte. Det meste av informasjon fra avdelingsledelsen går via elektronisk post. I tillegg er avdelingen i ferd med å opprette en nyhetsbulletin på sykehusets Intranett. Avdelingssykepleierne har et eget råd, en uformell sammenkomst en gang i uka hvor også avdelingsleder møter ved behov. Seksjonsoverlegene har mer eller mindre ad hoc møter for informasjon nedover i systemet. Møtene som avdelingsleder er til stede på utgjør avdelingens eneste formelle knutepunkt med den økonomisk-administrative sfære. Avdelingslederen er avdelingens eneste representant som har kontakt oppover i organisasjonen. I tillegg foregår det en enveis rapportering oppover fra seksjonene via ulike edb-baserte rapporteringsløsninger.

Hver post med tilhørende leger har et fast møte en gang i uken hvor de behandler søknader om innleggelse og setter opp operasjonsprogram for den påfølgende uken, og gjerne videre viss det lar seg gjøre. Da blir det også fordelt hvem som skal utføre hvilke operasjoner og hvilken sengepost pasienten skal fordeles til etterpå. Som en av informantene uttrykker:

Og da vet vi hva vi har av ressurser fremover sånn at vi vet hvilke operasjonsdager vi har resten av måneden for å si det sånn. Og vi vet hva slags pasienter vi kan operere ut året, for den saks skyld. Eller neste år også (Lege 3).

Fra avdelingen er det kun avdelingsleder som har faste møter med toppledelsen. I tillegg er han tilknyttet toppledelsen som linjeleder for alle de somatiske avdelingene. Noen av møtene finner også sted utenfor avdelingen. Legene har ukentlig faglige temamøter sammen med leger fra andre avdelinger. På sengeposten har sykepleierne faste planleggingsmøter en gang i uken. Alle de tidligere oversykepleierne på sykehuset møtes i et sykepleierfaglig råd én gang i måneden. Dette er kommet i stand i stedet for sjefssykepleierstillingen som tidligere var en fagansvarlig i toppledelsen. Avdelingens ledergruppe møtes en gang hver annen uke for å koordinere aktiviteten.

Hvorfor er det viktig å sette fokus på møtenes funksjon og plassering i forhold til arbeidets tidsmessige organisering? Møtene er arena for formell og uformell kontakt mellom fagfeller, og gir et legitimt pusterom i en ellers travel hverdag. Arbeidet struktureres tidsmessig i forhold til de faste daglige og ukentlige møtetidene. Dette antyder også noe om ledelsens betingelser på avdelingen. Avdelingen har svake bånd til sykehusledelsen, både topp- og avdelingsledelse, der kontakten i all hovedsak begrenser seg til skriftlig elektronisk kommunikasjon. De formelle ledelsessystemene er i svært liten grad involvert på de arenaene hvor beslutninger knyttet til pasientene blir gjort.

Pasientenes gang gjennom sykehuset

Pasientene fremstår som sykehusets «kasteball». Sykehusorganisasjonens fragmentering forutsetter at pasientene må flyttes rundt etter behov, mellom ulike spesialiserte funksjonelle enheter. Avdelingen i denne studien mottar et bredt spekter av pasienter, ofte med det fellestrekk at de har smerter i mageregionen. Diagnosene varierer fra unge

og oppegående folk som kommer inn med gallestein og blindtarmbetennelser, til store kreftoperasjoner og døende pasienter. De store operasjonene som utføres på avdelingen fører ofte til at pasientene blir hjelpetrengende etterpå, blant annet på grunn av nødvendig medisinskteknisk utstyr som de blir tilkoblet og behov for observasjon over tid. Ikke alle operasjoner er like kompliserte. Dermed varierer pasientenes liggetid på avdelingen fra to dager til tre måneder.

Pasientene kommer til avdelingen via legevakten, fra en allmennlege eller fra andre sykehus eller avdelinger. Alle tilfellene setter i gang de samme mekanismene på avdelingen, men tempoet i saksbehandling varierer betydelig. Som et eksempel beskrives her hvilke mekanismer som settes i gang ved en elektiv (planlagt) innleggelse av en pasient. Når en allmennlege ønsker å ha en pasient undersøkt hos spesialist, sendes en søknad til den avdelingen hvor pasienten kan få den rette hjelpen. Disse brevene, som beskriver problemstillingen, blir fordelt på seksjonene. Søknaden omhandler enten en påvist diagnose eller er et problem som allmennlegen ønsker hjelp til å løse. Ansvaret for å ta i mot og fordele søknadene går på rundgang mellom overlegene på seksjonen. Alle papirer stemples først i journalen, og det registres til hvilken lege brevet går. Deretter har legene et visst antall uker på seg til å gi respons tilbake til kontoret som har sendt brevet. Legene behandler hver søknad ved å lage en utredning og et behandlingsopplegg for hver enkelt pasient. Av og til kan det holde med en poliklinisk konsultasjon, andre ganger må pasienten legges inn.

Har for eksempel pasienten utslag på leverfunksjonsprøver, kan legen velge å rekvirere en ultralyd eller CT-undersøkelse av lever, med påfølgende vurdering av pasienten på poliklinikken. Legen oversender sine papirer til en sekretær, som bestiller røntgen for denne pasienten og ordner med innkallelse. Dagen etter at vedkommende har vært på røntgen blir det foretatt en undersøkelse. Ved pasientens første møte med sykehuset ser legen over pasientens tidligere sykehistorie dersom han eller hun har vært innlagt tidligere. Etter undersøkelsen beslutter legen om pasienten skal innlegges og eventuelt opereres med det samme, innkalles igjen seinere, eller friskmeldes. Operasjonsprogrammet fastsettes av legene på seksjonen og avdelingssykepleierne på et ukentlig møte.

I media skrives det til tider mye om «sykehuskøer», og med de nye pasientrettighetene har man innført garantier for hvor lenge en maksimalt skal vente for å få utført ulike tjenester på sykehuset. Legene i denne studien hevder at selv om køene er reelle nok, blir tallene overdrevet. Dette skjer blant annet fordi pasienter som av medisinske grunner er planlagt innlagt om for eksempel et år også blir kategorisert som ventelistepasienter av sykehusets pasientadministrasjonssystem. Hva som egentlig er pasienter i kø blir dermed også et spørsmål om hvordan man definerer venteliste.

Elektiv versus øyeblikkelig hjelp

Når pasienter tas inn på sykehusene sorteres de etter tilstandens (diagnosens) alvorlighetsgrad i kategoriene «elektive» og «øyeblikkelig hjelp». Denne praksisen er lovhjemlet i Prioriteringsforskriftene. Øyeblikkelig hjelp er et samlebegrep som brukes om pasienter som kommer til sykehuset på kort varsel, mens de elektive betegner planlagte innleggelser. Øyeblikkelig hjelp utgjør flertallet av innleggelser ved norske sykehus, men den betegner en meget differensiert pasientgruppe. Det kan dreie seg om

livstruende sykdom som trenger behandling i løpet av noen få timer, men også om pasienter som blir utredet og kanskje innkalt igjen seinere. Kategorien øyeblikkelig hjelp betyr i praksis at pasienten kommer inn samme døgn som en lege har bestemt at han/hun skal. Dermed blir det, i følge informantene, til en viss grad også et spørsmål om hvordan man administrerer pasientinntaket. Dette skaper organisatoriske utfordringer for alle sykehus med akutfunksjoner, og fordrer vesentlig fleksibilitet i den daglige driften. Usikkerheten omkring hvilke tilstander som kommer inn preger sykehusets rutiner, og den elektive virksomheten kan også bli preget av mangelfull planlegging.

Når det gjelder «øyeblikkelig hjelp»-pasienter har legene på avdelingen liten mulighet til å påvirke hvilke pasienter som kommer. Skillet mellom kirurgi og indremedisin er markant når det gjelder legenes spesialiteter og inndelingen i avdelinger, men det er mer flytende når det kommer til pasientene. Dette fører til at en del pasienter som i følge informantene kunne ha ligget på en medisinsk avdeling kommer til kirurgisk som øyeblikkelig hjelp. En viss feilmargin er det også den andre veien. Siden sykehuset er et regionsykehus kan de ikke nekte å ta i mot pasienter. Som tidligere nevnt merker avdelingen en økende belastning ved høytider og ferier fordi andre institusjoner kutter ned. Statistisk sett har ikke avdelingens øyeblikkelig hjelp andel steget siden 1999, mens det i resten av landet har hatt en stigning på mellom 3 og 5 prosent per år. Én av legene kommenterer dette slik:

Jeg tror vi er blitt flinkere til å selekttere pasienter [til andre sykehus]. Den andre forklaringen er nok at primærhelsetjenesten har tatt større ansvar. Vi lå veldig høyt i forhold til landsgjennomsnittet tidligere, og ligger faktisk litt over landsgjennomsnittet fortsatt (Lege 2).

Opplysninger om pasientene blir dokumentert i journaler. Disse er tilgjengelig slik at nye vaktlag kan tilegne seg informasjonen ved behov og blir arkivert slik at det kan hentes fram igjen, for eksempel ved nye sykehusopphold. Ved pasientens første møte med sykehuset skrives en inntaksjournal. Når pasienten skal reise hjem fra sykehuset skrives det en «epikrise», som i praksis er en beskrivelse av hvilke prosedyrer og inngrep som er utført på pasienten i løpet av sykehusoppholdet. Epikrisen har flere funksjoner. Den sendes som informasjon til pasientens allmennlege, informasjon til pasienten selv, den er utgangspunkt for utregning av DRG-poeng og er en oppsummering av pasientens opphold som kan brukes ved eventuelle senere innleggelser.

«Pasienten først»

I forarbeidet til reformen kom en offentlig utredning med den fengende tittelen «Pasienten først!». Ved dette sykehuset er det fra tid til annen blitt gjennomført omfattende pasienttilfredshetsundersøkelser, men det er ingen kontinuerlig vurdering av pasientenes opplevelser. Juridisk sett har pasienten fått utvidete rettigheter de siste årene med innføringen av ordninger som «fritt sykehusvalg», «second opinion» m.m. Men det er heller usikkert i hvilken grad pasientene opplever dette i praksis.

For å få best mulig hjelp på sykehuset bør pasienten befinne seg på rett sted til rett tid. Sykehuset stiller mange krav til pasientene, mens pasientene selv i minimal grad har mulighet til å stille krav til sykehuset. Kanskje må det være slik i en organisasjon som dette, men det står allikevel i motsetning til det som er beskrevet i reformdokumentene.

Sykehuset blir som et sorteringsapparat hvor en stor del av oppgaven er å sende pasientene til den nødvendige spesialistkompetansen. Denne flyttingen av pasienter mellom funksjonelle enheter er en av forutsetningene for at systemet skal fungere. Sykehusets leger administrerer forflytningene, og hvor enn pasientene kommer finnes det sykepleiere som tar seg av dem.

Legenes arbeidsdag

Det er fort gjort å tro at en kirurg kun opererer pasienter, men slik er det ikke i praksis. En kirurg som opererer mye, bruker maksimalt ti prosent av arbeidsdagen sin på selve operasjonsstua. Dette er blant annet fordi en operasjon krever mye forberedelser. Kirurgens pasientarbeid går også med til å kartlegge pasientene, undersøke dem og gjøre nødvendige vurderinger. Som en avslutning på denne prosessen ender det opp med operasjon. Legene jobber selvstendig i et faglig hierarki der de mest faglig kompetente er på toppen. Dette vises i stillingstitlene som «turnuslege», «assistentlege» og «overlege», hvor det er overlegene som styrer arbeidet. Den interne opplæringspraksisen er at overlegene veileder assistentlegene. For eksempel skal det alltid være en overlege tilstede for å veilede når en assistentlege foretar en operasjon. Seksjonsoverlegen, som er leder for legegruppen, har en større andel administrativt arbeid enn de andre overlegene. Seksjonen har lite kontakt med personer i sykehusets økonomisk-administrative system. Utenom enkelte møter med avdelingsleder foregår kommunikasjonen hovedsaklig per brev. Legene har et relativt tett samarbeid med andre fagfeller og sykepleierne på tilhørende sengepost og poliklinikk. På denne avdelingen er det til sammen cirka førti leger, og på den aktuelle seksjonen femten.

Arbeidet på sykehuset foregår døgkontinuerlig, men den planlagte aktiviteten foregår hovedsakelig hverdager på dagtid. Hver morgen kl 0745 er det rapportmøte på hver seksjon. På møtet stiller legegruppen og ansvarlig sykepleier fra hver av postene, pluss avtroppende nattevakt. Her rapporterer nattens vakthavende om nye pasienter, og redegjør for diagnoser og undersøkelser som er fortatt. Deretter går man igjennom dagens arbeidsprogram, og planlegger plassering av pasientene på sengepostene. Eventuelle faglige spesialproblem blir også diskutert.

Etter morgenmøtet går legene til røntgenmøte. Der gjennomgår og analyserer leger fra røntgenavdelingen (radiologer) skjermbilder som ble bestilt dagen i forveien. Dette kan være røntgenbilder, ultralyd, MR og CT. Her henter legene informasjon om «sine» pasienter. Legene som ikke skal gå visitt, setter i gang med dagens operasjoner og eventuelt polikliniske aktiviteter etter røntgenmøtet. På vei tilbake til avdelingen går den, eller de, som skal gå visitt innom «oppvåkningen» for å se til pasientene som ble operert dagen før. Oppvåkningen er en sengepost på Intensivavdelingen hvor pasienter som har vært til operasjon ligger mens de er på vei ut av narkose.

Før selve visitten begynner, går en lege og en sykepleier gjennom papirene til alle pasientene på hver sengepost. Dette kalles previsitt. Man vurderer da hvorvidt det er behov for å skrive ut nye medisiner, rekvirere nye prøver, eller tid for å skrive ut pasienter. En «visitt» foregår ved at legen og sykepleieren etter previsitten går rundt på avdelingen og snakker med alle pasientene, en etter en. Dette gjøres hver formiddag og ettermiddag. På visitten får pasientene informasjon om videre behandlingsforløp og har

anledning til å stille spørsmål. Etter visitten hender det at legen vil snakke med enkelte pasienter i enerom, gjerne med fastsykepleieren til stede.¹¹ Det kan også være at legen ønsker kontakt med pårørende. Etter å ha vært inne hos alle pasientene blir legen sittende igjen på sengeposten for å skrive ut resepter til pasienter som skal hjem, røntgenrekvisisjoner, journalnotater, sykemeldinger og annet nødvendig papirarbeid. Deretter går legen til eget kontor. Tiden etter lunsj bruker legene ofte på arbeid med journaler og epikriser og planlegging av nye behandlingsopplegg.

Legenes beslutningsmyndighet omfatter de fleste av prosessene som påvirker pasientens gang gjennom sykehuset. Alle pasientene som kommer inn på avdelingen blir undersøkt før man vurderer om det er nødvendig med operasjon. Operasjonene er kun én måte å behandle pasienter på når det er funnet en diagnose, og en stor andel reiser hjem uten å bli operert. Når en pasient er operert, er det legen som følger opp på avdelingen, går visitt, ser til at det går bra, bestemmer medisiner, hjemreisetidspunkt, eventuell sykemelding og når de skal komme på poliklinikken for kontroll, og det er legen som ser dem på poliklinikken viss de skal følges opp.

Legenes vaktordning

Legenes vaktskjema deler opp arbeidet i funksjoner som passes av en ny lege hver dag. Det er tradisjon for at man hver dag passer én funksjon, og at det primære pasientarbeidet gjøres om formiddagen. Legene jobber i vakt og til faste arbeidstider hvor man vet når man skal arbeide, og ikke minst når man skal gå hjem (med forbehold om sykdom og annet uforutsett). Forskjellen fra mange andre akademikere er at de ikke jobber «til arbeidet er gjort».¹² Arbeidet er isteden organisert som en «butikk», en funksjon eller posisjon som skal passes, nesten som en maskin på en fabrikk. En lege som sirkulerer i arbeidsskjemaet kommer ikke automatisk tilbake til arbeidsplassen «slik hun forlot den». Dette er både fordi sykehuset er en døgnåpen virksomhet og fordi funksjonene ofte besettes for en dag av gangen, oftest av nye leger.

Legenes vaktordning består av tre-delte vaktlag, med for- og bakvakter i tillegg til eventuelle turnusleger. Forvaktene, som er til stede på sykehuset hele døgnet, dekkes vanligvis av assistentleger som jobber skift. Turnuslegene inngår også i skiftordninger på sykehuset. Overlegene fyller skiftet som bakvakter. Dette vil si at de utover sin faste arbeidstid (vanligvis dagtid) på sykehuset deler på å være tilgjengelig resten av døgnet. Et slikt system bidrar til at en mindre erfaren vakthavende assistentlege som støter på problemer vet at det finnes en overlege i bakvakt, som kan kontaktes og eventuelt bistå. Dagsrytmen henger tettere sammen med arbeidets fordeling på funksjoner fremfor oppgaver som skal gjøres ferdig.

Sykehusets formelle ledelse griper i svært liten grad direkte inn i legenes daglige arbeid. Legene jobber selvstendig og tar selvstendige beslutninger i omgangen med pasienter. Dette gjøres på et medisinsk grunnlag og legitimeres med hensynet til

¹¹ I Lov om pasientrettigheter er det krav om fastsykepleier, også kalt primærsykepleier, som skal være pasientens hovedkontakt gjennom hele sykehusoppholdet.

¹² Det må her legges til at av og til jobber legene utover sine faste vakttider for eksempel for å fullføre en operasjon som har tatt lenger tid enn planlagt eller assistentleger som må skrive ferdig journaler.

pasientens beste. På grunn av stykkprisfinansieringen (ISF) får legenes medisinske beslutninger også økonomiske konsekvenser, men uten at det fremstår som bevisste økonomiske vurderinger i den enkelte leges daglige virke. Dagens fragmenterte sykehus fordrer nært samarbeid mellom avdelinger og yrkesgrupper. Blant legenes viktigste samarbeidspartnere er sykepleierne, som tar hånd om pasientene når de ikke ligger under kniven eller konsulterer leger.

Sykepleiernes arbeidsdag

De fleste av sykehusets sykepleiere¹³ er tilknyttet en sengepost. I tillegg jobber noen på poliklinikk og noen har spesialstillinger som for eksempel kreftsykepleier. Beskrivelsen her omhandler hverdagen på en sengepost. Sykepleierne på sengeposten jobber selvstendig, men i nært samarbeid med hverandre. For eksempel samarbeider de om tunge løft. Mye av arbeidet er standardisert i form av at sykepleierne utfører faste medisintekniske prosedyrer som følger hver diagnose. Mange vil hevde at sykepleierne på mange måter fungerer som leger på et enklere nivå enn legene selv (Berg 1987). I tillegg kommer pleie- og omsorgsarbeidet.

Det ligger pasienter på sengepostene hele døgnet. Dette fordrer en døgkontinuerlig beredskap av pleiepersonell. Sykepleierne deler inn arbeidsdøgnet i dag-, kvelds- og nattevakter. Ved hvert vaktskifte er det rapportmøte hvor det nye vaktlaget innformes om situasjonen på avdelingen. Fra klokken 0700 til 0730 har sykepleierne på hver post rapportmøte med gjennomgang av alle inneliggende pasienters diagnoser, utstyr og program for dagen. En av sykepleierne møter på jobb ett kvarter før dette og tar i mot rapport fra nattevaktene om hvilke nye pasienter som er kommet inn i løpet av natten og videreformidler dette til de andre.

På sengepostene er det vanlig at pleiepersonalet lager en intern ansvarsfordeling ved å fordele pasientene i «rød» og «blå» gruppe. Informasjon om pasienten under nåværende sykehusopphold er plassert i en ringperm for hver gruppe. Sykepleierne deler seg og pasientene inn i ansvarsgrupper slik at hver og en har hovedansvar for et bestemt antall pasienter. Ofte deles det slik at man har ansvar for et eller flere rom hver. Denne ordningen skal ha til hensikt å skape kontinuitet i pleien, slik at hver pasient i prinsippet skal ha én sykepleier å forholde seg til i løpet av dagen. Arbeidsfordelingen foregår i et kvarters tid etter rapporten før morgenstellet av pasientene utføres. Morgenstellet går ut på at sykepleierne steller de som trenger hjelp, deler ut medisiner og serverer mat til de som ikke kan gå til spiserommet på egenhånd. I tillegg gjøres observasjoner, tømning av dren og poser og måling av blodtrykk, puls og temperatur. Alt dette skal være klart til klokken 0900 når legevisitten begynner.

Sykepleierne på vaktlaget har ulike oppgaver. En er medisinsansvarlig og deler ut medisiner til alle pasientene. Legene ordinerer på egne skjema hvilke medisiner hver pasient skal ha, og sykepleierne har ansvaret for å dele dem ut. En annen er utpekt som

¹³ Beskrivelsene under dette punktet gjelder også til dels for hjelpepleierne på avdelingen, men jeg har valgt å holde den dimensjonen utenfor min studie. Hjelpepleiere fungerer i all hovedsak som sykepleierne, men uten tillatelse til å gå selvstendig nattevakt eller dele ut medikamenter. I praksis kan det forekomme at erfarne hjelpepleiere gjør enkelte sykepleieroppgaver.

gruppeleder for en gruppe og har ansvaret for å gå visitt sammen med en lege. Dette er mer en type arbeidsoppgave enn en lederposisjon.

Viss du skal på seinvakt en dag og tidligvakt neste dag, så har du gruppeansvar på dagen (Sykepleier 3).

Før selve visitten holdes en previsitt hvor alle pasientene gjennomgås sammen med ansvarlig lege. Sykepleierne kan rapportere om hvordan pasientene har det, hvilke medisiner de bruker, om de har fått hvile, og eventuelt annen nyttig informasjon som angår pasientene. Sykepleierne har mye direkte kontakt med pasientene og kjenner dem dermed vanligvis bedre enn legene gjør. De som ikke går legevisitt, er ute i avdelingen og har ansvaret for et bestemt antall pasienter hele dagen, med mer stell og nye observasjoner.

Klokken 14.30 er det vaktskifte. Da er det en halvtimes overlapping, med rapport fra dagvakten. På rapportmøtet går de som har jobbet dagvakt igjennom samme prosedyre som om morgenen, og leser opp navnet på alle pasientene samt diagnose og hvordan de har hatt det i løpet av dagen. Hvert vaktskift leverer skriftlig rapport på hver pasient i tillegg til den muntlige.¹⁴ Denne lagres på avdelingen. Per dags dato føres pleierapportene med penn på papir, men det forligger planer om innføring av et databasert system.

Bemannings situasjonen

Det er stort gjennomtrekk av sykepleiere på posten, og de nye som kommer er ofte nyutdannet og trenger opplæring.

Folk holder ikke ut i årevis. To–tre år så går man gjerne videre til andre ting og finner noe som er roligere (Sykepleier 1).

Det er en travel sengepost. Det er få eldre sykepleiere på denne posten, men noen av hjelpepleierne har vært der i mange år. Gjennomsnittsalderen blant sykepleierne ligger trolig i underkant av tredve år. Dette fører, i følge sykepleierne selv, blant annet med seg en del svangerskapspermisjoner.

Vi har veldig mange unge kvinner her og veldig mange blir gravid. Og det er et tungt sted å være, så det er veldig få som klarer å gå i full stilling så lenge de er gravid. Så vi har veldig mange som er fast sykemeldt (Sykepleier 1).

Avdelingen har mange sykepleiere som er sykemeldte, blant annet på grunn av graviditet. Dermed blir det ekstra stor slitasje på dem som blir værende over tid fordi det stadig er nye kollegaer som må læres opp. Sykepleierne presiserer viktigheten av å ha god opplæring fordi posten har alvorlig og kritisk syke pasienter. På grunn av det store behovet for opplæring har assisterende avdelingssykepleier full stilling bare med å drive det faglige arbeidet på posten.

Bemannings situasjonen generelt regnes som et problem på sengepostene. Det finnes klare retningslinjer med minimumskrav til hvor mange som må være på avdelingen til enhver tid. I praksis viser det seg, kanskje spesielt på sengepostene, at dette ikke alltid

¹⁴ «Rapporten» omhandler pasientenes tilstand og historie, blant annet inneholder den diverse skjema som beskriver hvilke undersøkelser som er gjort, for eksempel blodprøver og røntgen, og pleierapporter.

blir fulgt. Tildels skyldes dette en tradisjon for å kutte utgifter ved å ta inn færre vikarer. Dette fører igjen til økt arbeidsmengde og økt belastning på de som er på jobb. På denne sengeposten er det 22 senger, og det skal ideelt sett være en minimumsbemanning på 8 personer på dagtid, 6 på seinvakt og 2 på nattevakt. I helgene er det færre, men da er også aktiviteten vanligvis lavere fordi den planlagte aktiviteten kun gjøres på dagtid på hverdager.

På grunn av pleiepersonalets turnusordning er det stor variasjon i antallet som er på jobb samtidig. På det meste kan opptil 14–15 ansatte være på posten samtidig. Hvor mange som er på jobb til enhver tid avgjøres uavhengig av antall inneliggende pasienter. Det viser seg imidlertid at posten stort sett bestandig har fullt pasientbelegg. Det er relativt vanlig med flere inneliggende pasienter enn det egentlig er sengeplasser til. Dette løses med at enkelte må ligge i korridorene, og når folk med sengeplass er på permisjon eller til operasjon benyttes deres plasser i mellomtiden. Et rom på avdelingen som egentlig er satt av til undervisningsformål er i praksis alltid fylt opp med pasienter. Det hevdes at det er vanskelig å styre pasienttilførselen på grunn av den høye andelen «øyeblikkelig hjelp»-innleggelser.

Spesialsykepleiere og fagutvikling

Av de elektive pasientene som kommer til avdelingen, har flesteparten kreftrelaterte diagnoser. Derfor har man ansatt egne «kreftsykepleiere». Disse jobber ikke inne på sengepostene, men er likevel ansatt på avdelingen. Dette er sykepleiere med spesialutdanning, som er orientert om og holder kontakten med pasientene etter at de er utskrevet. Dette bidrar til å hjelpe kreftpasienter som har kort liggetid på sykehuset, men som trenger oppfølging når de kommer hjem. Kreftsykepleierne fungerer da som et bindeledd mellom hjemmesykepleien og sykehuset, og informantene uttrykker at avdelingen har positiv erfaring med denne ordningen.

På den aktuelle posten ligger pasienter som har lidelser i øvre del av magen, og pleiepersonalet mener de er trent i å observere tegn som er relatert til «seksjonens diagnose».

Det er og veldig spesifisert hva slags undersøkelser du tar på de forskjellige diagnosene som vi er vant med. Gastroskopi, der du går ned og ser i magen, og sånne ting. Så det er liksom veldig spesielle prosedyrer for hver avdeling. Så det er veldig spesialisert, det er ikke bare til å hoppe rundt (Sykepleier 4).

Sykepleierne har fått spesialopplæring for å jobbe på denne avdelingen. Selv om sykepleieryrket ikke har formell spesialisering i like stor grad som legene er sykepleiernes arbeid likevel sterkt knyttet til de medisinske metoder og prosedyrer som benyttes på avdelingen. Sykepleierne på hver post framstår som spesialiserte. Denne spesialiseringen er av mer uformell art enn legenes, som inngår i en formell spesialistutdanning gjennom sitt ansettelsessystem på sykehuset.

Sykepleierne har også et nettverk utenfor selve sengeposten. Blant annet har de kontakt med serviceavdelingene på sykehuset i og med at de sender pasienter til røntgen, operasjon, til oppvåkning og intensiv, samt til laboratorier. Når det skal tas røntgen, skriver legen ut en røntgenrekvisisjon som postsekretæren sender til røntgenavdelingen. Posten som pasienten ligger på får da beskjed når pasienten har fått tid for undersøkelse og bestiller portør som kjører vedkommende til den aktuelle undersøkelsen. Syke-

pleierne står også for kontakten med kommunehelsetjenesten. I tillegg har posten selv ansvaret for å bestille det de trenger av dagligdags utstyr, som kompresser, kateter og annet medisinsk forbruksutstyr samt medisiner og mat. Når det gjelder større enkeltutgifter, må det imidlertid opp i avdelingsledelsen, der innkjøp kan besluttes.

I sykepleieryrket finner man ikke merittering etter formell faglig utdanning i like stor grad som hos legene. På denne sengeposten jobbes det likevel med å trekke fagutvikling inn i hverdagen. På avdelingssykepleierens initiativ har man delt personalet inn i grupper som skal fordype seg i ulike faglige tema. Opplegget er tilpasset slik at gruppene har avsatt «studiedager» i turnusplanen.

Altså trekke inn kompetanse, lage noe skriftlig, også undervise hverandre. Men det er veldig vanskelig å få til for de er så redd for å stå fremfor hverandre og si at 'dette er mitt produkt'. Altså, de er ikke vant til det. Altså veldig mange andre grupper ville sagt 'dette er mitt produkt, se hvor god jeg har vært'. Men, altså vi er, jeg vet ikke hva det er med sykepleierne, men de er litt sånn at 'er jeg god nok og er dette bra nok?'. Så vi har tenkt å gi de veiledning og prøve litt. For det har noe med holdninger å gjøre til fagutvikling, til å ta eget ansvar for å utvikle seg mer faglig. Det tror jeg er veldig viktig. Og det handler om holdninger og det handler om hva vi kan tilføre hverandre som kollegaer. Og for å få en høy faglig standard i avdelingen som pasientene da selvfølgelig nyter godt av. Så er vi nødt til å; vi kan ikke bare gå her å dure hver dag og bare gjøre rutineoppgaver. Da blir folk fryktelig lei. Og det er viktig å bruke tid til det, mener jeg, og det skal vi bruke tid til (Sykepleier 1).

Informanten mener her at fordypning i eget fag vil kunne være en viktig faktor for å opprettholde de ansattes motivasjon i en ellers travel og rutinepreget hverdag. Dette er et tiltak som allerede er igangsatt på avdelingen. I tillegg påpekes viktigheten av å kunne stole på seg selv og egne vurderinger i utførelsen av sykepleierfaget. Dette vil, ifølge informanten, komme pasientene til gode i form av dyktige og motiverte sykepleiere. Når informanten her snakker om holdningsendring, refereres det til et ønske om økt profesjonell selvbevissthet blant sykepleierne. Dette er åpenbart noe annet enn reformens ønske om å endre de ansattes holdninger til ledelse. Tiltaket kan tolkes som et forsøk på å styrke sykepleieprofesjonen ved å øke myndighet og kontroll over egen arbeidsområde.

Sykepleierens arbeid på sengeposten styres hovedsakelig av de til enhver tid inneliggende pasientenes tilstand og behandlingsopplegg. Pasientene er plassert der av legene på seksjonen og i akuttmottaket. På posten organiserer sykepleierne seg i den hensikt å ivareta pasientenes behov så godt som mulig, og man tilpasser seg en situasjon der posten det meste av tiden er overfylt. Hver sykepleier er selvstendig ansvarlig for eget arbeid. Arbeidet fordeles, som tidligere nevnt, i form av en turnusliste som setter opp uavhengig av antallet inneliggende pasienter.

Oppsummering

Denne første delen av kapittelet har belyst pleie- og behandlingsarbeidets tidsstrukturering gjennom vaktordninger og faste møter, og pasientens gang gjennom sykehussystemet som essensielt for sykehusorganisasjonens funksjonelle oppbygging. I tillegg er arbeidet på avdelingen beskrevet ut ifra legene og sykepleierens ståsted. I hver

av disse beskrivelsene har jeg belyst avdelingens beslutningssystemer, og forsøkt å flette inn hva som er ledelsens innflytelsespraksis og -muligheter på disse.

Det viser seg at pleie- og behandlingsarbeidet på avdelingen går sin gang nærmest uten innblanding fra verken avdelings- eller toppledelse. Hver og en av de ansatte kjenner sine oppgaver, hver yrkesgruppe styrer seg selv, og sammen holder de hjulene i gang på sykehusmaskineriet 24 timer i døgnet. Den neste delen av kapittelet belyser hvilke spor av reformen som er å finne på post- og seksjonsnivå og tar for seg hvilke utfoldelsesmuligheter en strukturreform som «enhetlig ledelse» vil kunne ha i praksis i avdelingens arbeidshverdag.

Når styringsambisjoner møter praksis¹⁵

Mye av hensikten med å innføre enhetlig ledelse var å desentralisere og tydeliggjøre ansvar. Her er det underforstått at det handler om økonomisk–administrativt ansvar. I tillegg gjorde man «kollisjonen» mellom økonomisk–administrativ og medisinsk logikk til et spørsmål om de sykehusansattes individuelle holdninger. Folk som har jobbet i sykehussektoren noen år er vant med at den formelle strukturen ofte endres. Dette gjelder spesielt ved ansettelse av nye sykehusdirektører, til dels også ved regjeringsskifter, og generelt i betydelig grad de siste tredivetårene. En av informantene svarte dette da jeg spurte om troen på dette styringsregimets fremtid:

Jeg tror ikke det vil vare akkurat i den formen som det er nå. Det vil bli endringer. Og det sier jeg ut ifra at jeg har sett (...) når det kommer nye ledere så vil de endre. Får vi en ny regjering så kan det godt hende at de bestemmer at dette skal endres. Dette var jo Tønne sin kongstanke i sin tid, og Arbeiderpartiet skulle gjøre noe med det. Og de gjorde det også fordi de trodde at de skulle få ned ventelistene, at de skulle få orden på budsjettene. Vi skulle få et helt annet helsevesen som var mye bedre enn det vi hadde. Det er klart at det; det har ikke noe med det å gjøre. Om du har en eller to eller tre ledere, holdt jeg på å si, på post- eller på avdelingsnivå så betyr ikke det noe i forhold til dette. Samarbeidet her, at du kan samarbeide innad, betyr veldig mye (Sykepleier 4).

Informanten uttaler her at samarbeidet internt på avdelingen er viktigere enn antallet ledere. Dette antyder at sykehuset er en organisasjon som i liten grad styres direkte fra de formelle lederposisjonene. Både legene og sykepleierne er enige om at reformen «enhetlig ledelse» har hatt lite betydning for den daglige driften på avdelingen bortsett fra en beskjeden omfordeling av arbeidsoppgaver. Legene hevder at reformen ikke har noen betydning for arbeidet deres. Sykepleierne vektlegger at avdelingslederen har fått en mer utsatt posisjon enn tidligere. I tillegg påpeker flere av informantene helsepolitikken manglende kunnskap om praksis på sykehusene, og at fokuset i reformarbeidet har vært rettet mot politiske slagord istedenfor å tilegne seg slik kunnskap.

Er det mulig å finne spor etter reformen «enhetlig ledelse» på en klinisk avdeling? I så fall, hvilken betydning har den for det daglige arbeidet? Denne delen av kapittelet omhandler hvilke endringer som er kommet på avdelingen som følge av reformen. Først

¹⁵ Takk til Eva Zeuthen Bentsen m.fl. (1999) for tjuvlån av tittel.

gjøres det greie for de nye lederposisjonene, med spesiell fokus på de nye avdelingsleder- og avdelingssykepleierrollene, deretter for lederkontrakten som styringsredskap, fokus på budsjett og økonomi, og til slutt informantenes egne perspektiv på hva som kan gjøre avdelingen mer effektiv.

De nye lederposisjonene

Et av formålene med denne reformen var å standardisere ledelsesstrukturen i sykehusene, i et forsøk på å klargjøre ansvarsforholdene internt. I praksis har det i stor grad kun ført til en beskjedent omfordeling av tradisjonelle arbeidsoppgaver. Ledelse for kliniske avdelinger har tradisjonelt vært basert på felles ledelse gjennom to personer, avdelingsoverlege og oversykepleier, såkalt to-delt enhetlig ledelse. Disse har sammen vært øverste administrative leder på avdelingen og ansvarlig for avdelingens drift. Den tradisjonelle modellen er nå blitt utfordret av en ny modell med én profesjonell leder som er ment å sitte med hele ansvaret alene.

Informantene uttrykker en klar felles oppfatning om at den nye ledelsesstrukturen verken er noe som er initiert eller i utgangspunktet ønsket fra avdelingens side. Det beskrives heller som en bestemmelse Stortinget har «trædd ned over hodene på dem». Denne studien viser at de ansatte har liten tro på at endringene vil løse noen problemer i forbindelse med utførelsen av det daglige pleie- og behandlingsarbeidet. Et sitat fra en av informantene illustrerer dette:

Jeg vært med og diskutert dette i fra 1983, Øie-utvalget som det het den gangen, som begynte å diskutere dette med enhetlig ledelse. Og jeg har vært veldig i mot det hele tiden, men når jeg ser nå: Det må vi gjerne ha. Jeg har endret på deler av det synet, helt greit, for jeg ser at det er ikke det som løser problemet. Det er ikke der problemet ligger. Enten du har en eller to ledere på en post. De to lederne, viss du har det, så må de samarbeide, og viss ikke jeg (...) kan samarbeide med de som jeg har nært meg så går ikke det likevel. Da lager vi masse rot i systemet (Sykepleier 4).

Informanten viser at hun i løpet av en tveårsperiode har endret syn i spørsmålet om enhetlig ledelse. Men holdningsendringen synes å gjelde gjennomførbarheten mer enn innholdet i tiltaket. Dette begrunnes med at antallet ledere har liten betydning for det hun omtaler som avdelingens virkelige problemer. Måten avdelingen, og helseprofesjonene, har mottatt den nye ordningen på har i følge informantene ført til at avdelingen har fått to nye «uriasposter», den nye stillingen som avdelingsleder og den endrete rollen til avdelingssykepleierne.¹⁶ Begge er posisjoner med meget stor arbeidsbelastning. Av avdelingens andre lederposisjoner er oversykepleierstillingen tatt vekk i den nye strukturen, mens seksjonsoverlegen i utvalget mener at hans rolle fremdeles er den samme.

Den nye avdelingslederrollen

På nasjonalt plan utspant det seg, som tidligere nevnt, en debatt om hvorvidt leger eller sykepleiere skulle inneha de nye avdelingslederstillinger. På denne avdelingen, som på

¹⁶ Betyr utsatt stilling eller farlig post. Stammer fra en bibelsk beretning om David, Urias og Batsaba.

de fleste andre på dette sykehuset, er den tidligere avdelingsoverlegen ansatt som ny enhetlig avdelingsleder.¹⁷ Den nye avdelingslederen har ikke sluttet som kliniker selv om han nå er ansatt i en rent administrativ stilling. Det kan være mange grunner til dette, men to av de viktigste handler trolig om lojalitet til egen seksjon, der hver fagmann er meget viktig, og det at man fort blir «utdatert» som kliniker viss man ikke praktiserer. En av informantene kommenterer det på denne måten:

Jeg tror at lederoppgaven, altså avdelingslederoppgaven (...) er en hundre prosent stilling. Men veldig mange av de som er ansatt er leger og har pasienter og vakter og alt mulig ved siden av, og jeg tror det blir veldig mye. Så jeg tror ikke det spiller noen rolle om man er lege eller sykepleier i den lederstillingen, det kan godt hende man kunne hatt en annen utdanning og, men det er viktig å ha gode legerådgivere og en god sykepleierrådgiver, tror jeg, for den som er leder. Også er jeg helt sikker på at den som er avdelingsleder må være avdelingsleder i hundre prosent. For det er en kjempeoppgave å være leder for en sånn avdeling som dette. Men jeg vet at det er veldig mange avdelinger som ikke har fått det til og det er jo selvfølgelig fordi at man får en lederstilling og så trenger man legeressursen også (Sykepleier 1).

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

Avdelingsleder er jo i prinsippet ikke noen legestilling. Det er en lederstilling, men (...) det er så mye som går på medisinske prioriteringer og medisinske tolkninger omkring i systemet at det har vært i hvert fall en lykke for han vi nå har at han har kirurgisk bakgrunn. For han kjenner jo avdelingen inn og ut. Men det er ikke en medisinsk oppgave han gjør (Lege 1).

Denne legen redefinerer lederstillingens innhold ved å referere til medisinske beslutninger. Dette synet avviker fra reformens idé om å profesjonalisere lederrollen, men er trolig en vanlig oppfatning blant sykehusets leger. Legene oppfatter det nærmest som en naturlig konsekvens av enhetlig ledelse at det er en lege som skal inneha de nye avdelingslederposisjonene. Dette kan muligens være en strategi fra legeprofesjonens side for å opprettholde kontrollen over eget arbeid.

Det at avdelingslederen i tillegg til lederoppgaven praktiserer som lege og har en professorstilling framstår som en motsetning til reformens idé om en rendyrket lederposisjon. På den annen side kan det være at profesjonstilknytningen har betydning for legens egen profesjonelle identitet og i liten grad påvirker utførelsen av ledervervet. Gjennom sin posisjon i toppledelsen pleier avdelingslederen båndene oppover i organisasjonen, mens avdelingssykepleierne mener at deres bånd med overordnede er svekket i det nye regimet. Avdelingssykepleierne hevder at de må stå mer på egne bein enn tidligere, nå som de har mistet oversykepleieren som sin nærmeste overordnede.

¹⁷ Ved dette sykehuset er 70% av avdelingslederne leger, og av disse har 95% medisinsk doktorgrad (tall fra 2003).

Den nye avdelingssykepleierrollen

Avdelingssykepleierrollen er også endret i det nye regimet. Hele tiden har avdelingssykepleieren vært leder på sengepostene, men har nå i tillegg overtatt mye av driftsansvaret som tidligere lå på oversykepleier. Oversykepleierstillingen som fantes i det gamle systemet er tatt vekk. Dermed er avdelingsleder nærmeste overordnede for avdelingssykepleierne, mens de tidligere hadde oversykepleier som neste ledd over seg. Endringene gir avdelingssykepleierne flere oppgaver og mer selvstendighet i arbeidet. Sykepleierne mener at dette gir rom for å påvirke og utforme egen sengepost i større grad enn før. En arbeidskrevende oppgave avdelingssykepleierne nå har overtatt fra oversykepleier er alt personalansvaret. Av tidkrevende aktivitet gjelder dette spesielt arbeid med ansettelser. Selv om det i praksis er en kontorfaglig oppgave er det avdelingssykepleierne som må foreta bestemmelsene. I tillegg må de legge til rette for at en stilling blir lyst ut, hvilket innhold stillingen skal ha, hvordan utlysningsteksten vil være, innstilling og intervju. Dette er arbeidsoppgaver som de tidligere ikke har brukt tid på.

Per dags dato lurer fortsatt den tidligere oversykepleieren i kulissene på avdelingen. Personen som var oversykepleier i det gamle systemet er tiltenkt stillingen som i det nye organisasjonskartet heter «koordinator pleie», men det er ennå ikke fastsatt hva denne rollen skal innebære. Foreløpig innebærer stillingen tidligere «oversykepleieroppgaver», som å fordele innkomne pasienter på de ulike sengepostene, holde kontakt med sykehjemstjeneste, og bidra som veileder for de nye avdelingssykepleierne. Som tidligere oversykepleier sier selv, «i hvert fall gjør jeg det».

Flere av informantene mener at oversykepleierstillingen kan være nyttig i forhold til det å ha oversikt over det sykepleierfaglige og kunne samle ressurser, få til prosjekter på tvers av postene og å ha et overordnet syn i forhold til sykepleiertjenesten.

Den største endringen for sykepleierne i forbindelse med reformen «enhetlig ledelse» mener informantene er at man tidligere hadde en oversykepleier som var ansvarlig for den pleiefaglige driften. Den tidligere avdelingsoverlegen hadde det medisinske ansvaret. I det nye regimet med enhetlig leder er det en lege som har hele det administrative ansvaret og personalansvaret, også for sykepleierne. I følge sykepleierne i utvalget utgjør dette en forskjell:

Vi hadde jo en tettere kontakt tidligere med oversykepleier (...) både med fagansvar og personal, altså du jobber mer selvstendig som avdelingssykepleier sånn som det er i dag. For han som er avdelingsleder har jo selvfølgelig mange andre oppgaver og mange andre å forholde seg til også i avdelingen. Så det er ting som må gå seg til etter hvert (Sykepleier 1).

Informantene påpeker at sengepostene foreløpig er mer autonome enn tidligere, men også at man er i en overgangsfase og dermed usikker på hvordan det vil bli når hele systemet er kommet skikkelig i gjenge. Reformen «enhetlig ledelse» har ført til et videre oppgaveområde og økt selvstendighet for avdelingssykepleierne. Sengepostenes kollektive fristilling er kommet som en direkte følge av overgangen til enhetlig ledelse. Dette fremstår som en tvungen individuell selvstendighet for avdelingssykepleierne, og flere av informantene påpeker det problematiske med å fylle tomrommet etter oversykepleier og manglende opplæring.

Jeg føler at sykehuset bare har kastet alle avdelingssykepleierne ut i det uten at de er blitt tilbudt noen skikkelig opplæring. (...) Nå med enhetlig ledelse så vil avdelingssykepleier jobbe mye mer selvstendig enn hva de gjorde før, men du har jo de samme forpliktelsene overfor ledelsen, men du må ta en del mer kanskje; du har ikke så lett for å gå og få tak i; jeg har ikke så lett for å få tak i avdelingsleder i dag som jeg fikk tak i oversykepleier tidligere; altså man tar mye mer selvstendige avgjørelser uten å spørre og det har man sikkert ikke vondt av, det er ikke det, men det er der jeg mener at altfor mange sykepleier bare blir kastet rett ut i det. Avdelingssykepleiere som ikke har så lang fartstid og som har vært vant til den oversykepleieren blir plutselig kastet ut i det. Så jeg synes det har ikke vært noen overgangsordning (Sykepleier 1).

Informanten påpeker her at i arbeidet med reformen «enhetlig ledelse» har sykehuset utelukkende fokusert på de nye avdelingslederne, uten å analysere konsekvensene for deres samarbeidspartnere. Dette vil ifølge informanten føre til at avdelingssykepleierne jobber mer selvstendig, og hun uttrykker bekymring for at dette kan være vanskelig for de avdelingssykepleierne som ikke har ledererfaring fra tidligere. Som støtte for avdelingssykepleierne ønsker avdelingslederen i framtiden å ha både en driftssykepleier og en fagsykepleier. Fagutviklingsykepleier er der fra før, men avdelingen er såpass stor at det har vært snakket om å bygge opp en egen fagavdeling. Det antydes at disse oppgavene vil bli lagt på «koordinator pleie»-stillingen. Selv om stillingen «oversykepleier» er fjernet fra organisasjonskartet spiller den tidligere oversykepleieren fremdeles en rolle i praksis.

På denne avdelingen viser det seg at det har vært en del endring av stillingstitler, men heller mindre når det gjelder arbeidsoppgaver. Avdelingsoverlegen er blitt avdelingsleder og fått en større stab rundt seg, og avdelingssykepleierne har overtatt en del av oversykepleierens tidligere oppgaver. Denne studien finner en forskjell mellom yrkesgruppene når det gjelder oppfatningen av den nye avdelingslederrollen. Sykepleierne poengterer at det er en hundre prosent lederstilling, mens legene støtter dagens ordning der lederen leder i kraft av å være lege.

Avdelingen har tilpasset seg enhetlig ledelse, men ikke på en slik måte som reformutredningene beskriver. Det at avdelingsleder fremdeles praktiserer som lege viser at reformens idé om profesjonell ledelse ikke er kommet i stand etter intensjonen. I tillegg ser den nye ledelsesmodellen ut til å påvirke forholdet mellom profesjonene, der man har fått en kamp om lederposisjonen, og sykepleierne har mistet oversykepleier som linje oppover i organisasjonen.

Kontraktstyring

Sykehuset innførte i februar 2003 personlige lederkontrakter mellom hver avdelingsleder og administrerende direktør. Disse skal reforhandles årlig, og toppledelsen regner dem som avgjørende for styringen av sykehuset. Kontrakten pålegger lederen et totalansvar for avdelingen og dens virksomhet, og foretakets forventninger til ledere er utdypet. I tillegg inneholder kontrakten ulike måleparametere for lederne. Målområdene er definert som «pasientbehandling», «interne prosesser», «medarbeidere», «forskning og utvikling», «økonomi», «samfunnskontakt» og «egenutvikling/organisatoriske utfordringer». Til hvert av målområdene er det laget konkrete operasjonaliseringer, og tiltak i kommende periode avtales mellom partene i kontraktsmøtet og er ment å angi de områdene som

skal prioriteres. Det nye i kontrakten i forhold til tidligere er at det følger et personlig ansvar for avdelingens økonomi. Dette har fått en sentral plass i kontrakten. Liknende kontraktsordninger er ikke videreført internt på avdelingen, for eksempel mellom avdelingsleder og seksjonsoverlegene og avdelingssykepleierne.

Utviklingen i en del av parameterne rapporteres inn til toppledelsen hver måned. Da rapporterer avdelingen inn hvor langt de er kommet i forhold til forhåndsdefinerte rapporteringsmål. Avdelingslederen mener at denne ordningen er kommet i stand for at direktøren skal kunne håndtere et stort kontrollspenn. Sykehusdirektøren har 20–30 mellomledere som skal rapportere direkte til seg, og kontrollspennet blir stort. Rapporteringsordningen blir dermed en måte å skaffe seg oversikt over avdelingene, eller mer presist hvor avdelingene er kommet i forhold til målsetningene. Seksjonene rapporterer liggetid, antall operasjoner, hvilke operasjoner og hvilke diagnoser pasientene har. Denne informasjonen ligger i sykehusets administrative datasystem, og utgjør grunnlaget for beregningen av DRG-poeng.

Lederkontrakten er distribuert til alle mellomlederne, men informantene har svært ulike og til dels uklare oppfatninger om kontraktens rolle og viktighet i det daglige arbeidet. En generell tendens er at ingen har noen særlig kunnskap om kontraktens faktiske innhold. Når det gjelder oppfatningen av dens posisjon spriker svarene fra at kontrakten er avdelingens styringsdokument til at den er hemmelig for alle andre enn avdelingsleder og sykehusdirektøren.

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

Avdelingsleder prøver å overføre sitt individuelle ansvar til kollektivet ved å hevde at det er hele avdelingen sin kontrakt. Denne oppfatningen er forskjellig fra reformatorenes idé om at én leder skal ha det totale ansvaret. Andre informanter er mer bekymret over at avdelingsleder nå står i en meget klar ansvars- og dermed skyldposisjon ved å undertegne den personlige kontrakten.

Det nye er egentlig at han la hodet sitt litt for hugg. Jeg synes det er veldig skremmende klart ansvar han fikk. (...) Når det blir nedskrevet og det blir gjort veldig konkret (Sykepleier 2).

Som sykepleieren her sier, antyder kontrakten at lederen står i en mer utsatt posisjon enn tidligere. En antatt konsekvens av kontrakter som virkemiddel i styringen er at avdelingslederne kan bli bedt om å gå fra stillingene sine viss ikke kontrakten oppfylles.

Det de sier; altså for meg virker det veldig sånn snill og grei, nesten Ole Brumm-opplegg. Også sier de det at viss ikke jeg klarer å holde budsjettet så må jeg gå. Direktøren sier det. Avdelingslederne sier det. Men jeg har sagt til [avdelingsleder] 'hva så da?'. Viss direktøren må gå eller viss du må gå, (...) hvem skal overta da? Og tror man at om en annen overtar at det blir bedre? Det blir det jo ikke. Jeg har sittet i denne stillingen så lenge at det ser jeg. Det blir jo ikke bedre. Hvem skulle det være, av de vi har her nå, som skulle kunne gå inn å gjøre det bedre? Vi har ingen. Eller utenifra, vi har hatt folk utenifra og de gjorde det jo enda verre. Eller det ble jo bare enda verre (Sykepleier 4).

Informanten argumenterer her for at det er liten hjelp i å bytte ut en leder så lenge premissene for lederskapet forblir de samme. Avdelingen har opp gjennom årene hatt ulike ledere som de selv mener er dyktige. Denne informanten mener at det å gi lederen en konkret kontrakt har lite å si fordi det finnes rammebetingelser som i vesentlig grad begrenser avdelingslederens handlingsrom, og dermed mulighetene for å oppfylle statens økonomiske målsetninger. Denne studien har for begrenset materiale til å si noe om hvilken innflytelse avdelingsleder egentlig har på avdelingens medisinske virksomhet.

Ved Sentralsykehuset i Rogaland hadde man høsten 2003 den såkalte Glomsaker-saken, der en klinikkleder (enhetlig leder) ble fratatt sin stilling fordi han ble oppfattet som illojal mot en av toppledelsens beslutninger.¹⁸ Som et forsøk på å møte inntjeningskravene fra staten hadde sykehusledelsen bestemt seg for å satse stort på dagkirurgi. Ideen var å opprette et dagkirurgisk senter og mangedoble antallet dagkirurgiske inngrep. Klinikksjefen for Ortopedisk-kirurgisk klinikk, som også var overlege, anså planene som et faglig uforsvarlig luftslott og mente også at dette låste ressurser til uprioritert virksomhet mens blant annet kreftpasienter må vente lengre. I løpet av kort tid ble klinikksjefen, Glomsaker, avskjediget begrunnet med illojal oppførsel. Som reaksjon på dette trakk mange av de andre legene ved sykehuset seg fra sine lederstillinger og 57 leger ved klinikken skrev under på at de hadde mistillit til sykehusdirektøren. I en kjennelse fra Stavanger tingsrett var konklusjonen at Glomsaker neppe hadde vært illojal. Han hadde bare benyttet sin frihet til å ytre kritikk. Enden på denne historien ble at direktøren måtte forlate sin stilling, men kravet om gigantiske økonomiske kutt ble ikke sykehuset kvitt.

Informantene har ulike oppfatninger av lederkontraktens status og funksjon på avdelingen, men hovedinntrykket er at den ikke tillegges særlig vekt utover å være en formalitet som er i orden. Med en slik kontrakt som styringsredskap ville en kanskje forvente at det kan skje en form for sanksjonering viss ikke kontrakten overholdes. Men som en av informantene sier så tydelig «hva skjer viss noen går?». Kontraktstyringen fremstår mer som en seremoni for å oppfylle krav fra sykehusets institusjonelle omgivelser enn som et praktisk styringsverktøy. I reformutredningene mangler en vurdering av hvor godt, og på hvilken måte, denne lederjobben kan gjøres innenfor de rammene som finnes i sykehuset i dag. Det kan virke som om hele forsøket på å skape et styringssystem via «enhetlig ledelse» mangler realisme fordi det undervurderer de medisinske beslutningssystemenes betydelige posisjon i sykehuset. Ville en slik vurdering kanskje finne at helsevesenets problem handler om manglende kapasitet fremfor dårlig effektivitet? Per i dag er det imidlertid økonomi og effektivitet som får hovedoppmerksomheten i norsk helsepolitikk.

Økonomi og budsjettstyring

Informantene er enige om at «produksjonen» er god selv om avdelingen går med underskudd. De har ulike oppfatninger om hvorfor avdelingens regnskap ikke går i

¹⁸ For mer om denne saken, se for eksempel Dagbladets helgemagasin 24. april 2004. I tillegg til at den var et hyppig tema i Stavanger Aftenblad hele høsten 2003.

balanse. Enkelte mener at sykehusadministrasjonen legger til ordninger som gjør at avdelingen ikke får beholde alle inntektene sine og dermed kommer ut med underskudd i regnskapet.

Sykehuset må finne en balanse mellom de avdelingene som har egen DRG-inntekt og de som er regnet som støttefunksjoner, for eksempel de medisinske serviceavdelingene. Dermed «tappes» de kliniske avdelingene for en del av sine DRG-inntekter. Den overordnede begrunnelsen for sykehusets dårlige økonomi er i følge informantene at det fordeles lite penger til den aktuelle helseregionen i forhold til andre regioner. Dette er en overordnet beslutning som ligger på den økonomiske og administrative delen av sykehuset og vil ikke bli beskrevet nærmere her.¹⁹ Flere av informantene uttaler at de tror den nye avdelingslederen er sterkt presset fra sykehusledelsen til å skaffe avdelingen inntekter.

Men det er klart at han [avdelingsleder] er blitt mer og mer preget av økonomisk styring. Fordi at det nye som skjedde, med den nye sykehusreformen, er jo at vi nå må skaffe oss inntektene selv. Gjennom produksjon av pasienter og de menneskene vi opererer. Og det er klart at da er det jo slik at det er viktig for oss å få med riktig koding, og riktig diagnosesetting i forhold til det vi gjør. For når vi skriver ut pasienter, så lager vi et utskrivningspapir som vi kaller det. Så da når vi skriver ut pasienten så skal vi skrive på diagnose på hva vi har gjort. For det vi da egentlig gjør er at vi laget en spesifisert regning. Dette kalles en epikrise. Så viss det der er for dårlig, så får vi ikke pengene våre igjen. For de tenker veldig mye i DRG-poeng. Lederen også tenker nesten bare i DRG-poeng [humoristisk] (Lege 1).

Når informanten her påpeker at avdelingslederen er preget av økonomisk styring begrunnes det med at det i praksis er økt fokus på riktig dokumentasjon av arbeidet som blir utført på avdelingen. Den økonomiske styringen som omtales her griper ikke inn i de medisinske beslutningssystemene, men stiller krav om dokumentasjon i form av DRG-koding. Dette oppfatter informantene som ekstra arbeid for avdelingen.

Så vi stresser jo veldig på det, da. Å få med alt. Jobben blir jo gjort og pengene ligger der, men viss ikke vi koder så får vi ikke de. Altså, det er noe med at du må bare få det inn som en rutine. Du må rett og slett skrive regning på det du gjør (Sykepleier 2).

Sykehusets finansieringsordning fungerer slik at legene må skrive «regning» på hver pasient for å få refundert penger for det arbeidet som er blitt utført. Etter å ha lest oppslag i media om bevisst bruk av koding med tanke på lønnsomhet, spurte jeg informantene om muligheten for å prioritere pasientinntaket etter lønnsomme og mindre lønnsomme DRG'er. Informantene mener at det i enkelte deler av medisinen trolig har det vært spekulert i lønnsomme og ikke lønnsomme DRG'er. Denne avdelingen er imidlertid ofte siste skanse og kan dermed ikke «velge og vrake» pasienter. Avdelingen har, i følge informantene, ingen «kan-aktivitet», den har bare «må-aktivitet», og er derfor forpliktet til å ta i mot alle pasientene som kommer.

Per i dag er det ikke slik at vi lar være å ta inn pasienter som er utgiftsbringende. Men det er jo det som er faren i fremtiden, men per i dag har ikke vi hatt det (Lege 1).

¹⁹ En drøfting av forutsetningene for rammefinansiering er å finne i NOU 2003:1 og i Hagen (2003).

Legene har krav på seg om å behandle de som er syke og kan dermed ikke nekte pasienter behandling for sine lidelser. Dermed blir det umulig å spare penger på prioriteringen av pasienter. Det viser seg statistisk at det er små variasjoner fra år til år, og dermed blir avdelingens inntekter også relativt forutsigbare. I følge informantene er DRG-vekten per opphold ganske stabil jevn, spesielt på øyeblikkelig hjelp, mens avdelingen har hatt en liten økning i elektiv virksomhet de siste årene.

Dette med ISF, den vridningen av aktiviteten i økonomisk retning, den er jeg veldig usikker på hva den har hatt av betydning. Fordi at viss du ser på aktiviteten totalt, altså viss du ser bort fra økonomi og bare ser på hvilken type pasienter vi behandler, så er det i hvert fall på vårt sykehus veldig liten forskjell. Vi har nok på en måte klart å effektivisere, altså vi har klart å få mer igjennom. Altså denne ISF-betalinga, gjør på en måte at vi har hatt en press på oss til å få flere pasienter gjennom systemet. Kortere liggetid, mer effektiv utredning osv. Slik at der kan det nok kanskje ha betydning, men type pasienter tror jeg ikke det har noe med. Ikke noe som helst (...) Med DRG, med at det er blitt mer mas om kodingen, men utover det så har ikke behandlingen endret seg noen ting. Så dette er noe som ligger helt oppe i sirklene og har betydning for de som styrer sykehusene i grunn. For oss har det bare vært mas og en ulempe egentlig. Brukt masse tid på å prøve også få dette riktig, da (Lege 3).

Denne informanten påpeker også at for dette sykehuset fungerer DRG-systemet kun som en arbeidskrevende form for dokumentasjonsarbeid, og det har ikke ført til noen vesentlig endring i produktiviteten. Flere av informantene mener at stykkprisfinansieringen er innført for at myndighetene skal kunne spore opp hvordan sykehusets penger blir brukt, men at man på seksjonsnivå ikke merker noen forskjell i det daglige arbeidet. DRG-systemet er knyttet opp mot klart definerte prosedyrer og diagnoser.²⁰ Legene uttrykker at de ønsker seg et mer fleksibelt system, der de selv får være med å definere hva vi skal legge i ordet «innsats».

Det mest økonomisk lønnsomme for denne avdelingen ville være å operere for eksempel gallestein, som er en ukomplisert og rask operasjon man kan gjøre mange av uten at det generer store utgifter. Det ville kunne økt avdelingens inntekter ved å ikke ta i mot «øyeblikkelig hjelp», slippe å behandle pasienter over 80 år, og annet som fører til ekstra pleieutgifter og personalomkostninger. Informantene mener at denne typen problematikk ikke dekkes helt av dagens DRG-systemet. I dag er poliklinisk virksomhet økonomisk lønnsomt, derfor legges driften opp med mest mulig bruk av disse, som er avdelingens inntjeningssteder.

Altså DRG, ideelt sett, er jo det en måte for myndighetene å følge pengene inn i systemet på. Også bestemmer de hvor mye penger de skal la gå inn i systemet. Også blir det en konkurranse mellom aktørene om å få flest mulig ut av disse DRG-ene. Viss det viser seg at noen er veldig flinke til å skaffe seg slike DRG-poenger, så går det bra for da blir det litt mindre på de andre. Men viss alle blir veldig like flinke så bare reduserer man takstene på det. Sånn at for vi, eller jeg som kirurg, så har jeg jo det samme antallet, det samme medisinske problemene, jeg har de samme utredningene, og det samme forholdet til sykepleierne som jeg har hatt, og jeg har det samme forholdet til omverdenen som jeg hatt, og gjør ingenting annerledes nå enn jeg gjorde før, og pasientene får de samme komplikasjonene og lever like lenge. Altså, det er ingen, dette er noe vi har

²⁰ Dette er standardisert etter et kodesystem som kalles «ICD-10» og finnes i en egen bok (ca 1500 sider i den norske utgaven fra år 2000) som inneholder alle diagnoser som benyttes i dag.

inntrykk av at er en måte som myndighetene bruker for å holde orden på pengene (Lege 1).

Informanten argumenterer her for at finansieringsordningen ikke påvirker pasientstrømmen på denne avdelingen, men kun er et system som skal gi staten bedre innsyn i sykehusorganisasjonen. Avdelingen fokuser på viktigheten av riktig bruk av DRG-koding. I tillegg til at kodepraksisen medfører ekstraarbeid for legene, er det i kontorstaben en egen stilling som «DRG-ansvarlig». En sekretær har ansvar for å jobbe med DRG; gå igjennom «refusjonspapirene», ta stikkprøver, se om dette forbedrer seg og lære opp nye sekretærer som skal foreta selve DRG-arbeidet. Avdelingen har klart å dokumentere en forbedring, men jobber ifølge informantene kontinuerlig med dette.

Budsjettpraksisen på avdelingen fungerer slik at for utgifter til pleiestillinger, mat, medikamenter og forbruksutstyr, er det budsjettet for hver seksjon og periodisert etter antatt variasjon i aktiviteten gjennom året, mens legelønninger er plassert i egen budsjettpost sammen med kontorstaben. Avdelingen har månedlige rapporteringer av aktiviteten, slik at seksjonene og postene får påminnelser om budsjettsituasjonen hver måned. Avdelingsleder har månedlige møter med avdelingssykepleierne og seksjons-overlegene om økonomi og aktivitet. Regnskapet for avdelingen splittes da opp i et standardisert datasystem i ulike poster for å se hvordan man ligger an nå i forhold til et klinikkbarometer. Dette gjelder avdelingsopphold, sykehusopphold, DRG-poeng, ventelister og en del andre parametere.

I følge informantene merkes det godt at sykehuset er blitt et produksjonssystem de senere årene. Imidlertid mener legene at dette ikke får konsekvenser for deres daglige arbeid.

Fordi at pasientene er de samme, ressursene er de samme (...) Slik at jeg i min daglige drift merker jeg ingenting fra eller til. Ingenting fra eller til. Alltid når det er snakk om, ved årets slutt, at man får sånne bulletiner i fra ledelsen hvor man sier at nå må vi spare, også blir det ikke spart (Lege 1).

Informanten hevder her at legenes arbeid styres av pasientene og beslutningene legitimeres med hensyn til pasientenes ve og vel. Denne studien finner en tendens til at det medisinske beslutningssystem regnes som «overordnet» og derfor upåvirkelig for økonomiske vurderinger. Informantene uttrykker heller en felles ide om at pleieutgiftene er avdelingens eneste mulighet for innsparing. Oppfatningen er at avdelingens økonomi kan bedres ved å redusere på overtid, redusere på antall ansatte og redusere på dyre medikamenter. Når avdelingen har fulle sengeposter kombinert med et minimumsantall pleiepersonell fører dette til at sykepleierne får liten tid med hver pasient, og mange sliter seg ut på grunn av stort arbeidspress.

Altså, de sier at de skal spare alle disse millionene at vi må løpe fortere, men jeg vet ikke hvor mye fortere vi kan løpe. Så lenge det er mennesker vi behandler så er det grenser for hvor fort du kan, altså, hvor mye du kan skynde deg på en måte. Syke folk de trenger jo tid, og da må du jo gi omsorg sånn at du ikke bare løper fra, sånn som vi ofte gjør. Står i døren og tripper når de skal fortelle oss noe (Sykepleier 3).

Det å redusere pleiekostnadene fører i praksis til at færre sykepleiere må ta seg av den totale pleieaktiviteten. I følge denne sykepleieren begrenser en slik type rasjonalisering tiden som tilbringes sammen med pasienten, som regnes som et viktig aspekt i pleie- og

omsorgsarbeidet. Dette fører i praksis til tidsklemmer og moralske dilemma for den enkelte sykepleier.

Et eksempel på tilsvarende rasjonaliseringsforsøk fant sted på avdelingen sommeren år 2003, da sykehusledelsen påla avdelingen å foreta en betydelig innsparing og innskjerping av økonomien. Situasjonene ble løst ved å kutte ut en sengepost og dermed å komprimere avdelingen. I tillegg ble det opprettet en egen dagpost. Denne lukkes fredag ettermiddag og åpnes igjen mandag morgen, i tillegg til å være stengt om nettene i uken. Dette reduserer avdelingens personalutgiftene på kvelds- og nattetid. Etter omleggingen varierer avdelingens sengetall gjennom uken. I teorien er der flest åpne sengeplasser på dagtid hverdager. I følge informantene ble omleggingen gjort utelukkende for at avdelingen skulle spare penger, og ikke med hensyn til generell effektivisering. Løsningen forsvares faglig med at legene kan strukturere driften slik at en viss type operasjoner legges tidlig i uken.

Så viss du legger de med kort liggetid tidlig i uken, altså opererer de tidlig i uken, så vil en stor prosent kunne utskrives i helgen. Også de som tas inn til utredning kan få permisjon i helgen. Slik at vi har klart ved å legge om driften, og ved å gjøre noe med hvordan vi styrer inntaket av pasienter og styrer aktivitetene, så har vi faktisk klart å opprettholde produksjonsnivået i forhold til før (Lege 2).

For å tilpasse seg omstruktureringen av sengeplasser har legene forsøkt å legge om pasientinntaket slik at flest mulig av de inneliggende pasientene er klar for utskrivning mot slutten av uken. Et annet tiltak som ble gjort i denne omleggingen var at to av sengeposten slås sammen i helgene. Planen var å legge om aktiviteten slik at to halvfulle sengeposter slås sammen til én i helgene. Altså, at de pasienter som er for syke til å få helgepermisjon blir trillet fra en post til en annen fredag ettermiddag og tilbake igjen mandag morgen. Dette ble også gjort for å redusere avdelingens kostnader, uten hensyn til effektivisering. Ifølge sykepleierne på sengeposten har ikke sammenslåingen fungert helt etter intensjonen.

Så egentlig skal vi stenge ned 10 senger også skal vi flytte alle våre pasienter bort på den posten. Men når begge postene er nærmest full, så sier det seg selv at det går ikke. Altså, det har vært meningen at de skal stenge ned en av postene i helgen, og pasientene skal flytte over til den andre posten. Men det har ikke blitt utført sånn konsekvent i praksis, for det har rett og slett vært for mange pasienter(...). Også har det vært såpass fullt at vi har gjerne halv avdeling her og full avdeling der. Så det har ikke blitt sånn som det skulle være for det at det har vært for mange pasienter. Det har ikke gått å stenge ned (Sykepleier 3).

I praksis viser det seg at sengepostene ofte er fulle også når helgen kommer, og at det dermed blir vanskelig å gjennomføre den planlagte sammenslåingen. På omstruktureringene i 2003 kuttet avdelingen vekk 10 sykepleierstillinger, men det later ikke til at dette har fått noen varig positiv effekt på avdelingens økonomiske situasjon.

Og det ble cirka 10 personer, eller 10 stillinger. Men det var jo da i fjor sommer, og i år er vi like ille ute. Så vi kan jo ikke holde på sånn hvert, eller annethvert, år. Det sier seg selv, du trenger ikke gå på BI for å skjønne det (Sykepleier 4).

Sykepleieren her argumenterer mot kortsiktig kostnadsreduksjon i pleiesektoren som metode for å bedre avdelingens økonomi. Denne oppfatningen avviker fra det som synes å være avdelingens økonomiske praksis. Denne studien avdekker et visst mønster i informantenes tanker omkring hvilke muligheter avdelingen har for å få regnskapet i

balanse. Informantene hevder at det avdelingen kan spare på er å ta inn færre vikarer og ha færre ansatte. Dette gjelder da spesielt for pleiesektoren. Det medisinske beslutningssystem synes å være skånet for krav om innsparing, bortsett fra at avdelingen fokuserer sterkt på å få til korrekt DRG-koding slik at man får refundert penger for alt arbeidet som blir utført. Slik praksisen er i dag fører dette til ekstra kontorarbeid for alle legene. Videre i oppgaven presenteres informantenes egne forslag til hvordan avdelingen mer effektivt kan få utnyttet sine ressurser.

Avdelingens eget effektivitetsperspektiv

Synspunktene til yrkesgruppene som kjenner sykehussystemet innenfra later til å ha fått liten plass i forarbeidet til reformen «enhetlig ledelse». Kunne deres tanker om sykehusets problemkomplekser hjulpet reformatorene? I dette utdypes hva informantene selv mener skal til for at avdelingen skal fungere bedre. En av legene hevder at:

Så er det slik at vellykkethet går da på hvor flink man er til å finne gode og sunne indikasjoner for å operere (...) en av kirurgens viktigste funksjoner er å finne gode, rasjonelle grunner for å ikke operere folk (Lege 1).

Legen sier her at avdelingens viktigste oppgave er å behandle de pasientene som har mest bruk for spesialkompetansen som avdelingen kan tilby. Avdelingen har en meget spesialisert funksjon i sykehussystemet. Dette mener legene at kan blir et problem for de pasientene som ikke har alvorlige sykdommer, men plagsomme lidelser, og dermed blir nedprioritert. For å korte ned ventetiden for disse pasientgruppene gir avdelingen fra seg pasientlister til mindre sykehus (både offentlige og private) i nærområdet. Er dette et ønske om funksjonsfordeling tilsvarende hva som diskuteres på helsepolitisk plan? En av de andre legene uttrykker en tilsvarende holdning:

Det som er problemet, er jo at mottaksapparatet ikke er oppdatert på skiftene [endringene] på sykehuset. Reint faglig sett så er det ikke noen som helst grunn til at disse ikke skal skrives ut tidlig. Det finnes data fra medisinsk forskning i en lang rekke andre land, som viser at Norge er seine i denne forbindelsen. Det er ikke bygget opp et mottaksapparat i kommunene som er i henhold til befolkningsutviklingen. For man har visst i mange år hvor mange gamle det ville være i dette tidsrommet. Dette kan ikke ses isolert som sykehusets problem alene, men det er et problem som går på velferdsstaten som helhet. Med tanke på langtidsoppfølging mener flere av informantene at man kunne ha fått til en 'halvannenlinjetjeneste', en utvidet sykehjemsfunksjon, så ville mye av den belastningen sykehuset har i dag ikke bli på langt når så stor. Det er der problemet ligger. Det er klart at når du har en, unnskyld uttrykket, en produksjonsmaskin som et sykehus er. Spesielt med Kirurgisk avdeling hvor du har en utredning, et behandlingsopplegg, et postoperativt behandling som på en måte kan effektiviseres. Viss det da i den enden der ikke kan få skikkelig mottaking av pasientene, uten at det skjer i et sykehus som på en måte er giret inn på noe helt annet da blir det galt (Lege 2).

Flere av legene uttrykker ønske om at avdelingen burde være en funksjonsenhet med nøkkelkompetanse i en mest mulig strømlinjeformet produksjonskjede. Kirurgene vil helst bruke tiden sin på det de er utdannet til, nemlig å utrede og behandle pasienter med en viss type kirurgiske lidelser. Pleie og eventuell opptrening i etterkant mener de at bør ligge utenfor avdelingen og sykehusets ansvarsområde. Dermed holder det ikke å

effektvisere kun innenfor spesialisthelsetjenesten, slik reformen «enhetlig ledelse» intenderer. Informanten etterlyser også et mer helhetlig perspektiv i helsepolitikken fordi han mener det er resten av helsetjenestetilbudet som setter begrensninger på spesialisthelsetjenestens effektivitet.

Viss du skal drive en effektiv kirurgisk avdeling, så skal du på mange måter ha god tilgang på utredning, du skal ha god tilgang på behandlingsskapitet, og du skal ha god tilgang på avtakings-, altså, avtakingssystemet skal være godt. Fordi at, på den annen side så mener jeg det at, ikke for å ha noe dårlig menneskesyn, altså, men det er faktisk slik at kirurger er gode til å utrede pasienter med kirurgiske lidelser, de er god på å behandle pasienter med kirurgiske lidelser og å følge dem opp i den postoperative fasen. Men det er en rekke andre som er minst like gode til å følge opp pasienter med langtkommet avansert sykdom som ikke trenger kirurgisk intervensjon. Det er mange som er minst like gode som kirurger til å følge opp i rehabiliteringsfasen, og til å kontrollere pasienter, slik at viss vi skulle lage en effektiv god kirurgisk avdeling, så skulle du ha en på mange måter strømlinjeformet produksjonsavdeling. Nå må vi gjøre alt. Når vi blir på en måte avlastningsavdeling for palliativ behandling, avlastningsavdeling for rehabilitering osv. Det er en lite effektiv utnyttelse av det som disse folkene kan best, nemlig å utrede og behandle selve hovedlidelsene for pasientene på kirurgisk avdeling. Det er det ene. Det andre er at kirurgi i dag ikke er noe one man show, altså. Kirurgi i dag, det er en teambuilding mellom en lang rekke kollegaer på det kirurgiske området, men også kollegaer utenfor det kirurgiske området. Det er radiologi, det onkologi, det er nevrologi, osv. Slik at viss du skal få en god effektiv Kirurgisk avdeling som fungerer på et høyt faglig nivå, så trenger den støttefunksjoner og støttespillere som er gode (Lege 2).

Denne legen mener at kirurgene helst bør konsentrere arbeidsinnsatsen sin omkring egen spesialistkompetanse, men at de i dagens praksis må ta seg av for mange av pasientenes «tilleggsbehov». Han påpeker videre at det er viktig å utnytte legers ekspertkunnskap mest mulig effektivt. Ordningen med stykkprisfinansiering, som innebærer en standardisering av arbeidsinnsats og tidsbruk per behandling, er til en viss grad på linje med ideen om sykehuset som en spesialisert produksjonsenhet. Hva er innvendingene mot dette nærmest industrielle synet?

I en artikkel i *Tidsskrift for den Norske Legerforening* uttrykker Peter F. Hjort (2001:2069) tre bekymringer over utviklingen innen legestanden. For det første hevder han at man i dag behandler sykdommer, ikke syke mennesker. Før var sykehistorien og dermed kommunikasjon med pasienten, avgjørende for sykdomsdiagnosen. Men den biomedisinske utviklingen har styrket den objektive diagnostikken basert på laboratoriemedisin og bildediagnostikk. Dette gjelder spesielt innen sykehussektoren. Hjorts andre bekymring er at yngre pasienter er mer interessante enn eldre. De eldre mennesker har som regel flere sykdommer. Dette fører til at de passer dårlig inn i dagens høyt spesialiserte sykehus hvor begrepene produktivitet, effektivitet og inntjening står i sentrum. Den tredje bekymringen er at man satser på behandling og legger mindre vekt på legens placeboeffekt og pasientens mestring. Ved å bruke en metafor om at legen har to bein å stå på, et biomedisinsk fagbein og et empatisk menneskebein, hevder Hjort (2001:2070) at «fagbeinet blir lengre og menneske beinet kortere».

Sykepleierne har på mange måter et tilsvarende rasjonaliseringssyn som legene. På grunn av nærhet til pasienten er det trolig sykepleierne som erfarer effektivitetens dilemmaer direkte. Begge yrkesgruppene legger vekt på samarbeid mellom yrkes-

gruppene innad på avdelingen. I tillegg poengterer en av sykepleierne at fagutvikling er viktig for å øke den faglige bevisstheten blant sykepleierne og for at personellet skal trives slik at posten fungerer godt. Hva er det som skal til for å gjøre posten her til en vellykket avdeling?

Du må jo ha et bra samarbeid med legene. Og vi må ha noen rutiner som vi alle respekterer for å få flyt i pasientstrømmen og det er viktig å ha et entusiastisk og faglig dyktig pleiepersonale. Så det er veldig viktig, for å få ting til å gå, å bruke tid til fagutvikling for pleiepersonalet og hvor de føler at de blir verdsatt. Så det er en felle vi går i helsevesenet å alltid snakke om at vi har det så travelt så vi har aldri tid til å sette oss ned å lage skikkelige rutiner og organisere slik at vi tar vare på personalet. Det blir av og til i festtaler, men det synes jeg de har vært veldig flinke til her på Kirurgen, og det vet jeg, og det merker jeg på personalet mitt når jeg kommer her også. At de er vant til å få jobbe selvstendig, de er vant til at det er noen rutiner og noen regler og de gjelder, og de er veldig positive, og du må ha et godt arbeidsmiljø for det viktigste av alt er at vi gir en god sykepleie, god behandling til pasientene og at de føler seg ivaretatt. Og det kan vi ikke gjøre viss ikke vi klarer å få det til å fungere oss i mellom. Så jeg synes at den biten; det blir min viktige bit, å gi dem anledning til fagutvikling og gi dem anledning til personlig å vokse for på den måten å utvikle seg for å kunne gi pasientene den sykepleien som de skal ha på en kirurgisk avdeling. Og det skal være best. Altså, det skal være topp standard (Sykepleier 1).

En av informantene uttaler at sykehusarbeiderne tar det for gitt at de har så dårlig tid at ingen tar seg tid til finne ut av om, og eventuelt hvordan, man kan organisere seg bedre. Denne holdinger stemmer godt overens med reformens intensjoner, men bygger på andre premisser:

jeg tror at vi kan organisere oss bedre og bli mer effektive uten at det går på bekostning av at folk blir mer slitne eller sånn. Jeg tror vi bruker; vi er litt for lite flink til å organisere oss i helsevesenet. Tror vi kan bruke litt tid på det. Vi har liksom aldri tid. Vi har det alltid så travelt. Det er noe med at viss vi hadde satt oss ned og organisert oss litt skikkelig og snakket litt om hvordan takler vi en hverdag som ikke alltid går helt sånn som vi har planlagt. Tror vi har noe å tjene på det (Sykepleier 1).

Sykepleieren kommenterer her at omorganisering bør komme nedenfra, og at man på «grasrotplan» må ta seg tid til å betrakte sin egen situasjon. Denne studien finner en felles oppfatning blant informantene om at antallet avdelingsledere har svært liten betydning for avdelingens arbeid, og de mener at man må lete andre steder for å finne sykehusets virkelige problemer. Flere antyder funksjonsfordeling som en mulig løsning, der denne avdelingen ønsker å være ett ledd i en «produksjonskjede» som utfører sine spesialoppgaver. Dessuten poengterer informantene at sykehuskollektivet selv bør være med å definere hvordan man kan bedre arbeidshverdagen.

Oppsummering

Etter å ha beskrevet hverdagslivet på avdelingen har denne andre delen av kapittelet gått med til å belyse hvilke endringer som er kommet som følge av reformens møte med denne praksisen. Hele avdelingsledelsen, med stab, har fått nye stillingstitler, men i praksis dreier det seg hovedsaklig om en beskjedne omfordeling av arbeidsoppgaver. To av de nye lederposisjonene, avdelingsleder og avdelingssykepleier, har fått mange nye

oppgaver og omtales av informantene som «uriasposter». Avdelingsleder har i det nye systemet en personlig kontrakt med administrerende direktør. Denne kalles avdelingens styringsdokument, men sett i lys av informantenes manglende kunnskap om dens innhold tolker jeg det dit hen at den fungerer mer på et symbolsk plan en som et praktisk virkemiddel i den daglige driften på avdelingen. Ordningen med kontraktsstyring er ikke videreført internt på avdelingen.

Reformen «enhetlig ledelsen» innebærer at avdelingen får et sterkere ansvar for egen økonomi. Men informantene forteller om urealistiske budsjett, og en virkelighet der avdelingen i kraft av å tilhøre et regionsykehus ikke kan velge og vrake i pasientmassen. På denne avdelingen mener informantene at «produksjonen» allerede er effektiv og at grunnen til økonomiske underskudd skyldes forhold utenfor selve avdelingen. Både legene og sykepleierne uttrykker enighet om at antallet ledere på avdelingsnivå har liten betydning for det praktiske pleie- og behandlingsarbeidet. Men omleggingen til nytt ledelsessystem påvirker forholdet mellom profesjonene. Kanskje har reformen «enhetlig ledelse» ført til at sykepleierne har mistet noe av sin hevdvunne posisjon i sykehushierarkiet nå som oversykepleierstillingene er tatt vekk?

Fremstillingen har forsøkt å beskrive punkter hvor økonomisk–administrative og medisinske beslutningssystem tangerer hverandre i hverdagens praksis. Dette gjør at i en organisasjon av den typen som her er studert, vil en statlig reform som ønsker å påvirke pleie- og behandlingsarbeidet ved bruk av økonomisk–administrative virkemidler, ha problemer med å påvirke sykehusets kjernevirksomhet i vesentlig grad. Det fremstår som om det er andre systemer og krefter som styrer pleie- og behandlingsarbeidet på avdelingen enn de systemene en strukturreform som enhetlig ledelse har til hensikt å endre.

Oppsummerende betraktninger

Denne studien har sett på hvordan reformen «enhetlig ledelse» griper inn i sykehusets formelle struktur ved å innføre et nytt ledelsessystem. Denne typen reformer har karakter av å strebe etter klarhet og entydighet, og produserer derfor forslag om å skape forutsigbare og styrbare organisasjoner. Den uttalte hensikten med reformen var å desentralisere og tydeliggjøre ansvar, mens den praktiske konsekvensen ble krav om innføring av en totalansvarlig leder på alle nivå på sykehuset. I utgangspunktet ble det ikke stilt formelle kompetansekrav knyttet til den nye avdelingslederen, noe som skiller seg fra det tradisjonelle systemet med én fagleder for hver yrkesgruppe. I reformutredningen (NOU 1997) antydes det et skille mellom en økonomisk–administrativ og en medisinsk logikk i sykehusorganisasjonen. «Kollisjonen» mellom disse logikkene gjøres til et spørsmål om den enkelte ansattes holdninger. Reformatorene mener at den enkelte medarbeiders holdninger til ledelse må endres for at det nye ledelsessystemet skal få utnyttet hele sitt potensial.

Hvilke relasjoner finnes mellom helsepolitikken ambisjoner og praksis på avdelingen? Denne studien har fulgt reformen «enhetlig ledelse» gjennom utredningsarbeidet og nedover til det konkrete pleie- og behandlingsarbeidet for å se på hvilken betydning den får i praksis på en klinisk avdeling. Datainnsamlingen er gjort på en

klinisk avdeling der det i praksis viste seg vanskelig å finne desentralisering av ansvar på samme måte som reformen beskriver.

For avdelingen har reformen riktignok ført til en beskjeden endring av stillingstitler, men heller lite når det gjelder konkrete endringer i arbeidsorganiseringen. Den nye avdelingslederen har utgått fra legenes rekke, men uten å forlate det medisinske praksisfeltet. Studien finner en viss forskjell mellom profesjonene når det gjelder informantenes oppfatning av avdelingslederrollen. Sykepleierne uttrykker, i likhet med reformen, et ønske om rendyrkede ledere i avdelingslederposisjon. Legene derimot er positiv til dagens praksis der avdelingsleder leder i kraft av å være lege. De oppfatter det nærmest som en naturlig konsekvens av det nye ledelsessystemet. Innen legeyrket finnes ingen egen form for administrativ spesialisering som likner på reformens idé om profesjonell ledelse.

Avdelingsleder har en personlig lederkontrakt med administrerende direktør. Lederkontraktens status og funksjon på avdelingen tillegges liten vekt utover å være en formalitet som er i orden. Kontraktsstyringen kan dermed fremstå mer som en seremoni for å glede de institusjonelle omgivelsene enn som et praktisk virkemiddel. Idéen om kontrakten som styringsredskap gir også signaler om at det kan skje en form for sanksjonering viss ikke kontrakten overholdes. I praksis har ikke det skjedd.

Kontrakten pålegger avdelingsleder totalansvar for avdelingen og dens virksomhet. Dette er i tråd med den offentlige utredningens (NOU 1997) beskrivelser av totalansvar, men selv hevder avdelingsleder at den er hele avdelingen sin kontrakt. De andre informantene påpeker at det er avdelingsleder som nå er alene om ansvaret, og spesielt enkelte av sykepleierne uttrykker bekymring for at han har «lagt hodet sitt til for hugg». I en idealtypisk økonomisk–administrativ referanseramme skal den sterke leder gå inn og ta avgjørelser, som for eksempel har økonomiske implikasjoner, mens lederen i denne studien redefinerer totalansvaret ved å referere til at det er avdelingens kollektive ansvar å oppfylle kontraktens mål. En mulig tolkning av dette kan være at et potensielt begrensende styringsdokument ikke blir satt opp i mot hensyn til pasientens ve og vel fordi man følger en medisinsk logikk og vil gjøre det som er nødvendig for pasienten uavhengig av kostnad.

Reformens idé om «den totalansvarlige leder» innbærer også et sterkere ansvar for avdelingens økonomi. Det viser seg at informantene i stor grad skyver ansvaret for at avdelingen går med underskudd over på andre instanser, som Stortinget og sykehusledelsen. Det er også mulig å se et visst mønster i informantenes tanker omkring hvilke muligheter avdelingen har for å få balanse i regnskapet. Nesten utelukkende trekker informantene inn kostnadsreduksjon som eneste vei for å bedre økonomien. Det de mener avdelingen kan spare på er å ta inn færre vikarer, ha færre ansatte og bruke mindre og billigere medisinsk forbruksutstyr. Tiltakene begrunnes med økonomisk gevinst i form av reduserte kostnader, og ikke med hensyn til generell effektivisering slik det ville vært ønskelig fra reformatorenes side. Sparetiltakene berører hovedsakelig pleiesektoren. Legene er sykehusets grunnleggende beslutningstakere og deres beslutninger utløser en vesentlig del av det totale ressursforbruket, men legearbeidet later til å være skjermet for muligheter for innsparing. Eneste unntaket er legenes arbeid med å få til korrekt DRG-koding, som de selv omtaler som «ekstraarbeid». Beslutninger som legitimeres medisinsk har også konsekvenser for avdelingens

økonomi. Sykehusets stykkprisbaserte finansieringsordning som forutsetter registrering av utført arbeid gjennom et kodesystem (DRG), synliggjør denne koplingen. Allikevel hevder legene at de ikke har, eller skal ha, noen kunnskap om størrelsen på inntektene som skjuler seg bak kodene.

Sykehusets formelle ledelsessystem griper i liten grad direkte inn legenes daglige arbeid, og den enkelte kliniske avdeling har svake bånd til sykehusledelsen. Beslutningssystemene i pleie- og behandlingsarbeidet fremstår som mer eller mindre dekoplet fra sykehusorganisasjonens formelle strukturer, og dermed formelle ledelsessystem. Forsøket på å desentralisere og tydeliggjøre ansvar ved å ansette totalansvarlige ledere på avdelingsnivå har ikke blitt innført på samme måte som reformatorene antok. Denne studien finner både at reformens ambisjon om profesjonell ledelse ikke er kommet i stand på avdelingen, og at det formelle ledelsessystemet fortsatt ikke bryter inn i den tradisjonelle medisinske arbeidsorganiseringen. En mulig forklaring på dette kan være at de nye standardene og kategoriene som reformen forsøker å innføre ikke er forenlige med arbeidets allerede eksisterende infrastruktur.

Denne studien finner at infrastrukturen i pleie- og behandlingsarbeidet har en funksjon som tilsvarer det liknende studier i Danmark (Vinge 2003, Knudsen og Vinge 2003) har beskrevet tidligere. Sykepleiernes og legenes daglige arbeid er strukturert gjennom yrkesutdannelsen og sykehusorganiseringen avspeiler legenes spesialistutdanning. Vaktordningen deler arbeidet inn i ulike funksjoner og faste møter strukturer den tidsmessige delen av arbeidet. I dette perspektivet er sykehuset tilsynelatende robust mot reformering. For det første fordi arbeidet er høyt standardisert, i den forstand at grunnkategoriene er de samme for alle. Dernest på grunn av intrikate maktbalanser, både innad og mellom fagene. For det tredje dens nettverksskarakter, med at det er vanskelig å endre noe siden alt henger gjensidig sammen. En av reformens ambisjoner var å endre de ansattes holdninger til ledelse, men i følge infrastrukturperspektivet blir den enkelte medarbeiders holdninger av liten betydning i forhold til infrastrukturen. Burde reformatorene på forhånd ha sett tiltakenes begrensede muligheter i sykehusorganisasjonen?

Den offentlige utredningen forut for reformen hadde den fengende tittelen «Pasienten først!». Men kommer pasienten først eller sist i praksis? For å få best mulig hjelp på sykehuset bør pasienten befinne seg på rett sted til rett tid. Sykehuset blir som et sorteringsapparat hvor en stor del av oppgaven er å organisere flytting av pasientene til den nødvendige spesialkompetansen. Sykehuset stiller mange krav til pasientene, mens pasientene selv i minimal grad har mulighet til å stille krav til sykehuset. Muligens må det være slik i denne organisasjonen, men dette samsvarer lite med idéene i reformen. I forarbeidet til reformen «enhetlig ledelse» framkommer det ikke noen vurdering av hvor godt, og på hvilken måte, avdelingslederjobben kan gjøres innenfor de rammene som finnes i sykehuset i dag. Reformen tillegger avdelingslederen et totalansvar, men det ble ikke på forhånd gjort noen vurdering av hva en faktisk kan oppnå med totalansvarlige ledere i en organisasjon som dette. En slik vurdering ville muligens ha funnet at spesialisthelsetjenestens egentlige problem ikke kan defineres i effektivitetstermer. Men heller som et kapasitetsproblem? I følge informantene er avdelingen effektiv innfor eget spesialfelt, men de ønsker seg flere og bedre støttefunksjoner, spesielt til pleie- og omsorgsarbeid.

Denne studien viser at en reform som «enhetlig ledelse» har dårlige vilkår i møtet med sykehusorganisasjonen. Forsøk på å reformere ledelsesstrukturen arter seg som et politisk spill om legitimitet, ansvarlighet, autonomi og overlevelse, mens produksjonens reelle vilkår og problemer kommer i andre rekke. Det konkrete pleie- og behandlingsarbeidet fremstår som mer eller mindre dekoplet fra sykehusets formelle strukturer. I følge infrastrukturen er arbeidsorganiseringen på avdelingen styrt av andre systemer enn de reformen «enhetlig ledelse» griper fatt i. Dermed kommer reformen «enhetlig ledelse» til kort i forhold til arbeidets infrastruktur.

Jeg startet med en antakelse om at norske sykehus er preget av en sterk statlig regulering og standardisering, en sterk faglig kjerne og en svak toppledelse. Reformen «enhetlig ledelse» kan tolkes som et forsøk på å styrke toppledelsen i sykehuset, et forsøk som støter mot sykehusets infrastruktur og derfor ikke får den antatte gjennomslagskraft. Denne oppgavens budskap er at uten en form for beskrivelse og fortolkning av hvordan sykehushverdagens arbeidsorganisering foregår i praksis, kommer ingen reform særlig langt.

Litteratur

- Beck, U. (1997) *Risiko og frihet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berg, O. (1987) *Medisinsens Logikk: studier i medisinsens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berger, P. og T. Luckman (1991) *The social construction of reality. A Treatise in the sociology of knowledge*. Harmondsworths: Penguin Books.
- Bentsen, E.Z. (1999) et al (red.): *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Bowker, G. og S.L. Star (1999) *Sorting Things Out: Classification and its Consequences*. Cambridge: MIT Press.
- Borum, F. (2003) *Strategier for organisationsændring*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Borum, F. (red.) (2003b) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Bury, M. (1997) *Health and illness in a changing society*. London: Routledge.
- Byrkjeflot, H. (1997) «Fra ledelse til management», i H. Byrkjeflot (red.): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. (2002) «Ledelse på norsk – motstridende tradisjoner og idealer», i A. Skogstad og S. Einarsen: *Ledelse på godt og vondt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- DiMaggio, P.J. og W.W. Powell (1983) «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisational Fields», *American Sociological Review*, 48(2):147–160.
- Engelhardt, H.T. (1974) «The disease of masturbation: Values and the concept of disease», *Bull. Hist. Med.*, 48:234-48.
- Erichsen, V. (1996) «Reformer i helsetjenesten: profesjonsstatens sammenbrudd?», i O. Lian (red.): *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Flood, A.B. og M.L. Fennell (1995) «Trough the Lenses of Organizational Sociology: The Role of Organizational Theory and Research in Conceptualizing and Examining Our Health Care System», *Journal of Health and Social Behavior*, 35:154–169.
- Freidson, E. (1970) *Professional Dominance: The social structure of medical care*. New York: Atherton Press.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.

- Goffman, E. (1992) *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax forlag.
- Hafferty, F.W. og Light, D.W. (1995) «Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work», *Journal of Health and Social Behavior*, 35:132–153.
- Hagen, T.P. (2003) «Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten – en analyse av fordelingskriterier», i O. Berg m.fl. (red.): *Medisin og samfunn. Festskrift til Grete Botten i anledning hennes 60-årsdag*. Oslo: Unipub Forlag.
- Hammersley, M. og P. Atkinson (1996) *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hjort, P.F. (2001) «Noe var bedre før – hvordan kan vi ta vare på det?», *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 17:2069–2072.
- Hoffmann, F. (2002) «30 års sykehusreformer – mer helse og bedre styring?», *Nytt Norsk Tidsskrift*, 1:42–48.
- Illich, I. (1975) *Medisinske nemesis*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Jersild, P.C. (1978) *Babels Hus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Knudsen, M. og S.Vinge (2003) «Infrastruktur og reformer i sygehøvsænet», i F. Borum (red.): *Ledelse i sygehøvsænet*. København: Handelshøvskolens forlag.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lian, O. (red) (1996) *Helsetjenesten I samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Lian, O. (2003) *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høvskolforlaget.
- Llewellyn, S. (2001) «Two-way Windows? Clinicians as Medical Managers», *Organization Studies*, 22(4):593–623.
- Løchen, Y. (1985) «Helsetjenesten i nasjonalt fellesskap», i P. Måseide og Gjestland (red.): *Mennesker og medisin. Ni bidrag til norsk medisinske sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løchen, Y. (1996) «Drivkreftene bak helsetjenestens utvikling», i O. Lian (red.): *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Tano Aschehoug.
- Kirkengen, A. L. og Jørgensen, J (1993) *Medisinske teori : tanker om sykdom og tanker om helse*. Oslo: Tano.
- Melander, P. (1999) «Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde circles», i Bentsen et al (red.): *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøvskolens forlag.
- Meyer, J.W. og B. Rowan (1977) «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony», *The American Journal of Sociology*, 83(2):340–363.
- Måseide, P. (1987) *Medisinske sosiologi*. Oslo: Tano.
- Måseide, P. (1987b) *Interactional aspects of patient care. The social organization of medical adequacy in a hospital ward*. Doktoravhandling, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Måseide, P. (1997) *Feltarbeid i ekspertorganisasjonar: sjukehuset som arena for sosiologiske forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. New York: Free Press.
- Power, M. (1997) *Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford: University Press.
- Power, M. (1997b) «From Risk Society to Audit Society», *Soziale Systeme*, 3(1):3–21.
- Starr, S.L. (1995) «Epilogue: Work and practice I social studies of science, medicine and technology», *Science, Technology, & Human Values*, 20(4).
- Starr, S.L. (1999) «The Ethnography of Infrastructure», *American Behavioral Scientist*, 43(3):377–391.
- Strauss, A. (1963) «The hospital an Its Negotiated Order», i E. Freidson (red.): *The Hospital in Modern Society*. London: The Free Press.
- Torgersen, U. (1972) *Profesjonsosologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vike, H. m.fl. (2002) *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Vinge, S. (2003) *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse*. Ph.d. avhandling, Institut for organisation og arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København.
- Wadel, C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek.
- Weber, M. (1997) *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal.

Offentlige dokumenter

- I-9 (2002) Rundskriv fra Helsedepartementet. Oslo.
- NOU (1990) *Ledelse i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Sosialdepartementet.
- NOU (1997) *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU (2003) *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Helsedepartementet.
- Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m m*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Anonymiserte dokumenter

- Arbeidsgruppens rapport (2002)

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 sykehus : sett i lys av erfaringar med sykehusreforma*. 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