



UNIVERSITETET I
NORDLAND

HANDELSHØGSKOLEN I BODØ • HHB

MASTEROPPGAVE

”Reform i hvit uniform...”

Hvordan praktiseres reformen ”enhetlig ledelse” i en klinikk på UNN?

Erik Reier Traasdahl

BE311E Masteroppgave

MBA i helseledelse

[2012]



Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på mitt masterstudium i helseledelse ved Universitetet i Nordland 2010–2012. Studiet er et erfaringsbasert MBA-program som finansieres av Helse Nord RHF, og har vært svært lærerikt på mange måter. Gjennom litteraturstudier og utmerkede forelesninger har jeg fått et godt fundament i det videre arbeid som leder i helsevesenet. Sosiale sammenkomster, båtturer og teatersport har gitt oss et godt samhold som studenter og ledere i Helse Nord. Mine ”klassekamerater” har vært fantastiske på alle måter – takk til dere alle for en flott tid.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF, Lars Vorland, skal ha all mulig takk for at dette studiet ble etablert. Det har gitt meg og de andre studentene en unik mulighet for å ta lederutdannelse. Jeg sender også min takk til administrerende direktør Tor Ingebrigtsen og klinikkjef Gry Andersen for at ble jeg innstilt som kandidat til studiet, fikk de nødvendige permisjoner samt at alle kostnader for reise, opphold og læremateriell ble dekt. Mine venner og arbeidskolleger ved nukleærmedisinsk seksjon på UNN har stilt opp for meg på en fantastisk måte – takk til dere også!

Vår kursleder og ”frøken” – Inger Johanne Pettersen og ”assistenfrøken” - Anita Eide har gjennom passelige doser med autoritet, utholdenhet, humor og smidighet klart å bringe meg og de andre studentene gjennom dette toårige studiet på en utmerket måte.

Min hovedveileder, førsteamanuensis Kari Nyland, har gitt meg uvurderlig hjelp med denne oppgaven. En spesiell takk til deg! Som bi-veileder har Yngve Antonsen bidratt med mange gode råd og tips, og gitt meg energi til å komme i gang og slutføre dette arbeidet.

Jens og Morten, mine gode venner gjennom mange år, har hjulpet meg på mange måter, takk til dere også.

Til slutt vil jeg takke min kjære kone Siv og våre barn Kirsti, Magnus og Sigrid for deres gode støtte og store tålmodighet mens studiet har pågått.

Mange har bidratt, men jeg står selv ansvarlig for oppgavens form og innhold.

Tromsø, juni 2012

Erik Reier Traasdahl

Sammendrag

Temaet i denne oppgaven er møtet mellom reform og profesjonssterke aktører i helsevesenet. Formålet er å belyse hvordan den offentlige initierte reformen ”enhetlig ledelse” blir oversatt og praktisert i sykehus. Det gjør jeg gjennom følgende problemstilling:

Hvordan praktiseres enhetlig ledelse i en klinikk på UNN?

For å understøtte temaet og problemstillingens innhold trekker jeg frem organisasjonsteori med fokus på profesjonsbyråkratiet, teori om ”dekobling”, fenomenet New Public Management (NPM) samt tidligere forskning og foreliggende empiri relatert til reformen ”enhetlig ledelse”. For å besvare problemstillingen har jeg benyttet kvalitativ forskningsmetode med to tilnæringer: dokumentanalyse og intervju. Oppgaven har et deskriptivt casesdesign med et eksplorerende innslag da en sonderende dokumentanalyse dannet grunnlaget for intervju.

Oppgaven viser at:

Reformen ”enhetlig ledelse” virker å være oversatt til sin enkleste form og praktiseres på en overfladisk måte i klinikken – som et lovmessig ”minimumskrav”. Lovkravet om enhetlig ledelse er konkret når det gjelder kravet om en ansvarlig leder, men den er diffus i forhold til kvalifikasjons- og forsvarlighetskravet. Dette gir toppledelsen store rom for egne tolkninger i organiseringen av sykehusene i forhold til ledelse. I det undersøkte caset synes den tradisjonelle arbeidsdelingen mellom leger og sykepleiere og den todelte ledelsespraksisen å leve i beste velgående. Sykepleielederne beskjeftiger seg for en stor del med administrative funksjoner og gjøremål i de funksjonelle driftsenhetene, og er knyttet til det formelle ledelseshierarkiet på arbeidsplassen. På den andre siden finner jeg både formelle og uformelle parallelle faglige ledelseshierarkier med legeledere som for de meste engasjerer seg i medisinskfaglige spørsmål, og arbeider samtidig klinisk.

Jeg mener også å finne tendens til sentralisering av makt og styrking av den vertikale styringsstrukturen i klinikken, og knytter dette til utviklingen etter reformperioden hvor politikkens betydning til en viss grad ble revitalisert, og hvor fokuset på direkte styring i offentlig sektor økte. ”Enhetligheten” – systemansvaret og den endelige beslutningsmyndigheten er flyttet ”et hakk opp” i hierarkiet.

Mye tyder på en klassisk ”løs kobling” mellom reformens intensjoner og den praktiske organisasjonsadferden. Man har tilpasset den formelle strukturen for å imøtekomme lovkravet, mens klinikkens faktiske aktivitet er løst koblet til den samme strukturen.

English Abstract

The theme of this paper is about how public reforms are met by professionals in public healthcare. The purpose is to throw a light on how the publicly initiated reform of "Unitary Management" is translated and practiced in hospitals. Thus, the following research question has been formulated:

How is "unitary management" being practiced in a clinic at UNN?

To support the theme and the research question I use organizational theory with emphasis on the professional bureaucracy, theory of "decoupling", the phenomenon of "New Public Management", and finally earlier research and empiric findings related to the reform in question. In order to answer the research question, a qualitative method involving both document-analysis and interview has been used. The paper has a descriptive case-design with a taste of exploration because preliminary document analysis makes the foundation for the interview.

This paper shows that:

The reform of "unitary management" seems to be translated to its simplest form, and practiced in a superficial manner – as bare minimum required by the law. The law is specific about the requirement of only one responsible leader for each organizational unit, but at the same time diffuse regarding requirements of qualifications and accountability. This gives the hospital leadership great room for individual interpretations with respect to organizing the hospital and appointing leaders. In this case study, the traditional two-party, nurse-doctor leadership principle is still highly viable contrary to the intentions of the reform. The nurse-leaders are largely involved in pure administration in the hospital wards, and they have a strong affinity to the formal leadership hierarchy of the workplace. At the same time, I find both formal and informal parallel leadership hierarcies led by physicians. These leaders are mostly engaged in medico-professional matters and clinical work, giving purely administrative matters less attention. I also find a tendency of centralization of power, which is an attribute of the general trend in public administration in the post-NMP era.

My findings indicate a classical "loose coupling" between the intentions of the reform and the organizational behaviour. The formal structure has been adapted to meet the minimum requirements as predicted by the law, but the actual activity in the clinic is loosely coupled to the same structure.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Oppgavens oppbygging og struktur	2
2 Teori, forskning og empirisk bakteppe	3
2.1 Organisasjonsutforming	3
Fem hovedelementer i en organisasjon	3
Fem mekanismer for koordinering og kontroll	4
Plassering av beslutningsmyndighet	5
Fem konfigurasjoner og drivkrefter	5
Det profesjonelle byråkrati (Desentralisert byråkrati)	7
2.2 New Public Management (NPM).....	8
2.3 Enhetlig ledelse i Norge: Bakgrunn og juss	10
2.4 Enhetlig ledelse og profesjonene.....	13
2.5 Reformen og løse koblinger.....	14
2.6 Oppsummering	15
3 Metode.....	17
3.1 Forskningsmetode og design	17
3.2 Observasjon. Min rolle som forsker	17
3.3 Datakilder	18
Dokumenter	18
Intervju av klinikkensjef (Informant F)	20
3.4 Objektivitet, validitet og reliabilitet	20
4 Kontekst	22
4.1 Om spesialisthelsetjenesten og UNN	22
4.2 Omorganiseringprosessen på UNN - LUO.....	23
4.3 Medisinsk klinikk dannes – strukturen endres	23
5 Empiri.....	25
5.1 Organisasjonskartet	25
5.2 Organisasjonsstruktur.....	27
Medisinsk avdeling Narvik	27
Medisinsk avdeling Harstad	28
Tromsø, legeavdelingen og sykepleieavdelingen.....	29
Sykepleieavdelingen i Tromsø	29
Legeavdelingen i Tromsø.....	30
Koordinering: Legeavdelingen og sykepleieavdelingen	33
5.3 Enhetlig ledelse og klare ansvarsforhold.. ..	34
5.4 Enhetlig ledelse, Styring og effektivitet.....	35
6 Diskusjon og oppsummering.....	37
6.1 Skinnimplementering og diffus lovgivning. Fritt fram?	37
6.2 De parallelle profesjonshierarkiene lever fortsatt!	39
6.3 Best å være to? Styring og effektivitet	40
6.4 Hvem er den ”enhetlige” sjefen? Sentralisering av makt?.....	41
6.5 Oppsummering	42
Litteraturliste (alfabetisk).....	44
Vedlegg	46
Vedlegg 1: Intervjuguide lederstruktur, HR avdelingen UNN	46
Vedlegg 2: Faktisk organisasjonskart – Medisinsk klinikk	47

Vedlegg 3: Intervjuguide, medisinsk klinikk (Informant F):	48
Vedlegg 4: Stillingsbeskrivelse leger, fagansvarlig seksjonsleder.....	49
Vedlegg 5: Koordinering, Hematologi og Endokrinologi.....	50
Vedlegg 6: Tillatelse til bruk av tidligere intervjuer	51
Vedlegg 7: Godkjenning av prosjekt.....	52
Vedlegg 8: UNN's vedtatte lederstruktur og prinsipper	53
Vedlegg 9: Direktørens vurdering, medisinsk klinikk	54

Figurer

Figur 1: Fem basale elementer i en organisasjon.	3
Figur 2: Fem divkrefter i en organisasjon.	6
Figur 3: Det profesjonelle byråkrati.	8
Figur 4: Typologi over feltroller. (Etter Johannesen et al., 2005:130).....	18
Figur 5: Medisinsk Klinikk, ny organisering 2008	24
Figur 6: Medisinsk klinikk, faktisk organisasjonskart, feb. 2012	25
Figur 7: Koordinering mellom lege- og sykepleieledere -Medisinsk klinikk,	33
Figur 8: Koordinering mellom lege- og sykepleier ledere, Gastro/Nyre	34

Tabeller

Tabell 1: Karakteristika ved de fem konfigurasjoner. (Etter Mintzberg, 1983:153).....	6
Tabell 2: Oversikt, datamateriale – kartlegging av ledelsesstruktur.	19
Tabell 3: Medisinsk klinikk, fordeling av ledere på nivå.....	26

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Stortinget innførte med virkning fra 1. januar 2001 krav om at det skal være "enhetlig ledelse" på alle nivå i sykehusene. Hovedhensikten med reformen var at ansvarslinjene i sykehusene skulle bli klarere og at kommunikasjonen mellom nivåene ble enklere og mer rasjonell. Dette innebar at det totale ansvaret for hver organisatoriske enhet nå skulle ligge på en person.

Enhetlig ledelse skapte uro og profesjonskamp mellom leger og sykepleiere fordi den tradisjonelle todelte fagledelsen i avdelingene nå skulle erstattes med enhetlig ledelse. Hvem skulle lede sykehusavdelingene? Kampen foregikk på en velkjent slagmark - i sykehus som var organisert og ledet etter tradisjonelle prinsipper fra slutten av 70 tallet. Fra før var den kliniske virksomheten ved sykehusene delt inn i avdelinger etter medisinske fagområder, og ledelsen i avdelingene var vanligvis delt mellom avdelingsoverlegen og avdelingssykepleieren – såkalt enhetlig todelte ledelse. Noen vil hevde at både avdelingsoverleger og avdelingssykepleiere var fornøyd med denne arbeidsdelingen (Sundar et al., 2000).

Etter innføring av reformene på begynnelsen av 2000 tallet startet mange sykehus større omorganiseringsprosjekter som blant annet hadde som formål å endre organisasjons- og lederstrukturen i tråd med de nye prinsippene. De norske helseforetakenes interne organisering og ledelse har blitt studert hvert andre år siden 1999 gjennom det såkalte "INTORG" prosjektet i regi av avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Den siste rapporten publisert i 2010 viser blant annet en trend mot klinikk og divisjonsorganisering (71 % i 2009), fortsatt økning i antall formelle ledernivåer (71 % hadde fire ledernivåer i 2009), fortsatt trend mot økende desentralisering av beslutningsmyndighet samt at avdelingsledelsen blir stadig mer enhetlig (Kjekshus og Bernstrøm, 2010).

I 2007 startet et omfattende omorganiseringsprosjekt ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN): "Langsiktig Utvikling og Omstilling av UNN HF" (LUO). En av de strategiske hovedaksene i prosjektet var endring av organisasjons- og lederstrukturen og innføringen av et ekstra ledelsesnivå ved at sykehusavdelingene ble reorganisert og lagt inn under klinikker. Et av de sentrale premissene i omorganisasjonsprosjektet og klinikkdannelsen var at lovkravet om enhetlig ledelse skulle etterkommes.

1.2 Problemstilling

Det er flere forhold som vil påvirke utformingen av en organisasjon over tid: Strategi, størrelse, oppgaver, teknologi, omgivelser, ansatte (Jacobsen og Thorsvik, 2008).

Sykehusene er blitt utsatt for politisk styring gjennom offentlige reformer det siste tiåret, ikke minst gjennom innføringen av reformen "enhetlig ledelse". Ved innføringen av enhetlig ledelse fikk vi også demonstrert hvilke profesjonskrefter sykehusene står overfor.

Profesjonskampen på 2000 tallet dabbet av i media men ingenting tilsier at energien er blitt borte. Både leger og sykepleiere har sine "ledelsesprosjekter". Fem år etter at UNN startet sin omorganisering er det derfor interessant å studere hvordan organisasjonen har utviklet seg i møte med ledelsesreformen og lovkravet om "enhetlig ledelse". Som mangeårig ansatt i UNN har jeg blant annet observert en tendens til differensiering langs profesjongrensene i enkelte klinikker. For eksempel er leger og sykepleiere formelt separert i to forskjellige avdelinger i en av UNN's største klinikker, og i enkelte avdelinger sees rene sykepleierseksjoner og legeseksjoner. Det er slike tanker og observasjoner som har bidratt til at jeg har fattet interesse for temaet, og at jeg i denne oppgaven stiller følgende problemstilling:

"Hvordan praktiseres enhetlig ledelse i en klinikk på UNN?"

1.3 Oppgavens oppbygging og struktur

Kapittel 2: Teori, forskning og empirisk bakteppe

Først vil jeg presentere teori, forskning og et "empirisk bakteppe" som jeg finner relevant for å belyse temaet: Organisasjonsutforming med fokus på profesjonsbyråkratiet, New Public Management (NPM) som reformbølge i offentlig sektor samt prinsippet om enhetlig ledelse.

Kapittel 3: Metode

Her beskrives oppgavens formål, forskningsmetode, forskningsdesign og datagrunnlag.

Kapittel 4 og 5: Kontekst og Empiri

I disse kapitlene presenteres oppgavens kontekst og de empiriske funn som har fremkommet etter gjennomgang av relevante dokumenter, oppsummeringer og rapporter fra kartleggingen av organisasjons- og lederstrukturen i UNN samt intervju.

Kapittel 6: Analyse og oppsummering

I siste kapittel vil de empiriske hovedfunn bli diskutert i lys av presentert teori og oppgavens problemstilling. Oppgaven avsluttes med en oppsummering og forslag til videre studier.

2 Teori, forskning og empirisk bakteppe

Her trekkes frem et utvalg av teorier, tidligere forskning og empiri innen feltet som jeg finner relevant for å belyse temaet og understøtte problemstillingens innhold:

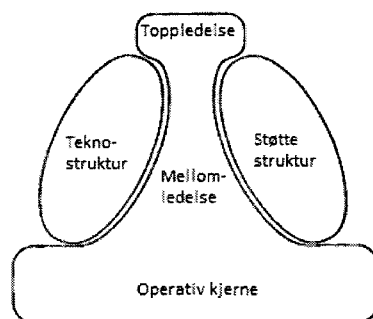
Organisasjonsutforming, New Public Management (NPM) og enhetlig ledelse.

2.1 Organisasjonsutforming

Det er lett å oppfatte organisasjonsstruktur som synonymt med organisasjonskart. Klassiske organisasjonskart viser hvordan enheter og stillinger i en organisasjon er knyttet sammen horisontalt og vertikalt i en formell struktur. I sin bok "Structure in fives" byr den kanadiske organisasjonsteoretikeren Henry Mintzberg på en mer raffinert forståelse av organisasjonsstruktur i et eget begrepsapparat for strukturering av organisasjoner (Mintzberg, 1983).

Fem hovedelementer i en organisasjon

Ved hjelp av sitt "organogram" deler Mintzberg (1983) organisasjonen inn i fem hovedelementer:



Figur 1: Fem basale elementer i en organisasjon.
(Etter Mintzberg H., 1983:11)

Disse fem elementene er :

1. **Den operative kjerne**, som utfører det praktiske arbeidet i organisasjonen. Den består av produksjonsarbeidere, tjenesteytere, fagfolk eller andre som fremskaffer det organisasjonen tilbyr sine kunder eller klienter.
2. **Mellomledelsen** er bindeleddet mellom den operative kjerne og toppleidelsen og formidler informasjon oppover og nedover i organisasjonen. Den består av de lederne

som rettleder, kontrollerer, koordinerer og sørger for ressurser til den operative kjernen. I komplekse organisasjoner vil det kunne være flere nivåer av ledere.

3. **Toppledelsen** er på toppen av hierarkiet og har det overordnede ansvaret i organisasjonen. Den står i forbindelse med organisasjonens omgivelser, definerer mål og peker ut den strategiske retningen.
4. **Teknostrukturen** er ikke direkte involvert i produksjonen, men indirekte gjennom arbeid med for eksempel planer, rutiner, opplæring og økonomikontroll.
5. **Støttestrukturen** består av spesialiserte enheter som støtter organisasjonen uten å delta direkte i produksjonen. Strukturen er svært viktig for organisasjonen som for eksempel renhold, kantine, sentralbord, juridiske tjenester, informasjonsarbeid etc.

Den strategiske toppledelsen, mellomledelsen og den operative kjerne utgjør til sammen linjeorganisasjonen i en virksomhet. Teknostrukturen og støttestrukturen utgjør stabfunksjonene i organisasjonen. Hver av disse fem elementene har egne drivkrefter og har en tendens til å trekke organisasjoner i bestemte retninger.

Fem mekanismer for koordinering og kontroll

Forfatteren hevder videre at de to fundamentale betingelsene for organisering av menneskelig aktivitet er til dels motstridende: først deles arbeidet opp i oppgaver, deretter må oppgavene koordineres for at organisasjonen skal oppnå den ønskede aktiviteten. Struktur er med dette definert som noe mer enn det klassiske organisasjonskartet:

"The structure of an organization can be defined simply as the sum total of the ways in which its labor is divided into distinct tasks and then its coordination is achieved among these tasks." (Mintzberg, 1983:2).

Det er i følge Mintzberg (1983) fem mekanismer som koordinerer samhandlingen mellom de fem elementene i strukturen :

1. Gjensidig tilpasning (Hverdagslig prat)
2. Direkte ledelse (overvåking, supervisjon)
3. Standardisering av arbeidsprosesser
4. Standardisering av produkt eller resultat
5. Standardisering av kompetanse (ferdigheter)

Disse mekanismene er i varierende grad i bruk i de fleste organisasjoner, men den mest dominerende koordineringsmekanismen kan knyttes til bestemte idealtyper av organisasjoner.

Plassering av beslutningsmyndighet

Plasseringen av beslutningsmyndighet i strukturen er et annet viktig karaktertrekk ved organisasjoner. Disse kan flyttes vertikalt ved at de sentraliseres til høyere nivå eller desentraliseres til lavere nivå. Beslutningene kan også flyttes horisontalt i strukturen. En horisontal desentralisering innebærer for eksempel at beslutningsmyndighet flyttes fra ledere til ikke-ledere. Avhengig av hvor beslutningsmyndigheten er plassert i strukturen har Mintzberg (1983) samlet disse i fem kategorier:

1. Type A: Vertikal og horisontal sentralisering: Alle beslutningene tas av den øverste ledelsen.
2. Type B: Begrenset eller selektiv horisontal desentralisering (selektiv): Beslutningene tas i den øverste ledelsen og i teknostrukturen.
3. Type C: Begrenset vertikal desentralisering (parallel). Beslutningene tas i den øverste ledelsen, teknostrukturen og mellomledernivået.
4. Type D: I en selektiv vertikal og horisontal desentralisering er beslutningene spredt ut til mange forskjellige. I den vertikale dimensjonen tas beslutningen i den operasjonelle kjernen, og horisontalt ligger beslutningene forankret hos stabsekspertene.
5. Type E: Vertikal og horisontal desentralisering: Beslutningsmyndigheten ligger hovedsakelig i kjernevirksomheten.

Fem konfigurasjoner og drivkrefter

Inndeling i enheter, oppgavespesialisering, koordinasjon og plassering av beslutningsmyndighet som nevnt over kaller Mintzberg (1983) for designparametre. I tillegg trekker forfatteren frem karakteristika ved omgivelsene, organisasjonens alder, størrelse og tekniske systemer som viktige parametre – og kaller disse for situasjonsparametre.

Når designparametrene sammenholdes med situasjonsfaktorene får vi det som kalles en konfigurasjon. Det argumenteres for at det i praksis bare er fem typer slike basiskonfigurasjoner, eller typer organisasjoner:

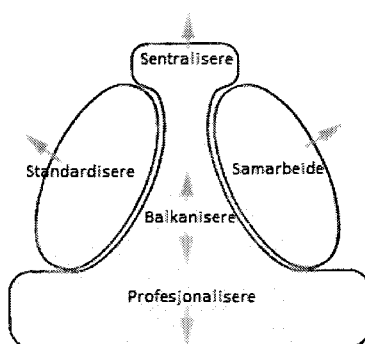
1) Enkel struktur, 2) Maskinbyråkratiet, 3) Det profesjonelle byråkratiet, 4) Den divisjonaliserte organisasjonen og 5). Den innovative organisasjonen (adhokrati).

I tabellen under gjengis summarisk hva som karakteriserer de fem strukturelle konfigurasjonene i forhold til koordineringsmekanisme, nøkkelement og type desentralisering (plassering av beslutningsmyndighet):

Strukturell Konfigurasjon	Viktigste koordineringsmekanisme	Nøkkelement i organisasjonen	Type desentralisering
Enkel struktur	Direkte overvåking	Toppledelsen	Vertikal og horisontal sentralisering
Maksinbyråkrati	Standardisering av arbeidsprosesser	Teknostrukturen	Begrenset horisontal desentralisering
Profesjonelt byråkrati	Standardisering av kompetanse	Operative kjerne	Vertikal og horisontal desentralisering
Divisjonalisert organisasjon	Standardisering av output.	Mellomledelsen	Begrenset vertikal desentralisering
Adhockrati	Gjensidig tilpasning	Støttestruktur	Selektiv desentralisering

Tabell 1: Karakteristika ved de fem konfigurasjoner. (Etter Mintzberg, 1983:153)

Strukturene oppstår fordi organisasjonen utsettes for drivkrefter som trekker i forskjellige retninger fra de fem grunnelementene (se figur 2). De fleste organisasjoner utsettes for press fra alle elementene i forskjellig grad. Men hvis et av elementene dominerer vil organisasjonen ha en tendens til å strukturere seg selv mot en av de fem konfigurasjonene. For eksempel vil en dominerende operativ kjerne søke å redusere påvirkningen fra ledelsen og teknostrukturen gjennom å promotere horisontal og vertikal desentralisering av beslutningsmyndighet. Desentraliseringen gir økt autonomi og dermed økt kontroll gjennom den viktigst koordineringsmekanismen: Standardisering av kompetanse. På denne måten trekkes organisasjonen i retning av profesjonalisering og struktur som det profesjonelle byråkrati. Dette i motsetning til den strategiske ledelsen som trekker i retning av sentralisering for å beholde kontroll over beslutningsprosessene. Dette oppnås gjennom å utøve direkte kontroll som koordineringsmekanisme.



Figur 2: Fem divkrefter i en organisasjon. (Etter Mintzberg, 2008:154)

Det profesjonelle byråkratiet er som nevnt et "desentralisert byråkrati" hvor den viktigste strukturdelen er den operative kjernen. Den består av profesjonelle med høyt kunnskaps- og kompetansenivå som har stor beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Den operative kjernen preges også av standardiserte ferdigheter og kompetanse i koordineringen av arbeidet. Strukturen er kompleks med høy grad av vertikal og horisontal

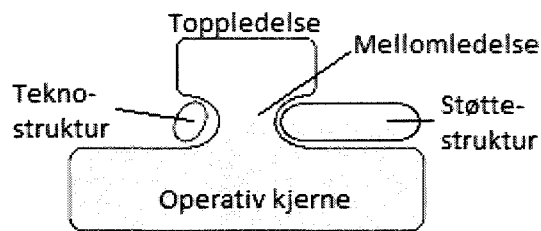
delegering (desentralisering av beslutningsmyndighet). Typiske eksempler på slik struktur er universiteter og sykehus (Mintzberg, 1983; Jacobsen og Thorsvik, 2008). Da denne oppgaven omhandler sykehus vil jeg utdype denne konfigurasjonen nærmere i neste kapittel.

Det profesjonelle byråkrati (Desentralisert byråkrati)

Et karakteristisk trekk ved profesjonelle byråkratier er at medarbeiderne i første linje har stor kontroll over innholdet i arbeidet gjennom spesialistkompetanse og erfaring (Mintzberg, 1983). Aktivitetene i den operative kjernen er kontrollert og koordinert gjennom standardisering av fagkompetanse og ferdigheter. Arbeidet kontrolleres av fagprofesjonelle, som har gjennomgått trening og sosialisering for å tilpasses de normer som gjelder lokalt. Denne kontrollmekanismen står i et motsetningsforhold til formelle kontrollmekanismer som overvåking, standardiserte arbeidsprosesser, statistikkrapporter og budsjettkontroll. Beslutningsmyndighet er desentraliserte til den operative kjerne. Fordelen med et slikt "desentralisert byråkrati" er at delegering av beslutningsmyndighet sikrer faglig godt arbeid, raskere problemløsning og saksbehandling (Jacobsen og Thorsvik, 2008). Men en konsekvens av slik desentralisering er at hierarkalske direktiver fra ledere med formell kontroll har begrenset innflytelse og kan endog bli motarbeidet. Maktstrukturen er invertert på den måten at medarbeiderne på bunnen av organisasjonen har større innflytelse på de daglige avgjørelsene enn ledere i formelle maktposisjoner. Følgen av dette er at ledere i større grad må forhandle med medarbeidere om endringer i stedet for å påtvinge disse – og gå frem på en måte som er sensitiv for kulturen i organisasjonen. I profesjonelle byråkratier oppnås kontroll primært gjennom horisontale prosesser i stedet for hierarkalske prosesser. Horisontale prosesser drives frem av de fagprofesjonelle selv, som bruker sin kollegiale innflytelse for å koordinere arbeidet. Slike profesjonelle (horisontale) nettverk er viktige for koordineringen både innen organisasjonen og mellom organisasjoner. Den kollegiale innflytelsen (som binder sammen nettverket) er sterkt avhengig av den profesjonelle/faglige legitimitet og mindre avhengig av makten til folk i posisjoner med formell autoritet. Mintzberg (1983) mener videre at en dominerende egenskap til profesjonelle byråkratier er at de er orienterte mot stabilitet i stedet for forandring. Jacobsen og Thorsvik (2008) peker på flere mulige ulemper med profesjonelle byråkratier, velkjent fra blant annet sykehus: Det kan lett oppstå rivalisering mellom faggrupper som skaper samarbeids- og styringsproblemer. Det kan også være vanskelig å drive økonomistyring da fagpersonellet i den operative kjernen har større fokus på det faglige enn på økonomi. Fokuset på formalisert kompetanse gjennom utdanning kan hindre utnyttelsen av realkompetanse. Et eksempel på dette er striden mellom

hjelpepleiere, sykepleiere og leger i forhold til grensedragningen mellom profesjonenes ansvar og arbeidsområde. (Jacobsen og Thorsvik, 2008).

Som en oppsummering kan man si at sykehus, hvor den operative kjerne er dominert av fagprofesjonelle, har en struktur som legger til rette for autonomi blant medarbeiderne. Beslutningsmyndighet er desentralisert. Standardisering av kompetanse er den viktigste kontroll- og koordineringsmekanismen. Motstand mot formell lederkontroll i den operative kjernen henger sammen med den fagprofesjonelle autonomi. Denne strukturen står i et motsetningsforhold til eksterne interessenter som ønsker kontroll gjennom direkte styring (overvåking/supervisjon) og standardisering av arbeid og resultater. Det profesjonelle byråkratiet er fremstilt grafisk i figur 3, og viser forholdet mellom organisasjonens fem hovedelementer. Strukturen er relativt flat og har en dominerende operativ kjerne og velutviklet støttestruktur. Topp- og mellomledelsen er mindre dominerende, og teknostrukturen er liten (Mintzberg, 1983).



Figur 3: Det profesjonelle byråkrati.
(Etter Mintzberg, 1983:194)

Presset fra den operative kjernen i et profesjonelt byråkrati møtes først og fremst av mellomledelsen. I et sykehus vil mellomledelsen typisk bestå av seksjonsledere og avdelingsledere.

2.2 New Public Management (NPM)

Reformene i offentlig sektor er inspirert av New Public Management (Hood, 1991). Dette gjelder også mange reformer som har vært gjennomført i helsesektoren, eksempelvis helseforetaksreformen som ble innført i 2002 og prinsippet om enhetlig ledelse innført ved lov i 2001. NPM er ikke en teori, men et begrep som ble først brukt av den britiske forskeren Christopher Hood på reformer innen offentlig sektor. I sin kjente artikkel "*A public management for all seasons?*" fra 1991 skriver Hood:

"The rise of 'new public management' (hereafter NPM) over the past 15 years is one of the most striking international trends in public administration." (Hood, 1991:1).

NPM er en internasjonal trend i retning av økt markedsorientering i offentlig sektor, en reformbølge som spres internasjonalt og tilpasses de enkelte land (Pettersen et al., 2008). NPM trenden kom som et svar på velferdsstatens stadige ekspansjon i etterkrigstiden. I helsesektoren gikk utviklingen i retning av stadig økende etterspørsel som delvis ble skapt av ny medisinsk teknologi (Johansen, 2009). NPM vektlegger strukturelle endringer som framgangsmåte for å oppnå endringer i organisasjoner. En sentral hypotese er at økt markedsorientering innen offentlig sektor vil føre til mer kostnadseffektiv drift og økt kvalitet, og at man på denne måten vil oppnå bedre bruk av offentlige midler (Thorsvik, 2011). En forutsetning for denne antakelsen er en forventning om at offentlige virksomheter fungerer som private firmaer. NPM legger stor vekt på ledelse, delegering av ansvar og myndighet, målstyring og resultatvurdering (Thorsvik, 2011). NPM-reformene i Norge har hatt et fokus på driftsansvaret for offentlige virksomheter ved at drift bør skilles fra politikk og at driftsmessige beslutninger bør fattes av dem som har det daglige ansvaret for denne driften. Videre skal man i prinsippet kunne drive offentlige virksomheter på samme måte og i det samme markedet som private bedrifter. Tanken har vært å rendyrke den forretningsmessige driften ved å definere og innføre et skille mellom politiske beslutninger og driftsmessige forhold, og på den måten skape et depolitisert felt rundt driften av virksomheten (Thorsvik, 2011). Den "gode tanken" bak dette er å gi virksomheten økt fokus på de tjenestene som virksomheten er opprettet for å levere. Lederne gis da også større frihet med hensyn til driftsmessige forhold, slik at de lettere skal kunne innrette driften slik at oppnåelsen av (de politisk definerte) målsetningene forbedres. Sammenligningen med privat sektor forsterkes gjennom tanken om at offentlige virksomheter skal kunne konkurrere på like vilkår med private selskaper om leveranser av offentlige tjenester.

I korte trekk kan NPM forstås som en fellesbetegnelse på en reformbølge hvor hovedsiktemålet er kostnadseffektivisering gjennom avbyråkratisering og økt bruk av økonomiske incitamentsystemer. Ideen er at styringsmekanismer fra privat næringsliv og markedsbaserte mekanismer i offentlige organisasjoner vil gi effektivisering og bedre tjenester.

De forandringene som NPM bølgen assosieres med går i følge Hood (1995) langs 7 dimensjoner med tilhørende doktriner. En av disse er: *"More emphasis on visible hands-on top management."* (Hood,1995:96). Den "rasjonelle" begrunnelsen er at ansvarlighet krever utnevnelse av en ansvarlig, og ikke spredning av makt:

"Accountability requires clear assignment of responsibility not diffusion of power." (Hood, 1995:96). Prinsippet om enhetlig ledelse har klare fellestrekk med denne doktrinen, og kan derfor betraktes som en typisk NPM reform. Med dette som bakteppe vil jeg i de neste kapitlene beskrive møtet mellom disse NPM-inspirerte ledelsesidealene og de tradisjonelle ledelsesidealene i det norske helsevesen nærmere. Reformen "Enhetlig ledelse" innføres 1. januar 2001.

2.3 Enhetlig ledelse i Norge: Bakgrunn og juss

I stortingsvalget i 1985 ble helsetjenesten et viktig politisk tema på grunn av raskt økende utgifter. Sykehusene ble sett på som ineffektive, og det ble derfor satt fokus på mer rasjonell ledelse (Johansen, 2005). Man ønsket å øke effektiviteten i sykehusene ved å profesjonalisere styringen. Debatten fortsatte i mange år og kulminerte i en stor konflikt ved Rikshospitalet i 1995. Dette resulterte i at Sosial- og helsedepartementet nedsatte "Steine-utvalget" i april 1996 (Gjerberg og Sørensen, 2006). Utvalget skulle utrede spørsmålet om intern organisering og ledelse i norske sykehus, og resultatet ble NOU 1997, *Pasienten først!* Utvalget var enig om at ledelse var mer enn bare faglig ledelse, og at sykehusene hadde behov for ledere med totalansvar på alle nivå og enheter. Derfor anbefalte utvalget at de eksisterende parallelle medisinske og sykepleiefaglige ledelseshierarkiene burde erstattes med et enhetlig ledelseshierarki, altså enhetlig ledelse (Torjesen, 2007). Forfatteren hevder at argumentasjonen baserte seg på en *"antakelse om at pasienten ikke lenger forholdt seg til profesjoner, men til den samlede sykehusorganisasjonen"* (Torjesen, 2007:9), og at dette har sammenheng med den nye helsepolitiske tenkningen om at pasienten sees på som en "kunde" samt at det var behov for bedre styring av ressursbruken i sykehusene. Forfatteren oppsummerer utvalgets arbeid på denne måten:

"Sykehusene skulle fra nå av reformeres gjennom nye lederroller ovenifra, profesjonene skulle temmes og budsjettene skulle holdes. Hvem ville egentlig ha tvetydig ledelse, uregjerlige fagfolk, misfornøyde pasienter? Kuren som skulle løse disse problemene var mer ledelse slik det fremgår av Pasienten først-utvalget: Lederen skal være leder av en organisatorisk enhet – ikke for en enkelt yrkesgruppe." (Torjesen, 2007:9).

Enhetlig ledelse var som nevnt et av forslagene fra utvalget, og resultatet ble et lovkrav i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 der det heter :

"Sykehuset 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." (Lov om spesialisthelsetjenester, 1999).

Meningen med denne paragrafen er at man ønsker kun en resultatansvarlig leder for hvert nivå, og at lederstillingene i prinsippet er profesjonsnøytrale. Loven erstattet den gamle sykehusloven noe som medførte at det ble innført flere nye bestemmelser. Blant annet ble ledelses- og systemansvaret forsterket; ansvaret for at virksomheten ved sykehusene drives forsvarlig ble presisert som et ledelsesansvar (Sønderland, 2001). Begrunnelsen for bestemmelsen om en ansvarlig leder på alle nivåer var bl.a. at klare ansvarsforhold er særlig viktig i sykehusvesenet fordi ansvarspulverisering kan ha store konsekvenser for den enkelte pasient. I følge Sønderland (2001) er det derfor viktig at ledere på ethvert nivå ivaretar et helhetlig ansvar, det være seg klinikk, blokk, avdeling eller seksjon. Departementet kan ved forskrift bestemme hvilke kvalifikasjoner en leder skal ha, men slik forskrift synes ikke å være utarbeidet ennå ved gjennomgang av sentrale forskrifter pr. april 2012 (Lovdata, 2012). Videre sier bestemmelsen at dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig skal det pekes ut medisinsk-faglige rådgivere. Behovet for å utpeke slike rådgivere er særlig aktuelt hvis en leder av en organisatorisk enhet ikke har relevant medisinsk kompetanse (Sønderland, 2001). Medisinsk rådgiver har ikke beslutningsmyndighet, men skal sørge for at de medisinskfaglige premissene foreligger før ledelsesbeslutninger fattes (Sønderland, 2001).

Forsvarlighetskravet i helsetjenesten er et komplisert juridisk felt fordi det reguleres av flere lovbestemmelser, blant annet i Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven og Kommunehelsetjenesteloven (Molven, 2010). Kravet om forsvarlighet er både rettet mot det helseforetaket og det enkelte helsepersonell. Det går her et skille mellom det som kalles systemansvar/ledelsesansvar og profesjonsansvar. I Spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 (Plikt til forsvarlighet) heter det at:

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

Bestemmelsen understreker ledernes ansvar for å sikre at tjenestene som tilbys holder den minstestandarden som forsvarlighetskravet angir. Det innebærer her at lederne plikter å legge forholdene til rette slik at helsepersonellet kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte (Sønderland, 2001). Dette kalles ”systemansvar” eller ”ledelsesansvar”.

På den andre siden må det enkelte helsepersonell innrette seg etter de lovkravene som stilles til yrkesutøvelsen. Denne plikten kalles ”profesjonsansvar” og gjelder uavhengig av arbeidssted. Forsvarlighetskravet kan betraktes som en ”rettslig minstestandard”, og ikke en oppskrift på hvordan sykehuset skal organiseres for å drive forsvarlig. Lovverket og særlig

internkontrollforskriften kommer til anvendelse i prøvelsessaker i **ettertid** av eventuelle hendelser (Molven, 2010). "Forhåndsvurderinger" av hva som er forsvarlig i denne sammenhengen synes dermed å være redusert til et spørsmål om skjønn i den enkelte situasjon.

Innføringen av enhetlig ledelse skulle også sikre bedre styring og øke effektiviteten, og forventningen var at tydelig ledelsesstruktur ville bidra til enklere og mer rasjonell kommunikasjon mellom nivåene i sykehusene (Johansen, 2005). Hovedmålet med lovendringen var å klargjøre og plassere ansvaret for avdelingens drift og alle ansatte til en person. Dette forutsatte en mer profesjonell lederrolle og reell lederkompetanse (Gjerberg og Sørensen, 2006).

Konseptet enhetlig ledelse knyttes altså til NPM som generell samfunnstrend og ønsket om tydeligere ledelse. Men pendelen synes til en viss grad å svinge tilbake: Politikkens betydning i forholdet mellom stat og sykehus blir til en viss grad revitalisert gjennom økt styring. Byrkjeflot (1997) skiller begrepene ledelse og styring på denne måten:

Ledelse - "*desentralisert, direkte og gjerne dialogbasert påvirkning primært utøvd i relasjon mellom den enkelte leder og ansatte*". Styring - "*en sentralisert, direktivlignende påvirkning utøvd indirekte, blant annet gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner.*" (Byrkjeflot, 1997:14).

Røvik (2007) beskriver i sine analyser hvordan moderne organisasjonsoppskrifter på begynnelsen av 2000-tallet førte til en trend hvor organisasjoner gikk bort fra ideen om ledelse og tilbake til en sterkere vektlegging av styring. Konsekvensen av økt styring er re-hierarkisering av organisasjoner. Den vertikale styringsstrukturen styrkes og toppledelsen får større makt og mer formell kontroll (Antonsen, 2011). Torjesen (2007) antyder at denne utviklingen også kan sees i norske sykehus som en følge av økt politisering etter helseforetaksreformen gjennom økt byråkratisering, sentralisering, flere ledere og flere nivå. Denne trenden står i et fundamentalt motsetningsforhold til profesjonsstyringen i sykehusene hvor fagprofesjonene dominerer gjennom sin ekspertise og faglige vurderinger. Ole Berg sier det slik:

"Både byråkratiske og markedsbaserte styringsmåter ovenfra og nedenfra har betydelige svakheter i denne sektoren. Byråkratiet forstår ikke denne profesjonen. Markedet, pasientene, gjør det heller ikke. Begge er faglig ukyndige og den helsemessige produksjonen har et semilukket preg. Bare leger, om noen, kan kontrollere leger. Medisinen forplikter seg til kollegial styring, til pasientenes og samfunnets beste. Samtidig ligger det en uuttalt konflikt i bunnen. Profesjonen vet at dersom den ikke holder seg etisk til den smale sti, og holder seg faglig langt fremme, går det ikke lang tid før tilliten er tapt, og da går det galt." (Ole Berg sitert i Pettersen et al., 2008:129).

2.4 Enhetlig ledelse og profesjonene

Før lovendringen praktiserte som nevnt de fleste norske sykehus et delt og felles ledelsesansvar i avdelingene – også kalt enhetlig todelt ledelse. Denne ordningen innebar en fagdeling mellom leger og sykepleiere. I praksis bygde denne todelingen på et team bestående av en sykepleie-faglig og en medisinsk-faglig leder. Disse var sammen ansvarlige for avdelingens drift, administrasjon, budsjettarbeid og resultat. Fordelingen innebar vanligvis at avdelingsoverlegen hadde det medisinske ansvaret, personalansvar for legene og kontorpersonalet, mens oversykepleierne hadde ansvaret for det pleiefaglige og personalansvar for pleiepersonalet (Gjerberg og Sørensen, 2006). Dette var grunnlaget for de tradisjonelle og parallelle medisinskfaglige- og sykepleiefaglige ledelseshierarkiene. Innføringen av enhetlig ledelse endret denne arbeidsdelingen og skapte motstand, uro og konflikter i sykehusene samt heftig debatt i media. Uenigheten dreide seg om hvilke kvalifikasjoner en avdelingsleder burde ha og hvilke yrkesgrupper som kunne tilsettes i slike stillinger. Debatten roet seg tilsynelatende ned, og etter hvert viste det seg at sykepleierne fikk større tilgang på lederstillinger i sykehusene. I 2002 var 90% av avdelingslederne leger, mens i 2005 var 64% av avdelingslederne leger og 23% var sykepleiere (Gjertberg og Sørensen, 2006).

Sykepleier og sosiolog Monica Skjøld Johansen har studert ledelsesmodellene ved norske sykehus med hovedvekt på tiden etter 2001 i sin doktoravhandling *”Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norske sykehusvesen.”* (Johansen, 2009). Hun finner klare forskjeller mellom leger og sykepleiere i forhold til forståelsen og utførelsen av lederrollen. Sykepleiere som går inn i lederroller har oftere formell lederutdanning enn legene. Over 80% av sykepleierne har tatt lederutdanning mens tilsvarende tall for legene er 50%. Legeledere har til gjengjeld lengre fartstid i helsevesenet. Sykepleiere velger ledelse i stedet for klinisk arbeid og bruker langt mer tid på administrative oppgaver enn legelederne. Legene blir ledere først når de er best innenfor sitt fagfelt, bruker 20 timer i uken på klinisk arbeid og føler en sterk forpliktelse overfor de kliniske oppgavene. Tidligere forskning viser at leger og sykepleiere oppfatter ledelse ulikt og at dette får konsekvenser for hvordan disse profesjonene fortolker reformen om enhetlig ledelse (Torjesen, 2007); Leger leder med bakgrunn i fag mens sykepleierne leder med bakgrunn i en ”management” forståelse. Johansen (2009) nyanserer denne forskjellen. Legene i hennes studie argumenterer som tidligere for at ledelse i kliniske avdelinger handler om faglig ledelse. Men sykepleierne argumenterer også for at ledere bør ha medisinskfaglig

kompetanse for å kunne lede kliniske avdelinger. Forskjellen ligger i hva de to profesjonsgruppene definerer som medisinskfaglig kompetanse. Legene definerer medisinskfaglig kompetanse som legefaglig kompetanse. Sykepleierne derimot hevder at også sykepleiefaget må defineres inn under medisinskfaglig kompetanse.

Ulikhetene mellom legeledere og sykepleieledere i praktisering og fortolkning av lederrollen går i følge Johansen (2009) langs flere dimensjoner: Legene jobber vanligvis klinisk ved siden av lederjobben, mens sykepleierne går ut av klinikken og inn i en ny yrkesrolle som profesjonell leder. Videre er det forskjeller på i hvilken grad lederrollen oppleves som permanent: Sykepleierne antar at de vil forbli i en lederstilling, mens legene uttrykker at de vil tilbake til klinikken. Sykepleierne identifiserer seg i stor grad med arbeidsplassen, mens legene identifiserer seg mer mot det medisinske fagfellesskapet. Dette bidrar til at sykepleiere er mer lojale mot sykehuset de er ansatt ved, mens legenes lojalitet mer ligger i profesjonen og det faglige spesialiseringsområdet. Det er også dette Mintzberg (1983) og Abbott (1988) omtaler når de påpeker at det gjerne eksisterer to parallelle statushierarkier i kunnskapsorganisasjoner (profesjonelle byråkratier): Et hierarki knyttet til profesjonen og et hierarki knyttet til arbeidsplassen (Johansen, 2009). Legenes status knytter seg for en stor del til det profesjonelle hierarkiet, mens sykepleiernes status knytter seg til arbeidsplassens hierarki. Mintzberg (1983) sier det slik:

“What frequently emerge in the Professional Bureaucracy are parallel administrative hierarchies, one democratic and bottom-up for the professionals, and a second machine bureaucratic and top-down for the support staff.” (Mintzberg, 1983:189).

Johansen (2009) hevder at innføringen enhetlig ledelse på mange steder kun er en reform på papiret og hevder å observere en klassisk form for ”løs kobling” mellom organisasjonens krav og hverdagsaktivitetene (praksis). Spørsmålet som reises i avhandlingen er om lovkravet om enhetlig ledelse har bidratt til ”enhetlighet”. Funnene peker i retning av at man har å gjøre med ”multiple practices” på ledelsesområdet. I sin avslutning sier hun bl.a.

”Den praktiske konsekvensen av denne situasjonen må være opp til andre å trekke. Spørsmålet er om situasjonen skal betraktes som et fargerikt fellesskap eller om vi snarere har å gjøre med en pervertering av en offentlig initiert reform?” (Johansen, 2009:70).

2.5 Reformen og løse koblinger

Som vist hevder Johansen(2009) å observere en ”løs kobling” mellom ledelsesreformen og praksis i sine studier. Noe av det samme er Sveri (2004) inne på i sin studie:

”Beslutningssystemene i pleie- og behandlingsarbeidet fremstår som mer eller mindre dekoplet fra sykehusorganisasjonens formelle strukturer, og dermed formelle ledelsessystem.” (Sveri, 2004:99).

Sveri (2004) viser til Meyer og Rowan’s (1977) klassiske artikkel *”Institutional organizations: formal structure as myth and ceremony,”* hvor det hevdes at organisasjoner gjerne lager formelle strukturer i trå med trender og myter som dominerer i samfunnet. Dette uavhengig av om strukturene er effektive i forhold til måloppnåelse. Disse formelle strukturene bygger på samfunnets oppfatning av hva som er rasjonelt, og innebærer bruk av hierarki, regler og kontroll. De organisasjonene som etterlever disse mytene ansees som effektive uavhengig av de faktiske prestasjonene. Derimot er de faktiske aktivitetene i organisasjonen styrt av uformelle strukturer og på den måten frikoplet fra de formelle strukturene. Slike organisasjoner kaller Meyer og Rowan (1977) for ”institusjonaliserte organisasjoner”.

2.6 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg gjort rede for den teoretiske tilnærming, tidligere forskning på feltet samt lagt et empirisk bakteppe ved å trekke frem relevante artikler på området.

Teori om organisasjonsutforming viser at organisasjoner ikke kan beskrives alene gjennom enkle organisasjonskart. Andre forhold som desentralisering og sentralisering av beslutningsmyndighet, koordineringsmekanismer, drivkrefter og parallelle hierarkier vil gi et mer komplett bilde i det Mintzberg (1983) kaller ”organisasjonsstruktur”. En slik teoretisk tilnærming er til hjelp når jeg i denne oppgaven forsøker å karakterisere klinikkens ”indre liv” og møte med en offentlig initiert ledelsesreform. Sykehus kalles gjerne ”profesjonelle byråkratier” hvor de fagprofesjonelle står sterkt gjennom sin fagekspertise. Disse ”drar” organisasjonen mot profesjonalisering og motsetter seg gjerne regelstyring og endringer (Mintzberg, 1983; Jacobsen og Thorsvik, 2008). De tradisjonelle todelte fagstyrene i sykehusene har sin forankring her - som parallelle fagbaserte ledelseshierarkier.

Toppledelsen på sin side trekker i retning av sentralisering av makt gjennom direkte kontroll, regler og forordninger.

Men de ”fagprofesjonelle” er ikke en homogen gruppe. Yrkesgruppene representerer forskjellige tradisjoner og normer. Leger og sykepleiere har forskjellige tradisjoner på ledelsesområdet, og jeg har holdt frem forskning som viser at disse gruppene tolker og utfører lederrollene svært forskjellig (Johansen, 2009; Torjesen, 2007). Leger leder leger med utgangspunkt i fag og knytter seg til det legefaglige statushierarkiet. Sykepleiere har en

”management” forståelse av lederrollen og orienterer seg mot arbeidsplassens hierarki. Det er i dette institusjonelle landskapet at den markedsliberalistiske og NPM inspirerte ledelsesreformen ”enhetlig ledelse” ble innført i 2001, og hvor de tradisjonelle todelte ledelseshierarkiene skulle bort til fordel for det ”enhetlige”. Reformen skulle innføres gjennom et lovkrav på 3 setninger, hvor kvalifikasjonskrav og forsvarlighetskrav synes å være diffuse. Dette førte til intens profesjonskamp som dabbet av etter hvert. Tidligere studier tyder på at det forekommer ”løse koblinger” mellom reform og praksis på dette feltet (Torjesen, 2007; Johansen, 2009). Imidlertid så man også en ”rebound” effekt av denne markedsliberaliseringen på 2000 tallet hvor politikkenes betydning til en viss grad ble revitalisert, og hvor fokuset på direkte styring i offentlig sektor økte. Følgen var re-hierarkisering og sentralisering av makt (Røvik, 2007), noe som også kan ha slått inn i norske sykehus (Torjesen, 2007) Dette forholdet kan også ha betydning for hvordan enhetlig praktiseres i sykehus.

Med dette som ramme går jeg nå videre for studere nærmere hvordan denne ledelsesreformen er oversatt og praktisert i klinikken. I neste kapittel redegjør jeg for hvordan jeg har gått frem for å samle inn og analysere data.

3 Metode

I dette kapitlet beskrives oppgavens forskningsmetode, forskningsdesign og datagrunnlag. Objektivitet, reliabilitet og validitet blir også drøftet.

3.1 Forskningsmetode og design

Metode er en fremgangsmåte for innsamling og behandling av data. Formålet er å fremskaffe de dataene en trenger for å gi gode svar på problemstillinger. I samfunnsvitenskapelig metodelære skilles det mellom kvantitativ og kvalitativ tilnærming (Johannesen et al., 2005). En av de viktigste forskjellene mellom disse er at kvantitativ tilnærming bygger på talldata, mens kvalitativ tilnærming bygger på tekstdata. Forskningsdesign henspeiler på hvordan undersøkelser gjennomføres – dvs. hvem og hva skal undersøkes, og hvordan en går frem for å samle inn og analysere data. Kvalitativ metode kjennetegnes av at det ikke finnes en analytisk hovedretning, men en rekke designretninger. Blant de tradisjonelle kvalitative designretningene finner vi: fenomenologi, etnografi, grounded theory og casedesign. Caseundersøkelser kan være eksplorative, deksriptive, forklarende, forstående og vurderende (Johannesen et al., 2005).

I denne undersøkelsen har jeg valgt en kvalitativ tilnærming fordi jeg ikke ønsker å generalisere, men gå i dybden på hvordan reformen enhetlig ledelse blir oversatt og praktisert i en enkel klinikk. Den empiriske basisen bygger på dokumentstudier og intervju.

Undersøkelsen er en studie av en case : ”Praktisering av enhetlig ledelse i en klinikk på UNN.” Problemstillingen tilsier en deskriptiv casestudie. Imidlertid har studien også et eksplorerende innslag fordi datainnsamlingen og analysen ble gjort i to steg (Johannesen et al., 2005). Data fra kartleggingsprosjektet i klinikken og andre relevante dokumenter ble først samlet inn og analysert i en ”sonderingsfase”. I neste steg ble klinikkjefen intervjuet med basis i de funn som ble gjort i første steg.

3.2 Observasjon. Min rolle som forsker.

Jeg har arbeidet som lege ved UNN siden 1997. Etter endt spesialistutdannelse i nukleærmedisin 2001 ble jeg seksjonsoverlege og senere seksjonsleder. Nukleærmedisin driver diagnostisk service for de fleste kliniske avdelingene, og på den måten er jeg blitt godt kjent med mange medarbeidere og avdelinger. Jeg har selv opplevd den store omorganiseringprosessen i UNN (LUO) som startet i 2007, og har hatt ”orkesterplass” i

forhold til å observere utviklingen i sykehuset de siste 15 årene. Min rolle som forsker i denne oppgaven vil variere noe. Johannesen et al. (2005) skiller de ulike feltrollene som forsker på denne måten:

	Skjult	Åpen
Deltaker	Fullstendig deltaker	Observerende deltaker
Ikke deltaker	Ren observatør	Tilstedeværende observatør

Figur 4: Typologi over feltroller. (Etter Johannesen et al., 2005:130)

I forhold til den generelle utviklingen av organisasjonen har jeg vært ”fullstendig deltaker”. Men i forhold til den klinikken som oppgaven omhandler vandrer min rolle mellom ”ren observatør” og ”tilstedeværende observatør”. Jeg er ikke ansatt i klinikken, og har dermed aldri deltatt direkte i prosessene der. De startet lenge før jeg skulle studere klinikken. Intervjuet med klinikk sjefen gjør meg til ”Tilstedeværende observatør”.

3.3 Datakilder

Jeg vil i det følgende redegjøre for hvilke datakilder og fremgangsmåte jeg har benyttet i denne oppgaven. Den empiriske basisen består av to hovedelementer: 1) Dokumentstudier og 2) Intervju med klinikk sjefen i den aktuelle klinikken som oppgaven omhandler.

Dokumenter

Første del av dokumentstudien er av mer ”kontekstuell karakter” hvor det refereres til enkelte styresaker som er relevante for omorganiseringsprosessen i UNN samt dokumenter relevant for omorganisering av klinikken som studeres. De viktigste dokumentene er:

- Styrebehandling av prosjekt langsiktig utvikling og omstilling av UNN HF:
 - o UNN saker: 36/2007, 55/2007 og 84/2007
- Beslutningsnotat Medisinsk klinikk datert 30.05.2008 : ”Organisasjonsutvikling i Medisinsk klinikk”
- LUO - Direktørens vurdering datert 27.06.2008: Kapittel 5.5 Medisinsk klinikk.

I siste del av dokumentstudien innhentes og bearbeides datamateriale fra det pågående kartleggingsprosjektet i regi av HR-avdelingen ved UNN, hvor organisasjons- og lederstrukturen kartlegges. Etter denne initiale ”sonderingsfasen” ble øverste sjef for klinikken intervjuet. I trå med UNN’s reglement ble det sendt søknad til administrerende direktør om tillatelse til å gjennomføre studien, og godkjenning ble mottatt pr. e-post den 21.03.2012 (Vedlegg 7). Kopi av godkjenningen ble sendt til de aktuelle klinikk sjefene samt leder for HR avdelingen.

I forbindelse med at jeg skulle skrive denne oppgaven tok jeg kontakt med HR avdelingen på UNN (HR="Human Resources") hvor det var satt i gang et prosjekt for kartlegging av organisasjons- og lederstrukturen. Prosjektleder er Yngve Antonsen som sammen med to medarbeidere gjennomfører den omfattende kartleggingen. Prosjektet innebærer 5 - 8 intervjuer på ulike ledernivåer i alle klinikkene. Intervjuguiden er semi-strukturert hvor målet er å gjennomføre en guidet konversasjon i stedet for bruk av standardspørsmål (se vedlegg 1). Guiden er i stikkordsform og delt inn i følgende kategorier: **1) Personalansvar, 2) Personal- og organisasjonsutvikling, 3) fag og 4) økonomi.** Intervjuene tas ikke opp på bånd, men det noteres underveis. Umiddelbart etter et intervju skrives det et referat. Det brukes også telefon i etterkant av intervjuene for å korrigere og supplere datamaterialet som er fremkommet. På bakgrunn av disse intervjuene og annen tilgjengelig informasjon blir det utarbeidet oppsummering fra intervjuene og sluttrapporter for hver av klinikkene. Det er referater fra intervjuer og sluttrapporten fra den utvalgte klinikken som blant annet danner det empiriske grunnlaget for denne oppgaven. Referatene fra intervjuene er ikke direkte sitater, men sammendrag skrevet av intervjueren. Tabellen under viser hvilket materiale som er brukt og hvilke benevnelse som det vil refereres til i oppgaven. Av hensyn til personvern angis ikke avdeling, og alle informantene benevnes som "Informant" :

Datamateriale	Benevnelse
Kartlegging av ledelsesstruktur i Medisinsk klinikk 2012	Rapport MK
Intervju leder, Medisinsk klinikk (lege)	Informant
Intervju leder, Medisinsk klinikk (sykepleier)	Informant
Intervju leder, Medisinsk klinikk (lege)	Informant
Telefon-intervju leder, Medisinsk klinikk (sykepleier)	Informant
Telefon-intervju sykepleier, Medisinsk klinikk (Vedkommende er stedfortreder for avdelingsleder som er lege)	Informant

Tabell 2: Oversikt, datamateriale – kartlegging av ledelsesstruktur.

Kartleggingen i medisinsk klinikk baserer seg på 5 intervjuer med varighet fra en halv time til en time av ledere på nivå 2 (avdelingsledere) i perioden 16.1.12 – 20.02.12.

Datamaterialet vil jeg kategorisere som sekundærdokumentasjon da det ikke er primært innhentet for å besvare problemstillingen. Men for å få et bedre innblikk i datainnsamlingen har jeg deltatt på to intervjuer. Disse to informantene ble på forhånd orientert om at intervjuene ville inngå som datamateriale i denne oppgaven, noe som ble akseptert. For de øvrige inkluderte informantene ble det innhentet tillatelse pr. e-post til å bruke materialet fra intervjuene (Vedlegg 6).

Intervju av klinikkensjef (Informant F)

Etter å ha studert materialet fra kartleggingsprosjektet ble det gjennomført et intervju av klinikkensjefen i den utvalgte klinikken, der informanten svarer på spørsmål som er relatert til organisasjons- og lederstrukturen i egen klinikk. Jeg har valgt intervju da jeg i denne oppgaven ønsker å undersøke et fenomen i dybden, ikke generalisere. Valget av informant var strategisk, nærmest ”intensivt” (Johannesen et al., 2005:110), da vedkommende antas å være rik på informasjon i forhold til det som undersøkes. Intervjuguiden (Vedlegg 3) ble sendt informanten dagen i forveien. Sluttrapport med organisasjonskart for aktuelle klinikk ble også oversendt informanten på forhånd. Intervjuet ble gjennomført 13. april 2012 på informantens eget kontor. Intervjuet ble tatt opp på bånd. Det ble lagt inn pauser i opptaket mellom hvert spørsmål for å gi informanten tid til å reflektere og formulere svaret. Varigheten på opptaket var 37 minutter, og ble transkribert av en sekretær. Utskrift av intervjuet ble oversendt informanten for gjennomgang og godkjenning. Jeg tok også kontakt for å diskutere enkelte uklarheter i teksten. Intervjuobjektet har i betegnelsen ”Informant F” i oppgaven.

3.4 Objektivitet, validitet og reliabilitet

Denne undersøkelsen er ikke objektiv. Dette fordi jeg ikke er objektiv i min rolle som forsker. Valg av informanter og tolkning av data, og dataene som fremkommer er heller ikke objektive men vil kunne være preget av mine og andres oppfatninger. Siktemålet i denne studien har vært å undersøke et fenomen i dybden, og de funn og konklusjoner som er gjort kan dermed ikke generaliseres. De kan ikke overføres til andre klinikker eller sykehus.

Validitet (gyldighet) sier noe om forskningsdataenes relevans i forhold til det fenomenet som undersøkes (Johannesen et al., 2005). Data som samles inn er kun representasjoner av virkeligheten, ikke selve virkeligheten. Sagt på en annen måte er validitet om man faktisk måler det man ønsket å måle eller undersøke, og dataene som samles inn må være relevante for problemstillingen.

De sekundærdata som fremkommer etter kartleggingen av organisasjons- og lederstrukturen i den undersøkte klinikken anser jeg som relevante i forhold til problemstillingen.

Informantene sitter nært feltet som avdelingsledere og klinikkensjef. Hvilke informanter man velger til intervju vil kunne påvirke validiteten. Andre personer vil kunne gi helt andre svar på de samme spørsmål. I denne studien er det kun avdelingsledere og klinikkensjef som er intervjuet, noe som er en svakhet. Informasjon fra ledere på lavere nivåer og enkeltansatte

ville styrket validiteten. Intervjuet med klinikksjefen har positive og negative sider i forhold til validiteten. Med basis i en initial analyse av dokumentene utarbeidet jeg en intervjuguide rette mot spesifikke forhold i klinikken, noe jeg mener styrker validiteten. Positivt er det at vedkommende har opplevd hele klinikkdannelsen og kjenner klinikken svært godt. Men samtidig er det fare for at klinikksjefen har en bias i forhold til hvor bra eller dårlig ting fungerer i egen klinikk, særlig fordi han var ”arkitekten” bak omorganiseringen, spesielt den to-delte ledelsesmodellen. Faren for såkalt ”etter-rasjonalisering” er definitivt til stede her.

Reliabilitet henspeiler på hvor pålitelig forskningsdataene er, og er knyttet til hvilke data som brukes, hvordan de er samlet inn og på hvilken måte de bearbeides (Johannesen et al., 2005). Reliabiliteten vil være høy dersom man ved å måle det samme flere ganger for samme resultat forutsatt at premissene er de samme hver gang. Intervjuene av avdelingslederne ble gjennomført av andre enn meg, noe som er en svakhet. Selv om jeg deltok på to av disse intervjuene for å få et innblikk i fremgangsmåten, kan intervjuerens tolkninger av svarene påvirke reliabiliteten i negativ retning. Men at informantene ble gitt mulighet til å korrigere uklarheter i ettertid trekker i positiv retning. Intervjueren er leder for kartleggingsprosjektet og har fungert som bi-veileder i denne oppgaven. Kildebruken, både intervjuene og rapporten, er på denne måten blitt ”kontrollert”, noe jeg mener trekker reliabiliteten i positiv retning. Mitt intervju med klinikksjefen ble tatt opp på bånd og transkribert av sekretær, og informanten fikk anledning til å se gjennom diktatet og evt. korrigere. Dette styrker reliabiliteten.

4 Kontekst

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunnsinformasjon som jeg finner relevant for problemstillingen.

4.1 Om spesialisthelsetjenesten og UNN

Begrepet ”spesialisthelsetjeneste” brukes i medisinsk terminologi som et mer spesialisert nivå hvor det kreves kompetanse som ikke finnes i den kommunale helsetjenesten. Spesialistene er en viktig del av spesialisthelsetjenesten. I denne oppgaven defineres en spesialist eller overlege som en lege utdannet og autorisert i et spesielt område av medisinen. For eksempel er onkologer og hematologer henholdsvis kreft- og blod spesialister. Etter lov om spesialisthelsetjenester § 1.2 kan Departementet gjennom forskrift bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste i Norge (Lov om spesialisthelsetjenester, 1999). Tjenesten er organisert gjennom regionale helseforetak. Spesialisthelsetjenesten i Norge består av fire (tidligere fem) regionale helseforetak; Helse Nord, Helse Midt, Helse Sør-Øst og Helse Vest. Helse Nord RHF består av fire helseforetak: UNN-HF, Helse Finnmark, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.

UNN eies av Helse Nord RHF. Sykehuset har rundt 6000 ansatte, og er landsdelens største arbeidsplass. Virksomheten er spredt på ulike steder med sykehus i Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen. Foretaket har psykiatriske klinikker i Tromsø med integrert rusbehandling samt flere distriktskykiatriske sentra i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms og Tromsø. UNN drifter den regionale akuttmedisinske kommunikasjonssentralen (AMK) samt en rekke ambulansestasjoner i Nordland og Troms. UNN bemanner også luftambulansen med helsepersonell. I tillegg til å være universitetssykehus og lokalsykehus for den nordnorske befolkningen har UNN flere nasjonale og regionale funksjoner. Universitetssykehuset er tilknyttet Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø.

Universitetssykehusfunksjonen innebærer at sykehuset er delaktig i utdanningen av leger og annet helsepersonell. Leger og andre ansatte på sykehuset har undervisningsstillinger på universitetet, og studentene har praksis og veiledning på sykehuset av helsepersonell. UNN er en kompleks organisasjon med 14 klinikker, ca. 390 ledere og en stor operativ kjerne bestående av høyt spesialiserte fagfolk.

4.2 Omorganiseringsprosessen på UNN - LUO

Universitetssykehuset Nord-Norge skulle omorganiseres, og arbeidet startet opp i 2007. Etablering av ny organisasjons- og lederstruktur var en av flere strategiske hovedakser i prosjektet. Fra før var avdelingene i UNN organisert under tre linjeledere (sjef kliniske avdelinger, sjef medisinske serviceavdelinger og sjef drift- og eiendom). Linjelederne samt seks stabsavdelinger var organisert direkte under administrerende direktør. De kliniske avdelingene hadde avdelingsledere som i de fleste tilfeller var overleger. I 2007 vedtok styret i UNN at det skulle settes i gang et prosjekt for "langsiktig utvikling og omstilling av UNN HF" (også kalt LUO-prosjektet). Bakgrunnen for prosjektet var en driftssituasjon med misforhold mellom oppgaver og tilgjengelige ressurser og det var et sterkt behov for å prioritere oppgaver og strømlinjeforme prosesser og ressursbruk. Særlig viktig var det å sørge for at UNN fikk en organisasjonsstruktur som gir *"et nært og dynamisk forhold mellom strategisk ledelse, styring og oppgaveløsning"* (UNNs styresak 36/2007:2). Det ble derfor satt i gang en gjennomgang av UNNs ledelses- og organisasjonsstruktur med hensikt å kartlegge endringsbehov. En av vurderingene etter gjennomgangen var at:

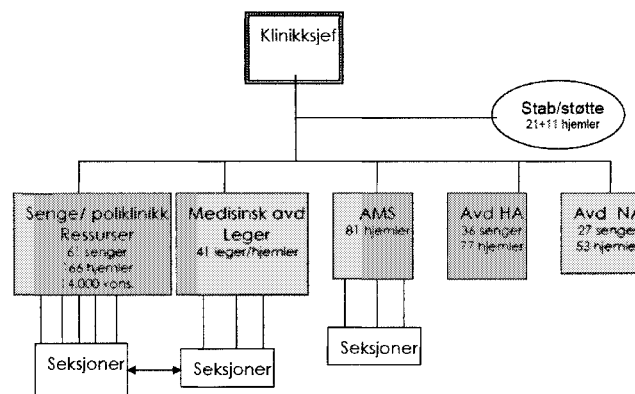
"Det store antallet avdelinger gjør det vanskelig å engasjere mellomledere fra kjernevirksomheten i overordnede strategiske vurderinger, og i å ta gjensidig ansvar for overordnede prioriteringer og helhetlig økonomistyring." (UNN styresak 55/2007:4).

Resultatet av omorganiseringen var i prinsippet en sammenslåing ved at 64 avdelinger med 3 linjeledere samt 6 stabsavdelinger ble redusert til dagens 14 klinikker. Hver klinikk fikk en klinikk sjef som er direkte i linje under direktøren. De opprinnelige avdelingene ble omorganisert og lagt inn under de klinikkene det var naturlig å plassere dem. UNN's vedtatte lederstruktur samt prinsippene den baserer seg på er oppsummert i UNNs styresak 251-10 og kan sees i vedlegg 8.

4.3 Medisinsk klinikk dannes – strukturen endres.

Som en del av LUO prosessen ble medisinsk klinikk ved UNN dannet 31.03.2008 for å reorganisere den indremedisinske virksomheten i Tromsø, Narvik og Harstad. Klinikken omfattet på det tidspunktet 9 faggrupper med lederteam fordelt på tre geografiske lokaliteter. I Tromsø besto klinikken av 5 tradisjonelle sengepostenheter, poliklinikker og laboratorieenheter fordelt på 7 ulike administrative enheter. Virksomheten i Harstad og Narvik var organisert som generelle indremedisinske avdelinger med tilhørende poliklinikker. Det ble nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe hvor hovedmandatet var å finne den best egnete

organisasjonsstrukturen for å løse klinikkens oppgaver innen pasientbehandling, pasientopplæring, forskning og undervisning (Beslutningsnotat, Medisinsk klinikk 2008:1). Omorganiseringprosessen var omfattende og grundig, og involverte faggruppene, tillitsvalgte, vernetjenesten og øvrige ansatte. Det ble gjennomført felles drøftingsmøter med lederteam, seksjonslederteam, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud hvor ulike organisatoriske modeller ble diskutert. Arbeidsgruppen utarbeidet tre alternative modeller, men etter felles drøftingsmøte 14. mai 2008 ble to av disse forkastet. Etter denne prosessen satt man igjen med en organisasjonsmodell, som så ble sendt ut på høring i klinikken. Modellen representerte noe "helt nytt": Legene i Tromsø skulle samles i en egen avdeling, og "Senge- og poliklinikkressursene" i en annen avdeling (avdelingen ble senere kalt sykepleieavdelingen). Sykepleieavdelingen skulle ledes av avdelingsleder med sykepleiekompetanse, og *"..har totalansvar for avdelingens samlede ressurser, inklusive pleieressurser."* (Beslutningsnotat Medisinsk Klinikk, 2008:5). For øvrig skulle indremedisinsk virksomhet i Harstad og Narvik organiseres som egne avdelinger.



Figur 5: Medisinsk Klinikk, ny organisering 2008

En naturlig konsekvens av dette ble at de tidligere avdelingsoverlegene/lederne i praksis mistet totalkontrollen over driftsenhetene og at sykepleierne "tok over" driftsansvaret og det sykepleiefaglige. I høringene var det aksept blant sykepleierne, men en viss motstand blant legelederne. Klinikksjefen uttrykker det slik:

"Største motstand var selvfølgelig fra de etablerte avdelingslederne(legene). De så mer for seg en tradisjonell organiseringsmodell i avdelingene."

"Og sykepleierne, var de mer positive" spør jeg:

"Ja. De så sine fordeler..."(Informant F).

Beslutningsnotatet med den foreslåtte modellen ble forelagt direktøren og godkjent.

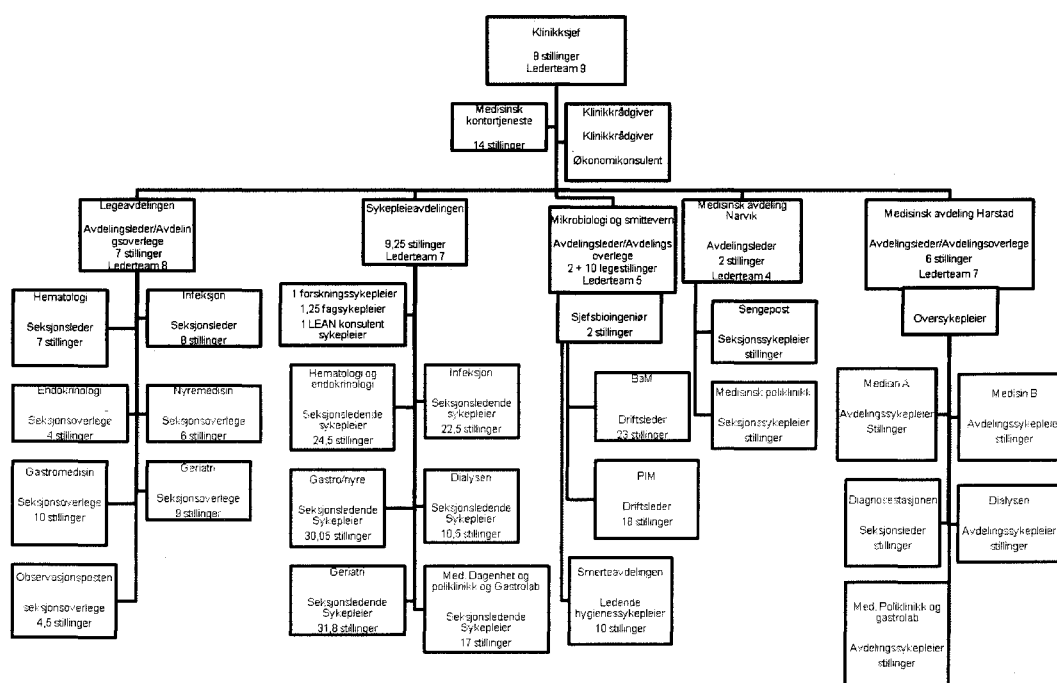
Direktørens vurdering kan leses i vedlegg 9.

5 Empiri

Her presenteres relevant data fra HR-avdelingens kartlegging av lederstrukturen i den utvalgte klinikken samt intervju. I fremstillingen vil det refereres til sluttrapporten (Rapport-MK), referater fra intervjuene med de fem informantene fra kartleggingsarbeidet. Det vil også bli referert til eget intervju med klinikkjefen (Informant F). Materialet er anonymisert av hensyn til personvern. I sitater vil personnavn byttes ut med tittel. Navnene til de organisatoriske enhetene, ledertitlene og profesjonstilhørighet er beholdt. I materialet refereres det til begrepet ”kontrollspenn”, som her defineres som summen av de personal, økonomi og fagoppgavene som leder har ansvar for å gjennomføre for et visst antall ansatte.

5.1 Organisasjonskartet

Det faktiske organisasjonskartet er vist i figur 5 under (se vedlegg 2 for større versjon). Kartet gir en oversikt over alle avdelinger, seksjoner og enheter. I hver boks står navnet til organisatorisk enhet, leders stillingstittel samt kontrollspenn. Lederne har direkte personal, økonomi og fagansvar. Antall deltakere i lederteam er også ført opp. Eventuelle ledernivåer som ikke er definert i den offisielle lederstrukturen på UNN er også tatt med i kartet.



Figur 6: Medisinsk klinikk, faktisk organisasjonskart, feb. 2012

Fra kartet kan antall ledere fordelt på ledernivå oppsummeres slik:

Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4	Stabsledere	Totalt
1	5	23	0	4	33

Tabell 3: Medisinsk klinikk, fordeling av ledere på nivå

Det er totalt 485 ansatte i klinikken, som har virksomhet i Tromsø, Narvik og Harstad. Klinikken har til sammen 5 avdelinger. Avdeling for mikrobiologi og smittevern (AMS) skiller seg ut fra de øvrige avdelingene ved at det er en service-preget avdeling. Jeg velger å begrense oppgaven til avdelinger som driver direkte pasientrettet behandling og vil derfor ikke omtale AMS videre. Kartet viser at den **pasientrettede indremedisinske virksomheten** i klinikken er organisert inn i 4 avdelinger: Legeavdelingen Tromsø, Sykepleieavdelingen Tromsø, Medisinsk avdeling Narvik og Medisinsk avdeling Harstad. Lederne for disse avdelingene rapporterer direkte til klinikksjefen. Organiseringen i Tromsø er utradisjonell fordi legene og sykepleierne er separert i egne avdelinger, mens avdelingene i Narvik og Harstad synes å ha en mer "tradisjonell" organisering. Sett ut fra organisasjonskartet er det kun en ansvarlig leder for hver organisatorisk enhet. Ved første øyesyn ser det ut til at lovkravet om enhetlig ledelse er oppfylt på alle nivåer i klinikken. Men hva som legges i begrepet "enhetlig ledelse" kan variere fra person til person. Klinikksjefen svarer slik på spørsmålet om hva han legger i begrepet:

"Som klinikksjef kan man loven i sin helhet. Det er klart at det ikke skal være tvil om hvor ansvaret ligger og det må være klart definert og dette må gå frem av organisasjonskartet. En hver ansatt skal vite hvem han/hun har som nærmeste leder og en hver ting som skjer på en plass i min enhet skal ha definert område på etter hvem som har ansvar der. Alt må kunne tildeles til noen som har ansvar, og overordnet ansvar har klinikksjefen." (Informant F).

Organisasjonskartet (Figur 6) som klinikksjefen refererer til er en skjematisk opptegning av klinikkens arbeidsorganisering og viser i grove trekk hvor folk jobber, delt inn i ulike avdelinger, seksjoner og stab, og hvem som har ansvaret for de ulike gruppene. Men som jeg har vært inne på i min teoretiske tilnærming er ikke klassiske organisasjonskart nødvendigvis synonymt med organisasjonsstruktur (Mintzberg, 1983). Virkeligheten er ikke alltid like enkel som boksene i organisasjonskartet. En skjematisk opptegning av den formelle strukturen forteller for eksempel lite om delegering av ansvar og beslutningsprosesser, koordineringsmekanismer eller uformelle hierarkier. Jeg vil i de neste kapitlene forsøke å beskrive dette nærmere.

5.2 Organisasjonsstruktur

Medisinsk avdeling Narvik

Avdelingsleder/ formell ansvarlig leder ved medisinsk avdeling Narvik er sykepleier og arbeider 100 % som leder med ansvar for drift, personal og innkjøp av utstyr. Vedkommende har personalansvar for sine seksjonsledere og de 16 legene i avdelingen. Det er ikke utpekt formell medisinskfaglig rådgiver i avdelingen, men avdelingsoverlege med stillingsbeskrivelse.

Det operative nivå:

Lederstrukturen på det operative nivået i avdelingen er identisk med de tre fysiske driftsenhetene (seksjoner): Sengepost, medisinsk poliklinikk og kontortjenesten. Det er en ansvarlig leder pr. enhet. De to kliniske postene ledes av sykepleiere som arbeider 100 % administrativt, og har betydelige ansvarsområder og personalansvar for henholdsvis 39 og 13 ansatte. De er ansvarlige for bl.a. operativ drift, bemanningsplanlegging, personal og budsjett (fra Rapport MK).

Avdelingsoverlegen og legene:

Avdelingen har avdelingsoverlege (som sitter i lederteam), og har et utvidet ansvarsområde i forhold til legene i avdelingen (4 overleger, 6 assistentleger og 6 turnuskandidater). En informant forstår avdelingsoverlegens rolle på denne måten:

"XX er avdelingsoverlege ved Medisinsk avdeling:XX tar ansvar for faglig oppfølging og drifta for legene, arbeidsplaner og vaktplaner osv. og har ansvaret for utdanningen til legene. Men om XX tar personalansvar med sykefravær, det er ikke testet ut ennå, men avdelingsleder tror det blir han som må ta den biten i så fall, men foreløpig har de ikke vært syk."

Klinikkjefen om praktisering av enhetlig ledelse i Narvik:

I forhold til lovkravet om enhetlig ledelse skal det være en ansvarlig leder på hvert nivå, og jeg spør klinikkjefen hvordan dette praktiseres i Narvik:

"Vi har en avdelingsleder som er sykepleier og vi har en avdelingsoverlege som er medisinskfaglig ansvarlig, ikke rådgiver, men medisinskfaglig ansvarlig med en stillingsbeskrivelse." (Informant F).

Jeg ønsket å følge opp dette spørsmålet, noe som gav en interessant ordveksling:

Intervjuer: *"Avdelingsoverlegen fungerer som medisinskfaglig rådgiver egentlig, kan man si det sånn?"*

Informant F: *"Medisinskfaglig ansvarlig"*.

Intervjuer: *"Ja, ansvarlig. Ansvar. Så da er det egentlig to ansvarlige?"*

Informant F: *"Nei, medisinskfaglig ansvarlig."*

Intervjuer: *"Da er det kanskje to ansvarlige på avdelingen?"*

Informant F: *"Ja, men det er jo den tradisjonelle ----- det er jo også mange modeller i Tromsø hvor vi har sykepleierledere og så har vi ----- UNN har hatt en modell i en rekke år."*

(talepause i intervjuet er transkribert til "-----").

Medisinsk avdeling Harstad

Avdelingsleder/ formell ansvarlig leder ved medisinsk avdeling Harstad er lege. Det medisinskfaglige ansvaret er dermed ivaretatt av øverste leder. Her finner vi en tradisjonell stillingstittel: "Oversykepleier". Stillingen plasseres nivå 2,5 i sluttrapporten for medisinsk klinikk – altså et sted mellom avdelingsleder og seksjonledernivåene (fra Rapport MK). Tittelen "Oversykepleier" er historisk sett knyttet til den gamle ordningen med enhetlig todelt ledelse hvor de ledet avdelingene sammen med avdelingsoverlege. Oversykepleieren i Harstad har fått delegert ansvar for det pleiefaglige i avdelingen og personalansvaret for sykepleierne som leder seksjonene og følger opp budsjett. Vedkommende har ansvar for ansettelser, bemanningsplanlegging, sykefravær og oppfølging av sykefravær. En informant oppfatter ansvarsfordelingen mellom oversykepleieren og avdelingslederen på denne måten: *"Avdelingsleder arbeider ca 50 % administrativt og 50 % klinisk. Han er overordnet ansvarlig men delegerer det til meg, totalt er det ca 90 stykker i Harstad. Avdelingspsykepleier har ansvaret og det er mest effektivt."* (Informant).

I referatet fra intervjuet med en informanten utdypes ansvarsområdene videre:

"Og jeg har fått delegert ansvaret for sykepleietjenesten i det daglige, lederne leverer sykefravær og slikt til meg- og så har jeg overordnet ansvar for de som er under det. Totalt skal det være. 3 pluss 4 avdelingspsykepleiere og en seksjonsleder = 8."

Det operative nivå:

Lederstrukturen på det operative nivået i avdelingen identisk med de fem fysiske driftsenhetene (seksjoner): Medisin A, Medisin B, Diagnosestasjonen, Dialysen samt medisinsk poliklinikk og gastrolaboratoriet. Driftsenhetene har alle kun en ansvarlig leder, alle sykepleiere. Blant disse lederne finner vi også tradisjonelle titler som "Avdelingssykepleier" selv om enhetene formelt sett er seksjoner. Disse lederne 100 % administrativt, har store ansvarsområder og personalansvar for mange personer (hhv.30, 39, 9, 11 og 8 pleiepersonale), dog ikke "ansvar" for legene: En informant sier dette om seksjonsledernes ansvarsområder og oppgaver:

"Det er masse arbeidsoppgaver til seksjonslederne, strikken er dratt ganske langt, det er mye å gjøre og oppgavene har blitt flere. Det er utfordrende."

Og fortsetter:

"Daglig bemanningsplanlegging, utviklingssamtale, sykefravær, de er med på intervju i ansettelser, samhandling internt og eksternt, GAT, turnus, lede seksjonsmøte for hele posten. De innstiller til permisjoner og håndterer konflikter." (Informant).

Legene:

De 24 legene i avdelingen er **ikke** administrativt knyttet til driftsenhetene og lederne der, men forholder seg til avdelingsleder/avdelingsoverlege i faglige og administrative spørsmål. De forholder seg også i mindre grad til oversykepleier. En informant utdyper dette forholdet nærmere:

"Avdelingsleder har ansvaret for 6 overleger, 10 assistentleger (fordi 1 er på studiepermisjon og 1 er i svangerskapspermisjon), og 10 turnusleger, totalt 26 stk. Ass leger følger opp 8 turnusleger og så er det delegert litt oppgaver. Han skal stå med 24 leger."

Og,

"Avdelingsleder har alt ansvaret for leger, alle oppgavene og dialogavtale i navnet og er øverste ansvarlig for alt." (Informant).

Klinikkjefen om praktisering av enhetlig ledelse i Harstad:

Klinikkjefen (Informant F) sier dette om praktiseringen av enhetlig ledelse i Harstad:

"I Harstad har vi en tradisjonell avdelingsmodell med en avdelingsleder som er lege og en oversykepleier.. De har det som i gamle dager, eller det som i Tromsø heter avdelingssykepleiere. De har da ansvar for bemanningen på de enkelte lokalisasjonen som er sengepost A og B samt dialysen. Grunnen til at man har en avdelingssykepleier har hovedsakelig noe å gjøre med kontrollspennene med mulighet til å kunne utøve god ledelse. Enhetene er relativt store. Man har et kontrollspenn i ledere på cirka 30-40 hoder, ikke stillinger, men hoder. Derfor er det liksom innført en slags underseksjonering. Harstad har egentlig ikke noe offisiell seksjon, ikke budsjettmessig." (Informant F).

Tromsø, legeavdelingen og sykepleieavdelingen

Klinikkens indremedisinske tjenestetilbud i Tromsø er tuftet på de 7 tradisjonelle indremedisinske subspecialitetene hematologi, endokrinologi, gastromedisin, infeksjon, nyremedisin og geriatri. Fire av subspecialitetene er fysisk samlokalisert : Gastro/Nyre og Hematologi/endokrinologi. Behandling og pleie av pasienter utføres på til sammen 6 fysiske driftsenheter (seksjoner) – men ved hjelp av ressurser fra **to separate avdelinger:**

legeavdelingen og sykepleieavdelingen. Hver av de organisatoriske enhetene i de to avdelingene har i følge organisasjonskartet kun en ansvarlig leder (Rapport MK). Men denne todelingen gjør at det er utfordringer knyttet til spørsmålet om hvordan enhetlig ledelse praktiseres. Jeg vil i det følgende beskrive de to avdelingene nærmere for så å fokusere på hvordan disse koordinerer og samhandler i praksis.

Sykepleieavdelingen i Tromsø

Avdelingen har 170 ansatte og er den største i klinikken. Lederen for sykepleieavdelingen er sykepleier og arbeider 100 % administrativt med drift, personal og økonomi. Hun har

personalansvar for 6 seksjonsledere (seksjonsledende sykepleiere) + to stabsmedarbeidere. Avdelingen har felles dialogavtale med legeavdelingen opp mot klinikksjefen, og er medlem i klinikkens lederteam. I tillegg har avdelingen eget lederteam hvor de 6 seksjonslederne er representert. En av informantene mener dette om todelingen mellom leger og sykepleiere, og kommer inn på hvordan enhetlig ledelse i praktiseres:

”Men seksjonsleder legene er ikke alltid fornøyd, de har ikke lenger siste ordet som tidligere fordi de nu er sidestilt med sykepleielederne. Dette gjelder spesielt de eldre og ikke så mye de unge. Legene har hatt makt, men har ikke det siste ordet lenger. Men det er en form for 2-delt ledelse det er klart det er det.” (Informant).

Det operative nivå: Seksjonslederne og sykepleierne

Lederstrukturen på det operative nivået i sykepleieavdelingen er identisk med hvordan de 7 fysiske driftsenhetene (seksjonene) er organisert. Disse driftsenhetene har alle hver sin ansvarlige leder, og alle er sykepleiere. Disse lederne arbeider 100 % administrativt, og har store ansvarsområder og mange arbeidsoppgaver: operativ drift, bemanningsplanlegging, budsjett, personalansvar, turnus, studentundervisning, kjøre lønn, rekruttering og ansettelse m.m. Kontrollspennet for lederne er i tillegg generelt høyt, mellom 10 og 40 ansatte (Rapport MK). Lederoppgavene er så mange at det er ansatt 7 såkalte fag- og driftssykepleiere som assisterer hver seksjonsleder med daglig bemanningsplanlegging, koordinering, turnus m.m. En av informantene uttrykker en viss bekymring i forhold til dette:

”Det er så mange oppgaver tillagt seksjonsledende sykepleiere at det er blitt utfordrende for dem, dette har skjedd etter omstruktureringen og innføring av helhetlig ledelse.” (Informant).

Det samme gjør en annen informant:

”Sykepleierne har mye administrasjon og stort kontrollspenn.” (Informant).

Legeavdelingen i Tromsø

Avdelingsleder er lege og har ansvaret for drift, økonomi samt personalansvar for 7 seksjonsledere (seksjonsoverleger). Det er også mye administrativt arbeid knyttet til vaktplaner, turnuser og utdanning av medisinske spesialister, og gjennomsnittlig arbeidstid er 50 timer pr. uke. På tross av mange administrative oppgaver har avdelingslederen ikke gitt slipp på legearbeidet, og arbeider 20 % som lege i avdelingen og tar vakter. Avtalen med klinikkleidelsen var i utgangspunktet at avdelingslederen skulle jobbe 50% klinisk og 50% med administrasjon og ledelse (Rapport MK). Informanten ser slik på tidsbruken:

”Skulle ønske det var mindre administrasjon slik at det hadde blitt bedre tid til personal samtale, oppfølging og fag. Slik det er nu blir det for mye administrasjon og for lite strategisk ledelse, man får ikke tid til strategisk ledelse.” (Informant).

Fokuset på det legefaglige og ledelse av legene kommer også til uttrykk når en av informantene kommenterer den nye todelte modellen:

"Dette er også en av utfordringene med den nye modellen at det er slik at nu er legene og sykepleierne organisert i hver sin seksjon men er veldig avhengig av å samarbeide tett for å få dagene til å gå opp. Samtidig er det en fordel fordi legene nå ikke trenger å bruke tid på administrering av sykepleierne og ikke trenger å bruke tid på sykefraværsoppfølging men kan bruke tid på fag og ledelse av legene. Og de er avhengig av å samarbeide godt uansett. Leger er ledere for sine men de har ikke full oversikt. Faste ledermøter fungerer variabelt."(Informant).

Informanten synes her å uttrykke en viss tilfredshet over todelingen ved at leger og legeledere kan konsentrere seg om faget og unngå "unødig" administrasjon, men legger samtidig stor vekt på viktigheten av samarbeid med sykepleierne. Lignende holdning finner en igjen i en annen meningsytring:

"Det medisinsk faglige ansvaret er uansett til leger og nu så slipper vi masse mikk makk organisering. Men i det daglige jobber leger og sykepleiere tett."(Informant)

På det praktiske, operative planet (seksjonsnivå) synes organiseringen å ligne på den tradisjonelle todelte ledelsesmodellen. En informant bekreft dette i stor grad:

"Lederteamene er derfor en måte å se dette på som 2 delt ledelse. Det er samarbeid over alt for at ting skal gå greit. De samarbeider delt akkurat som de også gjorde tidligere knyttet til avdelingslege og oversykepleier." (Informant).

Det operative nivå: Seksjonslederne og legene:

Legeavdelingen er strengt inndelt i seksjoner etter de indremedisinske subspecialitetene og seksjonslederne er leger som er spesialister innen de samme fagfelt. Unntaket er observasjonsposten hvor det drives mer generell medisinsk virksomhet. Legelederne har medisinskfaglig ansvar for fagutvikling innenfor sine spesialistområder (utdanning av spesialister), forskning men også ansvar for drift og personalansvar. Kontrollspennet for legelederne er lavt, og ligger mellom 4 og 10 leger. Ansvarsområdene for disse fagansvarlige seksjonslederne er klart definert i en egen funksjonsbeskrivelse (Vedlegg 4). I funksjonsbeskrivelsen forplikter også legelederne seg formelt til å samarbeide med sykepleieavdelingen ved at de:

"Skal faglig og administrativt samarbeide med Avdeling for senge- og poliklinikk resurser (ASP), herunder delta i tverrfaglige arbeidsgrupper og etablere samarbeidsfora med seksjonssykepleiere i ASP." (ASP benevnes i dag sykepleieavdelingen..)

Legelederne har mange lederoppgaver og ansvarsområder. Men den fagprofesjonelle tilknytningen er fortsatt sterk, det kommer frem i en av informantenes sin beskrivelse av tidsbruken til seksjonslederne:

”Seksjonsledere jobber 100% klinisk og tar lederoppgavene på fritiden. De har ansvar for fagutvikling + fag og er subspecialister som sitter i masse utvalg på de regionalt og nasjonalt og deltar på masse møter og råd, dette blir en krevende oppgave til slutt.” (Informant).

Klinikksjefen sier dette om legenes fagtilknytning:

”Jeg tror også at legelederne etter hvert har sett fordelene med å kunne konsentrere seg om fagledelse i mye sterkere grad enn tidligere.” (Informant F).

Klinikksjefen om praktisering av enhetlig ledelse i Tromsø:

Når jeg spør klinikksjefen direkte om enhetlig ledelse er innført på alle ledelsesnivåer i klinikken, rettes fokuset mot organiseringen i Tromsø der legene og sykepleierne er separert i egne avdelinger:

”Dette er den modellen som medisinsk klinikk har valgt, så kan man jo tenke seg at det muligens er et problematisk område at det legges opp til et todelt ledelsessystem. Slik jeg ser på dette så har vi på seksjonsnivå selvsagt en leder på legeavdelingen og en leder på sykepleieravdelingen. De har helt klart beskrevet områder hva de er ansvarlig for og hvilket personal de har. De har et delegert budsjettansvar og de har et fagansvar. Det er definert hva som er et legeansvar, det er definert hva som er et sykepleierfagansvar og de har en stillingsbeskrivelse som tar høyde for det. De er ikke rådgivere, de er medisinsk ansvarlig og dette er definert i stillingsbeskrivelsen.” (Informant F).

”Altså, legene er ikke medisinske rådgivere?” fortsetter jeg, og får til svar:

”Legene er seksjonsledere, de er ikke rådgivere.” ”På legesiden er alle medansvarlige og skal bidra til å ha ansvar for budsjett og slikt. så vi har det som hovedprinsipp, altså ikke rådgivere. Det er slik at disse to lederne, altså lederne på hvert nivå har da igjen et lederteam der de møtes jevnlig og de kommuniserer om saker jevnlig. Vi forsikrer oss at de gjør dette. Vi har altså dette systemet gjennom alle nivåene og til slutt møtes de hos meg. Det er slik jeg har tolket lovteksten.” (Informant F).

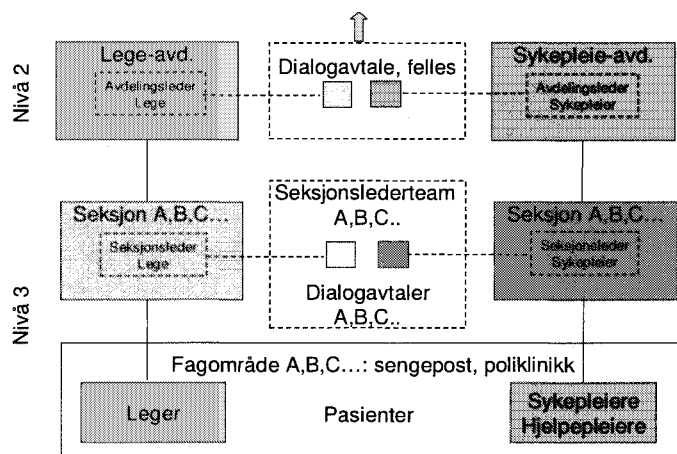
I forhold til koordinering og samhandling mellom lederne på legeavdelingen og sykepleieravdelingen begynner det å avtegne seg en kompleks struktur av formell og kontraktmessig karakter. Samtidig kan empiriske funn så langt tyde på at ”enhetlig ledelse” i praksis er to-delt. Det er derfor av interesse å studere hvilke løsninger som ”legges inn” for å ivareta formålene med enhetlig ledelse, evt. ”legitimere” organisasjonsmodellen. Jeg vil i neste kapittel forsøke å belyse dette nærmere ved å studere koordineringsmekanismene:

Koordinering: Legeavdelingen og sykepleieavdelingen

Mintzberg (1983) peker på det paradoksale i at felles aktiviteter først deles opp i enkeltoppgaver, og deretter må oppgavene koordineres for at organisasjonen skal oppnå den ønskede aktivitet. Legeavdelingen og sykepleieavdelingen i Tromsø må koordinere sine oppgaver i forhold til kjerneaktiviteten i klinikken: behandling og pleie av pasienter. På spørsmål om hvordan enhetlig ledelse praktiseres på de kliniske postene i Tromsø kommer klinikkensjefen nærmere inn på hvordan koordineringen skal skje:

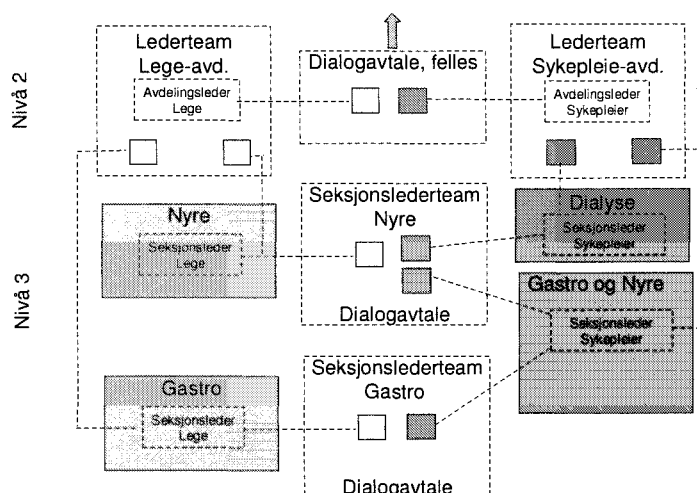
”Jeg kan starte med at medisinsk klinikk har en dialogavtale som går ned på seksjonsnivå og i praksis fungerer det som om at dialogavtalene er samkjørt mellom legeavdeling og sykepleieravdeling på seksjonsnivå. De har ikke fellesmål, men de er enige om de målene hver seksjon for hver profesjon har og de forplikter seg da å bidra at dialogavtalene blir oppfylt. Dette er punkt en. I praksis og i det daglige fungerer det først slik at de har seksjonsleder, regelmessig seksjonsledermøte med agenda hvor man da kommuniserer om hvordan dialogavtalen følges opp og selvfølgelig også på de dagligdagse problemene. Deretter møtes seksjonsledere i avdelingslederteam og avdelingslederne møtes i klinikkens lederteam.”

Hvordan koordineringen mellom legelederne og sykepleielederne skal skje er formalisert gjennom dialogavtaler, seksjons-lederteam og stillingsbeskrivelser (se eksempel på funksjonsbeskrivelse for legelederne i vedlegg 3). Dette prinsippet er forsøkt fremstilt i figur 7 under:



Figur 7: Koordinering mellom lege- og sykepleieledere -Medisinsk klinikk,

I virkeligheten blir koordineringsmekanismene enda mer kompleks enn prinsippskissen over. For eksempel er enkelte indremedisinske fagområder slått sammen i felles sengeposter og poliklinikker (Gastro/Nyre og Hematologi/endokrinologi). I tillegg har fagområdet nyremedisin sin virksomhet spredt på to seksjoner (Gastro/Nyre og Dialysen). Figur 8 er et eksempel på hvor kompleks koordineringen er. Sykepleielederen på Gastro/Nyre sitter i tre lederteam og må forholde seg til tre dialogavtale på samme tid:



Figur 8: Koordinering mellom lege- og sykepleier ledere, Gastro/Nyre

Sykepleierlederne og legelederne sitter som vi ser sammen i lederteamene på seksjonsnivå.

Jeg vil vite mer om ansvarsforhold og beslutningsmyndighet i disse lederteamene, og jeg spør klinikksjefen: "Hvem er sjef der? Ingen?" og får svaret:

"Nei. Sjef blir da det neste nivået og sjefen over der blir jeg. Man kan si det slik at trådene møtes først hos meg, jeg ser en viss utfordring der. Samtidig har jeg etablert de strukturene så pass tydelig og informerer meg om de fungerer og jeg mener at jeg ivaretar prinsippene."

De seksjonsvise lederteamene, dialogavtalene og stillingsbeskrivelsene er formaliserte

"kommunikasjonsstrukturer" som forplikter seksjonene til å koordinere seg. Men

lederteamene er av "demokratisk karakter" der ingen av lederne har beslutningsmyndighet

eller systemansvar for den samlede aktiviteten på dette nivået. "Trådene møtes" hos

klinikksjefen som dermed synes å ha det overordnede systemansvar for den samlede

aktiviteten på hver av de fysiske driftsenhetene. Flere informanter gir inntrykk av at

ordningen for en stor del fungerer bra i praksis. Men en kan også for seg situasjoner hvor

ansvarsforholdene kan bli utfordret:

5.3 Enhetlig ledelse og klare ansvarsforhold..

En av begrunnelsene for bestemmelsen om en ansvarlig leder på alle nivåer var at klare

ansvarsforhold er særlig viktig i sykehusvesenet fordi ansvarspulverisering kan ha store

konsekvenser for den enkelte pasient (Sønderland, 2001). Når jeg spør om enhetlig ledelse

oppleves å bidra til klare ansvarsforhold på hvert nivå i klinikken fokuseres det på den todelte

modellen i Tromsø:

”Det er slik at vi selvfølgelig hadde noen episoder hvor det ble problematisert at ansvarlig seksjonsleder på legeavdelingen følte at han ikke hadde kontroll over sengene der hvor sine pasienter lå. Vi måtte ta oss noen runder rundt omkring med de lederne som da følte at de ikke kunne utøve sitt faglige ansvar godt nok. Men løsningen ble egentlig alltid ----- de synliggjorde da funksjonsbeskrivelse og visse krav om å etablere velfungerende team på seksjonsledernivå. Etter disse rundene så syntes legelederne at dette fungerte.” (Informant F).

Når jeg vider spør om ulemper ved den todelt modellen kommer klinikksjefen også inn på det samme temaet :

”Selvfølgelig er det en ulempe at ----- du kan tenke deg at ----- det er alltid mye trykk på de medisinske sengepostene. Det er klart at en lege har ansvar for å skrive pasienten ut, og en sykepleier har nå bare de sengene vedkommende har. Hvis det er fullt trykk kan man jo diskutere om legen da har ansvar helt og fullt ut og vurdere om en pasient er klar for å reise hjem eller ikke, eller bare lene seg tilbake. Jeg har ikke opplevd det som noe problem egentlig. Jeg føler at legene allikevel tar sitt ansvar, men de blir utfordret fra de andre klinikksjefene for dette. Jeg mener det er et ” ikke problem”, men jeg ser at det blir lagt opp til at det kan være problematisk.” (Informant F)

Jeg følger opp med å spørre: ”Høyt trykk på en seksjon og ingen ledige senger og da kan det oppstå ---?”

Klinikksjefen: Ja, hvem har da ansvar for å skaffe en seng? Er det sykepleier? Sykepleierne har ikke mulighet fordi pasientens utskrivelse er jo legens ansvar. Men legen må ikke bry seg om det er senger eller ikke. Dette kan være problematisk, men jeg har ikke opplevd det slik, men det kan jo hende. (Informant F)

5.4 Enhetlig ledelse, Styling og effektivitet

Som jeg har vært inne tidligere så skulle innføringen av enhetlig ledelse også bidra til bedre styling og øke effektiviteten i sykehusene. Klinikksjefen opplever at det mest effektive er at profesjonene får drive med de kjerneaktivitetene de kan best og gis anledning til å videreutvikle disse. Fokuset er igjen på den todelt modellen i Tromsø:

”Måten jeg har organisert medisinsk klinikk betyr at leger og sykepleiere har helt definert ansvarsområde og holder dermed på, dvs de kjernetingene som de kan best, det var min intensjon. Leger kan best ha fagansvar og dermed budsjettansvar for medikamenter, for pasientbehandling og personalansvar direkte for legene som jobber i det fagfeltet. Sykepleierne kan best pleie og de har budsjettansvar for sitt sengebudsjett. For sengetøy og for å innkalle personal og sørge for at de får en god videreutdanning og etterutdanning kompetanseheving. Dette har jeg tenkt på i min tid som avdelingsleder på nyreavdelingen.” (Informant F).

Todeling, velfungerende team og tydelig ledelsesstruktur oppleves også som effektivt og noe som gir god økonomistyring i følge klinikksjefen:

Hvis jeg tenker på styling og effektivitet har vi med den strukturen som vi har fra dag en etablert lederteamene som et fungerende lederteam. Det har fra dag en gjort det mulig at vi kunne styre økonomien stramt fra dag en. Vi gikk i balanse. Vi hadde et innsparingskrav på tilsvarende 7-8 % av medisinsk budsjett og vi var i overskudd fra første år. Det har noe med den tydelige konsentrering av ledelsesstrukturer å gjøre i medisinsk klinikk.” (Informant F).

Klinikkjefen legger også vekt på ”kommunikasjonsstrukturer” som viktig i forhold til styring og effektivitet:

”Fungerende team må basere seg på en enhetlig ledelse, men må sørge for gode kommunikasjonsstrukturer innenfor et team, faktisk nøkkelen til å kunne utøve styring og effektivitet.” (Informant F).

Det avsluttes med en morsom kommentar:

”De avdelingene som jeg har ansvar for var i den gamle organisasjonsmodellen kalt som rest Jugoslavia. Nå er vi velstrukturert og en velstyrt klinikk som går i balanse og mer enn det.” (Informant F).

Todelingen i Tromsø ansees også å ha gitt bedre og mer effektiv opplæring og utdanning av helsepersonell:

”Det kommer tydelig frem at vi har f.eks gjort noe med utdanningen på legesiden. Den indremedisinske utdanningen har blitt dramatisk forbedret med at vi har en ansvarlig legeleder som tar et helhetlig ansvar for utdanning på generell indremedisin..” (Informant F).

Samlet sett argumenterer faktisk informantene for at den tradisjonelle to-delte ledelsesmodellen er den mest effektive!

6 Diskusjon og oppsummering

I den empiriske delen har jeg gjengitt funn fra dokumentstudien og noen av de svarene som fremkom i intervjuet med klinikksjefen. I dette kapittelet trekker jeg frem hovedfunn og drøfter disse i lys av framlagt teori, tidligere forskning og den empiriske bakgrunn for å besvare problemstillingen.

6.1 Skinnimplementering og diffus lovgivning. Fritt fram?

Jeg har i denne oppgaven sett på hvordan reformen ”enhetlig ledelse” blir oversatt og praktisert i en klinikk på UNN. Hensikten med reformen var at ansvarslinjene i sykehusene skulle bli tydeligere, kommunikasjonen mellom nivåene enklere og driften mer effektiv.

I følge organisasjonskartet er det ansatt kun en leder for hver av de organisatoriske enhetene i klinikken. Første del av lovteksten ser dermed ut for å være innfridd i hele klinikken:

”Sykehuset skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer..”. Lederne i klinikken er både leger og sykepleiere, og grad av lederutdanning er sannsynligvis varierende. I neste del av lovteksten heter det at: *”Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.”* Slike kvalifikasjonskrav finnes ikke, og dermed ser denne delen av lovteksten også ut til å være innfridd i alle enhetene.

Så til forsvarlighetskravet. I avdeling Harstad synes det ikke å være tvil om hvem som har det overordnede systemansvar på avdelingsnivå, inkludert det medisinskfaglige ansvar og forsvarlighetskravet synes derfor å være innfridd. I avdeling Narvik er bildet mer uklart, med avdelingsleder som er sykepleier og avdelingsoverlege med ”medisinsk-faglig ansvar” og hvor arbeidsforholdet er regulert i en stillingsbeskrivelse. Spørsmålet er hvordan begrepet ”ansvar” oppfattes i denne sammenhengen: er det i realiteten delegerte arbeidsoppgaver i forhold til legene i avdelingen, eller oppfattes det som et delt ”systemansvar”? Her er imidlertid loven klar: systemansvaret ligger ene og alene hos avdelingslederen uavhengig av hva man måtte legge i ansvarsbegrepet. En leder har ikke adgang til å delegere juridisk ansvar, men arbeidsoppgaver. Men som det heter i siste del av lovteksten: *”Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.”* Som jeg har vært inne på synes forhåndsvurdering av forsvarlighetskravet å være av skjønnsmessig karakter. En kan derfor vanskelig å hevde at lovkravet til enhetlig ledelse ikke er innfridd ved avdelingen i Narvik.

Spørsmål omkring forsvarlighetskravet er særlig aktuelt i forhold til den todelte organisasjonsmodellen i Tromsø, hvor leger og sykepleiere er delt i separate avdelinger og arbeider sammen i funksjonelle driftsenheter. Isolert sett er det kun en ansvarlig leder i hver organisatoriske enhet. Men mine funn tyder på at det er i praksis ingen av lederne på det operative nivået (seksjonene) eller på avdelingsnivå som har endelig beslutningsmyndighet eller det fulle systemansvar i de funksjonelle driftsenhetene. Legene er ikke medisinskfaglige rådgivere, men medisinske fagansvarlige. Legelederne og sykepleielederne koordinerer virksomheten i demokratiske lederteam. Avdelingslederne i legeavdelingen og sykepleieavdelingen sammenligner modellen med en form for enhetlig todelt ledelse i praksis. Klinikksjefen kaller organiseringen for ”*todelt ledelsessystem*” og sier at ”*trådene møtes først hos meg*”. Det samlede systemansvar i driftsenhetene, inkludert det medisinskfaglige ansvaret, synes dermed å ligge hos klinikksjefen. I forhold til lovteksten er kravet til kun en ansvarlig leder oppfylt, spørsmålet blir snarere om kravet til forsvarlighet er ivaretatt i denne modellen. Hva som er forsvarlig i hver enkelt situasjon står ikke skrevet i lover eller forskrifter, og dermed er det overlatt til sykehusledelsen å gjøre en skjønnsmessig vurdering. Som tidligere vist synes omorganiseringsprosessen i klinikken å ha vært omfattende og grundig før den ble vurdert og godkjent av direktøren, og dermed vil det være vanskelig å hevde at kravet til forsvarlighet ikke er innfridd.

Men hvordan kan det ha seg at en reform som skulle skape klarhet i lederstrukturen og ansvarsforholdene blir tolket og implementert på forskjellige måter, selv innenfor en og samme klinikk? En av forklaringene kan være at lovkravet om enhetlig ledelse åpner rom for individuelle tolkninger. Reformen ble satt ut i livet i 2001 gjennom spesialisthelsetjenestelovens §3-9, og lovteksten består kun av tre setninger. Som jeg har vist stilles det i praksis ikke kvalifikasjonskrav til lederne i loven eller tilhørende forskrifter. Det synes også klart at forsvarlighetskravet som nevnt i lovteksten er en ”rettslig minstestandard” og et komplisert juridisk felt som ikke gir aktørene noen stor hjelp i forhold til å forhåndsvurdere forsvarligheten i ledelsesspørsmål. Jeg mener man med en viss tyngde kan hevde at lovkravet om enhetlig ledelse er konkret når det gjelder kravet om en ansvarlig leder, men ut over det gis sykehus-ledelsen store rom for egne tolkninger i organiseringen av sykehusene i forhold til ledelse. På denne måten ligger det godt til rette for at reformen oversettes til: ”Du må ansette en ansvarlig leder på hvert organisatorisk nivå, for øvrig kan du gjøre som du vil” punktum. Styringsdilemmaet mellom fag og økonomi blir i prinsippet overlatt til sykehusene selv fordi kvalifikasjons- og forsvarlighetskravet er diffuse og på et

symbolsk plan. I en tid da flere NMP inspirerte reformer skulle implementeres og fagstyrene skulle bort var dette muligens en grei løsning sett fra reformatorenes side da den økonomiske/administrative ledelseslogikken med dette fikk fritt spillerom i sykehusene.

Samlet sett synes lovkravet om enhetlig ledelse å være innført i juridisk forstand, men i praksis finner jeg ulike varianter av to-delt ledelse i klinikken. Dette er på linje med det Johansen (2009) har vist i sine studier, nemlig ”skinnimplementering” av reformen og ”multiple practices” på ledelsesområdet. Uavhengig av reform synes de parallelle profesjonshierarkiene å stå relativt stødig. Videre finner jeg at reformen gjennom lovkravet konkret på at det skal være kun en leder for hvert organisatoriske nivå, men diffus i forhold til kvalifikasjons- og forsvarlighetskravet. Dette gir eieren og toppledelsen store rom for tolkninger i lederspørsmål. Hvordan ”enhetligheten” praktiseres i dette landskapet kommer jeg nærmere inn på i de neste kapitlene.

6.2 De parallelle profesjonshierarkiene lever fortsatt!

Med innføringen av enhetlig ledelse skulle de tradisjonelle parallelle medisinske- og sykepleiefaglige ledeshierarkiene bort, og erstattes med nye ledeshierarkier med en ansvarlig leder på hvert nivå.

Mine empiriske funn tyder på at de tradisjonelle leder-hierarkiene lever i beste velgående i praksis. I Narvik og Harstad er ”arbeidsplassens statushierarki” bygd opp omkring de funksjonelle driftsenhetene og ledes av sykepleiere som arbeider 100 % administrativt. Pleiepersonalet forholder seg til sin nærmeste leder i de fleste spørsmål. Parallelt med disse formelle hierarkiene sees uformelle, og i organisasjonskartet ”usynlige”, medisinskfaglige hierarkier med avdelingsoverlege eller avdelingsleder med legebakgrunn på toppen. Legene orienterer seg ikke horisontalt til driftsenhetene i faglige og administrative spørsmål, men oppover i faghierarkiet. Leger leder leger og sykepleiere leder sykepleiere. Jeg har også vist at legelederne fortsatt har sterke bånd til faget, og arbeider alltid klinisk ved siden av lederoppagene. Administrative oppgaver delegeres gjerne til andre. I Tromsø er disse parallelle hierarkiene formelle og nærmest rendyrket i sin form ved at leger og sykepleiere er organisert i egne avdelinger. Legelederne er sterk knyttet til faget - seksjonslederne arbeider 100% klinisk og tar lederoppgaver på fritiden. Avdelingslederen på legeavdelingen arbeider 20% klinisk og går vakter på tross av mange administrative oppgaver. Sykepleielederne synes ikke å ha den samme orienteringen mot faget, men beskjeftiger seg i hovedsak med alt

som har å gjøre med driften av de funksjonelle enhetene, unntatt det legefaglige og legeadministrative arbeid. Dette bildet bekreftes for en stor del av klinikksjefen:

”Sykepleierledelse har blitt en administrativ ledelse og nesten alltid blir slukt opp til å organisere vaktplanene eller tjenesteplanene og turnus, organisere ferie, organisere fravær, skrive kontakter. Det er blitt en betydelig misforhold mellom tiden man er nødt til å bruke til HR relaterte oppgaver. Det er sykepleiersiden som lider mest av dette. Det er prinsipiell forskjell i forhold til legeledelsen hvor man har tradisjonelt mindre ansvarsområde, personalansvar område og således kunne sette mye mer fokus på faglig ledelse og på forskningsprogrammer. Det er altså en betydelig forskjell her. Dette ønsker jeg å utvikle videre og finne bedre administrativ støtte, utbygge administrativ støtte til sykepleiere/ seksjonsledere slik at dem også kan være faglige ledere. Lederne må lede gjennom den fagligheten og den kvaliteten. Disse må gå foran som kvalitetsledere og det er en god ledelse. God ledelse er ikke å skrive en turnusplan. Dette er viktig, men det er ikke det som utgjør en klinikk som skal satse på kvalitet.” (Informant F).

Disse funn synes å stemme overens med Mintzberg (1983) og Abbott (1988) sine påstander om at man gjerne finnes uformelle og formelle statushierarkier i ekspertorganisasjoner. I denne studien har jeg ikke undersøkt profesjonenes holdninger til lederrollen, men mine funn underbygger til en viss grad Torjesen (2007) og Johansen (2009) sine funn om at sykepleiere leder med bakgrunn i en ”management” forståelse og knytter seg gjerne til arbeidsplassens hierarki, mens legene leder med bakgrunn i fag og knytter seg typisk til det legefaglige profesjonshierarkiet.

Men at sykepleielederne engasjerer seg mindre i fagledelse enn legelederne kan også skyldes andre faktorer, noe klinikksjefen er inne på. Manglende støtte til HR relaterte oppgaver vil for eksempel gjøre store utslag for sykepleieledere da kontrollspennet for disse er gjennomgående mye større enn hos legelederne. Den praktiske konsekvensen er at sykepleieledere ikke har mulighet for fokusere på det sykepleiefaglige på grunn av store mengder administrative oppgaver.

6.3 Best å være to? Styring og effektivitet

Selv om lovkravet om enhetlig ledelse synes å være innfridd i Tromsø, er ledelsen på det operative nivået i praksis todelt mellom lege- og sykepleielederne. Det interessante her er at denne todelte modellen ble vurdert av direktøren til å åpne ”for realisering av betydelige samordningsgevinster, både når det gjelder pasientforløp, fagutvikling og bruk av bemanning” og at ”Samling av de indremedisinske legene i en avdeling åpner muligheter for bedre samordning av forsknings- og undervisningsoppgavene, spesialistutdanningen og vaktordningene” (Se vedlegg 9). Dette kan kanskje tolkes som et uttrykk for en holdning om

at todelt fagledelse er den mest effektive på det operative nivået i sykehuset. Klinikksjefen argumenterer også for at en rendyrking av de to faghierarkiene er det mest effektive og fører også bevis for at det faktisk er tilfelle på flere områder. Noe av de samme oppfatningene kan en også spore hos enkelte av de øvrige informantene. Dette er i så fall holdninger som står i sterk kontrast til de ledelsesidealene som reformen representerer, og kan muligens være et uttrykk for en underliggende mistro på hele reformen som sådan.

6.4 Hvem er den "enhetlige" sjefen? Sentralisering av makt?

Organiseringen i Tromsø hvor leger og sykepleiere er separert i to forskjellige avdelinger er interessant på flere måter. Før klinikkdannelsen var det tradisjonelle autonome avdelinger med en ansvarlig leder, vanligvis leger. Omorganiseringen var i realiteten en re-hierarkisering hvor avdelingene ble erstattet med to separate fag-hierarkier i henholdsvis legeavdelingen og sykepleieavdelingen. Selv om lederne i disse avdelingen har delegerte ansvarsområder og arbeidsoppgaver relatert til sine fagfelt, tyder mine funn på at ingen av disse har samlet systemansvar eller beslutningsmyndighet, men at dette i prinsippet ble sentralisert til klinikksjefen som en konsekvens av omorganiseringen. Den "enhetlige" sjefen er i praksis flyttet et hakk opp i hierarkiet – til klinikksjefen. Med fare for å dra sammenligningen for langt, kan dette være en parallell til det Røvik (2007) snakker om i sine analyser av hvordan moderne organisasjonsoppskrifter på 2000 tallet faktisk førte til re-hierarkisering av organisasjoner, og hvor de nye vertikale styringsstrukturene ble styrket og toppledelsen fikk større makt og mer kontroll. Trenden var større fokus på styring i stedet for ledelse. Jeg har vist at i forbindelse med reorganiseringen ble det "vedtatt" hvordan legeavdelingen og sykepleieavdelingen skulle "limes sammen" gjennom formaliserte koordineringsmekanismer som dialogavtaler, felles seksjonsvise lederteam og stillingsbeskrivelser som forplikter til samarbeid. Klinikksjefen kaller dette for "kommunikasjonsstrukturer", og fremhever disse som viktige i samhandlingen mellom de to avdelingene. Direktøren beskriver dette som "kompenserende løsninger" i sin vurdering av organisasjonsmodellen:

"Modellen vurderes å medføre risiko for at samarbeidet mellom leger og pleiepersonell kan bli vanskeliggjort, men direktøren mener at det er beskrevet tilfredsstillende kompenserende løsninger som må utvikles i det videre arbeidet."

Hensikten er god, nemlig å legge til rette for at de to profesjonene koordinerer oppgavene for å oppnå felles mål om god pasientbehandling. I tillegg "legitimeres" modellen i forhold til lovkravet. Samtidig kan slike løsninger oppfattes som en sentralisert og direktivliggende

påvirkning utøvd indirekte fra ledelsen på den måten Byrkjeflot (1997) beskriver det. Slik påvirkningen skjer blant annet gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner. Noe av det samme finner vi igjen hos Mintzberg (1983) som hevder at den strategiske ledelsen har en tendens til å trekke i retning av sentralisering ved gjennom å utøve direkte kontroll som koordineringsmekanisme. Torjesen (2007) antyder også at denne trenden har nådd sykehusene gjennom økt byråkratisering, sentralisering, flere ledere og flere ledernivåer.

6.5 Oppsummering

Reformen ”enhetlig ledelse” synes å være oversatt til sin enkleste form og praktiseres på en overfladisk måte i klinikken – som et lovmessig ”minimumskrav”. På papiret er lovtekstens krav om kun en ansvarlig leder for hvert organisatoriske nivå etterkommet, det viser organisasjonskartet. Selv om det er enkelte endringer i stillingstitler tyder mine funn på at reformen ikke har ført til noen ”enhetlighet” ut over det loven krever.

Og lovverket er konkret på at det skal være en ansvarlig leder på hvert nivå, men ut over det er kvalifikasjons- og forsvarlighetskravene diffuse. Tross alt var det en NPM inspirert reform som skulle berede grunnen for den neste markedsliberalistiske reformen ved å åpne for den økonomiske/administrative logikken. Men mine funn viser at lovgivningen i praksis gir eierne og sykehusledelsen store rom for egne tolkninger av reformen i lederspørsmål og organiseringen av sykehusene. Dette samsvarer med andre funn gjort i større studier hvor ledelsesreformen er tema (Sveri, 2004; Torjesen, 2007; Johansen, 2009).

Utviklingen har ikke gått nøyaktig i den retningen som reformatorene hadde håpet på. Den tradisjonelle arbeidsdelingen mellom leger og sykepleiere og den todelt ledelsespraksisen synes å leve i beste velgående, ja til og med rendyrket i sin form ved at klinikkens leger og sykepleiere er delt i forskjellige avdelinger i Tromsø. Som før leder leger det medisinskfaglige arbeidet og legene, mens sykepleierne tar seg av det administrative og leder sykepleierne. Funn kan tyde på at lederne, også på høyere nivå, mener at slik todeling er det mest effektive på flere områder, noe klinikksjefen også fører bevis for.

Sykepleielederne beskjeftiger seg for en stor del med administrative funksjoner og gjøremål i de funksjonelle driftsenhetene, og er således knyttet til det formelle ledeshierarkiet på arbeidsplassen. På den andre siden finner jeg både formelle og uformelle parallelle faglige hierarkier med legeledere som for en stor del engasjerer seg i medisinskfaglige spørsmål, og arbeider samtidig klinisk. Slik finner jeg en viss støtte for Johansens (2009) syn om at leger

og sykepleiere tolker og utfører lederrollene forskjellig ved at leger leder med utgangspunkt i fag, mens sykepleierne leder i tråd med "management" idealet. Jeg finner også en viss variasjon mellom avdelingene med hensyn til hvordan enhetlig ledelse praktiseres – altså "multiple practices" i en og samme klinikk. Kort sagt synes reformen å praktiseres som "Enhetlig i navnet, men todelt i gavnet".

Samlet sett tyder mye på en klassisk "løs kobling" mellom reformens intensjoner og den praktiske organisasjonsadferden. Man har tilpasset den formelle strukturen for å imøtekomme lovkravet, mens klinikkens faktiske aktivitet er løst koblet til den samme strukturen. I komplekse kunnskapsorganisasjoner med høy grad av spesialisering, sterke fagprofesjonelle aktører med ulike normer og tradisjoner sier det seg nesten selv at de må det gjøres lokale tilpasninger og praktiske tilnærminger. Det er også gjort – innenfor lovens rammer.

Det er gjort mye forskning i forhold til offentlige reformers møte med sykehusene i Norge. Imidlertid tror jeg denne studien kan bidra med ny kunnskap og fokus relatert til maktforhold og styring i sykehus. Torjesen (2007) var inne på dette, men mye kan ha skjedd på fem år. Gjennom omorganiseringen og dannelsen av klinikken ble endelig beslutningsmyndighet og det faktiske systemansvaret i Tromsø i realiteten flyttet ett nivå opp i hierarkiet – til klinikkjefen – her finner vi "enhetligheten". I den samme konfigurasjonen finner jeg samtidig økt bruk av koordineringsmekanismer som kjennetegnes av direkte kontroll, supervisjon. Parallelt med dette rendyrkes de to tradisjonelle ledeshierarkiene i to separate avdelinger. Jeg antyder at dette kan være et uttrykk for sentralisering og økt styring som følge av re-politisieringen som fant sted på i siste halvdel av 2000 tallet. Hvordan dette forholdet utvikler seg i kommende år vil derfor være interessant å studere nærmere i større skala, i flere klinikker og sykehus. Representerer klinikkdannelsen i sykehusene i realiteten en styrking av den vertikale styringsstrukturen og sentralisering av makt, og er dette et uttrykk for en trend mot økt styring i tråd med den utviklingen Røvik (2007) beskriver?

Litteraturliste (alfabetisk)

- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Antonsen, Y. (2011). Engasjement og kontroll på arbeidsplassen. En studie av hvordan styring påvirker refleksiv læring. Avhandling levert for graden Philosophiae Doctor. Universitetet i Tromsø.
- Byrkjeflot, H. (1997). *Fra styring til ledelse*. Fagbokforlaget.
- Gjerberg, E. og Sørensen, B.A. (2006). Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet? *Tidsskr Nor Lægeforening*, 8(126), 1063-6.
- Haffner J., Murer F.A. og Asland O.G. (2000). Avdelingsoverlegen – leder eller lege? *Tidsskr Nor Lægeforening*, 25(120), 3002-4.
- Hood, C. (1991). A Public Management for all seasons? *Public Administration*, 69, 3-19.
- Hood, C. (1995). The “New Public Management” in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), 93-100.
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2008). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannesen, A., Kristoffersen L. og Tufte, P.A. (2. utgave 2005). *Forskningsmetode for økonomisk - administrative fag*. Abstrakt forlag AS.
- Johansen, M.S. (2009). Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norske sykehusvesen. Avhandling levert for graden Philosophiae Doctor. Handelshøyskolen BI.
- Johansen, M.S. (2005). Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier. Universitetsforskning Bergen.
- Kjekshus, L.E. og Bernstrøm, V. (2010). Helseforetakenes interne organisering og ledelse – INTORG 2009. Universitetet i Oslo.
- Lovdata (2012). Lov av 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m: Sentrale forskrifter. Lastet ned 21. mars 2012 fra <http://www.lovdata.no/for/sf/sf-19990702-061.html>

- Lov om spesialisthelsetjenester (1999). LOV-1999-07-02-61. Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 13.mars 2012 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html#3-9>
- Meyer, J.W. og Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83(2), 340- 363.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives. Designing effective organizations*. New Jersey, USA: Prentice Hall Inc.
- Molven, O. (2010). HELSERETT-utvalgte emner med relevans for ledelse. Forelesning 2010 Tromsø/Bodø.
- NOU 1997: 2: Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. Sosial- og Helsedepartementet.
- Pettersen, I.J., Magnussen, J., Nyland, K. og Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse*. Cappelen Akademiske Forlag.
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner, ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sundar, T. (2000). Enhetlig ledelse – en varm potet. *Tidsskr Nor Lægeforening*, 28 (120), 346-7.
- Sveri, T. (2004). STRUKTURER OG REFORMER – En kvalitativ analyse av reformen ”enhetlig ledelse” sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering. Hovedoppgave. Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Sønnerland, K. (2001). Spesialisthelsetjenesteloven. *Tidsskr Nor Lægeforening*, 3(121), 363.
- Thorsvik, J. (2011). Forelesning 5. Mai Tromsø.
- Torjesen, D.O. (2007). Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Bergen.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide lederstruktur, HR avdelingen UNN

Beskrivelse av lederoppgaver :

Klinikk:

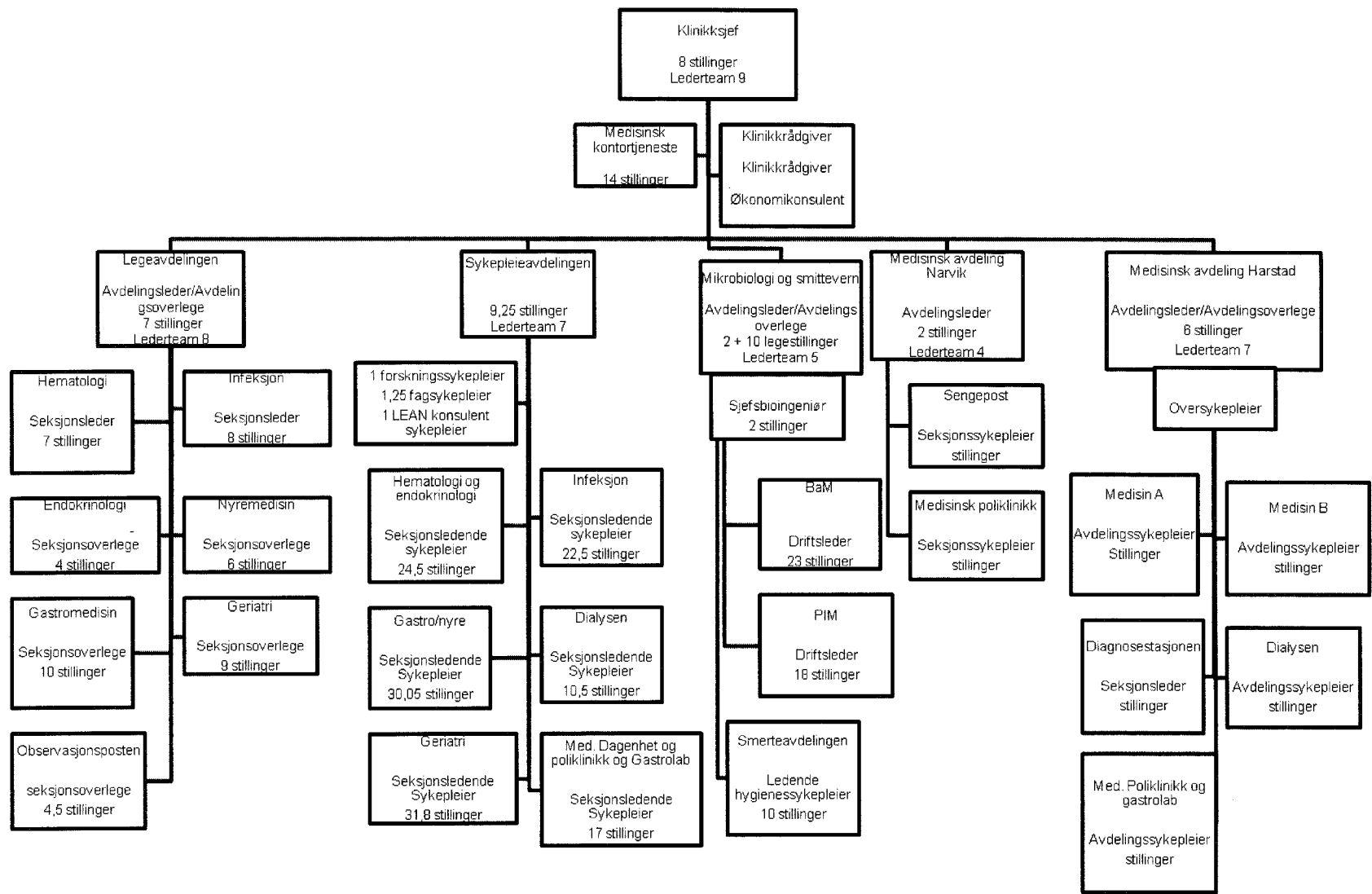
Ledernivå: 0-5 og Stillingstittel :

Antall ansatte :

Personalansvar	Økonomi
Daglig Bemanningsplanlegging/ Oppdragsfordeling	Budsjettansvar (tiltaksplan) Prioritering
Gjennomføre medarbeidersamtaler	Betale faktura
Sykefravær – praktiske Ta imot, få vikarer	Dialogavtale – oppfølging
Sykemeldingsoppfølging - få personer tilbake, NAV, planlegging, oppfølgingssamtaler	Pasientlogistikk/ Kapasitetsutnyttelse -strategi
Personal- og org.utv.	Fag
Rekruttering Beslutte utlysning Intervjue ansatte	Pasientbehandling (prioritering)
HMS	Regler- lovverk behandling
Samhandling internt og eksternt	Faglig utvikling: leger, sykepleiere, andre
Se, høre, rose, involvere, informere, motivere	Kurs
GAT	Forskning
Turnus	Internundervisning
Lede avdelings/seksjon/enhetsmøte	Kvalitet
Innvilge permisjoner	Studentoppfølging
Konflikthandtering	Internasjonalisering
Delegerte arbeidsoppgaver/stedfortreder	Hvem sitter i lederteam
Har du personalansvar for leger/psykologer	Kontrollspenn

Husk å skille mellom hva som er delegerte arbeidsoppgaver og ansvarsområder.

Vedlegg 2: Faktisk organisasjonskart – Medisinsk klinikk



Vedlegg 3: Intervjuguide, medisinsk klinikk (Informant F):

1. *Hva legger du i begrepet enhetlig ledelse?*
2. *Er enhetlig ledelse gjennomført på alle ledelsesnivåer i klinikken?*
3. *Opplever du at enhetlig ledelse bidrar til bedre styring og økt effektivitet?*
4. *Opplever du at enhetlig ledelse bidrar til en enklere og mer rasjonell kommunikasjon mellom nivåene i klinikken?*
5. *Opplever du at lovkravet om enhetlig ledelse bidrar til klare ansvarsforhold på hvert nivå i klinikken?*
6. *Er det avdelinger eller seksjoner i klinikken hvor kravet til forsvarlighet har gjort det nødvendig å utpeke medisinskfaglig rådgiver? I så fall, hvordan synes du ordningen fungerer?*
7. *I Tromsø utgjøres klinikkens indremedisinske tjenestetilbud av en legeavdeling og en sykepleieavdeling med tilhørende seksjoner. Begge profesjonene arbeider allikevel sammen på de ulike postene (sengepostene, med. dagbehandling, poliklinikkene, etc).*
 - *Hvordan praktiseres enhetlig ledelse på disse postene ?*
 - *(Stikkord: En ansvarlig leder?, Medisinske rådgivere? Etc.)*
 - *Hvordan samhandler lederne av de "samhørende" lege- og sykepleieseksjonene seg i mellom, og hvordan synes du denne samhandlingen fungerer?*
 - *Hva mener du er de viktigste faktorene som har bidratt til denne organiseringen?*
 - *(Stikkord: profesjonsmakt/tilhørighet, spesialisering, strategier, størrelse, kontrollspenn etc.)*
 - *Hvilke fordeler ser du ved å organisere leger og sykepleiere i egne avdelinger og seksjoner?*
 - *Hvilke ulemper ser du ved en slik organisering?*
8. *Hvor stor rolle spiller profesjonsmakt i klinikkens organisasjonsutvikling i forhold til andre faktorer som overordnet strategi og lovgivning?*
9. *Er det etter din mening forskjeller mellom profesjonene (leger/sykepleiere) i måten enhetlig ledelse blir praktisert på i klinikken? Hvis ja, kan du utdype det nærmere?*
 - *(Stikkord: Ansvarsområder, tidsbruk, delegering, administrativt arbeid vs. lederoppgaver.)*
10. *Har du noen andre synspunkter om temaet?*

Vedlegg 4: Stillingsbeskrivelse leger, fagansvarlig seksjonsleder



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU

HELSE  NORD

Funksjonsbeskrivelse:

Fagansvarlig seksjonsleder xxx. Legeavdelingen,
Medisinsk klinikk

Som leder defineres leder for spesifisert resultatenhet med helhetlig drifts- og resultatansvar for å levere de tjenester som aktuelle enheten er pålagt iht. oppdrag, budsjett, krav til faglighet og kvalitet.

Ledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF har 3 ledernivå under direktøren.

Ledernivå	Tittel (benevnelse på linjeleder)	Resultatenhet
0	Administrerende direktør	UNN HF
1	Klinikkjef, stabsleder, senterleder	Klinikk, stab, senter
2	Avdelingsleder	Avdeling
3	Seksjonsleder	Seksjon, enhet

Stillingsbetegnelse: Fagansvarlig seksjonsleder

Rapporterer til: Avdelingsleder Legeavdeling - Medisinsk klinikk

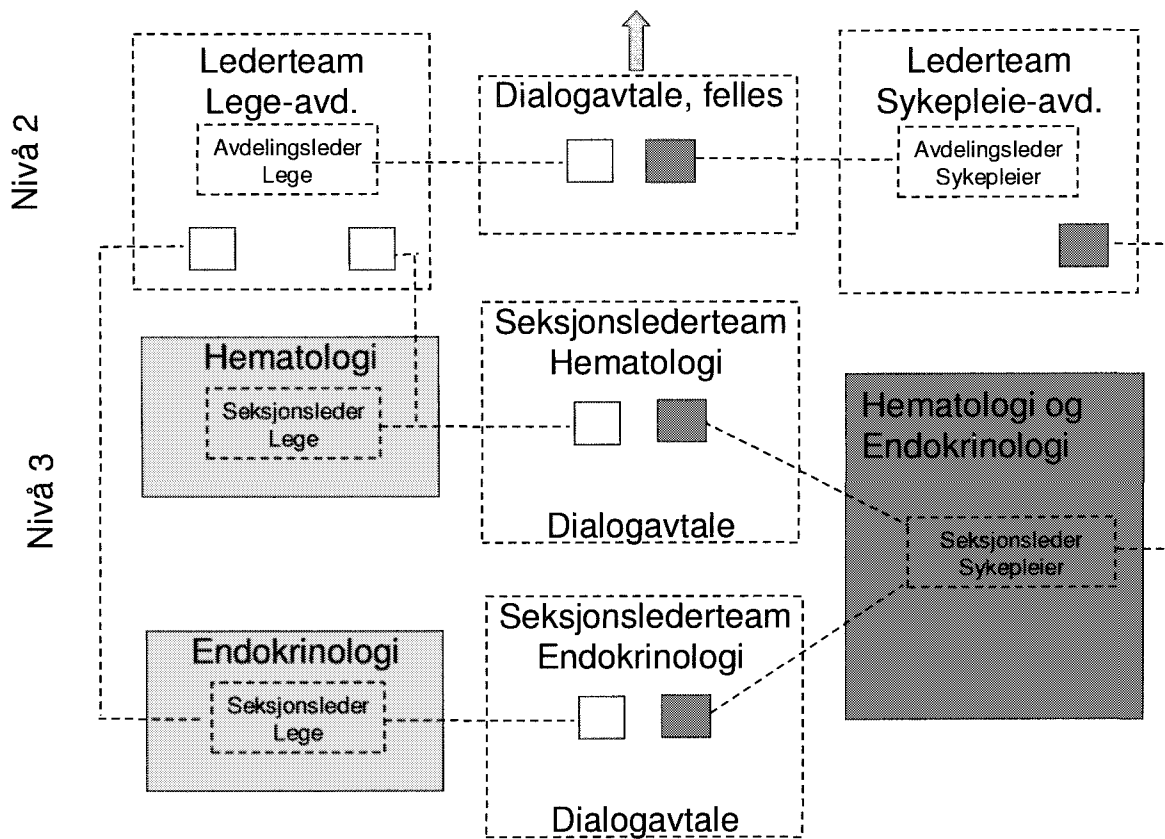
Funksjon: Seksjonsleder

Organisatorisk plassering: Medlem av avdelingens ledergruppe

Arbeidsoppgaver

- I nært samarbeid med avdelingsleder, medvirke til at avdelingens mål nås vedrørende:
 - faglighet, kvalitet og målsetting innen pasientbehandling
 - forskning
 - utdanning av kandidater innen egen subspecialitet inkl rotasjonsleger
 - opplæring av pasienter og pårørende
- Bidra til utforming av budsjettet i samarbeid med avdelingsleder
- Følge opp budsjettet for egen enhet og rapportere avvik
- Utøve og ivareta personalansvar ved enheten som bla annet kan omfatte delegert myndighet til tilsetning, samhandling med tillitsvalgte og vernetjenesten
- Skal faglig og administrativt samarbeide med Avdeling for senge- og poliklinikk resurser (ASP), herunder delta i tverrfaglige arbeidsgrupper og etablere samarbeidsfora med seksjonssykepleiere i ASP
- Delta i etablering og drift av avdelingsovergripende fagteam/fagnettverk
- Bistå avdelingsleder i daglig drift etter avtale

Vedlegg 5: Koordinering, Hematologi og Endokrinologi



Vedlegg 6: Tillatelse til bruk av tidligere intervjuer

Hei XXX,

Jeg skriver på en masteroppgave om lederstrukturen i UNN med tittelen "Hvordan praktiseres enhetlig ledelse i to ulike klinikker på UNN"

Som du vet har HR avdelingen v/ Yngve Antonsen kartlagt lederstrukturen i din klinikk på basis av flere intervjuer.

Jeg har nå et samarbeid med Yngve i forbindelse med masteroppgaven, og har fått tilgang på de klinikkvise sluttrapportene som har anonymisert intervjuobjektene.

I forbindelse med oppgaven min ville det vært verdifullt å kunne bruke Yngves utskrift fra hans intervju med deg som datagrunnlag.

Jeg ber derfor om tillatelse til å bruke intervjuet med deg som en del av datamaterialet i oppgaven.

Hensynet til personvern vil bli ivaretatt både i oppgaven og ved behandling av materialet.

Yngve fungerer også som veileder for oppgaven og vil kvalitetssikre kildebruken.

Håper på en positiv tilbakemelding!

Med hilsen

Erik Traasdahl
Seksjonsoverlege/leder
Nukleærmedisinsk seksjon, Røntgenavdelingen
UNN-HF

Vedlegg 7: Godkjenning av prosjekt

Fra: Ingebrigtsen Tor
Sendt: 21. mars 2012 07:57
Til: Traasdahl Erik R
Kopi:
Emne: Re: SV: SØKNAD - MBA Oppgave

Godkjent. Interessant!
Tor
Sendt fra min iPhone

Den 20. mars 2012 kl. 09:26 skrev "Traasdahl Erik R" <Erik.R.Traasdahl@unn.no>:

Hei Tor,
Jeg er i gang med å skrive avsluttende MBA oppgave i forbindelse med masterstudiet i helseledelse ved Universitetet i Nordland 2010-2012.
Innleveringsfristen er 21 juni i år.
Da oppgaven vil omhandle ledere i UNN søker jeg derfor om din tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen (jfr. FFS sak 83-11).

Arbeidstitelen på oppgaven er : **"Hvordan praktiseres enhetlig ledelse i to ulike klinikker på UNN"**

De to klinikkene som jeg har valgt å undersøke er : OPIN klinikken og Medisinsk klinikk.
Formålet med undersøkelsen er å beskrive hvordan i klinikkene har tilpasset seg strukturelt og funksjonelt for å etterkomme lovkravet om enhetlig ledelse.
Jeg har etablert samarbeid med HR-U v/ Yngve Antonsen. Han fungerer nå som bi-veileder i denne oppgaven
Yngve er prosjektleder for den pågående kartleggingen av organisasjons- og lederstrukturen i UNN. Datagrunnlaget vil basere seg på dette prosjektet og bestå av allerede gjennomførte intervjuer med enkelte ledere i de to klinikkene samt sluttrapportene/oppsummeringene..
Jeg har deltatt på to intervjuer sammen med Yngve i medisinsk klinikk. For de øvrige intervjuene vil de enkelte bli forspurt om at materialet kan frigis til bruk i oppgaven.
Jeg planlegger også å gjennomføre **korte** intervjuer med de to klinikkjefene (XX og YY)
Intervjuene vil ta utgangspunkt i kartleggingen/analysen av organisasjons- og lederstrukturen i den enkeltes klinikk.
Spørsmålene er ikke ferdig utarbeidet enda, men vil forsøke å avdekke:

- Hvilke forhold/faktorer som har preget utviklingen den faktiske utformingen (strategi, størrelse, profesjonsmakt etc.)
- Fordeler/ulempes med faktisk organisering.
- Koordinering/Kommunikasjon mellom enhetene i klinikken
- Forskjeller mellom profesjonene i praktiseringen av enhetlig ledelse (delegering, horisontal og vertikal desentralisering..)
- Andre faktorer ved organisasjonsadferden..

Hensynet til personvern vil bli ivaretatt ved at alle opptak/utskrifter og papirer med personopplysninger blir makulert etter bruk.

Ingen personnavn vil bli nevnt i oppgaven.

Informasjon eller funn som kan skade omdømmet til enkeltpersoner, enheter eller UNN som organisasjon vil ikke bli inkludert eller publisert.

Håper dette høres greit ut.

Med hilsen,
Erik

Vedlegg 8: UNN's vedtatte lederstruktur og prinsipper

Struktur :

- *Klinikkstruktur med klinikken som egen resultatenhet*
- *Klinikkene inndelt i avdelinger og seksjoner*
- *Direktør samt tre ledernivåer:*
 - *Nivå 0: administrerende direktør*
 - *Nivå 1: klinikk-sjef/sentersjef*
 - *Nivå 2: avdelingsleder*
 - *Nivå 3: seksjonsleder*

Prinsipper :

1. *Enhetlig ledelse*
 - *Lovbestemt, en ansvarlig leder på hvert nivå.*
2. *Gjennomgående faglig ledelse*
 - *Medisinskfaglige spesialiteter skal ivaretas av leder eller annen representant i lederteamet.*
 - *Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.*
3. *Lederteam som prinsipp, både på direktør-, klinikk- og avdelingsnivå.*
4. *De ulike lokalisasjonene er integrert i UNN's overordnede organisasjons- og lederstruktur – geografisk tilhørighet/lokal ledelse må vike for de andre prinsippene.*
5. *Lederstrukturen skal:*
 - *Tydeliggjøre den ledelsesmessige linjen i UNN*
 - *Styrke medvirkning fra ansatte og brukere*
 - *Legge til rette for helhetlig ledelse og styring*

(Fra UNNs styresak 251-10).

Vedlegg 9: Direktørens vurdering, medisinsk klinikk

”Direktøren vurderer den foreslåtte organiseringen som nyskapende og spennende. Den imøtekommer ønsket om å prøve ut drift av egne avdelinger for sengepost- og poliklinikkdrift i UNN. Dette er en modell som er innført eller vurderes innført ved andre store sykehus, og det er derfor viktig å skaffe lokal erfaring med slik organisering. Modellen imøtekommer kravet om reduksjon i antall avdelinger og antall mellomledere fullt ut og åpner for realisering av betydelige samordningsgevinster, både når det gjelder pasientforløp, fagutvikling og bruk av bemanning. Samling av de indremedisinske legene i en avdeling åpner muligheter for bedre samordning av forsknings- og undervisningsoppgavene, spesialistutdanningen og vaktordningene. Modellen vurderes å medføre risiko for at samarbeidet mellom leger og pleiepersonell kan bli vanskeliggjort, men direktøren mener at det er beskrevet tilfredsstillende kompensierende løsninger som må utvikles i det videre arbeidet.” (LUO - Direktørens vurdering 27.06.2008: Kapittel 5.5 Medisinsk klinikk).