

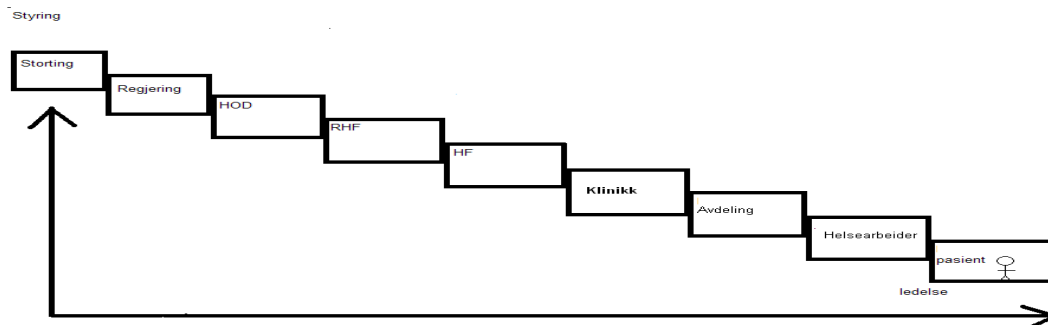
Masteroppgave

## *Styring og ledelse mellom to reformer*

**Utvikling av styring og ledelse ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St. Olavs Hospital etter sykehusreformen i 2002.**

Av

Anne Lise Wold Aune og Anne Ingeborg Pedersen



Masteroppgaven er avsluttende eksamen innen Master of Public Administration (MPA) studiet i regi av Høgskolen I Nord – Trøndelag (HiNT), Høgskolen i Sør – Trøndelag (HiST) og Copenhagen Business School (CBS) og er godkjent som sådan. Denne godkjenningen innebærer ikke at studie – institusjonene inntår for de metoder som er anvendt og konklusjonene vi har trukket.

Veileder:

Stein Jonny Valstad

Copenhagen Business School, 3.april 2009.

## **SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR- /KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER**

**Forfatter(e):** \_\_\_\_\_

**Tittel:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Studieprogram:** \_\_\_\_\_

**Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek**

**Vi/jeg samtykker i at oppgaven kan publiseres elektronisk**

**Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre**

**Kan frigis fra:** \_\_\_\_\_

**Dato:**

\_\_\_\_\_  
**underskrift underskrift**

\_\_\_\_\_  
**underskrift underskrift**

\_\_\_\_\_  
**underskrift underskrift**

## Innhold

Forord.....	5
Summary .....	6
1.0 Innledning.....	8
1.1 Oppbygging av avhandlingen.....	8
1.2 Styring og ledelse av sykehus i et historisk perspektiv.....	9
1.3 Bakgrunn .....	11
2.0 Problemstilling.....	14
2.1 Oppgavens tre forskningsspørsmål.....	15
3.0 Teori .....	17
3.1 Reformteori .....	18
3.2 Hva var drivkreftene bak sykehusreformen? .....	21
3.3 Er styring og ledelse under endring? .....	23
3.4 Fra government til governance? .....	26
3.5 Strategisk endringsledelse .....	28
3.5.1 Endringsledelse.....	29
3.5.2 Politiske endringsstrategier.....	31
3.5.3 Atferdsmessige endringsstrategier .....	34
3.5.4 Strategi for ledelse av radikale endringer.....	37
3.5.5 En oppsummerende refleksjon om strategisk endringsledelse .....	41
3.6 Økonomistyring .....	42
3.6.1 New Public Management .....	43
3.6.2 Argumenter for og imot NPM .....	44
3.6.3 Prinsipal-agent teorien.....	46
3.6.4 Public Choise teorien .....	47
3.6.5 Oppsummering av NPM – teorier .....	47
3.7 Kvalitet på helsetjenesten.....	47
3.8 Legitimitet .....	49
4.0 Metode .....	51
4.1 Kvalitativ undersøkelse/ valg av kvalitativt forskningsdesign.....	52
4.2 Casestudie.....	53
4.3 Valg av Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital som case.....	53
4.4 Innsamling av kvalitative data.....	54
4.4.1 Det åpne individuelle intervju .....	54
4.4.2 Intervjuprosessen .....	55
4.4.3 Dokumentundersøkelser .....	57
4.5 Utvalg av enheter til undersøkelsen fra Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital. ....	58
4.5.1 Utvalgsprosessen.....	59
4.6 Analyse av datamaterialet .....	61
4.7 Styrker svakheter ved vårt metodevalg.....	61
4.8 Oppsummering av metodekapitlet.....	62
5.0 Presentasjon av data .....	63
5.1 Forskningsspørsmål 1 .....	63
5.1.1 Respondentenes svar angående forskningsspørsmål 1.....	63
Bedre kvalitet var et annet mål, - hva tenker du om det? .....	72

5.2 Forsknings spørsmål 2 .....	74
5.2.1 Respondentenes svar angående forsknings spørsmål 2:.....	75
5.3 Forsknings spørsmål 3 .....	82
5.3.1 Respondentenes svar angående forsknings spørsmål 3.....	82
5.4 Intervju med helseministeren v/informant 1 .....	86
5.5 Oppsummering av undersøkelsen.....	90
<b>6.0 Analyse og drøfting .....</b>	<b>93</b>
6.1 Teoretisk analyse av hovedfunnene knyttet til forsknings spørsmål 1 .....	93
6.1.1 Analyse av funnene sett i lys av reformteori .....	93
6.1.2 Analyse av funnene sett ut fra teori om styring og ledelse .....	95
6.1.3 Analyse av funnene sett i lys av teori om økonomistyring .....	98
6.1.4 Oppsummering ette analysen av våre empiriske funn under forsknings spørsmål 1 .....	101
6.2 Analyse og drøfting av svarene vi har fått i forhold til forsknings spørsmål 2 opp mot teori .....	102
I hvilken grad er prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse brukt i forbindelse med implementering av reformen?.....	102
6.2.1 Drøfting av aktørenes erfaring i.f.t. den konseptuelle foretaksmodellen .....	103
Blir kultur/ verdier ivaretatt under endring? .....	110
6.2.2 Empiri i forhold til strategi for ledelse av radikale endringer .....	116
6.2.3 Svar på forsknings spørsmål 2.....	120
I hvilken grad er prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse brukt i forbindelse med implementeringen av reformen?.....	120
6.3 Teoretisk analyse av hovedfunnene knyttet til forsknings spørsmål 3 .....	122
6.3.1 Funnene sett opp mot teori om styring og ledelse .....	122
<b>7. 0 Konklusjon.....</b>	<b>128</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>129</b>
<b>Vedlegg 1: Tillatelser .....</b>	<b>132</b>
<b>Vedlegg 2: Forespørsel.....</b>	<b>133</b>

## **Forord**

Denne masteroppgaven er avslutningen på dette vel 2 år lange MPA studiet. Det har vært en interessant, lærerikt og krevende periode. Vi føler oss privilegerte som har fått mulighet til å studere igjen i ”moden” alder. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått anledning til å anvende kunnskaper vi har ervervet oss gjennom studietiden, vårt yrke og som borgere i det norske samfunn. I tillegg har vi valgt et tema for masteravhandlingen som vi er interessert i, synes er relevant og vi håper kan være til nytte ikke bare for oss selv, men også i våre organisasjoner.

Styring og ledelse av sykehus er et tema som ofte står på den politiske dagsorden og har allmen interesse i samfunnet, da det angår de fleste av oss hvilke helsetjenester som tilbys. Det har vært reist stor kritikk til hvordan helsevesenet er blitt ledet, med bakgrunn i manglende økonomisk styring og at ønsket kvalitet på tjenestene ikke er oppnådd. For å møte disse utfordringene i spesialisthelsetjenesten er reformer satt i verk og en ny reform er like rundt hjørnet. Vi er derfor interessert i hvordan statlig styring gjennom sykehusreformen har påvirket ledelse ved sykehusene vi til daglig arbeider, St.Olavs Hospital og Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Vi ønsker å takke vår veileder Stein Jonny Valstad som konstruktivt og med kløkt har veiledet oss gjennom denne oppgaven. Respondentene våre ved St.Olavs Hospital, Helgelandssykehuset Mo i Rana og Helse og omsorgsdepartementet (HOD) fortjener en stor takk, fordi de tok seg tid, til tross en travel hverdag, å dele sine opplevelser og kunnskaper med oss, slik at denne oppgaven ble en realitet. I tillegg vil vi takke våre respektive arbeidsgivere for velvillighet slik at det lot seg gjøre å gjennomføre studiet og ikke minst denne oppgaven.

## Summary

Management of hospitals is a central issue in our society. It concerns most of the inhabitants what kind of healthcare that is offered. Management of the public health care service have through several decades been criticized, first of all because of lack of economic management, and secondly because of the expected efficiency and quality has not been reached.

Organizational reforms have been executed, new ones are notified and we ask; what results can we see from already executed reform? Why do we need new reforms?

How shall the hospitals implement and absorb new reforms in a good and adequate way, and how shall we secure that the politicians' decisions reach the operating level, and in the end the patient?

Our special interest for management in hospitals comes from several years of experience as managers in different levels in the organization. As students of Master of Public Administration and particularly to writing this master paper we have had the opportunity to study this issue in depth. Our goal is to develop our own competence and understanding of management in the public health care services. This for our own pleasure but hopefully also for the good to our own organizations.

We have chosen the following angle of this problem at hand.

**How have the central government, through the hospital reform, influenced management of Helgelandssykehuset Mo i Rana and St.Olavs Hospital?**

Our selected theories have been chosen to increase the understanding of hospital reform and how management has developed throughout this reform period. Through this we want to clarify the managers terms in our hospitals today.

In our selection of theory, we chosen reform theory, with a emphasize on Johan P. Olsens articles "Foran en ny offentlig revolusjon" and "Offentlig styring i en institusjonsforvirret stat". Inger Johanne Sands article "Stat og ledelse i det polycentriske Sam fund", and Dorte Pedersens article "Ledelsesrommet i managementstaten" are central parts of the analyses. In addition we use obligatory literature from Buch et al (2007) concerning strategic management and we also seek support by Opstad, Melander and others concerning economic management.

Our empirical findings are analysed up against the theories.

We have chosen a quality research design, when we consider this method suitable to clarify what lies in a concept or phenomenon, thereby how we interprets and understand a given situation. We choose open individual interviews and document research as method for data collection. The respondents in this research is eight managers at different levels at St.Olavs Hospital and Helgelandssykehuset Mo i Rana, four from each hospital. In addition we have one informant from HOD (Helse og omsorgsdepartementet).

Our research shows that the respondents emphasize their positive experience concerning management after the reform. The exception from these findings comes from the level of operating managers that has several negative experiences after the reform.

All the respondents are concerned that under changing processes management is a demanding exercise and require adequate tools.

All the respondents see the necessity of a new reform, because all the respondents want the managements of hospitals to be better. At least, they wish that the connection with the primary health care and the public health care should develop to the best for the patient. We asked our selves; is a new reform the best medicine?

## **1.0 Innledning**

Styring og ledelse av sykehus, er samfunnsmessig et sentralt tema. Et tema som ofte står på den politiske dagsordenen, og som er mye omtalt i media, med fokus på kvalitet, tilgjengelighet og ressursbruk. Det angår de fleste hvilket helsetilbud som tilbys og hva det koster samfunnet. Det har gjennom mange tiår vært reist stor kritikk til hvordan helsevesenet er blitt ledet, først og fremst på grunn av manglende økonomisk styring, dernest at en ikke har fått forventet kvalitet på tjenestene. Reformen er satt i verk, nye er varslet, og vi spør oss hvordan har grepene som allerede er tatt egentlig virket? I så fall hvordan? Hva er beveggrunnene for nye reformer? Hvordan skal sykehusene greie å absorbere nye reformer på en god og hensiktsmessig måte? Med det mener vi fra beslutninger er tatt og til det når fram til pasienten i form av bedre tjeneste, slik hensikten har vært.

Som ledere i sykehus gjennom mange år, på ulike nivå, er dette et tema vi er opptatt av, og som er interessant for oss å få mer kunnskap om. Vi ønsker å utvikle egen kompetanse på ledelse og administrasjon av sykehus, til glede for oss selv, men også for egne organisasjoner.

Vi er begge sykepleiere med videreutdanning, en i intensiv sykepleie, den andre i psykiatrisk sykepleie. I tillegg har begge videreutdanning i ledelse. Vi arbeider i to forskjellige helseregioner, Helse Nord og Helse Midt-Norge. En som leder av akuttvirksomheten ved Helgelandssykehuset Mo i Rana (lokalsykehus), den andre av oss som kvalitetsrådgiver i divisjonssjefens stab, Psykisk Helsevern, en avdeling ved Universitetssykehuset St.Olavs Hospital.

Motstridende nok har vi vært med på en rivende, spesielt faglig, utvikling de siste tjue til tretti årene. Der bemanningen i sykehus har økt i antall, det har kommet mer penger til forskning og utstyr, det har vært økte muligheter til etter- og videreutdanninger, sykehus har fått bedret den bygningsmessige standarden, pasienter har fått økte rettigheter o.s.v. Allikevel ser det ikke ut til å være nok. Medisinen ser altså ut til å være nye reformer.

### **1.1 Oppbygging av avhandlingen**

Vi har valgt å bygge opp denne avhandlingen i 7 kapitler. Etter innledningen i kapittel 1, ser vi på styring og ledelse av spesialisthelsetjenesten i et historisk perspektiv. Videre beskriver vi bakgrunnen for sykehusreformen slik vi oppfatter den. I kapittel 2 starter vi med å ta opp



avhandlingens problemstilling, og går så over til bakgrunnen for valg av forskningsspørsmålene. I kapittel 3 redegjør vi for teorier vi har valgt med bakgrunn i at de er relevant til avhandlingens fokus, og som vi har lært å kjenne gjennom studietiden. I kapittel 4 presenteres valg av metode for datainnsamlingen, som i denne avhandlingen. I kapittel 5 presenterer vi våre empiriske funn. I kapittel 6 blir våre empiriske funn fra undersøkelsen og våre dokumentstudier analysert i lys av oppgavens problemstilling og teorier. Kapittel 7 vil vies til konklusjon av oppgaven, samt kritisk drøfte metoden vi har valgt.

## **1.2 Styring og ledelse av sykehus i et historisk perspektiv.**

Helsevesenet har, som i andre deler av samfunnet, vært gjennom en enorm utvikling. Vi velger å ta et lite dykk og ser tilbake på de to siste hundreårene, og da på områder hvor historien har hatt betydning for eget ståsted i dag.

De viktigste medisinske begivenheter tidlig på 1800-tallet var at vi fikk vårt eget universitet med eget hospital, Rikshospitalet. Høsten 1826 åpnet sykehuset sine første avdelinger, med i alt 100 senger. Norsk legevitenskap fikk nå arbeids- og vekstmuligheter. Også ellers i landet ble det opprettet sykehus av amt eller kommuner. De var små og i dårlig tilstand. Folk hadde skrekk for å legges inn, det var kanskje ikke så rart. Lokaler og utstyr var ikke bare primitive, men også frastøtende. Det manglet aseptikk, antiseptikk, anestesi og narkose. Det medførte smertefulle operasjoner, en stor prosent døde dessuten av infeksjon etter inngrep. Sykehusene fikk et fengselsaktig preg over seg både utseendemessig og ved atmosfæren som hersket der. Legekunsten manglet det meste av dagens kunnskap, det samme gjaldt sykepleien.

Med eksempel i et sykehusreglement fra 1844 ser man at det er legen som er ansvarlig administrator, og økonomens rolle var å holde kur pengene lavest mulig uten at kvaliteten ble tatt i betraktning. Det kan vel nevnes at i gangkonenes (les sykepleiernes) reglement sies det at de skal ”vise de syge Æmhet og Omhyggelighet og etterkomme de syges billige Ønsker”, de skal også ”nøiaktigen opfylde deres Pligter, føre et sædeligt Liv, være troe, redelige og ædruelige”. Det var hva man kunne vente seg av dem (Wyller 1970, s. 92).

Som en kuriositet nevner vi at vår kjente med søster, Florence Nightingale (1820 - 1910), løftet sykepleien til å bli et eget, selvstendig fag. Som en del av faget var hun også svært opptatt av hvordan administrere sykehuset og tjenestene. Hun ble sett på som mesterlig på dette området. ”All the result of good nursing...may be negatived by one defect, viz:...by not

knowing how to manage that what to do when you are there, shall be done when you are not there.” (F. Nightingale, 1860, s.35)

Fram mot andre verdenskrig var det byhospitalets fase. For byene var sykehus et adelsmerke i likhet med andre kulturinstitusjoner, - det som gjorde en by til by. Lenge betalte byene alene, og den allment skapte tilblivelsen skapte sterk tilhørighet som skulle vise seg å bli varige bånd mellom sykehus og lokalsamfunnet.

Fra 1930-årene kom det etablert systemet under press fra to sterke impulser, som begge hadde sine røtter i kravene fra et stadig mer avansert og spesialisert medisin. Det var økte kostnader og et stadig økende statsengasjement for en nasjonal sykehuspolitikk. Det dreide seg om behovene for nasjonal sykehusdekning, standardheving, likhetsidealer, spesialisering og konsentrasjon. I møtet mellom velferds lokalismens nærmest anarkistiske sykehusmosaikk og statlige samordningsambisjoner, utviklet det seg grunnleggende spenninger og konflikter som bl.a. dreide seg om oppgavefordeling mellom nivåene, organisering, finansiering og økonomi. Sykehuspolitikken fram mot 1970 var konstituert av de samme spenninger og av reformpolitikk generert for å håndtere dem. Strid knyttet til spenningene ble utkjempet, og i dette framstår sykehusloven i 1969 og fylkeskommunene overtar stort sett sykehusene som en organisasjonsform for å løse problemer og konflikter generert av spenningene.

Fylkeskommunen strevde som sykehuseier i 30 år med å løse problemer som var arvet fra trekvart århundre med velferds lokalisme, uten å løse noen av de grunnleggende spenningene og konfliktene. De fleste problemene fylkeskommunen slet med som sykehuseier, var til stede allerede da den overtok. Finansieringssystemet ble stadig reformert, men uten at konfliktene ble mindre. Ressurskonfliktene forsterket på sin side de varige spenningene mellom politisk styring og institusjonell autonomi. Mangelen på fylkeskommunal suksess ble i sin tur en viktig impuls bak statsovertakelse og foretaksreform. Det fylkeskommunale regimet framstår nærmest som et mellomspill fra velferds lokalisme til statsstyring. Reformen betraktes mer som en allmenn styrings- og demokratireform enn spesifikt en sykehusreform, og den var født i et tiår som i særlig grad var preget av rød - grønne verdier, sterk tiltro til folkevalgt styring og tilsvarende skepsis til byråkrati og ekspertløsninger.

Sykehusreformen i 2002 var en konsekvens av et linjeskifte i toppledelsen i Arbeiderpartiet, hevder Byrkjeflått og Grønlie. Reformen ble gjennomført usedvanlig raskt, noe som forklares ved daværende helseminister Tore Tønnes sterke handlingsvilje og overbevisning fra planen ble lansert til den ble gjennomført. Selve prosessen var toppstyrt, få aktører var med i utformingen, det skjedde få endringer underveis, til tross for stor motstand også internt i Arbeiderpartiet.

Norge har vært regnet som en nølende reformator, men skiftet av eieransvaret av sykehusene i 2002 blir beskrevet som ”big - bang - reform”, det vil si en reform av omfang og tempo som sammenlignes med reformene som ble gjennomført på New Zealand og Storbritannia i begynnelsen av 1990-årene (Opedal og Stigen 2005).

### **1.3 Bakgrunn**

Med bakgrunn i økte kostnader og manglende økonomisk styring av sykehusene, kritikk og misnøye med kvaliteten, forstår vi endringene som måtte komme i sykehussektoren. En kan si at perioden fra 1997 og fram til 2003 var sterkt preget av de store reformenes gjennombrudd nettopp i denne sektoren.

Det startet med innføring av innsatsstyrt finansieringssystem (ISF/stykkpris) for de somatiske sykehusene, med mål om å øke antall behandlede pasienter og dermed løse ventelisteproblemene. Det ble også innført mer moderne styringsprinsipper basert på aktivitetsavhengige budsjetter. Med unntak av psykisk helsevern som enda i hovedsak er rammefinansiert.

Det neste trinn i reformprosessen var den statlige eierskapsreformen (Lov om helseforetak), som ble gjennomført fra 1. januar 2002. Den er en av de største reformene som har funnet sted i norsk helsevesen. Norge ble organisert i fem helseregioner, senere redusert til fire. Politikerne gikk ut av den direkte styrende posisjon i driften av sykehusene, noe som representerte en markant endring fra en sterkt politisert fylkeskommunalt sektororganisering til sentralt administrert statsdrift (Inger Johanne Sand, 2005).

Intensjonen med reformen var å legge grunnlaget for en helhetlig, statlig styring av spesialisthelsetjenesten. Den skulle legge til rette en klarere ansvars- og rollefordeling som kunne gi en bedre utnyttelse av ressursene i sektoren og slik sikre alle grupper i befolkningen bedre helsetjenester. Blant annet skulle det fokuseres på tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse.

Innholdet i reformen består av to hovedelementer:

- Staten overtar eierskapet av sykehusene. Sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet samles på en hånd, Stortinget.
- Sykehusene organiseres i foretak, foretakene blir egne rettssubjekt med egne styrever. Dette gir sykehusene lokal myndighet.

Modellen som er brukt i sykehusreformen bygger på en kombinasjon av overordnet styring for å sikre at tjenesten utvikler seg i samsvar med nasjonal helsepolitikk og innenfor gitte ressursrammer, samtidig med at relativt vide fullmakter er delegert til helseforetakene. Departementets helhetlige styring ivaretas gjennom formidling av overordnet helsepolitisk bestilling, finansiering og eierstyring. Det er med andre ord innført en kontraktstyring av sykehusdriften, delvis basert på bestiller - utfører modell (St.prp.nr.1 Nasjonal helseplan "Veien videre" 2006).

Vi gjør oppmerksom på at vi bruker helseforetaksreformen, sykehusreformen og den statlige eierskapsreformen om hverandre slik vi også finner det i litteraturen. Men det er altså den samme reformen vi snakker om.

Vi har sett store endringene i egne organisasjoner. Reformen er også betegnende for andre deler av offentlig virksomhet. Ikke minst fordi de offentlige utgiftene til velferdsstaten øker, og utgiftene til helsetjenester stadig krever større andel av BNP. Konsekvensene av manglende økonomisk styring og ledelse har etter hvert blitt merkbare og konkret, det har ført til nedleggelse av poster og sentralisering av tjenester. Det har vi erfaring med, både fra Helgelandssykehuset og fra St.Olavs Hospital.

På relativt kort tid har to direktører i Helse Midt-Norge, og en direktør ved St.Olavs Hospital gått p.g.a. manglende økonomisk styring og eller måloppnåelse. For å få full kontroll over økonomien har St.Olavs Hospital redusert og nedbemannet 4-500 stillinger de to siste årene, ytterligere kutt er varslet. Det har store konsekvenser for ledere og andre arbeidstakere det gjelder, i tillegg kan en selvsagt spørre seg hva det har å si for kvaliteten på tjenestene. Ved Helgelandssykehuset har det til nå ikke vært nødvendig med nedbemanning i særlig grad, men funksjonsfordeling mellom de tre lokalsykehusene i Helgelandssykehuset HF har gitt stort spillerom for lokalpatriotismen både politisk og på folkemunne.

God ledelse er derfor et helt sentralt tema. Erfaring har lært oss at det absolutt er en krevende øvelse, spesielt i tider med store endringsprosesser som reformer er. Undersøkelsen B. Skogsås og M. Svendsen publiserte i Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 23/30. nov.2006, understreker at dette er et aktuelt tema. De undersøkte hvordan klinikkledere synes de håndterer endringsprosesser og hvordan de løste problemer som oppstår i tverrfaglig møtevirksomhet. Vi kommer mer tilbake til deres undersøkelse på et senere tidspunkt.

Stadig høres det fra ledelsen at hurtige omstillinger er kommet for å bli, ledere og ansatte må med andre ord være i stand til, eller settes i stand til å møte en annen arbeidshverdag.

Organisasjonsendringer representerer komplekse prosesser, og det er viktig med kunnskap og innsikt i endringsledelse.

Hvordan ser nærmeste framtid ut? Media er ikke blitt mindre opptatt av helsevesenets manglende økonomisk styring de siste årene. Slettes ikke alle er fornøyd med utviklingen, heller ikke landets nye helseminister Bjarne Håkon Hanssen. Han uttaler : *"Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenester enda bedre. Dette skal vi nå gjøre noe med."* Videre sier han: *"Alle snakker om disse problemene. Lange ventetider, pasient køer, milliardsprek i sykehusøkonomien, mangelfull rehabilitering og for lite ressurser til forebygging. Norge bruker mest i verden på helse, men får ikke mest helse igjen for hver krone."* Løsningen hans på disse problemene er en ny reform "Samhandlingsreformen" som skal komme i april 2009. Hansen setter ned en ekspertgruppe som får tiden fram til april 2009 på å foreslå tiltak til en framtidig "samhandlingsreform". Der nettopp det å bedre samhandlingen mellom de statlige sykehusene (helseforetakene) og den kommunale helsetjenesten, er formålet. [www.spekter.no](http://www.spekter.no) 16.09.2008

Tilbake til spørsmålene vi nevnte innledningsvis; Hvilke erfaringer har vi så gjort oss med sykehusreformen? Hvordan har den virket? Og hva tilsier med den som viser at vi egentlig har behov for en ny reform?

En stor evaluering av sykehusreformen er foretatt av Norges forskningsråd på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet. Denne ble sluttført i februar 2007. Den vil kunne gi oss svar på noe, men ikke alt. Forskningsrådet har gjennom ti ulike del prosjekter sammenliknet de målene som ble satt i forkant av reformen, med resultatene som er oppnådd. Men ikke alle sider ved tjenestene evaluert, for eksempel gjelder det vesentlige spørsmål som om befolkningen har et likeverdig tilbud eller om kvaliteten er endret. Rapporten sier også lite om styring og kontroll med økonomien. Evalueringen er i liten grad blitt omtalt i media eller i sykehusene hvor vi jobber. Det har i grunnen vært merkelig stille rundt resultatet.

Det er et komplekst, men også et ufullstendig bilde vi her har presentert som bakteppe for avhandlingen vår. Vi har forsøkt å vektlegge temaer som vi vil se nærmere på; reformer, styring og strategisk endringsledelse, kvalitet i tjenestetilbudet og økonomistyring. Videre er vi ute etter å få tak i hvilke erfaringer som er gjort og hva som ligger til grunn for nye, varslede reformer. Er det sammenheng mellom disse?

## 2.0 Problemstilling

Vi oppfatter at hovedintensjonen ved innføring av sykehusreformen var klarere styring av ressursene for å bedre befolkningens behandlingstilbud i hele landet. Reformen var solid forankret i velferdsstatens verdigrunnlag med det formål for øyet å realisere gode og likeverdige spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen samt oppnå bedre ressursutnyttelse (NOU:1997:2).

Resultatevalueringen av sykehusreformen foretatt av Norges forskningsråd på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet ble sluttført i februar 2007. Dette var en stor og tung evaluering, men på langt nær alle sider av sykehusreformens intensjoner ble evaluert. For eksempel gjelder det vesentlige spørsmål som, har befolkningen fått et likeverdig helse tilbud eller har kvaliteten på helse tilbudene endret seg? Rapporten beskriver at helseforetakene har tatt i bruk bedre styringsinstrument i forhold til økonomistyringen, men det gjenstår noen problemområder. Det beskrives også at de ulike foretakene som ble undersøkt i forbindelse med av evalueringen forholder seg ulikt til økonomistyringen. To av foretakene var preget av regelstyring og styrte dermed i retning av produksjonsmålene. Det tredje foretaket styrte etter budsjett balanse og avpasset dermed produksjonen etter gitte økonomiske rammer og ISF inntekter. Evalueringen i sin helhet er i liten grad blitt omtalt i media eller i sykehusene hvor vi jobber, og vi undres over hvorfor det har vært så stille rundt denne evalueringsrapporten?

B. Skogsaa og M. Svendsens funn i undersøkelsen, presentert i Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 23/30, der åtte klinikkledere var intervjuet om sine erfaringer i ledelse av endringsprosesser, fant de bl.a. ut at noen av dem var fortrolige med tilrettelegging av endringsprosesser og hadde et til dels stort repertoar av ledelsesverktøy. Men de fleste hadde begrenset innsikt i hvilke metoder som egnet seg til ulike faser i endringsprosesser. Det de opplevde vanskeligst var samspill preget av mistenksomhet, negative fortolkninger, antakelser og skjulte agendaer.

Ovenfor har vi presenterer bakteppet for vår nysgjerrighet innen dette temaet og oppgavens problemstilling er valgt med bakgrunn i ønske om å se/belyse hvordan sykehusreformen har påvirket styring og ledelse ved sykehusene våre.

Vårt hovedspørsmål er derfor:

Hvordan har statlig styring i form av sykehusreformen påvirket styring og ledelse ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital?

Forsknings spørsmålene våre blir:

1. Hvilke erfaringer har respondentene ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital gjort seg i forhold til styring og ledelse av sykehuset etter reformen?
2. I hvilken grad er prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse brukt i forbindelse med implementering av reformen?
3. Vi står foran en ny reform, Samhandlingsreformen. Hvilke erfaringer har vi gjort oss i forbindelse med implementeringen av sykehusreformen som er nyttig med tanke på å lykkes med innføring av en ny reform?

Vi skal gjøre en kvalitativ undersøkelse og lage en guide til hjelp for å sikre oss at vi spør om de temaene vi mener er viktig å få svar på. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 4.

## **2.1 Oppgavens tre forskningsspørsmål**

I dette underkapitlet vil vi gjøre rede for hvorfor vi har valgt de over stående forskningsspørsmål og hvilke teoretiske perspektiv de i hovedsak vil bli sett opp mot. Det er viktig for oss å poengtere at skillet mellom teoriene ikke er absolutte og det er derfor vanskelig å se dem isolert.

Vårt første forskningsspørsmål vil gi oss svar på hvilke erfaringer respondentene ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital har gjort seg i forhold til styring og ledelse av sykehuset etter reformen. Grunnen til at vi mener dette spørsmålet er aktuelt er at vi selv var i lederjobber, på våre respektive sykehus, før innføringen av sykehusreformen, og er det fortsatt. Vi har begge opplevd en rivende utvikling ikke minst siden sykehusreformen ble et faktum. Dette i form av økte krav til kvalitet, effektivitet, økonomisk kontroll, samt evne til å tilpasse seg og motivere andre til å takle alt dette ”nye”. Opp mot dette forskningsspørsmålet tenker vi teoretiske elementer fra reformteori, styring og ledelsesteori og teori om økonomistyring. Innen økonomistyringen vil teori omfattende New Public Management bli sentral.

I det andre forskningsspørsmålet spør vi respondentene/informanten om i hvilken grad prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse er brukt i forbindelse med implementering av reformen. Her vil våre empiriske funn bli sett i lys av ulike teoretiske perspektiv på endringsledelse.

For å få svar på det tredje forskningsspørsmålet spør vi om respondentenes/informantenes erfaringer i.f.m. implementeringen av sykehusreformen, og om disse erfaringene kan være nyttig når en ny reform står på trappene. Her kommer teori om styring og ledelse til å bli sentral. Vi kommer spesielt til å vektlegge New Public Management og public governance.



### 3.0 Teori

For å belyse hovedproblemstillingen og forskningsspørsmålene, vil vi i kapittel 3.1 se på reformteori, og henter i denne sammenheng teori fra Johan P. Olsen's artikler "Offentlig styring i institusjonsforvirret stat" og "Foran en ny revolusjon". Den siste fra 1986, men er enda høyst aktuell.

I kapittel 3.2 har vi søkelyset på å forstå hva som er drivkreftene bak reformene som stadig kommer. Her har vi valgt teori med et statsvitenskapelig perspektiv, og har funnet boka "Helse-Norge i støpeskjeen" (2005) av Ståle Opedal og Inger Marie Stigen svært nyttig. Boken gir en samfunnsvitenskapelig analyse av endringene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Den retter oppmerksomheten mot forholdet mellom Stortinget, den sentrale helseforvaltningen og de nye helseforetakene og stiller spørsmålet om hva staten har oppnådd som eier.

I kapittel 3.3 stiller vi oss spørrende til om styring og ledelse er under endring? Vi har funnet Inger-Johanne Sands artikkel "Stat og ledelse i det polycentriske samfund" som nyttig i denne sammenheng. Hun argumenterer for at det har skjedd en grunnleggende forandring m.h.t. statens formål, hvordan den styrer og dermed også forholdet mellom stat, samfunn, borgere og de forskjellige sosiale felt i samfunnet.

I kapittel 3.4 ser vi på en mulig utvikling; Fra government til governance? Her har vi valgt å bruke Dorte Pedersens artikkel "Ledelsesrommet i managementstaten". Vår hensikt er å få økte kunnskaper om hvilke føringer reformen har gitt for styring og ledelse, for således å få forståelse for ledelsens vilkår i våre sykehus i dag.

Litteraturen beskriver flere typer ledelse. Kapittel 3.5 omhandler strategisk endringsledelse. Dette temaet har fått hovedfokus i teorikapittelet. Vi er opptatt av hvordan reformer til nå er blitt implementert, hva har vi lært og hvordan kan erfaringene brukes når nye reformer planlegges implementert? For oss som representerer ledelse i sykehus er temaet særdeles viktig og vi mener å ha fokus på strategisk endringsledelse svært relevant. Vi bruker her mest pensumlitteratur, Busch et al, støttet opp av Bolman & Deals teori.

Bedre økonomisk styring og bedre kvalitet på tjenestene har vært, og er fortsatt i hovedfokus når ny reform introduseres. Derfor har vi valgt å se nærmere på hva som har skjedd på disse områdene. Det gjør vi i henholdsvis kapittel 3.6 og 3.7.

I kapittel 3.8 presenterer vi kort Selznich definisjon av legitimitet. Vi har valgt å ta med dette, da vi mener legitimitet også er et viktig aspekt angående styring og ledelse.

Vi viser gjentatte ganger til evalueringsrapporten (2007) fra Norges forskningsråd, som er nevnt innledningsvis. Resultater den har konkludert med, kommer vi tilbake til i disse kapitlene.

### 3.1 Reformteori

Norge har tradisjonelt vært regnet som en nølende reformator, men gjennomføringen av sykehusreformen i 2002 viste politisk vilje til en stor reform med et omfang og i et tempo som best kan sammenlignes med reformene som ble gjennomført i New Zealand og Storbritannia på begynnelsen av 1990-tallet (Byrkjeflot og Neby 2005: 45). Reformen innebar at alt ansvar for de offentlige sykehusene ble overført fra fylke til stat, etter 30 år med fylkeskommunalt eierskap. Sykehusene ble samtidig gjort mer autonome ved at de ble omgjort fra forvaltningsorgan til helseforetak. Sykehusreformen forutsetter i utgangspunktet utstrakt delegasjon av myndighet til sykehusledelsen og en stor grad av tilbakeholdenhet fra politikernes side i pakt med de prinsippene som New Public Management (NPM) foreskriver (se kap. 3.6.1)

I Odeltingsproposisjon 66 redgjøres det for reformens formål og virkemidler:

*”Endringene har til hensikt å utgjøre en helhetlig organisasjons – og ansvarsreform med vekt på å skape klare ansvars – og rollefordeling, at det på den måten skal legges bedre til rette for både politisk styring og for virksomhetens produksjon av tjenester”*

*”Med et helsepolitisk mål om likeverdig tilgang til viktige helsetjenester vil det fremdeles være et sterkt behov for nasjonal styring av helsetjenesten. Utfordringen ligger i å finne former for slik styring som også tar hensyn til at virksomhetene skal være myndiggjort og de vil virke i en situasjon med mye sterke innslag av brukerstyring(Ot.prp.6682000-01 s.10-11)”.*

Utdraget fra Odelstingsproposisjon 66 viser at hensikten med reformen var å få eier skapet samlet på det statlige nivået, samtidig som eier skapet ble organisert gjennom egne rettssubjekter(Ot.prp.6682000-01). Med rettssubjekt menes her at hvert foretak har rettigheter og forpliktelser ovenfor rettsreglene og er således uavhengig av sine eiere.([www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)).

I sin artikkel, ”*Offentlig styring i en institusjonsforvirret stat*”, fra 1986 setter Johan P Olsen fokus på demokratiet, dets mangelfulle innsikt i, og ønske om å ha innsikt i, de endringsprosesser vestlige samfunn er inne i. Han hevder at det ikke finnes noen samlende analyser av hvordan utviklingen kan forstås, vurderes og møtes (s.7). Det er viktig å kjenne til

historikken om utviklingen av endrings og reforms prosesser, og hvilke faktorer som har innvirkning på institusjonene for slik å kunne forstå dagens reform og endringsprosesser. Olsen fremhever så at det er viktig med en felles forståelse for normer og verdier. Mangel på disse i samfunnet (sammenbrudd på disse) kommer til uttrykk i institusjonell usikkerhet og forvirring, og setter spørsmål om hva som bør være nasjonalstatens og det representative demokratiets rolle i samfunnsutviklingen. Den nasjonale handlingsfrihet i forhold til offentlig styring er også i stor grad hindret i internasjonal politikk, i den grad nasjonen må forholde seg til EUs lovgivninger og lovfortolkninger. Et annet usikkermoment/ forvirringsmoment er forholdet mellom staten og det sivile samfunn, hvilken rolle skal staten ha i forhold til post, jernbane og lignende? Og, hvordan ivareta en handledyktig regjering og ivareta Stortingets rolle som det representative demokratis sentrum.

De mange spørsmål og tvilen rundt institusjonelle reformer, og stadig behov for nye reformer, ser Olsen på som et resultat av prosessene brukt i gjennomføringen av omorganiseringen. Prosesser i gang kjørt uten forkunnskap om mulig virkning, dette i seg selv skaper usikkerhet, forvirring, og motstand. Aktørene kan føle seg truet, frustrert og igjen skape behov om nye reformer. Årsak til reformer kan også være internasjonale prosesser som markedsorientering, vitenskapliggjøring, rettsliggjøring og/ eller revisjonsekspløsjonen. Olsen sier videre at pågående utviklingstrender og reformer neppe vil fjerne forvirring og usikkerhet.

Realismen i ”Den grunnleggende tro om at folket skal få bestemme hvilket styresett de vil leve under”, er i henhold til Olsen bestridt. Han viser videre til at ”både nasjonalstaten og det representative demokratiet vil forvitte dersom statsborgerne mister tilliten til de institusjonelle mekanismene som brukes til å treffe beslutninger, til meningsdannelser og til å kalle beslutningstakere til ansvar” (s.16).

Olsen setter så fokus på hvilke organisasjons og styringsprinsipper folk faktisk vil slutte opp om? Olsen foreslår *Identitetsbyggingsprosjekt* som et mulig alternativ, der en viktig oppgave blir å utvikle og oppdage fellesskap gjennom offentlig debatt, samt setter spørsmål til folkets ansvar i samfunnsutviklingen. Det blir så viktig å se *Identitetsbyggingsprosjekt* i sammenheng med *Institusjonsbyggingsprosjekt*. *Institusjonsbyggingsprosjekt* gir, i henhold til Olsen, det representative demokratiet en aktiv men indirekte rolle i samfunnsstyringen. For å kunne ivareta denne rollen settes forussetningen om at samfunnet kan utvikle fellesskap basert på konstitusjonspatriotisme.(Olsen 1998, s.17).

I sin artikkel ”*Foran en ny offentlig revolusjon*” 1986, skriver Johan P Olsen om utviklingen av moderniseringsreformer i offentlig sektor og dens utfordringer.

Utfordringene i den nordiske velferdsmodellen skisseres som tre politiske bølger. Den røde som hviler på sosialistiske og solidariske verdier, mens den blå representerer en (ny)liberalistisk og (ny)konservativ orientering med mer individualisme, konkurranse og bruk av marked. I tillegg kommer den grønne, med oppmerksomhet om økologisk balanse og likevektsøkonomi. Alle de tre bølgene bygger på verdier og oppfatninger som inngår i vår politiske kultur og gir utfordringer til statsmodellen.

Olsen stiller spørsmål om den politiske utviklingen kan få konsekvenser for følelsen av fellesskap og tillit i samfunnet, og antyder et design i forhold til utviklingen av offentlig sektor i årene fremover. I sin beskrivelse bruker Olsen fire styringsmodeller for å beskrive hva som er statens oppgave i samfunnslivet. Modellene blir brukt til å angi normer for hvordan staten bør virke og til å beskrive dens faktiske virkemåte.

De fire modellene er: den samfunnsstyrende stat, staten som supermakt, staten som moralsk fellesskap og den forhandlende stat. Hvilke(n) av modellene som preger staten til enhver tid skifter tilsvarende med samfunnsendringene og dens politiske utfordringer. Olsen skriver i 1986 at tendensen har vært en styrking av forhandlingsmodellen med økende fokus på individualisme og bruk av marked.

I boken *”Den fragmenterte staten”*, 2001 beskriver og forklarer Tranøy og Østerud de faktiske endringene som har skjedd i staten gjennom de siste ti årene. Her kommer de ikke med antydninger som J. P Olsen skrev i 1986, men de er opptatt av hvilke krefter og forhold som har drevet denne prosessen og hvilke virkninger endringer i statens rolle har. Spesielt ser vi på reformprosessens betydning for sykehusene.

Som beskrevet i problemstillingen vår er vi ute etter å se på hvilken påvirkning sykehusreformens har hatt på styring og ledelsen ved sykehusene våre. Den røde, blå og grønne bølge kan gjenspeiles i måten spesialisthelsetjeneste har blitt styrt på gjennom fylkeskommunal politisk kontroll(rød), til en mer liberalistisk(blå) preget styring som vi mener startet i 1997 med stykkpris på behandlinger som insitament for å øke aktiviteten. Denne introduksjon av markedstenkning i sykehusene brøt med den tradisjonelle nordiske velferdsmodellen, og det har for mange vært vanskelig å godta den diskursen rundt at sykehusene skal ”gå med overskudd” og ”tjene penger” på pasientbehandling. Ikke minst har dette vært krevende å godta for helsepersonell som leger og sykepleiere som tradisjonelt har hatt lederrollene i på sykehus. Uttalelser fra lederen om at jeg tar ikke ansvar for økonomien, men det faglige ansvaret er mitt, hadde i de fleste private bedrifter ført til at lederkarrieren var over. I sykehus har det slike utsagn fra ledere vært mulig, og inntil for få år siden gitt ”heltestatus”. Dette kan vi forstå ut fra sykehusets institusjonelle særpreg, der det er legitimt å sette pasienten i fokus. Derfor har reformer inspirert av NPM der økonomiske incentiver er

styrende til dels hatt vanskelige kår i sykehusene, da denne styringsideologien inntil for få år siden ikke har hatt legitimitet i forhold til spesialisthelsetjenestens tradisjonelle verdier. ([www.marxisme.no/2005/01/eilertsen.bjerke](http://www.marxisme.no/2005/01/eilertsen.bjerke)).

Vi kan derfor si at den statlige overtakelsen av sykehusene representerer et brudd med den skandinaviske velferdsmodellen basert på et desentralisert og integrert offentlig sektor og som da også innbefatter spesialisthelsetjenesten (Byrkjeflot og Neby 2005). Reformen i Norge markerer ikke bare slutten på fylkeskommunenes eierskap til sykehusene, men også på en mangeårig tradisjon basert på et integrert og nært forhold mellom politikk, forvaltning og sykehus. Fra 1980-tallet har det dominerende faglig-politiske regimet i sykehussektoren blitt konfrontert med den nyliberale NPM - bølgen.

### **3.2 Hva var drivkreftene bak sykehusreformen?**

De grunnleggende forutsetningene for reformen ligger i de langsiktige utviklingslinjene i helsesektoren og statsforvaltningen, i følge Byrkjeflot og Grønlie (2005) De retter søkelyset mot kombinerte effekter av fire sterke, relativt langsiktige utviklingstrekk:

- Regionaliseringsprosessen mellom fylket og landet som helhet. Ønsket om et regionalisert helsevesen går langt tilbake og prosesser gjennom minst 30 år har skapt en regionalisert konstruksjon. Denne utviklingen er generell, til dels internasjonalt inspirert.
- Avdemokratisering, - i 1960- og 70-årene var det sterke føringer på å overlate makt og prioriteringsansvar til folkevalgte fylkespolitikere. I den nye sykehusstrukturen skulle det ikke være politikere med innflytelse på mellomnivå. Regionene har ingen felles demokratisk styringsstruktur. Bare statlige sektorbyråkratier. Dette ”hold – politikere – borte - prinsippet”, er en konsekvens av den over tid økende mistilliten til fylkespolitikeres rolle i styringen av sykehus.
- Tiltakende statliggjøring av velferdspolitikken på bekostning av lokal og regional organisering. Staten har alltid vært en aktiv deltaker i organisering og finansiering av sykehussektoren, selv om han ikke var en stor sykehuseier. Den statlige innflytelsen fortsatte å vokse gjennom den fylkeskommunale fasen. I et historisk perspektiv er det ikke unaturlig å betrakte statens overtakelse av sykehusene som noe nytt og viktig, fra velferdslokalisme med kommunene som viktigste aktører til velferdsstat med staten som hovedaktør.
- Det er en stadig sterkere tendens til å organisere offentlige funksjoner i institusjoner som er autonome eller halvt autonome i forhold til politiske eller administrative

myndigheter. Dette er en tendens i overensstemmelse med en New Public Management - forståelse av utviklingen av offentlig sektor. Også i Norge har det vært foreskrevet en gjennomgripende modernisering av offentlig virksomhet, privatisering og et bredt spekter av organisasjonsmodeller og styrings- og ledelsesprinsipper hentet fra privat sektor. Generelt har Norge vært en reservert reformator, men tendensen til å organisere offentlige funksjoner i fristilte organisasjonsformer har også vært sterk her. (Opedal og Stigen).

Drivkreftene bak sykehusreformen er altså ifølge Byrkjeflot og Grønlie, regionaliseringsprosessen som var ønsket over lang tid, en utbredt modell som er brukt i flere sektorer her til lands, men som også er internasjonalt inspirert. Det var mistillit til fylkespolitikere med tiltakende statliggjøring av velferdspolitikken, også en langvarig utvikling som kan ses i sammenheng med velferdslokalismen. Det siste aspektet de tar fram er modernisering av offentlig sektor med privatisering og innføring av et bredt spekter av organisasjonsmodeller, styrings- og ledelsesprinsipper hentet fra privat sektor.

Imidlertid skjer en utvikling hele tiden. Som vi viser til var ikke politikere tiltenkt en rolle i regionhelseforetakene og helseforetakenes styrer da statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten skjedde. I den første tiden ble bedriftsledere og økonomer i stor grad valgt inn. Mange reagerte på at den viktige ombudstenkningen ble forsømt ved at den politiske ekspertisen til å løse konflikter og tenke likeverdig tilbud, ikke var godt nok tilstede. Ifølge Jan Magne Dahle, som i dag sitter for SV i styret i Helse Midt-Norge, medførte dette til uro fra mange hold, ikke minst fra tidligere eiere, fylkeskommunen. Uroen ble lagt merke til i departementet. Dette førte til at styrene igjen skulle bestå av noen politikere (i tillegg til samfunnsaktører som for eksempel økonomer og tilsatte representanter), valgt på framlegg fra fylkeskommuner og noen politikere utpekt direkte fra departementet. Departementet peker altså ut aktørene i de regionale styrene, det regionale styret gjør det samme overfor alle helseforetakene i regionen. En kan selvsagt spørre seg hvor godt demokratiet blir ivaretatt ved denne nye ordningen, men forrige helseminister, Sylvia Brustad, ble klart bedre fornøyd med styrearbeidet etter at politikere igjen kom inn.

Dette siste punktet viser at forutsetning for styring stadig er i endring, endringer vi må forholde oss til og som har konsekvenser for hvordan vi skal styre og lede sykehusene våre.

### 3.3 Er styring og ledelse under endring?

Inger-Johanne Sand hevder i sin artikkel ”Stat og ledelse i det polycentriske samfund”, at det moderne demokratiske samfund har hatt som mål å sikre frihet, like muligheter for deltakelse og sosial likhet. De motsetninger og konflikter som ligger i dette er blitt tilslørt gjennom den betydelige legitimitet som de demokratiske modell har nytt. Statens idealiserende, hierarkiske styrings- og organisasjonsform, de politiske myndigheters ledelse og lovgivningens rettsstatlige form, har som ide å skulle bidra til en politisk og demokratisk styring og en offentlig gjennomsiktighet i hele den offentlig administrasjonen.

Styring og ledelse av det offentlige har historisk sett vært et politisk demokratisk, et rettsstatlig og et velferdsstatlig prosjekt. Over tid har samfunnet og staten endret seg. Det er skapt nye sosiale betingelser for hvordan offentlig forvaltning kan fungere og ledes.

Utviklingen er drevet av politiske myndigheter som har påtatt seg oppgaven ved å i stigende grad løse de fleste samfunnsproblemer. Profesjoner og vitenskap har fått stor makt, og profesjoner og administrasjonen setter dagsorden for de politiske beslutninger. Stat/marked intervensjoner på hverandres områder på en ugjennomsiktig måte, og offentlige enheter er blitt tildelt mer autonomi, hevder hun videre.

Offentlig forvaltning består av mange ulike lag og virksomheter, som politisk, rettslig, administrasjon, service o.s.v. Disse interagerer med hverandre og andre aktører, de har mer autonomi, det setter grenser for hvor mye de kan styres hierarkisk, det blir en form for styring som Sand kaller kontekststyring (handler om rammer og premisser), og en desentralisert styring (støtte til at enhetens evne til å håndtere seg og verden). Enhver enhet må forholde seg til en hyper - kompleks kontekst som medfører en uendelig mengde konflikter, krav og hensyn.

Konsekvensen er en avgjørende endring; fra hierarkisk styring til hvordan enheten er i stand til å lede seg selv. Derfor er ledelse viktig og kommer til å inngå i en radikal endring fra hierarki til et hyperkomplekst, differensiert og sammensatt felt som er polysentrisk, hvor kontekststyring og lokal ledelse skal skape sammenheng. Hun peker videre på at det lenge har vært en kløft mellom de formelle beskrivelser av den offentlige forvaltning og den langt mer differensierte form som forvaltningen har tatt.

Hun ønsker å bidra til økt forståelse for utviklingen og endringen av offentlig sektor. Grunnlaget for Sand`s artikkel, er teori om styring og ledelse via governance-debatten innen politisk og institusjonell teori.

Velferdsstatens ekspansjon har ført til økt krav om effektiv bruk av midler som er til rådighet. En går fra budsjettorientering til en stigende grad av resultatorientering. Dette er fokus gjennom 80- og 90-tallet, økt fokus på mål- og resultatkrav. Ansvarer delegeres til enhetsleder, d.v.s. autonomisering.

En side av resultatorientering er krav om service til brukerne. Serviseorienteringen rommer en dobbelhet av velferdsstat og individualisering, som når begge elementer forfølges i sin konsekvens kan innebære konflikter mellom prinsippet om solidaritet og rettighetsprinsippet. Parallelt med disse mangeartede tendensene, utvikles det en lang rekke interaksjonen mellom offentlige og private aktører noe som gjør det vanskelig å opprettholde et klart skille mellom stat og samfunn. Vitenskapsorienterte organisasjoner får større betydning, vitenskap og teknologier formidles på tvers av skillelinjer både m.h.t. sektorer, landegrensener og aktører.

Det ovenstående er en beskrivelse av forandringen fra government til governanse, d.v.s. bevegelsen fra et fokus på formelle politiske og administrative institusjoner til samspill mellom private og offentlige aktører og forskjellige systemer. Skiftet i fokus handler om den generelle utviklingen, økt globalisering, av økonomi og markeder, og ny teknologi, hevder hun. Debatten rundt governance - begrepet har hatt minst 3 utspring;

1. Bekymringen for det ineffektive offentlig byråkrati og reaksjonen i form av NPM som har ført til polysentrisk struktur med mange sentra for ledelse og beslutninger. Den politiske styring er blitt innskrenket.
2. Veksten av internasjonale organisasjoner og avtaler om handel, miljø, og menneskerettigheter etc. Det har medført nye styringsformer som har forandret de nasjonalstatlige institusjoners tidligere dominerende rolle.
3. En stigende anvendelse av viten og nye teknologier for eksempel telekommunikasjon og genetik. Vitenskap er ikke monopolisert, men beveger seg mellom institusjonene uten lojalitetsbånd.

Det skapes en ny form for politikk som opererer innenfor en bredere ramme enn folkevalgte regjeringer og politiske partier, i og med at den kombinerer flere former for makt og kommunikasjon. Governance kan betraktes som heterarkisk i motsetning til hierarkisk noe som understøttes av den økte avhengigheten mellom politikken, rettens, økonomiens og



vitenskapens forskjellige logiker og institusjoner. Faren kan være at prosesser blir ugjennomtrengelige, - gjennomskiktighet er viktig.

Utvidelse av staten i form av velferdsstaten og dens inntog i sosiale sfærer har medført en sløring av for hva staten er og derved også hvor langt statens legitimitet rekker. Statens hierarkisk organisasjonsform avløses av interaktive, grenseoverskridende og nettverksbaserte organiseringer.

Sand har her argumentert for at det har skjedd en grunnleggende forandring m.h.t. statens formål, hvordan den styrer og dermed forholdet mellom stat, samfunn, borgere og de forskjellige sosiale felt i samfunnet. Hun har sett på aktuelle betingelser for offentlig ledelse og på utviklingen de siste hundrede år og sett at den verken forsvinner eller blir mindre, men finner nye former og måter å interagere med resten av samfunnet på. Den offentlige sektor er i stigende grad blitt differensiert og spesialisert. Følgende er blitt en mer kompleks offentlig sektor der forskjellige organisasjoner har mye kontakt med hverandre, også med private aktører og på tvers av tradisjonelle grenser. Viten og erfaring er mer avgjørende enn formelle posisjoner når det skal velges hvem en skal interagere med.

Konsekvensen er at politikk, viten og ledelsesutvikling ofte kombineres på måter som gjør det uklart hva som er argument eller strategi. ”Samfunnsøkonomisk” og ”mer effektivt” brukes ofte i politisk sammenhenger som tilslører begrunning. Grunnleggende betyr det at offentlig ledelse ikke kan skilles fra politikk. Utvikling av grenseoverskridende og hybride organisasjonsformer finner sted som mer omfattende forandringer i de vesteuropeiske velferdsstater, og i en periode med stigende fokus på NPM, markedsøkonomi og globalisering.

Velferdsstatens vekst har ført til at den sentrale utøvende myndighet har gitt fra seg makt til fordel for viten, skjønnsmessige tilføyelser og innføring av lokalt selvstyre, anvendelse av markedsmekanismer og management - teknikker som til sist tilslører statens grenser.

Desentralisert ledelse kan være svaret og problemet. Autonome enheter tildeles en ramme å operere innenfor og en betydelig frihet i hvordan nå mål. Begrunnelse er kostnadseffektivitet. Dette kan framstå som depolitisering da problemer flyttes fra det politiske nivå til virksomhetsnivået. Det er nye betingelser for offentlig forvaltning som må føre til nye vurderinger om hva demokrati og legitim ledelse kan og bør bety (Sand 2004).

Dette viser at styring og ledelse har endret seg, og fortsatt er under endring. For oss understreker dette kompleksiteten av ledelse i sykehus, spesielt i tider med reformer. Sand

peker på at offentlig ledelse ikke kan skilles fra politikk, d.v.s. at valget vårt om å ha fokus på strategisk endringsledelse i denne sammenheng, mener vi er relevant.

### **3.4 Fra government til governance?**

I artikkelen "Ledelsesrommet i managementstaten" fremstiller Dorte Pedersen de endringer som har funnet sted innen det profesjonelle offentlige ledelses rom. Hun analyserer dette i lys av en historisk analysestrategi og tolker utviklingstrekkene i lys av governance perspektivet, dette i motsetning til teori vi vil presentere senere som ser ledelsesutviklingen ut fra NPM perspektivet.

Ved at hun bruker public governance som fortolkningsperspektiv ønsker hun å beskrive offentlig ledelse ved de beslutninger som tas utenfor de formelle politiske institusjoner, men allikevel innenfor rammen av det politiske system, når ansatte (ledere og medarbeidere) tar beslutninger i samspill med politikere og andre. Ledelse blir her derfor ikke definert ved en bestemt formell posisjon eller ved en person (lederen), men ved en bestemt funksjon, nemlig å ta kollektive bindende beslutninger for en gitt enhet som en ledergruppe, en avdeling eller virksomheten. Pedersen snakker om et selvskapt ledelsesrom, uten at det refereres til et bestemt representativt system, men til ansvaret for en enhet eller et ledelsesforhold som setter den politisk meningsdannelse og den lokale organisatoriske kommunikasjon til selvomstilling.

På det diskursive plan settes det fokus på det enkelte service området og etter hvert også den enkelte driftsenhet, dens effektivitet og konkurransevne. Det snakkes også mindre om offentlig sektor som en homogen størrelse, det er den enkelte driftsenhet som er i fokus. Likeså skal det være mulig å vite hva det koster å produsere en gitt offentlig ytelse og resultat og kvalitet skal dokumenteres. Gjennom oppdelingen av offentlig sektor til driftsenheter utvikles det nye styringsidealer som dialog verdiledelse, gjensidige kontrakter og driftsavtaler. Prinsippet bygger på gjensidighet og selvstendig strategisk ansvar for egen driftsenhet fremfor en tradisjonell hierarkisk modell. "Best practice", ved økt kvalitet og resultater og dermed økt konkurranse er måleparametrene. Videre beskriver Pedersen at utvikling av de menneskelige ressurser i organisasjonen får økt fokus. Dette viser seg bl.a. ved at organisasjonsutvikling, lederutvikling og kompetanseutvikling blir avgjørende satsningsområder for å få maksimalt ut av de menneskelige ressursene enheten rår over. Denne satsningen gir i siste instans bedret kvalitet og resultat av offentlige tjeneseter.

Målet med disse nye organisasjonsmodeller og ledelsesformene er at de skal sikre helhetstenkning og et felles ledelsesperspektiv. Dette har ført til at det tradisjonelle

forvaltningshierarkiet er tonet ned i forhold til selvstendige driftsenheter eller virksomheter. Dette viser seg ved at den hierarkiske og fagbyråkratiske organiseringen søkes avløst eller supplert av gjennomgående ledelsesenheter og nettverk. I denne modellen viser det seg at ved fokus på drift, kvalitet og konkurranse stadig utvikles nye styringsteknologier.

Den avgjørende konstitusjonsbetingelser for ledelse er å innordne seg i polycentrisk orden. Styring og ledelse handler ikke om representasjon, myndighet og hierarki slik det tradisjonelle demokratiet forfekter. Men det handler derimot om selvstående, selvorganiserende og flytende enheter i en polycentrisk struktur. I governance litteraturen snakkes det om "differentiated polity", altså at staten har mistet sin enhet. Det er ikke lenger noen "single sovereign authority", hvor samfunnets ledelse må formuleres som et spørsmål om "meta governing" og "selvorganisert nettverksstyring", forstått som institusjonaliseringen av bestemte meningsuniverser og identitetsforestillinger samt "interaction between political and social self – organization" (Rhodes 1997, Pierre 2000, Willke 1993).

Ledelsesrommet hviler ikke på en formell autoritet og den ledelsesmessige autoritet er ikke fastlagt på forhånd og derfor ikke entydig knyttet klassiske politiske institusjoner som regjering, fylker og kommuner og det å treffes kollektive avgjørende beslutninger kan ikke sees i sammenheng med bestemte politiske institusjoner eller til et samlet hegemoni av formelle normer og verdier som begrunner autoriteten. Det gir altså ikke mening å spørre om hvem som har myndighet og makt til hva. Vi må heller spørre om hvordan den profesjonelle offentlige ledelse får "makt til" å kle lederrollen dvs. har transformativ kapasitet eller evne til å sette i verk tiltak. Derfor kan man si at ledelsesrommet i dagens management stat er selvskapt. Dagens ledelse må forankres i organisasjonsmodeller, ledelsesstruktur, rådgivningsfunksjoner, driftsavtaler, resultatkontrakter, virksomhetspolitikk samt et selvstendig ansvar fore drift, personalet og planlegging av virksomheten.

Det karakteristiske ved det strategiske lederskap er å gjøre det mulig for den profesjonelle offentlige ledelse å prioritere, avveie og koble sammen virksomheten. Ledelse er altså noe polyfont. Lederskapet må baseres på flere ulike utgangspunkt og likestilte verdier, da det ikke er mulig å presentere et felles verdigrunnlag eller retningslinjer for det strategiske lederskap. Lederskapets stabilitet og utstrekning er derfor avhengig av at ledelsen formulerer visjoner og forestillinger, som gjør det mulig å koordinere og bedømme ulike strategiske verdier og hensyn.

Ledelsesrelasjonene:

Her blir det sentrale at ledelse koordineres ved å ansvarliggjøre aktørene gjennom strategisk kommunikasjon. Grunnvilkårene for ledelsesrelasjonene i dagens managementstat beskriver Pedersen som forhandlende ledelse, ved å fokusere på autonomi og i stor utstrekning

selvledelse. Forhandlende ledelse blir derfor et spørsmål om å kunne inntre i rollen som leder og derigjennom skape seg posisjon som gir handlingsdom, gjennom å utvikle strategiske forhandlingsrelasjoner som taktisk involverer både medspillere og motspillere i fremtidig utvikling for organisasjonen. Slike ledelsesrelasjoner kan utvikles gjennom dialog, forhandlinger og et gjensidig forhold. Pedersen peker på tre hovedutfordringer i forhold til utviklingen eller hvor vellykket public governance er.

1. *Selvskapelse innebærer*, at betingelsene for etablering og opprettholdelse av ledelsesposisjoner ikke er grunnlagt i formelt tildelt autoritet eller kompetanse. Men det er noe som må erobres gjennom initiativ, meningsdannelse og beslutningsdyktighet.
2. *Polyfoni innebærer*, at betingelsene for å fortsette lederskapet ikke har utgangspunkt i lojalitet ovenfor en bestemt politisk autoritets verdigrunnlag eller en bestemt profesjon. Men gjennom å skape mening og horisont som avspeiler helheten, samt dokumentere og effektivere sine beslutninger.
3. Forhandlende ledelse innebærer at betingelsene for utvikling av ledelsesposisjoner ikke springer ut ved å adlyde ordre eller normer fra andre. Men ved å skape seg en selvstendig retorikk og handlingsrom som bakgrunnteppe for å utvikle/drive sitt lederskap

Vi ser flere likhetstrekk i Pedersens fortolkning av utvikling innen offentlig ledelse generelt og utviklingen i spesialisthelsetjenesten etter reformen. Her tenker vi på ”oppdeling ” av foretakene til egne rettssubjekter og benchmarking av kvalitet, effektivitet, behandlingstid og en økt erkjennelse av at det ikke minst er de menneskelige ressursene som utfører de kvalitative gode helsetjenester. I tillegg utgjør lønnskostnadene til de ansatte innen spesialisthelsetjenesten ca. 70 % av de samlede utgiftene for tjenesten. Med bakgrunn i dette er det særdeles viktig å ”spille på lag” med de ansatte i organisasjonen også på tvers av det tradisjonelle hierarkiet, for eksempel gjennom deres fagorganisasjoner eller vernetjenesten i. Slik at alle i organisasjonen har klare ledertråder og jobber mot de samme mål ut fra sitt ståsted.

### **3.5 Strategisk endringsledelse**

Vi sa innledningsvis i avhandlingen at i tider med store endringsprosesser som reformer representerer, er god ledelse et sentralt tema. Sentralt for at endringene som er planlagt faktisk skal bli implementert, men også fordi organisasjonsendringer er komplekse og krevende prosesser. Hvordan ledelse av prosessene skal skje, sies det lite om og vi stiller oss spørrende

til om lederne opplever at de har den kompetansen de trenger for å lede prosessene. Vi er gjennom MPA-studiet blitt kjent med ulike ledelsesmodeller og vi støtter oss først og fremst til litteraturen fra Busch et al som har utviklet en konseptuell ledelsesmodell og beskriver strategisk endringsledelse. Men også til Bolman & Deal`s forståelse av organisasjoner. De beskriver fire rammer, der vi mener at den politiske rammen står sentralt i ledelse av reformprosesser. Dette fordi det handler om å takle maktbruk og konflikter som må forventes i store omstillingsprosesser, men også å forstå behovet for å bygge koalisjoner, og være forberedt på at mål og beslutninger vokser fram gjennom kjøpslåing, forhandlinger og posisjonskamp mellom de ulike interessentgruppene.

Politiske endringsstrategier mener vi imidlertid ikke er nok, vi må også se på hva som skal til for at ansatte i organisasjoner skal være villige til å arbeide mot felles mål. Å forstå og håndtere samspillet mellom mennesker, hva som fremmer motivasjon og utvikler den enkelte og gruppen, er vesentlig. Dette belyser vi ved å bringe inn teori om atferdsmessige endringsstrategier. Denne strategien gir også plass til emosjonelle forhold hos den enkelte aktør og gruppen; emosjonenes viktige rolle for den energi aktørene bringer inn i organisasjonen.

Til slutt i kapittelet tar vi inn Busch et al`s strategi om ledelse av radikale endringer som vi mener reformer er. De har kommet til en ny modell; forekomstmodellen. Modellen innbefatter endringsledelse i et integrert perspektiv, en normativ modell som søker å forstå interne og eksterne endringskrefter og samtidig forstå hvordan en som leder kan sikre den nødvendige tilpasning og styrke den ønskede utvikling av virksomheten.

### **3.5.1 Endringsledelse**

Busch et al hevder at organisasjonsendringer representerer komplekse prosesser og at det er nødvendig med et bredt utgangspunkt for å sikre seg den nødvendige innsikt som endringsledelse krever. Det innebærer villighet til å utfordre den dominerende rasjonalitetsforestillingen i vårt samfunn. Rasjonalistiske perspektiver vil alltid stå sentralt, men det må ses sammen med andre forklaringsmodeller for bedre å forstå kompleksiteten og styrbarheten av endringsprosesser. De hevder videre at organisatoriske endringer må sees i et strategisk perspektiv, og at endringsprosesser i omgivelsene i stor grad vil prege interne prosesser.

Som vi har sagt innledningsvis forstår vi endringsledelse som ledelsesmessige grep for å sikre organisasjonens eksistensberettigelse gjennom nødvendig tilpasning og ønsket utvikling. Dette innebærer at vi setter endringsledelse i et strategisk perspektiv.

Endringsledelse har hovedfokus på relasjonen mellom organisasjonen og dens omgivelser. Begrepet utviklingsledelse brukes ofte synonymt med endringsledelse som er ledelsesaktiviteter som tar sikte på å utvikle foretakets eksistensgrunnlag.

Innen endringsledelse er det ulike handlings- og endringsperspektiver som bygger på ulike årsaks- og virkningssammenhenger. Det slås fast at organisasjoner er komplekse og at endringsprosesser kan være påvirket av en rekke forhold.

Makroomgivelser er samfunnets rammebetingelser; politikk, økonomi, teknologi, sosiokulturelle, miljømessige og legale forhold. Vi står overfor 3 megatrender i dagens samfunn: globalisering, miljøet og endring i familiestrukturer. Hurtige samfunnsmessige endringer stiller krav til endringsevne og ledelse. Framtidas ledere må håndtere globaliseringen, digitalisering, endringer og kaos.

Ledelse er av E. Johnsen definert som et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. Det er flere typer mål som skal ivaretas for at ledelsen i en organisasjon skal fungere og for å oppfylle interessentenes behov for belønning; her nevnes driftsmål, tilpasningsmål og utviklingsmål. For at samspill og ledelse skal fungere tilfredsstillende, må det utvikles et felles språk tilpasset ledelsesutfordringene; her nevnes beslutningsspråk, atferdsspråk og systemspråk. Ifølge E. Johnsen er meningsskapning et sentralt element i ledelse, å skape en interaksjon med medarbeiderne for felles visjon og mål for organisasjonen. Videre å skape forståelse og aksept for visjon, mål og midler.

Ledelse er en selvstendig funksjon som må ivaretas i enhver organisasjon. Det skilles mellom ledelse og det å lede andre mennesker. I dag er det viktigere å lede sammen med enn gjennom andre. Det skilles på lederatferd og lederens atferd. Formelle ledere har ansvar for at ledelsesprosessen fungerer. Ledelsesprosessen som samspillprosess består av 6 komponenter; mål, problemløsning, språkskapning, den enkelte leder, gruppen som subsystem og organisasjonen som totalsystem.

Når vi i det videre snakker om ledelse er det med fokus på lederatferd der samspill har en sentral betydning. Alle som engasjerer seg i det vi definerer som ledelse; målformulering, problemløsning og språkskapning knyttet til organisasjonens utvikling, knyttes dermed også til ledelsesfunksjonen.

Med utgangspunkt i det vi nå har sagt, bringer vi inn en konseptuell modell for endringsledelse. Den er inndelt i 4 delsystemer:

1. Koalisjonssystemet som representere sammensetningen av organisasjonens interessenter. Gjennom avtaler konstituerer de organisasjonen, derfor er det et politisk system.
2. Ledelsessystemet som er utviklet for å sette mål for de tre andre systemene og representerer all atferd som er rettet mot å utvikle og oppfylle kontrakter med interessentene. Fokuset er på ledelsesfunksjonen. Prosessene mellom delsystemene er av stor viktighet. Endringer vil påvirke alle systemene og gjennom en gjensidig avhengighet av hverandre danner de et komplekst mønster av endringsprosesser i organisasjonen. Her nevnes verdiutviklingsprosessen, profesjonaliseringsprosessen, koordineringsprosessen, den politiske prosessen, bidrag- og belønningsprosessen og ledelsesutviklingsprosessen. Endringsledelse innebærer arbeid med alle disse prosessene.
3. Atferdssystemet er summen av den individuelle atferden som utøves av de mennesker som er involvert i organisasjonen. Her nevnes kunnskap, motivasjon, følelser, verdier og normer som bringes inn fra interne og eksterne interessenter. Et system vil derfor aldri bli helt rasjonelt.
4. Transformasjonssystemet er de prosesser som bidrar til å transformere bidrag eller belønninger. Til det trengs teknologi, struktur og kunnskap.

Vi ønsker å bruke modellen fordi den skaper forenkling og oversikt og hvordan enkelte systemer er koblet sammen. Samtidig som at den gir et bilde av hvor kompleks endringsprosesser er (Busch et al 2007).

### **3.5.2 Politiske endringsstrategier**

Politiske endringsstrategier bygger på en forstilling om at ulike interessentgrupper er representert i en organisasjon, og at de vil forsøke å ivareta sine interesser i.f.m. endringer. Strategien er derfor knyttet til konflikter og bruk av makt.

Politiske endringsstrategier er svært tydelig innenfor politiske institusjoner. Konflikter spilles ut i media, det er kamp om velgerne og de som vinner har mulighet til å bruke makt for å fremme sin politikk. Strategien kan brukes i alle organisasjoner, alene eller i kombinasjon med andre. Politiske strategier er primært knyttet til koalisjonssystemet med mål om å påvirke maktfordeling, beslutninger og forhandlinger. En politisk strategi kan brukes for å legge grunnlaget for en strukturell endring eller en endring i atferdssystemet. Politiske endringsstrategier setter fokus på makt og ressursfordeling, organisasjonen betraktes som et åpent konfliktuelt system, den prinsipielle løsningsteknikken er endring av kontrollstrukturer.

Alle interessentene kan fungere som endringsagenter, og endringsprosessen er preget av forhandlinger og alliansedannelser.

Den politiske strategien bygger på Bolman & Deals syn (jfr. den politiske rammen) på organisasjoner som en koalisjon, der det er varige forskjeller, det er knappe ressurser, konflikter og makt er sentralt, det er kjøpslåing, forhandlinger og kamp om posisjoner.

For å skape en maktbase må det foretas en interessentanalyse. Sentralt i interessentmodellen er at interessentene overfører sine bidrag til organisasjonen og mottar belønninger i retur. Belønningene må være betydelige nok. Interessentmodellen skiller ikke mellom grupper som befinner seg innenfor eller utenfor organisasjonen. Dersom interessentene er misfornøyde med belønningene vil de være på utkikk etter andre koalisjoner, dette kan skape ustabilitet og hurtig utskifting blant interessentene. Derfor vil organisasjoner forsøke å gjøre interessenter fornøyde. Virkemidler for stabilitet er bl.a. høy nok lønn. To vurderinger for å gjennomføre en interessentanalyse:

- Hvem er interessentene?
- Hvilke sider av endringer er de opptatt av?

Deretter må det foretas en maktanalyse for å avklare hvilke maktkilder interessentene har tilgang på. Makt som begrep har bare mening når en analyserer forholdet mellom minst 2 parter. Definisjon av maktbegrepet beskrives som komplekst og har mange sider.

Autoritet oppstår når makt blir legitimt, d.v.s. at makt er legitimt i gitte situasjoner. Det er viktig å kjenne til hvilke maktkilde den enkelte kan utøve. Bolman & Deal skiller mellom 8 typer: posisjonsmakt, argumentasjonsmakt, kontroll over belønninger, makt gjennom tvangsmidler, allianser og nettverk, tilgang til og kontroll over agendaen, makt over fortolkningsrammer og personlig makt. Når vi setter ulike maktkilder opp mot hverandre, er det ikke lett å trekke konklusjoner, analyser er derfor krevende.

Busch et al skiller mellom 3 maktstrategier av ulik karakter, og de er knyttet til ulike maktkilder:

**1. Bruk av direkte makt:** Denne makten er mest synlig og knyttes til beslutning men også hele beslutningsprosessen. I forbindelse med endringer er det viktig å definere beslutningsprosesser fordi de åpner for forskjellige former for makt. Beslutningsprosessenes viktige faser kan være;

- problembeskrivelse, her vil posisjonsmakten stå sentralt, men også argumentasjonsmakt.
- søking etter alternativer, her er argumentasjonsmakt sentral, men åpner for skjult makt.



- analyse av mulige konsekvenser, argumentasjonsmakt, også her er det åpent for skjult makt.
  - valg av beslutning, politiske strategier kan brukes av alle og ulike maktkilder er aktuell.

**2. Bruk av indirekte makt:** Direkte makt har en snever definisjon og fanger ikke opp mindre synlig maktbruk. Ved bruk av direkte makt kommer motsetningene på bordet, den er lett å forholde seg til. Ulempen kan være at den hemmer den videre endringsprosess. Indirekte makt kan kompensere for dette og redusere konfliktene. Indirekte makt har 2 hovedformer:

a) Et filter mellom opplevde problemer og beslutningsprosessen. Dette fører til at problemer ikke blir forsøkt løst. Problemer må prioriteres; hva er overordnet fokus? Hvor stor problemløsningskapasitet? De viktigste maktkilder er kontroll over agendaen, posisjons- og argumentasjonsmakt.

b) Et filter mellom beslutningsprosessen og implementering. Dette fører til at beslutninger ikke blir satt ut i live. Offentlig sektor kan skaffe seg legitimitet gjennom snakk, beslutning og handling. Implementeringsprosessen kan være vanskelig og en snakker om løse koblinger. Dette bryter forestillinger om at organisasjoner er under styring. En av årsakene kan være bruk av indirekte makt. Eks. skjult omkamp og prinsipal-agent-teori. Blokkering av implementeringsprosessen kan lett bevege seg i etisk gråsoner. Viktigste maktkilde er argumentasjonsmakt.

**3. Bruk av bevissthetskontrollerende makt:** Denne maktkilden er mest usynlig og er rettet mot virkelighetsoppfatningen til interessentene slik at de ikke ser sine reelle interesser. Det blir en kamp om virkelighetsbeskrivelser, og for å se hvordan makt utøves.

Når interessenter har ulike mål, det er knappe ressurser, er løsningen med direkte makt, dårlig. Forhandlinger er å foretrekke. Ofte dreier det seg om ulik situasjonsopplevelse og ulike mål for forhandlinger som må justeres underveis. Vi nevner at det finnes en rekke forhandlingsstrategier bl.a. samarbeidsstrategi hvis det er viktig å ta vare på relasjonen. Mål å komme inn i en vinn – vinn - situasjon.

Det største problemet med politiske endringsstrategier er svak legitimitet. Bruk av makt for å gjennomføre endring er lite akseptert, spesielt skjult makt. En del av makten er institusjonalisert og akseptert, f.eks beslutningsmyndighet og argumentasjonsmakt. Etikk i.f.m. makt er viktig å være oppmerksom på, Bolman & Deal snakker om 4 prinsipper som grunnlag for etiske prinsipper:

1. Gjensidig forståelse av spilleregler
2. Den moralske oppførsel er generaliserbar.
3. Er taktikker og strategier åpne?
4. Tas det tilstrekkelig hensyn.

Det finnes taktikker som lett kommer i en gråsoner (for å si det mildt) opp mot disse prinsipper: Løgn, overdrivelser, villedning, styrking av egen makt, svekke den andre parts makt, fortielse og distraksjon. Her knyttes makt og etikk sammen og det gir politisk endringsstrategier svak legitimitet. Gjensidige spilleregler er viktig.

### **3.5.3 Atferdsmessige endringsstrategier**

Atferdsmessige endringsstrategier er primært rettet mot atferdssystemet og knyttes til læringsprosesser og endring av den enkeltes atferd. Mest framtrædende svakheter ved disse strategier er manglende forståelse for makt som en viktig ressurs og betydningen av transformasjonssystemets atferdskontrollerende funksjon.

Særpreg ved atferdsmessige endringsstrategier:

- 1 Fokus settes på læring og innovasjon.
- 2 Organisasjonen betraktes som et åpent, sosialt system
- 3 Den prinsipielle løsningsteknikken er etablert av læringsprosesser.
- 4 Ledere og prosesskonsulenter fungerer som endringsagenter.
- 5 Endringsprosessen har fokus på kultur, identitet og atferdsendringer.

Ledelse av atferdssystemet krever at atferdsspråkene beherskes): psykologi, sosialpsykologi og organisasjonsteori.

Endringsstrategienes hovedfokus er motivasjonen, den kan knyttes til behovsstrukturen, til kognitive egenskaper og til emosjonelle egenskaper. Busch et al (2007) kobler dette sammen, til individets personlige stil. Det kreves dyp innsikt i hva som påvirker de ulike menneskelige egenskaper.

For å utvikle læring må individene i en organisasjon settes i en kontekst som utfordrer tilvante forestillinger.

Organisasjonsutvikling (OU) er svar på planlagte forsøk på å gjøre organisasjonen mer effektiv i møtet med omgivelsene. OU er rettet mot prosesser som viser handling og samhandling, ikke strukturer og systemer. Aksjonsforskning og aksjonslæring rettes mot endringer i praksis og utvikle kunnskap om endringsprosessen. Det er spesielt egnet i

situasjoner der det ønskes større forståelse for forsvarsmekanismer som opprettholder uønsket praksis og hindrer læring. Det finnes ulike tradisjoner for aksjonslæringstilnærming, her nevnes ”Action Reflection Learning” som forener handling, refleksjon og knytter det til viten og forskning.

Lederutfordringen er prosesser som bærer i seg noe nytt og noe som skal destrueres. Det nevnes 3 typer endring;

- a) hurtige, revolusjonerende og omfattende
- b) endring i en avgrenset del av organisasjonen
- c) en gradvis men omfattende omskaping

Endringer skjer via symboler, ritualer, språk og historier, for å skape fellesskapsfølelse, og det tar tid. Det må skje i koalisjonssystemet, transformasjonssystemet og ledelsessystemet. Mål er å sette spørsmålsteget ved grunnleggende antakelser i organisasjonen. I følge Schein kan ledelsen påvirke utvikling av kulturendring ved å sørge for samsvar mellom fokus, styring, kontroll, atferd og belønning/straff. Subkulturer kan betraktes som nødvendig for å skape et sunt mangfold og konflikter, men subkulturkonflikter kan også bli splittende.

Mål for teamutvikling er å øke følsomheten for de sosiale prosesser som er i teamet og øke de mellommenneskelige ferdigheter for den enkelte, økt effektivitet også å øke tilpasningen til organisasjonen. Viktige elementer for å lage et vinnerteam er et hensiktsmessig antall, komplementære ferdigheter, felles formål, spesifikke mål, enighet om arbeidsform og gjensidig ansvarlighet.

Når det gjelder utvikling av motivasjonelle egenskaper på individnivå, er det er 3 kritiske komponenter; retning, anstrengelse og utholdenhet. Ledelsen bygger belønningsstruktur ut fra kunnskaper om hva som motiverer mennesker for å sikre at det jobbes mot organisasjonens mål. Grunnlaget finner vi i interessentmodellen. Vi motiveres av ulike faktorer, endringsledelse forutsetter god oversikt over interessentenes insentivstruktur. Lysten til å lykkes og angsten for å mislykkes kan sies å være latente egenskaper for å prestere. I tillegg til prestasjonsbehovet er maktbehovet sentral i forståelsen av lederatferd. Dyktige ledere synes å være karakterisert av maktorientering samtidig med høy makthemming. Innen nyere personalledelse har oppmerksomheten flyttet seg fra menneskelige behov til resultat av atferd, her nevnes 3 modeller som håndterer motivasjon; High-performance management, high-commitment management og high-involvement management. Dette er ulike modeller som peker på hvordan en skal øke energien i den sosiale organisme gjennom å ivareta et klart resultatfokus.

Kunnskap, evner, ferdigheter og holdninger må trenes, foredles og nyutvikles, lederen må ha dobbelt sett med kunnskaper og ferdigheter, både å kjenne til innholdssiden og prosessiden. I tillegg til å kjenne virksomhetens fagområde trengs ledelseskompetanse for å gjøre nødvendig endringsarbeidet profesjonelt nok.

Endringsarbeidet bygger på kunnskap om individuell læringsteori- behaviorismen. Kognitiv læringsteori- for å forstå de mentale prosessene som styrer etablering, organisering og gjenfinning av kunnskap. Kunnskap som består av fakta vi har lært, av regler, prinsipper og strategier som benyttes i læringsprosessen. Når vi går inn i en læringssituasjon, vil vi ta med oss tidligere lærdom, vi henter fram et mentalt kart som setter oss i stand til å forstå en ny situasjon. Sosial læringsteori fokuserer spesielt på sammenhengen mellom kunnskap og atferd. Det er 3 forhold som påvirker overgangen fra kunnskap til atferd; ferdigheter, motivasjon og subjektive mestringsevner. Den siste har stor betydning for i hvilken grad vi omsetter våre kunnskaper i praktisk handling og som igjen gir erfaring og ny læring.

Endringsarbeidet bygger på kunnskap om organisasjonslæring. Det er individene som lærer, men det meste skjer sammen med andre. I begrepet ”Den lærende organisasjon” pekes det på medarbeidere som gjennom dialog utvikler lik kunnskap og erfaring. Utvikling av kunnskap er ikke bare stabling av fakta men en menneskelig prosess som ikke lar seg kopiere, det er også en form for omsorg. Litteraturen snakker mye om den tause kunnskap, Busch et al peker på 2 former; den ene oppstår under ferdighetstrening, for eksempel sykepleieres håndlag, den andre er skillett mellom bruksteori og uttrykt teori. Til det siste er det viktig å gjøre kunnskapen eksplisitt.

Emosjoner er nødvendigvis ikke hensiktsmessig, de kan forekomme til feil tid, feil sted og med feil styrke. Men de kan for eksempel ha en energidrivende kraft.

Psykologisk forsvar på individnivå er i enkelte tilfelle viktig å ha innsikt i. Hovedoppgaven for det psykologiske forsvaret er å bevare aktørens selvbylde og selvfølelse. Kriser og konflikter (som ofte er forbundet med endringer) utgjør en trussel mot selvbylde. Selvbylde er individets antakelser om seg selv, selvfølelse er dets evaluering av seg selv, mens identitet er den definisjonen en gir av seg selv. En viktig side ved identitet er ønsket om en god selvfølelse. Den kan deles i 2; selvforsterking og selvbeskyttelse. Møte med trusler og kriser aktiverer alles forsvar, det er nær sammenheng mellom hvor godt personlighetsbyggverket er og hvordan forsvaret fungerer. Alle regrederer, hvor mye og omfattende er avhengig av den psykologiske avtrappingen.

Organisatoriske forsvarsrutiner er en av de viktigste barrierene for læring. De kan vise seg som policyer, praksiser og handlinger som skjermes aktørene for ubehag. Grupper håndterer

emosjoner på 2 måter, verbalisering og dramatisering. Den funksjonelle måten er verbalisering, å sette ord på emosjonene åpner for utvikling.

Utvikling av kommunikative egenskaper, det vil si motivasjonelle, kognitive og emosjonelle egenskaper vil til en viss grad være overlappende og danner i fellesskap grunnlaget for individets personlighet. Kommunikative egenskaper er en viktig dimensjon.

### **3.5.4 Strategi for ledelse av radikale endringer**

En strategisk endringsprosess omfatter prosessen fra å analysere de strategiske utfordringene, formulere strategiske mål, ta strategiske beslutninger til å iverksette strategiske initiativer som omsetter strategiske planer til handling.

Ved å kombinere overblikk med tilbakeblikk vil organisasjonen fremstå i et historisk perspektiv og ut fra dette vil vi se hvordan organisasjonen skal se ut i fremtiden. Hvis innblikk og tilbakeblikk kombineres vil vi fokusere på organisasjonens eksistensgrunnlag og strategiske posisjon, og dermed få et bilde av hvordan organisasjonen skal bevege seg fra nå situasjon til en ønsket fremtidig situasjon.

Vi benytter den strategiske grunnmodellen i dette:

1. Hvem er vi?
2. Hva er vår misjon og nåværende strategiske posisjon?
3. Hva er vår visjon og ønsket strategiske posisjon?
4. Hva er våre endringsstrategier og strategiske initiativer?

Det første spørsmålet er rettet mot å fremskaffe et overblikk over alle sider av organisasjonen, koalisjonssystemet, atferdssystemet, transformasjonssystemet og ledelsessystemet, samt alle de prosesser som knytter disse systemene sammen (Den konseptuelle foretaksmodellen).

Dette er definert som organisasjonens endringskraft, d.v.s. organisasjonens evne og vilje til å iverksette endringsprosesser.

Det andre spørsmålet er knyttet til en dypt gående analyse (innblikk) av forholdet til organisasjonens interessenter. Med misjon menes organisasjonens eksistensberettigelse. I tillegg vil det bli gjort en analyse av den strategiske posisjonen, noe som medfører en identifisering og analyse av de viktigste strategiske konkurrentene. Det fokuseres både på harmoni og konfliktområder, dette vil gi grunnlag for vurdering av strategiske utviklingsmuligheter.

Det tredje spørsmålet handler om fremtiden og skal frembringe et bilde av organisasjonens visjon, dette innbefatter alle de fire del systemene i organisasjonen. Dette spørsmålet skal lede fram til en beslutning om strategisk retning med bakgrunn i de forutgående analyser.

Det fjerde spørsmålet har å gjøre med hvilke endringsprosesser som må iverksettes for å realisere visjonen og dermed gripe det inn i alle fire del systemer i organisasjonen (endringsledelse i et strategisk perspektiv). Det kan dreie seg om endring av strategiske mål og midler, de må også konkretiseres i prosjekter på kort og lang sikt. (Busch et al. 2007)

Busch et al har med bakgrunn i den konseptuelle foretaksmodellen, de ulike strategiene for endringsledelse og empiriske studier, utviklet en modell for ledelse av radikale endringer som de kaller forekomstmodellen. Det er en modell som gir normative anvisninger på hvordan radikale organisasjonsendringer kan forekomme eller inntreffe.

Vi har definert en reform som omdanning, nydanning (samfunns-)forbedring, og setter det i sammenheng med radikale endringer. Jfr. omtalen av sykehusreformen som en av de største reformene som noen gang har funnet sted i norsk samfunnsliv. (Resultatevaluering av sykehusreformen, 2007)

Med bakgrunn i dette finner vi forekomstmodellen relevant i denne sammenheng. Busch et al mener at ledelse av radikale organisasjonsendringer krever et klart syn, forståelse, aksept og forpliktelse blant foretakets nøkkelinteressenter m.h.t. den visjon og strategier som skal følges. Det kreves mobilisering av nøkkelinteressenter i koalisjonssystemet. De peker på at en rekke forutsetninger må være tilstede.

En må ta hensyn til institusjonelle og markedsmessige omgivelser, det eksisterende organisasjonsparadigmet, den eksisterende organisasjonskulturen og de eksisterende handlingsteoriene. De ledelsesmessige grepene som kan gjøres i denne modellen er mobilisering av koalisjonssystemet, styrking av ledelsessystemet, fornyelse av det organisatoriske atferdssystemet og restrukturering av transformasjonssystemet. Det pekes videre på at ledelse av radikale endringer er krevende, en kompleksitet der lederen er endringsagent og må kunne håndtere strategisk analyse/syntese - prosesser, politisk ledelsesprosesser og innovative ledelsesprosesser.

Implementering av en ny organisasjonsoppskrift (som for eksempel sykehusreformen), vil være avhengig av krav til og bidrag fra interessenter, indre og ytre omgivelser, topplederens egenskaper, i det menes også hans evne til å ivareta rollen sin.

Forfatterne peker på at de har funnet fire faser i en radikal organisasjonsendring.

1. Eksponerings og erkjennelsesfasen kjennetegnes ved at foretaket blir eksponert for press for radikale organisasjonsendringer. Presset blir erkjent, sentrale problemstillinger og utfordringer må identifiseres. En justering av hva er vår misjon og hva er vårt eksistensgrunnlag, gitt det nye grunnlaget, tas her. For å mobilisere koalisjonssystemet må lederrollen som utviklingsfilosof og strategikonsulent ivaretas. Interessent- og maktanalyse gjøres i denne fasen for å avklare hva er vår misjon og visjon, forskjell på nåværende og ønsket tilstand. Det er også viktig å kartlegge harmonifelt og konfliktfelt i forhold til det nye, og å foreta en analyse av potensiell energi for radikal endring. I denne fasen er god kommunikasjon med interessentene med tanke på å skape energi, en av de viktigste momentene, men også det å skape en maktbase, være villig til å føre en kamp om hvilke meninger og holdninger som skal råde. Gjennom kommunikasjon med deltakelse og involvering fra nøkkelinteressentene skapes troverdighet, innlevelse og støtte til endring.
2. Klargjøringsfasen; her er nøkkelinteressentene identifisert, deres krav, forventninger og bidrag til endringsprosessen. I dette også klargjøring av harmoni- konfliktfelt og maktbasen for å gjennomføre radikale organisasjonsendringer. Det er viktig å styrke ledelsessystemet på alle nivå for å sikre tilstrekkelig handlingskapasitet. Det bør være lederteam på alle nivå og for eksempel aktivt bruke seniorer for å skape lærende system. En ny misjon kan føre til store endringer i foretakets lederatferd som igjen påvirker andre system, som transformasjonssystemet. Energiskapning stiller krav til karismatisk ledelse. Det dreier seg bl.a. om å skape et bilde for framtida som folk kan identifisere seg med, og som kan skape begeistring. I det ligger at lederen selv må være begeistret for endringen, og at denne blir demonstrert. I denne fasen må det legges til rette for at gjennomføring kan skje; nødvendige ressurser er tilstede, i det også en forankring i et ledelsessystem. Instrumentelt lederskap er en annen type ledelse som trengs, det å skape strukturer, kontroll og belønning for å oppnå ønsket atferd for å nå mål. Det må brukes tid på målformuleringer, etablere standarder og definere roller bl.a.
3. Omdanningsfasen; her skjer ledelse av omdanningen fra en tilstand til en ny. Radikale organisasjonsendringer kan skje gjennom ledelse, læring og tvang, evt. i en kombinasjon. Når det gjelder atferdssystemet, vil læringsprosessene være sentrale. Endringene kan være et angrep på eksisterende bruksteorier, det stilles krav til dobbeltkretslæring. Prosessen med å avdekke eksisterende, ubevisste bruksteorier er vanskelig, det kan være en fare at den stopper opp og dermed miste muligheten til dobbeltkretslæring. De mål og strategier som er må veies opp mot hva som skal til i ny situasjon. Forskjellene må synliggjøres. Her er det viktig å skape en åpen diskusjon, å få til en meningsskapende prosess med tanke på å utvikle nye, hensiktsmessige

bruksteorier. Det er vesentlig med medinnflytelse for de ansatte, at de føler en viss kontroll over situasjonen, dette med mål om å nå en gjensidig forståelse og oppnå en dypere erkjennelse om framtidig endringer. Å utvikle handlingsstrategier for å få til nødvendig endring med bred deltakelse, bidrar til å skape forpliktelse for alle som deltar. I denne fasen vektlegges også bevisstheten om den språk skapende prosessen; hvordan for eksempel ledelsen omtaler forandingsprosessen. Språket er viktig som kulturbærer og forsterker endringer i organisasjonskulturen. Forandringer i transformasjonssystemet er mer synlig og dreier seg om den fysiske infrastrukturen, transformasjonsprosessen, teknologien og organisasjonsstrukturen. Endringer her er synlige, det er viktig å ta hensyn til legitimitet og effektivitet. Dersom forandringene ikke aksepteres blant interessentene, kan det bli iverksatt prosesser som ledelsen får problemer med å håndtere. Det er viktig at endringer evalueres og vurderes opp mot intensjonene, at de må ha ført til bedre effektivitet, kvalitet eller produktivitet. Fungerer ikke endringene, bør de videreutvikles.

4. Stabiliseringsfasen, her blir endringen fryst/stabilisert. Lederrollen kalles her feltherre, han skal implementere og etablere forbindelsene mellom mobilisering, implementering og stabilisering. Videre skal han gjennomføre den løpende strategiske utviklingsprosessen. Denne rollen er viktig for å få til innovasjon i atferds- og transformasjonssystemet. I radikale endringsprosesser må man veie innovasjon og omdanning opp mot kontinuitet. Kontinuitet gir ansatte en følelse av sikkerhet og stabilitet, de unngår å bruke energi på usikkerhet og angst i endringsprosessen. Samtidig må de gjennom visjoner bli trukket i retning av endret misjon med endrete felles mål. Ved å sørge for å gjøre dette i åpenhet kan ledelsen overvinne organisatoriske forsvarsrutiner. Gjennom felles meningsskapning må aktørene settes i stand til å reflektere og lære hvordan foretaket endrer seg for å bli mer funksjonelt. Det er en viktig at ledelsen sørger for en kontinuitet, innovasjon og omdanning i både i atferds- og transformasjonssystemet. For å gjennomføre en ledet, radikal organisasjonsendring trengs styrking av ledelsessystemet. Legitimering er viktig og organisasjonsendring kan ikke gjennomføres uten at det tas hensyn til. I en endringsprosess anbefales det bl.a. å ivareta kontinuitet for å opprettholde tillit og troverdighet. Dyktig ledelse av legitimitet krever kunnskap og tilgang på flere teknikker. Det kreves at ledelsen står sammen, kommuniserer det samme og velger bevisst å bearbeide omgivelsene som vil støtte organisasjonsendringene.

Endringsledelse i et integrert perspektiv tar utgangspunkt i den konseptuelle foretaksmodellen. Busch et al har utviklet en normativ modell for ledelse av radikale endringer, forekomstmodellen. Den legger vekt på at strategi må omhandle mobilisering av koalisjonssystemet, styrking av ledelsessystemet, fornyelse av atferdssystemet og



restrukturering av transformasjonssystemet. Ledelse av reformer omfatter strategisk ledelse, politisk ledelse og innovasjonsledelse gjennom fire ulike faser som vi har beskrevet ovenfor. Vi har valgt å presentere denne modellen fordi den representerer teori vi mener er grunnleggende viktig når vi snakker om store endringer som reformer er.

### **3.5.5 En oppsummerende refleksjon om strategisk endringsledelse**

Innledningsvis til dette kapittelet sa vi at i tider med store endringsprosesser som reformer representerer, er god ledelse et sentralt tema. Dette fordi organisasjonsendringer er komplekse og krevende prosesser, men også for at endringene som er planlagt faktisk skal bli implementert. Hvordan dette skal skje, sies det lite om og vi har stilt oss spørrende til om lederne opplever at de har den kompetansen som trengs. Gjennom MPA-studiet er vi blitt kjent med ulike ledelsesmodeller og vi har i dette kapittelet først og fremst støttet oss til Busch at al som har utviklet en konseptuell ledelsesmodell og beskriver strategisk endringsledelse. Men også til Bolman & Deal`s forståelse av organisasjoner. Vi har sett på deres fire rammer, der vi mener at den politiske rammen står sentralt i ledelse av reformprosesser. Dette fordi det handler om å takle maktbruk og konflikter som må forventes i store omstillingsprosesser, men også å forstå behovet for å bygge koalisjoner, og være forberedt på at mål og beslutninger vokser fram gjennom kjøpslåing, forhandlinger og posisjonskamp mellom de ulike interessentgruppene.

Politiske endringsstrategier er ikke er nok, vi har derfor også sett på hva som skal til for at ansatte i organisasjoner skal være villige til å arbeide mot felles mål. Å forstå og håndtere samspillet mellom mennesker, hva som fremmer motivasjon og utvikler den enkelte og gruppen, er vesentlig. Vi har derfor tatt inn teori om atferdsmessige endringsstrategier. Denne strategien gir plass til emosjonelle forhold hos den enkelte aktør og gruppen, emosjonene har en viktig rolle for den energi aktørene bringer inn i organisasjonen.

Vektlagt i kapittelet er Busch et al`s strategi om ledelse av radikale endringer, som reformer er. Vi har presentert deres nye modell; forekomstmodellen. Modellen innbefatter endringsledelse i et integrert perspektiv, en normativ modell som søker å forstå interne og eksterne endringskrefter og samtidig forstå hvordan en som leder kan sikre den nødvendige tilpasning og styrke den ønskede utvikling av virksomheten.

### 3.6 Økonomistyring

I dette kapitlet vil sette søkerlyset på endringene som har funnet sted i forhold til økonomistyringen og finansieringen av spesialisthelsetjenesten før og etter foretaksreformen i 2002. Videre vil vi definere begrepet New Public Management (NPM), og presentere teori vi har funnet relevant i forhold til å beskrive hva denne ”bevegelsen” har hatt å si for endringen i den økonomi styringen av spesialisthelsetjenesten på generell basis. Til slutt vil vi presentere argumenter både for og imot NPM.

Sykehusreformen dreide seg blant annet om innføring av statlig eierskapsform med regionale styringsnivå, sterkere pasientrettigheter, spesielt med vekt på fritt sykehusvalg, innsatsstyrt finansieringssystem (stykkpris) i de somatiske sykehusene og overgang fra rammeorientert planstyring til kontraktstyring basert på bestiller – utfører – logikk.

Helseforetakene er offentlig eide institusjoner som utvikler seg i forskjellige retninger både lokalt og regionalt. Helseinstitusjonene utvikles til hybrider; har trekk fra både private og offentlige institusjoner.

Finansieringssystemet i norske sykehus er svært komplisert. Ca. 60-70 % av dagens inntekter er aktivitetsavhengig. Det er sammensatte ordninger med ramme, stykkpris, ulike refusjonsordninger, øremerkede driftstilskudd, spesielle oppgjør for gjestepasienter, samt funksjonstilskudd som dekker ekstra utgifter for universitetsfunksjonen. Det er pasientenes etterspørsel som skal bestemme budsjetttilgangen ikke den politiske debatt. Ledelse handler i større grad om målstyring, konkrete resultatkrav, new-management-orientert lederstil med resultatorientering, administrativ profesjonalisme og mindre politikerinnflytelse.

Hensikten med stykkprissystemet var å finne frem til et system for å overvåke både kvaliteten og ressursutnyttelse i somatiske sykehus. Systemet klassifiserer opphold i somatiske sykehus, det gir videre mulighet til å sammenligne behandlingsaktiviteten og ressursbruk i ulike sykehus der det tas hensyn til pasientsammensetning i tillegg til behandlingens volumet. (Sosial – og helsedepartementet DRG m/ kodeveiledning).

Arbeidet med å beregne stykkpriser bidrar til mer presise kriterier for kostnadsfordeling enn tidligere, men økt fokus på det enkelte sykdomstilfelle er ikke uproblematisk da det kan føre til lavere samfunnsøkonomisk effektivitet. Langtidspasienter kan bli for dyre, sykehus kan satse på ”lønnsomme” pasienter og dermed redusere sykehustjenester til de mest kostnadskrevende pasienter. Litteraturen hevder at endringer i finansieringssystem alene ikke er nok for å løse de mange struktur- og systemproblemer som er innen spesialisthelsetjenesten. (Inger Johanne Pettersen)

De helsepolitiske målene om kostnadskontroll og effektivisering av sykehusstrukturen er derfor ikke de eneste helsemålene. Likheter i tjenestetilbudet sett i forhold til behov og geografi, kvalitet og nærhet til tjenestetilbudet inngår også blant målene. Noen av målene kan stå i konflikt med hverandre. Legges akutt- og fødetilbudet ned ved lokalsykehusene vil det kunne gå utover nærheten og tilgjengeligheten til tilbudet. Legges det vekt på å øke aktiviteten for å kutte i ventetidene kan det gå utover mulighetene for å oppnå budsjettbalanse. Målene kan hver seg være klare og entydige, men det kan være mer uklart hvilket mål som skal prioriteres om de kommer i konflikt.

Erik Oddvar Eriksen skriver i ”*Demokratiets sorte hull*” (2005) at politikerne kan innta to ulike handlingsstillinger for styring av helsevesenet. Den kan enten være som ”regulatorer” eller ”integratorer”.

Med regulator menes en mer indirekte styring av helsevesenet gjennom bruk av finansieringsordninger, nye rammer og belønnings- eller incentivsystemer. Sykehusreformen med NPM tenkning bygger mye på denne rollen. Motsatt er rollen til integrator en mer direkte styring av helsevesenet, hvor politikker går aktivt inn i normative debatter om hva som bør gjøres. De blir stilt ovenfor krav fra befolkningen og må foreta en avveining og ta stilling om hva som skal prioriteres.

### **3.6.1 New Public Management**

Her vil vi begrepet New Public Management (NPM) defineres, samt at noen av de endringene NPM reformen har medført for spesialisthelsetjenesten vil bli presentert.

New Public Management startet under Margaret Thatcher og har vært en inspirasjon for reformarbeid i mange land, spesielt innenfor EU og New Zealand/Australia. Også Norge, som har vært mer forbeholden til NPM, er med på reformbølgen. Utgangspunktet for NPM er en kritikk til det offentlige, at den er for stor, byråkratisk, dårlig ledelse og lite brukerorientert, og at dette kan bøtes på ved å lære fra det private. NPM representerer den blå bølge og er et samlekonsept for en rekke delreformer og teknikker, som har til felles at inspirasjonen kommer fra det private og/eller fra en økonomisk, rasjonell tankegang.

NPM kjennetegnes bl.a. med mer bruk av marked og markedsmekanisme, innføring av standarder for mål og resultat og økt fokus på resultat, fokusere på brukeren som kunde, desentralisering av offentlig virksomhet (bort fra byråkratiske forvaltningsmodeller), mer bedriftsøkonomisk styring og mer synlig og mer profesjonelle ledere, gi dem økt ansvar og mer innflytelse (Leiv Opstad 2006)

### **Det snakkes om to søyler innen NPM:**

Den første søyle – den økonomiske søyle- bygger på ønske om en liberalistisk markedsorientering i og av det offentlige med bakgrunn i økonomiske resonneringer fra nyinstitusjonell teori (public choice, prinsippal agent teori), den harde varianten av NPM? Hvis vi ser dette opp mot spesialisthelsetjenesten ser vi at innføringen av stykkpris(1997) som intensivsystem og sterkere pasientrettigheter (pasientrettighetsloven av1999) med fritt sykehusvalg osv som en del av denne tenkningen.

Den andre søyle – den managerialistiske søyle- i NPM har å gjøre med organisasjon og ledelse. Her er forestillingen at man med fordel kan overføre prinsipper fra det private næringsliv til offentlig sektor, den myke varianten av NPM. Prinsippene i den andre søyle bygger på at ledelse er ledelse uansett hvilken sammenheng dette utøves. For å lykkes her må man ikke bringe med seg andre organisasjons og ledelses teorier enn de som bunner ut av økonomisk teori. Altså er teorier som bygger på etikk og verdier – myk ledelse, der aktørene ikke er nyttemaksimerende, idealistiske og emosjonelle - ikke kompatibel med denne økonomiske teori som antar at aktørene er nyttemaksimerende til egen fordel, opportunistiske og rasjonelt handlende. Hvis vi ser dette i sammenheng med utviklingen innen spesialisthelsetjenesten kan vi se at innføring av enhetlig ledelse på klinikk nivå (lov om enhetlig ledelse i sykehus av 1999) er et resultat av denne tenkningen.

### **3.6.2 Argumenter for og imot NPM**

Det er fremført mange argumenter imot NPM fra ulike forskere, der essensen er at NPM ikke tar høyde for det som er spesielt for den offentlige kontekst. De mener (Olsen 1991, Klausen 1996 osv) at NPM bygger på naive forestillinger i forhold til målformuleringens kompleksitet og det normative grunnlaget for den styring og handling som er karakteristisk for politisk styrende systemer og fagprofesjonelle organisasjoner, som for eksempel sykehus Det hevdes at NPM forutsetter at de forskjellige elementer i konseptet er verdinøytrale. Mens forestillingene i virkeligheten er politisk/ideologisk infisert og ultimativt risikerer å transformere samfunnet i en retning de færreste ønsker, det er snakk om pseudovalg og pseudomarkeder, fordi markedet ikke er oversiktlig og reelt for alle(avhengig av for eksempel inntekt, innsikt og bosted), fordi det ikke er tilstrekkelig konkurranse i forhold til lisensrunder, og fordi det nye kvasimarkedet straks utvikler seg til å bli nye monopoler pga etablering av langtidskontrakter.

Samfunnsutviklingen har gått fra de mer kollektivt rettede verdier til mer fremtredende individualistiske verdier. Dette har ført til krav om at det offentlige må være mer brukerorienterte, ved at det må leveres differensierte og service orienterte tjenester av høy

kvalitet til lavest mulig kostnad. Offentlige organisasjoner som til dels er politisk styrt og til dels har en sterk fagprofesjonell og byråkratisk forankring har her store utfordringer. Det stilles derfor strenge krav til dyktige dynamiske ledere og ledelsesteam. Samt at det trenges fleksible og omstillingsdyktige medarbeidere for å nå disse målene som et team.

Det er derfor vi innen det offentlige de siste år har sett en omfattende utvikling og omstilling ikke bare som strukturelle forandringer ved etablering av nye institusjoner, men også som en omfattende leder og medarbeider utvikling. Her kommer NPM andre søyle inn: det bevisste arbeidet med å forbedre de ledelsesmessige og organisatoriske forhold må på dagsorden. Hvis en holder opp med å forsøke å bli bedre, holder man opp med å være god. Målet må være å bli fremragende, og i jakten på dette kan NPM tjene som inspirator og dynamo, fordi det på en fundamental måte setter spørsmålstegn ved det man pleide å ta for gitt i nordisk sammenheng, og fordi det gir anledning til å eksperimentere og dermed mulighet til å gjenoppfinne og nyutvikle. Det avgjørende er hvordan det gjøres og at det settes fokus på ledelse.

Det er relevant å undersøke utviklingen av både den politiske og administrative lederrollen, se dem sammen som parallelle figurer, som skal fungere sammen. Målet må være at det er men match mellom politikerne, som har det folkelige mandat til å styre og lede det offentlige, og ledende embetsmenn som lojalt og nøytralt skal sette ut i livet politikernes ønsker, men også sikre at politikeren har de nødvendige kunnskaper for å ta sine beslutninger.

De idealistiske lederroller ble til i en bestemt epoke, men eksisterer fortsatt side om side med andre modeller. Lederrollen er utviklet videre, med mål om å være et ideal for god ledelse, som både supplerer og kompletterer hverandre ut fra ulikt verdigrunnlag og antakelser knyttet til den tid og det reformregime der er utsprunget fra.

Det er av denne grunn at de faglig orienterte ledere lett kommer i konflikt med de strategisk orienterte ledere. Dette fordi de verdier som legges til grunn for strategiutviklingen og kontraktsutformingen kan komme i konflikt med de verdier og idealer som er sentral hos den faglige ledelse. Utfordringen ligger derfor i å få direktiver og oppdragsdokument forankret i den praktiske hverdagen, slik at det betyr noe og gir mening til lederne på ulike nivå i sykehusorganisasjonen. For å underbygge dette viser vi til Preben Melander( 1999) som hevder at det foreligger en dekobling i sykehusvesenet mellom fag, politikk og økonomi.

*” så snart talen går på å måle og vurdere ytelse i produksjonen og ressurser tett på produksjonen, føler man seg truet, bliver bange og viger tilbake” (Melander 1999).*

Denne ”dekoblingen” viser at de ulike interessentene i spesialisthelsetjenesten kan arbeider mot svært ulike mål. Dette kan igjen lede til opportunistisk adferd for å fremme egne mål. De

ulike profesjonene i sykehus har hver stor autonomi, noe som i seg selv kan medvirke til motsetninger og samarbeidsproblemer.

Bakgrunnen for reformen av helsevesenet var misnøye med økonomistyringa, men vel så viktig var misnøyen med kvalitet og kvantitet av tjenestene. Økonomistyring av sykehus er komplekst og det er en stigende erkjennelse for at ledelse og økonomistyring på dette feltet er annerledes enn i det private. Det er viktig med informasjon, kunnskap og innsikt på mange plan. Det økonomiske og foretningmessige språket er ikke dekkende for den kompleksiteten økonomistyring av sykehus representerer. Sykehus er i stor grad ledet av profesjonsutdannede folk, leger og sykepleiere som er vant til å håndtere vanskelige prosesser der det stilles store krav for eksempel til disiplin, oversikt, presisjon og metode. Sånn sett kan en undre seg over at økonomistyringa til de grader har vært så kritikkverdige. Litteraturen peker på årsaksforhold som motstridende verdier mellom fagfolk, eiere, administrasjon og politikere. Det er en stigende aksept for at økonomistyringen er noe annet enn finansiell kontroll, det er en ledelsesform der innsikt i den politiske og kulturelle virkelighet er vel så viktig som i den økonomiske (Preben Melander).

Det som også må påberegnes er at det kan være forskjellige meninger innenfor politikken, så vel som det kan være blant medarbeidere, som er bærere av ulike forestillinger og verdier, som kanskje hørere fortiden til og ikke er på dagsorden i den reformen som pågår nå. Denne mangel på symmetri mellom dagsorden før og nå kan føre til konflikter, krysspress og dilemmaer som må håndteres på en fornuftig måte for ikke å undergrave legitimiteten av det politiske og administrative system.

Det som har vært fremtredende innen sykehusreformen er at politikeren i første omgang ble satt på sidelinjen. Av denne grunn skjedde det en maktforskyvning i retning av embetsverket og en kan si at det er skjedd en endring av tradisjonell nordisk demokratisk styring av sykehusene (Busch et al 2005. kap 3.)

### **3.6.3 Prinsipal-agent teorien**

Prinsipal-agent teorien belyser konsekvensene av at interessentene arbeider mot ulike mål. Ulik mål, struktur og asymmetrisk informasjon kan føre til opportunistisk atferd noe som igjen kan påvirke økonomistyringen. Ulik risikoaversjon hos ledelse og medarbeidere kan medvirke til å gjøre økonomistyringen uforutsigbar (Opstad, 2006).

### **3.6.4 Public Choise teorien**

Public Choise teoriens formål er å utlede hypoteser om hvilken adferd som utøves i virksomheten, og hvordan det økonomiske system fungerer. En sentral forutsetning i teorien er at aktørene er egoistiske, rasjonelle og nyttemaksimerende. Public Choice teoriens viktigste bidrag innenfor NPM er hentet fra prinsipal-agentteorien, ved at det å fokuseres på at opportunistisk atferd kan forekomme innenfor den offentlige sektor. Opportunistisk adferd kan føre til overproduksjon eller for lav produksjon ut fra forutsetningen av at den offentlige ansatte ønsker å maksimere egne interesser. I analysedelen av oppgaven vil vi komme nærmere inn på situasjoner hvor maksimering av egeninteresser kan forekomme. For å unngå denne nyttemaksimeringen kan det innføres regelstyring med adferdskontroll, målstyring og resultatkontroll og ved at det etableres normer og verdier for akseptabel adferd (Busch et al 2005).

### **3.6.5 Oppsummering av NPM – teorier**

NPM springer ut av en ide om å få offentlig sektor til å fungere på samme måte som privat sektor, spesielt med hensyn til effektivitet. Forskning som ble presentert i Evalueringsrapporten viser at sykehusene behandler ca 4% flere pasienter etter sykehusreformen, noe som tilsier at noe effektivisering har funnet sted? Det økende fokus på at helsevesenet skal styres og ledes bedre og mer profesjonelt, konkurransesettes, privatiseres og av – byråkratiseres, samt at tjenestenes skal benchmarkes (måles opp mot andre), kontrolleres og justeres både med hensyn til kvalitet og effektivitet utfordrer helsevesenets ledere (bt.no, kronikk av Rune Rønning).

## **3.7 Kvalitet på helsetjenesten**

I 2005 utga Sosial- og helsedirektoratet "... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015) Til deg som leder og utøver. "For oss i denne sammenheng er det interessant å se hva strategien sier fordi den berører to viktige aspekt som vi ønsker å få mer klarhet i, - bedre kvalitet på tjenestene, og ledelse for å få det til. "Strategien bygger på en erkjennelse av at utøverne har høye faglige kvalifikasjoner og sterk motivasjon. Samtidig vet vi at systemene og rammene vi arbeider innenfor, ikke alltid gir de beste forutsetninger for god kvalitet."

Strategien er ikke myndighetskrav som forplikter, men direktoratet har en forventning om at det blir arbeidet med å følge opp denne strategien. Videre at departementet sikrer seg dette gjennom eierstyring i de regionale helseforetakene.

Det er ulike definisjoner på begrepet kvalitet. Norsk standard (NS-EN ISO 9000:2000) definerer begrepet som følgende: ”Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav.” Strategien har gått videre og konkretisert begrepet ut fra lovverket og samfunnets krav og føringer, også ut fra et faglig perspektiv på hva som gir best mulig kvalitet for brukerne. I følge strategien skal god kvalitet i sosial- og helsetjenesten være:

- Virkningsfulle, d.v.s. at god kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.
- Trygge og sikre tjenester, d.v.s. at god kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og mangler reduseres til et minimum.
- Involvere brukere og gi dem innflytelse. God kvalitet forutsetter at brukernes og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.
- Være samordnet og preget av kontinuitet. God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet.
- Utnytter ressursene på en god måte. God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt. God kvalitet forutsetter at tjenestene er tilgjengelige og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat.

Ansvar for kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten følger den statlige eierlinjen, og det vektlegges at god ledelse er en forutsetning for å oppnå kvalitet i tjenestetilbudet. I forbedringsarbeidet blir vi bl.a. bedt om, ikke bare å fokusere på hva som gis av tjenester, men også hvordan tjenestene ytes, hvordan tjenestene organiseres og hvordan de blir ledet. Kvalitet skal være en integrert del av den daglige drift, utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter derfor tydelige føringer, avklarte roller og god ledelse. Visjonen er ”...og bedre skal det bli”, og den bygger på fire forutsetninger:

- Tilstrebe og utnytte den beste tilgjengelige kunnskapen
- Undersøke om det vi gjør faktisk bidrar til å nå våre mål
- Endre kurs hvis så ikke er tilfelle
- Ta hensyn til brukernes behov og ønsker når tjenester skal evalueres og forbedres

Strategiens målgruppe er først og fremst ledere, beslutningstakere og utøvere i sosial- og helsetjenesten.



Målet for sykehusreformen var en mer helhetlig og tydelig styring av spesialisthelsetjenesten, noe som skulle gi bedre ressursutnyttelse og bedre helsetjenester for befolkningen. Norges forskningsråd fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjøre en forskningsbasert resultatevaluering av reformen. Resultatevaluering av sykehusreformen ble presentert i februar 2007. Forskningsrådet sier at å evaluere effekter av en såpass omfattende reform er utfordrende. Dette fordi det parallelt med sykehusreformen har skjedd andre endringer som tenkes å påvirke resultatet, for eksempel endringer i behandlingsteknologi eller endringer i lovgivning som pasientrettighetsloven. I tillegg har sykehusreformen utviklet seg etter at den ble innført. For eksempel har rusreformen gitt spesialisthelsetjenesten nye oppgaver. En annen ting som gjør resultatet usikkert og som har vært en utfordring forskningsmetodisk, er at for å identifisere effekter av sykehusreformen må det stilles spørsmål om hvordan for eksempel tilgjengelighet, prioriteringspraksis, effektivitetsutvikling o.s.v. hadde vært under fylkeskommunalt eierskap. Dette har Forskningsrådet tatt i betraktning når det gjelder valg av metoder.

Resultatevalueringen tok høyde for å sammenligne de konkrete mål som ble satt i forkant av reformen med de resultater som er oppnådd. Det var å øke behandlingsskapasiteten, mer likeverdig tilbud, redusere ventetid, prioritere pasienter i tråd med nasjonale retningslinjer, sikre en effektiv spesialisthelsetjeneste basert på kunnskap om de beste behandlingsmetodene, styrke utvikling av medarbeiderne, styrke brukermedvirkning, og styrke samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste.

Det har nå gått to år siden Evalueringsrapporten ble presentert, fire år siden Den nasjonale strategien. Mye skjer, for eksempel sender Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet nå ut prioriteringsveiledere på i alt 30 områder innen årets utgang. Veilederen går lengre enn hva prioriteringsforskriften har gjort, og som evalueringsrapporten sa i 2007 er prioriteringspraksis ikke bedret, snarere tvert i mot. Her går altså staten inn med mer styring.

Når det gjelder samhandling sier rapporten at konkrete virkemidler ikke ser ut til å være tatt i bruk. På dette området går nå Helseministeren inn ser det ut til, j.fr. Samhandlingsreformen.

### **3.8 Legitimitet**

Philip Selznich (1948,1957) sier at legitimitet oppnår når organisasjoner tilpasser seg krav og forventninger fra det omkringliggende samfunn. I sin teori snakker Selznich om en

institusjonaliseringsprosess som skjer når normer og verdier i omgivelsene blir opptatt i organisasjonen, slik at organisasjonen får en verdibasert status og egenverdi. Denne prosessen krever fire egenskaper som: historiske produkter, integrerte produkter, funksjonelle og dynamiske.

Legitimitet kan fremkomme i ulike former, da normer og verdier er basert på den enkeltes tolkning av sin virkelighet. Suchman (1995) har klassifisert de ulike formene for legitimitet med utgangspunkt både i institusjonell teori og tekniske omgivelser:

- Pragmatisk legitimitet, basert på nytteperspektiv eller interesser
- Legal legitimitet, at organisasjonen følger de lover og regler som er etablert i samfunnet.
- Normativ legitimitet, at handlingene som utøves ligger innenfor aksepterte normer.
- Kognitiv legitimitet, at enkelte organisasjoner eller særtrekk ved organisasjoner "taes for gitt". Den er tilpasset våre mentale bilder av virkeligheten.

(Busch, Vanebo, 2005)

## 4.0 Metode

Vi redegjorde for oppgavens problemstilling i kapittel to. I dette kapitlet vil vi beskrive og begrunne valg av metode. Valg av metodisk tilnærming har konsekvenser for undersøkelsens validitet (gyldighet). Vi vil også vurdere styrker og svakheter ved vår metode, og da ha et bevisst forhold til at vi vil ha frem aktørenes forståelse av virkeligheten og (Jakobsen 2005).

*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap og dermed blir metoden vårt redskap i møte med det vi vil undersøke (Dalland 2000).*

En undersøkelsesprosess består i følge Jakobsen (2005) av 8 faser. De tre første fasene sier han er felles uansett om man velger innsamling av kvalitative eller kvantitative data.

Vi redegjorde som sagt for valg av problemstilling i kapittel to. Neste skritt er å velge undersøkelsesopplegg, vi ønsker å gå i dybden på noen få enheter, et intensivt design. Hensikten med et slikt intensivt opplegg er å få et så helhetlig bilde av situasjonen, et fenomen eller en hendelse. Dette betyr at alle nyanser og detaljer må fram slik at individuelle forskjeller og den enkeltes forståelse av problemet blir sentral. På den måten kan vi forstå forholdet mellom undersøkelsesenheten og den konteksten undersøkelsen foregår i.

Så er vi kommet frem til valg av metode, og ut fra vår problemstilling som vi oppfatter som eksplorerende har valget falt på kvalitativ metode, viser til 4.1. Hadde vår problemstilling derimot vært testende og målet vårt hadde vært å finne omfanget, hyppigheten eller utstrekning av et fenomen ville det vært hensiktsmessig med et kvantitativt forskningsdesign. Kvantitativ metode egner seg der man er ute etter få nyanser og mange enheter, altså et ønske om å undersøke i bredden. Vi får individuell informasjon, dvs. summen av enkeltindivider, ikke grupper eller kontekst. I denne oppgaven er vi ute etter data som karakteriserer et fenomen, altså hvordan respondentene fortolker og forstår en gitt situasjon og vi ser intet poeng i å generalisere. Derfor har vi ikke funnet kvantitativt forskningsdesign som velegnet.

Vi ser at det som er ulempe i den ene tilnærmingen ofte er en fordel i den andre. De to metodene må betraktes som utfyllende i forhold til hverandre, ikke konkurrerende. Metodene kan blandes i samme undersøkelse, eller en kan kombinere. Man kan starte med en kvalitativ tilnærming for så å utvikle ny kunnskap og antakelser som igjen kan testes ut i en kvantitativ undersøkelse. Eller en kan starte med en kvantitativ undersøkelse og det blir et behov for å eksplorere, å undersøke mer i detalj hva som er avdekket, og det kan gjøres ved en kvantitativ undersøkelse. Kombinasjoner av metoder er idealet, men ressurs- og kostnadskrevende.

De neste fasene i Jakobsens undersøkelsesprosess blir omtalt i kapitlene nedenfor.

#### **4.1 Kvalitativ undersøkelse/ valg av kvalitativt forskningsdesign**

Når vi har bestemt hva vi ønsker å få tak på og hvordan designet skal være, må metoden for å samle informasjon, velges. Det er problemstillingen som bør være styrende, klar eller uklar har betydning. En eksplorerende problemstilling krever en metode som går i dybden. Dette medfører ofte et behov for å konsentrere seg om noen få undersøkelsesenheter, et intensivt opplegg og da egner det seg med kvalitativt forskningsdesign. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ordet kvalitativ orientering viser til egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener. Ved valg av kvalitativ metode er vi ute etter data som karakteriserer et fenomen (Dalland 2000).

Fordelene knyttet til kvalitativ tilnærming er bl.a. åpenhet, har høy intern gyldighet, dataene er nyanserte, oppnår nødvendig nærhet til den som blir undersøkt, metoden er fleksibel, skillet mellom fasene er flytende, forskningsprosessen er ikke låst (Jakobsen 2005).

Ulempene ved kvalitativ tilnærming er at metoden er ressurskrevende, vi må prioritere mange variabler foran mange enheter, videre har vi p.g.a. få personer, et generaliseringsproblem, d.v.s. problemer med ekstern gyldighet. Dataene er komplekse, det tar mye tid å skrive og er vanskelig å tolke. Nærheten kan bli for tett, en mister da evnen til kritisk refleksjon, det kan være problematisk med undersøkelseeffekten, og til slutt at fleksibiliteten blir et hinder i forhold til å avslutte (Jakobsen 2005).

Når skal vi velge kvalitativ tilnærming? Denne metoden er best når vi skal avklare hva som ligger i et begrep eller fenomen, altså hvordan vi fortolker og forstår en gitt situasjon. Derfor passer den best når en skal ha fram en nyansert beskrivelse, og der vi vil se sammenheng mellom individ og kontekst. I denne oppgaven ønsker vi å få frem synspunkter på hvordan statlig styring forstås og håndteres på henholdsvis Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital. Videre er vi interessert i hva vi har lært av 2002 reformen, og om det vi eventuelt har lært kan være til hjelp ved implementering av den neste varslende reformen, Samhandlingsreformen.

## 4.2 Casestudie

*”Betegnelsen ”case” kommer av det latinske casus og understreker betydningen av det enkelte tilfelle. Terminologien vektlegger derfor at det dreier seg om ett eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Enten fordi det finnes kun en eller noen få, eller fordi det bare er en eller noen få caser som er tilgjengelig for forskeren. Ofte er idealet å gå i dybden på en case og presentere en helhetlig analyse som står på egne bein. Undersøkelsesenheten ses som et komplekst hele, der mange undersøkelsesenheter og deres forhold til hverandre pensles ut (Andersen 1997, Jakobsen 2002).”*

I case studier er det sentralt å få frem en definisjon av hva en undersøkelsesenhet er. Det kan være en enhet vi er interessert i å undersøke eller det kan være mange forskjellige typer enheter og de kan avgrensnes både i rom og tid. Avgrensingen i rom – til et spesielt sted – kan gi oss enheter på ulike nivåer. På laveste nivå har vi enheter som ikke refererer til andre enn seg selv, *absolutte enheter*. Den vanligste typen absolutte enheter er enkeltindivider.

En case kan også være på et høyere nivå, det vi kan kalle en *kollektiv enhet*. En kollektiv enhet består av flere absolutte enheter og kan være en gruppe, en organisasjon eller et lokal samfunn. Innen en organisasjon vil vi finne flere grupper, og vi vil finne flere enkeltindivider innen hver gruppe. Jo høyere nivå enheten er på, desto flere underenheter består den av. Innenfor samfunnsvitenskapelige studier er det vanlig at case i praksis defineres som en enhet på mellomnivå. Dette fordi det sjelden er interessant med kun et enkeltindivid, det laveste nivå, eller når casen blir for omfattende, på for høyt nivå, blir det uhensiktsmessig med case studie. I case studier studeres det som skjer i en kontekst der et fenomen utvikler seg, eller der en spesiell hendelse finner sted. I vår problemstilling forstår vi det slik at konteksten er sykehusreformen og fenomenet er styring og ledelse.

Case studier egner seg best når en er ute etter en dypere forståelse av en spesiell hendelse, eller når vi ønsker å beskrive hva som er spesifikt med et spesielt sted samt at det hevdes at case studier egner det seg godt til teoriutvikling.

## 4.3 Valg av Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital som case

I kapittel 4.1 begrunnet vi vårt valg av forskningsdesign, kvalitativt forskningsdesign bl.a. fordi vi søker å få frem en nyansert beskrivelse av problemstillingen og forskningsspørsmålene ved å komme i dybden på vår utvalgte populasjon (respondentene i

Mo og Trondheim). Vi har valgt respondenter fra St.Olavs hospital og Helgelandssykehuset Mo i Rana, da det er på disse sykehusene vi jobber og dermed har best anledning til å gjennomføre undersøkelsen. St.Olavs Hospital er et universitetssykehus og er dermed sykehusmotoren i Helse Midt med et nedslagsfelt for 300 000 mennesker på regionsykehusnivå og lokalsykehusfunksjon for vel 200 000 mennesker. Helgelandssykehuset Mo i Rana er et lokalsykehus med et nedslagsfelt på 35 000 innbyggere på generell basis og innenfor fagområdet ortopedi er nedslagsfeltet 78 000 innbyggere. Begge sykehusene er viktige institusjoner i sine lokalsamfunn, både i forhold til sine primæroppgaver ved å tilby befolkningen spesialisthelsetjenestetilbud og som arbeidsplasser for mange.

#### **4.4 Innsamling av kvalitative data**

Vi er kommet frem til vår problemstilling: Hvordan har statlig styring i form av sykehusreformen påvirket ledelse ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital. I underkapittel 4.1 kom vi frem til at en kvalitativ tilnærming er det som passer for å få tak i den informasjon vi ønsker, Jakobsen beskriver fire ulike former for innsamling av kvalitative data:

1. Det åpne individuelle intervjuet
2. Gruppeintervjuet
3. Observasjon
4. Dokumentundersøkelse

Vi velger det åpne intervju og dokumentundersøkelse som metode for vår innsamling av kvalitative data.

##### **4.4.1 Det åpne individuelle intervju**

Det åpne individuelle intervjuet kjennetegnes ved at undersøger og respondent prater sammen i en vanlig dialog. De data som kommer er i form av ord, setninger og fortellinger. Det vanligste er at slike intervju foregår ansikt til ansikt, men det kan også gjennomføres som en telefonsamtale eller over Internett. Intervjuer noterer skriftlig eller det kan brukes lydband eller diktafon.

Det er tidskrevende å foreta individuelle intervju, derfor egner det seg best når relativ få enheter er med i undersøkelsen, slik det er i denne undersøkelsen. Personlige å åpne intervjuer vil som regel også gi store mengder data enten som notater eller lydbandopptak, og disse skal i ettertid bearbeides og gi informasjon til undersøkelsen. Personlige intervjuer er en klar form

for individualisering da det er den enkelte respondents holdninger og oppfatning som kommer fram. Hvis vi foretar mange individuelle intervjuer sitter vi igjen med informasjon om mange individuelle synspunkter. Det vil derfor bli vanskelig å generalisere informasjonen til å gjelde en gruppe. Det vi gjør er å avklare den enkeltes forståelse, hva slags mening som legges i ulike forhold.

Personlige intervju kan ha ulik grad av åpenhet. Med dette menes at ulike undersøkelser kan gjennomføre intervju med ulik struktur. Dette kan spenne seg fra en helt vanlig samtale uten noen for begrensning eller styring fra intervjuers side til å stille spørsmål i fastsatt rekkefølge med innslag av åpne svar eller svaralternativer (pre – strukturering).

Jakobsen anbefaler en viss struktur under kvalitative intervju undersøkelser og påpeker at en intervjuguide sikrer en oversikt over hvilke tema som skal berøres under intervjuet. Vi tar utgangspunkt i en intervjuguide for å kunne strukturere intervjuet noe. (Jakobsen 2005).

#### **4.4.2 Intervjuprosessen**

Undersøkerne(vi) må være bevisst at den konteksten intervjuet foregår i kan påvirke informasjonen som kommer frem under intervjuet, *konteksteffekten*. På generelt grunnlag sier Jakobsen at kunstige omgivelser ofte kan gi kunstige svar. På den andre siden vil også den naturlige kontekst påvirke intervjuet for eksempel med avbrudd av telefon.

Undersøkerne må også gjøre seg en oppfatning av om noe i problemstillingen kan virke følsomt eller personlig for respondenten, samt at det må tas stilling til om han/hun ønsker å opplyse om hensikten med undersøkelsen. Her må også undersøkeren vurdere om det er etisk forsvarlig å utelate å opplyse om hensikten med undersøkelsen.

En av forutsetningene for det personlige intervju er at undersøkeren får respondenten til å åpne seg og at han/hun får med seg relevant informasjon. Det er anbefalt å innlede et intervju med generelle åpne spørsmål. Intervjuer bør innta en lyttende posisjon både mentalt og for å medvirke til å skape et tillitsforhold. Tidsperspektivet på intervjuet bør være avtalt på forhånd. Det sentrale blir altså å tilpasse intervjustilen til den som skal intervjues.

I undersøkelsen har vi benyttet åpne intervjuer, vi foretok alle intervjuene ansikt til ansikt og begge ”studentene” var til stede under intervjuet med unntak av intervjuet med respondenten fra HOD, der den ene studenten foretok intervjuet alene.

Vi valgt å intervju respondentene ansikt til ansikt for å kunne skape en relasjon mellom respondenten og oss og dermed få til å skape trygghet slik at respondentene svarer mest mulig åpent og ærlig på spørsmålene våre. Dette kan det være mange synspunkter på og noen opplever relasjon og åpenhet under intervju som problematisk, og i noen tilfeller kan det være en klar fordel å ha distanse mellom respondent og undersøker. Men vi mener at vårt valg av intervju – kontekst er en fordel i vår undersøkelse, og at den gjør oss i stand til å lettere å kommunisere med respondentene under hele intervjuet både verbalt og non – verbalt.

Under intervjuene støttet vi oss på en intervjuguide, som tok utgangspunkt i oppgavens teoretiske ramme, med noen hovedspørsmål vi klart ønsket å få svar på, samt at vi hadde forberedt noen utdypende spørsmål hvis vi skulle trenge det.

Før intervjuet hadde respondentene fått en skriftlig forespørsel om å stille til intervju med informasjon om tema og at vi gjennomfører denne undersøkelsen i forbindelse med vår masteroppgave innen dette studiet, samt informasjonsskriv fra CBS.

Under intervjuene i Mo var vi enig om en oppgavefordeling, der den ”fremmede” av oss skulle lede intervjuet, og ”kjentmannen” skulle notere. Vi valgte denne innfallsvinkelen fordi kjentmannen til daglig forholder seg nokså nært til respondentene og av den grunn kunne komme til å være ledende i spørsmålsstillingen og på den måten påvirke svarene fra respondenten.

Under intervjuene i Trondheim var vi ikke like klar på oppgavefordelingen under intervjuene, og begge studentene var aktive spørsmålsstillere og vi noterte begge to. Dette med bakgrunn i at ingen hadde nær relasjon til respondentene. Allikevel var erfaringen at nærheten til den av oss som jobbet i samme system, ble vanskelig. Derfor ser vi i etter tid at vi med fordel burde ha hatt samme regi på intervjuene for å få likhet i intervjusituasjonen.

Begge studentene opplevde at det var spesielt å intervju ledere i egen organisasjon, da respondentene kom inn på enkelte hendelser og situasjoner i egen organisasjon som vi på en eller annen måte hadde vært involvert i mens de pågikk, noe vi mener respondentene måtte ha et klart bilde av og at det var et bevisst valg å komme inn på hendelsene? Det var da viktig for oss å fokusere på rollen vår, som intervjuer, for ikke å påvirke situasjonen slik at intervjuernes opplevelse av hendelsene ble vektlagt på bekostning av respondentens meninger.

#### ***Vår intervjuguide:***

- Sykehusreformen ble innført i 2002, - hva tenker du om det nå?
- Med din erfaring som leder før og etter, - hvordan opplevde du forandringen?



- Bedre økonomistyring var et uttalt mål, - hvordan opplever du det som leder?
- Bedre kvalitet var et annet mål, - hva tenker du om det?

Vi har hatt reformer og står nå overfor en ny. Det hevdes at hurtige endringer må vi leve med i framtiden. (J.fr. uttalelser fra bl.a. Bjarne H. Hansen.)

- Hva tenker du om det?
- Hva mener du det kreves av deg som leder?
- Din overordnede?
- Dine underordnede?
- Hva opplever du i dag trengs i din organisasjon for å møte kravet om stadige endringer?

Med tanke om at vi i april får en ny reform:

- Hva mener du som gjør det nødvendig med en ny reform nå?
- Hva har du lært av sykehusreformen som du vil ta med deg som leder?
- Med bakgrunn i dine erfaringer med reformer, hva mener du trengs av ny kunnskap for å få til en vellykket integrering i din enhet med neste reform (Samhandlingsreformen)?

Vi valgte å bruke en noe annerledes intervjuguide til intervjuet med informanten fra HOD. Dette med bakgrunn i at vi søkte kunnskaper om hva som skjer fra at beslutning om en reform er tatt, og fram til at behandlingstilbudet når pasienten.

- Hva er erfaringene med sykehusreformen spesielt med hensyn til styring og ledelse?
- Hva har prosjektgruppen som arbeider med Samhandlingsreformen vært opptatt av?
- Hvordan har diskusjonene i gruppen vært, har det for eksempel vært uenighet?
- Hvordan legges det til rette for styring og ledelse i den nye reformen?
- Hva gjøres for å bygge bro mellom ledelsesnivåene? Modeller som evt. tenkes?

#### **4.4.3 Dokumentundersøkelser**

Dokumentundersøkelser, innebærer undersøkelse av ord, setninger og fortellinger som er samlet inn eller nedtegnet av andre.

Kildegranskning (dokumentundersøkelser) egner seg godt når det er umulig å samle inn primærdata, når vi ønsker å få tak i hvordan andre har fortolket en viss situasjon eller hendelse og når vi ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort. Vi betrakter her Evalueringsrapporten og andre undersøkelser som er gjort av andre som for eksempel undersøkelsen som ble gjort av Skogsaas og Svendsen om Endringsledelse i sykehus som ble publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening 23/30 2006.

Den største utfordringen ved bruk av sekundærdata er at disse dataene kan være samlet inn og brukt i en helt annen hensikt enn det vi har. Dermed kan det oppstå et misforhold mellom den informasjonen vi kan benytte, og det vi ønsker å benytte den til. Det blir derfor svært viktig hvilke dokumenter som velges ut, og hvor stor troverdighet de enkelte dokumentene har. En annen utfordring er at de sekundærdata vi får tilgang til er bearbeidet, de er ikke i rådata – form. En annen forsker har bestemt hvilke forhold – variabler, verdier og enheter som er undersøkt. Dermed har vi mindre kontroll med påliteligheten av undersøkelsen, enn om vi hadde utført den selv (Jakobsen 2005).

Vi vil bruke data fra Evalueringsrapporten og andre undersøkelser som kan betraktes som sekundærdata fra andrehåndskilder. Disse data kan ses som en offentlige kilde i og med at forskningen er på oppdrag fra sosial- og helsedepartementet eller andre, videre at den har studert institusjonelle kilder (Jakobsen 2005).

#### **4.5 Utvalg av enheter til undersøkelsen fra Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital.**

Med respondent menes en som selv har opplevd det vi ønsker å undersøke, en informant har relevant kunnskap vi ønsker, men har ikke opplevde det selv. I vår undersøkelse mener vi det er mest nyttig å bruke respondenter, d.v.s. ledere ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, og St.Olavs Hospital, samt en informant fra departementet.

Respondent/informantene vi har intervjuet, har ulik utdanningsbakgrunn. Fem er utdannet leger, to sykepleiere, en radiograf og en økonom. Sykepleierne besitter lederstillingene nærmest pasienten.

Når vi foretar utvalg til en undersøkelse må vi i følge Jacobsen tenke at det er et utsnitt av:

1. Tema og variabler.
2. Tid.
3. Personer og hendelser.

Åpne intervjuer er ressurskrevende, vi kan derfor ikke velge ut mange. Jacobsen mener den øvre grensen er 20. Vi velger her 9 ledere fra ulike ledernivå, fra Helsedepartementet, styremedlem i Helse Midt, foretaksdirektør, sykehusdirektør/direktør/divisjonssjef, avdelingssjef og avdelingsleder, en av hver kategori fra hvert sykehus.

#### **4.5.1 Utvalgsprosessen**

Å skaffe en oversikt over ønskede respondenter og aktuelt tidsperspektiv. Som tidligere nevnt er vi interessert i nå ledere som har vært i organisasjonen før sykehusreformen 1. januar 2002, og fortsatt er det. Vi tenker at et utvalg på åtte ledere på ulike nivå i sykehuset vil gi oss nok informasjon, fire fra hvert sykehus. I tillegg har vi forespurt Helse og omsorgsdepartementet om å få et intervju med helseministeren eller en av hans nærmeste medarbeidere, men det lot seg dessverre ikke gjøre. Men vi fikk tips fra Helse og omsorgsdepartementet (blir heretter stort sett omtalt som HOD) om å snakke med NN som pr. tiden er engasjert i Helseministerens ”råd” som er oppnevnt i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Når en ser på tidsperspektivet ser vi at vi vil møte erfarne ledere, det er seks år siden sykehusreformen trådte i kraft. Vi vet også at det er flest kvinner som arbeider på sykehus, og dette kunne ha gjenspeilet utvalget av respondenter. I vår respondentgruppe er det overvekt av menn, og ut fra egen oppfatning mener vi at dette gjenspeiler kjønnsfordelingen i ledernivået over avdelingsleder/enhetsleder i spesialisthelsetjenesten. Vi ser ikke behov for å velge ut fra alder og kjønn, men derimot ut fra ledernivå og tilgjengelighet. Lederne på klinikknivå har ofte en profesjonsutdanning, leger, sykepleiere osv. og noen har i tillegg ulike typer lederutdanning, på direktørnivå går vi ut fra at høyere økonomisk administrativ utdanning er mest vanlig. Når det gjelder utdanning utover profesjonsutdanning, er det spesielt ledelse som er interessant for oss.

Det er viktig hvem vi velger ut for å snakke med og at vi er bevisste hvordan vi plukker dem ut. Vi tenker at det ikke er tilfeldig hvem vi snakker med, vi velger derfor ut åtte respondenter blant lederne som vi på forhånd mener kan gi oss den informasjonen vi er ute etter. Denne måten å plukke ut respondenter på kan gi et skjevt utvalg. Helgelandssykehuset Mo i Rana og Psykisk Helsevern ved St.Olavs hospital har begge en begrenset størrelse, noe som gjør at vi har en oversikt over hvem som er aktuelle respondenter blant lederne. Med så få enheter i undersøkelsen vil det være vanskelig å etterstrebe et representativt utvalg. Den kvalitative metode har heller ikke som mål å si noe om det generelle eller typiske, men om det unike og

spesielle. Hensikten er altså å avdekke fenomener. Hvis det viser seg at representativiteten blir interessant for resultatet av undersøkelsen vil vi kommentere det.

Vi har valgt respondenter fra St.Olavs Hospital og Helgelandssykehuset Mo i Rana, da det er på disse sykehusene vi jobber og dermed har anledning til å gjennomføre undersøkelsen. Vi henvendte oss så til de personene som innehar de posisjonene vi ønsker å intervju.

Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital har noe ulik administrativ oppbygging, da ikke minst fordi St.Olav er et lokalsykehus i et tettere befolket område enn Helgeland, samt at det i tillegg er regionsykehus for hele region midt Norge. For å illustrere forskjellene viser vi til at divisjon Psykisk Helsevern ved St.Olav har ca.1600 ansatte mens det ved Helgelandssykehuset Mo i Rana er vel 400 ansatte. Vi har likevel valgt å likestille lederposisjonen hos divisjonssjef på St.Olav med avdelingsdirektøren ved Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Foretaksdirektøren ved Helgelandssykehuset Mo i Rana var ikke tilgjengelig for intervju. Så vi intervjuet medisinsk direktør i Helgelandssykehuset i hans fravær. Medisinsk direktør er stedfortreder i foretaksdirektørens fravær også i andre sammenhenger enn denne.

Den første avdelingslederen vi forespurte om å stille til intervju hadde vært leder både før og etter reformen, men hun kunne dessverre ikke stille opp. I hennes fravær valgte vi derfor en annen avdelingsleder som startet i avdelingslederjobben etter reformen.

Avdelingsdirektøren, avdelingssjefen og avdelingslederen vi intervjuet fra Helgelandssykehuset Mo i Rana var ikke i disse posisjonene før sykehusreformen i 2002.

Heller ikke alle respondentene fra St.Olav var i sine nåværende lederposisjoner da sykehusreformen ble innført. Direktøren var dekan ved NTNU i 2002, men var medlem i det første styret ved St.Olavs Hospital etter reformen. Divisjonssjefen var i en annen administrativ jobb ved St.Olavs Hospital og tidligere var vedkommende direktør ved et lokalsykehus på Helgeland. Avdelingssjefen var i klinisk jobb ved St.Olav i 2002 og startet i sin nåværende lederjobb i 2005, men har likevel klare synspunkt på sykehusreformens påvirkning av virksomheten. Avdelingslederen/enhetslederen var i sin lederposisjon ved innføring av sykehusreformen.

Vårt ønske om å intervju helseminister Bjarne Håkon Hansen lot seg dessverre ikke gjennomføre. Bakgrunnen for at vi ønsket å intervju ministeren var vårt ønske om å få innsikt i hvordan beslutningene fattes og hvordan deres videre reise nedover i linjen arter seg, helt til ledernivået som er nærmest brukeren eller pasienten. I ministerens sted ble det fra

HOD foreslått en annen person som har en sentral rolle i arbeidet med Samhandlingsreformen og som gjennom det har sitt arbeid i departementet. Han kommer fra en stilling som kommuneoverlege i Trondheim kommune, en stilling han har hatt gjennom flere år. Men etter at intervjuet med den anbefalte respondenten fra HOD er vi blitt klar over at vedkommende var svært inne i Samhandlingsreformen og hadde klar oppfatning av hva bakgrunnen til Samhandlingsreformen er og derav til hva som ikke hadde vært ”full treffer ” med sykehusreformen av 2002.

#### **4.6 Analyse av datamaterialet**

Etter gjennomføringen av ni åpne individuelle intervjuer satt vi igjen med en stor mengde rådata som vi måtte transkriberes. Vi har under transkriberingen rangert svarene hierarkisk, I kapittel 5, der intervjuene blir gjengitt i sin helhet. Avslutningsvis i kapitlet 5 fremstiller vi respondentenes/informantens svar i tabell 1. Den videre analysen av empirien blir i sin helhet foretatt i kapittel 6.0.

#### **4.7 Styrker svakheter ved vårt metodevalg**

Vårt valg av kvalitativ metode har gjort av vi henvender oss til personer i organisasjonen som vi mener har noe spesielt å bidra med i forhold til undersøkelsen. Da flere av de vi forespurte om å la seg intervjuer ikke kunne stille opp, ble disse erstattet med andre i organisasjonen. Innehar tilsvarende posisjoner og har opplevd noe av det samme. Faren med dette er at disse respondentene ikke kan belyse fenomenet, sykehusreformen, vi har valgt å undersøke på samme måte som de først valgte. Men sett på en annen måte kan disse personene gi oss innspill fra empirien som vi ikke hadde forventet. I praksis betyr dette at resultatene fra undersøkelsen til en viss grad kan bli annerledes enn de antagelser vi i utgangspunktet bygget undersøkelsen på. Noe vi ser på som svært spennende og vil kommentere mer i kapittel 6.0.

I kapittel 6.0. vil vi også reflektere over om vårt valg av metode har medvirket til at dataene våre er valide og pålitelige, altså om vi måler det vi ønsker å måle? Videre vil vi drøfte om våre konklusjoner er gyldige og til å stole på (Jakobsen 2005).

Respondentene vi forespurte om å stille opp til intervju fikk før intervjuet skriftlig informasjon om at vi ønsket å foreta denne undersøkelsen i.f.m vår masteroppgave og at undersøkelsen var godkjent av våre ledere. I brevet forpliktet vi oss til å anonymisere

synspunktene som kommer frem under intervjuene. Vi har derfor kaldt alle ”han” og vi prøver til en viss grad å unngå å knytte ledernivået opp mot et bestemt sykehuset. For øvrig er vi gjennom vår daglige virke kjent med hva taushetsplikt innebærer og taushetsplikten undertegnet hos våre respektive arbeidsgivere.

#### **4.8 Oppsummering av metodekapitlet**

Vi er kommet frem til at metode for innsamling av data må velges ut fra problemstillingen som er valgt, eller sagt med andre ord tilpasses problemstillingen. I forhold til ”vår” problemstilling, har vi gjennom ”Jakobsens 8 nivå” resonert oss frem til at det er hensiktsmessig å ta utgangspunkt i det kvalitative forskningsdesign. Videre er vi kommet frem til at individuelle åpne intervju er egnet for å undersøke ledernes opplevelse av hvilke påvirkninger sykehusreformen har hatt på styring og ledelse ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital. I tillegg vil vi støtte oss til Evalueringsrapporten og annen forskning som er gjort i forhold til ledelse av endringsprosesser i sykehus og som ble presentert i teoridelen.

## 5.0 Presentasjon av data

I dette kapitlet presenterer vi dataene vi har samlet inn. Ved hjelp av en spørreguide har vi intervjuet fire respondenter fra Helgelandssykehuset i Mo i Rana og fire respondenter fra St.Olavs Hospital. Utvalget er, som vi har presentert tidligere, ledere fra i alt 4 ledernivå i sykehus. I tillegg ønsket vi i utgangspunktet å intervju helseministeren. Han kunne dessverre ikke stille selv, men han sendte en representant for seg. Bakgrunnen for det var at vi ønsker å se på hva som skjer fra at beslutning om en reform er tatt, og fram til at behandlingstilbudet når pasienten. Vi intervjuet informanten for helseministeren i runde nummer to. Med bakgrunn i de opplysningene vi fikk fra intervjurunde med de første åtte respondentene, hadde vi behov for andre opplysninger, og dermed laget vi en annen intervjuguide til intervjuet med han.

Vi presenterer dataene vi har fått inn som en matrise. Ved at vi ser respondentenes/informantens svar i lys av forskningsspørsmålene. Respondent/informantene har vi p.g.a. anonymitet, gitt nummer etter hvor de er i hierarkiet. Med det menes at informant fra Helseministeren er nummer 1, direktørene for helseforetakene nummer 2a og 2b o.s.v. Vi gjør oppsummeringer etter hvert forskningsspørsmål og her vil vi knytte dokumentundersøkelsen opp mot respondentenes/informantens svar. Til slutt søker vi å få ut hovedessensen av svarene, som i denne sammenheng er interessant for oss å gå videre med til kapittel 6, der essensen knyttet til forskningsspørsmålene skal analyseres og drøftes opp mot de ulike teoriene vi har valgt. Dette visualiseres i tabell 1.

### 5.1 Forskningsspørsmål 1

#### **Hvilke erfaringer har respondentene ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital gjort seg i forhold til styring og ledelse av sykehuset etter reformen?**

For å få svar på dette, har vi som vi sa innledningsvis i dette kapitlet, brukt respondentene svar på spørreguidens fem første spørsmål for å få tak i det vi mener er interessant å ta med oss videre når vi skal analysere svarene opp mot teori i kapittel 6.

#### **5.1.1 Respondentenes svar angående forskningsspørsmål 1**

##### **Sykehusreformen ble innført i 2002, - hva tenker du om det nå?**

Respondent nr. 2 a:

Det var en riktig reform. Det var uforutsigbart med fylkeskommunen. Plutselig gjorde politikerne en hestehandel, som foreksempel i 1997 da de vedtok å legge hovedsykehuset på

Helgeland til Sandnessjøen mot å få gjennomslag for noen viktige prinsipper vedrørende vegforbindelsen i Lofoten. Det var en mystisk prosess. Fylkeskommunen greide ikke å ivareta hele Nordland. Det medførte polarisering mellom Nordlands sju sykehus og ikke minst de tre som ligger på Helgeland. Med sykehusreformen kom Mo styrket ut. Foretaksledelsen ble lagt til Mo med bakgrunn i at Rana hadde det største sykehuset, var faglig sterkest og lettest å rekruttere til.

Respondent nr. 2 b:

Bakgrunnen for reformen var at spesialisthelsetjenesten systematisk brukte mer penger en budsjettet og alle fikk tilgivelse for overforbruket. Det var ingen sanksjoner. Systemet var ikke bærekraftig. Derfor kom sykehusreformen med mer styringssystem som i seg selv gir en selvstendig verdi.

Respondent nr. 3 a:

Helsevesenet har utviklet seg til en topptung og hierarkisk organisasjon. Stortinget, HOD, styret i RHFene, RHF ledelsen, styret i lokalt foretak, ledelsen i lokalt foretak og sykehusledelsen. Har hierarkisk styring noen misjon? Hvorfor er det nødvendig med fire regionale foretak. Filosofien bør være å presse beslutninger så lang ned i organisasjonen som mulig, de som er nærmest arbeidsoppgavene veit best hvor skoen trykker.

Respondent nr. 3 b:

Sykehusreformen er noe av det beste som har skjedd. Da jeg kom fra Helgeland-sykehuset til St.Olavs Hospital, opplevde jeg at sykehuset sto langt tilbake m.h.t. økonomisk styring. Det fantes ikke oversikt, ingen forsto seg på økonomi. Det har skjedd noe dramatisk, reformen har hjulpet oss å få fokus på ledelse.

Respondent nr. 4 a:

Tenker ikke lenger på sykehusreformen 2002, alt det rundt den er perifert nå. Men husker tilbake at det var sterk misnøye med fylkeskommunene som eier, det var noe om en hestehandel og veier i Lofoten. Reformen gav håp om mer likhet på nasjonalt nivå.

Respondent nr. 4 b:

Jeg var i utgangspunktet imot reformen, mener at den kun var økonomisk motivert, det "lekes" privat næringsliv i sykehuset. Det tenkes kun drift, faget er blitt underordnet! Jeg var/er imot modellen med regionale helseforetak, dette er kun en politisk hestehandel der økonomistyring er sentralt på bekostning av faglig styring. Reformen fikk bort politikeren, men da politikeren igjen gikk inn i styrene har vi virkelig fått hybrider. Hvorfor skal det regionale helseforetaket balansere St.Olav opp mot de andre sykehusene i foretaket.



Respondent nr. 5 a:

Det ble mer bedriftslikt. Det ble mye omveltninger p.g.a. ny funksjonsfordeling mellom sykehusenhetene, for eksempel personalkontor i Mosjøen, innkjøpskontor i Sandnessjøen, regnskap og lønn i Mo. Utfordring med systemene som kom med endringene, for eksempel det elektroniske. Gat, DIPS, DocMap, Nissy (bestilling av syketransport)bl.a. Det hagler inn, og det er store omveltninger med de nye systemene. Krever mye opplæring. Dette kunne ha kommet selv om fylket hadde drevet videre. Nytt styringssett fra 2002; regnskap, mål og resultater.

Respondent nr. 5 b:

Det spiller liten rolle i min hverdag. Vi (psykiatrien) er blitt stebarn av det somatiske sykehuset. Vi var mer selvstendige før. Vi er lite beskyttet. Alle nedskjæringene som sykehuset har hatt har også vi blitt en del av. 5 b føler seg lurt, fordi i 2007 ble Haukåsen og Østmarka slått sammen for at det skulle være en ”dør inn”. Det skulle føre til mer effektive tjenester, en del av dette var en samtidig oppbygging av ambulante team. Dette var en riktig tankegang, men i realiteten ble det en nedskjæring og nedleggelse av mange senger før en fikk bygd opp ambulante tjenester. De er enda ikke oppe og går. Vi merker ingen ting av dem. Han var med i planlegging av det nye psykiatrisenteret på Øya, dette er skjøvet ut i det blå. Altså er senger lagt ned for å omdisponere midler til ambulante tjenester som ikke er kommet i gang. Effekten av dette er en altfor liten kapasitet i psykiatrien i Sør-Trøndelag. Om dette skyldes reformen, eller hva hadde skjedd hvis vi fremdeles var i fylkeskommunen, er ikke godt å si.

### **Med din erfaring som leder før og etter, - hvordan opplevde du forandringen?**

Respondent nr. 2 a:

Statlig styring er riktig vei. De regionale helseforetak ser alt mer samlet. Regionalisering er ok. Det er en mer helhet i spesialisthelsetjenesten nå. Det er bestilling fra staten. Det er nå en ok struktur på oppdragdokumentet fra HOD for 2009 det inneholder klare regionale føringer. Hvis jeg skal si noe negativt om oppdragdokumentet er det at det er vel detaljert og at det er lagt opp til store mengder rapportering ved bruk av ulike rapporteringssystem til det regionalt helseforetak. Alt som skal rapporteres burde ligge i et og samme ledelses – og informasjonssystem der data lett kunne hentes ut. Kandidat nr. 2 a knytter ikke dette direkte til reformen, prosedyrene ville trolig blitt revidert også under fylkeskommunen.

Respondent nr. 2 b:

Regnskapsloven kom inn etter reformen. Nybyggingen av St.Olav ble vedtatt før dette ble gjeldende, dette medfører at St.Olav nå må forsvare store lån og med dagens ordning vil dette medvirke til at vi har mindre penger til drift av sykehuset. Dette vil ikke St.Olav klare, så jeg vil si at reformen ennå er umoden. Det vil bli for store byrder på små driftsenheter. Hvis vi for

eksempel sammenligner oss med Danmark der Stortinget går inn og finansierer bygg ut fra et prioriteringssystem, vil nybygging på langt nær få så store konsekvenser for drift som hos oss. Jeg opplever forståelse for denne problematikken i HOD og det diskuteres tiltak, men vi er ikke i mål. Det vil føre til store konsekvenser for sykehuset om vi må nedbemanne med ytterligere 4 – 500 ansatte for å finansiere nybygget.

Respondent nr. 3 a:

Var ikke leder i helsevesenet før reformen, men i det private næringsliv. Han mener at ledelse er nokså likt uansett virksomhet. Men virkemidlene kan være ulike i privat og offentlig virksomhet. Det må alltid følge ansvar med makt og myndighet. Som leder har jeg sterkt fokus på gjennomføring og ikke bare ”prat”. En er alltid avhengig av de andre i teamet for å få utrettet noe. Ledelse går mye ut på å tilrettelegge for drift. Sykehusreform eller Samhandlingsreform, kall det hva du vil, det spiller ingen rolle. Uansett handler det å lede om penger og folk.

Respondent nr. 3 b:

Ingen forsto seg på økonomi. Jeg er kjempeglad for at penger følger ledernivå. Ledelse handler om personal, drift og økonomi. Det kom inn struktur om lederavtaler som inneholder dokumentasjon i form av budsjett, regnskap og statistikk, og som tilser at vi leverer det vi skal. Styringen fra departementet kom før i form av ”idealskriv”, nå er det oppdragsdokument. Men de er fremdeles preget av for mye idealisme. Oppdragsdokumentet skulle ha kommet i oktober, da hadde det passet inn i.f.t. eget budsjettarbeid. Nå kommer det ikke til vårt nivå i form av styringsdokument fra Helse Midt før i februar, da har vi allerede vedtatte budsjett for året. Kandidat 2 b opplever det ikke som et veldig stort problem fordi de langsiktige føringene i oppdragsdokumentet går igjen fra år til år og med noen punkt som blir fokusert innenfor året. På denne måten har han en peiling på hva som kommer og som han bruker i eget planarbeid.

Respondent nr. 4 a:

Jeg var ikke avdelingssjef før reformen, men ut fra mitt ståsted som kirurg er jeg mer bevisst på hva som skjer på nasjonalt plan m.h.t. sentralisering av oppgaver og derav tilbud i sykehusene. Det har vært en rivende teknologisk utvikling innen kirurgien og det har vært med på å sette fokus på hvor liten det er forsvarlig å være for å få nok trening. Helgeland har en populasjon på 78 000 mennesker og 3 lokalsykehus. Ut fra populasjonen alene burde det bare vært et sykehus med akutfunksjon innen kirurgi.

Respondent nr. 4 b:

Jeg var ikke leder før reformen. Jeg har aldri hatt noe sterkt ønske om å komme i lederposisjon, men ble forespurt om å vikariere i jobben da den ble ledig i 2005 og har siden blitt i den.

Respondent nr. 5 a:

Nr. 5 a var ikke leder før sykehusreformen, men som avd.leder må jeg ha satt meg inn i alle store krav, sykepleierne ønsker å jobbe med pasientene og prioriterer dem. De prioriterer ned å sette seg inn i nye system, for eksempel kvalitetssystemet, det blir lagt unna. Det er underrapportering i DocMap. EPJ er positivt, alle dokumenter arbeidet sitt, også hjelpepleierne. Medarbeiderne har taklet overgangen til nye systemer relativt bra.

Respondent nr. 5 b:

Jeg opplever at det er en manglende kontroll i psykisk helsevern nå. Hadde vi hatt lokalpolitikere som styrte ville det kanskje vært enklere, -de er lettere å påvirke enn byråkratene.

### **Hvordan opplevde du å være leder før reformen, - enn nå?**

Respondent nr. 2 a:

Kandidat nr.2 a var leder før reformen, men i en annen lederstilling. I reformperioden var det mye mer fokus på ledelse og ledelse i omstilling. Det var lederutviklingsprogram i statlig regi og annen lederutvikling. Men det er ikke enkelt, ikke minst å lede egen profesjon (leger), her er det mye gammel kultur.

Respondent nr. 2 b:

Respondenten hevder at han har en naiv enkel ledelsesfilosofi og tilnærming til ledelse. Han forteller at han alltid står for det han sier og mener det han sier. Han må være overbevist selv før han går ut i organisasjonen. Jeg blir gjennomskuet hvis jeg har en dobbelt agenda. Jeg har en idealistisk holdning til samfunnet og for meg er det et samvittighetsspørsmål å forvalte økonomiske og menneskelige ressurser slik at ikke helsevesenet ekspanderer på bekostning av andre sektorer i samfunnet. Et eksempel: i dag går en av seks personer inn i helse og sosial - vesenet. Hvis vi opprettholder tilbudet slik som i dag vil vi i 2025 trenger at en av tre går inn i disse jobbene, er dette realistisk? Jeg syns styringsdokumentene/oppdragsdokumentet er for detaljert. Det burde vært gitt større frihet til organisasjonen for å løse oppgavene. RHF må ikke bare styre etter desibelmetoden – effektivitet må gi fordeler – og det har det gjort etter at St.Olav kom i økonomisk balanse har vi bl.a avsatt 10 mill til forskning.

Respondent nr. 3 a:

Like etter innføring av foretaksmodellen med sine regnskapsprinsipper og krav om økonomisk balanse fikk det ikke konsekvenser å være ”ulydig”. På mange måter kan en si at ”fylkeskommunen hang igjen en tid” ved at det kom nye friske penger eller at overforbruk fikk få konsekvenser. Men de siste par tre årene har dårlig styring og ledelse av sykehusene begynt å få konsekvenser, det har bl.a. medført nedbemanning og omorganisering ved mange av sykehusene som har hatt skakkjørt økonomisk styring. I min tid som sykehus direktør har det vært kontroll over økonomien på sykehuset, det har gitt oss frihet. Vi unngår ”innblanding” av konsulenter som kommer med forslag til innsparingspakker som vi ikke eier selv. Faren ved å ikke ha denne friheten er det viktig å få medarbeiderne i organisasjonen til å forstå. Foretaksmodellen springer ut fra ” konsern” tanke gangen uten at det er ikke tatt høyde for at hvert sykehus er et eget ”lite konsern” med egne systemer for nesten alt.

Respondent nr. 3 b:

Det som skjedde på Helgeland (før reformen) har satt sine spor. Det foregikk en kamp for å bevare lokalsykehuset sitt, befolkningen var mistenksom til den nytilsatte direktørens hensikter. ”De trodde jeg var hyret inn for å legge ned sykehuset deres.” Han tok noen strategiske grep for å få legitimitet, og nevner her 17. mai talen han holdt og valget hans om å delta på et lederutviklingsprogram sammen med byens næringslivstopper. Men han understreker at han hele tiden som toppleder har kjempet for legitimitet fordi han ikke er lege. Han fremstiller seg som en ”figther” og strateg og ser det i sammenheng med egen oppvekst og bakgrunn, oppvokst med mange brødre. I jobbene han har hatt som leder er det disse egenskapene han har brukt, og funnet ut at han har lyktes med. Legitimitet står sentralt i dette, han nevner kamper i.f.t. sykepleierne, befolkningen i Mosjøen og nå overlegene. Han har ønsket å være leder i linjen, liker å fatte beslutninger. Å være i stab krever noe annet mener han, som for eksempel en ydmykhet han ikke selv har. Han innrømmer å ha et verdensbilde som er som en kamp-arena der han identifiserer sine fiender og venner. Han opplever på den en siden skam over å se verden på denne måten, på den andre siden har han erfart at det fungerer. Hvor lenge han vil være leder for PH, vet han ikke. Kampene er over mener han, det betyr at tiden for hans muligens snart er ute? Han tenker mye på at han ikke har den riktige fagbakgrunnen. I 2004 lå ledelsen i Psykisk Helsevern nede, det var nærmest et sammenbrudd. Han ble bedt på 14 dagers varsel om å gå midlertidig inn som divisjonssjef i ett år. Etter at året var omme, fikk han tilbud om stillingen. Det takket han nei til. Han ville at stillingen skulle utlyses og at han søkte på vanlig vis. Det gjorde han, og da 5 av hans 7 avdelingssjefer ønsket han inn i stillingen, opplevde han det som en god nok legitimitet. Det er mulig at det nå trengs en annen type ledelse. Utviklingen ser ut til gå i retning av at det er overleger som har legitimitet. Han opplever at hans overordnede står for denne linjen. Da han startet i 2004 var halvparten av St.Olavs avdelingssjefer av annen fagbakgrunn enn leger, nå

er det to tredjedel. Han mener femti/femti er en grei fordeling, han er imidlertid skeptisk til utviklingen som skjer.

Det er en krevende lederjobb han har i dag. Han har direkte personalansvar for ca. 25, avdelingssjefer og hele staben. Han har lederavtaler med alle avdelingssjefer. Ledelse, mener han, handler om personalarbeid, drift og økonomi. I tillegg skal han legge strategier for hele psykisk helsevern. Så sitter han i St.Olavs Hospitals lederteam for hele St.Olavs Hospital, og derigjennom i flere utvalg. Ca. 9 dager pr. mnd. bruker han til dette arbeidet. Han mener han ikke har mulighet til å fylle stillingen ved å holde seg innenfor vanlig arbeidstid, han bruker store deler av helgene til å lese dokumenter for å gjøre det han mener er en god nok jobb. Han synes ikke han greier å følge den enkelte i staben godt nok opp. Dette fører til en manglende koordinering, at den enkelte ansatte gjør for mye det de vil, at arbeidet ikke foregår fokusert og planmessig godt nok. Han innser at han ikke vil greie det store arbeidspresset i lengden. Spesielt har han merket dette når han nå har hatt en varsling om mobbing på seg. Det har vært en påkjenning. Heldigvis er dette nå avklart og avkreftet etter en runde med juridisk bistand. Han vil derfor, etter først å ha tatt seg permisjon, tilsette leder for staben.

Hans erfaring med overleger som ledere (og det på høyt nivå), er at de ofte har andre jobber i tillegg, som for eksempel å ha mye klinisk arbeid, drive forskning, ha bistillinger som professorat ved universitetet. Han mener de ikke tar ledelse på alvor, det kontroversielle er at de altså har legitimitet.

Ved en avdeling tilsettes nå ny leder, som er overlege. Han får en svært viktig rolle. 3 b vil prioritere å følge han opp tett og tilse at han leder på en ønsket måte, bl.a. at han har et lederteam som blir hensiktsmessig brukt (at linjen blir brukt).

Respondent nr. 4 a:

Jeg var ikke leder for et område før reformen, men opplever nå nye krav som gir oss nye muligheter på noen områder mens vi taper på andre. Jeg mener at min gjennomslagskraft som leder har sitt utspring i klinisk erfaring som kirurg. Tidligere følte jeg sterkt for egen avdeling, men har etter hvert fått større forståelse av at sammenhenger og samhandling i sykehuset er helt nødvendig. Nasjonalt topplederprogram var svært nyttig for meg og gav meg innblikk i problemløsninger ”det skjedde forandringer i hodet mitt”. Det ble lagt stor vekt på ”min” rolle som leder og jeg er nå mye mer bevisst i prosesser som foregår og kommer tidligere på banen med tiltak. Frustrasjonen som leder kan til tider være stor, men topplederprogrammet har gitt meg større forståelse av mekanismene i ulike prosesser og evnen til å analysere det som foregår på en annen måte. Jeg har utviklet meg selv og min lederstil til å bli mer profesjonell etter topplederprogrammet.

Respondent nr. 4 b:

Sykehusreformen har fått til å øke legelønningene. Sykehusreformen har fått til å øke topplederlønningene. Jeg mener det er totalt galt at en i helsevesenets toppledelse møter tre nivå med sivilingeniører eller siviløkonomer før en treffer en fagperson. Alle må ha et minimum av faglig kompetanse, lege leder kan være et ”drawback” pga lojalitetskonflikt mellom egen gruppe og nødvendige samarbeidsgrupper.

Respondent nr. 5 a:

Nr. 5a var ikke leder før sykehusreformen. Han opplever at det er vanskelig å få gehør for regelverket hos avdelingssjef som er overlege. På 5-6 år har det vært skifte av leder 5 ganger, de har alle vært overleger. Det er enhetlig ledelse her. Jeg har mange ganger opplevd at lederen min mangler forståelse for kompleksiteten i arbeidsoppgavene på en stor generell medisinsk avdeling. Han forteller om stadig skifte av strategier. Den siste lederen kom for 3 år siden, han tenker mer ledelse. Med det mener han organisering og at det styres mer etter oppdraget. Ledelsen er blitt mer tydelig. Styringsdokumentene er blitt mer tydelig ned gjennom linjen. Før var et altså sånn at overleger kom og gikk, nå klarere overordnede føringer som er mer implementert i organisasjonen

Respondent nr. 5 b:

Det har vært en utvikling gjennom hele min karriere. Som avdelingssykepleier på 70-tallet, først på Reitgjerdet senere Rotvoll, var jeg en slags daglig leder og listefører. Jeg gikk i turnus, ledelse var ikke vektlagt i avdelingssykepleierollen. Vi hadde liten myndighet og ingen styring m.h.t. økonomi. Først fra 1988 disponerte avdelingssykepleierne noe, fra 1993 fikk vi på Østmarka et større budsjettansvar. Etter hvert kom også ansvaret for tilsettinger. Oversykepleiersjiktet har kommet bort, flere og flere oppgaver har falt på enhetsleder, som det heter i dag. Det dreier seg for eksempel om å innvilge permisjonssøknader og oppfølging av IA-avtaler. Dette er både og. Det er virkelig bruk for en ass. avdelingsleder nå, stillingen er blitt mer en leder med lederoppgaver. For eksempel har han ansvar for den faglige utviklingen av posten. De nye helselovene fra 2001 virker inn og stiller høyere krav til ledelse. Heldigvis har vi fått postsekretærer etter hvert, det har lettet på trykket på arbeidsoppgaver betraktelig.

P.g.a. alt som har skjedd, nedlegging av 31 sengeplasser i Sør-Trøndelag i.f.m. sammenslåing av Østmarka og Haukåsen, utsettelse av psykiatrisenteret fordi det ikke var igjen penger til det, driver jeg nå akuttpost i et ufunksjonelt bygg. Det medfører til stress. I fjor førte det til 2 mill. i merforbruk, i hovedsak til ekstravakter og overtid. I hverdagen min må jeg hele tiden vurdere bruken av ressurser. Det er ubehagelig å hele tiden måtte stå til rette for et merforbruk, selv om jeg blir forstått og sykehuset i sin helhet greier å være i økonomisk balanse.

### **Bedre økonomistyring var et uttalt mål, - hvordan opplever du det som leder?**

Respondent nr. 2 a:

Bestiller utfører, DRG som kom i 1997 er et fornuftig prinsipp. Vi har ikke noe bedre. Kombinasjonen ramme/innsatsstyrt finansiering er vanskelig fordi vi ikke vet hva staten bestemmer seg for. Blir det 40/60 eller hva bestemmer de seg for i det kommende år, dette er spennende for hvert år. Det regionale helseforetaket får oppdragsdokumentet fra HOD. Men det er et paradoks at oppdragsdokumentet ikke kommer til Helgelandssykehuset før i februar, dette gjør det vanskelig å styre. Det er statsbudsjettet som gir rammene, så dette må vi leve med til en viss grad. Men styringsprinsippet som sådan, fungerer greit. Bestillingen kommer fra staten. Bestiller – utfører rolle er ikke skilt godt nok.

Respondent nr. 2 b:

Da jeg startet i jobben som sykehusdirektør i 2006 hadde sykehuset et underskudd på 650 millioner kr. og det var en voldsom frustrasjon i organisasjonen. Min jobb var da å forvalte pengene vi hadde fått til disposisjon. Jeg gikk ut på allmøter og medelte dette og at jeg ikke kom til å be styret om mer penger før vi klarte å drive en god virksomhet ut fra tildelte ressurser. Jeg ser ikke motsetning mellom økonomisk kontroll og kvalitet på helsetilbudet. Men jeg har et bevisst forhold til at økonomiske insentiver virker og bruker muligheten til å gi ”gulrøtter” når jeg vurderer det som nødvendig.

Respondent nr. 3 a:

Det er en tabbe å ha overfokus på noe folk ikke bryr seg om – økonomien. Helsepersonell har i lang tid ikke følt ansvar for god økonomistyring. Til en viss grad er dette lett å forstå for det har vært manglende måling og oppfølging, og de som har vært dårligst i klassen har fått belønning ved økte bevilgninger fra eier.

Respondent nr 3 b:

Da jeg kom fra Helgeland-sykehuset til St.Olavs Hospital, opplevde jeg at sykehuset sto langt tilbake m.h.t. økonomisk styring. Det fantes ikke oversikt, ingen forsto seg på økonomi. Det har skjedd noe dramatisk, reformen har hjulpet oss å få fokus på ledelse. Jeg er kjempeglad for at penger følger ledernivå. Ledelse handler om personal, drift og økonomi. Det kom inn en struktur om lederavtaler som inneholder dokumentasjon i form av budsjett, regnskap og statistikk, og som på den måten tilser at vi leverer det vi skal.

Respondent nr. 4 a:

Periodevis har det vært for stort fokus på økonomi. Forretningsspråket har kommet inn, det snakkes nå om produksjon og ikke om antall behandlede pasienter. Men samtidig ble du ikke spurt om hva du hadde gjort, bare antallet. Jeg mener at helsevesenet ikke kan styres ut fra

økonomiske incentiver alene, da de økonomiske incentivene stadig endres for eksempel polikliniske takster blir ikke fastsatt før slutten av året.

Respondent nr. 4 b:

Jeg mener at det er umulig å drive sykehus ut fra regnskapslovens prinsipper for eksempel når en blir tvunget til å avskrive 80% av investeringene. St.Olavs nybygg vil av den grunn "velte" sykehusdriften pga kapitalutgiftene. Galt at noen får starte med blanke ark ved årsskiftet, økonomiske overskridelser har ikke fått konsekvenser for dem det gjelder, men gått ut over andre.

Respondent nr. 5 a:

Fra eget ståsted som avdelingssykepleier merkes ikke dette så mye, virksomheten i en sengepost er ikke aktivitetsavhengig. Er med i vurderinger når personalressurser skal overflyttes til andre avdelinger, evt. til andre avdelinger på Helgeland.

Respondent nr. 5 b:

Bovim er flink da, det at han har gjort med sykehusøkonomien (fått kontroll) er nok samfunnsøkonomisk riktig.

### **Bedre kvalitet var et annet mål, - hva tenker du om det?**

Respondent nr. 2 a:

Veldig mange skiller økonomi og kvalitet. Det er ikke kandidat nr.2 a enig i og mener tvert i mot at det er ikke motsetninger. Det er viktig å finne optimalt pasientforløp, å behandle pasienten på riktig omsorgsnivå. Det er riktig å få ned forbruket av sykehussenger. Sammenligninger av de tre Helgelandssykehusene viser for eksempel at i Sandnessjøen er det flere liggedøgn pr. pasient. Det må forefinnes prosedyrer som blir etterfulgt og personellet må trenes i dem.

Respondent nr. 2 b:

I dag har vi mulighet for å gi kvalitativt god behandling, men med begrensinger. Medisinsk forskning har gjort store fremskritt og i et sosialdemokratisk samfunn er det ikke riktig at vi bruker mer av velferdssamfunnets penger til spesialisthelsetjenesten. Viser til et eksempel: I 1997 ble det brukt 5 mill kroner til cellegiftbehandling av kreftpasienter, i 2003 ble det brukt 35 mill kroner til kreftbehandling og mange synes fremdeles det var for lite satsning innen fagfeltet. Vi er tvunget til å prioritere bort svært ekstravagante behandlingsmetoder og det mener jeg er helt ok. Jeg mener at det er bra med utfordring mellom kvalitet og ressurser, vi gir god nok behandlingskvalitet innenfor gitte ressurser.



Respondent nr. 3 a:

Vi har jobbet målrettet over år med å rekruttere og utdanne fagfolk samt tilrettelegge bygningsmasse og utstyr til optimal drift. Så i 2009 blir først og fremst utfordringen å få fagfolkene i drift og å fokusere på utvikling av avdelingslederrollen ved skoloring på og bevisstgjøring av arbeidsoppgaver.

Respondent nr. 3 b:

Kvaliteten er forsterket. Han mener det skal gis et strukturert behandlingstilbud. I dag skjer det ved at det er fokus på utvikling av standardiserte pasientforløp, kvalitetsindikatorer, prioriteringsveiledere o.s.v. Han har tro på dette. Pasientene kan føle seg tryggere.

Respondent nr. 4 a:

Helse Nord har sentralisert kreftkirurgien til UNN, da denne avanserte kirurgien krever tverrfaglighet av en karakter ikke lokalsykehusene er i besittelse av. Kvaliteten på tilbudet blir ivaretatt ved denne sentraliseringen og det har vi vært lojale mot. Innen fødselsomsorg og gynekologi har og er debatten om sentralisering og standardisering av tilbudene i gang. Denne debatten har sitt utspring i fagmiljøene som gir råd til HOD. Jeg er usikker på om denne utviklingen kommer av sykehusreformen eller om den hadde kommet uansett som følge av utvikling av det medisinske tilbudet.

Respondent nr. 4 b:

Psykisk Helsevern var veldrevet og hadde god økonomisk kontroll under fylkeskommunal styring, og der var delegeringsprinsippet gjeldende. Etter reformen og St.Olav ble til er det uttalt detaljregulering og overprøving på bekostning av faglig kvalitet. Psykisk Helsevern er blitt ”RITifisert”. Med det mener jeg at vi styres etter samme lest i hele sykehuset. Det blir ikke god faglig styring hvis en ”svir” av alle pengene på kun en ting. Kvalitet bygges nedenfra i en organisasjon, de som er nærmest.

Respondent nr. 5 b:

Publikums krav til service har økt. Vi har for lite fagfolk. Publikum har fått kastet blå i øynene. For eksempel er pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser og samtidig rusproblemer, et økende problem. De trenger langvarig behandling og oppfølging, videre støtte til pårørende og samarbeid med 1.linjen. Det merkes videre at eldrebølgen kommer, også inn i det psykiatriske sykehus. Pasienter med schizofreni har alltid hatt behov for langvarige behandlingstilbud i psykiatrisk sykehus. Dette tilbudet er det slutt på. Nå kan ikke DPSene ha langvarige innleggelse heller, men de må skjønne at de må ta mot pasienter fra oss på kort varsel for at vi skal fungere.

### **Avslutningsvis til forskningsspørsmål 1:**

Det kan se ut som erfaringene våre respondenter har gjort seg angående styring og ledelse etter reformen, er forskjellig på de ulike ledernivåene. Det virker som om det er et brudd i linjen når en kommer til enhetslederne, - på det overveiende utøvende nivå hvor det meste av ressursene brukes og der tjenestene når pasientene. Enhetslederne ser ut til å i langt større grad ha negative erfaringer med styring og ledelse etter reformen.

En annen sak som er iøynefallende, er hvordan legene er spilt inn og i hvert fall ved St.Olavs Hospital fått en tiltakende større andel av viktige lederposisjoner. Legitimitet er et sentralt tema. Undersøkelsen til Skogsaas og Svendsen (Tidsskrift for Den norske legeforening nr.23/30. 2006) støtter våre funn på dette punktet. De beskriver at legene oppfatter seg som fagpersoner og flykter inn i faget når det blir vanskelig. Det kan være noe i at ledere generelt ikke er dyktige i å innta et multiperspektiv på en problemstilling. Når er det hensiktsmessig å forsvare faget og når er det riktig å legge større vekt på et annet perspektiv? Forfatterne hevder at leger har en sterk kultur på å innta et pasient- og fagperspektiv, og for dem kan det være en ekstra stor utfordring å innta et mer helhetlig perspektiv i sitt lederskap. Om ledere med medisinsk bakgrunn fikk særskilt støtte i å utvikle et ledelsesperspektiv ved siden av sitt fagperspektiv, ville de kunne få bedre forutsetninger for å bli dyktige ledere i sykehus, hevder forfatterne .

Mange av respondentene i Skogsaas og Svendsens undersøkelse mente at tall og økonomiske begreper ikke fungerte motiverende i prosesser: «Budsjett og økonomiske begreper er kun verktøy, ikke mål i seg selv.

Evalueringsrapporten av sykehusreformen ble slutført i februar 2007. Dette var en omfattende evaluering, men på langt nær er alle sider ved tjenestene evaluert. For eksempel gjelder det vesentlige spørsmål som om befolkningen har et likeverdig tilbud eller om kvaliteten er endret. Rapporten omtale om styring og kontroll av økonomien er også svært begrenset. Vi opplever at respondentene/informanten i vår undersøkelse har en aktiv holdning nettopp det forskningsrådet ikke har funnet datagrunnlag for å evaluere.

## **5.2 Forskningsspørsmål 2**

### **I hvilken grad er prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse brukt i.f.m. implementering av reformen?**

For å få svar på dette, har vi brukt svarene fra respondentene på spørreguidens spørsmål tilhørende dette forskningsspørsmålet.

Vi har hatt reformer og står nå overfor en ny. Det hevdes at hurtige endringer må vi leve med i framtiden. (J.fr. uttalelser fra bl.a. Bjarne H. Hansen.)

### **5.2.1 Respondentenes svar angående forskningsspørsmål 2:**

#### **I hvilken grad er prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse brukt i.f.m. implementering av reformen?**

##### **Hva tenker du om det?**

Respondent nr. 2 a:

Det er fornuftig med ny reform. Jeg er absolutt for Leon-prinsippet, og vi har ikke greid å etterleve det. Mange behandles på for høyt nivå, og det er for lite samhandling mellom sykehus og kommune. Dette må prioriteres. Riktig sykehusforbruk må være målet, primærtjenesten må bruke lokalsykehuset, og motsatt.

Ny reform (samhandlingsreformen) fører ikke til motsetning, 2a ser det kun som en videreføring av sykehusreformen. Tror altså at det ikke fører til endringer i.f.t. den. En annen sak er at en kunne ha gått lengre. Det burde bare vært ett forvaltningsnivå, men det blir ikke gjort noe med eierstrukturen nå. Tenker at det hadde vært tjenelig med pilot prosjekt kommuner – sykehus der forvaltningsnivå ble opphevet i prosjektperioden. 2 a har erfart et stadig økende behov for samarbeid. Han tar for eksempel fram at 10% av budsjettet går til reiser. Samarbeid med primærleger nevnes her, og at de henviser pasienter ut av foretaket, det utløser kostnader som sykehuset ikke har kontroll over.

Respondent nr. 2 b:

Jeg ønsker å synliggjøre forbedringene som er gjennomført, liggetiden i sykehuset er gått ned, vi stryker færre operasjonspasienter, pasientflyten i sykehuset er vesentlig forbedret, det er gjennomført bedre rutiner før innleggelse i sykehuset ved at spesialistene er tilgjengelig på telefon slik at fastlegen kan konferere med spesialisten, samt at vi har høynet kompetansen i akuttmottaket.

Respondent nr. 3 a:

Helsereformen handlet om ledelse – det har etter hvert blitt økt fokus på å få ledelse på rett spor – hvordan er det da tenkt at ledelsen skal utøves? Her tenker jeg på fag – kontra ledelse. Hvilken annen bedrift i Norge har ledere med ansvar for 100 ansatte og et budsjett på 50 millioner nkr. som ikke innehar noen form for formell lederkompetanse. Hvor lenge holder en lege ut i en slik rolle når han etter hvert mister grepet om faget. Hvordan skal han da få legitimitet hos den viktigste premissleverandørgruppen i sykehuset, legene. Stabilitet i ledelsen er svært viktig, ja jeg mener faktisk at ”turn over ”er en svært uheldig, nærmest

katastrofalt. Hva gir en leder legitimitet, det gir ikke høy status å være leder i sykehus. Må helsepersonell inneha lederrollene? Faget kan ivaretas av de som kan det.

Respondent nr. 3 b:

Sykehusreformen var bra. Vi må bygge videre på den i den nye Samhandlingsreformen.

Respondent nr. 4 a:

Jeg tar utfordringene, men jeg trenger å forstå hensikten og vite målet.

Respondent nr. 4 b:

Vi er overmoden for en ny reform, ønsker meg et forvaltningsnivå. Jeg hater hierarki. Målet med en vellykket reform må være god kvalitet på tjenesteytingen. Jeg er skeptisk til at allmennpsykiatrien får utvikle seg og får midler på bekostning av tilbudet på de psykiatriske sykehusene.

Respondent nr. 5 a:

Det som er sannhet i dag er avleggs i morgen. Det er mye å forholde seg til, og det er mye arbeid med implementering i avdelingen. Nr. 3 har lyst til å bremse av og til, stoppe opp og lære seg noe skikkelig. Det er vanskelig å evaluere p.g.a. hurtige endringer; hva forårsaker hva, hva virker, hva virker ikke. Med de stadige forandringene er det ikke tid til å finne det ut.

### **Hva mener du det kreves av deg som leder?**

Respondent nr. 2 a:

Det kreves at jeg må tenke helsetjenester for hele Helgeland under ett. Og ha mer fokus på systematisk kvalitetsoppfølging. Det er økt fokus på kontinuerlig omstilling, det er helt tydelig at lederne hele tiden må ha "hands on". All erfaring tilsier at også ledere på høyt nivå i sykehuset må være forankret nedover i organisasjonen. Det må være "sørge for". Det er erfaringer med defensive holdninger og motstand hos medarbeidere. Her nevnes eks. fra Mosjøen hvor det var aktiv motstand. Det understrekes at ledelsen må ha hands on, vite at ting er ordentlig forankret. "Hands on" er verktøy, brukes i drøftingsmøte, avdelingsmøter med avdelingsdirektørene. Foretaksledelsen etterspør "hands on", framdriften og hva som skjer i prosessen.

Respondent nr. 2 b:

Jeg synes det er kjempe interessant å få andre til å endre adferd. Men det er irriterende å tenke på at dårlig økonomi tvang oss til å sette fokus på bedre kvalitet. Pasienten har ikke vært i sentrum tideligere. Ledelse er å gi innsikt og få medarbeiderne med på å etablere en positiv kultur, det har fungert hos oss. For å få til dette har det vært arrangert lederutviklingsprogram

for alle ledere der kulturbygging har vært i fokus. Jeg gjennomførte dette i stor grad selv, men hadde hjelp av 2 veiledere, slik har jeg skaffet meg allierte om ideen min.

Respondent nr. 3 a:

Er stort sett fornøyd med utviklingen i min ledergruppe, avdelingssjefene. Det som gjenstår nå er å få neste ledernivå, avdelingslederne, til å ta ansvar. Neste steg blir derfor å få avdelingslederne i samarbeid med ledelsen til å arbeide mot mål ut fra målsettingen og at de får oppfølging i forhold til dette. De skal få hjelp til det de trenger hjelp til i form av opplæring på It – verktøy eller sykefravær eller hva det måtte være. Avdelingslederen er sykehusets ledelses utøver. Slik det er nå påpekes det problemområder, men det er sjelden forslag til tiltak. Ofte klages det fra avdelingsledergruppen at de ikke er med i beslutningsprosesser, de må utvikles til å være på banen. Men det ligger også i sakens natur at avdelingslederrollen har et mindre strategisk element, da det er den utførende rollen. Derfor vil det ofte bli misnøye. Målet må være å få avdelingslederne aktiv i eget myndighetsområde – gjøre det til sitt eget, ved at det er klare interne og eksterne rammer blir dette en artig jobb.

Respondent nr. 3 b:

I forhold til oppdrags - og strategidokument, er det min rolle å si fra hva jeg kan innfri. Det er en krevende lederjobb 3 b har i dag. Han har direkte personalansvar for ca. 25, avdelingssjefer og hele staben. Han har lederavtaler med alle avdelingssjefer. Ledelse, mener han, handler om personalarbeid, drift og økonomi. I tillegg skal han legge strategier for hele PH. Han sitter i Bowim`s lederteam for hele St.Olavs Hospital, og derigjennom i flere utvalg. Han vektlegger at lederen må se og ha kontakt med den enkelte. Det greier han ikke i dag og kommer derfor til å gjøre endringer for at dette skal skje.

Respondent nr. 4 a:

Jeg må lære ulike it verktøy og jeg må forstå hensikten med det. Jeg trenger oppbacking i dårlige tider og noen å dele frustrasjonene med.

Respondent nr. 4 b:

Jeg er åpen og ærlig – skjult agenda mener jeg er illojalt. Men jeg sier alltid fra om det jeg mener er riktig faglig så vel som galt faglig. Jeg er likevel med på å gjennomføre tiltak jeg i utgangspunktet ikke er enig i hvis det blir bestemt, jeg ”sloss” på de riktige arenaer. Jeg mener at jeg har makt som avdelingssjef, men mangler slingringsmann for eksempel til å gi mer lønn til en profesjon som jeg mangler – St.Olav har ens regler for alle. Altså for mye styring på bekostning av mitt ledelsesrom. Jeg er lojal mot tillitsvalgte, vi har en sterk struktur på Brøset. Jeg er prinsipielt uenig med direktøren når han mener at det skal spares inn hos ”fotfolket” mens det ikke skal hos legegruppen. Direktørens mål har vært å øke kompetansen. Jeg har valgt å holde lege og psykolog stillinger vakant for å slippe å si opp miljøpersonalet.

Dette har gitt meg lojalitet hos miljøpersonalet. Jeg har konsekvent nektet å gå på all lederutdanning jeg er blitt tilbudt, da jeg ikke ser noe poeng i å drille ”middelmålighet”. Min jobb er å gi ”fotfolket” rom for å utøve sin jobb i forhold til pasientene. Jeg er for å kjøre beslutninger ned i organisasjonen.

Respondent nr. 5 a:

Å lære seg å la ting passere.. Helseparken; her ønsker nr 3 å være med og se; har dette effekt for min avdeling. Her må det følges opp i.f.t. effekt. Han vil plukke det som er viktig og dra det ned til sin avdeling/ se på hvilken effekt har dette for min avdeling. Rett og slett å ha et filter, få tak i hva som er viktig for min avdeling å ta inn og evaluere om tiltaket har ønsket effekt. Avd.leder må ha et filter oppover og nedover.

Respondent nr. 5 b:

Ledelse er tydeligere nå. En må ha egenskapen å legge av seg bekymringene når en går fra jobb. Det er et kjøør nå.

### **Din overordnede**

Respondent nr. 2 a:

Kommunikasjonslinjene til den regionale helseforetak-direktøren er forholdsvis kort, og dialogen til det RHF er forholdsvis god. Det prioriteres økonomi i RHF. Helgelandssykehuset drives godt, de har hatt orden i eget hus og har klart seg best. Ingen får ikke lengre ettergitt sine ”synder” som før. Det blir jobbet mye for å ha kontroll, og opplever ikke å bli premiært for det. Han etterlyser belønning for å oppfylle kravene til budsjettstyring. Styringssignalene fra RHF er tilstrekkelig klare. Ledelse på det nivået? Styringsdokumenter og tilbakerapportering sier noe om hvordan en vil ha ledelse gjennomført. Det var mer fokus på organisering til å begynne med.

Respondent nr. 2 b

Synes det er problematisk at detaljert oppdragsdokument kommer etter at budsjettet er vedtatt. Oppdragsdokumentet er for detaljert. Jeg er lojal mot styret og forholder meg konsekvent til linjeledelsen og forventer at det samme skjer både over og under mitt ledernivå.

Respondent nr. 3 a:

Målrettet strategisk arbeid.

Respondent nr. 4 a:

Må klare å formidle hensikten og hva som er min oppgave. Jeg hopper ikke på alt nytt, bruker filtret mitt og sorterer ut det som er viktig for virksomheten – kunsten er å prioritere det som er viktig nå. Jeg forventer at mine overordnede hører på tilbakemeldinger fra meg.

Respondent nr. 4 b:

De må være ærlige, jeg forventer det. Jeg stiller meg kritisk til at direktøren har mange rådgivere som fungerer som ”konsulentfiltre”, dette er personer som ikke er i linjeledelsen, men har likevel mye makt og myndighet. At vi forholder oss til lederavtalen ”topp – down” avtale, hvis jeg ikke gjør det går jeg av.

Respondent nr. 5 a:

Min overordnede må også ta evalueringen seriøst og la ting gå seg til. Det må kreves det samme av min overordnede som fra meg: leder er ansvarlig for oppfølging, effektmåling og evaluering. Det krever at lederen min diskuterer saker med meg før han går til lederråd.

Respondent nr. 5 b:

Forståelse, -det å bli hørt.

### **Dine underordnede**

Respondent nr. 2 b:

Det er ikke legitimt å være en leder som ikke vil. En leder må derfor være med på følgende:

1. forstå (ytre faktorer)
2. villig (hvis ikke slutte)
3. skjønne
4. omstille
5. evaluere

Respondent nr. 3 a:

Jeg har liten tro på tvang. Ønsker å spille på lag med lederteamet, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Respondent nr. 3 b:

Det begynner en ny avdelingssjef nå. Med bakgrunn i erfaringer med den forrige, er 3b opptatt av å sørge for at han får en oppfølging fra han som leder sånn at ledelse blir utført i tråd med hans intensjoner.

Respondent nr. 4 a:

At vi arbeider i samme retning, gir hverandre drahjelp. Det er nesten alltid noen defensive holdninger som tapper energi fra prosessen /organisasjonen. Dette viser seg ofte som interne konflikter mellom personer eller at en eller flere er imot omorganiseringen. Området mitt har ledermøter der det er mye fokus på drift, men de fleste av endringene er knyttet til drift og jeg

bruker lederteamet mitt til diskusjon og støtte i prosessen. Det er nødvendig for alle i teamet å forstå hvorfor vi ønsker endringer.

Respondent nr. 4 b:

Jeg forventer at de tar opp ting direkte med meg. Jeg har medarbeidere som er full av entusiasme og jeg lar dem gjøre ting på sin måte. Lederavtalen er ledertråd.

Respondent nr. 5 a:

Det kreves mye av medarbeiderne. Det er en konflikt, de må velge mellom pasient og kravet om elektronisk dokumentasjon av alle slag. Heldigvis vinner pasienten i første omgang.

Respondent nr. 5 b:

At de er voksen nok til å gjøre jobben sin. De har selvstendige jobber som medlemmer av mini-team rundt den enkelte pasient. Jeg legger meg ikke opp i hvordan de løser oppgaven sin, de er selvstendige her.

### **Hva opplever du i dag trengs i din organisasjon for å møte kravet om stadige endringer?**

Respondent nr. 2 a:

Å stå sammen som ledelse, er viktig.

Respondent nr. 2 b:

Jeg styrer når jeg gir budsjett og leder når jeg har allmøte i store auditoriet. Jeg ønsker meg færre klinikker, det vil redusere mitt leder team vesentlig og trolig forbedre samhandlingen, men til nå har ikke organisasjonen vært moden for denne omstillingen. Jeg ønsker ikke at noen i organisasjonen skal være leder for mer enn 30 ansatte. Vi har et kontinuerlig informasjonsproblem – hvorfor må medarbeiderne lese ”det ” i avisen?

Organisasjonen trenger en synlig ansvarlig ledelse og ikke en synlig uansvarlig ledelse ( for eksempel å gå ut i avisen når det ikke går som ”jeg” vil osv).

Respondent nr.3 a:

Vektlegge ledelse. Myndiggjøre ledelsesnivåene. Tenke smart, ha nettverk gjennom fagpersoner som har tillit og respekt p.g.a sin faglige status. Dette er svært viktig i en kunnskapsbedrift slik sykehus er.

Respondent nr. 3 b:

Han har erfaringer med at organisasjonen er god på endring.



Respondent nr. 4 a:

Organisasjonen her skulle vært strammet mer inn, det er for mange mellomledere. Det er for små avdelinger som har egne ledere og gjerne en assisterende leder som bruker mye tid til administrasjon noe som går på bekostning av tilbudet til pasientene. Ideell størrelse på en avdeling er etter min mening 20 – 25 personer.

Respondent nr. 5 a:

Som leder har han behov for å bli sett, det kreves mer av han, ikke ansvar men å følge opp. Det kreves tydelighet og tilbakemelding begge veier. Han ønsker ikke mer hierarkisk styring men påpeker at ofte er det avdelingsleder som sist er innformert når endring skal skje. At tillitsvalgt og verneombud er innformert mens han føler seg satt på sidelinja. Pårørende og brukere er mer opplyst om sine rettigheter i dag. Det fører til at de vil ha det mer på sitt vis.

### **Avslutningsvis til forskningsspørsmål 2:**

I hvilken grad er prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse brukt i.f.m. implementering av reformen? Vi har stilt respondentene fem spørsmål fra spørreguiden for å komme lengre i å besvare problemstillingen. Svarene presenteres i sin helhet fra hver enkelt kandidat. Deretter peker vi på likheter og forskjeller mellom ledernivåene. Vi har lagt vekt på å få tak i om respondentene har et bevisst forhold til, og bruk av kunnskap om strategiske endringsledelse i egen avdeling eller organisasjon.

Vi ser en klar tendens i at resultatet fra samme ledernivå er sammenfallende under de fleste spørsmålene, her eksemplifisert med det øverste ledernivået som er opptatt av økonomisk kontroll, mens avdelingsledernivået er opptatt av sin avdelings daglige drift og ve og vel. På det siste spørsmålet har vi ikke funnet samsvar i svarene ut fra ledernivået, men ser at alle lederne er opptatt av ledelse. Dette er et sentralt spørsmål vi ser at vi ikke kan besvare før vi har foretatt en teoretisk analyse, som vi vil gjøre i kapittel 6.

Også under forskningsspørsmål 2 er det synlig at enhetslederne skiller seg ut fra resten av linja, på flere av spørsmålene. Det samme gjelder legenes legitimitet som ledere kontra deres faglighet.

Under innledningen til intervjuene ble respondentene forespurt om de hadde lederutdanning/lederutdanningsprogram i tillegg til sin profesjonsutdanning. Ikke alle respondentene har det, vi velger her å ta med et sitat fra den ene av respondentene som stiller seg spørrende til: *”Hvilken annen bedrift i Norge har ledere med ansvar for 100 ansatte og et budsjett på 50 millioner kroner, uten noen form for formell lederkompetanse”*.

Ledernes erfaringer med defensive samarbeidsforhold viste seg å være et hett tema i undersøkelsen til Skogsaas og Svendsen. De mente at slike samarbeidsforhold hadde betydelige negative konsekvenser for utvikling av nyskapende løsninger. De hadde erfart at det ikke lønte seg å være åpen i en slik atmosfære, men samtidig opplevde de at løsningene ble dårlig forankret og resultatene uteble. Det resulterte i et dilemma de ikke så noen løsning på - uansett hva de gjorde, ble det galt! og deres erfaringer med bruk av prosessverktøy. Det karakteristisk for defensive samarbeidsmønstre er at vi alle fanges inn i dem, og at vi ikke så lett ser at vi selv tillegger andre defensive holdninger, hevder Skogsaas og Svendsen.

### **5.3 Forskningsspørsmål 3**

**Vi står foran en ny reform, Samhandlingsreformen. Hvilke erfaringer har vi gjort oss i.f.m. implementeringen av sykehusreformen som er nyttig med tanke på å lykkes med innføring av en ny reform?**

For å få svar på dette, har vi brukt svarene fra kandidatene på spørreguidens spørsmål tilhørende dette forskningsspørsmålet.

#### **5.3.1 Respondentenes svar angående forskningsspørsmål 3**

Med tanke om at vi i april får en ny reform:

**Hva mener du som gjør det nødvendig med en ny reform nå?**

Respondent nr. 2 b:

Førstelinjetjenesten er fragmentert, fastlegene gjør hva de vil myndighetene har lite styring over dem. Dette bør endres i neste reform. I USA er det helseforetak der sykehjem, fastlegene og sykehusene inngår under samme forvaltningsnivå og det fungerer bra.

Respondent nr. 3 a:

Samhandling og god logestikk er nødvendig for god pasientbehandling på rett nivå, og det er på langt nær optimalt nå.

Respondent nr. 3 b:

Ny reform kan bli bra. Det stilles store krav til spesialisthelsetjenesten i dag, og de øker fra år til år. Det er feil at vi skal bli større nå. Det er viktig at tjenester blir gitt på riktig nivå. Samhandlingsreformen kommer til å ha fokus på førstelinjetjenesten.

Respondent nr. 4 a:

Ser at det er nødvendig med økt samhandling mellom første og andrelinjetjenesten. Samhandlingsreformen vil bringe med seg styrking av primærhelsetjenesten på bekostning av spesialisthelsetjenesten, men jeg mener at dette er rett spor.

Respondent nr. 4 b:

Mitt ønske er at helsetjenestene skulle ha et forvaltningsnivå, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må samarbeide i forhold til pasientene. Opptrappingsplanen innen psykiatri har hatt sterkt fokus på kronikerne, og mye av ”opptrappingspengene ”gikk til kommunene og det har vært lite kontroll med hva de har blitt brukt til, så ja vi er ”overmoden” for en ny reform.

Respondent nr. 5 a:

Her på Mo sykehus starter det i disse dager opp en ny avdeling, Helseparkprosjektet som er en samhandling mellom sykehuset og kommunen. Kandidat nr 3 ser på seg selv som en spent optimist. Fra hans erfaring som slagsykepleier var mye av hans oppgave å sørge for at alt skulle ligge til rette i neste ledd, d.v.s. kommunen. Samhandling er derfor for han naturlig og nødvendig. Den nye reformen er veldig ok. Det er viktig å ha ”plasser” for samarbeid, å gå opp nye linjer, unngå gråsoner. For eksempel gjelder det tilpasning av behov før pasientens heimreise. Er det ergoterapeut fra sykehuset eller hjemkommunen som skal utale seg om behov for tilrettelegging i heimen? I dag kan uklare ansvarlinjer mellom sykehuset og kommunene medføre at dette ikke blir gjort. Det er altså viktig at ansvarsområdet er klart. Hvor lagt kan mine ansatte tillate seg å involvere seg i det som er kommunens ansvarsområde. Hvem har ansvar for hva?

Er behovet for en ny reform konsekvensutredet? 5 a tror en del av sannheten er at hver statsråd må få seg sin ”merkelapp”, politikerne har behov for å gjøre seg synlig. Nye ting blir satt ut i live uten at det gamle blir evaluert og uten konsekvensanalyse. På en annen side har 5a sett samhandlingsproblemer, den er ikke god nok og at samhandling er viktig. Det har ført til overbelegg i sykehusene, sykehusene er små og kommunene tar ikke i mot.

Respondent nr. 5 b:

Det er behov for mer økonomisk styring. Det må skje noe, for eksempel satses mer på ambulante tjenester.

### **Hva har du lært av sykehusreformen som du vil ta med deg som leder?**

Respondent nr. 2 a:

Helgeland opponerte til å begynne med, med bakgrunn i hva som skjedde i 1997, jfr. den tidligere omtalte hestehandelen og ”krigen” også den gamle organiseringen førte med seg. Det

finnes nettverk i Helgeland, han understreker at det ikke dreier seg om ledelse. For eksempel gjelder det faggruppene. Han ser ikke bort fra at Helgeland og RHFet med fordel kunne ha brukt mer tversgående strukturer. Det er viktig for samhandlingen. Det finnes også fora med møter med primærhelsetjenesten.

Respondent nr. 2 b:

Sykehusreformen fjernet i første omgang partipolitikkens nære påvirkning av helsetjenestene da fylkeskommunens ansvar for sykehusene opphørte, og min erfaring er at dette grepet gav bedre tjenester og bedre kvalitet på tjenestene. Jeg er prinsipielt imot å ha politikere i helseforetakenes styre, med bakgrunn i at jeg har erfart at det er viktig å skjerme helsetjenesten fra partipolitikken for å få likhet og kvalitet på tilbudene.

Respondent nr. 3 a:

Motstand og defensive holdninger er normalt i endringsprosesser, de drives over tid. Med åpenhet i prosessene ved god informasjon og samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten oppnår en tillit og vilje hos mange, men hos noen skorter det på evnen og forståelsen av sin lederrolle.

Respondent nr. 3 b:

At implementering tar tid. Det er tydelig at en må være tålmodig, at ting må få skje pø om pø. Det har vært vilje i organisasjonen til endring. Prosessene er viktig, - at de går helt riktig for seg. Som at ansatte og tillitsvalgte er inne på riktige tidspunkt. Det må synliggjøres at alle blir ivaretatt. St.Olavs Hospital har greid å nedbemanne 5-600 stillinger de siste to til tre år på en god måte. Organisasjonen er god på endring.

Respondent nr. 4 a:

Vi må sørge for at tilbakemeldinger og at logestikk spisses og det må til en god organisasjonsstruktur og det må være svær klare ansvarslinjer for at pasientene skal ivaretas på best mulig måte.

Respondent nr. 5 b:

5 b opplevde å ha et stort rom i.f.t. til å jobbe med sine ansatte (endringsledelse) når to akuttposter skulle slås sammen. Hans personale var forberedt på det som skulle komme. Men fra den andre posten var det brudd i linjeledelsen som skapte store problemer. Han oppfatter at det var motspill i mange år fra Haukåsens side i.f.m. med at de skulle nedlegges. Det var i ledelsen dette skjedde. Personalet var uten informasjon om hva som skulle skje, det gikk utover dem og vanskeliggjorde hele sammenslåingen. Kollegiet har vært veldig viktig, og her har vi det fint.

**Med bakgrunn i dine erfaringer med reformer, hva mener du trengs av ny kunnskap for å få til en vellykket integrering i din enhet med neste reform (Samhandlingsreformen)?**

Respondent nr. 2 b:

Det er helt riktig å drive helsevesenet etter LEON – prinsippet Spesialisthelsetjenesten må derfor stille opp som ”beslutningsstøtte” til primærhelsetjenesten som er hos pasienten, slik at pasienten i størst mulig grad kan få hjelp der han bor.

Respondent nr. 3 a:

Nøkkelen til dette sykehuset er å få til god ledelse – på alle ledernivåene. Noen vil, mens andre evner ikke å få det til. Det må være en forutsigbar toppledelse, stabilitet, så kan vi få gjort noe med enhetsledernivået.

Respondent nr. 3 b:

Det har vært mye endring underveis. Til å begynne med skjedde mange feil. Jeg har erfaring med, og lært at en omstillingsgruppe med ekspertise som skal være tilgjengelig for ledere som utøver endringene, er viktig. Dette for at de skal få den veiledning og råd de trenger i prosessen.

Respondent nr. 4 a:

Bra med økonomisk kontroll, men å styre kun etter økonomiske incentiver fører feil veg, da DRG takster stadig er i endring. Det er nødvendig med langsiktig strategisk planlegging av hva som er sykehusets satsningsområder med utgangspunkt i oppdragsdokument i første omgang fra HOD og videre fra RHF. Det må også komme klare føringer på hva som er lokalsykehusenes oppgaver.

Respondent nr. 4 b:

Som tidligere sagt er vi overmoden for å få en ny reform, da med ett forvaltningsnivå. Det vil medføre at fagfolkene kan sette inn rett ressurser til rett tid. For øvrig er jeg skeptisk til at Helseministeren har oppnevnt et for ”topp tungt” råd i forbindelse med samhandlingsreformen.

Respondent nr. 5 a:

Vi står midt i det. Det er sånn at vi ikke ser det før etterpå. Kandidat 5a mener det trengs en konsekvensutredning av endringer og evaluering.

Respondent nr. 5 b:

1. Det trengs mer fagutvikling på postplan for å møte nye reformer.

2. Volden på posten er blitt mer uforutsigbar p.g.a. økt rusproblematikk (for eksempel Amfetamin). Det trengs derfor en større andel menn i personalgruppen enn det som er tilfelle i dag.
3. Enhetsleder trenger mer kunnskap m.h.t. personalpsykologi og jus.

### **Avslutningsvis til forskningsspørsmål 3:**

Hvilke erfaringer har vi så gjort oss i.f.t. implementeringen av sykehusreformen som er nyttig med tanke på å lykkes med innføring av en ny reform? Her har vi stilt respondentene tre spørsmål som hjelp for å belyse forskningsspørsmålet.

Respondentene er svært samkjørte på at de ønsker en ny reform velkommen og at bedre samhandling og tilbud på riktig nivå, er viktig og riktig.

Hva har respondentene lært av sykehusreformen som er verdt å ta med seg? Svarene er forskjellig på forskjellige ledernivå. Topplederne fokuserer på at statlig styring fungerer bedre enn den fylkeskommunale styringen, mens de andre ledernivåene var mer opptatt av implikasjonene omstillinger og endringer har, at det tar tid, at defensive holdninger må en regne med å møte og håndtere.

Hva trengs av ny kunnskap? Vi oppfatter av svarene at respondentene ser behovet for god endringsledelse på alle nivå, at organisasjonene må styres etter langsiktig strategisk planlegging for å lykkes. Det etterlyses konsekvensutredning i.f.t. ny reform, og at faglige tiltak ikke må tilsidesettes.

Skogsaas og Svendsen beskriver i sin undersøkelse at det har vært for lite oppmerksomhet omkring systematisk kvalitetsforbedring av ledelse og metodikk gjennom alle faser i en endringsprosess. Årsakene lå hovedsakelig i konformitetspress, normer og atferd, noe som begrenset læringen, og i manglende kompetanse i bruk av prosessverktøy. Med «prosessverktøy» menes her teknikker for å oppnå et forut bestemt mål. Prosessverktøy i endringsledelse vil i stor grad være av pedagogisk karakter, ved at det innebærer å tilrettelegge for refleksjon, lytting, involvering, engasjement, læring og samarbeid.

## **5.4 Intervju med helseministeren v/informant 1**

Informant 1 understreker at det er veldig annerledes å sitte i departementet å legge planer på den måten han nå gjør, enn å arbeide i feltet nært der tilbudet gis pasienten. Han legger til at han får en fantastisk god oversikt og kunnskap om hvordan situasjonen er i Helse - Norge. Før vi er i gang med intervjuet gjør han oppmerksom på at han i intervjuet er begrenset av at han

på nåværende tidspunkt ikke kan røpe innholdet i Samhandlingsreformen. Den er utsatt, og vil komme i juni i form av en Stortingsmelding. Denne vil måtte følges opp av en ny nasjonal helseplan, ifølge informant 1.

Før vi er i gang med intervjuet gjør han oppmerksom på at han i intervjuet er begrenset av at han på nåværende tidspunkt ikke kan røpe innholdet i Samhandlingsreformen. Den er utsatt, og vil komme i juni i form av en Stortingsmelding. Denne vil måtte følges opp av en ny nasjonal helseplan, ifølge informant 1.

### **Hva er erfaringene med sykehusreformen spesielt med hensyn til styring og ledelse?**

Det viktigste med sykehusreformen er at det ble statlig eierskap av sykehusene. Full økonomisk styring var et mål som bare delvis er nådd. Han mener det har vært nødvendig. For ti år siden brukte Norge like mange kroner pr. innbygger på helse som i de andre nordiske landene. Nå bruker vi for eksempel dobbelt så mye som Finland, og han viser til undersøkelser som sier at de har bedre helse enn oss. Hva er det vi gjør feil? Informant 1 mener at noe er det, og at det ikke vil hjelpe oss om vi bruker noen flere milliarder på helse. Når det gjelder den økonomiske styringen, er det store forskjeller mellom helseforetakene. Helse Midt-Norge har lyktes. Han viser til Beregningsutvalgets rapport fra september 2008. Han peker på at Helse Midt i motsetning til Helse Sør/Øst, har greid å snu utviklingen. Både med å ha redusert senger i sykehus og stanset økningen i antall ansatte. Han mener det handler om god styring og ledelse av enkeltpersoner, som tidligere direktør i Helse Midt-Norge, Erik Thoresen? og direktør ved St.Olavs Hospital, Gunnar Bovim. Spesielt fremhever han Bovim som har greid dette uten at det har skapt særlig protester eller støy i organisasjonen. Informant 1 mener tiltakene ikke har gått utover kvaliteten på tjenestene, tvert i mot.

Innføring av DRG anser han som vellykket. Erfaringen sier noe om at styringssignaler oppfattes og gjennomføres når det lønner seg.

Om kvalitet, sier informant 1, at effekten av sykehusreformen ikke er målt, at en vet forholdsvis lite om det. Det er vanskelig å operasjonalisere og måle direkte, men noe kan sies indirekte. Direktoratets "...og bedre skal det bli" er for generell til å kunne brukes som parametere i denne sammenheng. Med den nye reformen må en gå lengre når det gjelder måling på tjenestenes kvalitet. Det er etter hvert etablert registre på behandling av noen tilstander, som kan si noe om kvalitet.

Sykehusene må ikke vokse mer, samfunnet bør ikke bruke mer penger her. Vi må komme tidligere til, -å gjøre sykehusinnleggelse overflødig. Til det trengs mer kompetanse til kommunene og mer og annen kompetanse til alt helsepersonell.

### **Hva har prosjektgruppen som arbeider med Samhandlingsreformen vært opptatt av?**

Styring, styringssignaler og incitamenter er noe av det prosjektgruppen arbeider mest med. Hvordan skal en få fagfeltet til å endre seg? De tror ikke implementering skjer av seg selv. De har sett mye defensiv holdninger og motspill; samme hva som sies via bestillings- og strategidokumenter, fortsetter man som før. J.f.r. den fortsatt manglende økonomiske styringen i store deler av helse - Norge.

Dokumentasjonen bak helsereformen er tung. De har sett mye på hvordan reformer har skjedd, det gjelder sykehusreformen og andre reformer her til lands, men også i andre land. Hvilke modeller har de sett som interessante? For eksempel nevner han Danmark som har en ordning med medfinansiering, - kommune og sykehus. Fra Sverige har det ikke vært så mye å lære, men de har mange forskjellige modeller. Jönköping län er interessant fordi de i stor grad vektlegger tidlig intervensjon. Han nevner Kaiser Permanente (USA), en organisasjon med 8 mill. medlemmer som ivaretar medlemmenes helse fra vugge til grav og baserer økonomien på medlemmenes kontingent. Her har gruppen lært at å komme tidlig til med tjenester, er lønnsomt.

NAV- reformen har i den siste tiden blitt satt i et svært kritisk lys og er som kjent også helseminister Bjarne Håkon Hansens verk. Informant 1 sier at det ble ministerskifte på et kritisk punkt, noe som har fått uheldige konsekvenser. Hansen gikk over til ny ministerjobb sånn at han ikke har fått fulgt tilstrekkelig opp under gjennomføring og oppfølging. Man har vært for naiv i.f.t. hvilken kompetanse som NAV - reformen krever. Hansen vektla derfor ikke dette nok. Dette skal det gjøres noe med nå.

Med Samhandlingsreformen snakker vi om holdninger og kultur. Både i sykehus og kommuner framstår tjenestene fragmenterte, ifølge informant 1. Hver avdeling og hver lille kommune organiserer seg forskjellig, bildet blir uoversiktlig og vanskeliggjør samhandling. Det trengs større kommunale enheter som har en tydeligere adresse også som samhandlingspartner. Og det trengs klare styringssignaler til kommunene i likhet med hva som er gjort til sykehusene.

Implementering av individuell plan har gått tregt. Det er ikke så merkelig ifølge kandidat 1. Det er en ”dialogplan”, den henger ikke sammen med vedtak som er gjort i kommunen. Retten til individuell plan gir ikke rett til å utløse midler. Det vil si, ifølge informant 1, at IP i dag er bare prat.

Mange sykehus, her peker han på kulturforskjeller, er utrolig tradisjonelle, det tenkes altfor mye diagnoser. Brukes for eksempel psykiatriske sykehus og DPSer hensiktsmessig i dag?



Informant 1 mener asyltankegangen i for stor grad lever enda. Noen steder har de greid å redusere bruken av sykehussenger, andre steder drives DPSer bedre for eksempel med brukerstyrte senger. Grad av funksjonstap, er det viktigste og kommer til å få mer fokus framover. Grad av funksjonstap sier noe om omfanget av tjenester det er bruk for. Det vil bli fokus på, og stilt større krav til bruk av pasientforløp på tvers av etatene.

Det vil komme incitamenter på pasientforløp og grad av funksjonstap (kontra diagnoser). Økonomi er det viktigste virkemidlet, men også andre virkemidler er aktuelle, ifølge informant 1.

### **Hvordan har diskusjonene i gruppen vært, har det for eksempel vært uenighet?**

Gruppen består av høyst forskjellige mennesker. De har arbeidet tett sammen og det har gått med mye tid til diskusjoner. De reiser en del rundt og har formelle møter med kommuner, sykehus, brukerorganisasjoner, små og store brukergrupper, enkeltpersoner, fagforeninger, utdanningsinstitusjoner og egentlig alle som kan tenkes å ha innspill som er viktig for dette arbeidet. Gjennom dialog med bredden har de en utrolig stor kontaktflate. De hører på alt og mange av innspillene de får, brukes i arbeidet. Men mest tid, har altså gruppa brukt sammen. De har vektlagt å jobbe for en felles forståelse og det har vært tidkrevende. De startet diskusjonene bredt, snevret de inn for å gå videre, for så å åpne de igjen. Det er i dag en omforent enighet i arbeidsgruppa om hva som er veien videre.

### **Hvordan legges det til rette for styring og ledelse i den nye reformen?**

Hvordan tenkes implementeringen? Informant 1 peker på at det tenkes på tre nivå. Hva som skal implementeres for eksempel pasientforløp må gjenspeiles via lover og forskrifter. Det samme gjelder styringssignaler og økonomi. Det vil foregå fra departementnivå. Direktoratet vil bli ansvarlig for retningslinjene, mens RHFene ved bestillingsdokument, ansvarliggjør det utøvende nivå.

Det satses på funksjonskrav; det vil si hva du skal løse, ikke hvordan. Informant 1 stiller seg spørrende til om vi har de rette lederne? Utdanner vi de lederne vi vil ha? Prosjektgruppa har hele tiden tenkt på motspill og opposisjon. For å oppnå endringsvilje mener de det må lønne seg, derfor har det vært tenkt mye på hvilke incitamenter som skal brukes. Det må lønne seg.

Hva er styring og ledelse, når slutter det ene og begynner det andre? Informant 1 mener dette er dynamisk i.f.t. hverandre. En god styring betyr også god ledelse.

Utdanner vi så de lederne vi vil ha? Han mener at vi må gjøre noe med utdanningene til helsepersonell. Han tar for eksempel opp egen gruppe som er leger. Medisinstudenter blir avlært gode holdninger i praksis i tredje studieår av eldre leger med en uheldig, gammel kultur. Det snakkes altså mye om holdninger og kultur. Prosjektgruppa har derfor hatt dialog

med kunnskapsdepartementet for å påvirke utdanningene. Vi må også bort fra diagnosetenkningen og få inn pasientforløpstankegangen. Det må vektlegges mye mer mestring og samhandling.

Det er enorme kulturforskjeller m.h.t. holdninger til implementering av det nye. Ønsket praksis må lønne seg, det må legges ut en passe mengde gulrøtter. Dette understreker informant 1, vil vi få mer av. Vi vil få nye finansieringsmodeller som gjør at det lønner seg, både i sykehus og i kommuner.

Når helseministeren og prosjektgruppa reiser rundt, opplever de som regel å bli applaudert. Informant 1 undrer seg noe over dette fordi det de presenterer egentlig vil få store konsekvenser for tilhørernes virksomhet. Han møter en del som han mistenker er strategisk ”lur”; hva kan dette utløse av midler for meg sånn at jeg kan fortsette med mer av det jeg har gjort før? Det forventes egentlig mer motstand, en motstand han betrakter som sunn i denne sammenheng.

### **Hva gjøres for å bygge bro mellom ledelsesnivåene? Modeller som evt. tenkes?**

Her tenkes altså tre nivåer med en klar funksjonsfordeling:

1. Departementet har ansvar for lover, forskrifter, styringssignaler og økonomi.
2. Direktoratet har ansvar for å lage retningslinjer for utøvelsen.
3. De regionale helseforetakene sørger for at bestillingsdokumenter når til det utøvende nivå.

En grunnleggende tanke i dette er funksjonskravet; bestillingen sier hva du skal løse, ikke hvordan.

## **5.5 Oppsummering av undersøkelsen.**

Når det gjelder forskningsspørsmål en, fikk vi ulike svar på respondentenes erfaringer med sykehusreformen. Vi oppfatter at det er lederne høyest i hierarkiet som er mest fornøyd med den, men selv de som var fornøyd, har sine innvendinger til hvor god den er til å styre og lede etter. Enhetslederne virker til å ha fått en langt mer utfordrende hverdag. Vi har merket oss enhetsledernes stilling som nærmest er å forstå som et brudd i lederlinjen. Likeså ser vi betraktningene om legenes legitimitet som ledere er iøynefallende.

Informanten fra HOD er klart positiv til reformen som sådan, men er langt fra fornøyd med resultatet.

Til forskningsspørsmål to, i hvilken grad prinsipper og kunnskap om endringsledelse er brukt i.f.m. implementeringen av reformen, ser vi at alle respondentene er opptatt av ledelse, men at de ulike ledernivå er opptatt av forskjellige tema, det øverste ledernivå økonomisk styring, det nederste daglig drift. Hvorvidt det er brukt prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse, kan vi ikke svare på før vi har foretatt en nærmere teoretisk analyse av svarene. Informanten fra HOD stiller seg spørrende til om vi har de lederne vi vil ha ut fra at mål ikke er nådd verken med tanke på økonomisk styring, organisering og samhandling eller faglig. Han stiller seg også spørrende til om vi utdanner de lederne vi vil ha.

Til forskningsspørsmål tre, hvilke erfaringer vi har gjort oss i.f.t. implementeringen av sykehusreformen som er nyttig med tanke på å lykkes med innføring av en ny reform, er respondentene samkjørte på at en ny reform ønskes velkommen og at bedre samhandling og tilbud på riktig nivå, er veien å gå. Men også her er svarene forskjellig på ulike ledernivå. Topplederne fokuserer på at statlig styring fungerer bedre enn den fylkeskommunale styringen, mens de andre ledernivåene er mer opptatt av implikasjonene omstillinger og endringer har, at det tar tid, at defensive holdninger er der og må håndteres. Respondentene ser behovet for god endringsledelse på alle nivå, at organisasjonene må styres etter langsiktig strategisk planlegging for å lykkes. Det etterlyses konsekvensutredning i.f.t. ny reform, og at faglige tiltak ikke må tilsidesettes. Fra HOD`s side støttes det siste, erfaringen fra NAV - reformen er at faglig utvikling ble undervurdert. Derfor vil det bli endringer i helsefagutdanningene og i lederutdanninger for helsepersonell. Også for å sørge for å få lederne helsevesenet trenger. Videre er HOD opptatt av de gode erfaringene med at endring skjer når det lønner seg, økonomiske incitament er derfor stå sterkt i den nye reformen. Helsevesenet oppleves fragmentert, det trengs tydeligere adresser inn. På den strukturelle siden blir det en klar funksjonsfordeling i linjen fra HOD og ned, og bestillingen vil si hva som skal løses, - ikke hvordan. HOD vil ellers vektlegge tidlig intervensjon og riktig tilbud på riktig nivå.

På neste side har vi presentert hovedutsagnene etter undersøkelsen kategorisert opp mot forskningsspørsmålene i tabell 1.

	<b>Erfaringer i forhold til styring og ledelse etter sykehusreformen</b>	<b>Anvendelse av kunnskap og prinsipper og strategisk endringsledelse V/implementering av reformen</b>	<b>Erfaringer fra 2002 reformen som er nyttig i forbindelse med Samhandlingsreformen</b>		
HOD	Positiv til reformen. Ikke kommet i mål ift økonomisk styring Kvalitet ikke målt nok Økonomiske insentiver har virket	Manglende måloppnåelse ift økonomi nå Manglende leder kunnskaper, derfor motspill og defensive holdninger	Ser frem mot ny reform Klare ansvars linjer enn nå Behandling på rett nivå		
Foretaksdirektør	Positiv til reformen Ført til økonomisk kontroll. Styringsdokument kommer for sent og er for detaljert. Regnskapsloven gjør det vanskelig med nybygg. Legitimitet	Ledelse Lojalitet Kommunikasjon Økonomistyring "hands on"	Ser positivt på ny reform Burde vært et forvaltningsnivå Statlig styring bedre enn fylkeskommunal Strategiske mål Endringsledelse		
Avdelingsdirektør	Positiv til reformen Økonomisk kontroll gir frihet Rekruttere fagfolk Utvikle enhetslederne For mange ledernivå på toppen. Legitimitet	God og stabil ledelse er nødvendig for å lykkes med endringer lojalitet lederutdanning	Positiv til ny reform Defensive holdninger er normalt under endringsprosesser Strategiske mål endringsledelse		
Avdelingssjef	Både positiv og negativ til reformen Opptatt av at faget gir legitimitet. Negativt med detaljstyring som påvirker kvaliteten på tjenestene	Ledelse, legitimitet i kraft av faget Lojalitet Den ene har lederkurs	Positiv til ny reform Omstilling/ending tar tid Faglige tiltak må få større plass Unngå at det styres etter kortsiktige økonomiske insentiver		
Avdelingsleder	Både positiv og negativ. Ser mange negative konsekvenser i forhold til ledelse etter reformen, mange nye oppgaver som tar tid. Økt legestyring	Opptatt av ledelse for egen avdeling Gir lite uttrykk for lojalitet opp i systemet Informasjon Den ene har lederutdanning	Positiv til ny reform God ledelse. Tid til å evaluere tiltak og alt må konsekvensutredes før det settes ut i livet		

Tabell 1 Hovedpoengene etter presentasjon av data oppsummert

## 6.0 Analyse og drøfting

I kapittel fem presenterte vi respondentenes og informantens svar på våre forskningsspørsmål. I dette kapitlet vil hovedfunnene bli sett opp mot teori som vi presenterte i kapittel tre, egne erfaringer og opp mot oppgavens hovedproblemstilling.

Avslutnings vis i kapittel 5 fremstilte vi utdrag av respondentenes/informantens svar i tabell 1. Her blir respondentene kategorisert hierarkisk opp mot oppgavens forskningsspørsmål. Videre teoretisk analyse vil bli foretatt med utgangspunkt i denne tabellen og respondentenes /informantens svar ”under” forskningsspørsmålene. Analyse kapitlet er strukturert med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Etter hvert av forskningsspørsmålene vil vi oppsummere og komme med betraktninger i forhold til analysen.

### 6.1 Teoretisk analyse av hovedfunnene knyttet til forskningsspørsmål 1

**Hvilke erfaringer har informantene ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital gjort seg i forhold til styring og ledelse etter sykehusreformen?**

#### 6.1.1 Analyse av funnene sett i lys av reformteori

I kapittel 3.1 uttalte vi med støtte fra litteratur at Norge tradisjonelt har vært å regne som en nølende reformator, men gjennomføringen av sykehusreformen i 2002 viste landet politisk vilje til en stor reform med et omfang og i et tempo som tidligere ikke har vært vanlig i Norge (Byrkjeflot og Neby 2005: 45). Reformen innebar, som tidligere nevnt, at alt ansvar for de offentlige sykehusene ble overført fra fylke til stat. Sykehusene ble samtidig gjort mer autonome ved at de ble omgjort fra forvaltningsorgan til helseforetak. Sykehusreformen forutsatte i utgangspunktet en utstrakt delegasjon av myndighet til sykehusledelsen og en stor grad av tilbakeholdenhet fra politikernes side i pakt med de prinsippene i New Public Management (NPM) tenkningen.

Alle respondentene i undersøkelsen, bortsett fra en, var på en eller annen måte positiv til innføringen av sykehusreformen, men vi opplever at positiviteten økt proporsjonalt med hierarkiet i organisasjonen. Vi la merke til at topledere under intervju ytret seg positivt til at politikerne var blitt fjernet fra den fremtredende rolle de hadde da sykehusene var fylkeskommunalt styrt. Det kommer uttalelser som: ” *det var uforutsigbart med fylkeskommunen, plutselig gjorde politikerne en hestehandel seg imellom, tatt totalt ut av en faglig sammenheng*”. Eller som en annen respondentene uttaler: ” *partipolitikk bør fjernes lengst mulig fra faget for å sikre at kvaliteten på tjenesten ikke blir offer for politisk spill*”.

*”Jeg var av den grunn prinsipielt imot at det ble oppnevnt politikere i helseforetakenes styrer da de rød/grønn kom til makt i 2005”.*

Avdelingsdirektørenes svar er ikke helt entydige i fokuseringen, den ene er fast bestemt på at sykehusreformen er det beste som har skjedd i helsevesenet, ikke minst fordi det har tvunget oss til økonomisk kontroll og økt fokus på ledelse. Den andre avdelingsdirektøren mener at reformen har medført en for topptung og hierarkisk organisasjon med for mange syringssledd (HOD, RHF, HF, så sykehusets direktør osv) da filosofien bør være å presse beslutninger lengst mulig ned i organisasjonen.

Den ene avdelingssjefen var imot reformen, mente at den kun var økonomisk motivert og begrunner det med: *” Det skulle lekes privat næringsliv i sykehusene, det tenkes kun drift faget er blitt underordnet”* Vedkommende uttrykker også at han ikke noe til overs for de regionale foretakene og da politikerne igjen ble innsatt i styrerne utviklet det hele seg til virkelig å bli en hybrid. Den andre avdelingssjefen svarer: *”at han tenker svært lite over sykehusreformen i dag, men husker tilbake til 2002 og at reformen gav håp om mer likhet i helsetilbudene på nasjonalt nivå”.*

Avdelingslederne/enhetslederne gir uttrykk for at reformen har gitt dem nye utfordringer og opplever hverdagen som mer krevende nå enn tidligere.

Johan P. Olsen sier at det er viktig å kjenne til historikken om utviklingen av endrings og reforms prosesser, og hvilke faktorer som har innvirkning på institusjonene for slik å kunne forstå dagens reform og endringsprosesser. Under vedtaket og bestemmelsen om innføring av sykehusreformen brøt politikeren sitt mønster som nølende reformatorer og viste vilje og besluttsomhet til rask gjennomføring. Ut fra svarene i undersøkelsen vår stiller vi oss spørrende til om landets tradisjonelle holdning til reformer ville ha ivaretatt samfunnets, institusjonenes og fagfolkenes felles verdier og normer bedre enn ved denne ”hastverks” gjennomføring. Olsen mener at mangel på felles verdier og normer kommer til uttrykk i institusjonell usikkerhet og forvirring, og setter spørsmål om hva som bør være nasjonalstatens og det representative demokratiets rolle i samfunnsutviklingen.

Vi står nå ovenfor en ny reform i helsevesenet, Samhandlingsreformen, hva er så årsaken til at en ny reform er på trappene? Olsen sier at behovet for stadig nye reformer kommer opp som et resultat av prosessene brukt ved gjennomføringen av omorganiseringen. Prosesser i gang kjørt uten forkunnskap om mulig virkning, dette i seg selv skaper usikkerhet, forvirring, og motstand. Aktørene kan føle seg truet, frustrert og igjen skape behov om nye reformer. Olsen sier videre at pågående utviklingstrender og reformer neppe vil fjerne forvirring og usikkerhet. Dette opplever vi spesielt at respondentene fra enhetsledernivået uttrykker å ha opplevd, vi gjengir sitat fra et av intervjuene: *” Er behovet for en ny reform konsekvensutredet? Jeg tror at sannheten er at hver statsråd må få sin egen merkelapp,*

*politikeren har behov for å gjøre seg synlig. Nye ting blir satt ut i livet uten at det gamle er skikkelig evaluert....”*

*Informanten fra HOD ytret: ”at full økonomisk styring var et av målene med sykehusreformen i 2002, noe som bare delvis er oppfylt. Vi får igjen for lite helse pr. krone sammenlignet med andre nordiske land. Kommuner og sykehus fremstår som uoversiktlig og fragmenterte. Det trengs klarere styringssignaler til kommunene, i likhet med hva sykehusene har fått. Det trengs en endring i holdninger og kultur, det vektlegges for lite samhandling og m.h.t. faglighet tenkes det altfor mye diagnoser og for lite grad av funksjonssvikt. Det er et spørsmål om vi har ansatt de riktige lederne, også om vi utdanner de lederne vi vil ha”?*

Den røde, blå og grønne bølge kan gjenspeiles i måten spesialisthelsetjeneste har blitt styrt på gjennom fylkeskommunal politisk kontroll(rød), til en mer liberalistisk(blå) preget styring som vi mener startet i 1997 med stykkpris på behandlinger som insitament for å øke aktiviteten. Denne introduksjon av markedstenkning i sykehusene brøt med den tradisjonelle nordiske velferdsmodellen, og det har for mange vært vanskelig å godta den diskursen rundt at sykehusene skal ”gå med overskudd” og ”tjene penger” på pasientbehandling. Ikke minst har dette vært krevende å godta for helsepersonell som leger og sykepleiere som tradisjonelt har hatt lederrollene i på sykehus. Ja vi velger å fremme påstand om, også ut fra eget ståsted, at markedstenkningen var svært fjern fra de normer og verdier helsepersonellet var i besittelse av.

Vi kan derfor si at den statlige overtakelsen av sykehusene representerer et brudd med den skandinaviske velferdsmodellen basert på et desentralisert og integrert offentlig sektor og som da også innbefatter spesialisthelsetjenesten (Byrkjeflot og Neby 2005). Reformen i Norge markerer ikke bare slutten på fylkeskommunenes eierskap til sykehusene, men også på en mangeårig tradisjon basert på et integrert og nært forhold mellom politikk, forvaltning og sykehus. Fra 1980-tallet har det dominerende faglig-politiske regimet i sykehussektoren blitt konfrontert med den nyliberale NPM -bølgen.

### **6.1.2 Analyse av funnene sett ut fra teori om styring og ledelse**

Sykehusreformens intensjoner innbefattet i tillegg til kontroll over økonomi og økt effektivitet endringer i organisering og styringsstrukturen i spesialisthelsetjenesten, både sentralt, regionalt og lokalt. Reformen ble ikke bare presentert som en organisasjonsreform, men også som en ledelsesreform. Det var et sterkt ønske om større fokus på økt lederkompetanse på alle nivå.

Det politiske ansvaret var før reformen fordelt mellom Stortinget og fylkestingene, etter reformen er det de folkevalgte i Stortinget som har overtatt det politiske ansvaret. Dette endret de formelle rammene for omfanget av og innholdet i den politiske styringen. Gjennom statliggjøring av spesialisthelsetjenesten eksponeres, formuleres og besluttes helsepolitiske spørsmål utelukkende innenfor en parlamentarisk ramme. Formelt går Stortingets vei til helseforetakene via helsestatsråden. Helsedepartementet forvalter statens overordnede eier- og styringsansvar gjennom tre typer styring:

- Styring i kraft av statens eierposisjon, gjennom utarbeiding av vedtekter, sammensetning av styre, og økonomiske og organisatoriske styringskrav.
- Styring i kraft av statens bestillerposisjon, gjennom finansiering eller tilskuddsforvaltning. Dette knyttes til styrings- og bestillerdokument med resultatkrav.
- Styring i kraft av statens myndighetsposisjon. Myndighetsstyring skjer når departement og direktorat treffer vedtak med hjemmel i lov og forskrift.

Vi forstår derfor styring i denne sammenheng som statens styring, d.v.s. organisering av helsetjenestene for å nå mål de selv har satt. (Statlig eierskap og foretaksmodell.)

Ledelse definerte vi innledningsvis i denne oppgaven med utgangspunkt i Erik Johnsens definisjon av ledelse, som et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. I denne sammenheng å sørge for at menneskene sammen i en organisasjon oppfyller det vi er satt til å gjøre.

Under intervjuene forsøkte vi å få svar på om respondentene/informanten hadde klare formeninger om begrepene styring og ledelse og om når de styrte og når de ledet. I etterkant ser vi at dette ikke var så enkelt og vi har på ingen måte fått frem entydige svar. Vi presenterer et utsagn fra en av foretakdirektørene for å forsøke å få litt mer klarhet i dette: *”Jeg styrer når jeg gir budsjett og leder når jeg har allmøter. Ledelse er å gi innsikt og få medarbeiderne med på å etablere en positiv kultur”*. Vi tolker dette utsagnet slik at det styres når det etableres struktur og gis rammer og ledes når man får medarbeiderne til å endre adferd for å nå ønskede mål, med støtte i statens tre styringsformer og Johnsen definisjon av ledelse.

Respondentenes svar under forskningsspørsmål 1 (5.1), samt i tabell 1 ser vi at svarene tenderer til at ledelsesnivå to (foretakslederne) er opptatt av styring, ledelsesnivå tre (avedlingsdirektørene) av ledelse, ledelsesnivå fire (avdelingssjefen) er mest opptatt av det medisinske faglige og ledelsesnivå fem (enhetslederne) den daglige driften og de uttrykker at de nærmest drukner i arbeidsoppgaver og mangler den overordnede oversikten. Vi understreker dette med utdrag fra intervjuet med en av enhetslederne: *”Jeg har mange ganger opplevd at lederen min mangler forståelse for kompleksiteten i arbeidsoppgavene i avdelingen”*.



Vedkommende forklar videre at det i løpet av 5-6-år har vært skiftet leder 5 gang, og alle har hatt ulike lederstrategier. Men understreker at ledelsen nå er mer tydelig og det syrer etter overordnede mål. Av profesjon har alle lederne mine vært leger. Den andre enhetslederen, med lang erfaring som enhetsleder, beskriver: ” *at enhetslederrollen har utviklet seg til en mer ansvarsfull og kompleks rolle med større krav etter reformen*”.

Ledelse av sykehusene i dag, handler dels om å sikre at en når de mål som er satt for virksomheten, dels om kostnadseffektivitet. Det er politisk oppmerksomhet omkring aktuelle reformbevegelser, flere sterke profesjonsgrupper, pasientforeninger og ekspertiseområder som vil ha et ord med i laget. Det skal utvikles sterkere pasientfokus, ivareta pasientenes rettigheter, sikre samhandling på tvers av profesjonsgrenser og bidra til kvalitet og legitimitet for tjenestetilbudet. Derfor kan ledelse verken reduseres til driftskontroll eller til strategiske visjoner, siden utøvelsen av lederskapet fordrer en kombinasjon av flere roller. I mange tilfeller er det endringskompetanse som etterspørres, det vil si at en nærmest ønsker seg en politisk leder, en leder som evner å knytte sammen mange interesser i et minimumsprogram for endring (Opedal og Stigen, 2005). Dette vil vi komme tilbake til under analysen av forskningsspørsmål 2.

Det mest interessante vi fant etter oppsummeringen av respondentenes svar under forskningsspørsmål 1 var at alle ledelsesnivåene, var opptatt av ledelse og legitimitet. Vi viser til sitat fra respondentene for å visualisere fenomenet: ” *Det er vanskelig å lede egen gruppe (legene), her er det mye, gammel kultur.* ” En annen sa at: ” *det er et drawback å være leder med legebakgrunn for legene, man kommer i en lojalitetskonflikt*”. En av lederne på øverste nivå uttrykte at han nærmest følte seg uønsket som leder fordi han ikke var lege. Vedkommende uttalte også følgende: ” *overleger i lederstillinger tar ikke ledelse på alvor, da de i tillegg til krevende lederjobb driver klinisk virksomhet, forsker og har bistillinger på Universitet. Det kontroversielle i dette er at de likevel har legitimitet som leder*”.

I Skogsås og Svendsen undersøkelse (Tidsskrift for Den norske legeförening nr.23/30. 2006) beskriver de at legene oppfatter seg som fagpersoner og flykter inn i faget når det blir vanskelig. De sier videre at hvis ledere med medisinsk bakgrunn fikk særskilt støtte i å utvikle sitt ledelsesperspektiv ved siden av sitt fagperspektiv, ville de kunne få bedre forutsetninger for å bli dyktige ledere i sykehus.

Legitimitet oppnår når organisasjoner tilpasser seg krav og forventninger fra det omkringliggende samfunn. I en organisasjon foregår dette ved en institusjonaliseringsprosess der normer og verdier i omgivelsene blir tatt opp i organisasjonen, slik at organisasjonen får en verdibasert status og egenverdi (Selznich (1948,1957)). Legitimitet kan også fremkomme i ulike former, da normer og verdier er basert på den enkeltes tolkning av sin virkelighet.

Historisk har legene, som viktige premissleverandører i sykehus, hatt mye makt og legitimitet ikke minst i kraft av at de i tillegg til å inneha viktige lederposisjoner har klart å ivareta faget. Andre grupper av helsepersonell har nedprioritet sin faglige utvikling på bekostning av å skaffe seg formell lederkompetanse og erfaring. Det er sikker mange årsaker til dette, ikke minst at legene har forhandlet seg frem til gode avtaler i forhold til faglig utvikling og utdanning og det har inntil for få år siden vært en knapphet på deres ressurs, noe som sikkert har medvirket til særdeles gode ordninger med arbeidsgiver osv. Det vi egentlig vil frem til er at det i kompetansebedrifter, som sykehusene, er nødvendig med formell lederkompetanse, men det er også helt nødvendig å inneha faglig autoritet og kvalitet for å få legitimitet og makt i miljøet og på de arenaer beslutningene fattes. Så andre grupper helsepersonell enn leger, burde ha tatt lærdom av vår kjente ”medsøster”, Florence Nightingale (1820 - 1910), som i tillegg til fremme sykepleiefaget som eget fag var sterk engasjert i hvordan sykehus og tjenester skulle administreres (1.3).

### **6.1.3 Analyse av funnene sett i lys av teori om økonomistyring**

Sykehusreformens mål om kostnadskontroll og effektivisering av sykehusstrukturen var sentral. I tillegg var andre helsepolitiske mål som likhet i tjenestetilbudet sett i forhold til behov og geografi, kvalitet og nærhet til tjenestetilbudet også på dagsorden. Målene kan hver for seg være klare og entydige, men egen erfaring tilsier at det kan oppleves som uklart hvilket mål som skal prioriteres om de kommer i konflikt. Hvis foreksempel kvantiteten får gå på bekostning av kvaliteten av helsetilbudet er vi etter vår mening på villspor.

Vi legger merke til at begge foretaksdirektørene i undersøkelsen gir uttrykk for at de ikke så konflikter mellom økonomi og kvalitet på tjenestene. Det noe kontroversielle er at det i Resultatevalueringen av sykehusreformen ikke ble funnet egnet datagrunnlag for å måle behandlings kvaliteten ( kapittel 2.0). Det foreligger med andre ord ikke god kunnskap om mulige effekter av sykehusreformen på behandlingstilbudets medisinske kvalitet eller pasientenes opplevelse av det. Dette opplever vi at informanten fra HOD samtykker i når han sier: ” *kvaliteten på tjenestene etter sykehusreformen er ikke tilstrekkelig målt, så det vet han forholds vis lite om*”. Men han meddeler at dette skal vektlegges i Samhandlingsreformen. Videre sier han: ” *vi må arbeide mot standardiserte pasientforløp og riktig omsorgsnivå*.” En av respondentene på enhetsledernivå ytret seg kritisk til kvaliteten på dagens tilbud, og sier at: ” *omorganisering og sammenslåing av avdelinger etter reformen har medvirket til et dårligere tilbud til pasienter med de mest sammensatt og kroniske lidelsene. Videre sier han at det ikke på noen måte er tatt høyde for eldrebølgen, og økning av rusproblematikk og psykiske lidelser i den forbindelse*”.

I svarene fra respondentene/informanten under første forskningsspørsmål ser vi en tendens til at lederne lengst opp i hierarkiet er mest opptatt av økonomisk kontroll. Vi viser dette med sitat fra noen av intervjuene. *En av foretaksdirektørene uttalte: ” Jeg har et bevisst forhold til at økonomiske incentiver virker og bruker min mulighet til å gi gulrøtter når jeg vurderer det som nødvendig, den andre foretaksdirektøren er fornøyd med ISF prinsippet som ble innført i 1997 og uttrykker seg således: ” Kombinasjonen ramme/stykkpris er et bra system, men utfordringene ligger i at eier (staten) kan endre forutsetningene fra år til år, og da oppdragsdokumentene fra HOD ikke kommer før etter at årets budsjett er vedtatt kan vi få uforutsette utfordringer”.* Informanten fra HOD var også klar på at økonomiske incentiver er et brukbart virkemiddel for å nå mål eller for å stimulere til annen type aktivitet. Ut fra dette ser vi at politikerne har inntatt en regulator rolle ved en indirekte styring av helsevesenet gjennom bruk av finansieringsordninger, nye rammer og belønnings- eller incentivsystemer. Sykehusreformen med NPM tenkning bygger mye på denne rollen (Eriksen, 2005). NPM representerer den blå bølge og er et samlekonsept for en rekke del reformer og teknikker, som har til felles at inspirasjonen kommer fra det private og/eller fra en økonomisk, rasjonell tankegang (Opstad 2006).

Under intervjuet uttalte den ene av avdelingsdirektørene at: ” *det er en tabbe å ha overfokus på økonomi – folk bryr seg ikke om det*”. Han utdyper denne påstanden med følgende: ” *Helsepersonell har i lang tid ikke følt ansvar for god økonomistyring*”. Videre opplever vi at han toner dette utsagnet noe ned når han sier: ” *dette er forståelig da måling og oppfølging i forhold til økonomi inntil for få år siden har vært fraværende, og i tillegg har de som har vært ”dårligst i klassen” fått belønning i form av økte bevilgninger*”. Også flere av respondentene i Skogsås og Svendsens undersøkelse mente at tall og økonomiske begreper ikke fungerte motiverende i prosesser: *«Budsjett og økonomiske begreper er kun verktøy, ikke mål i seg selv*”.

Den andre avdelingsdirektøren uttrykker stor tilfredshet med at sykehuset nå har greid å få kontroll på økonomien og beskriver at sykehusreformen har bidratt til dette, med innføring av standarder for mål og resultat mer bedriftsøkonomisk styring, samt mer synlige og mer profesjonelle ledere med økt ansvar og mer innflytelse.

Opplevelsen vår er at begge avdelingsdirektørene til tross for sine noe ulike svar mener at innføringen av NPM med bruk av marked og markedsmekanisme, innføring av standarder for mål og resultat, fokus på brukerne, bedriftsøkonomisk styring, synlig og profesjonelle ledere, har medvirket til økonomisk kontroll.

Vi er kjent med at det ene av sykehusene har hatt økonomisk kontroll noe lenger enn det andre, og da er det forståelig at dette sykehusets øverste leders strategiske utgangspunkt er å

fokusere på noe annet enn økonomi. Hans fokus opplever vi nå går mer direkte på organisasjon og ledelse, og vi underbygger vår antagelse med følgende uttalelse: *”...utfordringen nå er å få enhetsledernivået til å ta ansvar, jobbe mot mål ut fra felles målsetning og gi dem oppfølging i forhold til dette....ved å få enhetslederne aktivt inn i eget myndighetsområde og gjøre det til ”sitt” med utgangspunkt i klare interne og eksterne rammer”*. Vi oppfattet også at han stilte seg spørrende til om helepersonell var de rette til å inneha de ulike lederrollene i et sykehus, dette begrunnet han med at lederjobbene i sykehus ikke gir status, og at legitimiteten hos ledende helsepersonell ligger i profesjonen. Svarene fra den andre avdelingsdirektøren mener vi underbygger dette, da vedkommende hevder at leger i ledende stillinger ikke tar ledelse på alvor da de i tillegg til lederjobben driver klinisk arbeid og forskning, samt kan ha bistillinger ved Universitet. Det kontroversielle her at de til tross for dette har legitimitet.

Noen av utsagnene fra avdelingsdirektørene, beskrevet ovenfor, får oss til å tenke på den managerlistiske søyle innenfor NPM- teori. Der forestillingen er at man kan overføre organisasjon - og ledelsesprinsipper fra det private næringsliv til offentlig sektor, da ledelse er ledelse uansett hvilken sammenheng dette utøves. For å forstå sammenhengen her må man ikke bringe med seg andre organisasjons og ledelses teorier enn de som bunner ut av økonomisk teori. Altså er teorier som bygger på etikk og verdier – myk ledelse, der aktørene ikke er nyttemaksimerende, idealistiske og emosjonelle ikke kompatibel med teori som antar at aktørene er nyttemaksimerende til egen fordel, opportunistiske og rasjonelt handlende slik utgangspunktet er i denne økonomiske teori. Vi ønsker å understreke at vi ikke entydig tolker avdelingsdirektørenes svar som tilhenger av den managerlistiske søyle, men ser at enkeltutsagn sammenfaller med denne tenkningen.( kapittel 3.6).

Avdelingssjefenes svar er ikke entydige, men de er begge opptatt av at det har vært for mye fokus på økonomi og kvantitet på bekostning av kvalitet. Den ene sier: *”det ikke kan styres ut fra økonomiske incentiver alene, da de økonomiske incentiver stadig endres”*. Den andre hevder: *”at det er umulig å drive sykehus når regnskapslovens prinsipper er gjeldende, og avskrivninger i forbindelse med nødvendige investeringer må dekkes av drifts budsjettet. I tillegg meddeler han det er galt at de som overskrider budsjettene får starte med blanke ark ved årsskiftet”*.

Begge avdelingssjefene vi har intervjuet er spesialister innen sine fagfelt, og vi ser en tendens til at disse faglig orienterte ledere kan komme i konflikt med de strategisk orienterte ledere. Dette underbygger vi med skepsisen disse to har til å styre etter strategiske økonomiske mål basert på incentiver. Vi går ut fra at dette bunner i at de verdier som er lagt til grunn for strategiutvikling og kontraktsutforming har kommet i konflikt med de verdier og idealer som er sentral hos disse faglige ledere.

Svarene fra enhetslederne gav oss en opplevelse av sykehusreformen ikke har endret deres forhold til økonomistyring i vesentlig grad, selv om den ene av respondentene sa: ”*det er ubehagelig å hele tiden måtte stå til rette for merforbruk*”. Samtidig berømmet respondenten foretaksdirektørens jobb for å bringe sykehusøkonomien i balanse og uttaler at: ”*dette er nok samfunnsøkonomisk riktig*”. Vi legger merke til at begge enhetslederne hevder at arbeidssituasjonen deres er blitt mer krevende. Det er stadig nye it-system å sette seg inn i, og knapphet av personell og økonomiske ressurser er en daglig utfordring i tillegg merkes det at pasientene og deres pårørende krever mer. At pasientene og deres pårørende krever mer kan vi se i sammenheng med at samfunnsutviklingen har gått fra de mer kollektivt rettede verdier til mer fremtredende individualistiske verdier. Dette har ført til krav om at det offentlige må være mer brukerorienterte, ved at det må leveres differensierte og service orienterte tjenester av høy kvalitet til lavest mulig kostnad (kapittel 3.6).

#### **6.1.4 Oppsummering ette analysen av våre empiriske funn under forskningsspørsmål 1**

Spørsmålet lyder: Hvilke erfaringer har informantene ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital gjort seg i forhold til styring og ledelse etter sykehusreformen?

Våre empiriske funn i viser at respondentene opplever at styring og ledelse av sykehusene, St.Olavs Hospital og Helgelandssykehuset Mo i Rana, etter sykehusreformen, har vært i utvikling. Det nevnes at reformens intensjoner med statlig styring av spesialisthelsetjenesten overveidende oppleves positivt, ikke minst fordi lokal parti politikk ikke lenger er styrende. Videre viser våre empiriske funn at den øverste ledelsen er mest opptatt og har flest synspunkter på statens styring, ikke minst i forhold til oppdragsdokumentet.

Ledelse oppleves som krevende spesielt i forbindelse med reformer og endringer den medfører, da spesielt på enhetsledernivået som er lengst unna beslutningen, men nærmest pasienten! Som tidligere nevnt synes vi det var svært interessant da det viste seg at flere av respondentene uavhengig av nivå i organisasjonen var opptatt av ledelse og legitimitet, noe vi i analysen valgte å knyttet opp mot historie og fag.

Kontroll på økonomien, og innsatsstyrt finansieringen som incitament både for effektivitet og økonomi opplevde flere av respondentene som svært bra. Men også her virker det som om enhetsledernes oppfatning avviker fra de andre ledernivåene ved at de gir uttrykk for at de ikke har særlig stor nærhet og påvirkning av økonomistyringen.

Avslutningsvis i dette kapitlet vil vi påpeke at vi kunne ha brakt inn mer av teorien presentert i kapittel 3 i denne analysen, da det meste på en eller annen måte er implisert i hverandre. Men ut fra empirien valgte vi ut den teori vi mener er best egnet til å belyse respondentenes svar.

## **6.2 Analyse og drøfting av svarene vi har fått i forhold til forskningsspørsmål 2 opp mot teori**

I hvilken grad er prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse brukt i forbindelse med implementering av reformen?

Innledningsvis til dette kapitlet sa vi at i tider med store endringsprosesser som reformer representerer, er god ledelse et sentralt tema. Dette fordi organisasjonsendringer er komplekse og krevende prosesser, men også for at endringene som er planlagt faktisk skal bli implementert. Hvordan dette skal skje, sies det lite om og vi har stilt oss spørrende til om lederne opplever at de har den kompetansen som trengs. Gjennom MPA- studiet er vi blitt kjent med ulike ledelsesmodeller og vi har i denne avhandlingen først og fremst støttet oss til Busch et al som har utviklet en konseptuell ledelsesmodell og beskriver strategisk endringsledelse. Men også til Bolman & Deal's forståelse av organisasjoner. Vi har sett på deres fire rammer, der vi mener at den politiske rammen står sentralt i ledelse av reformprosesser. Dette fordi det handler om å takle maktbruk og konflikter som må forventes i store omstillingsprosesser, men også å forstå behovet for å bygge koalisjoner, og være forberedt på at mål og beslutninger vokser fram gjennom kjøpslåing, forhandlinger og posisjonskamp mellom de ulike interessentgruppene.

Politiske endringsstrategier er ikke nok, vi har derfor også sett på hva som skal til for at ansatte i organisasjoner skal være villige til å arbeide mot felles mål. Å forstå og håndtere samspillet mellom mennesker, hva som fremmer motivasjon og utvikler den enkelte og gruppen, er vesentlig. Vi har derfor tatt inn teori om atferdsmessige endringsstrategier. Denne strategien gir plass til emosjonelle forhold hos den enkelte aktør og gruppen, emosjonene har en viktig rolle for den energi aktørene bringer inn i organisasjonen.

Vektlagt i kapitlet er Busch et al's strategi om ledelse av radikale endringer, som reformer er. Vi har presentert deres nye modell; forekomstmodellen. Modellen innbefatter endringsledelse i et integrert perspektiv, en normativ modell som søker å forstå interne og eksterne endringskrefter og samtidig forstå hvordan en som leder kan sikre den nødvendige tilpasning og styrke den ønskede utvikling av virksomheten.

### 6.2.1 Drøfting av aktørenes erfaring i.f.t. den konseptuelle foretaksmodellen

Den konseptuelle modellen for endringsledelse ser vi som en ”tankemodell” som ivaretar en slags helhet. Vi ønsker å bruke modellen som hjelp til å analysere funnene i undersøkelsen; hva er respondentenes erfaring med strategisk endringsledelse. Vi sa innledningsvis til kapittelet at politiske og atferdsmessige endringsstrategier står sentralt når store endringer skal skje, derfor vil vi her spesielt vektlegge koalisjons-, ledelses- og atferdssystemet.

#### Organisasjonens interesser

Koalisjonssystemet representere sammensetningen av organisasjonens interesser. Gjennom avtaler konstituerer de organisasjonen, derfor er det et politisk system. Det representerer også koblingen mellom organisasjonen og omgivelsene. *”Bakgrunnen for sykehusreformen var at spesialisthelsetjenesten systematisk brukte mer penger enn budsjettet og alle fikk tilgivelse for overforbruket. Det var ingen sanksjoner.”* Dette utsagnet mener vi er betegnende for hva våre respondenter har tatt innover seg. *”Sykehusreformen er det beste som har skjedd. Det har skjedd noe dramatisk, reformen har hjulpet oss.”* Folket har gitt ansvaret til politikerne, som igjen gir oppdrag til helsetjenesten i form av oppdragsdokument. Dette gjenspeiles videre i form av styringsdokumenter og lederavtaler. Pengene følger med og lederne er på denne måten mer ansvarliggjort. *”Det kom inn struktur om lederavtaler som inneholder dokumentasjon i form av budsjett, regnskap og statistikk, og som tilser at vi leverer det vi skal. Styringen fra departementet kom tidligere i form av idealskriv, nå er det oppdragsdokument.”*

Legenes legitimitet som ledere er blitt mye berørt av informantene, både av legene selv og de med annen fagbakgrunn. *”Han tenker mye på om han har den riktige fagbakgrunn. Det er mulig det trengs en annen type ledelse nå. Utviklingen ser ut til å gå i retning av at det er overleger som har legitimitet. Han opplever at hans overordnede står for denne linjen. Da han startet i 2004 var halvparten av avdelingsjefene leger, nå er det totredjedel. Han er skeptisk til utviklingen”.* Tendensen det her pekes på, kan oppfattes som en konflikt og forstås som at det utøves makt fra ledere som er i posisjon til å tilsette ledere.

Den politiske rammen står sentralt i ledelse av reformprosesser fordi det handler om å takle maktbruk og konflikter som må forventes, men også å forstå behovet for å bygge koalisjoner, og være forberedt på at mål og beslutninger vokser fram gjennom kjøpslåing, forhandlinger og posisjonskamp mellom de ulike interessentgruppene.

Sett i lys av den politiske rammen, er det viktig å identifisere hvem interessentene er, og hva de er opptatt av. Dette for å kunne skape seg en maktbase. Ved hjelp av svarene fra spørreundersøkelsen vil vi finne ut:

1. I hvilken grad har respondentene og informanten uttrykt at de er opptatt av dette?
2. Hva skjer underveis med gjennomføring av styring, fra departementet og ned til enhetsledernivå?

Til spørsmål to, har vi valgt å se hva informanten fra HOD sier, og en enhetsleder. Dette for å forsøke å analysere og illustrere hva som skjer.

Hod v/informant 1 er opptatt av hvordan skal en få helsevesenet til å endre seg. Sykehusreformens intensjoner er ikke nådd. Erfaringen tilsier at implementering skjer ikke av seg selv. De har sett mye defensiv holdninger og motspill; samme hva som sies via bestillings- og strategidokumenter, fortsetter man som før. Jamfør den fortsatt manglende økonomiske styringen i store deler av helse-Norge.

Hod v/informant 1 sier at styring, styringssignaler og incentiver er noe av det prosjektgruppen arbeider mest med. Dette ut fra gode erfaringer med, for eksempel innføringen av DRG. ”*Men vi har kommet bare delvis i mål m.h.t. økonomisk styring*”. Derfor er han klar på at i den nye reformen vil dette virkemidlet klart styrkes. Vi oppfatter at sykehuseierne og lederne har vært viktige interessenter i implementeringen av sykehusreformen. Og de har etter hvert tatt innover seg at de har ansvar for å drive økonomisk forsvarlig, - å ikke bruke mer enn de har. Men det er altså ikke nok. Spørsmålet er om vet HOD hvilke sider av endringene interessentene er mest opptatt av?

Helseministeren innehar mange maktkilder, bl.a. personlig makt, posisjonsmakt, argumentasjonsmakt og makt over belønninger. Vi oppfatter at helseministeren har brukt direkte makt for å få sette reformen ut i live. Det er den mest synlige makten og knyttes til beslutning og hele beslutningsprosessen.

Informanten er klar på hvordan implementeringen skal skje, her tenkes det tre nivåer med en klar funksjonsfordeling:

4. Departementet har ansvar for lover, forskrifter, styringssignaler og økonomi.
5. Direktoratet har ansvar for å lage retningslinjer for utøvelsen.
6. De regionale helseforetakene sørger for at bestillingsdokumenter når til det utøvende nivå.

Vi ser på uttalelser fra det ledelsesleddet nærmest pasienten:

Respondenten ønsker ikke mer hierarkisk styring men påpeker at ofte er det avdelingsleder som sist er innformert når endring skal skje. At tillitsvalgt og verneombud er innformert mens han føler seg satt på sidelinja. Han opplever at det er vanskelig å få gehør for regelverket hos



avdelingssjef som er overlege. På 5-6 år har det vært skifte av leder 5 ganger, de har alle vært overleger. *”Det er enhetlig ledelse her. Jeg har mange ganger opplevd at lederen min mangler forståelse for kompleksiteten i arbeidsoppgavene på en stor generell medisinsk avdeling”*. Han forteller om stadig skifte av strategier.

En måte å forstå dette på, er at enhetslederen ikke er en aktuell interessent for sine overordnede, og heller ikke medregnet i ledelseslinjen når informasjon blir gitt og forhandlinger og drøftinger pågår. Faren er stor for at dette i neste omgang fører til at det blir et brudd i forståelse for, og gjennomføring av oppdragene på utøvelsesnivået.

Dette kan også forstås som et uttrykk for at ledelsen over enhetslederen ikke sørger for å etablere nødvendig makt for å få gjennomført aktuelle saker i linjen. Vi spør oss hva er det da av overordnet styring og ledelse som når fram der tjenestene utløses og mesteparten av ressursene brukes?

På et vis kan det se ut som det enhetsleder er uten makt, men stemmer det? Denne lederen sier bl.a.: *”Jeg vil plukke det som er viktig og dra det ned til sin avdeling/ se på hvilken effekt har dette for min avdeling. Rett og slett å ha et filter, få tak i hva som er viktig for min avdeling å ta inn og evaluere om tiltaket har ønsket effekt. Enhetsleder må ha et filter oppover og nedover.”*

Utsagnet kan forstås på flere måter, bl.a. at hun filtrerer for å lage en nødvendig beskyttelse for sine ansatte og seg selv, det kan for så vidt være bra. Men utsagnet kan også forstås som en opportunistisk atferd med en risikoaversjon som for eksempel kan medvirke til at økonomistyringen blir uforutsigbar.

Samme enhetsleder svarte på spørsmål om hvordan han opplevde at bedre økonomistyring var et uttalt mål?

*”Fra eget ståsted som avdelingssykepleier merkes ikke dette så mye, virksomheten i en sengepost er ikke aktivitetsavhengig. Er med i vurderinger når personalressurser skal overflyttes til andre avdelinger, evt. til andre avdelinger på Helgeland.”*

Vi tolker denne uttalelsen som at han opplever økonomi som lite relevant tema å fokusere på i egen virksomhet. Vi vet samtidig at enhetsledere styrer de største personalressursene i sykehus og kan for eksempel utløse overtid og merforbruk, som kan være vanskelig å argumentere mot, jamfør merforbruket på 2 mill kr fra en annen av våre respondenter.

Hvem er hans interessenter og hvilken sider av endringer er han mest opptatt av? Vår forståelse er at det i stor grad er eget personale og pasientene.

Hvis vi skal gjøre en liten maktanalyse, bruker enhetslederen slik vi forstår det, indirekte makt, og han kan bruke filter mellom beslutningsprosessen og implementering. Det er en illustrasjon på hvordan ting ikke blir satt ut i live. Den viktigste maktkilden her er argumentasjonsmakten.

Vi har her belyst informasjon vi har fått fra det øverste og nederste ledd i hierarkiet for å tydeliggjøre at noe skjer på veien nedover i linjen. En av toppsjefene var bevisst dette spriket og opptatt å gjøre noe med det:

*”Er stort sett fornøyd med utviklingen i min ledergruppe, avdelingsjefene. Det som gjenstår nå er å få neste ledernivå, avdelingslederne, til å ta ansvar. Neste steg blir derfor å få avdelingslederne i samarbeid med ledelsen til å arbeide mot mål ut fra målsettingen og at de får oppfølging i forhold til dette. De skal få hjelp til det de trenger hjelp til i form av opplæring på It – verktøy eller sykefravær eller hva det måtte være. Avdelingslederen er sykehusets ledelses utøver”. Slik det er nå påpekes det problemområder, men det er sjelden forslag til tiltak. Ofte klages det fra avdelingsledergruppen at de ikke er med i beslutningsprosesser, de må utvikles til å være på banen. Men det ligger også i sakens natur at avdelingslederrollen har et mindre strategisk element, da det er den utførende rollen. Derfor vil det ofte bli misnøye. Målet må være å få avdelingslederne aktiv i eget myndighetsområde – gjøre det til sitt eget, ved at det er klare interne og eksterne rammer blir dette en artig jobb.”* Mye kan sies om dette, men både ut fra det vi ser her og egne erfaringer støtter vi hans siste poeng og tror vi det kan være en nyttig, nødvendig og interessant utvikling han setter i gang.

Vi har med denne illustrasjonen, sett på tre ledd i ledelseslinjen og gjort en interessent- og maktanalyse. Oppsummeringsvis kan vi si at det illustrerer at det skjer brudd på vei fra departementet og nedover i styrings- og ledeshierarkiet som kan være med å forklare hvordan en for eksempel mister grepet på økonomistyringen.

Hvor opptatt er respondentene våre av å identifisere hvem interessentene er, og lager de en maktanalyse for å skape seg en nødvendig maktbase?

Vi ser imidlertid at respondentene og informant er opptatt av er å få gjennomslagskraft. I politisk endringsstrategi er forhandlinger og strategier for å påvirke beslutninger viktige: *”Jeg er lojal mot tillitsvalgte, vi har en sterk struktur på denne institusjonen. Jeg er prinsipielt uenig med direktøren når han mener at det skal spares inn hos ”fotfolket” mens*

*det ikke skal hos legegruppen. Direktørens mål har vært å øke kompetansen. Jeg har valgt å holde lege og psykolog stillinger vakant for å slippe å si opp miljøpersonalet. Dette har gitt meg lojalitet hos miljøpersonalet.” Videre sier han: ”Jeg er åpen og ærlig, skjult agenda mener jeg er illojalt” ”Jeg er med på å gjennomføre tiltak jeg i utgangspunktet er uenig i hvis det blir bestemt, jeg sloss på de riktige arenaene. Jeg mener jeg har makt som avdelingssjef, men mangler slingringsmonn for eksempel til å gi mer lønn til en profesjon som mangler, St.Olavs har ens regler for alle. Altså mye styring på bekostning av mitt ledelses rom.”*

*En annen uttrykker: ”Det er erfaringer med defensive holdninger og motstand hos medarbeiderne, det understrekes at ledelsen må ha hands on, vite at ting er ordenlig forankret. Hands on er verktøy, brukes i drøftingsmøte, avdelingsmøter med avdelingsdirektørene. Foretaksledelsen etterspør Hands on, framdrifte og hva skjer i prosessen. ”*

*Teori sier at når interessenter har ulike mål og det er knappe ressurser, er løsningen med direkte makt, dårlig. Forhandlinger er å foretrekke, ”Jeg har liten tro på tvang. Ønsker å spille på lag med lederteamet, tillitsvalgte og vernetjenesten.”*

*”At vi arbeider i samme retning, gir hverandre drahjelp. Det er nesten alltid noen defensive holdninger som tapper energi fra prosessen /organisasjonen. Dette viser seg ofte som interne konflikter mellom personer eller at en eller flere er imot omorganiseringen. Området mitt har ledermøter der det er mye fokus på drift, men de fleste av endringene er knyttet til drift og jeg bruker lederteamet mitt til diskusjon og støtte i prosessen. Det er nødvendig for alle i teamet å forstå hvorfor vi ønsker endringer.”*

*I følge informanten fra HOD er styring, styringssignaler og incentiver noe av det prosjektgruppen arbeider mest med. Hvordan skal en få fagfeltet til å endre seg? De tror ikke implementering skjer av seg selv. De har sett mye defensiv holdninger og motspill; ”samme hva som sies via bestillings- og strategidokumenter, fortsetter man som før. J.f.r. den fortsatt manglende økonomiske styringen i store deler av helse-Norge.”*

*”Prosjektgruppa har hele tiden tenkt på motspill og opposisjon. For å oppnå endringsvilje mener de det må lønne seg, derfor har det vært tenkt mye på hvilke incentiver som skal brukes. Det må lønne seg.”*

*Når helseministeren og prosjektgruppa reiser rundt, opplever de som regel å bli applaudert. Informanten undrer seg noe over dette. Han møter en del som han mistenker er strategisk; hva kan dette utløse av midler for meg sånn at jeg kan fortsette med mer av det jeg har gjort før?*

Det forventes egentlig mer motstand, og det er motstand han i denne sammenheng betrakter som sunn. Det kan forstås som at han etterlyser kamper.

Vi har ikke hørt uttrykt fra respondentene at de verken bruker ledelsesterminologien som for eksempel denne oppgaven representerer, heller ikke viser at de bruker noe i som ligner interessent- eller maktanalyse. Alle ledelsesnivå er imidlertid opptatt av å ha innflytelse og påvirkningsmuligheter.

### **Ledelse under endring?**

Vi vil ha fokus på følgende tema om ledelse:

- Ledelse som et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker.
- Endringsledelse med hovedfokus på relasjonen mellom organisasjonen og dens omgivelser.

Ved å drøfte svarene i forhold til teori vil vi se i hvor stor grad lederne bruker prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse i reformtid.

Vi har ikke hørt begrepet endringsledelse direkte brukt av respondentene. Dette har vi undret oss over, fordi de aller fleste har vært gjennom enten lederutdanning eller en eller annen form for lederutvikling. Av egen erfaring mener vi dette reflekterer plassen endringsledelse har som et aktuelt tema i sykehusene våre. Det blir da interessant for oss å se nærmere på hva lederne faktisk tenker, formidler og gjør. Vi ønsker å få tak i om respondentene leder hensiktsmessig i forhold til situasjonen, som i denne sammenheng er i en reformtid?

Vi oppfatter vi at alle respondentene er opptatt av ledelse som tema. Det ble for eksempel sagt: *"lederne må hele tiden ha hands on, ledere må være forankret nedover i organisasjonen. Det må være å sørge for"*. En annen sa: *"Jeg synes det er kjempeinteressant å få andre til å endre atferd, ledelse er å gi innsikt å få medarbeiderne til å etablere en positiv kultur"*, eller *"Ledelse handler om personalarbeid, drift og økonomi"*. En avdelingssjef sa: *"Min jobb er å gi fotfolket rom for å utøve sin jobb i forhold til pasientene."* En enhetsleder sa: *"Ledelse er tydeligere nå."* Respondentene her representerte alle fire ledelsesleddene uttrykker seg på en måte som gjør at vi må stille oss spørrende til, og forstå utsagnene mer ut fra et innhold enn den språklige terminologi vi bruker nå vi beskriver teori.

Hvis vi skal se utsagnene i lys av E. Johnsens definisjon, viser det at lederne er opptatt av å skape interaksjon med medarbeiderne. Av svarene ser vi forskjeller på ledernivåene, ledelse som tema uttrykkes tydeligere dess høyere en er i lederhierarkiet.

Informanten fra HOD er svært opptatt av ledelse og stiller seg spørrende til om vi har de riktige lederne i dag siden vi ikke når mål, jfr. den manglende økonomiske måloppnåelsen.

Endringsledelse har hovedfokus på relasjonen mellom organisasjonen og dens omgivelser, og innbefatter ledelsesaktiviteter som tar sikte på å utvikle foretakets eksistensgrunnlag. Med omgivelser mener vi befolkningen som er potensielle pasienter og brukere av tjenestene. De kan også betraktes som helsevesenets oppdragsgiver (eksistensgrunnlag). Sykehusreformen var fundert på folkets misnøye både når det gjaldt økonomisk styring og kvalitet på tjenestene.

Hvor opptatt er respondentene i forhold til omgivelsene, og til å utvikle for å tilfredsstille publikums behov? *”Bakgrunnen for reformen var at spesialisthelsetjenesten systematisk brukte mer penger enn budsjettet og alle fikk tilgivelse for overforbruket. Det var ingen sanksjoner. Systemet var ikke bærekraftig. Derfor kom sykehusreformen med mer styringssystem som i seg selv gir en selvstendig verdi”*, sier en toppleder, en annen sier: *”mange behandles på for høyt nivå. Det er for lite samhandling mellom sykehus og kommune.”* En sier: *”Det er gjennomført bedre rutiner før innleggelse i sykehuset ved at spesialistene er tilgjengelig på telefon til slik at fastlegen kan konferere med spesialisten.”* *”Pasienten har ikke vært i fokus tidligere”*. En enhetsleder sier: *”Pårørende og brukere er mer opplyst om sine rettigheter i dag. Det fører til at de vil ha mer på sitt vis”*. Han fortsetter: *”Bovim er flink da, det han har gjort med sykehusøkonomien (fått kontroll), er nok samfunnsøkonomisk riktig”*. Uttalelsene viser at lederne på alle nivå er noe opptatt av omgivelsene, men at lederne på de høyest nivå er mer tydelig opptatt av behov for styring av samfunnets felles ressurser. Informanten fra HOD er helt klar på dette punktet, samfunnets felles ressurser utnyttes ikke godt nok i dag, vi får ikke ut nok helse for hver krone.

Ledelse er en selvstendig funksjon som må ivaretas i enhver organisasjon, sier vi i kapittel 3.5.1. Videre bl.a. at det er viktigere å lede sammen med enn gjennom andre, og at det er lederens ansvar å tilse at ledelsesprosessen fungerer. Vi har ikke spurt respondentene direkte om dette, men nesten alle har påpekt at ledelse som sådan er blitt klarere med sykehusreformen. Hvordan ser lederne på ledelse?

En toppleder sier: *”Som leder har jeg sterkt fokus på gjennomføring og ikke bare prat. En er alltid avhengig av de andre i teamet for å få utrettet noe.”* En annen av topplederne: *”Jeg gikk til allmøter og meddelte at jeg kom ikke til å be styret om mer penger før vi klarte å drive en god virksomhet ut fra tildelte ressurser.”* En av avdelingssjefene: *”Tidligere følte jeg sterkt for egen avdeling, men har etter hvert fått større forståelse av at sammenhenger og samhandling i sykehuset er helt nødvendig. Nasjonalt topplederprogram var svært nyttig for meg og gav meg innblikk i problemløsninger, det skjedde forandringer i hodet mitt”* En enhetsleder sier: *”På 5-6 år har det vært skifte av leder 5 ganger. Alle har vært overleger. Jeg har mange ganger opplevd at lederen min mangler forståelse for kompleksiteten i arbeidsoppgavene på en stor, generell medisinsk avdeling ”* En annen sier: *”Det er ubehagelig å hele tiden måtte stå til rette for et merforbruk, selv om jeg blir forstått og sykehuset i sin helhet greier å være i økonomisk balanse”*.

Svarene gjenspeiler at lederne på alle er opptatt av fokus på lederatferd der samspill har en sentral betydning, det er imidlertid iøynefallende at enhetsledernivået enten inntar evt. får tildelt en posisjon det de ser på ledelsen over seg og ikke uttaler seg om hvordan de selv legger opp til samspill med eget team.

### **Blir kultur/ verdier ivaretatt under endring?**

Vi spør oss i hvilken grad er våre respondenter og informant opptatt av atferdsmessige endringsstrategier? I teorikapittelet viser vi til fem typer særpreg (Busch et al, 2007) ved atferdsmessige endringsstrategier. Vi vil se av respondentenes svar i lys av særpregene.

#### 1. Fokus settes på læring og innovasjon:

Informanten fra HOD trekker fram at erfaringene har vært gode med innføringen av DRG - systemet. For å oppnå endringsvilje mener de at det må lønne seg, derfor har det vært tenkt mye på hvilke incentiver som skal brukes når den nye Samhandlingsreformen skal implementeres.

De sier videre at det er enorme kulturforskjeller m.h.t. holdninger til implementering av det nye. *”Ønsket praksis må lønne seg, det må legges ut en passe mengde gulrøtter”*. Dette understreker informanten fra HOD, vil vi få mer av. Det vil komme nye finansieringsmodeller som gjør at det lønner seg, både i sykehus og i kommuner.

Informanten fra HOD stiller seg spørrende til om vi har fagfolk og ledere med de riktige holdningene? Utdanner vi de lederne vi vil ha? Han mener at vi må gjøre noe med utdanningene til alt helsepersonell. Han tar for eksempel opp egen gruppe som er leger. Medisinstudenter blir avlært gode holdninger i praksis i tredje studieår av eldre leger med en uheldig gammel kultur. Prosjektgruppa som arbeider med den nye reformen snakker mye om holdninger og kultur. Prosjektgruppa har derfor hatt dialog med kunnskapsdepartementet for å påvirke utdanningene. *”Vi må også bort fra diagnosetenkningen og få inn pasientforløpstankegangen. Det må vektlegges mye mer mestring og samhandling.”*

*”Da jeg startet i jobben som sykehusdirektør i 2006 hadde sykehuset et underskudd på 650 millioner kr. og det var en voldsom frustrasjon i organisasjonen. Min jobb var da å forvalte pengene vi hadde fått til disposisjon. Jeg gikk ut på allmøter og medelte dette og at jeg ikke kom til å be styret om mer penger før vi klarte å drive en god virksomhet ut fra tildelte ressurser. Jeg ser ikke motsetning mellom økonomisk kontroll og kvalitet på helsetilbudet. Men jeg har et bevisst forhold til at økonomiske insentiver virker og bruker muligheten til å gi ”gulrøtter” når jeg vurderer det som nødvendig.”*

*”Tidligere følte jeg sterkt for egen avdeling, men har etter hvert fått større forståelse av at sammenhenger og samhandling i sykehuset er helt nødvendig. Nasjonalt topplederprogram var svært nyttig for meg og gav meg innblikk i problemløsninger ”det skjedde forandringer i hodet mitt”. Det ble lagt stor vekt på ”min” rolle som leder og jeg er nå mye mer bevisst i prosesser som foregår og kommer tidligere på banen med tiltak. Frustrasjonen som leder kan til tider være stor, men topplederprogrammet har gitt meg større forståelse av mekanismene i ulike prosesser og evnen til å analysere det som foregår på en annen måte. Jeg har utviklet meg selv og min lederstil til å bli mer profesjonell etter topplederprogrammet.”*

Her har vi tre utsagn fra tre forskjellige nivå som viser fokus på læring og innovasjon, med mål om innovasjon, fornyelse og endret organisatorisk atferd. Vi har funnet utsagnene fra de øverste ledelsesledd i linjen, mens fra enhetslederne var det vanskelig å finne noe som en kunne forstås i retning av dette, deres utsagn er mer preget av negative erfaringer med reformen.

2. Organisasjonen betraktes som et åpent, sosialt system:

*”Med Samhandlingsreformen snakker vi om holdninger og kultur. Både i sykehus og kommuner framstår tjenestene fragmenterte”, sier informanten fra HOD. ”Hver avdeling og hver lille kommune organiserer seg forskjellig, bildet blir uoversiktlig og vanskeliggjør samhandling. Det trengs større kommunale enheter som har en tydeligere adresse også som samhandlingspartner. Og det trengs klare styringssignaler til kommunene i likhet med hva som er gitt sykehusene.”* HOD mener tydeligvis at resultatene av sykehusreformen så langt ikke er gode nok, og vi oppfatter at det er bakgrunnen for den nye samhandlingsformen.

*”Implementering av individuell plan har gått tregt. Det er ikke så merkelig”* sier informanten fra HOD *”Det er en ”dialogplan”, den henger ikke sammen med vedtak som er gjort i kommunen. Retten til individuell plan gir ikke rett til å utløse midler. Det vil si at individuell plan i dag er bare prat”.*

Punkt 2 innebærer at organisasjonen ses som en sosial organisme som utvikles i tett interaksjon med sine omgivelser med mål om å skape en lærende organisasjon gjennom et åpent og positivt samspill.

Sykehusene i Norge er ikke akkurat kjent for åpenhet, det være seg mot kommunene, pasientorganisasjoner eller andre interesseorganisasjoner. Med sykehusreformen og nytt lovverk i spesialisthelsetjenesten, ble for eksempel retten til medvirkning og forpliktelsen til å sørge for medvirkning, forsterket. Vi mener å ha sett at noe har skjedd i årene som har gått etter reformen, men tydeligvis ikke nok. Vi har ikke spurt respondentene direkte om dette, og vi registrerer at de i svært liten grad har vært innom temaet som svar på våre åpne spørsmål.

Det er informanten fra HOD som er tydelig på temaet, og føringene er klare på at samhandling skal det bli med den nye reformen.

3. Den prinsipielle løsningsteknikken er etablert av læringsprosesser:

*”Nasjonalt topplederprogram var svært nyttig for meg og gav meg innblikk i problemløsninger ”det skjedde forandringer i hodet mitt”. Det ble lagt stor vekt på ”min” rolle som leder og jeg er nå mye mer bevisst i prosesser som foregår og kommer tidligere på banen med tiltak. Frustrasjonen som leder kan til tider være stor, men topplederprogrammet har gitt meg større forståelse av mekanismene i ulike prosesser og evnen til å analysere det som foregår på en annen måte. Jeg har utviklet meg selv og min lederstil til å bli mer profesjonell etter topplederprogrammet”.*

Med dette punktet menes at aktørene settes i situasjoner hvor de i fellesskap får mulighet til å utvikle ny innsikt som har betydning for organisasjonens utvikling og endringsevne. Dette kan skje på mange måter, for eksempel hadde mange av respondentene gått lederutviklingsprogram, det gjaldt faktisk på alle sykehusets ledernivå som vi traff. En av topplederne har sørget for at alle sine mellomledere har gått i et felles program;

*”Ledelse er å gi innsikt og få medarbeiderne med på å etablere en positiv kultur, det har fungert hos oss. For å få til dette har det vært arrangert lederutviklingsprogram for alle ledere der kulturbygging har vært i fokus. Jeg gjennomførte dette i stor grad selv, men hadde hjelp av 2 veiledere, slik har jeg skaffet meg allierte om ideen min.”*

Ikke alle respondentene våre har uttrykt at de er en del av en det hele.

*”Han opplever at det er vanskelig å få gehør for regelverket hos avdelingssjef som er overlege. På 5-6 år har det vært skifte av leder 5 ganger, de har alle vært overleger. Det er enhetlig ledelse her. Jeg har mange ganger opplevd at lederen min mangler forståelse for kompleksiteten i arbeidsoppgavene på en stor generell medisinsk avdeling. Han forteller om stadig skifte av strategier”.*

Sitatet er fra en av enhetslederne. Vi mener utsagnet kan representere begge respondentene på dette ledelsesnivået. Vi vet at dette leddet er representert med lederutdanning og lederutvikling. Som vi tidligere har påpekt, ser det for oss ut til at de opplever sin posisjon på en langt mer defensiv måte. Vi spør oss om de er deltakere sammen med resten av ledelsen og har reell medvirkning? Vi vet litt lite om dem på dette punktet, men vi stiller oss spørrende til om de er i en posisjon og i et fellesskap som gjør at de kan ivareta organisasjonens utvikling og endringsevne. Hvis antakelsene våre stemmer, er det en alvorlig sak med tanke på at de hver for seg forvalter store ressurser og leder mange mennesker.



Vi har gjort en liten analyse på tre svar fra tre forskjellige nivå i sykehuset og sett eksempler på ledelsesprogram som virker veldig positivt inn på endringsstrategi nr. 3. Også her peker vi på at enhetsledernivået skiller seg ut fra resten av linjen.

4 Ledere og prosesskonsulenter fungerer som endringsagenter:

Informanten fra HOD sier om prosjektgruppa han sitter i:

*”De reiser en del rundt og har formelle møter med kommuner, sykehus, brukerorganisasjoner, små og store brukergrupper, enkeltpersoner, fagforeninger, utdanningsinstitusjoner og egentlig alle som kan tenkes å ha innspill som er viktig for dette arbeidet. Gjennom dialog med bredden har de en utrolig stor kontaktflate. De hører på alt og mange av innspillene de får, brukes i arbeidet”. I denne sammenheng var det altså helseministeren som ikke var fornøyd med hvordan helsevesenet var organisert, og satte ned en gruppe som arbeider med den nye Samhandlingsreformen.*

Det er ledelsen som stort sett setter i gang atferdsmessige strategier. I tillegg kan det brukes prosessveiledere som kan være interne eller eksterne konsulenter som er eksperter på å etablere læringsprosesser sammen med deltakerne. (Busch et al 2007)

Informanten fra HOD undrer seg på om vi utdanner de lederne vi vil ha? Han mener at vi må gjøre noe med utdanningene til helsepersonell. Han tar for eksempel opp egen gruppe som er leger. Medisinstudenter blir avlært gode holdninger i praksis i tredje studieår av eldre leger med en uheldig gammel kultur. Det snakkes altså mye om holdninger og kultur. Prosjektgruppa har derfor hatt dialog med kunnskapsdepartementet for å påvirke utdanningene. Også her er det Helseministeren som handler, men bruker prosjektgruppa som ”prosess konsulenter”. *”Vi har jobbet målrettet over år med å rekruttere og utdanne fagfolk samt tilrettelegge bygningsmasse og utstyr til optimal drift. Så i 2009 blir først og fremst utfordringen å få fagfolkene i drift og å fokusere på utvikling av avdelingslederrollen ved skolering på og bevisstgjøring av arbeidsoppgaver.”*

*”Er stort sett fornøyd med utviklingen i min ledergruppe, avdelingsjefene. Det som gjenstår nå er å få neste ledernivå, avdelingslederne, til å ta ansvar. Neste steg blir derfor å få avdelingslederne i samarbeid med ledelsen til å arbeide mot mål ut fra målsettingen og at de får oppfølging i forhold til dette. De skal få hjelp til det de trenger hjelp til i form av opplæring på It – verktøy eller sykefravær eller hva det måtte være. Avdelingslederen er sykehusets ledelses utøver. Slik det er nå påpekes det problemområder, men det er sjelden forslag til tiltak. Ofte klages det fra avdelingsledergruppen at de ikke er med i beslutningsprosesser, de må utvikles til å være på banen. Men det ligger også i sakens natur*

*at avdelingslederrollen har et mindre strategisk element, da det er den utførende rollen. Derfor vil det ofte bli missnøye. Målet må være å få avdelingslederne aktiv i eget myndighetsområde – gjøre det til sitt eget, ved at det er klare interne og eksterne rammer blir dette en artig jobb.” Vi tar med eksempelet for å vise at lederen tar et nødvendig grep for å myndiggjøre enhetsledernivået.*

*”Kvaliteten er forsterket. Han mener det skal gis et strukturert behandlingstilbud. I dag skjer det ved at det er fokus på utvikling av standardiserte pasientforløp, kvalitetsindikatorer, prioriteringsveiledere o.s.v. Han har tro på dette. Pasientene kan føle seg tryggere”. Til å implementere dette, bruker lederen interne rådgivere som prosjektledere. Arbeidsmodellen er bl.a. aksjonslæring.*

*Respondenten opplevde å ha et stort rom i forhold til å jobbe med sine ansatte (endringsledelse) når to akuttposter skulle slås sammen. Hans personale var forberedt på det som skulle komme. Men fra den andre posten var det brudd i linjeledelsen som skapte store problemer. Han oppfatter at det var motspill i mange år fra det andre sykehusets side i forbindelse med at de skulle nedlegges. Det var i ledelsen dette skjedde. Personalet var uten informasjon om hva som skulle skje, det gikk utover dem og vanskeliggjorde hele sammenslåingen. Her kan en stille seg spørrende til hvorfor denne lederen var alene om en sånn oppgave, og hvor var de to neste ledelsesleddene i linjen?*

Her er det illustrert fra 4 ledelsesledd, først og fremst ledere, men også bruk av prosess konsulenter, som endringsagenter. Dette er et lite utvalg, og ut fra vår lille analyse ser vi at ledere er endringsagenter. Med det siste eks. er vi spørrende til hvor bevisst, helhetlig og planmessig gjennomføres tiltak gjennomgående i organisasjonen? Hvor stor plass mener vi som ledere at implementering av endringer som følge av reformer, skal ha i organisasjoner, og hvor stor plass blir gitt/tatt?

5 Endringsprosessen har fokus på kultur, identitet og atferdsendringer:

Mange sykehus er utrolig tradisjonelle, her peker informanten fra HOD på kulturforskjeller, det tenkes altfor mye diagnoser. Brukes for eksempel psykiatriske sykehus og DPSer hensiktsmessig i dag? Han mener asyltankegangen i for stor grad lever enda. *”Med Samhandlingsreformen snakker vi om holdninger og kultur”*. Både i sykehus og kommuner framstår tjenestene fragmenterte, ifølge informanten. Hver avdeling og hver lille kommune organiserer seg forskjellig, bildet blir uoversiktlig og vanskeliggjør samhandling. Det trengs større kommunale enheter som har en tydeligere adresse også som samhandlingspartner. Det trengs også klare styringssignaler til kommunene i likhet med hva som er gjort til sykehusene

Fra et bevisst læringsperspektiv, settes fokus på individ og gruppe, med vekt på felles fortolkning av verdier, normer og identitet. Det er et mål å skape atferdsendringer gjennom langsiktig utvikling av individer og sosiale relasjoner. (Busch et al, 2008)

HOD viser at de tenker organisasjoner, grupper og individ når de snakker endring. De planlegger forskjellige virkemidler for å få til endringen de ønsker. Så langt har vi sett at det dreier seg om; bred medvirkning av interessenter i planleggingsfasen, de vil bruke klare styringssignaler, bl.a. endre lovverk, endre holdninger til helsepersonell ved å påvirke utdanningsinstitusjonene, økonomiske og andre incentiver.

*”Jeg synes det er kjempe interessant å få andre til å endre atferd. Men det er irriterende å tenke på at dårlig økonomi tvang oss til å sette fokus på bedre kvalitet. Pasienten har ikke vært i sentrum tideligere.*

*Ledelse er å gi innsikt og få medarbeiderne med på å etablere en positiv kultur, det har fungert hos oss. For å få til dette har det vært arrangert lederutviklingsprogram for alle ledere der kulturbygging har vært i fokus. Jeg gjennomførte dette i stor grad selv, men hadde hjelp av 2 veiledere, slik har jeg skaffet meg allierte om ideen min.”* Denne topplederen viser at han har bevissthet om hvor han vil og hvordan han får med seg sine ansatte på felles mål. Han kan vise til at han har oppnådd resultater på nettopp dette.

Vi viser her til de to øverste lederledd i linjen, men vi har uttalelser fra flere ledd som viser at det er en bevissthet og praksis på å aktivt å ha fokus på kultur, identitet og atferdsendringer i endringsprosessen. Når det gjelder på enhetsledernivå virker det som de er mest opptatt av å få en travel hverdag til å gå opp med den daglige drift; at de ikke uttrykker en overordnet tenkning om en langsiktig atferdsendring og utvikling for sine ansatte.

Dette viser at våre respondenter og informant er opptatt av atferdsmessige endringsstrategier, men vi spør oss hvor gjennomtenkt og planmessig er arbeidet? Enhetsledernivået skiller seg ut med å uttrykke lite som går i retning av at de er opptatt av temaet overfor sine ansatte.

### **Struktur og teknologi under endring.**

Transformasjonssystemet er de prosesser som bidrar til å transformere bidrag eller belønninger. Til det trengs teknologi, struktur og kunnskap.

Sykehusreformen kom for å sørge for et mer rettferdig og et bedre tilbud. Det medførte et nytt og styringssystem og en voldsom snuoperasjon med omstrukturering av hele helse-Norge, dette har vi tidligere omtalt, og nevner bare kort i denne sammenheng. *”Det var en riktig reform. Det var uforutsigbart med fylkeskommunen. Plutselig gjorde de en hestehandel, som*

*for eksempel i 1997 da de vedtok å legge hovedsykehuset på Helgeland til Sandnessjøen mot å få nye veier i Lofoten. ”*

Med reformen og det nye styringssystemet følger ny teknologi. *”Det ble mer bedriftslikt. Det ble mye omveltninger p.g.a. ny funksjonsfordeling mellom sykehusene. For eksempel personalkontoret til Mosjøen, innkjøpskontoret i Sandnessjøen og regnskap og lønn i Mo. Det er en utfordring med systemene som kom med endringene, for eksempel det elektroniske. GAT, DIPS, DoeMap, Nissy bl.a. Det hagler inn. Dette er store omveltninger, - de nye systemene... De krever mye opplæring.”* Det er enhetslederne som spesielt uttrykker at mange funksjoner har havnet hos dem. *”Oversykepleiersjiktet har kommet bort, flere og flere oppgaver har falt på enhetsleder”.*

I transformasjonssystemet ligger også belønningene. *”Det blir jobbet mye for å ha kontroll, og opplever ikke å bli premiert for det.”* Respondenten etterlyser belønning for å oppfylle krav til budsjettstyring. En annen respondent sier *”Med sykehusreformen har en fått økte legelønninger og økte topplederlønninger”* HOD på sin side uttrykker svært god tro på bruk av, spesielt økonomiske incentiver når vi nå står overfor ny reform.

Vi minner avslutningsvis om at prosessene mellom del systemene er av stor viktighet. Endringer påvirker alle systemene og gjennom en gjensidig avhengighet av hverandre danner de et komplekst mønster av endringsprosesser i organisasjonen.

## **6.2.2 Empiri i forhold til strategi for ledelse av radikale endringer**

Vi sa i teorikapittel 3.4.5, at en strategisk endringsprosess omfatter prosessen fra å analysere de strategiske utfordringene, formulere strategiske mål, ta strategiske beslutninger til å iverksette strategiske initiativer som omsetter strategiske planer til handling.

Forekomstmodellen er knyttet til fire faser som Busch et al (2007) mener radikale organisasjonsendringer er preget av. Vi ser at denne kan brukes som en oppskrift ved store endringer. I den sammenheng har vi valgt å ta ut noen viktige elementer fra alle fire faser og se hvorvidt respondentene/informant uttrykker at de har tenkt/ handlet ut fra en slik tenkning?

**Eksponeerings- og erkjennelsesfasen** kjennetegnes ved at foretaket blir eksponert for press for radikale organisasjonsendringer. Et viktig tema her er at presset må erkjennes og sentrale problemområder og utfordringer må identifiseres. Mye tyder på at helsevesenet generelt sett ikke har tatt sykehusreformens målsetting nok innover seg, jfr. den fortsatt manglende økonomiske styringa i Helse-Norge. På dette punktet har imidlertid begge sykehusene som vi har vært i kontakt med, god økonomisk kontroll, og så og si alle respondentene har uttalt seg

positivt til at det er viktig og riktig, selv om enhetslederne ikke viste særlig nærhet til temaet/hadde problem med økonomisk kontroll på egen enhet. HOD har tatt innover seg den manglende måloppnåelsen og derfor handler ved å lage en ny reform.

Interessent- og maktanalyse gjøres i denne fasen, vi viser til tidligere omtale av temaet i analysekapittelet. Det som er spesielt viktig i denne fasen er god kommunikasjon med interessentene for å skape nok energi, en maktbase, eller være villig til å føre en kamp. *”Det er økt fokus på kontinuerlig omstilling, det er helt tydelig at lederne hele tiden må ha hands on. All erfaring tilsier at også ledere på høyt nivå i sykehuset må være forankret nedover i organisasjonen. Hands on er verktøy, brukes i drøftingsmøte, avdelingsmøte med avdelingsdirektørene. Foretaksledelsen etterspør hands on, framdriften og hva skjer i prosessen.”* En annen leder framstiller seg som en fighter og strateg. I jobbene som leder, er det disse egenskapene han har brukt og funnet ut at han lykkes med. Men kampene er over, mener han. Det betyr at tiden for han muligens snart er ute? En avdelingssjef sier *”Jeg sier alltid fra om det jeg mener er riktig faglig, så vel som galt faglig. Jeg er allikevel med på å gjennomføre tiltak jeg i utgangspunktet ikke er enig i hvis det blir bestemt. Jeg sloss på de riktige arenaer.”*

Bedre kvalitet var et annet mål i sykehusreformen. Svarene vi fikk går i forskjellige retninger, men det kan virke som nivå to, tre og delvis fire, har et positivt forhold til hva reformen har medført. Noen er svært fornøyd, andre er opptatt av det videre arbeidet for å øke kvaliteten. Et par har uttalt seg mer negativt. En avdelingssjef sa; *”Det har kommet en detaljstyring og overprøving på bekostning av kvalitet.”* og *”Kvalitet bygges nedenfra..”*

En enhetsleder var kraftigere i sin kritikk og mener at de dårligste pasientene med de mest sammensatte og kroniske lidelsene i Psykisk Helsevern, har mistet sitt behandlingstilbud, at de er blitt kastet blå i øynene. Videre at ikke er tatt høyde for utvikling som eldre bølgen og økning i rus og samtidig psykisk lidelse. Det er en mangel på fagfolk. Dette som følge av reformen.

Informanten fra HOD bekrefter at det vites lite om resultatet av Sykehusreformen når det gjelder kvalitet, at det ikke har vært parametre gode nok. Dette har HOD tatt innover seg, det tenkes sterkere inn i den kommende reformen. På sykehusnivå ser det altså ut som at lederne sitter med sprikende oppfatninger av hvordan kvaliteten på tjenestene er, og vi spør hvorvidt lederne sammen har sett på hva er vår misjon, hva er eksistensgrunnlaget nå i en ny tid?

**Klargjøringsfasen:** i denne fasen er det bl.a. viktig å styrke ledelsessystemet på alle nivå for å sikre tilstrekkelig handlingskapasitet. Det bør være lederteam på alle nivå. Ved begge sykehusene er alle respondenter med i sine lederteam. Ikke alle respondentene var ledere i

sykehus før sykehusreformen, og ikke mange av dem har kommentert hvilken ledelse som ble utøvd i forbindelse med implementeringen av den. Vi har plukket et par, fra det øverste og nederste ledelsesnivå: ” I reformperioden var det mye mer fokus på ledelse og ledelse i omstilling. Det var lederutviklingsprogram i statlig regi og annen lederutvikling. Men det er ikke enkelt, ikke minst å lede egen profesjon (leger), her er det mye gammel kultur.”

”Respondenten opplevde å ha et stort rom i forhold til å jobbe med sine ansatte (endningsledelse) når to akuttposter skulle slås sammen. Hans personale var forberedt på det som skulle komme. Men fra den andre posten var det brudd i linjeledelsen som skapte store problemer. Han oppfatter at det var motspill i mange år fra sykehusets siden forbindelse med. med at de skulle nedlegges. Det var i ledelsen dette skjedde. Personalet var uten informasjon om hva som skulle skje, det gikk utover dem og vanskeliggjorde hele sammenslåingen”.

Vi forstår denne siste respondenten som om han var helt uten innflytelse på situasjonen, også de neste ledelsesleddene. Det kan vi tenke oss har medført store konsekvenser for både leder de ansatte, at de ble satt i en vanskelig situasjon, og til sist, også pasientene. Vi forstår dette som at nedleggelse av sykehuset langt fra var forankret i ledelsessystemet, det var ikke styrket nok og at det gav ikke nødvendig handlings rom. I stedet for energiskaping ble sannsynligvis dette et energitap der også den karismatiske leder glimret med sitt fravær. Hvem kunne begeistre personalet i en slik situasjon? At så få av våre respondenter har snakket om ledelse i reformtid stiller vi oss undrende til, og vi har en hypotese om at det faktisk er forholdsvis liten bevissthet om det. Dette vil vi komme tilbake til under forskningsspørsmål 3.

**Omdanningsfasen**, det er her det skjer ledelse fra en tilstand til en ny. Det ved ledelse, læring og tvang. Vi vektlegger her språkets betydning og vi ser hva respondenten/informanten sier om dette: ”Bakgrunnen for reformen var at spesialisthelsetjenesten systematisk brukte mer penger enn budsjettet og alle fikk tilgivelse for overforbruket. Det var ingen sanksjoner. Systemet var ikke bærekraftig. Derfor kom sykehusreformen med mer styringssystem som i seg selv gir en selvstendig verdi.”

Som vi har pekt på mange ganger er det spesielt dette punktet respondentene fra begge sykehus har opplevd framgang. Gammel praksis med tilgivelse ved overforbruk, var en eksisterende bruksteori som ble angrepet, og som har ført til læring ved våre sykehus. ”Jeg var i utgangspunktet i mot reformen, mener at den var økonomisk motivert, det ”lekes” privat næringsliv i sykehuset. Det tenkes kun drift, faget er blitt underordnet!”

Språket ble med sykehusreformen endret. ”Det ble mer bedriftslikt.” NPM -tankegangen som kom med sykehusreformen har nok vært tung å svelge for norsk helsepersonell fordi den bryter med den faglige terminologi og verdier. HOD er, som vi har sagt flere ganger, ikke

fornøyd med resultatet fra hele landet som helhet når det gjelder økonomisk styring, det er store forskjeller på helseregionene. For våre to sykehus har mentaliteten endret seg, tankegangen, språket, styringen mot å nå økonomiske mål, møter etter hvert en langt mer forståelse og aksept fra fagfolkene. Dette viser også undersøkelsen vår.

I omdanningsfasen hører også forandringer i transformasjonssystemet. De to nederste ledelsesnivåene har vært opptatt av dette, spesielt enhetsledernivået. *”Det er en utfordring med systemene som kom med endringene, for eksempel det elektroniske. Gat, DIPS, DocMap, Nissy (bestilling av syke transport)bl.a. Det hagler inn. Dette er store omveltninger, de nye systemene..., krever mye opplæring.* Også ut fra egen erfaring kan dette bekreftes, og det er riktig å stille seg spørrende til om medinnflytelsen er til stede. Uttalelsen om at det hagler inn, er nok betegnende. Samme enhetsleder etterlyste evalueringer av det nye før endringer blir gjort, dette bekrefter teorien er viktig. Vi ser i liten grad våre respondenter/informant er opptatt av temaet. Evalueringsrapporten vi viser til, er det ingen som nevner.

I **stabiliseringsfasen** blir endringene fryst/stabilisert. Vi kan vel kanskje si at vi fremdeles er i denne fasen, nå i 2009. Mest betegnende med denne fasen ved siden av stabilisering, er behovet for en løpende strategisk utviklingsprosess med innovasjon og samtidig kontinuitet. Det siste er viktig for å gi ansatte følelse av sikkerhet. Dyktig ledelse med legitimitet er viktig, til det kreves kunnskap og teknikker. Det kreves at ledelsen står sammen og kommuniserer det samme.

Respondentene har sagt en del om utvikling, mindre om løpende utviklingsprosesser. En toppleder uttrykte at han hadde en plan om utvikling i ledelsen, ellers har ikke respondentene snakket om planer i denne sammenheng. De er opptatt av forskjellige saker, og det er fra alle ledelsesnivåene: *”At implementering tar tid. Det er tydelig at en må være tålmodig, at ting må få skje pø om pø. Det har vært vilje i organisasjonen til endring. Prosessene er viktig, - at de går helt riktig for seg.”* En av avdelingssjefene sier: *”Bra med økonomisk kontroll, men å styre kun etter økonomiske incentiver fører feil veg, da DRG takster stadig er i endring. Det er nødvendig med langsiktig strategisk planlegging av hva som er sykehusets satsningsområder med utgangspunkt i oppdragsdokument i første omgang fra HOD og videre fra RHF”.*

En enhetsleder sier det trengs:

1. *”Mer fagutvikling på postplan for å møte nye reformer.*
2. *Volden på posten er blitt mer uforutsigbar p.g.a. økt rusproblematikk (for eksempel Amfetamin). Det trengs derfor en større andel menn i personalgruppen enn det som er tilfelle i dag.*
3. *Enhetsleder trenger mer kunnskap m.h.t. personalpsykologi og jus.*

Når det gjelder stabilisering blir dette nevnt fra to forskjellige ledernivå: ”Vi må sørge for at tilbakemeldinger og at logestikk spisses og det må til en god organisasjonsstruktur og det må være svær klare ansvarslinjer for at pasientene skal ivaretas på best mulig måte”. og ”nøkkelen til dette sykehuset er å få til god ledelse – på alle ledernivåene. Noen vil, andre evner ikke å få det til. Det må være en forutsigbar toppledelse, stabilitet, så kan vi få gjort noe med enhetsledernivået”.

Til punktene som vi nevnte var mest betegnende for denne fasen, var en sterk ledelse som står sammen og kommuniserer det samme. Ut fra vår undersøkelse mener vi at det er på dette punktet de største utfordringene ligger, vi viser til de mange utsagn vi allerede har nevnt.

Når det gjelder legitimitet har vi også mange utsagn som går på legenes sterke legitimitet som ledere i helsevesenet. Og dette mange ganger på tross av hans måte å utøve ledelse på. Dette er omtalt tidligere, vi velger derfor ikke å utdype dette mer i denne sammenheng.

### **6.2.3 Svar på forskningsspørsmål 2**

I hvilken grad er prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse brukt i forbindelse med implementeringen av reformen?

Vi har i denne analysedelen brukt empiri sett i lys av teori om strategisk endringsledelse, den konseptuelle foretaksmodellen, og teori om strategisk endringsledelse. Vi har vist til Bolman & Deal`s forståelse av organisasjoner og deres fire rammer, der vi mener at den politiske rammen står sentralt i ledelse av reformprosesser.

Politiske endringsstrategier er ikke er nok, vi har derfor også støttet oss til teori om atferdsmessige endringsstrategier.

Vi har i teorikapitlet også vektlagt Busch et al`s strategi om ledelse av radikale endringer, noe vi definerer reformer til å være. Vi har her sett på empiri i forhold til forekomstmodellen. Som utgangspunkt for et kvalitativt intervju på åtte respondenter har vi brukt en spørreguide med i alt tretten spørsmål. Fem av spørsmålene har vi knyttet til forskningsspørsmål 2, vi har også plukket sitater fra de øvrige svarene når det har passet sånn. Vi intervjuet informanten fra HOD etter runden med respondentene, med utgangspunkt i en ny spørreguide med i alt fem spørsmål. Disse som følge av resultatene fra første runde. Vi har brukt de fleste av svarene hans i dette kapitlet. Vi har sett på svarene fra respondentene og informanten i lys av teorien om strategisk endringsledelse, resultatene danner grunnlaget for svaret på forskningsspørsmål to.



I kapittel 6.2.1 så vi på empiri i forhold til teori om den konseptuelle foretaksmodellen. De viktigste funnene her var:

- Alle respondentene er opptatt av ledelse, ledelse som tema uttrykkes tydeligere dess høyere en kommer i lederhierarkiet.
- Lederne på alle nivå viser at de er noe opptatt av omgivelsene, men lederne på de høyest nivå er mer bevisst opptatt av samfunnets behov for styring av ressurser og endring i tråd med befolkningens endrede og økte kvalitetskrav.
- Svarene gjenspeiler at alle ledernivå er opptatt av fokus på lederatferd der samspill har en sentral betydning, det er imidlertid iøynefallende at enhetsledernivået enten inntar evt. får tildelt en posisjon der de ser på ledelsen over seg og ikke uttaler seg om hvordan de selv legger opp til samspill med eget team.
- Våre respondenter og informant er opptatt av å sette mål og være problem løsende, men vi stiller oss spørrende til bevisstheten om bruken av språk. Også her har vi pekt på et brudd i ledelseslinjen; når en kom ned til enhetsledernivå har vi registrert at språket i stor grad går over fra å være strukturelt til mer human recourse.
- I gjennomføring av styringen fra departementet og ned i ledelseslinjen ser vi at det skjer brudd på vei nedover i ledeshierarkiet som kan være med å forklare hvordan en for eksempel mister grepet på økonomistyringen.
- Respondentene viser at de verken bruker ledelses terminologi som for eksempel denne oppgaven representerer, heller ikke viser at de gjør noe som ligner interessent- eller maktanalyse.
- Alle ledelsesnivå er imidlertid opptatt av å ha innflytelse og påvirkningsmuligheter. Vår undersøkelse viser at respondentene og informant fra HOD i liten grad tenker og handler i tråd med politiske endringsstrategier.
- Resultatet viser at våre respondenter og informant er opptatt av atferdsmessige endringsstrategier, men vi er spørrende til hvor gjennomtenkt og planmessig arbeidet er?
- Enhetsledernivået skiller seg ut med å uttrykke lite som går i retning av at de er opptatt av atferdsmessige endringsstrategier overfor sine ansatte.

Oppsummering av kapittel 6.2.2 Empiri i forhold til strategi for ledelse av radikale endringer, viktigste funn er:

Vi har her valgt å ta ut noen viktige elementer fra alle fire faser og se hvorvidt respondentene/informant uttrykker at de har tenkt/ handlet ut fra en slik tenkning?

- I eksponerings- erkjennelsesfasen ser vi som viktigst å nevne at den manglende økonomiske styringen som fremdeles preger helse-Norge, er erkjent ved de to helseforetakene vi undersøker. Opplevelsen av kvalitet på tjenestene, er sprikende.

- I klargjøringsfasen vektlegger vi punktet å styrke ledelsesnivået. Vi ser at viktige avgjørelser som nedlegging av sykehus ikke ble forankret i ledelseslinjen.
- I omdanningsfasen trekker vi fram at vi har lært av uhensiktsmessige bruksteorier, og nå fått kontroll over økonomien. Med det har vi også endret språket. En tredje sak vi har sett, er de store endringene som har skjedd i transformasjonssystemet (IT).
- I stabiliseringsfasen har vi sett at svært få av lederne er opptatt av strategisk utviklingsprosess. Det viktigste i denne fasen er en sterk ledelse, og at den må stå sammen. Dette ser ut til å være den største utfordringen. Legenes sterke legitimitet som ledere har vi også omtalt her, men viser til tidligere behandling av temaet.

I hvilken grad er prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse brukt i forbindelse med implementering av reformen?

Av undersøkelsen vi har gjort, ser vi at prinsipper og kunnskap om strategisk endringsledelse i liten grad er brukt i forbindelse med implementering av reformen. Når det er sagt, ser vi allikevel en betydelig forskjell på det øverste og nederste ledelsesleddet i de to sykehusene vi har undersøkt. I det øverste ledelsesleddet blir kunnskap om temaet brukt i en viss grad, mens på enhetsledernivå i svært liten grad.

Innledningsvis i oppgaven har vi sett på B. Skogsaas og M. Svendsens artikkel om endringsledelse i sykehus. De har intervjuet åtte klinikkledere ved to sykehus og fant bl.a. at noen av lederne var fortrolige med tilrettelegging av endringsprosesser og hadde til dels stort repertoar av ledelsesverktøy, men de fleste hadde begrenset innsikt i hvilke metoder som egnet seg til ulike faser i endringsprosesser. Selv om deres undersøkelse hadde et noe annet fokus, finner vi at resultatet på dette punktet er sammenfallende med resultatet vi har funnet og her presentert.

### **6.3 Teoretisk analyse av hovedfunnene knyttet til forskningsspørsmål 3**

**Hvilke erfaringer har vi gjort oss i forbindelse med implementering av sykehusreformen som er nyttig med tanke på å lykkes med innføring av en ny reform?**

#### **6.3.1 Funnene sett opp mot teori om styring og ledelse**

Alle respondentene og informanten fra HOD er samstemte i at det er nødvendig med en ny reform, da det er nødvendig med økt samhandling mellom sykehus og kommuner for å bedre behandlingstilbudet til pasientene og for bedre ressursutnyttelse ved at pasient behandling

foregår på rett nivå. Vi får fortsatt for lite helse pr. krone sammenlignet med andre nordiske land. Kommuner og sykehus fremstår som uoversiktlig og fragmenterte vi trenger større kommunale enheter med tydeligere adresser, meddeler informanten fra HOD.

Innføring av DRG og bruk av økonomiske incentiver ser ut til å være vellykket, dette er det enighet om blant de fleste respondentene og informanten fra HOD. Erfaringen sier noe om at styringssignaler oppfattes og gjennomføres når det lønner seg. Derfor vil grad av funksjonstap hos pasientene komme til å få mer fokus i Samhandlingsreformen, fordi dette sier noe om omfanget av tjenester det er bruk for på tvers av forvaltningsnivåene. Det vil derfor komme økonomiske incitamenter på pasientforløp og grad av funksjonstap.

Det trengs klarere styringssignaler til kommunene, i likhet med hva sykehusene har fått. Det trengs en endring i holdninger og kultur, det vektlegges for lite samhandling og i forhold til faget tenkes det altfor mye diagnoser og for lite grad av funksjonssvikt. Informant 1 sier: *”Sykehusene må ikke vokse mer, samfunnet bør ikke bruke mer penger her. Vi må komme tidligere til, - å gjøre sykehusinnleggelser overflødig”*. For å få til dette trengs det mer kompetanse til kommunene og mer og annen kompetanse til helsepersonellet.

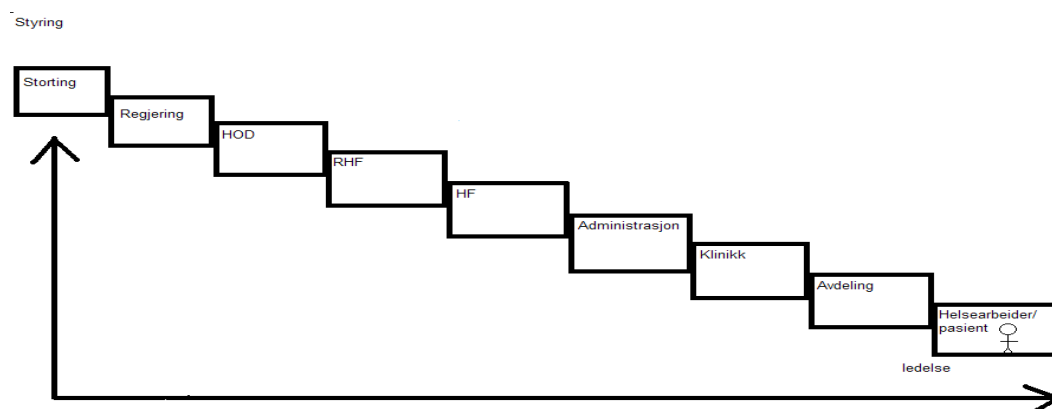
Her kan vi se at den overordnede styringen fra staten er forankret i prinsipper som vi i kapittel 3.6.2 omtalte som kjennetegn ved New Public Management, ved at det blir mer bruk av marked og markedsmekanisme, innføring av standarder for mål og resultat og økt fokus på resultat, fokusere på brukeren som kunde, desentralisering av offentlig virksomhet mer bedriftsøkonomisk styring og mer synlig og mer profesjonelle ledere, som gir dem økt ansvar og mer innflytelse. Informant 1 sier videre: *”Det er et spørsmål om vi har ansatt de riktige lederne, også om vi utdanner de lederne vi vil ha”*.

Informanten fra HOD mener at vi må gjøre noe med utdanningene til helsepersonell. Han tar for eksempel opp egen gruppe, som er leger. Medisinstudentene skal lære gode holdninger i praksis i tredje studie år, av overordnede leger som er opplært og ofte tilhengere av en kultur som ikke er kompatibel med innføring av nye strukturer på tvers av vår tradisjonelle organisering i helsevesenet. Prosjektgruppa har derfor hatt dialog med kunnskapsdepartementet for å påvirke utdanningene. Der målet er at vi må bort fra diagnosetenkningen å få inn pasientforløpstankegangen og samhandling må vektlegges betydelig mye mer. Med begrepet pasientforløpstankegangen oppfatter vi at det legges mer vekt på å se pasienten som en ”helhet”. Det vil medføre at vi ikke lenger skal kategorisere etter diagnoser, foreksempel brudd høyre hofta, men straks starte med å se for oss hvilke hjelpetiltak denne pasienten vil kunne trenge på sin vei, selvfølgelig etter at bruddet er operert.

Skissen angående samhandlingsreformen som foreløpig er lagt fram offentlig er på langt nær helt klar for oss, og informanten fra HOD var under intervjuet svært klar på at han ikke ville ”lekke” innholdet i reformen. Men han innvier oss likevel i en modell prosjektgruppen tenker er hensiktsmessig for å bygge bro mellom ledelsesnivåene, der det tenkes tre nivåer med en klar funksjonsfordeling:

7. Departementet har ansvar for lover, forskrifter, styringssignaler og økonomi.
8. Direktoratet har ansvar for å lage retningslinjer for utøvelsen.
9. De regionale helseforetakene sørger for at bestillingsdokumenter når til det utøvende nivå.

Denne fremstillingen gir oss ikke noe klart svar på hvordan utvalget ser at vi skal få til samhandling over de tradisjonelle forvaltningsnivåene. I figur 1 nedenfor viser vi spesialisthelsetjenestens hierarkiske oppbygging. Vi stiller oss derfor spørrende til hvordan samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten egentlig skal foregå.

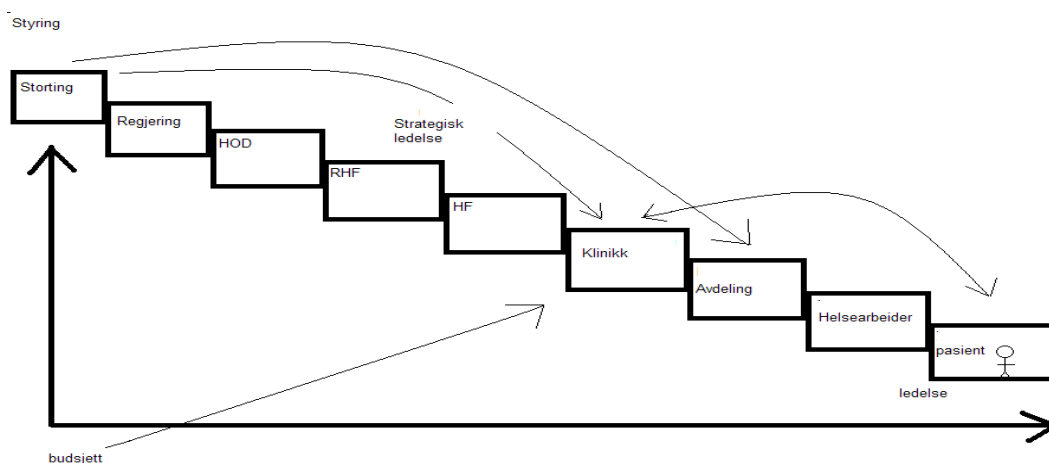


Figur 1 Hierarkisk fremstilling av spesialisthelsetjenesten.

Informanten fra HOD forsikrer oss om at: ”styring, styringssignaler og incitamenter er noe av det prosjektgruppen arbeider mest med. Videre hvordan de skal få fagfolkene til å endre sin tradisjonelle tenkning og de tror ikke implementering skjer av seg selv. Departementet har erfaring med defensive holdninger og motspill fra 2002 reformen; samme hva som sies via bestillings- og strategidokumenter, fortsetter fagfolkene som før ytrer informanten fra HOD og viser til fortsatt manglende økonomiske styringen i store deler av helse – Norge”. Denne beskrivelsen samsvarer med svarene respondentene fra avdelingsdirektørnivået, avdelingsjefnivået, og avdelingsledernivået gav i undersøkelsen, der de hevder at: ”Endringer og omstillinger tar tid og at defensive holdninger til en viss grad er å forvente under slike prosesser, og at de må ledere forholde seg aktivt til”.

Et av prinsippene i samhandlingsreformen er at det satses på funksjonskrav; det vil si hva du skal løse, ikke hvordan og informantene vår stiller seg spørrende til om vi har de rette lederne for denne utfordringen?” *Utdanner vi de lederne vi vil ha? Prosjektgruppa har hele tiden tenkt på motspill og opposisjon. For å oppnå endringsvilje mener de det må lønne seg, derfor har det vært tenkt mye på hvilke incitament som skal brukes”.*

En av respondentene på foretaksledernivå tegnet opp ”linjene” i spesialisthelsetjenesten, slik han opplever at det fungerer i dag under intervjuet. Vi fremstiller hans skisse nedenfor: figur 2



Figur 2: Illustrasjon av styring og ledelseslinjer i spesialisthelsetjenesten i dag.

For å nå de mål vi oppfatter som vesentlig i Samhandlingsreformen mener vi at Dorte Pedersens artikkel, *”Ledelsesrommet i managementstaten”*( kapittel 3.4) kan være med på å gi oss et bedre utgangspunkt for ledelse enn det tradisjonelle hierarkiske ledelsessystemet i helsevesenet( figur 1). Hennes fortolkningsperspektiv er public governance der hun beskriver offentlig ledelse ved de beslutninger som tas utenfor de formelle politiske institusjoner, men allikevel innenfor rammen av det politiske system. Ledelse blir her derfor ikke definert ved en bestemt formell posisjon eller ved en person (lederen), men ved en bestemt funksjon, nemlig å ta kollektive bindende beslutninger for en gitt enhet som en ledergruppe, en avdeling eller virksomheten. Pedersen snakker om et selvskapt ledelses rom, uten at det refereres til et bestemt representativt system, men til ansvaret for en enhet eller et ledelsesforhold som setter den politisk meningsdannelse og den lokale organisatoriske kommunikasjon til selvomstilling.

Prinsippet bygger på gjensidighet og selvstendig strategisk ansvar for egen driftsenhet fremfor en tradisjonell hierarkisk modell. ”Best practice”, ved økt kvalitet og resultater og dermed økt konkurranse er måleparametrene. Videre beskriver Pedersen at utvikling av de menneskelige ressurser i organisasjonen får økt fokus. Dette viser seg bl.a. ved at organisasjonsutvikling, lederutvikling og kompetanseutvikling blir avgjørende satsningsområder for å få maksimalt ut av de menneskelige ressursene enheten rår over. Denne satsningen gir i siste instans bedret kvalitet og resultat av offentlige tjeneseter.

Vi oppfatter at informanten fra HOD beskriver at prosjektgruppen har fokus nettopp på det Pedersen beskriver, da de alt er i dialog med utdanningsinstitusjonene for helsepersonell for å endre tradisjonell kultur og struktur. I tillegg opplever vi en dreining mot økt helhets tenkning, med pasienten i sentrum, når fokuset flyttes fra diagnose til pasientforløp og tidlig intervensjon, målet blir altså behandling på lavest mulig omsorgsnivå etter LEON - prinsippet.

Informanten fra HOD sier videre: ” *mange sykehus er utrolig tradisjonelle, det tenkes altfor mye diagnoser*”. For å få til endringer bør forvaltningshierarkiet tones ned i forhold til selvstendige driftsenheter eller virksomheter. Dette viser seg ved at den hierarkiske og fagbyråkratiske organiseringen søkes avløst eller supplert av gjennomgående ledelsesenheter og nettverk. I denne modellen viser det seg at ved fokus på drift, kvalitet og konkurranse stadig utvikles nye styringsteknologier. En av avdelingsdirektørene uttrykte seg slik: ” *Har hierarkisk styring noen misjon?*” og viste videre til oppbyggingen av ”kommandolinjen” i spesialisthelsetjenesten (figur 1). Videre sier han at ledelse må vektlegge ved å myndiggjøre ledernivåene. ” *Det må tenkes smart og en må skaffe seg nettverk gjennom fagpersoner som har legitimitet med bakgrunn I sitt fag, dette er spesielt viktig i en kunnskapsbedrift slik sykehus er.*”

## **Oppsummering**

Spørsmålet lyder:

Har vi gjort oss erfaringer i forhold til implementering av sykehusreformen som er nyttig med tanke på å lykkes med innføring av en ny reform?

Alle respondentene og informanten fra HOD er samstemte i at det er nødvendig med en ny reform, da det er nødvendig med økt samhandling mellom sykehus og kommuner for å bedre behandlingstilbudet til pasientene og for bedre ressursutnyttelse ved at pasient behandling foregår på rett nivå. Med dette oppfatter vi at sykehusreformen 2002 ikke har klart å ivareta dimensjonen, samhandling over forvaltningsnivåene, på bekostning av at pasientene/brukeren selv har måtte lete seg frem i byråkrati jungelen for å få den hjelpen de trenger. Vi ønsker å belyse dette med to eksempler. Det ene fra denne undersøkelsen, der respondenten forteller

om selvopplevd frustrasjon i forbindelse med nødvendig tilrettelegging i en pasients hjem før hjemreise fra sykehuset. Frustrasjonen her dreide seg om det var ergoterapeuten på sykehuset eller ergoterapeuten i kommunene som hadde ansvaret for nødvendig tilrettelegging og om sykehuset hadde myndighet til å pålegge kommunen dette? Respondenten sier videre: ” *slik situasjonen er i dag kan uklare ansvarslinjer medføre at tiltak ikke blir igangsatt, samhandling er for meg naturlig og nødvendig, vi må gå opp nye linjer og unngå gråsoner*”.

Det andre eksemplet gjelder refusjon av kostnader til hjemreise etter sykehusopphold. I forbindelse med sykehusinnleggelse får pasienten dekket utgiftene til transport av NAV. Men hvis pasienten er til rehabilitering på en kommunal institusjon etter sykehusoppholdet, uten å ha vært hjemme, dekkes ikke hjemreisen av NAV. Disse to eksemplene viser at det er behov for å ”gå opp nye veier”, og vi opplever at forventningene til løsninger i forbindelse med Samhandlingsreformen stor.

Erfaringen med sykehusreformen tilsier at styringssignaler oppfattes og gjennomføres når det lønner seg. Med andre ord oppfattes økonomiske incentiver positivt. Informanten fra HOD forteller at økonomiske incentiver derfor vil bli vektlagt i Samhandlingsreformen. Dette for å stimulere til samarbeid over de tradisjonelle forvaltningsnivåene og det vesentlige her blir hele pasientforløpet og grad av funksjonstap hos pasienten. For å få til disse endringer bør forvaltningshierarkiet tones ned i forhold til selvstendige driftsenheter eller virksomheter. Dette viser seg ved at den hierarkiske og fagbyråkratiske organiseringen søkes avløst eller supplert av gjennomgående ledelsesenheter og nettverk.

## 7. 0 Konklusjon

Med bakgrunn i funnene vi har gjort på forskningsspørsmålene, konkluderer vi i vår hovedproblemstilling:

### **Hvordan har statlig styring i form av sykehusreformen påvirket ledelse ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital?**

Respondentene mener styring og ledelse etter sykehusreformen har utviklet seg overveiende positivt. Med unntak av HOD som ikke er så fornøyd, er det de øverst i ledelseshierarkiet som uttrykker mest fornøydhet. Det gjelder spesielt i forhold til økonomistyringen. Helgelandssykehuset og St.Olavs Hospital har kontroll over økonomien i motsetning til mange andre helseforetak.

Når det er sagt, uttrykker spesielt enhetslederne at ledelse etter reformen, er krevende. Vi har funnet at språket arter seg forskjellig fra øverst i ledelseshierarkiet og ned til enhetsledernivå. Vi har også funnet at det skjer et brudd i styringen i ledelselinjen, og at dette til sammen skaper problemer. Bruddet medfører en manglende kontakt mellom det øverste og nederste ledelsesleddet, og det fører til brudd i tenkning, styring og ledelse, der verdiene ikke får den samme plass som det økonomiske språket, som i sterkere grad har kommet inn. Dette ble klart for oss når legitimitet som leder, ble berørt av de fleste respondentene. Vi mener å se at legitimitet i denne sammenheng handler om å beherske språket, både det økonomiske og det medisinske språket. Det kontroversielle er at det ikke dreier seg om det strategiske ledelsesspråket i særlig grad.

HOD er ikke fornøyd med resultatet av reformen. Problemene løses med en ny reform som skal bringe inn nye etater, nye aktører og med andre språk. Vi aner at utfordringene som kommer, ikke blir mindre.

Med hensyn til metode, ser vi at vi kunne ha vært enda tydeligere når det gjelder hovedproblemstillingen, men spesielt forskningsspørsmålene våre som favner for vidt. Det har ført til at vi ikke har gått i dybden på enkelte spørsmål som ellers ville vært interessant.

Ut fra funnet vårt, ser vi nå i etterkant at i denne oppgaven kunne vi hatt mer fokus på ledelse og legitimitet, evt. mer fokus på enhetslederrollen. Skulle vi ha gått videre med noen spørsmål, ville vi hatt større fokus på disse spørsmålene, kanskje også sett på utviklingspotensialet til denne type stillinger.



Til slutt vil vi si til denne undersøkelsen som er gjort ved Helgelandssykehuset og St.Olavs Hospital, når det gjelder gyldighet, er det alltid et spørsmål om at en ikke kan generalisere med et så begrenset antall enheter som dette. Men det har vært interessant for oss å se, til tross for at dette er to svært forskjellige sykehus, så har vi ikke funnet vesentlige forskjeller mellom dem, forskjellen har vi funnet mellom ledelsesnivåene, og det øker gyldigheten.

## Litteraturliste

Byrkjeflot, H og Neby, S. Fra etternøler til pioner, "samarbeid og statlig styring". Bladet sykepleien 2005: 45- 108.

Bolman, L.G. og Deal, T.E. *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse, struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Gyldendal Norsk forlag AS 2004

Borgan, Valborg og Søråa, Gerd: *Rotvoll 1872-1972. Fra asyl for sindsyge til psykiatrisk sykehus*. Adresseavisens boktrykkeri 1972

Busch, T. Johnsen, E. Vanebo, J.O. *Endringsledelse i det offentlige*. Universitetsforlaget 2003

Busch, T. Johnsen, E. Klausen, K.K. Vanebo, J.O. *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. Universitetsforlaget 2005.

Busch, T. Johnsen, E. Valstad, S.J. Vanebo, J.O. *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Universitetsforlaget 2007

Christensen & Daugaard Jensen *"kontroll i det stille 2005*

Dalland, Olav, *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Gyldendal Akademiske 2002

Eriksen, Erik Oddvar, *Demokratiets sorte hull*. Abstrakt forlag 2005

Hansen, Bjarne Håkon *Samhandling: Alle vil, da får vi det til*. Kronikk i VG 22.10.08

Jacobsen, Dag Ingvar, *Hvordan gjennomføre en undersøkelse*. HøyskoleForlaget 2005

Nightingale, Florence: *Notes on nursing. What it is, and what it is not*. Dover publications, inc. New York, 1969

Preben Melander 1999, *Økonomistyring og organisatorisk skizofreni*. Økonomi kompendium 2007-2009.

Norges forskningsråd *Evalueringsrapport 2007*

NOU Norges offentlige utredninger 2003:19 *Makt og demokrati. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen*. 2003

Olsen Johan P, *Foran en ny offentlig revolusjon*. Kompendiet MPA 32 2007-2009

Olsen Johan P, *Offentlig styring i en institusjonsforvirret tid*. Kompendiet MPA 32 2007-2009

Opedal, Ståle og Stigen, Inger Marie: *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusereformen*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke, 2005

Opstad, Leiv *Økonomistyring i det offentlige* 2006

Pedersen, Dorte, *Offentlig ledelse i managementstaten*. Kompendiet MPA 32 2007-2009

Sand, Inger Johanne: *Stat og ledelse i det polycentriske samfunn*, 2004

Sosial – og helsedepartementet DRG m/ kodeveiledning.

Sosial- og helsedirektoratet, 2005. ....og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) Til deg som leder og utøver*.

St.melding nr. 34 (2006-2007) *Norsk klimapolitikk*

St.prp. nr. 1, *Nasjonal helseplan "Veien videre" årstall??*

Tidsskrift for Den norske legeforening nr 23/30. november 2006 *Endringsledelse i sykehus*  
B. Skogsaas, M. Svendsen

Tranøy og Østerud. *"Den fragmenterte staten"* Kompendiet MPA 32 2007-2009

[www.spekter.no](http://www.spekter.no) 16.09.2008

[www.regjeringen.no/nb/dep/h..](http://www.regjeringen.no/nb/dep/h..) 17.02.08

([www.marxisme.no/2005/01/eilertsen-bjerke](http://www.marxisme.no/2005/01/eilertsen-bjerke))

Wyller, Ingrid *Sykepleiens historie i Norge*, Forlaget land og kirke 1970



## Vedlegg 1: Tillatelser

Til  
Avdelingsdirektør/Divisjonssjef  
Per Martin Knudsen/Liv Sjøvold  
Helgelandssykehuset Mo i Rana/ St.Olavs Hospital

### **Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse ved Helgelandssykehuset Mo i Rana og St.Olavs Hospital.**

I forbindelse med vår masteroppgave innen studie Master of Public Administration, i regi av Høgskolen i Trondheim, Høgskolen i Nord Trøndelag i samarbeid med Copenhagen Business Schoole ønsker vi å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse ved St.Olavs Hospital og Helgelandssykehuset Mo i Rana i februar i år.

Vårt fokus i oppgaven er i hovedsak hvilken innvirkning sykehusreformen av 2002 har hatt på styring og ledelse av sykehusene, og om erfaringene våre kan være til hjelp ved implementering av den nye reformen ”Samhandlingsreformen”.

Vi ønsker å foreta intervju med ledere på flere nivå i foretaket, vi ser for oss foretaksdirektøren, sykehusdirektøren og en klinikksjef og en avdelingsleder ved hvert a sykehusenes. Vi har i tillegg ambisjoner om å få til et intervju med Helseministeren eller statssekretæren hans for å få første hånds kjennskap til innholdet i ”Samhandlingsreformen”.

Med vennlig hilsen

Anne Lise Wold Aune og  
Anne Ingeborg Pedersen

## Vedlegg 2: Forespørsel

### **Til respondentene som har sagt seg villig til å stille opp til spørreundersøkelsen i forbindelse med vår masteroppgave.**

I forbindelse med avhandlingen vi skriver i studiet, Master in Public Administration ved Høgskolen i Trondheim, Høgskolen i Nord Trøndelag og Copenhagen Business School, vil vi i februar 2009 gjennomføre en studie ved St.Olavs Hospital og Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Vårt fokus i oppgaven er om/hvordan sykehusreformen av 2002 har påvirket styring og ledelse i spesialisthelsetjenesten, og om erfaringer vi har gjort oss kan være til hjelp ved implementering av den nye reformen "Samhandlingsreformen" som kommer i april 2009. Funnene i undersøkelsen vil vi drøfte opp mot reformteori, strategisk ledelse, endringsledelse og økonomisk teori inspirert av New Public Management.

Vi ønsker å foreta intervju med ledere på flere nivå i foretaket, vi ser for oss foretaksdirektøren, sykehusdirektøren, en klinikkjef og en avdelingssykepleier ved hvert av sykehusene. Vi har også ønske om å få intervju Helseministeren evt. statssekretæren hans om de samme tema, men også om den nye, varslede "Samhandlingsreformen".

Vårt arbeid på sykehusene er klarert med våre respektive ledere. Gjennom vår daglige virke har vi undertegnet taushetsplikten, men vi forplikter oss til å anonymisere synspunktene som kommer frem under intervju med respondentene.

Med vennlig hilsen

Anne Lise Wold Aune og  
Anne Ingeborg Pedersen