



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

MBA HHB Helgeland
BE 320E

Å styre i spenningsfelt

Kristin Eide Nordøy
Anna Elisabet Øyen



Abstract

The basis of this thesis is: "What management challenges experienced managers in middle level in hospitals, and which strategies they have to deal with these?"

Managers in middle level in hospitals often have health education and stands near the clinic and the clinical reality, basic values, norms and culture within the health sciences helps healthcare professionals to put the interests of patients first and the soundness of the treatment is strong . The healthcare reform came in 2002, was inspired by the New Public Management. There was a stronger focus on the use of resources and finances. Different requirements and goals describes a tension between the conflicting objectives that can occur.

We chose a qualitative study to elucidate the problem. The study builds on the theory and on a survey among managers in the middle level in small hospitals, where we did individual interviews. We had three main findings on key challenges:

- Financial management challenges
- Increasing administrative tasks
- Reduced maneuver

We found that the economy was a key management challenge of all respondents in the survey. The challenges were described to act on all aspects of the financial management process. We found that this description matches a model where there is failure or partial fracture of the links between the different parts of the process. We had four main findings on the strategies they used to deal with management challenges:

- Strategic use of communication
- Closeness to clinical work
- Decoupling
- The golden mean

Strategic use of communication appears to us as an important strategy and it was connected to the interaction. For us as managers in middle level in hospitals this has been a useful task. We have gathered a lot of information about the management challenges and strategies that can help to give us new perspectives on our own work.

Forord

Da er vi ved veis ende. Oppgaven markerer slutten på denne Mastergraden
Det har til tider vært utfordrende å være student i full stilling.

Vi vil takke våre kollegaer, som har utvist stor velvilje og tålmodighet med oss.
Takk til familie og venner som har vært til stor støtte.

Vi vil også takke vår veileder Kari Nyland for inspirerende og gode diskusjoner om styring av sykehus.

Til slutt må vi takke hverandre for godt samarbeid og støtte for hverandre da vi hadde det som travlest. Tusen takk!

Sandnessjøen, desember 2013

Kristin Eide Nordøy

Anna Elisabet Øyen

Sammendrag

Vår problemstilling i denne oppgaven er: " Hvilke styringsutfordringer opplever mellomledere i sykehus, og hvilke strategier har de for å håndtere disse?"

Mellomledere i sykehus har ofte helsefaglig bakgrunn og står nær klinikken og den kliniske hverdagen. Grunnleggende verdier, normer og kultur innen helsefag bidrar til at helsepersonell skal sette hensynet til pasienten først og at forsvarlighet i behandlingen står sterkt. Helseforetaksreformen som kom i 2002 var inspirert av New Public Management. Med reformen ble det et sterkere fokus på bruken av ressurser og økonomi. Ulike krav og mål beskriver en spenningsfelt hvor målkonflikter kan oppstå.

Vi valgte en kvalitativ studie for å belyse problemstillingen. Studien bygger på teori og på en undersøkelse blant mellomledere i små sykehus, hvor vi gjorde individuelle intervjuer. Vi fant tre hovedfunn på styringsutfordringer:

- Økonomiske styringsutfordringer
- Økende administrative oppgaver
- Redusert handlingsrom

Vi fant ut at økonomiske styringsutfordringer var sentralt hos alle respondentene i undersøkelsen. Utfordringene ble beskrevet til å handle om alle aspekter av den økonomiske styringsprosessen. Vi fant at denne beskrivelsen samsvarer med en modell hvor det er svikt eller delvis brudd i sammenhengen mellom de ulike deler av den økonomiske styringsprosessen. Vi hadde fire hovedfunn på de strategier som de brukte for å håndtere styringsutfordringer:

- Strategisk bruk av kommunikasjon
- Nærhet til klinisk arbeid
- Dekobling
- Den gyldne middelvei

Vi fant at strategisk bruk av kommunikasjon er en sentral strategi, og dette ble koblet til samhandling. For oss som mellomledere i sykehus har dette vært en nyttig oppgave. Vi har innhentet mye informasjon om styringsutfordringer og strategier som kan bidra til å gi oss nye perspektiver på vårt eget arbeid.

INNHold

Abstract	1
Forord	2
Sammendrag	3
1 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave	6
1.2 Problemstilling	7
1.3 Definisjon av begrep	8
1.4 Oppgavens struktur	10
2 TEORETISK RAMMEVERK	11
2.1 Foretaksmodellen	11
2.2 Lovverk	14
2.2.1 <i>Lov om helseforetak</i>	14
2.2.2 <i>Lov om spesialisthelsetjenesten</i>	16
2.2.3 <i>Lov om helsepersonell</i>	17
2.2.4 <i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i>	18
2.3 Historisk tilbakeblikk på styring i sykehus	19
2.4 New Public Management	21
2.5 Den ideelle økonomiske styringsprosessen	23
2.5.1 Brudd i den ideelle økonomiske styringsprosessen	25
2.6 Hvilken type organisasjon er sykehus?	26
2.7 Styringsformer	28
2.8 Styringsklemma	29
2.9 Styringsstrategier	30
2.9.1 <i>Etisk refleksjon</i>	30
2.9.2 <i>Navigasjonshjulet</i>	31
2.9.3 <i>Dekobling</i>	32
2.9.4 <i>Den gyldne middelvei og Polarity Management</i>	32
2.9.5 <i>Samhandling og kommunikasjon</i>	33
2.10 Oppsummering av hovedpoeng i teoretisk rammeverk	36
3 METODE	38

3.1	Undersøkellesdesign	38
3.1.1	<i>Metode for innhenting av informasjon</i>	39
3.2	Valg av respondenter	40
3.3	Datainnsamling	42
3.4	Validitet - gyldighet	42
3.5	Reliabilitet – pålitelighet av undersøkelsen	45
3.6	Etikk i studien	46
4	EMPIRI	47
4.1	Økonomiske styringsutfordringer	48
4.1.1	<i>Visjoner, mål, strategi</i>	48
4.1.2	<i>Planer/budsjett</i>	49
4.1.3	<i>Operasjonalisering av visjoner, planer og strategier</i>	52
4.1.4	<i>Rapportering, oppfølging og evaluering</i>	54
4.2	Økende administrative oppgaver	55
4.3	Redusert handlingsrom	56
4.4	Stategisk bruk av kommunikasjon	58
4.5	Nærhet til klinisk arbeid	59
4.6	Dekobling	59
4.7	Den gyldne middelvei	60
5	ANALYSE	61
5.1	Økonomi, styringsutfordringer og strategi	62
5.2	Administrasjon, styringsutfordringer og strategi	68
5.3	Handlingsrom, styringsutfordringer og strategi	69
5.4	Oppsummering styringsutfordringer og strategier	70
5.5	Styringsklemma	72
5.6	Navigasjonshjulet	74
6	Konklusjon	75
	Litteraturliste	77
	Figurer og Tabell	79
	Vedlegg 1	80
	Vedlegg 2	81
	Vedlegg 3	82

1 INNLEDNING

Denne oppgaven handler om utfordringer som mellomledere i sykehus opplever i sin rolle som faglig, administrativt og økonomisk ansvarlige for sin enhet. Tilknyttet dette er spørsmålet om hvilke strategier mellomlederen har for å håndtere utfordringer.

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Sykehus skal tilby befolkningen spesialisert behandling. De skal bidra til likeverdige tjenester, kvalitet og tilgjengelighet til tjenester. Samtidig skal best mulig bruk av ressurser sikres(regjeringen.no). Sykehusene er i likhet med annen offentlig forvaltning i stadig endring. I 2002 kom helseforetaksreformen og med dette ble sykehusene lagt under statlig eierskap(Grund, 2006). Med reformen var det et politisk ønske om å få bukt med økonomiske overskridelser, å oppnå mer effektivitet og kortere ventetid på utredning og behandling. Det ble gjort endringer i lovverk, blant annet med innføring av bestemmelser som hjemler rett til helsehjelp og brukermedvirkning i et behandlingsforløp(lovdata.no). Med endringene av Lov om Specialisthelsetjenesten ble enhetlig ledelse i sykehus innført, dette innebærer at det skal være en ansvarlig leder for hvert nivå, hver enhet(lovdata.no).

Mellomledere i sykehus har ofte en helsefaglig bakgrunn og står nær klinikken og den kliniske hverdagen. De kan ha en fagbakgrunn som leger, sykepleiere, radiografer eller ha annen helsefaglig fagbakgrunn, da dagens lederstillinger i sykehus skal være profesjonsnøytrale. Grunnleggende verdier, normer og kultur innenfor helsefagene bidrar til at helsepersonell skal sette hensynet til pasienten først, og at forsvarlighet i behandlingen står sterkt. Med reformen ble det i sykehusene et sterkere fokus på bruken av ressurser og økonomi, noe som bidrar til at dagens mellomledere skal ha et fokus på bunntlinjen. Vi tenker at de ulike kravene og målene beskriver et spenningsfelt der vi antar at opplevde målkonflikter oppstår. Dette kan settes på spissen ved å si at økonomisk/administrativ rasjonalitet kommer i konflikt med medisinsk rasjonalitet.

Et eksempel på målkonflikter er målene om å gi forsvarlig behandling og unngå økonomiske overskridelser. Dersom en sengeavdeling har flere pasienter å ta hånd om enn den har plass

til, vil lederen måtte reflektere over om personalet på jobb klarer å ivareta en forsvarlig behandling for pasientene. Dersom svaret på dette er nei, vil lederen reflektere over å leie inn ekstra personell for å ivareta forsvarligheten. Avdelingen kan allerede ha et overforbruk, noe som gjør at innleie av ekstra personell er i strid med målsettingen om økonomisk balanse. Konteksten dette foregår i kan bidra til at spørsmålet om innleie må avgjøres raskt og uten å konsultere overordnet ledelse. Lederen står ansvarlig for de utfall valgene fører til.

Overordnet ledelse uten helsefaglig bakgrunn, med avstand til den kliniske hverdagen, opplever kanskje ikke samme spenningsfelt som mellomlederne. Dette er ikke fokus for vår studie, men det kan ha betydning for samhandling og kommunikasjon mellom ledernivåer. Vi kommer tilbake til dette i teoridelen av oppgaven, og i undersøkelsen og analysen.

Vår erfaringsbakgrunn er at vi begge har vært mellomledere i sykehus i flere år, både før og etter helseforetaksreformen. Vi er begge helsepersonell med videreutdanning og spesialisering. Vi er begge mellomledere i dag, og må på samme måte som andre mellomledere i sykehus forholde oss til målsettinger som kan være motstridende. Dette er med på å utgjøre vår forforståelse av tema for oppgaven. God kjennskap til tema kan bidra til større forståelse av det vi skal undersøke, samtidig kan det legge begrensninger som gjør at vi får mindre ut av undersøkelsen enn det andre med en annen fagbakgrunn og yrkesrolle ville ha fått. Dette er muligheter og begrensninger som vi reflekterer over og er bevisste i arbeidet med oppgaven.

Bakgrunnen for valg av oppgave har ledet til problemstillingen vi vil belyse i oppgaven.

1.2 Problemstilling

I oppgaven belyses følgende problemstilling:

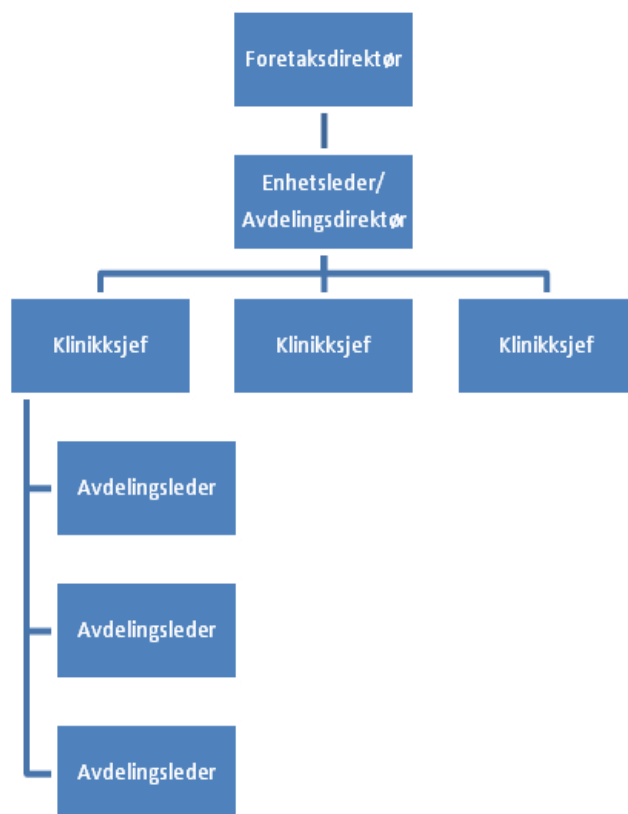
Hvilke styringsutfordringer opplever mellomledere i sykehus, og hvilke strategier har de for å håndtere disse?

Problemstillingen har blitt til gjennom prosessen med oppgaven og undersøkelsen. Gjennom diskusjoner og innhenting av informasjon, har vi gjort en avgrensning hvor vi har fokus på mellomledere og på utfordringer og strategier for å håndtere disse.

1.3 Definisjon av begrep

Styring Temaet styring er vidt og kan handle om politikk, lover og regler, systemer og organisering. I undersøkelsen og i studien er det intern styring i klinisk virksomhet i sykehus som er i fokus. Styring kan være et lederskaps forsøk å beslutte kollektive beslutninger og gjennom et sett av formelle styringsinstrumenter påvirke atferd i ønsket retning (Kristensen et al., 2004).

Styringsutfordringer Styringsutfordringer handler i denne oppgaven om de utfordringer som skapes i et spenningsfelt med målkonflikter, og hvor det reflekteres og tas beslutninger. Dette vil vi komme nærmere inn på under teori.



Figur 1.1 Nivå for ledelse i sykehus

Mellomledere I denne oppgaven har vi søkelys på mellomledere. Mellomledere finner vi på 2 av nivåene som er beskrevet under i figur 1.1. Avdelingsleder og klinikkjef er mellomledere på hvert sitt nivå. De har til felles at de står nærmere pasienten og den kliniske virksomheten enn toppledere. På begge nivå har mange av mellomlederne i små sykehus fagbakgrunn som helsepersonell.

Ledelse Mellomlederne er informantene i undersøkelsen. Ledelse kan defineres slik:

Ledelse er å påvirke mennesker direkte, for eksempel gjennom samtaler, ulike former for ordrer og direktiver, eller gjennom å støtte og inspirere medarbeidere. Men ledelse er også å påvirke atferd indirekte gjennom å være sentral i utforming av mål, strategier og formelle strukturer(organisasjonsdesign)og i å påvirke kultur og håndtere ulike maktforhold(Jacobsen og Thorsvik, 2011, s.17-18).

Sykehus Med sykehus i denne oppgaven mener vi mindre sykehus organisert etter tradisjonell inndeling etter fagområder. Ved små sykehus vil en stor andel av pasientene under forløpet bli overflyttet til større regionale sykehusenheter. Dette fordi mye av operasjoner og behandlinger er funksjonsfordelt til bl.a. universitetssykehus. Det fører til at små sykehus kan ha store reisekostnader og mindre inntjening enn større sykehus. Ved større sykehusenheter og universitetssykehus, vil kanskje mellomledere se på styringsutfordringer på en annen måte enn sykehusene i vårt utvalg. Der vil de ha flere ledere med et mer fragmentert ansvar. Sykehusene er organisert som helseforetak, og dette kommer vi tilbake til i teorikapittelet. Sykehus omtales også ofte som helseforetak, i denne oppgaven vil begge betegnelser brukes.

Klinisk virksomhet Handler i denne undersøkelsen om utredning og behandling, rehabilitering og habilitering, pleie og omsorg av pasienter i sykehus.

Strategier Strategier handler i denne oppgaven om strategier på individnivå. Strategi knytter vi til mellomlederens handlingsstrategi når han opplever en styringsutfordring. Johannessen og Olsen sier følgende om slike strategier:

Våre overordnede strategier sier noe om hvordan vi tilnærmer oss et problem, en utfordring eller en mulighet. Handlingsstrategier er generelle og sier noe om hvordan vi motiveres i gitte situasjoner. Slike handlingsstrategier utelukker ikke hverandre (Johannessen og Olsen, 2008).

Strategi knyttet til handling ved styringsutfordring vil vi beskrive som styringsverktøy. I oppgavens teoridel vil vi se nærmere på hvilke strategier mellomlederen kan benytte ved styringsutfordringer.

1.4 Oppgavens struktur

Vi vil i neste kapittel presentere og gå gjennom det teoretiske rammeverket vi mener er relevant for å belyse problemstillingen. I kapittel 3 går vi gjennom og beskriver hvilken metode vi har benyttet i undersøkelsen, og hvordan vi har gått frem. I oppgavens empiridel går vi gjennom innhentet informasjon i undersøkelsen og belyser denne. I kapittel 5 følger analyse av funn, og disse vil bli diskutert i henhold til det teoretiske rammeverket og empiri. Til sist vil vi belyse problemstillingen ut fra de oppsummeringer og vurderinger vi har gjort underveis i oppgaven.

2 TEORETISK RAMMEVERK

I denne delen av oppgaven vil vi gå gjennom det teoretiske rammeverket vi mener er relevant for å belyse problemstillingen. Mellomlederen utøver sitt virke i en kontekst, og denne er regulert og påvirket av ulike faktorer. Kapitlet tar vi for oss de faktorer vi mener var viktige å ha mer informasjon om før vi gikk ut i feltet sykehus og gjennomførte vår undersøkelse. Vi starter dette kapitlet med å gå gjennom den norske modellen for sykehus slik den fremstår i dag. Historien bak utviklingen av sykehus i Norge utgjør bakteppet for dagens modell for sykehus. Vi tenker at normer og kultur for styring i sykehus er en del av konteksten mellomlederen står i, og derfor er dette av interesse for vår oppgave. Vi ser på hvilke krefter og spilleregler som gjelder for styring av sykehus, og hvilken ”skvis” dette kan være for mellomlederen. Når utfordringer oppstår kan ulike strategier gjøres bruk av. Vi går gjennom noen av de strategier vi tenker kan være virksomme verktøy for mellomlederen med styringsutfordringer.

2.1 Foretaksmodellen

Den Norske modellen for sykehus, slik den fremstår i dag, kom til ved helseforetaksreformen som ble innført i 2002. Dette er en av de største og mest gjennomgripende reformene innen helsevesenet i Norge i nyere tid. Med denne reformen ble sykehusene lagt under statlig eierskap og styring.

Helse og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for sykehusene i Norge (regjeringen.no) Norge er delt inn i 4 helseregioner, og hver helseregion har et regionalt helseforetak(RHF)som er eid av staten. De regionale helseforetakene har et ”sørge for” ansvar, og i det ligger at de har ansvaret for å sørge for at de som bor eller midlertidig oppholder seg i regionen får nødvendig helsehjelp når de trenger det. Hvert av de fire regionale helseforetakene har et nedslagsfelt bestående av flere fylker:

- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF.

(regjeringen.no)

Hvert av de fire regionale helseforetakene i Norge har et eget styre. Størrelsen på nedslagsfeltet til de fire RHF er ulike. De har til felles at de har et eget styre og at de er overordnet et gitt antall helseforetak/sykehus for sitt område. Helseforetakene ledes av sine egne styrever. De er selvstendige rettssubjekter. I denne oppgaven begrenser vi oss til å se på modellen slik den i dag fremstår i Helse Nord RHF.

Visjonen til Helse Nord er:

”Pasientene skal gis rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord. Helse Nord der vi bor”(helse-nord.no).

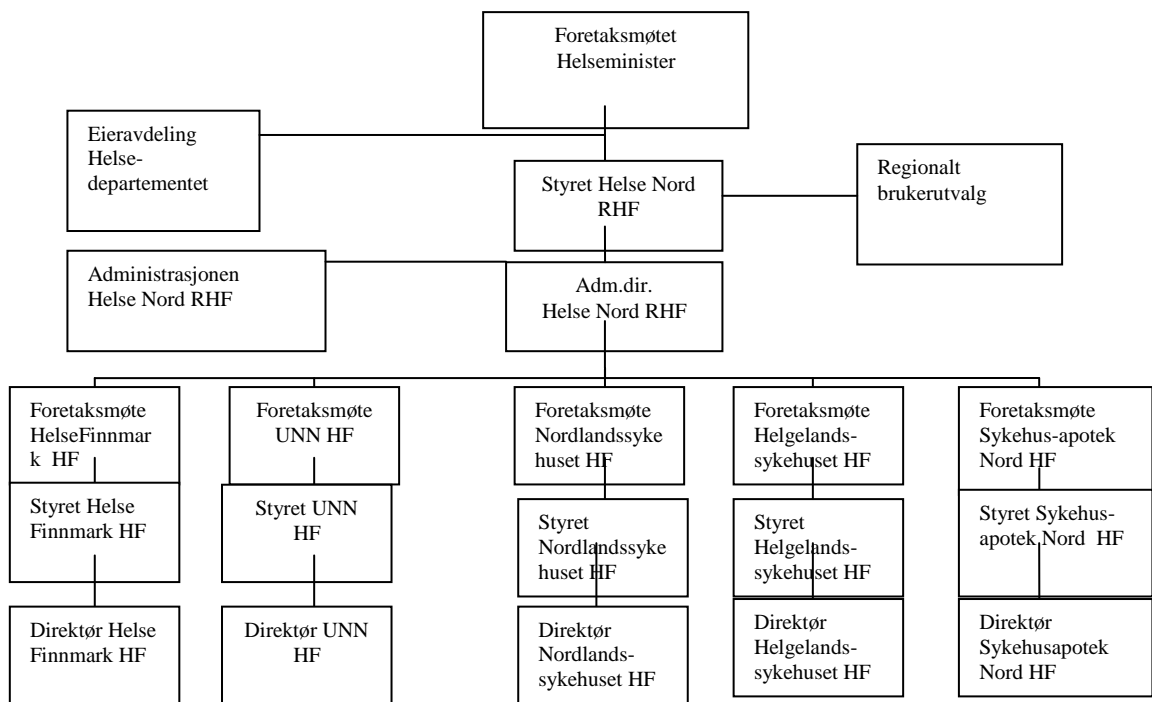
Om verdigrunnlaget heter det følgende:

”Helse Nord bygger på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt”(helse-nord.no).

Administrasjonssted til dette regionale helseforetaket er i Bodø(helse-nord.no). Helse Nord RHF er overordnet 5 helseforetak i nedslagsfeltet: Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helse Finnmark HF, Helgelandssykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF. Helseforetakene i Helse Nord utgjør til sammen 12 sykehus innen somatikk; det vil si den delen av tjenesten som yter helsehjelp ved fysisk sykdom. I tillegg er det 2 sykehus innen psykiatri. Ut over dette kommer lokale Distriktpsikiatriske Sentere tilknyttet til de ulike lokalsykehus, samt spesialistpoliklinikker, fødestuer og døgnenheter innen rusomsorgen. Ved hvert enkelt helseforetak er foretaksdirektør øverste leder. Hver enkelt sykehusenhet ligger spredt, og det er derfor ofte egne enhetsledere/ avdelingsdirektører for disse i tillegg til foretaksdirektør. Ved hvert fagområde er det en ansvarlig områdeleder/ klinikk sjef. Denne er gjerne leder for flere avdelinger, hvor hver av disse som regel har en egen avdelingsleder. Ved noen avdelinger er det i tillegg assisterende avdelingsledere. Organiseringen mellom de ulike ledernivå i helseforetakene omtales ofte som *linjen*. Organisering i ledernivå er illustrert i figur 1.1

Gjennom årlige bestillerkrav fra staten skal det regionale helseforetaket følge opp og sikre at bestillerkravene operasjonaliseres og gjennomføres av de lokale foretakene, med sine respektive styrer og sykehus. På denne måten ønsker man å oppnå bedre styring med sykehusene i Norge.

Følgende organisasjonskart gir en oversikt over organisering og møteplasser for utveksling av informasjon:



Figur 2.1 Organisasjonskart Helse Nord(helse-nord.no)

Helse og omsorgsdepartementet setter ulike krav og standarder for hva som skal være innholdet i helsetjenester, hvilke grupper som skal prioriteres og mål for aktivitet, økonomi, og kvalitet. Styret i det regionale helseforetaket utarbeider hvert år et oppdragsdokument, hvor kravene fra departementet formuleres og rettes til det lokale helseforetaket. Oppdragsdokumentet kommer tidlig på året, og det settes forventning til at de eierstyrte kravene skal operasjonaliseres og etterfølges.

De eierstyrte kravene settes på et nivå langt unna sykehussengene og den kliniske virksomheten. Vi tenker at det da kan være en risiko for at de eierstyrte kravene risikerer å komme i konflikt med hva fagmiljøene mener vil være riktige handlinger og prioriteringer med tanke på pasientens beste. Det vil være opp til hvert enkelt sykehus på hvilken måte oppdragsdokumentet formidles ned til neste ledernivå.

2.2 Lovverk

Sykehusene er regulert av flere lover(regjeringen.no). Lovverket regulerer organisering av foretak, helseforetakenes formål, sykehusenes plikter, helsepersonellens plikter og pasientenes rettigheter. De viktigste lovene som gjelder for sykehus er:

- Helseforetak
- Specialisthelsetjenesten
- Helsepersonell
- Lov om Pasientrettigheter

([Lovdata.no](http://lovdata.no))

I gjennomgangen tar vi for oss noen bestemmelser fra hver av disse lovene. Dette er bestemmelser som er med på å beskrive de rammene mellomledere har i sitt virke.

Noen lovverk har bestemmelser som gjelder for spesifikke fagområder. I tillegg gjelder lovverk som ikke er spesifikk for helseforetak, blant annet Arbeidsmiljøloven og Forvaltningsloven([Lovdata.no](http://lovdata.no)). Disse vil ikke omtales i denne oppgaven.

2.2.1 Lov om helseforetak

Lov om helseforetak([Lovdata.no](http://lovdata.no)) inneholder bestemmelser om opprettelse og organisering av helseforetak. Om ansvar og oppgaver til de regionale helseforetakene står det følgende:

§ 2a. Regionale helseforetaks ansvar og oppgaver

Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. I forbindelse med langsiktig planlegging skal regionale helseforetak vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv(Lovdata.no).

Om foretakenes egenkapital står det:

§ 14. Foretakets egenkapital:

Foretaket skal ha en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet. Hvis det må antas at foretakets egenkapital er lavere enn forsvarlig ut fra risikoen ved og omfanget av virksomheten, skal styret straks behandle saken. Styret skal innen rimelig tid varsle foretakets eier, eller foretakets eiere, gi en redegjørelse for foretakets økonomiske stilling og foreslå tiltak som vil gi foretaket en forsvarlig egenkapital(Lovdata.no).

I § 28 beskrives styrets oppgaver, her fremgår blant annet følgende:

§ 28. Styrets oppgaver

Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter(Lovdata.no).

Målene som er nedfelt i § 1 og som det vises til at styret skal holde seg orientert om jmf. §28 er følgende:

”Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning” (Lovdata.no).

Målene som er bestemt gjennom lovverket skal operasjonaliseres av den kliniske virksomheten i sykehusene. Mellomledere leder klinisk virksomhet og får en særskilt oppgave i å følge opp formålet i lovverket.

2.2.2 Lov om spesialisthelsetjenesten

I Lov om spesialisthelsetjenesten beskrives lovens formål:

§ 1-1. Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

- 1 fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,*
- 2 bidra til å sikre tjenestetilbudet kvalitet*
- 3 bidra til et likeverdig tjenestetilbud*
- 4 bidra til at ressursene utnyttes best mulig*
- 5 bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og*
- 6 bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene (Lovdata.no).*

Det er det regionale helseforetaket som har et ”sørge for ansvar” for at befolkningen som bor eller oppholder seg i regionen får de tjenester som beskrives i denne paragrafen.

Helsetjenester skal være forsvarlige. Dette er hjemlet i Lov om Spesialisthelsetjenesten:

§ 2-2. Plikt til forsvarlighet

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. (Lovdata.no).

Følgende bestemmelse gjelder for ledelse i sykehus:

§ 3-9. Ledelse i sykehus

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.

Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere(Lovdata.no).

Ledelse i sykehus har tradisjonelt vært inndelt i to, med en leder for det medisinskfaglige området og en for det sykepleiefaglige området. Bestemmelsen om enhetlig ledelse er en av de større endringene som kom med helseforetaksreformen og endringen av lovverket. Dette kommer vi tilbake til i underkapittel 2.1.7, hvor vi går gjennom normer og kultur for styring av sykehus.

2.2.3 Lov om helsepersonell

Paragraf 1 forteller om formålet med denne loven:

”§ 1. Lovens formål

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten”(Lovdata.no).

Bestemmelser om forsvarlighet er også nedfelt i denne loven, og vi siterer en del av teksten under § 4:

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell(Lovdata.no).

2.2.4 Pasient- og brukerrettighetsloven

I Pasient- og brukerrettighetsloven finner vi flere bestemmelser om rettigheter. Om retten til nødvendig helsehjelp står følgende:

§ 2-1 b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt(Lovdata.no).

Det er spesialisten som skal avgjøre om den som henvises til sykehus har rett til nødvendig helsehjelp. Fra januar 2014 gjelder følgende endring:

§ 2-1 b andre ledd skal lyde:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk(Lovdata.no).

Pasientens og brukerens rettigheter øker ved denne lovendringen. I denne loven finnes det også bestemmelser om fritt sykehusvalg, i § 2-4:

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsikiatrisk senter, privat radiologisk institusjon eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak(lovdata.no).

Mellomlederen kan være involvert i arbeidet med vurdering av rettighet og inntak av pasienter i ulike grad. Dette vil avhenge av hvilken avdeling og klinikk vedkommende er leder i.

2.3 Historisk tilbakeblikk på styring i sykehus

I omtalen av bestemmelsen om enhetlig ledelse, var vi inne på at ledelse i sykehus før helseforetaksreformen var inndelt i to; en leder for det medisinskfaglige området og en for det sykepleiefaglige området. Til sykepleiefaget ligger tradisjonelt administrasjon, og sykepleierne ved de ulike avdelingene var gjerne også den administrative lederen.

Oppgavene var i tillegg til overordnet ansvar for pleie, omsorg og behandling, å administrere ressursene som avdelingen forvaltet. Dette var de menneskelige ressursene; dvs. pleiepersonalet og deres medhjelpere, og de økonomiske; dvs. den kostnadsrammen avdelingen kunne operere innenfor. I tillegg hentet de støtte fra stab i administrasjonen.

Overlegen hadde den medisinskfaglige overordnede ledelsen og sto direkte ansvarlig for den faglige praksisen innenfor sin avdeling/klinikk. Overlegen var legenes direkte overordnede. Både lege og sykepleier hadde oppgaver og ansvar for kvalitet. I praksis samhandlet lege og sykepleier om oppgavene de hadde for avdelingen. Til slike stillinger ble det ofte rekruttert fra den staben man hadde, og det var gjerne lang praksis og erfaring som gjorde at man var kvalifisert for stillingen.

Det var stor tillit til fagpersonellens etiske og moralske kompetanse. Profesjonene hadde sin egen etikk kodeks, og det var en ”taus forventning” hos ledelsen om at de gjorde sitt ytterste for å forholde seg til denne.

”Taus kunnskap er i hovedsak erfaring som den enkelte har utviklet over tid, ting som man bare vet fungerer, men som man har vanskelig for å sette ord på”(Jacobsen og Thorsvik, 2011, s. 327).

Taus kunnskap ervervet gjennom erfaring var høyt verdsatt. Tilliten til fagkompetansen og til at fagpersonell skulle treffe gode beslutninger var stor. Det fantes få systemer for måling og systematisk kontroll av de ulike oppgavene, og dette ble ivaretatt gjennom ”novise- ekspert” forhold.

Lovverket ble endret og enhetlig ledelse i sykehus ble lovfestet i Lov om spesialisthelsetjenesten. Da foretaksreformen ble innført var det ikke i forkant gjennomført systematisk endring og oppdatering av ledernes kompetanse. De ulike foretakene har løst dette på forskjellige måter, og vi antar at alle foretak i Norge har hatt programmer for lederopplæring. Fokuset på lederkompetanse i sykehus har økt etter helseforetaksreformen og endringen av lovverket.

I de tilfeller hvor mellomleder ikke har medisinskfaglig kompetanse, og hvor det er nødvendig av hensyn til forsvarlighet, skal det oppnevnes en medisinskfaglig rådgiver(lovdata.no). Utvalget som arbeidet med NOU 1997, ”*Pasienten først!*” sier følgende om enhetlig ledelse:

Utvalget står samlet i sitt syn på at ledelse av sykehusavdelinger skal være basert på enhetlig og udelt ledelse. Det vil si at en person skal være utpekt som leder for den enkelte organisatoriske enhet i sykehuset. Utvalgets flertall foreslår at det gjennom en forskrift, med hjemmel i sykehusloven, fastslås at prinsippet om enhetlig ledelse skal innføres i de offentlige sykehusene. Utvalget mener at dette vil skape en klarere ansvarssituasjon enn i dag, der det i stor grad gjøres bruk av todelt ledelse på avdelingsnivå(NOU, 1997:2)

Vi opplever at det i 2013, 11 år etter innføring av helseforetaksreformen, ennå kan være ulike oppfatninger i sykehusorganisasjonen om hva enhetlig ledelse er. Ved små sykehusenheter med få spesialister er det ofte helsepersonell som ikke er spesialister som har gått inn som enhetlige, profesjonelle ledere. Disse styrer og leder avdelinger og områder hvor de er overordnet spesialistene. Noen av spesialistene som ikke lenger er ledere i linjen kan ha en rolle som medisinskfaglige rådgivere. Ofte handler dette om fagpersonell som tidligere delte på ledelsen av den respektive avdelingen. I den tradisjonelle modellen for ledelse av sykehus er det spesialisten som har størst autoritet på bakgrunn av sin medisinskfaglige kompetanse. I dagens kliniske hverdag er det den enhetlige lederen som også står faglig ansvarlig for den kliniske virksomheten.

Helseforetaksreformen bryter med den tradisjonelle ledermodellen i sykehus ved innføring av enhetlig ledelse. Mellomleder i sykehus har i dag ansvar for fag, økonomi, og personell. Med innføringen av målstyring og resultatkrav vil mellomleder måtte følge opp med kontroller og måleindikatorer for enkeltansatte og for avdelingen.

2.4 New Public Management

På 1980-1990 tallet var det sterke strømninger som kritiserte ineffektivitet, byråkrati og kostnadsoverskridelser innen det offentlige tjenestetilbudet(Lian, 2007). Sykehusene var før helseforetaksreformen eid og styrt av fylkeskommunene.

Under fylkeskommunene var det lange ventelister og økonomien var dårlig. Innføringen av foretaksmodellen var ment å få bukt med lange ventelister, lang ventetid på behandling, ineffektivitet og økonomiske overskridelser. Dette skjedde i en tid hvor effektivisering og endring i hele den offentlige sektor var en global trend(Lian, 2007). Denne trenden var inspirert av New Public Management (NPM). New Public Management er en retning innen ledelse og styring hvor fokuset er på det å styre kostnadseffektivt og profesjonelt innen offentlig sektor, dvs. en markedsgjøring av offentlig sektor. NPM omtales også som ”den blå bølgen” (Lian, 2007).

I litteraturen finner vi flere beskrivelser og analyser av hvordan virkemidlene fra NPM kan omsettes til handling i sykehus, og hvilke dilemmaer som kan oppstå med det noen kaller en ”markedsgjøring” av offentlig sektor.

Olaug Lian (Lian, 2007, s.126-129) oppsummerer elementene i NPM som følger:

- Det skal være fokus på resultat
- Målsetting og krav til resultat skal være tydelig
- Organisasjonen skal endres til flere mindre enheter, som betraktes som mere effektive enn store
- Det skal være konkurranse mellom enheter
- Det skal brukes mindre ressurser på å utføre flere oppgaver
- Lederkompetansen skal være profesjonell og lederen skal ha makt og innflytelse på styring av egen enhet, og være direkte ansvarlig for resultatet
- Styring i offentlig sektor skal sammenlignes og tilnærme seg styring i privat sektor

Lian beskriver 3 ulike modeller for New Public Management:

1. Effektivitetsmodellen. På 1980-tallet skal dette ha vært den rådende modellen. Det ble satt skarpe krav til fokus på effektivitet, mål og resultater. Ledelse skulle også sterkere inn. Samtidig skulle det være konkurranse slik at brukere av offentlige tjenester skulle ha større valgfrihet.
2. Desentraliseringsmodellen. Store offentlige organisasjoner skulle deles inn i flere små enheter. Hensikten skulle være at disse enhetene ville bli lettere å styre, samtidig som organisasjonen ville bli mere fleksibel.
3. Excellence- modellen. I denne modellen er det fokus på nærhet til brukere. Kvalitet vektlegges og kultur og verdier i organisasjonen er viktig. Motivasjon, kreativitet og arbeid i team pekes på som faktorer ledere skal ha fokus på og arbeid med.

(Lian, 2007, s.126-129)

Lian tar under gjennomgangen opp at Excellence- modellen forkaster de tidligere modellene i NPM. En kunne ut fra dette anta at Excellence - modellen er den rådende i dag.

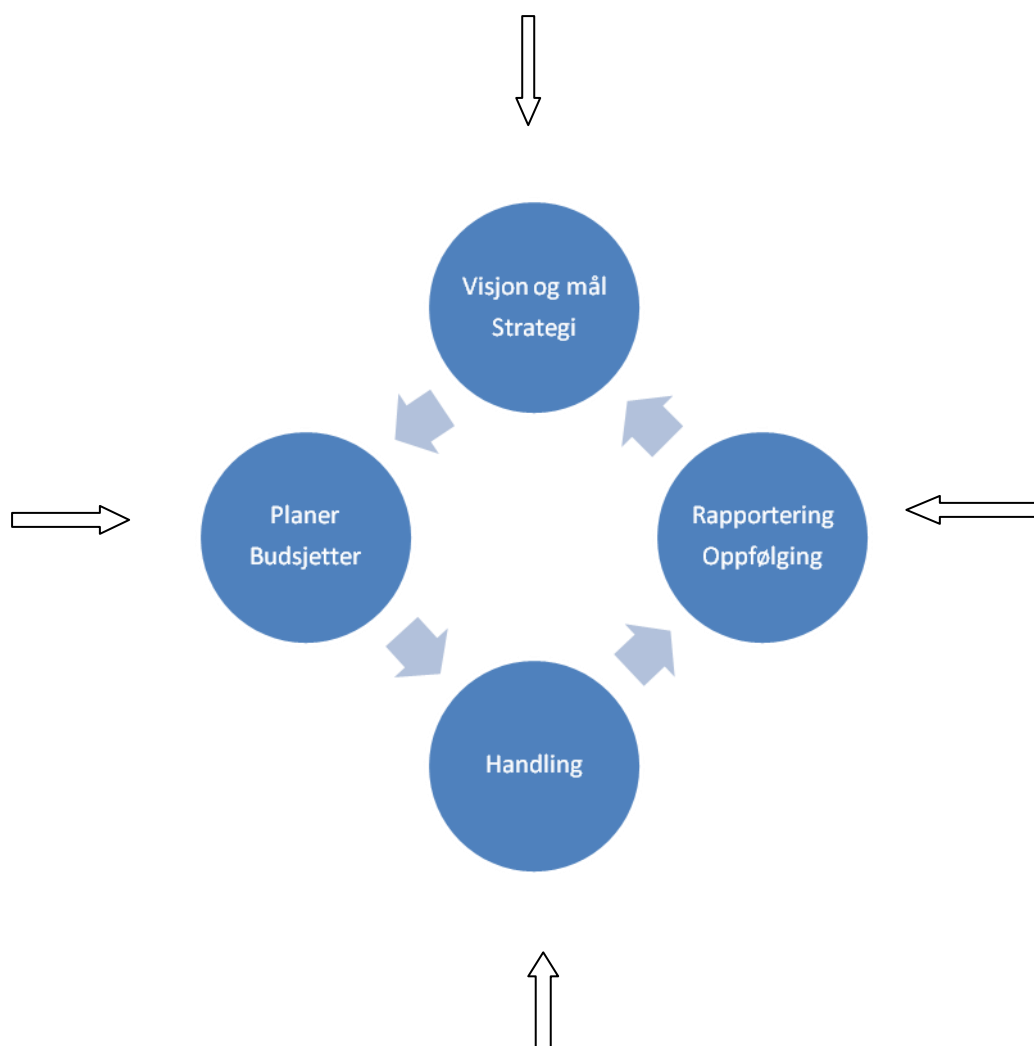
Sykehus i dag kan være styrt etter en kombinasjon av flere faktorer. Effektivitet er et stadig aktuelt tema, og vi vil anta at det gjennomføres jevnlig resultatkontroll på ulike indikatorer. Innføring av pasientrettighetsloven og retten til fritt sykehusvalg kan påvirke enheter slik at det blir konkurranse om brukerne.

Inndelingen i 4 regionale helseforetak under felles styring fra helsedepartementet er en overgang fra tidligere, da fylkeskommunen med sine folkevalgte styrte sine respektive sykehus. De regionale helseforetakene er direkte overordnet hvert enkelt sykehus. Denne inndelingen stemmer overens med en ideologi hvor man tar i bruk desentralisering og oppsplitting. Desentraliseringsmodellen kan derfor være aktuell også i dag.

De enkelte foretak og sykehus kan ha ulikt ståsted når det gjelder fokus på kvalitet, kultur og verdier. Fokus på menneskelige faktorer og samarbeid for å lykkes, er fortløpende aktuelt å ha fokus på. Ut fra disse betraktningene kan samtlige av de 3 beskrevne modellene i NPM ha elementer som er aktuelle i dagens foretaksmodell.

2.5 Den ideelle økonomiske styringsprosessen

Den ideelle økonomiske styringsprosessen beskrives med fire trinn, først en definering av strategi og de overordnede mål, hvor en så planlegger budsjettet. Ut fra budsjettet kan en lese hvilken aktivitet som er lagt til grunn og skal styre etter. Til slutt følger rapportering og evaluering i form av bl.a. regnskap. Dette danner grunnlag for justering eller endring av strategi og mål for neste periode.(Pettersen et al., 2008, s. 139-140) som belyses av figuren under. Den ideelle styringsprosessen:



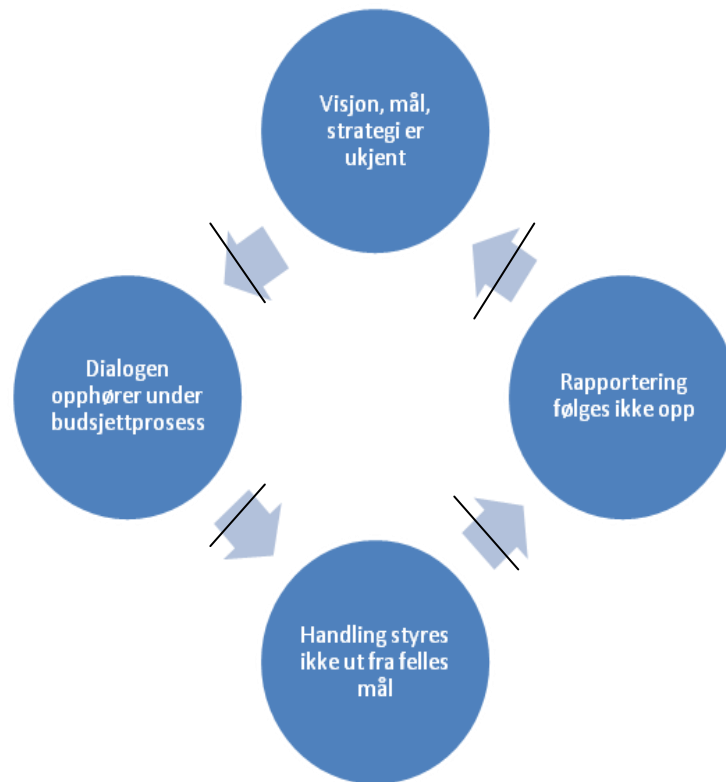
Figur 2.2 Den ideelle økonomiske styringsprosessen(Pettersen et al., 2008, s. 140, figur 8.1).

Disse fire hovedpunktene i den ideelle økonomiske styringsprosessen påvirkes også av eksterne forhold, den kan være endringer i budsjettet fra eier, pasientgrupper som fremmer krav etc.

Årsbudsjettet eller økonomiplanen er bindeleddet mellom det strategiske og det operative styringsnivået. Sykehusenes toppledelse har ansvaret for å utforme de strategiske planene, og avdelings-/klinikkledelsen har det operative ansvaret for å følge opp de strategiske målene gjennom oppfølging av budsjettets forutsetninger(Pettersen et al., 2008, s.140).

2.5.1 Brudd i den ideelle økonomiske styringsprosessen

I litteraturen illustreres en styringsmodell hvor integrering mellom de ulike deler av den økonomiske styringsprosessen mangler (Pettersen et al., 2008). Kobling mellom de ulike delene i prosessen mangler, og visjon/mål, planer/budsjettering, handling, rapportering/oppfølging lever i hver sin verden. Med en slik styringsmodell vil det foreligge brudd mellom de ulike delene. Dette kan illustreres slik:



Figur 2.3 Brudd i den ideelle økonomiske styringsprosessen, etter figur 2.2 (Pettersen et al., 2008, figur 8.1, s. 140)

Med en slik modell vil det ikke være noe bindeledd mellom det strategiske og det operative nivået (Pettersen et al., 2008, s. 140).

2.6 Hvilken type organisasjon er sykehus?

Sykehus kan beskrives som komplekse organisasjoner. I litteraturen pekes det på at pasienten kan ha behov for tjenester fra mange ulike enheter i et forløp. Det vises til at det å administrere slike forløp er krevende:

”Å administrere pasientflyt gjennom dette moderne sykehuskomplekset krever kunnskap om både klinisk virksomhet, ledelse og administrasjon” (Pettersen et al., 2008, s. 34)

Mellomlederen i sykehus er den som skal administrere pasientflyt. Vi antar at utfordringene kan være forskjellig mellom de ulike sykehusene, og at noen av disse forskjellene vil ha med størrelse på sykehuset å gjøre.

Sykehusenes organisering er på samme måte som ellers i offentlig sektor gjenstand for endringer og utvikling. Ulike modeller kan ha muligheter og begrensninger. I litteraturen omtales den formelle organiseringen i sykehus frem til nå som *funksjonsprinsippet* (Pettersen et al., 2008, s. 35). Med en slik organisering er enhetene bygd opp etter funksjoner. Her vil de kliniske enhetene være adskilt fra serviceavdelingene, og på avdelingsnivå vil sengepostene være adskilt fra poliklinikkene. Forfatterne peker på at utfordringer oppstår når pasienter har behov for tjenester fra flere enheter og flere avdelinger.

Ved en *senterorganisering* hvor man samler kliniske funksjoner med servicefunksjoner kan utfordringer med pasientflyt og koordinering bli færre. Et slikt senter kan for eksempel være et hjertesenter. I en gjennomgang av en slik organisering peker forfatterne på utfordringer når organisering etter organprinsipp og senterstruktur kombineres (Pettersen et al., 2008, s. 35). Det vises blant annet til fare for økte kostnader, vansker med koordinering og det at spesialiteter kan bli oppdelt med en slik organisering.

Følgende styringsutfordring beskrives av forfatterne:

En styringsutfordring sett fra økonomers side er at pasientstrømmen på grunn av logikken i tjenesteproduksjonen går igjennom sykehuset på tvers av avdelingsstrukturer og ansvarslinjer, mens den økonomiske rapporteringen gjerne følger den tradisjonelle avdelingsstrukturen(Pettersen et al., 2008, s. 37).

Det vises til at ved å følge pasientstrømmen og produksjonen av tjenester kunne sykehus vært beskrevet som *matriseorganisasjoner*(Pettersen et al., 2008). Dette vil beskrive en uformell organisering og den formelle organiseringen vil fortsatt være funksjonsorganisering. Av utfordringer som beskrives er blant annet mulige økte kostnader til administrering av internfakturering.

Vi har tidligere vært inne på at sykehus kan beskrives som komplekse organisasjoner. Lovverkets formål slik det er beskrevet i Lov om spesialisthelsetjenesten skal oppnås innenfor knappe ressurser. Veien mot målene kan gå gjennom utfordringer til kompetanse og samarbeid, hvor lederen skal påvirke annet fagpersonell til å arbeide mot målene og motivere til å yte mere.

Mintzberg(1989, referert i Pettersen et al., 2008, s. 40) beskriver sykehus som profesjonelle byråkrati. Det beskrives at spesialistkompetansen i en slik organisasjon er der hvor produksjonen foregår, og i et sykehus hvor det som produseres er helsetjenester, betyr dette at spesialistkompetansen er nær pasientene. Autoritet er i et slikt system knyttet til fag og fagekspertise, og dette beskrives som noe av årsaken til at man i sykehus kan ha flere uformelle ledere. Dette uttrykkes i følgende utsagn:

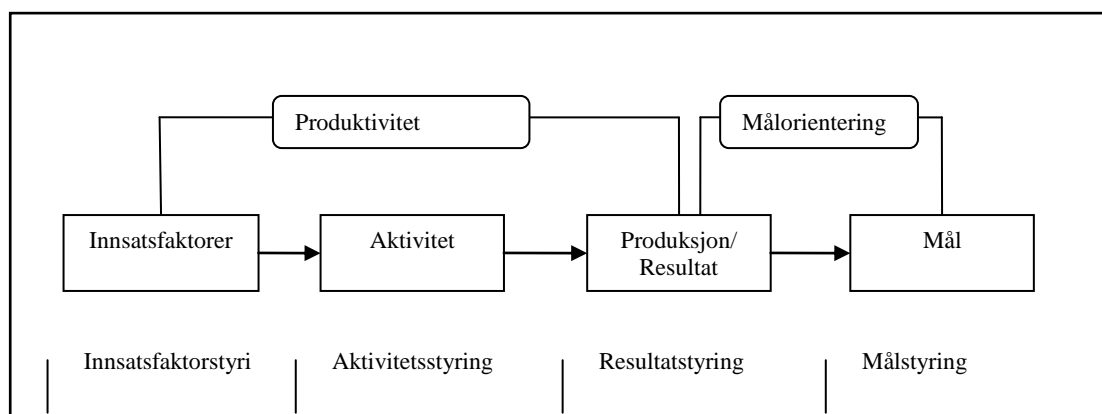
”Vi kan med andre ord si at sykehus styres nedenfra og ledes ovenfra”(Pettersen et al., 2008, s. 40).

Ved små sykehus antar vi at den tradisjonelle funksjonsorganiseringen er den som gjelder også i dag. Dette er en del av den sammenhengen mellomlederen skal utøve sitt virke i. I en kompleks organisasjon med formelle og mulige uformelle ledere, og hvor tjenester skal ytes på tvers av enheter, krever dette evne til kommunikasjon og samhandling hos mellomlederen.

2.7 Styringsformer

I litteraturen tar man opp perspektiver på styring og beskriver ulike styringsformer i virksomheter (Pettersen et al., 2008). I helsesektoren handler dette om fremstilling av helsetjenester.

De 4 ulike styringsformene som beskrives illustreres med følgende figur:



Figur 2.4 Hva skal modelleres? (Pettersen et al., 2008, Figur s. 125, Figur 7.2)

Forfatterne tar opp at det i tillegg foreligger en høy grad av kulturell styring i helsesektoren. I dette ligger at helsesektoren også styres ut fra fag. Om målstyring sier de følgende:

- *Det må eksistere en felles forståelse for aksepterte mål blant deltakerne i organisasjonen.*
- *Det må være mulig å kontrollere gjennomførte handlinger og handlingene må kunne sammenlignes med en norm for evaluering og godkjenning.*
- *Det må finnes muligheter for å korrigere fremtidige handlinger på bakgrunn av evalueringene (Pettersen et al., 2008, s. 127)*

Forfatterne sier videre om målstyring:

”Målstyring er i seg selv ikke en generisk styringsform, men kan defineres som et planleggingsprinsipp der man spesifiserer hovedmål, delmål og arbeidsmål” (Pettersen et al., 2008, s. 127)

Forfatterne viser til at avdelingene kan sette hovedmål, delmål og arbeidsmål i tillegg til mål som er satt på et overordnet nivå.

Resultatstyring beskrives som et alternativ til målstyring, med bruk av *resultatindikatorer* (Pettersen et al., 2008).

2.8 Styringsklemma

Jan Grund skriver om styringsklemma (Grund, 2006, s. 19)

Han forklarer at sykehusenes beslutningsarena blir påvirket av fire forskjellige faktorer. De eksterne kreftene vil vi ikke gå nærmere inn på i denne oppgaven men de vil ligge som et bakteppe og vil virke inn i det totale bildet for mellomlederen når han skal ta sine valg.

1. De eksterne krefter. *Disse består av sykdomsutvikling, den teknologiske utviklingen og den demografiske utviklingen.*
2. De interne krefter. *Det er kunnskapsutviklingen, spesialiseringen og sykehusets sjel.*
3. *De viktigste eierstyrte spillereglene er budsjetter, finansieringsordninger og tilknytningsformer.*
4. *De interne spillereglene er sykehusenes strategiske og ledelsesmessige kompetanse.*

Grund sier videre at det blir ledere ved sykehusene som står i denne ”klemma”. Ledere har ansvar for å tolke og oversette de eksterne kreftene og de eierstyrte spillereglene samtidig som de må få til gode interne prosesser ved å erkjenne de interne kreftene som former sykehuset nedenfra (Grund, 2006).

2.9 Styringsstrategier

Vi har tidligere i oppgaven avgrenset strategier i denne oppgaven til å handle om strategi på individnivå. Strategi knyttet vi til mellomlederens handlingsstrategi når han opplever en styringsutfordring. Strategier kan være verktøy når vi må gjøre et valg. Vi vil gjennomgå noen av de strategier vi tenker at mellomlederen kan gjøre bruk av når han opplever styringsutfordringer.

2.9.1 Etisk refleksjon

Etikk beskrives som forskjellig fra moral, hvor moral defineres som oppfatninger om rett og galt i omgang mellom mennesker (Kvalnes, 2013). Vår moral er integrert i oss gjennom oppvekst og forbilder. Etikk defineres som systematisk tenkning om hva som er rett og galt mellom mennesker. Etikk er fag og vi kan studere dette. Etikk brukes i situasjoner hvor vi har flere hensyn å ta stilling til, f. eks ved beslutninger.

Etisk dilemma oppstår når man må velge mellom flere riktige løsninger. Ved dilemma har vi minst 2 forskjellige alternativ for handling. Bare ett kan velges, eller situasjonen kan se slik ut. Når alternativene veies opp mot hverandre veier de like mye. Spørsmålet er hva vi gjør og hvordan vi begrunner valget (Kvalnes, 2013). Konsekvensene av slike valg kan være i konflikt med mellomlederens moral.

I mellomlederrollen og i spenningsfeltet mellom overordnede krav og det operasjonelle nivået, kan et slikt dilemma handle om hensyn til cost/benefit i stedet for faglige og menneskelige hensyn. Det kan f. eks handle om å velge den billigste behandlingen eller behandling innen eget regionalt foretaksområde, i stedet for bedre behandling under et annet regionalt foretak, hvor man må betale ekstra for gjestepasient. Det kan handle om å ikke leie inn vikarer når noen er syke av hensyn til ekstra lønnskostnader, noe som medfører lavere pleiefaktor og større mulighet for å gjøre feil og for at personalet blir slitne. Mellomlederen som gjør slike tiltak vil kunne få mye bekræftelse og ros fra overordnet ledelse hvor målet er økonomisk balanse og effektiv drift, lederen kan samtidig slite med å kjenne seg i konflikt med egne verdier og moral.

Profesjonsetikk beskrives som etiske utfordringer når vi har kunnskap som brukerne av tjenestene ikke har. Som mellomleder for klinisk virksomhet kan du stå overfor dilemma som kan være spesielle etiske og moralske utfordringer.

2.9.2 Navigasjonshjulet

I situasjoner der man må gjøre valg og fatte beslutninger kan det være flere og motstridende hensyn man skal ivareta. Einar Øverenget og Øyvind Kvalnes i Humanistisk Akademi har utviklet verktøyet Navigasjonshjulet (Kvalnes, 2013), som kan være et verktøy når leder står overfor et dilemma og må fatte en beslutning. Illustrert i følgende figur:



Figur 2.5 Navigasjonshjulet (Kvalnes, 2013, figur 3.1, s.72)

En styringsutfordring kan være at den beste behandlingen ikke kan forsvares økonomisk, at det å følge opp mål - og resultatkrav kan være på kant med lovlighet og ikke kan forsvares ut fra etikk. Verdier og identitet kan trues ved bruk av kontroll som går langt innenfor den enkelte profesjons fagområde.

Kvalnes tar opp at vi trenger noen prinsipper og nøkkelspørsmål som vi kan møte valgsituasjonene med. Vi trenger verktøy, slik at vi kan jobbe systematisk, og slik at vi kan klare å begrunne vanskelige valg (Kvalnes, 2013)

2.9.3 Dekobling

Dekobling kan være en strategi for å overleve som leder med styringsutfordringer.

Brunsson(1993, referert i Pettersen et al., 2008, s. 255)

- Det eksisterer motstridende mål
- Motstridende interessegrupper

Dekobling kan være en strategi for å overleve i et spenningsfelt. Mellomlederen kan ha en type kommunikasjon opp mot overordnet ledelse, og en annen type kommunikasjon nedover i systemet. Enheten blir lite gjennomiktig ovenfra og nedenfra ser man ikke videre enn til sin egen enhet.

Dersom mellomleder fungerer som en ”sperre” i organisasjonen har overordnet ledelse ikke innsyn i avdelingen, hverken i styring eller oppgaveutføring og avdelingen lever samtidig sitt eget liv frakoblet overordnede føringer. Avdelingsleder kan f. eks rapportere opp at rammene er umulige å holde, noe som kan være vanskelig for administrativt personell uten helsefaglig bakgrunn å bedømme. Ned til de ansatte i avdelingen kan den samme avdelingslederen kommunisere at fagpersonellet skal prioritere ut fra faglig - og ikke ut fra et økonomisk/ressursbasert perspektiv(Pettersen et al., 2008, s. 255)

2.9.4 Den gyldne middelvei og Polarity Management

Uttrykket den gyldne middelvei kjenner vi fra Aristoteles, og det beskriver en handlemåte og håndtering hvor man på tross av motsetninger og spenninger finner løsninger hvor flere hensyn ivaretas. Ved polariteter og motsetninger søker å nyansere og finne løsninger et sted mellom ytterpunktene(Kvalnes, 2013, s. 61).

Den gyldne middelvei samsvarer med verktøyet *Polarity Management*(polaritymanagement.com). Mellomlederen kan befinne seg i det som kan kalles et moralsk minefelt, og spørsmålet er *hvilke* motsetninger og spenninger mellomlederen kan finne seg til rette med ut fra etikk. I lederskap vil dette være en måte å balansere mellom ulike målsettinger, hvor løsningen kan være at man innfrir deler av disse uten at noen blir forkastet. Mellomlederen forholder seg da til de motstridende målsettingene, og målkonflikten vil være synlig for overordnet ledelse og for de ansatte i avdelingen. Det blir mellomlederens

utfordring å kunne leve med og forsvare løsninger som ikke innfrir krav og forventninger fullt ut.

Polarity Management beskriver det å kunne håndtere motsetninger ved å finne den gyldne middelvei. I lederskap vil dette være en måte å balansere mellom ulike målsettinger, hvor løsningen kan være at man innfrir deler av disse uten at noen blir forkastet. Mellomlederen forholder seg da til de motstridende målsettingene, og målkonflikten vil være synlig for overordnet ledelse og for de ansatte i avdelingen. Det blir mellomlederens utfordring å kunne leve med og forsvare løsninger som ikke innfrir krav og forventninger fullt ut.

I en oppgave skrevet av studenter ved topplederutdanningen til Helse Midt Norge beskrives retningen Polarity Management:

...In our culture we are "springloaded" to define all difficult situations as problems that can be fixed. If we are only smart enough to find the right answer, the problem will go away. But life's experiences tell us that this approach frequently doesn't work – some problems never seem to get solved. The truth is, some "problems" are on-going and can never be solved in a traditional sense. These are polarities - situations in which both conflicting points of view are true(polaritymanagement.com).

2.9.5 Samhandling og kommunikasjon

Sykehus har vi tidligere omtalt som en kompleks organisasjon. En tradisjonell organisering av sykehus er funksjonsfordeling. Pasienter kan i et behandlingsforløp ha behov for tjenester fra ulike enheter. Dette setter krav til samhandling og til kommunikasjon, for å oppnå best mulige behandlingsforløp for pasientene. Mellomleder skal kommunisere opp mot overordnet ledelse og ned mot de ansatte. I en organisasjon med funksjonsfordeling skal han i tillegg kommunisere på tvers av enheter. Kommunikasjonsferdigheter vil i en slik rolle være viktig for samhandling.

I litteraturen finner vi denne beskrivelsen av sammenhengen mellom kommunikasjon og samhandling:

"Kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføring er grunnleggende mekanismer knyttet til vår samhandlingskompetanse"(Johannessen og Olsen, 2008).

Forfatterne viser til elementer som inngår i kommunikasjon: Avsender, budskap, kanal, virkning. Johannessen og Olsen tar opp at kommunikasjon henger sammen med påvirkning, og at bevissthet og kunnskap om dette kan være med på å utvikle vår samhandlingskompetanse (Johannessen og Olsen, 2008).

Som avsender er bevissthet om eget kroppsspråk og om egen opptreden i situasjoner der samhandling kreves viktig. Fremstår vi som rolig, trygg og med en positiv forventning til den andre? Er vi lyttende? Hvordan gir vi tilbakemelding til andre på en måte som ikke gjør at de kjenner seg avvist? Kommuniserer vi uenighet på en god måte? Har vi kontroll over våre emosjonelle uttrykk? (Johannessen, Olsen, 2008) Forfatterne peker på kontrollmekanismer ved samhandling:

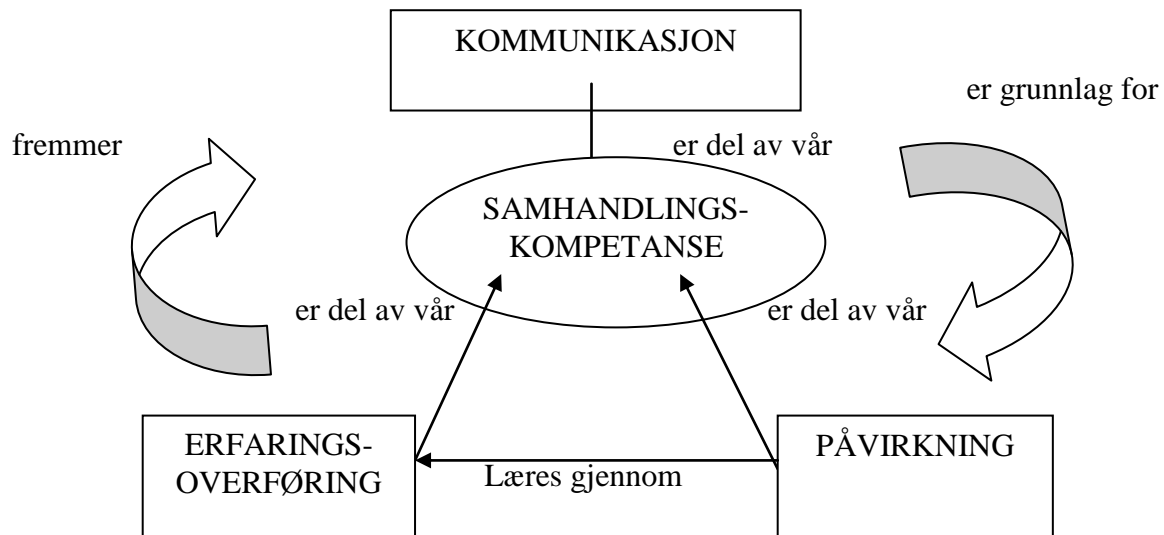
Samhandlingskompetansen har i seg sterke kontrollmekanismer. Derfor er samhandling alltid forankret i konkrete kontekster, for eksempel grupper som har klare normer og verdier. Forstått på denne måten kan utvikling av samhandlingskompetansen sies å være læring av hvilke grenser for samhandlingen som eksisterer i den konteksten vi til enhver tid befinner oss i (Johannessen, Olsen, 2008).

Vi har tidligere beskrevet sykehus som organisasjon. I et historisk tilbakeblikk på styring beskrev vi hvordan sykehus tidligere ble ledet, med en todelt ledelse fordelt mellom sykepleier og lege. Med utvikling og endring har nye faggrupper blitt tilført sykehus. Innføring av enhetlig ledelse har bidratt til å endre lederrollen i organisasjonen. Spesialister er ikke ledere i kraft av sin profesjon, og må som andre faggrupper søke seg til lederstillinger for å bli formelle ledere i linjen. Dette beskriver en kontekst som setter krav til samhandlingskompetanse hos alle faggrupper.

Johannessen og Olsen viser til erfaringsoverføring som viktig i sammenhenger der det er endringer og høy grad av kompleksitet:

Det som fremmer erfaringsoverføring, er vår evne til perspektivskifte. Det avhenger imidlertid av tilbakemelding, som igjen fremmer fleksibilitet. Fleksibilitet forutsetter i sin tur relasjonskompetanse, som igjen forsterker vår evne til perspektivskifte (Johannessen og Olsen, 2008).

Sammenhengen mellom kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføring illustreres med følgende figur:



Figur 2.6 Samhandlingskompetanse(Johannessen og Olsen, 2008,s. 157, Figur 4.1)

I gjennomgangen av dette temaet tar Johannessen og Olsen opp frykt for sosial avvisning som en drivkraft i samhandlingsprosessen(Johannessen og Olsen, 2008). I samhandling med andre vil vi da forsøke å hindre en opplevelse hos den andre av sosial avvisning. Den etiske delen av samhandlingskompetanse vil da være ansvar, respekt og den andres verdighet. Om forventning og forsterkning sier forfatterne følgende:

Forventninger og det å forsterke disse forventningene er en grunnleggende styrings- og kontrollmekanisme. Forstått på denne måten blir samhandlingskompetanse både å lære seg å lese forventningssignaler og forstå hvordan sosial atferd styres gjennom forsterkningsprosesser(Johannessen og Olsen, 2008, s. 158)

2.10 Oppsummering av hovedpoeng i teoretisk rammeverk

Vi startet gjennomgang av teoretisk rammeverk med å gå gjennom den norske modellen for sykehus, slik den fremstår i dag. Dette utgjør en del av konteksten som mellomlederen utøver sitt virke i. Vi så på forholdet mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene; dvs sykehusene. Helsedepartementet gir hvert år oppdrag som de regionale helseforetakene skal sørge for blir iverksatt, i figur 2.1 beskrives organisasjonskartet til Helse Nord, og av dette fremgår også hvilke formelle arenaer og møteplasser som finnes for informasjonsutveksling mellom de ulike nivå.

I en gjennomgang av lovverket fremgikk det at det samtidig med helseforetaksreformen kom flere lovendringer. Med Foretaksloven beskrives oppgaver og ansvar til de nye eierne av sykehus; dvs. fra innføring av helseforetaksreformen i 2002. Der fremgår det blant annet at de regionale helseforetakene har et ”sørge for” ansvar for helsetjenester på spesialistnivå til befolkningen som bor og oppholder seg i regionens nedslagsfelt.

Med Spesialisthelsetjenesteloven ble bestemmelsen om enhetlig ledelse innført, noe som innebærer at dagens mellomledere i sykehus har et helhetlig ansvar for enheten de leder. Dette vil igjen si at de har et ansvar for fag, administrasjon og økonomi. I denne loven understrekes også bestemmelsen om forsvarlighet i spesialisthelsetjenesten. Tilrettelegging av tjenesten skal bidra til at personell som utfører tjenestene kan overholde sine lovpålagte plikter.

I helsepersonelloven fremgår helsepersonellens eget ansvar for forsvarlighet.

Pasientrettighetsloven inneholder blant annet bestemmelser om pasientens rett til nødvendig helsehjelp, om tildeling av frist for oppstart av behandling og pasientens rett til fritt sykehusvalg.

I et historisk tilbakeblikk så vi at ledelse i sykehus før helseforetaksreformen var todelt. Lege og sykepleier fordelte oppgavene mellom seg ut fra sin kompetanse. I den tradisjonelle modellen for styring i sykehus var tillit et grunnleggende element. Det var stor tillit til fagpersonellens etiske og moralske kompetanse. Det var få systemer for kontroll og oppfølging. Dette ble ivaretatt gjennom ”novise-ekspert” relasjon, hvor de med kort erfaring og mindre kompetanse lærte av de med lang erfaring og større kompetanse.

Helseforetaksreformen brøt med den tradisjonelle modellen for styring i sykehus.

Helseforetaksreformen var inspirert av New Public Management(NPM). NPM har fokus på kostnadseffektiv og profesjonell styring. Innføringen av helseforetaksreformen kom blant annet på bakgrunn av lange ventelister, lav effektivitet og økonomiske overskridelser.

Sykehus har tradisjonelt vært inndelt etter funksjoner. Dette skaper utfordringer for pasientflyt og ”sømfrie” pasientforløp. Behandlingen skal administreres på tvers av formelle ledernivåer. Mellomlederen skal styre virksomheten og har et helhetlig ansvar for den enheten han skal lede. Sykehusenes beslutningsarena påvirkes av ulike krefter.

Ulike mål er satt for sykehus og noen av disse kan være motstridende. Mellomlederne kan oppleve å være i et spenningsfelt der de må reflektere og ta noen valg.

I siste del av teoretisk rammeverk så vi på mulige strategier som mellomleder kan gjøre bruk av når han opplever styringsutfordringer. Vi så nærmere på følgende strategier:

- Etisk refleksjon
- Navigasjonshjulet
- Dekobling
- Den gyldne middelvei og Polarity management
- Samhandling og kommunikasjon

Vi har nå vært gjennom noe av litteraturen som beskriver styring og styringsutfordringer i sykehus. I tillegg har vi sett på det feltet hvor mellomlederen utøver sitt virke. I oppgavens neste kapittel vil vi gå gjennom metode for undersøkelsen vår, hvor vi ønsket å innhente informasjon om opplevde styringsutfordringer og strategier hos mellomledere i sykehus.

3 METODE

I dette kapitlet vil vi gå gjennom hvilken metode vi valgte for å gjennomføre undersøkelsen. Vi ønsket å lese oss opp på aktuell teori, før vi startet arbeidet med selve undersøkelsen. Dette for å få en mer teoretisk kunnskap om problemstillingen.

3.1 Undersøkelsesdesign

Undersøkelsen ble gjennomført for å få informasjon som kunne belyse problemstillingen. Vi ønsket mye informasjon og vi ønsket å avgrense antall enheter, slik at materialet ikke ble for omfattende og at analysen ble vanskelig å gjennomføre. Vi hadde ikke som mål med undersøkelsen og oppgaven å generalisere. Vi fant i litteraturen en beskrivelse av design for undersøkelser som samsvarte med våre ønsker:

”Intensive design går i dybden på et problem og forsøker å avdekke så mange forhold(variabler)som mulig i ett eller noen få tilfeller(enheter)”(Jacobsen, 2012 s.85.)

Et intensivt design skiller seg fra et ekstensivt design:

”Ekstensive design går i bredden og undersøker mange enheter, men vil ofte ikke inkludere så mange variabler”(Jacobsen, 2012 s.85).

Innenfor intensivt design fant vi at det som betegnes som *små-N-studier*(Jacobsen, 2012, s. 93) kunne samsvare med måten vi ønsket å legge vår undersøkelse opp på. I denne sammenhengen står N for Numbers, som er enheter. Ved slike studier velger man gjerne ut mellom 5 og 10 enheter. Fokuset er på et fenomen, og informasjon hentes inn for å kunne belyse dette fenomenet fra flere perspektiv.

Innenfor intensivt design finner vi også *”case-studier, hvor fokuset settes på en spesiell enhet”(Jacobsen, 2012 s.90).* Denne enheten kan være en organisasjon. I vår oppgave

kommer enhetene som undersøkes fra små sykehus innenfor Helse Nord RHF. Det er *fenomenet* styringsutfordringer og strategier hos mellomledere i sykehus vi ønsker å belyse. Avgrensningen av feltet er ikke gjort ut fra at vi ønsker å gjøre en spesifikk undersøkelse av dette fenomenet innen Helse Nord RHF som organisasjon. Vi skulle undersøke et lite antall enheter, og fant at vi kunne dekke dette innenfor en begrenset geografisk radius av våre bosted og arbeidssted i Nordland. Vi gjennomførte vår undersøkelse i små sykehus, og vi ser at dette kan ha trekk av utvalg som gjøres i en case – studie. Grensene mellom disse to typer av studier omtales i litteraturen:

Nå må det også påpekes at det ikke er noen klar grense mellom case- og små-N-studier. I en avgrenset case kan vi gjerne velge ut noen få personer(få enheter). Dermed vil grensen mellom de to intensive oppleggene ofte være flytende og uklar. Likevel kan vi operere med en tommelfingerregel: Når vi ønsker å beskrive et spesielt sted eller en spesiell situasjon, vil ofte case-studier være best egnet. Hvis vi derimot ønsker en rik beskrivelse av et spesielt fenomen, bør vi velge små-N-studier(Jacobsen, 2012, s. 93).

Vi har i undersøkelsen ønsket en rik beskrivelse av fenomen og finner derfor at dette samsvarer best med det som defineres som små-N-studier.

3.1.1 Metode for innhenting av informasjon

Innen kvalitativ tilnærming beskrives ulike metoder:

- a) Individuelt intervju.
- b) Gruppeintervju.
- c) Observasjon.
- d) Dokumentundersøkelse

(Jacobsen, 2012 s.141)

Vi ønsket en førstehånds kjennskap til informasjon, noe som gjøres gjennom direkte kontakt med de som skal intervjues. Vi ønsket også en intervjusituasjon hvor de som ble intervjuet

kunne kjenne seg komfortabel. Dette var bakgrunnen for at vi valgte metoden individuelt åpnet intervju.

Metoden kjennetegnes ved at informasjon innhentes i en samtale og dialog, og hvor den som intervjues kalles *respondent* når han selv har opplevd det vi ønsker å undersøke (Jacobsen, 2012). I et åpent intervju, med karakter av en samtale, er fordelen at vi åpner for at respondenten kan komme med mye informasjon. Det er også åpent for å komme med informasjon som det ikke spørres direkte etter. Dette kan være med på å gi flere perspektiver på problemstillingen.

Innhenting av mye informasjon kan også være utfordrende når data i ettertid skal behandles. Det utfordrer strukturering før videre benyttelse i oppgaven. I undersøkelsen brukte vi intervjuguide for å strukturere i en viss grad, og for å sikre oss at vi fikk en samtale om de spørsmål vi har reist i problemstillingen (vedlegg 3).

3.2 Valg av respondenter

Da vi skulle plukke ut respondenter, valgte vi mellomledere fra små sykehus i regionen til Helse Nord RHF, vi ønsket de som hadde arbeid i en døgnbemannet avdeling og en avdeling som var forskjellig fra våre egne. Undersøkelsen ble avgrenset til 10 respondenter. Vi valgte bevisst å spørre de med lang erfaring som mellomledere i sykehus. Dette fordi vi tenker at de kan ha erfaring med styringsutfordringer og strategier for å håndtere disse. Alle har vært ansatt i mer enn 10 år. Alle har vært med siden foretaksreformen kom. Vi tenker at en slik begrensning vil være hensiktsmessig i vår studie, også med tanke på oppgavens størrelse og tiden vi har hatt til rådighet. Tillatelse ble innhentet fra foretaksdirektør (vedlegg 1)

Av respondentene er 2 av disse menn. Samtlige har en helsefaglig bakgrunn, og de fleste har en eller annen form for lederutdanning. 3 av respondentene er leger, de resterende har sykepleiefaglig bakgrunn. 4 av respondentene har jobbet på begge nivåer. Både som avdelingsleder og leder på nivået over. Selv om halvparten er avdelingsledere for en eller flere avdelinger og resten er på nivået over, behandler vi alle som mellomledere. Vi antar at ledere på begge nivå vil stå i spenningsfeltet der de opplever motstridene mål og målkonflikter.

Våre respondenter kommer fra ulike sykehus og har ulik fagbakgrunn.

Vi gjør i denne undersøkelsen ingen forskjell på utdanning eller kjønn. Vi fikk kontakt med respondentene ved å ringe til de respektive sykehus for å få navn på mellomledere ved aktuelle enheter. Deretter sendte vi forespørsel via Outlook e-postsystem(vedlegg 2) Vi tok deretter telefonisk kontakt med de som var forespurt, og fikk da avklart om de ønsket å delta i undersøkelsen. Vi vurderte dette som riktig for tidsbruk i forkant av undersøkelsen. Gjennom denne dialogen avtalte vi på hvilken måte intervjuet skulle foregå.

Tabell over respondenter

Respondent	Jobber klinisk	Bakgrunn	Leder utdanning	Sted	Jobbet begge nivå
1	Ja	Sykepleier	Ja	Eget kontor	X
2	Nei	Sykepleier	Ja	Eget kontor	
3	Ja	Lege	Ja	Eget kontor	X
4	Ja	Sykepleier	Nei	Eget kontor	
5	Ja	Lege	Ja	Telestudio	X
6	Nei	Sykepleier	Ja	Eget kontor	
7	Ja	Sykepleier	Ja	Telefon	
8	Ja	Sykepleier	Ja	Telefon	
9	Nei	Sykepleier	Ja	Telefon	X
10	Ja	Lege	Ja	Eget kontor	
Tabell 1. Våre respondenter.					

3.3 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i oktober og november i 2013. Vi hadde sett for oss at vi skulle reise til respondentene, men de hadde travle arbeidsdager og flere av dem ønsket heller å møte oss på telefon eller telestudio på slutten av arbeidsdagen. Noen av intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, på respondentens kontor. De fleste intervjuene ble gjort på slutten av arbeidsdagen og hadde en varighet på 1 time. Vi gjorde opptak av alle intervjuene ved bruk av smarttelefon, alle samtykket til dette. Under telefonintervjuene brukte vi høyttaler, og det var god lyd kvalitet gjennom intervjuene. Intervjuene ble transkribert fortløpende. Opptakene ble deretter slettet.

Vi hadde opprinnelig tenkt å innta rollen som intervjuer og observatør hver sin gang. Vi endte imidlertid opp med at vi begge var delaktige under intervjuene, der den ene stilte hovedspørsmål, og den andre fulgte opp med nye spørsmål ut fra den informasjonen vi fikk. Vi tok noen notater for å sikre oss at vi fikk belyst våre spørsmål.

Vi valgte å informere respondentene om at styringsutfordringer var alle typer utfordringer de måtte ha, dette for å sette i gang samtalen. Vi stilte oppfølgingsspørsmål etter hvert, slik at vi fikk belyst utfordringene godt. Etterpå gikk vi gjennom datamengden og plukket ut de utfordringene som gikk igjen, og de som vi mener hører under styringsutfordringer.

3.4 Validitet - gyldighet

Spørsmålet om undersøkelsens gyldighet kan deles i to:

- 1 Kan resultatene oppfattes som riktige? Dette handler om intern gyldighet.
- 2 Kan vi overføre funn til andre sammenhenger? Dette handler om ekstern gyldighet.

(Jacobsen, 2012)

Vi er begge mellomledere med lang fartstid fra små sykehus. Dette innebærer at vi har en erfaringsmessig innsikt i problemområdet i tillegg til en teoretisk tilnærming som beskrevet under kapittel 2. Vi har under arbeidet med oppgaven og undersøkelsen reflektert over dette og forsøkt å holde bevisstheten oppe på at vår bakgrunn kan være med på å farge resultatet.

Dette gjelder for hele prosessen i oppgaven. Vi er samtidig nysgjerrige og ønsker å få mer informasjon om problemområdet. Vår forforståelse er at vi antar at mellomledere i sykehus opplever styringsutfordringer. Strategier for å håndtere styringsutfordringer hadde vi lite bevissthet om, og vi ønsket å få mer informasjon om dette.

Vi valgte åpent individuelt intervju som metode ut fra problemstillingen i oppgaven. Intervjuguiden var delvis strukturert for å sikre at vi fikk informasjon som kunne belyse problemstillingen, og at vi samtidig åpnet for annen informasjon som kunne være relevant. Det ble åpent opplyst om formålet med undersøkelsen, både i forkant av avtale om intervju og ved oppstart av hvert intervju.

Det ble informert om anonymisering og at denne strekker seg ut over det å ikke nevne navn på respondent eller arbeidssted. Samtidig ble det informert om at vi ville skrive i oppgaven at undersøkelsen er gjort ved sykehus i regionen til Helse Nord RHF. Det ble ikke benyttet skriftlig informert samtykke, men muntlig. Vi var oppmerksomme på at intervjuene kunne påvirkes av oss, måten vi opptrådte på og det vi representerer. Vi gikk inn for å skape en avslappet og uformell stemning. Det å ha hele intervjuet på opptak bidro til at vi kunne være mer til stede i samtalen. Vi fortalte om hvilken stilling vi har og hvor vi arbeider. Dette for å skape åpenhet. Dette kan ha påvirket respondenter til å holde tilbake informasjon eller til å komme med mer informasjon.

Respondentene fikk selv velge hvor intervjuet skulle utføres. Vi sa oss villige til å reise for å besøke respondentene og holde intervjuet hvor de selv ønsket. Respondentene ville stort sett gjøre intervjuene på slutten av arbeidsdagen. Ulempen var at de kunne være slitne etter en lang dag, men samtidig var det mindre risiko for avbrytelser og de kunne fokusere bare på intervjuet. 6 av intervjuene fikk vi gjort på respondentens eget kontor, resten ble gjort over telefon. Ett intervju ble gjort over telestudio. Under dette intervjuet virket respondenten noe tilbakeholden og forsiktig i sine uttalelser. Dette kan skyldes telestudio som medium, eller det kan ha andre årsaker.

Vi ser det som en fordel at respondentene var ferdige med sin arbeidsdag, og at intervjuet ikke ble avbrutt av andre gjøremål eller forstyrrelser. Det kunne være fare for at de var slitne og ukonsentrerte, vi opplevde ikke dette med noen av respondentene.

Vi opplevde en nærhet til respondenten, På tross av at vi befant oss på hvert vårt sted, opplevde vi en nærhet til respondentene.

Det nonverbale språket kunne vi ikke oppfatte ved bruk av telefonintervju og telestudio, og det kan være en ulempe i en kvalitativ studie. Vi kunne kanskje i større grad ha oppfattet om respondentene tilpasset seg undersøkelsen dersom vi hadde vært i samme rom, enten ved kroppsspråk eller opptreden.

Undersøkelsen ble gjennomført etter at vi hadde arbeidet oss gjennom teori, og hatt flere samtaler mellom oss om vår forforståelse av fenomenet. Vi var opptatt av å stille oss mest mulig åpne og nysgjerrige i intervjusituasjon, og minnet hverandre på dette før hvert intervju. Vi var opptatt av at vi som intervjuere hadde ansvar for å gjøre rammene for intervjuene så trygge som mulig. Dette påvirkes av flere forhold, og også av vår måte å kommunisere og samhandle på.

Etter intervjuene ble transkribert sendte vi respondentene utskriften, slik at de hadde muligheten til å gi oss tilbakemelding på at dette var det de sa. Eventuelt kunne de komme med rettelser, hvis de mente at de ikke hadde ordlagt seg rett. Det å ha opptak av intervjuene reduserer også muligheten for feiltolkning og misoppfattelser. Vi kunne høre gjennom intervjuet flere ganger for å sikre at vi fikk med det respondentene sa.

Vi opplever at vi fikk mye informasjon under intervjuene, og vi gjorde også flere funn. Dersom vi hadde hatt andre respondenter enn de vi benyttet i denne undersøkelsen kan det være at vi hadde gjort andre funn. Dersom noen andre hadde gjennomført undersøkelsen, kan det være at de hadde hatt en annen forforståelse enn det vi har, og fremhevet noen andre funn. Gjennom beskrivelsen og vurderingen av hvordan vi har gått frem i undersøkelsen, antar vi at det kan foreligge støtte for intern gyldighet med de begrensninger og forbehold som er nevnt under gjennomgangen.

Vi har gjennomført undersøkelsen med fokus på et fenomen, og hvor vi har avgrenset undersøkelsesfeltet. I oppgaven har vi ikke hatt som mål å generalisere eller å finne en ”riktig beskrivelse” av verden. Antall enheter som undersøkes er lite. Vi har gått i dybden og

undersøkt opplevelsen til våre 10 respondenter. Det er mange faktorer som kan påvirke opplevelsen av styringsutfordringer og hvilke strategier som brukes for å håndtere disse. Dette begrenser muligheten for å overføre våre funn i denne undersøkelsen til andre sammenhenger. Vi antar at dette begrenser ekstern gyldighet.

3.5 Reliabilitet – pålitelighet av undersøkelsen

Reliabilitet handler om pålitelighet av undersøkelsen (Jacobsen, 2012). Vi har valgt et undersøkelsesopplegg ut fra problemstilling. Med hensyn til undersøkelsens formål, tid til rådighet og omfang av oppgaven fant vi at individuelt åpent intervju var den metoden vi ønsket å bruke. Gruppeintervju kunne ha fått frem interessante diskusjoner, samtidig tenker vi at hver enkelt respondent kunne ha blitt mer tilbakeholden i en slik setting. Ren observasjon anså vi ikke for å være aktuelt, både med tanke på utfordringer med en nøytral tilstedeværelse i situasjoner og med hensyn til den tiden vi hadde til rådighet. Vi ønsket førstehånds informasjon og det var derfor ikke aktuelt å benytte sekundærdata gjennom dokumentundersøkelser.

Vi har i denne gjennomgangen vist til mulige fallgruver og argumentert for de valg vi gjorde underveis. Ut over dette har vi reflektert over flere forhold. Vi er selv mellomledere og informerte om dette, det kan ha påvirket resultatet. Det kan hende at respondenten brukte anledningen til å ”ri kjepphester” eller svarte strategisk. Dette er noe vi har tatt med i betraktningen. Det virket som om respondentene svarte ærlig og var oppriktig interessert i undersøkelsen.

Under kategorisering og beskrivelse av funn, har vi vektlagt bredden i den informasjonen vi innhentet. Vi opplever det som viktig å få frem mange perspektiver på styringsutfordringer og strategier. Dersom undersøkelsen ble gjentatt, er spørsmålet om vi ville fått samme resultat. Vi tenker at dette kan påvirkes av mange faktorer. Det ville være vanskelig å skape en eksakt lik situasjon i nye undersøkelser. Respondentene kunne ha vektlagt de samme styringsutfordringene på en annen måte. De kunne også ha ervervet seg nye strategier for å håndtere disse. Intervjuere med et annet utgangspunkt enn vårt kunne kanskje fått frem andre nyanser i undersøkelsen. Vi tenker at spenningsfeltet og målkonflikter fortsatt vil være til stede, og dette er forhold som vil være like i en ny undersøkelse.

Ut fra vår erfaring og teoretisk grunnlag opplever vi at undersøkelsen har målt det vi ønsket å måle. Begrensningen ligger i at vi bare har målt dette hos respondentene i undersøkelsen.

3.6 Etikk i studien

Før oppstart av intervju rettet vi en skriftlig forespørsel til sykehusenes ledelse, hvor vi informerte om formålet med undersøkelsen, samt ba om tillatelse til å gjennomføre denne. Respondentene er behandlet konfidensielt og funn fra undersøkelsen skal ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner. Publisering av masteroppgaven er mulig etter at den er ferdig og godkjent. Dette er gjort kjent for ledelsen og respondentene.

Under intervjuene benyttet vi lydopptak for å sikre at informasjon ikke gikk tapt. Deretter ble lydopptakene transkribert. Lydopptak og kladd fra intervjuene ble slettet etter at nødvendig informasjon for å belyse problemstillingen var sikret. Vi har sikret at data ikke kan brukes til annet formål enn denne undersøkelsen. Vi har underveis reflektert og vært bevisst mulige påvirkninger i vår egen rolle som forskere.

4 EMPIRI

I denne delen vil vi strukturere våre hovedfunn fra intervjuene. Vi presenterer våre funn i forhold til vår problemstilling:

”Hvilke styringsutfordringer opplever mellomledere i sykehus, og hvilke strategier har de for å håndtere disse?”

Vi tar først for oss de ulike styringsutfordringene mellomlederne sier de har, og har sortert de i følgende underpunkter.

- Økonomiske utfordringer
- Økende administrative oppgaver
- Redusert handlingsrom

Så tar vi for oss hvordan mellomlederne håndterer disse styringsutfordringene og hvilke strategier de bruker. Bevisst eller mer ubevisst. Med underpunktene:

- Strategisk bruk av kommunikasjon
- Nærhet til klinisk arbeid
- Dekobling
- Den gyldne middelvei

4.1 Økonomiske styringsutfordringer

Alle våre informanter forteller om det økende presset i forhold til økonomi.

Under intervjuene starter de fleste med å ta opp denne utfordringen. Det er det første de tenker på når vi spør om styringsutfordringer. Mange av utsagnene går inn i hverandre og kan omhandle flere av underpunktene.

4.1.1 Visjoner, mål, strategi

Den ideelle økonomiske styringsprosessen starter med visjoner, mål, strategi.

Oppdragsdokumentet skal gi denne visjonen og definere mål videre ned i helseforetakene som skal bryte dette ned til de enkelte sykehusene.

Respondent 9, er den som uttrykker seg klarest om dette. Når vi spør ham om kjennskap til visjoner sier han:

Helse Nord sine visjoner? Oppdragsdokumentet bør bearbeides på tur ned til enhetene, og ikke gå direkte ut. Det er snart at man sitter ute i de enkelte enhetene og leser HN sitt oppdragsdokument, og så glemmer man at man har en egen øverste ledelse i sykehuset. Man kan gå på ville veier dersom man leser HN sitt oppdragsdokument. Det er tjenesteveien sin feil, hvis de ikke bryr seg om oppdragsdokumentet, "alt skurer og går", da er det ikke styring lokalt. Da kunne man ha klart seg med HN, da kunne de ha bestemt over oss(Respondent 9).

Videre forteller respondent 9:

Jeg savner litt, hvordan man tar imot oppdragsdokumentet hos oss, jeg tar i hvert fall ikke imot det og kaster det videre til de som er under meg med beskjed om at de må ordne det som står der, det tør jeg ikke, for jeg vet at her ligger det ting vi ikke klarer å gjøre. I tillegg er det veiledere, både regionale og nasjonale som skal følges, hvis alle følger opp alt som står i oppdragsdokumentet blir vi et stort sykehus til slutt (respondent 9).

Når vi spør respondent 4, om han kan se visjonene igjen i budsjettet, sier han:

”Nei, Det kan jeg ikke si” (Respondent 4).

De fleste av respondentene har ikke en klar oppfattelse av mål og visjoner fra eieren. De forholder seg lite til dette i avdelingen, og forteller at dette er fjernt.

”Bestillerdokumentet og slike ting er egentlig såpass fjernt, at jeg har egentlig ikke opplevd så mye rundt det” (Respondent 1).

Informantene forteller også om frustrasjoner knyttet til økonomi, hvor han ser sykehusorganisasjonen som en kunnskapsbedrift.

Økonomien er det som det snakkes om hele tiden, det snakkes ikke om at vi er en kunnskapsbedrift. I fellesmøter snakkes det bare om hva vi skal skjære ned på. Hva skal vi ta ned på? Det spekuleres i om enheter kan flytte sammen med andre enheter, det er slik ting det går på. Det formidler jeg til de ansatte, de sier at hvis det blir slik så slutter de, de finner seg noe annet å gjøre (respondent 8).

4.1.2 Planer/budsjett

Dagens mellomledere er med på å lage budsjettet, for den enheten de styrer. Respondent 2 beskriver hvordan dette arbeidet kan oppleves:

Vi må legge budsjettet etter hvordan normaldriften skal være. Så får vi heller ta de toppene som kommer. Det er jo nettopp fordi enheten aldri kan forutsi hvor mange pasienter som kommer. Og noen ganger er det andre som påfører oss unødvendig kostnader, eller mangel på dekning fordi midler ikke er søkt på eller forhandlet om (Respondent 2).

Andre uttrykker frustrasjon over at de kommer med stor sannsynlighet til å få et overforbruk i løpet av budsjettåret.

Budsjettmøtene er kjempeviktige. Du kan godt gjøre deg en mening om at sånn og sånn vil vi ha det, fordi vi ser at aktiviteten er sånn og sånn, det er ikke sikkert at de meningene blir tatt i betraktning når du kommer i budsjettmøte. De kan godt forstå dem, men det er ikke det som er viktig, men det er sluttsammen. Jeg skjønner det jo, at vi ikke har flust med penger og at vi skal bruke dem best mulig. Men, jeg synes at vi kunne ha blitt hørt på, i forhold til det som vi mener, og det er det ikke bestandig at jeg føler – at de argumentene jeg har hatt blir tatt i betraktning (respondent 4).

Vi snakket rundt dette med budsjettet og hvordan det stod i forholdt til de planene og kravene avdelingen hadde for å holde seg oppdatert på viktige ting. Da svarte respondenten slik:

”Utdanning ja, da var det tomt” (Respondent 1).

En annen forteller om budsjettet:

”Grunnlaget legges i budsjettet, og dette er en plan. Så går året og så får man uforutsette ting underveis, så utfordringen er å kunne forutsi hva som kan gå galt, det har med erfaring å gjøre. Man legger en plan, men hva er risikoen i planen?” (Respondent 9).

Om budsjettprosessen sier han videre:

Det som ofte er fristende er å ta kopi av fjorårets budsjett og legge til 3 %, dvs. at vi skal gjøre det samme som vi bestandig har gjort. I mitt hode er det ikke sånn, vi skal aldri gjøre det samme som vi har gjort fordi verden ikke står stille, så utfordringen er å få sjefen til å forstå, å få ham med på tanken om at her er det noe som ikke dekkes av en plan, det skal godt gjøres at budsjettet er likt regnskapet når året er slutt. Utfordringen er å kunne påvise/tydeliggjøre den reelle utfordringen (Respondent 9).

Respondenten forteller om utfordringer rundt bemanning og prosjektarbeid:

Det synes jeg også har vært en utfordring med alle de ulike prosjektene vi skal delta i. Det kan ta en 20 % ressurs her og der, det kan være hele 5 personer som er med på dette. Når du setter dette sammen blir det en 100 % stilling. Når du har noen som er med over tid forsøker man å fordele vakter på andre, her er jo noen som ønsker større stilling. Noen ganger må vi leie inn ekstra. Ofte kan dette vare i en kort periode, 1-2 mnd. Jeg har selv deltatt i slike prosjekt. Jeg skjønner at det blir slik og at man må jobbe intenst, vi må f. eks bruke byrå for å leie inn personell, ellers sliter vi mye på eget personell(respondent 4).

En respondent forteller om viktigheten av å lage langsiktige investeringsplaner. Han forteller at før argumenterte de enkelte avdelingene rundt sine egne behov, uten å se på totaliteten. Han forteller om interne stridigheter rundt innkjøp og resursbruk.

Det var mange rare argumenter syntes jeg. "Nå er det vår tur" eller "vår tur for å gjøre ditt", eller "vår tur for å investere". Det var mye av den mentaliteten, men jeg følte at jeg som avdelingssjef måtte bidra til å finne ut hva vi skulle drive med, og var vi enig om det i grove trekk så var det enklere å gjøre omforente prioriteringer. - og så kunne vi ta en ny diskusjon etter et år, og å se hvor langt vi var kommet nå, i forhold til det vi var enig om i fjor. Så var det mange ting som var på plass, da kunne vi rette blikket framover(Respondent 6).

En respondent fortalte om samhandling og strategimøter hjemme med frokost:

Ofte har vi ledere på avdelingene møter, og snakker om strategien, så jeg står aldri alene i det. Jeg har støttespiller, og det handler jo om å være enig på måten vi gjør ting på. Jeg sitter jo ikke med kruttet alene, så vi diskuterer oss fram til den beste løsningen. Jeg ser også i forhold til at vi har planleggingsmøter to ganger i året, noe vi kaller planleggingsmøter, der vi planlegger et halvt år i forkant. Da prøver vi å

innhente litt opplysninger om hvordan ledelsen tenker rundt vår avdelingen i den perioden, og hva tenker vi, at vi vil utføre i løpet av samme periode.

Da treffes vi alle sammen hjemme hos meg. Vi spiser frokost og holder på hele dagen. Når vi går ut derfra har vi et produkt vi skal jobbe ut fra, de neste 5-6 månedene. Siden vi startet med det, for det handler om at vi har både kortsiktige og langsiktige mål, alle er blitt hørt og har kommet med ideer. Vi kan gjøre mye sammen som avdelinger(Respondent 2).

4.1.3 Operasjonalisering av visjoner, planer og strategier

Respondentene er bekymret for at økonomi går på bekostning av fag, pasientbehandling og forsvarlighet:

Dersom du har stort trykk i en sengeavdeling hvor det er stort overbelegg og lav bemanning er det lettere å gjøre feil. Man kan se at avviksmeldinger handler mye om det, at det som går galt handler om lav bemanning og for mange oppgaver. Dette er ikke lov, men det er sann virkeligheten kan være(Respondent 3).

Ved avdelingen har en flere ganger redusert sengetallet. Bemanningen reduseres tilsvarende antall senger. Pasientene kommer inn allikevel og må legges på gangen. Det sliter på bemanningen:

”Når du da jobber på en spesialavdeling, og du har bare de som tilhører avdelingen å ta av, så er det klart at de etter hvert blir slitne”(Respondent 1).

Mellomledere som i tillegg jobber klinisk, deler også bekymringen for konsekvensene med økende arbeidsbelastning over tid. De kjenner på ansvaret de har, som fagperson og mellomleder:

Det er klart at det å sitte og lede en klinisk virksomhet der du har ansvar for pasientbehandling – en floskel er liv og død - men det er jo faktisk det, og det er klart at når du skal kombinere nedbemanning med økt trykk så kommer det til et

skjæringspunkt hvor du ikke kan ha ansvar. Nå ser jeg at leger har blitt veldig oppmerksomme på det med ansvaret. Ta f. eks et akuttmottak hvor det er dårlig bemanning på natt og hvor risikoen for at det går galt blir stor. Dette kan leder påpeke til overordnet ledelse. Leder har ansvar, men når leder har gitt beskjed ligger ansvaret for å gjøre noe med dette hos overordnet ledelse. Så kan det ta lang tid før det skjer endringer. Hvis det i mellomtiden går galt med pasienter er det likevel den aktuelle lederen som har ansvaret(Respondent 3).

Videre sier han:

Dersom du har stort trykk i en sengeavdeling hvor det er stort overbelegg og lav bemanning er det lettere å gjøre feil. Man kan se at avviksmeldinger handler mye om det, - at det som går galt handler om lav bemanning og for mange oppgaver. Dette er ikke lov, men det er sånn virkeligheten kan være(Respondent 3).

Respondenter forteller om utfordringer rundt akutte utfordringer:

En avdeling som har over 90 % akutte innleggelser. Avdelingene kan da ha flere møter rundt denne situasjonen over 1 år, og direktør kan være med på disse. Direktør kan da lete etter alternative løsninger, f. eks å sende pasienter til en annen avdeling, samarbeid med andre avdelinger, og det er bra med forslag, men i akuttmedisin fungerer det ikke på denne måten(respondent 3).

Respondenten viser til lovverkets krav:

Når det er rett til nødvendig helsehjelp kan vi ikke som sykehus la være å ta inn en pasient. Vi har også kontakt med andre enheter og vurderer også om pasienter kan få tilbud der for å unngå overbelegg. Det er også en utfordring, det tar tid. Vi jobber mye med dette. Vi håper dette blir bedre, og mer forutsigbart. Turnus og bemanningsplan er laget ut fra det antall senger vi skal ha. Bemanningsplanen er marginal. Ved ferie og fravær er det ekstra utfordrende(Respondent 4).

Videre sier han:

”Hvis det blir slik at vi skal ta oss av de aller sykeste (etter samhandlingsreformen)så trenger vi å ha en høyere bemanning”(respondent 4).

Respondenten forteller om utfordringer rundt vakante stillinger:

Jeg har opplevd at det er svært mange ledd man må innom for å få en stilling lyst ut. Dersom stillinger skal stå vakant kan vi spare oss til fant. Det har vært forsøkt tidligere. De må kunne stole på det, når jeg sier at jeg har behov for en person. Det skal godkjennes av øverste ledelse. Det er på en måte greit i en omstillingsprosess. Jeg har opplevd dette som veldig slitsomt. Da har dette ført til at vi har hatt vakante stillinger, det resulterer i slitasje på folk, på personalet, de har selv måttet gå inn og dekke vakter. Alternativt har vi måttet leie inn gjennom byrå(respondent 4).

4.1.4 Rapportering, oppfølging og evaluering

Mange respondenter forteller om budsjett rapportering:

I disse budsjett forhandlingene, hvor en skal skrive mest mulig reelle budsjett. Så vet en jo at en ikke alltid får godkjent alt. Men da vet jeg jo at det også er helt OK og en forklaring på at hvorfor det sprekker. Så akkurat der føler jeg meg også litt trygg. Så er det jo ikke alltid at premissene for budsjettet er der(respondent 2).

Andre sier at overordnede krav til økonomien for deres enhet er absolutt, og at de i budsjettåret må forholde seg til dette.

4.2 Økende administrative oppgaver

Respondentene forteller om store endringer:

Det som jeg synes jeg merket raskt var jo at vi mistet de merkantile stillingene. Altså disse som satt med lønn og personal. De i staben som var helt fantastisk å ha. Det var vi nok uforberedt på, at det ble flyttet og sentralisert. Så da det var gått ett år ble jeg påført mye ekstra arbeid. Da skulle jeg sitte der og gjøre ting som jeg verken hadde utdannelse eller tid til. Plutselig skulle jeg bruke masse tid på for eksempel kvitteringer i et datasystem. Før kunne jeg jo bare kvittere på papir og sende de ned til økonomiavdelingen. Men så kom det jo disse nye datasystemer for dette. Jeg kunne jo ikke noe data, jeg brukte dobbelt så mye tid å kvittere dette på nettet enn å bare bære det ned til økonomiavdelingen. Jeg som lege fikk regnskap og kontroll funksjoner. Det var jeg helt uforberedt på. Det er kanskje er litt forskjellig fordi vi er et lite sykehus(Respondent 10).

En annen forteller

Det krever jo mer folk, det ser jeg, og allerede innenfor ett område ser jeg at 3 personer erstatter det som 1 person gjorde før. En overlege tar seg av pasientdelen/det medisinske ansvaret. Så er det 1 lege som skal være avdelingsleder på heltid for legene. Så er det avdelingssjef som har fått et stort område, og disse avdelingene utgjør bare en del av det denne personen skal gjøre. Det er ikke 3 hele stillinger, men det er 3 personer som skal gjøre dette(respondent 3).

Strukturelle endringer i fører til økt administrasjon, her ved at avdelingen gjøres større ved sammenslåing.

”Avdelingen jeg overtok har jo vokst betraktelig. Fått flere avdelinger, en har ikke blitt spurt, men det er blitt tillagt” (Respondent 2).

Ett av våre tillegsspørsmål var om det mente at enhetlig ledelse hadde ført til en bedre kvalitet på ledelsen, svarte en Respondent slik:

Det syns jeg er vanskelig å si noe om, fordi jeg tror at siden vi ikke har fått tilført ressurser til dette. For ledelse er jo et fag i seg selv. Hvis folk ikke får tilført tid/ressurser til det å være leder, tror jeg at det fort blir et venstrehånds arbeid. Leder man en klinisk avdeling og noen er syke, så er det jo som regel lederen som må steppe inn. Så jeg tror at hvis ikke ledelse blir definert og at det settes av ressurser til det, så blir det med ledelse det siste en gjør, når alt annet er gjort(Respondent 10).

4.3 Redusert handlingsrom

En respondent forteller om en friere tilværelse hvor han får lov og er nødt til å gjøre egne valg for driften av egen avdeling.

”Når det gjelder avdelingsjefer, så har vi hatt mange innom. Noen har vært til stede og noen ikke, så en har måttet lære seg å leve uten en sjef. Vi har vært mye overlatt for oss selv. Årene har gått og en selv har lært seg hva som skal gjøres på avdelingsnivået her”(Respondent 2).

Videre forteller denne respondenten at mye er opp til han selv om hvordan en tar oppgaven som leder:

Jeg har ikke lyst til å si at alt styres ovenfra. Tror at mye handler også om at vi som ledere må være litt mer frampå. Jeg hadde en sjef som jeg ikke hadde så mange møter med. Da måtte jeg gå og si i fra, hvis jeg skulle få noe gjennom. Jeg ble jo ikke nektet å si noe, så det handler jo også om hvor tøff en er til å si i fra og det å kunne formidle sin sak. Ta litt ansvar og initiativ(Respondent 2).

En annen respondent forteller om en totalt annen opplevelse av handlingsrom:

Den største utfordringen, og der hvor jeg synes at nettet nå har snørt seg sammen, mer og mer, er det at jeg ikke er leder, det er sånn detaljstyring fra de som sitter over meg, slik at jeg egentlig bare er en sekretær. Jeg kan gjerne bli invitert med på å skulle være arbeidsgiverrepresentant i drøftingsmøter, men hvis jeg er uenig i hva min overordnede mener om denne saken, må jeg tie stille, fordi at vi skal være enige, og i enighet her menes det at jeg skal være enig i det som blir bestemt ovenfra. Dette kolliderer med min rolle og funksjon som mellomleder i avdelingen, jeg skal også være en faglig leder(respondent 7).

Det fortelles også om at mellomlederen føler ansvar for økonomien, men opplever ikke å ha tillitt:

Hvorfor har man ikke tillit til at mellomlederne klarer å tenke enheten og sykehuset sitt beste i løsninger. Jeg er jo ikke interessert i å drive en enhet som skal komme ut med store overskridelser. Det er ikke i min enhet sin interesse, det er ikke de ansattes interesse, det er ikke pasientenes interesse, det er i ingens interesse. Det er noe med tilliten til mellomlederne(Respondent 8).

En respondent forteller om mål og visjoner:

”Jeg må ta hensyn til vårt fag og det vi skal drive med. Vi må si noe om hva vi er. Er vi et sykehus, er vi et akutt sykehus, skal vi ta oss av en viss mengde pasienter så må vi ha en viss mengde fagpersonell.”(Respondent 4)

Opplevelse av handlingsrom hos en respondent:

”Jeg opplever at man blir mer detaljstyrt enn før, bare det at man ikke skal få lov til å ha litt penger på budsjettet til kurs. Vi har null. Der er det andre som skal avgjørelser for oss, hva er det som viktig og ikke viktig å heve kompetansen på”(respondent 8).

4.4 Strategisk bruk av kommunikasjon

Respondentene forteller om en til dels åpen kommunikasjon. Flere andre hadde en åpenhet i forhold til sine ansatte, men ”skånet” dem som unødvendig ”støy” og tidlige eller premature bestemmelser.

Den informasjonen som kommer fra oven angående, som for eksempel "Rikets tilstand" for å si det enkelt, i en eller annen variant, den skal helt ned til de ansatte på gulvet, og har de ansatte gode ideer, og gode forslag til løsninger, som jo er det beste, så skal den videre opp i systemet, den skal ikke stoppe hos meg. Så en blir mer som en ventil, eller et filter, for ellers så blir det helt feil. De ansatte på gulvet skal jo som alle andre vite hvordan "Rikets tilstand" er(Respondent 1)

En respondent forteller om en fraværende kommunikasjon med sin overordnede leder:

Jeg kan gjerne bli invitert med at jeg skal være arbeidsgiverrepresentant i drøftingsmøter, men hvis jeg er uenig i hva min overordnede mener i saken, så kan jeg ikke si noe. Da må jeg holde munnen lukket, vi skal være enig, og i enigheten ligger det, at jeg må være enig i det som blir bestemt over meg. Det kolliderer litt, for jeg er ikke bare administrator med personell og økonomi. Jeg er også den faglige lederen ved enheten jeg er satt til å lede(Respondent7).

Det er flere som sier noe om opplevelsen av kommunikasjon og medvirkning:

Avdelingsmøtene vi har nå er jo bare rene informasjonsmøter. Det er informasjon om hva som er diskutert og hva som skal skje framover. Før var vi med i de diskusjonene, det er vi ikke lenger. Det går nå via våre avdelingssjefer og som igjen sitter i møte med direktøren. Da fordrer det jo at vi også har regelmessige møter med våre avdelingssjefer. Og det er klart at om en ikke har en avdelingssjef som en møter og diskuterer med, så blir avdelingsmøtene rene informasjonsmøter(Respondent 2).

Respondenten forteller om en bevisst bruk av kommunikasjon:

Så tenker jeg jo også det at hvis det blir galt, så er det jo viktig at en har en dialog med vedkommende leder. Kanskje lederen opplever at en skvises veldig hardt, hvis en presses nedenfra og ovenfra så orker han kanskje ikke å stå i det å være leder. Hvis det blir for stort gap. Men med mitt utgangspunkt er jo at med kontakt og samtale så kan en nå langt også(Respondent 5).

4.5 Nærhet til klinisk arbeid

Noen respondenter mener det er meget viktig å ha en nærhet til faget og det daglige pasientrettede arbeidet:

Første prioriteten vår, når du står som leder så langt ned, så er det forsvarligheten i pasientbehandlingen. Den har bestandig vært en ledestjerne for meg, og den har de aldri greid å rokke.” Økonomi er aldri førstevalg. Først er det hva pasienten trenger, og så, ja man sløser ikke, men likevel så holder man et øye med økonomien, men først og fremst er det kvaliteten, og sikkerheten til pasientene som er i høysetet(Respondent 1).

4.6 Dekobling

Respondentene forteller om liten grad av dekobling. De beskriver en opplevelse av at andre ledernivåer bruker dekobling.

En respondent forteller om utfordringer med innsyn på nivået under:

”De sitter med en del makt med faget. Så har en som regel en avdelingsleder som sitter på samme kompetanse og jobber på avdelingen. Muligheten til å komme ned dit kan være begrenset”(respondent 5).

Noen av respondentene opplever at deres overordnede fungerer som en sperre, og at informasjon stopper opp:

”Jeg tror at det er mye informasjon som ikke går lenger opp i systemet. Det er det helt tydelige signaler på, det kommer frem når øverste ledelse er i direkte kontakt med ledernivå lenger ned i systemet” (Respondent 8).

4.7 Den gyldne middelvei

Dette er den strategien som våre respondenter kjenner seg mest igjen i, Respondent 1 sier følgende:

Som mellomleder står du mellom barken og veden. Du står mellom det personalet du er satt til å lede, og den ledelsen du har over deg. Det er langt fra bestandig at de har sammenfallende syn. Det personalet du er satt til å lede vil ha det de har krav på. Fri rød dager, helger og netter, og dette er noe som ikke går sammen med det å jobbe i helsetjenesten, i en døgnbedrift. Da er det klart at det blir hele tiden en slik balansegang mellom det å gi og ta (Respondent 1).

5 ANALYSE

Hensikten med denne oppgaven var å se på hvilke styringsutfordringer mellomledere i sykehus opplever, og hvilke strategier de har for å håndtere disse. I kapittel 1 definerte vi styringsutfordringer i denne oppgaven til å handle om utfordringer som skapes i et spenningsfelt med målkonflikter, og hvor det reflekteres og tas beslutninger. I et slikt spenningsfelt kan avstanden mellom de ulike mål være stor. I kapittel 4 gikk vi gjennom våre hovedfunn som vi finner relevante for oppgavens tema. Beskrivelser fra informantene i undersøkelsen illustrerer deres opplevelse. I tillegg hva de forteller om hvilke strategier de har, hva de gjør når de opplever styringsutfordringer. Vi vil belyse våre funn beskrevet i kapittel 4, i forhold til det teoretiske rammeverket i oppgavens kapittel 2.

Våre tre hovedfunn på styringsutfordringer:

- Økonomiske styringsutfordringer
- Økende administrative oppgaver
- Redusert handlingsrom

Respondentene fortalte om følgende strategier:

- Strategisk bruk av kommunikasjon
- Nærhet til klinisk arbeid
- Dekobling
- Den gyldne middelvei

Styringsutfordringer i forhold til økonomi gikk igjen hos samtlige respondenter. Utfordringene spenner vidt, fra visjoner til rapportering. Dette er et hovedfunn i undersøkelsen, og vi vier derfor dette funnet mye plass i diskusjonen.

Strategier vil drøftes i sammenheng med de styringsutfordringer respondentene forteller om.

5.1 Økonomi, styringsutfordringer og strategi

Ved all virksomhet er økonomien selve ryggraden. En bedrift som har redusert likviditet har liten handlefrihet. Dette gjelder også offentlig sektor. I kapittel 2 gikk vi gjennom dagens modell for sykehus i Norge, som kom med innføring av helseforetaksreformen i 2002.

Reformen var inspirert av New Public Management(Lian, 2007), heretter også kalt NPM. Med denne reformen skulle det være et økt fokus på økonomi og effektivitet. Sykehusene skulle drives etter bedriftsøkonomiske prinsipper, og ble selvstendige rettssubjekter.

I avsnitt 2.2 gikk vi gjennom endringer i lovverket som kom samtidig som reformen. Blant disse endringene var bestemmelsen om enhetlig ledelse i sykehus(lovdata.no). Endring i oppgaver, ansvar og økt fokus på økonomi samt effektivitet er en stor endring fra den tradisjonelle modellen for styring av sykehus, beskrevet i avsnitt 2.3. I teorien var vi inne på at den ideelle økonomiske styringsprosessen starter med visjoner, mål, strategi(Pettersen et al., 2008 s.139-140). De fleste av våre respondenter sier at de kjenner lite til de overordnede visjonene, målene og strategien for sykehuset. Noen sier om visjoner at dette er noe som skapes langt unna deres virkelighet og at de ikke har noe forhold til dem. De svarer også at de ikke kan gjenkjenne visjoner i sine budsjetter.

Respondent 9 ga uttrykk for at det mangler et system for mottak av det årlige oppdragsdokumentet fra eier, som inneholder mål og satsningsområder. Han tar opp at dette blir presentert hvert år uten å bli videre ”brutt ned” og omgjort til arbeidsmål for avdelingene. Videre snakker han om budsjettet, hvor han beskriver det som en plan samtidig som han sier at det er fristende å legge til 3 % for prisstigning. Han og flere andre respondenter forteller oss at planer og mål henger ikke sammen med budsjettet. Det forklares som to separate ting.

Det er i litteraturen beskrevet flere virkemidler innen New Public Management, hvor noen av disse er:

- Det skal være fokus på resultat
- Målsetting og krav til resultat skal være tydelig

(Lian, 2007 s.126-129)

I figur 2.1 beskrev vi organisasjonskartet til Helse Nord, som samtidig er en oversikt over møteplasser i organisasjonen for informasjonsutveksling. Dette gir mulighet for å ta opp visjoner og mål slik at de kan formidles videre ned i organisasjonen. Sykehusene har en organisering med enhetlige ledere på hvert nivå, og figur 1.1 viser ledernivåene. I tillegg finnes ulike møtearenaer hvor sykehusene kan utveksle informasjon. Dette kan være gjennom møter med overordnet ledelse og henholdsvis avdelingsledere og avdelingssjefer, dette kan også være møter mellom alle tre ledernivåene. Respondentenes svar gjør at vi undrer oss over om disse møtearenaene brukes til å definere ulike mål for sykehusene.

De regionale helseforetakene har et ”sørge for” ansvar for helsetjenester til befolkningen i regionen, og sykehusene har ansvar å operasjonalisere, sette i verk tiltak for å nå visjoner og mål. Helsetjenestene produseres der pasientene er. Mellomledere er ledere av klinisk virksomhet. Det er mellomlederen som da vil stå mellom de manglende mål samtidig som det foreligger klare lovpålagte krav for pasientbehandling.

Fra teorien går det tydelig frem at det skal være en tydelig kobling mellom visjon/plan og budsjett. Det som respondentene forteller om viser at de opplever at det er et klart brudd mellom disse.

Respondentene i undersøkelsen er enhetlige ledere, jfr. bestemmelsen i Spesialisthelsetjenesteloven(lovdata.no). De har et helhetlig ansvar for å planlegge og følge opp driften i enheten de styrer. Dette innebærer at de skal utarbeide forslag til budsjett, og samtidig følge opp driften i løpet av året og sørge for at enheten unngår økonomiske overskridelser.

Budsjettering handler om å forvalte knappe ressurser, ressurser av en begrenset størrelse. Respondentene ga uttrykk for forståelse for dette. Samtidig har de gjennom erfaring og oversikt over enhetene de styrer, kunnskap om at rammen sannsynligvis ikke vil holde. De forteller at de med ”åpne øyne” må gå inn i nye budsjettår, vel vitende om at de sannsynligvis vil måtte overskride den økonomiske rammen. Budsjettene er urealistiske.

De forteller at de deltar i budsjettmøter og argumenterer for enhetens behov. Noen av respondentene tar opp at de savner dialog i budsjettprosessen når den opprinnelige rammen kuttet ned. De opplever å ikke bli tatt med på råd og å ikke bli hørt.

I avsnitt 2.4 var vi inne på hvordan virkemidler fra NPM kan omsettes til handling i sykehus. Det å styre kostnadseffektivt er ett av flere fokus ved NPM. I sykehus inndelt etter funksjoner, vil de ulike avdelingene ha inntekter og utgifter i ulik grad. For noen avdelinger vil det å ha en høy aktivitet generere mere inntekter, og i en slik enhet kan det lønne seg å ansette flere for å utføre helsetjenester. Ved andre enheter kan det derimot være andre refusjonsordninger, som gjør at til flere pasienter som er innom enheten, jo større blir overskridelsene. Respondentene ga uttrykk for frustrasjon når den opprinnelige budsjettammen ble kuttet uten at de ble spurt eller tatt med på råd.

Respondentene opplever en mangel på kommunikasjon på hvorfor budsjettene reduseres. Samtlige respondenter har lang erfaring som helsepersonell og ledere i sykehus. Vi antar at de har kunnskaper om sitt eget fagområde og hvor de kjenner til variabler som kan være viktige å ha kunnskap om i en budsjettprosess. Et budsjett er en plan, og i det ligger at driften for et helt år skal planlegges. Vi opplever at respondentenes styringsutfordring her er at de får ansvar for å drifte enheter hvor de ikke har deltatt gjennom hele planprosessen.

Fra modeller beskrevet for New Public Management(Lian, 2007 s.126-129) går det frem at autonomi hos leder og enheter skal styrkes. Dette står i skarp kontrast til det respondentene sier de opplever.

I undersøkelsen forteller samtlige respondenter om det økende presset i forhold til økonomi. Uten økonomi vil det være vanskelig å ha utstyr for pasientbehandling, kompetanseheving og fagutvikling.

Med handling omsettes visjoner, planer og strategier til praksis, de operasjonaliseres. Respondentene i undersøkelsen beskriver flere økonomiske styringsutfordringer knyttet til drift. Mellomledere er fagpersoner innenfor hvert sitt felt, som i sin jobb også deltar i den kliniske hverdagen sammen med de øvrige ansatte. De jobber i den daglige driften og kjenner arbeidsbelastningen på kroppen og bekymrer seg for konsekvensene med økende arbeidsbelastning over tid. Resurser som er tildelt står ikke i samsvar med behovet, og det går utover personalet. Vi definerer dette som en styringsutfordring.

Det stilles stadig høyere krav til den medisinske behandlingen sykehusene leverer, i takt med ny teknologi og forskning. Dette fører til en økt spesialisering. Det igjen er kostnad og resursskrevende, spesielt for små sykehus uten store pasient volum. Noen av respondentene

forteller at de ved oppstart av budsjettåret sitter med et tomt kursbudsjett for sin enhet. Ved noen sykehus er det midler til kurs og spesialisering samlet i en felles pott. Etter helseforetaksreformen har mellomlederen det faglige ansvaret, og skal videreutvikle de medisinske tjenestene i takt med resten av helse Norge. Det skal være en likhet i behandlingen som tilbys i Helse Nord med resten av landet.

Vi definerer det som en styringsutfordring når det foreligger behov for kompetanseheving samtidig som det ikke settes av midler til å gjennomføre denne. Vi opplever at utfordringen i tillegg handler om et redusert handlingsrom for mellomleder, der han ikke har myndighet til å tildele midler til formålet. Redusert handlingsrom som styringsutfordring omtales i 5.3.

Ett av virkemidlene i New Public Management er at det skal brukes mindre ressurser på å utføre flere oppgaver(Lian, 2007 s.126-129). Flere respondenter forteller om nedbemanning, reduksjon i antall senger uten at pasientstrømmene endres. Selv om de eierstyrte kravene sier at en skal oppnå en reduksjon i antall innleggelser og at en skal ta ned visse typer aktivitet, kommer de samme pasientene inn til sykehusene, som før. Forskjellen er bare at mellomlederne har færre ansatte til å ta hånd om disse pasientene, og må leie inn folk på overtid for å møte behovet. En av respondentene forteller om at en er nødt til å legge budsjettet etter normaldriften.

Vi definerer det som en styringsutfordring når mellomlederen må håndtere et overbelegg eller økt aktivitet i forhold til det personalet han har til rådighet. Mellomlederen har et krav om å gi nødvendig helsehjelp og ivareta forsvarligheten.

I § 4 i Helsepersonelloven og i §2-2 i Spesialisthelsetjenesteloven finner vi bestemmelser om forsvarlighet(lovdata.no), dette er beskrevet i avsnitt 2.2.2. I tilfeller der det er lite personale i forhold til antall pasienter vil en avveining i forhold til forsvarlighet måtte gjøres. Når det er hensynet til økonomi som er årsaken til denne situasjonen, oppstår det målkonflikt i forhold til forsvarlighet.

Respondentene forteller at når økonomien er trang settes ofte stillingene vakante, for å spare penger. Dette avgjøres på et høyere ledernivå. Noen av respondentene forteller om vakante stillinger som de har fått godkjenning for å ansette i, men hvor prosessen med utlysning og ansettelse skal gjennom mange ledd. Stillingene kan bli stående vakante over lengre tid.

Andre respondenter forteller om at stadig endring og utvikling i sykehusorganisasjonen, som medfører at helsepersonell blir deltakere i arbeidsgrupper, eller prosjekter over kortere eller lengre tid. Dette er helsepersonell som går i turnus. I perioder kan flere av de ansatte i en avdeling være med i slike arbeidsgrupper, og dette kan utgjøre en stor stillingsressurs. Styringsutfordringen er å få turnusen til å gå opp med mangel av personell i flere vakter. Innleie av ekstra personell fører til økt forbruk av lønnsmidler. I tillegg vil spesialavdelinger hvor en ikke har annet personell å ta av enn sine egne, slite ekstra mye på disse.

En sykepleier med grunnutdanning kan for eksempel ikke gå inn og gjøre jobben til en anestesisykepleier. Dette handler også om bestemmelsen om forsvarlighet, jfr. Spesialisthelsetjenesteloven og Helsepersonelloven, (lovdata.no)referert i avsnitt 2.2.

Mellomlederne skal gjennom et budsjettår rapportere oppover i linjen hvordan status i økonomien er. Dette gjøres oftest gjennom månedlige økonomirapporter, hvor lederen kommenterer avvik og konsekvenser av avvik. Samtidig skal de foreslå tiltak som regulerer avvik og hvor målet er å ha unngått overskridelser ved årets slutt.

Noen respondenter sier at de skriver økonomirapporter, men at de er usikre på om noen leser rapportene. De oppgir at de ikke får tilbakemelding. Noen ganger kan andre gjøremål bli prioritert foran det å skrive økonomirapporten innen fristen. Flere av respondentene gir uttrykk for at de bare kan registrere hvordan det er fatt med økonomien, og at de ikke kan regulere den underveis i et budsjettår. Manglende opplevelse av å kunne påvirke den økonomiske utviklingen definerer vi som en styringsutfordring.

Alle respondentene sier at de opplever en eller annen form for styringsutfordring rundt dette med økonomi. Under samtalene vi hadde uttalte de fleste at de ikke hadde noe annet valg enn å prioritere pasientens behov foran økonomiske krav. Dette er i seg selv en slags dekobling(se pkt 2.9.3).

Videre fortalte de at de holdt et øye på økonomien, for å unngå merforbruk. Dette kan tyde på at de har en delvis kobling til økonomiske krav.

I avsnitt 2.9.5 gikk vi gjennom viktigheten av ferdigheter i kommunikasjon for samhandling. Dette ble knyttet opp mot sykehuset som en kompleks organisasjon. Kommunikasjon kan brukes til å påvirke og til erfaringsoverføring(Johannessen og Olsen, 2008). Noen

respondenter brukte kommunikasjon strategisk i ulike faser av økonomistyring. De hadde stor bevissthet på å bruke kommunikasjon for å påvirke og samhandle med neste ledernivå. I tillegg brukte de kommunikasjon strategisk for planlegging på lengre sikt på tvers av funksjoner, som omtalt i 4.1.4. En respondent fortalte om møter mellom ham og andre mellomledere, hvor de la planer for et halvt år om gangen. Siden det var umulig å få gjort dette på jobb, ble løsningen en arbeidsfrokost hjemme hos respondenten. Vi tenker at det er vanskelig å ikke samhandle med noen som en er hjemme hos og spiser frokost med.

Vi var tidligere inne på at underveis i budsjettprosessen opplevde noen respondenter at dialogen opphørte brått, og at planer ble ferdigstilt uten av de hadde vært med på siste fase. Her uttrykte respondentene en opplevelse av å ikke bli spurt eller hørt. Kommunikasjon som strategi for samhandling kunne kanskje vært et nyttig verktøy i slike sammenhenger. Å ta initiativ til en dialog er en ferdighet, og muligheten for å gjøre dette ligger både hos mellomleder og overordnet leder.

Respondentene sier at de må prioritere pasientene foran økonomikrav. Vi tenker at de bruker etisk refleksjon slik som beskrevet i pkt 2.9.1. Helsepersonell skal følge lovkrav om forsvarlighet. Dette er også faglige normer som følger av deres utdanning. Samtidig skal en leder også forholde seg til krav om økonomisk balanse. Begge alternativ er ”riktige” og de kan komme i konflikt med hverandre. Flere respondenter fortalte at de måtte bryte hensynet til økonomi og sette pasienten først. De opplevde dette som vanskelig, men nødvendig og riktig.

5.2 Administrasjon, styringsutfordringer og strategi

I avsnittene 2.1 om foretaksmodellen, 2.2 om lovverk og 2.4 om New Public Management er det beskrevet endringer, bestemmelser og påvirkninger på lederrollen i sykehus.

Mellomledere i dagens sykehus er enhetlige ledere med ansvar for fag, personal og økonomi. På spørsmålet om styringsutfordringer oppgir respondentene utfordringer som vi med en fellesbetegnelse har valgt å kalle administrasjon og styringsutfordringer.

Respondentene forteller om en arbeidshverdag som har endret seg. Fra de satt og skrev turnusplaner for hånd, hvor de nå legger inn data i avanserte turnussystemer. Det er flere oppgaver som er pålagt dem som staben i hovedadministrasjonen før tok hånd om, som oppfølging av langtidssykemeldte, lønnskjøring, betaling av regninger osv. Disse oppgavene tar tid å gjennomføre for mellomlederen.

Som tidligere nevnt, er ett av virkemidlene som er beskrevet i New Public Management at det skal brukes mindre ressurser på å utføre flere oppgaver (Lian, 2007 s.126-129). Vi opplever at dette samsvarer med beskrivelsen av at mellomlederen nå har mange flere administrative oppgaver å ivareta enn før helseforetaksreformen. En økning i bruk av elektroniske systemer kan kanskje bidra til at man bruker mindre ressurser på å utføre oppgaver på sikt.

De nye oppgavene krever en annen kompetanse, i tillegg til den helsefaglige utdanningen. Noen respondenter har lederutdanning, andre har det ikke. Samtlige har vært i lederstilling over tid, og har erfaringskompetanse på de andre områdene som kommer i tillegg til helsefag.

Styringsutfordringen i forhold til administrasjon er sammensatt. De fleste av respondentene jobber klinisk innenfor sin enhet. I løpet av arbeidsdagen skal de ha tid til å gjennomføre de kliniske oppgavene. Lederrollen gjør at de må være fleksible og kunne skifte fokus i løpet av arbeidsdagen. Med stadig økende krav til aktivitet blir gjerne de administrative oppgavene utsatt til slutt, slik respondent 10 forteller om.

I samspillet mellom mellomledere, ansatte og overordnede er kommunikasjon et viktig verktøy, slik det er beskrevet i punkt 2.9.5. Blant respondentene fant vi at noen var mer bevisst dette enn andre, og brukte kommunikasjon strategisk for å oppnå samhandling. Den

nye lederrollen, hvor mellomlederen skal være enhetlig leder og ha ansvar for alle deler av virksomheten på sitt nivå, kan sette store krav til ferdigheter i kommunikasjon og samhandling. Respondenter fortalte også om hvordan de brukte kommunikasjon strategisk for å samhandle på tvers av funksjoner, som tidligere beskrevet i dette avsnittet.

De fleste respondentene jobber klinisk og sammen med sine ansatte. Vi opplever at de bruker dette som en strategi for å ha overblikk over oppgavene, og ha autoritet hos sine ansatte. Dette kan samsvare med en oppfatning av autoritet til å være knyttet til faglig ekspertise, avsnitt 2.6. Når respondenten er tett på der det skjer får han informasjon direkte og kjenner utfordringene for enheten på kroppen. Han kan identifisere seg med de dilemma de ansatte står i, og kan veilede raskere når faglige situasjoner oppstår. Respondenten som står i det daglige kliniske arbeidet blir en rollemodell for de han er satt til å lede og kan lettere gjøre endringer og lede sine ansatte. Vi opplever at de kanskje ikke er så bevisste at dette er en strategi i forhold til administrative utfordringer i lederrollen.

5.3 Handlingsrom, styringsutfordringer og strategi

Det er flere virkemidler i New Public Management (Lian, 2007, s.126-129). Ett av disse er at lederkompetansen skal være profesjonell, og lederen skal ha makt og innflytelse på styring av egen enhet, og være direkte ansvarlig for resultatet.

I undersøkelsen fant vi at opplevelse av redusert handlingsrom sammenlignet med tidligere er blant styringsutfordringer til respondentene. Noen har større utfordringer enn andre, noe som gir utslag i ulik opplevelse av hvor stort handlingsrommet er. Med handlingsrom mener vi her den tillit og frihet mellomlederen har til å utøve sin rolle som leder. I form av å kunne ta egne valg, styre avdelingen på en måte som mellomlederen mener er best, ut fra hans egne faglige vurderinger og erfaring (Espedal og Kvitastein, 2012). Vi har i avsnitt 2.3 beskrevet tillit som en grunnleggende forutsetning for den tradisjonelle modellen for styring i sykehus. Tilliten til at fagkompetansen og til at fagpersonell skulle treffe gode beslutninger var stor. Utfordringen respondenter tar opp her, står i kontrast til dette.

Flere av respondentene forteller om et stort økonomisk press, som de mener går ut over personalet og den pasientbehandlingen de er satt til å utføre. Noen av respondentene forteller

at de føler seg umyndiggjort, noen sier at de er nærmest vingeklippet og at de bare må utføre det som er bestemt av rammene og på andre nivå. Dette beskrives som en endring som har kommet etter helseforetaksreformen og hvor denne utfordringen øker for hvert år.

Noen respondenter opplever en manglende tillitt til at de kan styre avdelingen på en god og økonomisk måte. Respondentene påpeker selv at ingen mellomleder har et ønske om å drive en avdeling med røde tall.

Vi opplever at det er vanskelig å få øye på strategier for håndtering hos respondenter som forteller om redusert handlingsrom. Inntrykket vi fikk var en slags avmakt og handlingslammelse hos disse respondentene. Dette gjelder i forhold til overordnede krav og forventninger. De fortalte samtidig om at enheten de ledet fungerte godt og om trivsel hos arbeidstakerne. Dette kan tyde på at disse respondentene bruker dekobling som strategi, se pkt 2.9.3. Kan dette være en nødvendig strategi for å overleve i spenningsfeltet? Vi tenker at kommunikasjon og samhandling kunne ha vært sentrale strategier når det gjelder denne styringsutfordringen. Kommunikasjon kan brukes til å påvirke (Johannessen og Olsen, 2008).

5.4 Oppsummering styringsutfordringer og strategier

I undersøkelsen har vi gjort funn av styringsutfordringer hos respondentene. Vårt hovedfunn var et økende fokus på økonomi og det å komme i balanse. De har alle sine faglige krav til å videreutvikle det faglige tilbudet som gis til pasienten, slik at tilbudet er mest mulig likt tilbudet i resten av landet. Fagkompetansen er sykehusenes viktigste resurs og det koster å videreutvikle den og holde den oppdatert. Samtidig opplever mange respondenter i undersøkelsen at tilbudet skal reduseres, enten i form av antall senger eller i form av aktivitet. Bemanningen reduseres uten at pasienttilgangen endres.

Det beskrives større arbeidsbelastning i forhold til økte administrative oppgaver.

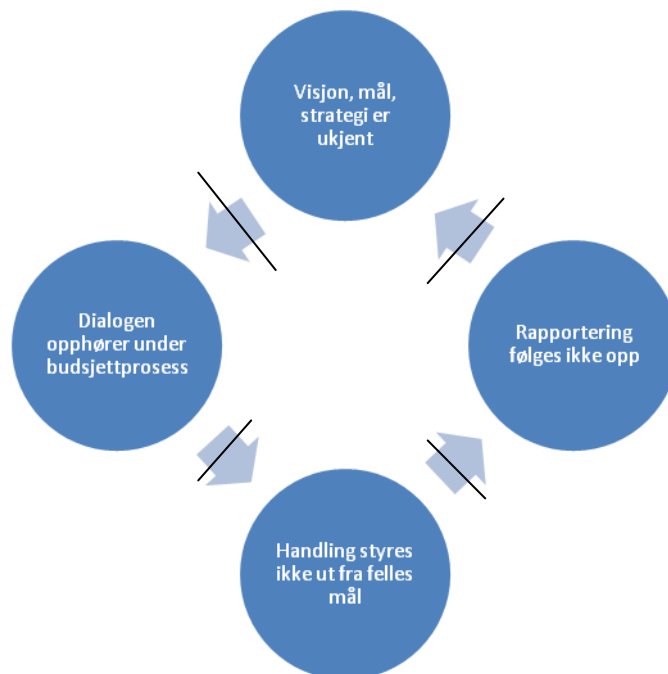
Utfordringene oppleves store og uhåndterlige når krav og mål spriker. De har ansvar for driften for sin enhet og de er med å legge budsjettet, hvor de opplever at budsjettet i ettertid blir tatt ned, eller at de ikke blir spurt eller hørt på sine faglige vurderinger og sine erfaringer.

Respondentene forteller om at avdelingen med stor sannsynlighet kommer med budsjettoverskridelser. De kan argumentere ut fra sine erfaringer og fagbakgrunn at

aktiviteten vil være større og på grunn av en reduksjon av sengetall, vil det føre til økt ressursbruk i forhold til økt innleie. Enkelte spesialavdelinger har også store utfordringer for å få tak i den spesielle kompetansen som trengs og risikerer å slite ut sin egen grunnbemanning. Ut fra sin fagbakgrunn og kravet om å gi nødvendig helsehjelp kan de med stor sikkerhet si noe om aktiviteten som kommer.

Funnene våre peker på at respondentene opplever at det ikke er kobling mellom visjoner og mål til budsjettet. Samtidig opplever ikke respondentene at budsjettet er en plan som de kan styre etter. Budsjettet er ofte urealistisk og blir kanskje heller en plan over hvordan en skal forklare avvikene sine. De økonomiske tilbakemeldingene som mellomlederen rapporterer månedlig oppleves heller ikke som noe en kan styre etter. De forteller om manglende tilbakemelding og dialog om avvik. Vi får inntrykk av at de beskriver rapportering for rapporteringens skyld, og ikke for å kunne følge opp med tiltak.

I pkt. 2.5.1 illustrerte vi en modell som viser brudd i den økonomiske styringsprosessen (Pettersen et al, 2008). Noen av de utfordringene respondentene har tatt opp kan illustreres slik:



Figur 2.3 Brudd i den ideelle økonomiske styringsprosessen, etter figur 2.2 (Pettersen et al., 2008, figur 8.1, s. 140)

Vi tenker at det kan være ulike grader av brudd i en slik styringsprosess, og at det kan foreligge noen koblinger mellom de ulike delene. Mål og strategier finnes på ulike nivå, og respondentene forteller at de er med på oppstart av budsjettprosessen. Samtlige respondenter er tydelige på at det er lite kobling mellom de ulike delene, og at dette skaper styringsutfordringer for dem.

Våre funn kan tyde på at respondentene styrer i stor grad etter sin fagbakgrunn. Vi får et inntrykk av at det er erfaringen og fagbakgrunnen som er det viktigste. Målene som respondentene og avdelingene da arbeider etter, er mål som er gitt ut fra deres profesjonelle normstyring, som kommer fra deres fagutdanning, erfaring og spesialisering.

Noen respondenter forteller også at de opplever tillitt hos sin leder. De forteller om en kommunikasjon med sin leder, hvor de opplever å bli hørt og problemer blir tatt på alvor, selv om problemene de har ikke lar seg løse. Flere respondenter fortalte om hvordan de kommuniserte med ledere under eller over seg. Der hvor kommunikasjonen beskrives som god, virker det som om respondenten opplever et større handlingsrom.

5.5 Styringsklemma

I avsnitt 2.6 gikk vi gjennom en beskrivelse av styringsklemma av Grund(2006). Han forklarer at sykehusenes beslutningsarena blir påvirket av fire forskjellige faktorer:

- De eksterne krefter. *Disse består av sykdomsutvikling, den teknologiske utviklingen og den demografiske utviklingen.*
- De interne krefter. *Det er kunnskapsutviklingen, spesialiseringen og sykehusets sjel.*
- *De viktigste eierstyrte spillereglene er budsjetter, finansierungsordninger og tilknytningsformer.*
- *De interne spillereglene er sykehusenes strategiske og ledelsesmessige kompetanse.*

Grund(2006)tar opp at det blir ledere ved sykehusene som står i denne ”klemma”. Ledere har ansvar for å tolke og oversette de eksterne kreftene og de eierstyrte spillereglene samtidig som de må få til gode interne prosesser ved å erkjenne de interne kreftene som former sykehuset nedenfra(Grund, 2006). Samtidig skal kvaliteten på helsetjenesten som leveres være god. I

dette ligger at den faglige kunnskapen må oppdateres, holdes ved like og utvikles. Dette samsvarer med det som omtales som de interne krefter(Grund, 2006). I undersøkelsen fant vi at respondentene opplever styringsutfordringer når kursbudsjettet er tomt og behovet for faglig oppdatering samtidig er til stede.

I avsnitt 2.3 tok vi et historisk tilbakeblikk på styring av sykehus. Den tradisjonelle styringen i sykehus var todelt ledelse, vanligvis fordelt mellom lege og sykepleier. Tillit til fagpersonellens beslutninger sto sentralt. Kanskje kan man si at noe av sykehusets sjel har røtter i denne historien. Sykehusets sjel inngår også som en del av det som omtales som interne krefter(Grund, 2006). Helsepersonell som har lang erfaring fra å jobbe i sykehus, vil i ulik grad identifisere seg med sykehusets sjel. Respondentene har tatt opp at de opplever store endringer i lederrollen etter helseforetaksreformen. En av disse var opplevelse av redusert handlingsrom. Vi tenker at det å erkjenne de interne kreftene som former sykehuset nedenfra, også kan handle om å bevisstgjøre og erkjenne sin egen faglige identitet og ståsted både som helsepersonell og i lederrollen.

Eierstyrte krav formidles blant annet gjennom det årlige oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket til sykehusene. De økonomiske rammene for året skal holdes og samtidig skal det styres mot å oppnå målkrav til aktivitet og produksjon av helsetjenester. Disse samsvarer med de eierstyrte spillereglene som omtales av Grund(2006)som en del av styringsklemma som ledere i sykehus kan oppleve. I avsnitt 2.6 om styringsformer, var vi inne på at det finnes ulike styringsformer. Dersom mellomlederen i sykehus skal styre mot mål stiller vi spørsmål ved om det er en felles forståelse for aksepterte mål i sykehuset, jfr. betingelser for målstyring beskrevet i 2.6(Pettersen et al., 2008, s. 127).

Vi har inntrykk av at respondentene opplever at det har vært lite dialog mellom ledernivå om felles mål, og vi antar derfor at det er uklart for aktørene om det eksisterer en felles forståelse for aksepterte mål. Spørsmålet er om det da planlegges ut fra profesjon og fag jfr. antagelsen om at det foreligger en høy grad av kulturell styring i helsesektoren(Pettersen et al., 2008, s. 127).

5.6 Navigasjonshjulet

I punkt 2.9.2 omtalte vi navigasjonshjulet som et verktøy for refleksjon ved vanskelige beslutninger(Kvalnes, 2013, s. 72)



Figur 2.4 Navigasjonshjulet(Kvalnes, 2013, figur 3.1, s. 72)

Respondentene har fortalt om styringsutfordringer hvor de ikke alltid har strategier eller hvor de kanskje ikke er så bevisst hvilke strategier de bruker. Vi tenker at navigasjonshjulet kan brukes ved utfordringer som respondentene har nevnt, for eksempel det å ha en lav bemanning beregnet på et lavere sengetall enn det røelle.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi diskutert hvilke styringsutfordringer mellomledere i sykehus opplever og hvilke strategier de har for å håndtere disse. Vi startet oppgaven med en antagelse om at mellomledernivået i sykehus kan være i et spenningsfelt hvor opplevde målkonflikter er mange. Informasjon ble innhentet ved litteratursøk og ved en undersøkelse blant målgruppen.

Vi hadde tre hovedfunn på styringsutfordringer:

- Økonomiske styringsutfordringer
- Økende administrative oppgaver
- Redusert handlingsrom

Styringsutfordringer i forhold til økonomi gikk igjen hos samtlige respondenter.

Utfordringene ble beskrevet å handle om alle deler av den økonomiske styringsprosessen.

Beskrivelsen samsvarer med en modell der det er brudd eller delvis brudd i koblinger mellom de ulike delene av prosessen.

Administrative styringsutfordringer handlet om en endret lederrolle med mange oppgaver, og hvor lite tid gjorde det nødvendig å prioritere.

Redusert handlingsrom handlet om en opplevelse av at rammer og styring ovenfra satte store begrensninger for hva som var mulig å ha makt og innflytelse over selv.

Respondentene fortalte om følgende strategier:

- Strategisk bruk av kommunikasjon
- Nærhet til klinisk arbeid
- Dekobling
- Den gyldne middelvei

Strategiene kunne brukes i forhold til flere styringsutfordringer. Ikke alle var bevisst de strategiene de brukte. Strategisk bruk av kommunikasjon fremstår for oss som en viktig strategi og den ble koblet til samhandling.

Vi fant ikke at respondentene brukte dekobling ved økte administrative styringsutfordringer og ikke den gyldne middelvei ved økonomiske styringsutfordringer.

For oss som mellomledere i sykehus har oppgaven vært nyttig. Vi har hentet inn mye informasjon om styringsutfordringer og strategier som kan bidra til å gi oss nye perspektiver på eget arbeid.

I en videre forskning kunne det vært interessant å studere nærmere hvordan den økonomiske styringsprosessen skjer i sykehus. Det kunne også ha vært interessant å studere kommunikasjon med fokus på samhandling på tvers av enheter i sykehus.

Litteraturliste

Berg, Eli. "På Helsa løs" Økonomifokuset i norske sykehus.

Emilia Press 2012, ISBN: 978-82-7419-138-9

Christensen, Tom. Egeberg, Morten. Larsen, Helge O. Lægreid, Per. Roness, Paul G.

Forvaltning og politikk. Universitetsforlaget 2002. ISBN: 82-15-00108-4 24

Christensen, Tom. Lægreid, Per. Roness, Paul G. Røvik, Kjell Arne. Organisasjonsteori for offentlig sektor. Universitetsforlaget 2004. ISBN: 82-15-00404-0

Grund, Jan. Sykehusledelse og helsepolitikk, "Dilemmaenes tyranni"

Universitetsforlaget 2006, ISBN: 978-82-00947-6

Jacobsen, Dag Ingvar. Thorsvik, Jan. Hvordan organisasjoner fungerer.

Fagbokforlaget. 3.utg.2007. ISBN: 978-82-450-0517-2

Jacobsen, Dag Ingvar. Hvordan gjennomføre undersøkelser?

Innføring i samfunnsvitenskaplig metode.

Høyskoleforlaget, 2 utgave, 4 opplag 2012. ISBN: 978-82-7634-663-3

Johannesen, Asbjørn. Kristoffersen, Line. Tufte, Per Arne. Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag. Abstrakt forlag.2.utg 2009. ISBN: 82-7935-211-2.

Johannessen, Jon- Arild og Olsen, Bjørn. Positivt lederskap, jakten på de positive kreftene

Fagbokforlaget, 2 opplag 2010. ISBN: 978-82-450-0701-5

Johansen, Monica Skjöld. "Penga eller livet?"

Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet

Rokkansentret, Notat 16- 2005. ISSN: 1503-0946

Kvalnes, Øyvind. (2013, 2.utgave, 3.opplag). Universitetsforlaget. ISBN: 978-82-15-01356-

Lian, Olaug S. Når helse blir en vare.

Høyskoleforlaget. 2.utg 2007. ISBN: 978-82-7634-751-7.

Pettersen, Inger Johanne Magnussen, Jon. Nyland, Kari. Bjørnenak, Trond. Økonomi og helse. Perspektiver på styring.

Cappelen Akademisk Forlag.2.utgave 2008. ISBN: 978-82-02-26332-4

Roos & Roos, Krogh. Strategi - en innføring. Fagbokforlaget 5.utgave 2010.

ISBN:978-82-450-0974-3

Artikler:

Espedal, Bjarne & Kvitastein, Olav A.(2012) Rom for læring: betydningen av handlingsrom for ledelse. *MAGMA*(internett) 2012. (8/12), s. 30-38. Tilgjengelig fra:

<http://www.magma.no/rom-for-laring-betydningen-av-handlingsrom-for-ledelse>(10.12.13)

Sterri, Aksel Braanen & Fivelsdal, Egil. (2013, 16. august). Byråkrati. I Store norske leksikon. Hentet 1. oktober 2013 fra <http://snl.no/byr%C3%A5krati>.

Lines R., (2007, 27. juni). Klokt lederskap = Verdibasert lederskap. NHH Paraplyen. Hentet 1. oktober 2013 fra http://paraplyen.nhh.no/paraplyen/akiv/2007/juni/klokt_lede

Offentlige dokumenter og lovverk

1997 Pasienten først! NOU 1997:2

Link til Helse- og Omsorgsdepartementet, NOU 1997:2

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2/2.html?id=140691>

Link til Helse- og Omsorgsdepartementet, om sykehus

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus.html?id=10935>

Link til Helse- og Omsorgsdepartementet, om regionale helseforetak

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene.html?id=528110>

Link til Helse Nord, om organisering

<http://www.helse-nord.no/organisering/category19904.html>

Link til lovdata.no

<http://lovdata.no/register/lover?ministry=HD>

Link til Helse- og Omsorgsdepartementet, om oppdragsdokument

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/styringsdokumenter/oppdragsdokument.html?id=535564>

Figurer

- 1.1 Nivå for ledelse i sykehus
- 2.1 Organisasjonskart Helse Nord(helse-nord.no)
- 2.2 Den ideelle økonomiske styringsprosessen
- 2.3 Brudd i den ideelle økonomiske styringsprosessen
- 2.4 Styringsformer
- 2.5 Navigasjonshjulet
- 2.6 Samhandlingskompetanse

Tabeller

- 1 Våre respondenter

Vedlegg 1

Sykehus i Helse Nord
v/foretaksdirektør

Sandnessjøen, 13.07.13

Forespørsel om tillatelse for undersøkelse ved bruk av intervju

I forbindelse med vår masterstudie i MBA-Helgeland (Master of Business Administration) søker vi om å kunne få gjennomføre en undersøkelse i form av intervjuer. Formålet med undersøkelsen er å kartlegge faktorer fra ledelsesteori som kan bidra til å fremme/hemme styring av sykehus.

Vi vil benytte intervjuguide med tema og oppfølgingsspørsmål. Temaene vil omhandle målstyring, kostnadseffektivitet, benyttelse av kvalitetsindikatorer og profesjonalisert ledelse.

Som informanter til denne undersøkelsen ønsker vi å spørre et begrenset utvalg av mellomledere og ansatte i sykehuset. Vi ønsker å bruke informanter fra enheter hvor vi selv ikke arbeider. Informantene vil være anonyme og funn fra undersøkelsen skal ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner. Vi tenker i utgangspunktet å publisere masteroppgaven etter at den er ferdig og godkjent. Vi vil følge prinsipper og retningslinjer som gjelder for god forskningsetikk. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Hver informant vil gjøres kjent med at deltakelse i denne undersøkelsen er frivillig.

Studien er veiledet fra Universitetet i Nordland og ved førsteamanuensis Kari Nyland ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, HiST.

Dersom det er noen spørsmål om undersøkelsen kan vi kontaktes på:

kristin.nordoy@helgelandssykehuset.no

anna.elisabeth.oyen@helgelandssykehuset.no

Med vennlig hilsen

Kristin Eide Nordøy
Sign.

Anna Elisabeth Øyen
Sign.

Vedlegg 2

Til Informant

I forbindelse med vår Masteroppgave, ønsker vi å intervju deg.

I forbindelse med vår masterstudie i MBA-Helgeland (Master of Business Administration) ønsker vi å gjennomføre en undersøkelse i form av intervjuer. Formålet med undersøkelsen er å kartlegge om du som mellomleder opplever et slags ”spenningsfelt” mellom de pålagte kravene fra ledelsen/eier og det å ivareta pasienten faglig.

Vi er interessert i å høre hvilke utfordringer du som mellomleder møter. Gjerne med eksempler. Vi vil vite hvordan du tar dine valg hvis det oppstår situasjoner hvor pålagte krav og hensyn til pasient peker i hver sin retning. Intervjuet vil være som en samtale hvor vi stiller oppfølgingsspørsmål. Men i hovedsak er vi interessert i hvordan du har eller har hatt det som mellomleder.

Intervjuet vil ta i underkant av en time og vi håper du kan stille opp.

Vi ønsker å spørre et begrenset utvalg av mellomledere og ansatte i sykehuset. Vi ønsker å bruke informanter fra enheter hvor vi selv ikke arbeider. Informantene vil være anonyme og funn fra undersøkelsen skal ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner. Vi tenker i utgangspunktet å publisere masteroppgaven etter at den er ferdig og godkjent. Vi vil følge prinsipper og retningslinjer som gjelder for god forskningsetikk. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Hver informant vil gjøres kjent med at deltakelse i denne undersøkelsen er frivillig. Vi har også innhentet tillatelse fra foretaksdirektør.

Studien er veiledet fra Universitetet i Nordland og ved førsteamanuensis Kari Nyland Høyskolen i Sør-Trøndelag, HiST.

Vi håper du er positiv og stiller opp til intervju. Ved spørsmål kan vi kontaktes:

kristin.nordoy@helgelandssykehuset.no eller: anna.elisabeth.oyen@helgelandssykehuset.no

Med vennlig hilsen

Kristin Eide Nordøy og Anna Elisabeth Øyen

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE

Bakgrunn, utdanning, stilling

Antall år som leder:

Problemstilling:

Hvilke styringsutfordringer opplever mellomledere i sykehus, og hvilke strategier har de for å håndtere disse?

Styringsutfordringer: (Vi går gjennom hva vi mener med styring og styringsutfordringer)

Hvilke styringsutfordringer opplever du at du har?

Beskriv nærmere hva som er vanskelig med disse

Hva slags informasjon og krav formidler du til dine ansatte?

Formidler du informasjon fra avdelingen/ de ansatte og opp i systemet?

Hender det at du velger å se bort fra overordnede krav?

Hvordan er den overordnede visjonen fra det regionale foretaket formidlet ned i systemet?

Hvordan er det å være mellomleder og sette disse visjonene ut i livet?

Strategi: stikkord: Melder seg ut – blir en sperre – finner kompromisser/balanserer - gylden middelvei

Når du skal ta beslutninger, hva vektlegger du?

Har du en bevisst strategi du bruker?

Hvordan veier du økonomi, forsvarlighet, hensynet til personell etc. opp mot hverandre?

Opplever du at det er konflikter mellom det du skal ta hensyn til og at det ene utelukker det andre?

Kommer krav til effektivitet i konflikt med forsvarlighet? - Gi eksempel

Hva bygger du dine beslutninger på? Erfaring/kunnskap, mål for virksomheten, økonomi/resultatkrav?

Hvordan opplever du at kommunikasjonen og samhandlingen er mellom ledere og ansatte i din avdeling/ditt område? - mellom din avdeling/ditt område og andre avdelinger/andre områder?