

MASTEROPPGAVE

Økonomistyring i sykehussektoren - Profesjonsbetinget praksis?

Utarbeidet av:
Elisabeth Engh

Fag:
Mastergraden i organisasjon og ledelse

Avdeling:
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag 2011



Forord

Dette masterprosjektet har vært en krevende, men svært lærerik prosess for meg. Oppgaven har tatt mye tid, men den har også gitt meg utfordringer og lærdom som jeg vil ta med meg videre.

Det er flere jeg ønsker å takke for dette. For det første vil jeg takke mine informanter, for uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til. Dere stilte opp i en travel arbeidshverdag og ga meg mye verdifull informasjon. En stor takk til min veileder Egil Skorstad for din tålmodighet. Du ga konstruktive, gjennomtenkte og forståelige tilbakemeldinger. Takk også til Arve Negaard, som var min veileder tidlig i prosessen, det var du som ga meg troen på at dette prosjektet kanskje kunne bli noe av. Takk til arbeidsgiver som ved å gi meg studiepermisjon har gjort det mulig for meg å gjennomføre studiet og skrive denne avhandlingen. Takk til medstudent og kollega Unn-Christin Lande for positivt samarbeid gjennom fire år på høgskolen – sammen har vi blitt sterkere.

Takk også til familien min Magnus, Lene, Andreas og Per Einar som har holdt ut med meg og prosjektet mitt i denne tiden. Dere har vært forståelsesfulle og oppmuntrende underveis. En spesiell takk til Magnus og Lene for gode innspill, og til Magnus for at du har tatt deg tid til å lese gjennom hele oppgaven og lese korrektur.

Sarpsborg, april 2011

Elisabeth Engh

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Innholdsfortegnelse	iii
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av forskningstema	1
1.2 Avhandlingens disposisjon.....	2
2.0 TEMAOMRÅDE, FORSKNINGSSPØRSMÅL, AVGRENSNINGER OG SENTRALE BEGREPER.....	4
2.1 Temaområde.....	4
2.2 Presentasjon av forskningsspørsmål	6
2.3 Avgrensninger	7
2.4 Sentrale begreper i forskningsspørsmålet.....	8
2.4.1 Spesialisthelsetjeneste / offentlige sykehus	8
2.4.2 Førstelinjefeleder / seksjonsleder	9
2.4.3 Økonomistyring	10
2.4.4 Medisinsk koding, innsatsstyrt finansiering og diagnoserelaterte grupper	11
2.4.5 Profesjoner	12
3.0 TEORETISK TILNÆRMING	14
3.1 Endring og reaksjon på endring	14
3.2 Alternative organisasjonsformer	17
3.2.1 New Public Management.....	17
3.2.2 Utviklingen av industri og arbeidsvilkår	24
3.2.3 Fra håndverksproduksjon til masseproduksjon.....	25
3.2.4 Lean production og toyotisme.....	27
3.3 Om uformell organisasjon og masseproduksjonens kriser.....	29
3.3.1 Motstand og ulydighet.....	33
3.4 Ulike forskningsperspektiver på profesjoner.....	34
3.4.1 Nytt syn på profesjoner.....	35
3.4.2 Profesjonelle i organisasjoner	36
3.4.3 Profesjonelle og byråkrater	38
3.5 Lundquists teori om "vårt offentlige etos"	39
3.6 Ny-institusjonell teori	43
3.7 Presentasjon av annen forskning	44

3.7.1	Enhetlig ledelse.....	45
3.7.2	Ledelse i relasjon til helseforetaksreformen	46
3.7.3	Offentlig sektor i endring	47
4.0	DESIGN OG METODE.....	48
4.1	Forskningsdesign.....	48
4.2	Metodiske valg.....	50
4.2.1	Utvelgelse av respondenter og informanter	52
4.2.2	Forskningstillatelse	52
4.2.3	Utfordringer og fordeler ved å forske i egen organisasjon	53
4.2.4	Populasjon og utvelgelse.....	54
4.3	Innsamling av data	55
4.3.1	Innsamling av sekundærdata	55
4.3.2	Utforming av intervjuguider.....	57
4.3.3	Informert frivillig samtykke og anonymitet.....	58
4.3.4	Plan for intervjuprosessen	58
4.3.5	Gjennomføring av intervjuene	59
4.3.6	Transkribering av data	60
4.4	Forberedelse til analysen.....	60
4.4.1	Kategorisering.....	61
5.0	BESKRIVELSE OG ANALYSE	62
5.1	Empirisk materiale	62
5.2	Strukturelle særtrekk i endring.....	63
5.2.1	Ledelse og organisering i Sykehuset Østfold.....	63
5.2.1.1	Seksjonslederstillingen - krav og funksjonsområder	63
5.2.1.2	Kvalifiseringsprogram.....	65
5.2.1.3	Organisering i sykehuset Østfold.....	66
5.2.2	Innsatsstyrt finansiering og diagnoserelaterte grupper	68
5.2.3	Bruk av diagnoserelaterte grupper i Sykehuset Østfold	73
5.2.4	Medisinsk koding i Sykehuset Østfold – registrering og oppfølging.....	74
5.3	Ansattes oppfatninger og operativ praksis.....	76
5.3.1	Systemets logikk	76
5.3.1.1	Motstand og ulydighet i studien	77
5.4.1	Holdninger til systemet og mulige forklaringer	78
5.4.1.1	Kunnskap om systemet	78

5.4.1.2	Oppfatning om systemet.....	81
5.4.1.3	Oppfatning om hva som er viktig	84
5.4.1.4	Faglig autoritet versus formell autoritet	90
5.4.1.5	Plan- og budsjettarbeid.....	92
5.4.1.6	Oversikt over økonomi og styringsinformasjon	94
5.4.1.7	Styringsutfordringer	97
5.4.1.8	Forutsetninger for økonomistyring	99
5.4.1.9	Uttrykte holdninger og utfordringer ved økonomistyring	100
5.4.1.10	Ledernes arbeidsvilkår	104
6.0	AVSLUTTENDE DISKUSJON OG KONKLUSJON.....	109
6.1	Oppsummering og avsluttende diskusjon	109
6.2	Konklusjon	114
6.3	Videre forskning.....	115
	LITTERATURHENVISNINGER OG VEDLEGG.....	116

1.0 INNLEDNING

Siden 1990-årene er det i norsk helsevesen innført en rekke reformtiltak som har hatt som formål å bedre effektivitet, ressursutnyttelse og brukervennlighet i sektoren. Reformene har vært innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) og diagnoserelaterte grupper (DRG) i 1997, pasientrettighetsloven i 1999, enhetlig ledelse i 2000, fritt sykehusvalg i 2001 og statlig eierskap og foretaksorganisering i 2002. Utviklingen har bakgrunn i en dreining i økonomisk politikk og i en debatt om velferdsstaten, som startet etter økonomiske nedgangstider på slutten av 1970-tallet. Dette førte til nye prinsipper for organisering av offentlig sektor etter modeller fra privat næringsliv. Disse prinsippene er samlet i begrepet New Public Management (NPM). Med NPM forkastes de tradisjonelle offentlige organiserings- og finansieringsformer som var basert på rammebudsjettering og planstyring, og det legges opp til fleksible budsjett og markedsstyring (Pettersen 2000).

Reformer krever endring gjennom raske og konsistente prosesser, og når de møter normer, rutiner, vaner og verdier i en hvilken som helst organisasjon, medfører det praktiske konsekvenser for ansatte og ledere i organisasjonen (Ramsdal & Skorstad 2004). I et institusjonelt-kulturelt perspektiv settes de mer uformelle trekkene ved organisasjonen i fokus, og historie, tradisjon og normer tillegges stor vekt. Jo mer en reform bryter med de grunnleggende regler og normer i organisasjonen, desto mer sannsynlig er det at den vil møte motstand (Lægred, Opedal & Stigen 2005). Forsøk på raske endringer kan ofte mislykkes, ved at de blir symbolske eller overfladiske endringer (Ramsdal & Skorstad 2004). I denne avhandlingen ønsker jeg å se nærmere på i hvilken grad innføring av reformer som bygger på økonomisk/administrativ logikk, som DRG og ISF, fører til endringer og utfordringer for ansatte og ledere som tilhører sterke helseprofesjoner. Videre hvordan reformene endrer maktrelasjoner i organisasjonen, hvordan det påvirker det daglige arbeidet på enhetsnivå og hvilken betydning dette har for førstelinjelederne spesielt.

1.1 Bakgrunn for valg av forskningstema

I november 2009 la Riksrevisjonen fram sin rapport om økonomistyring i de regionale helseforetak (dokument 3:3 (2009-2010)). Helseforetakene hadde overskredet Stortingets

økonomiske rammer i hele perioden fra 2002-2008, og formålet med undersøkelsen var å bidra til en bedre kostnadskontroll i spesialisthelsetjenesten. I rapporten defineres økonomistyring som ”den aktiviteten i en organisasjon som skal styre ressursbruken mot maksimering av de overordnede mål, og omfatter alle aktiviteter og prosesser på strategisk og operativt nivå” (pkt 3.4). Det ble utført en spørreskjemaundersøkelse som omfattet direktører, økonomidirektører og budsjettansvarlige ledere på lavere nivåer i flere helseforetak. Oppmerksomheten var rettet mot ledernes holdninger til og utøvelse av økonomistyring. Undersøkelsen viser blant annet at mange ledere på lavere nivåer mener at det blir brukt for lite tid på budsjettprosessen, og at de blir involvert i prosessen i ulik grad. Samtidig sier de at de mangler skriftlige rutiner og retningslinjer for å styre økonomien i enhetene. Ansatte og ledere på lavere nivå oppfatter ikke de økonomiske rammene som endelige fordi deler av helseforetakenes underskudd er blitt håndtert med tilleggsbevilgninger. Dette fører til at budsjettprosessen ikke tas tilstrekkelig alvorlig. Nesten halvparten av ledere på lavere nivåer mener at de har for liten kapasitet til å styre økonomien i enheten. Det kommer også fram at mange ledere tror at hensikten med ISF-ordningen er å oppnå høyest mulig aktivitet, mens siden 2003 har formålet med ordningen vært at de aktivitetsmål som er satt skal nås på mest mulig effektiv måte. Det konkluderes med at kunnskap om ordningen ikke har vært godt nok kommunisert i organisasjonene.

1.2 Avhandlingens disposisjon

- I kapittel 2 presenteres avhandlingens forskningsspørsmål, temaområde og avgrensninger av studien.
- I kapittel 3 presenteres teori som skal belyse problemstillingen, og som gir føringer for den empiriske og analytiske delen av oppgaven. Det legges også fram tre forskningsarbeid gjort av andre innenfor samme tema.
- Kapittel 4 tar for seg design og metode. Her presenteres det helhetlige opplegget for undersøkelsen og fremgangsmåten som er benyttet.
- Kapittel 5 innledes med en beskrivelse av utviklingstrekk ved sykehussektoren og finansieringssystemet, som et grunnlag for den videre dataanalysen i samme kapittel.
- Kapittel 6 inneholder en oppsummering og avsluttende diskusjon, samt en konklusjon på bakgrunn av beskrivelsen og analysen i kapittel 5.

- Litteraturhenvisninger og vedlegg inneholder også en oversikt over forkortelser som er brukt i oppgaven.

2.0 TEMAOMRÅDE, FORSKNINGSSPØRSMÅL, AVGRENSNINGER OG SENTRALE BEGREPER

2.1 Temaområde

Det overordnede tema for avhandlingen er reformer i offentlig sektor, endring og reaksjon på endring. Nøkkelord er sykehus, økonomistyring og profesjoner. Sykehus er institusjoner som forvalter en betydelig økonomisk ressurs, og de har stor betydning i det moderne samfunn. Tjenestene de produserer er vi alle avhengige av, om enn i varierende grad. Sykehusene er også arbeidsplass for svært mange mennesker. Offentlig forvaltning finansieres av avgifter og skattepenger, og helsevesenet legger beslag på en stor del av disse midlene. Det er derfor naturlig at sektoren er gjenstand for mye oppmerksomhet, noe som stadig kommer til uttrykk gjennom media. Sykehusene blir ofte sett på som problembarna i offentlig sektor (for eksempel VG 19.2.10); det handler om store underskudd, lange ventelister, ustyrlige helseprofesjoner, dårlig ledelse og uklare ansvarsforhold. Helsepersonell er heller ikke alltid lojale mot egen organisasjon, og tar ofte interne diskusjoner ute i det offentlige rom.

For meg er temaet interessant fordi jeg er sykepleier og førstelinjeleder (seksjonsleder) i et offentlig sykehus, Sykehuset Østfold (SØ). Det er områdesykehus for Østfold fylkes ca. 270000 innbyggere, og gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Sykehuset er organisert i fem divisjoner, kirurgi, medisin, psykisk helsevern, medisinsk service og intern service og eiendom. De to somatiske divisjonene er videre inndelt i ulike fagområder og spesialiteter (www.sykehuset-ostfold.no).

I den grunnleggende funksjonsbeskrivelsen for seksjonsledere i kliniske seksjoner i SØ (F/2.2-08) stilles det samme krav til legeledere og sykepleierledere når det gjelder økonomi- og ressursstyring. I ledergruppen jeg tilhører er det sykepleierlederne som er mest involvert i planlegging av neste års drift, sammen med avdelingssjefer og økonomirådgivere. Legelederne styrer legeressursene som foretar det meste av pasientbehandling, men de deltar i liten grad i driftsplanlegging. Legeledere deltar også sjeldnere på de obligatoriske avdelingsledermøtene. Det avholdes månedlige økonomistyringsmøter for gruppen av sykepleierledere, men det er ingen tilsvarende oppfølging for gruppen av legeledere. Jeg fikk medio november 2010 opplyst ved økonomiavdelingen at det fra høsten 2010 også skulle vært

regelmessige møter med hver enkelt legeleder, men at man av ulike årsaker ikke har lyktes med å gjennomføre det som planlagt.

Feil ved medisinsk koding eller manglende koding av pasientopphold er et problem ved de fleste norske sykehus. Dette gjelder også ved SØ, hvor man har øremerket tre stillinger til kodekontroll fordi man ikke er fornøyd med kodekvaliteten totalt sett. Legene er ansvarlig for de fleste konsultasjoner som skal kodes, men leger og legeledere involverer seg i ulik grad i rutiner for koderegistrering. Det kan være flere årsaker til dette, for eksempel manglende opplæring i koderegulverk, eller at opplevd tidspress fører til at pasientbehandling prioriteres framfor koderegistrering (Dagens Medisin 06/06). Det kan få store konsekvenser for sykehusets økonomi dersom koderegistrering ikke følges opp, fordi innsatsstyrt finansiering er avhengig av at riktige koder registreres og rapporteres. Det er min erfaring at oppdateringer i koderegulverket i den enkelte avdeling ofte følges opp av sykepleierledere. At økonomiske incitament faktisk virker, kan også føre til problemer. Det har vært rapportert flere tilfeller hvor norske sykehus har trikset med koder for å få høyere utbetaling. Dersom det overordnede ansvaret oppfattes å være at man skal levere tilfredsstillende økonomiske resultater, kan det føre til at helsepersonell og resultatansvarlige ledere neglisjerer både faglige og samfunnsøkonomiske konsekvenser i jakten på økt inntjening (Gammelsæter & Torjesen 2005). I 2003 gjennomførte Helsedepartementet en granskning av kodepraksisen ved Helse Sør etter avsløringer om at man ved et sykehus i foretaket systematisk hadde registrert diagnoser feil for å oppnå større inntekter. Granskningen førte til at en avdelingsoverlege gikk av, og at direktøren ved sykehuset trakk sin søknad til stillingen som administrerende direktør for foretaket. Det ble deretter gjort en gjennomgang ved andre foretak som viste en generell usikkerhet om kvaliteten på kodingen, og som førte til at Helsedepartementet innførte strengere kontroll med kodepraksis i hele spesialisthelsetjenesten. En artikkel i Aftenposten 15.12.2010, ”Enda et sykehus skal ha jukset”, viser at det fortsatt er en aktuell problemstilling. Her refereres det til at Avregningsutvalget (et sentralt utvalg som kontrollerer og godkjenner kodingen) nylig har oppdaget økonomisk motivert feilkoding ved et sykehus i Helse Sør-Øst. Helseforetaket vil få trukket 3,6 millioner kroner fra 2009-tilskuddet dersom Stortinget følger anmodningen fra Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Avregningsutvalget.

2.2 Presentasjon av forskningsspørsmål

Forskningsspørsmålet i avhandlingen blir som følger:

Hvordan forholder førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten seg til krav om økonomistyring? Ivaretar ledere med ulik profesjonsbakgrunn disse kravene ulikt, og hvordan kan eventuelle forskjeller forstås?

Sykehusorganisasjonen preges i følge Grund (2000): av to rammebetingelser, som gjør at den må forstås både nedenfra og ovenfra

1. Sykehusets rolle som kunnskapsorganisasjon, det vil si som bruker av avansert teknologi og som arbeidsgiver for ca 100 yrkesgrupper og spesialiteter som preges av sterk faglogikk og faglojalitet.
2. Sykehusets rolle som en politisk styrt organisasjon som må tilpasse seg politiske, økonomiske og administrative mål og rammer.

Det kan legges til at organisasjonen reguleres av en tredje rammebetingelse som gjør at den også må forstås utenfra, nemlig et omfattende lovverk for spesialisthelsetjenesten. Videre sier Grund (2000) at ikke noe annet samfunnsområde har så mange yrkesgrupper med monopol på å utføre bestemte arbeidsoppgaver, og at det er spesielt viktig å forstå hvilken rolle profesjoner og teknologi spiller for sykehusenes virksomhet. Helsepersonellet har i ”helsemarkedet” en tredobbelt rolle: som agent for pasientenes interesser, for egne faginteresser, og for samfunnets helsepolitikk (ibid). Det store innslaget av profesjonelle får betydning både for organisering og for ledelse innenfor sektoren. Den faglige ekspertisen som de profesjonelle har, gir dem tyngde i saker av faglig karakter. Autoritet i sykehusorganisasjoner er derfor ikke bare knyttet til formell posisjon, men også til fagkunnskap og ekspertise. Slike organisasjoner har vært betegnet som profesjons- eller fagbyråkratier:

Fagbyråkratier reagerer langsomt på endringer i omgivelsene, og reformbølger gjør som regel lite inntrykk; fagfolkene oppfatter endringer i omgivelsene bare som et irriterende uromoment i arbeidet. Resultatet er et paradoks; enkeltvis kan fagfolkene godt befinne seg helt i forkant på

sitt spesialområde, mens institusjonen som helhet har et endringstempo som en isbre (Bolman & Deal 2004:102).

Mintzberg (1998) beskriver hvordan høyt kvalifiserte profesjonelle er selvgående og neppe trenger lokale prosedyrer eller tidsstudier for å vite hvordan de skal utføre arbeidet sitt. Det er profesjonen selv, og ikke lederen som bidrar med mye av strukturen og samordningen. Selv ved store operasjoner som varer i flere timer har kirurger, operasjonssykepleiere og anestesipersonell knapt behov for å snakke sammen. De vet hva de skal gjøre, og de gjør det. Profesjonelle har først og fremst tilhørighet til faglige normer og etiske verdier, og identifiserer seg i mindre grad som ansatte i en organisasjon. Det gjør at betingelser for styring ovenifra blir svekket. Dersom ledelsen prøver å styre fagfolkene i større grad, mislykkes de som regel (Bolman & Deal 2004:102). Mintzberg (1998) hevder at lederskap helt klart er en utfordring i profesjonelle organisasjoner, og uttaler at ledelse av profesjonelle kan sammenlignes med å gjete katter. Katter er som kjent ikke lett å styre, de går sine egne veier.

2.3 Avgrensninger

I denne avhandlingen har jeg valgt å fokusere på leger og sykepleiere som er førstelinjeledere. For det første er det ledere på lavere nivåer som rapporten fra Riksrevisjonen omhandler (jfr. kapittel 1, "Bakgrunn for valg av forskningstema"). Dessuten er det på driftsnivå at utgifter genereres i helsesektoren. Det er de enkelte leger som stiller diagnoser og bestemmer behandling i samråd med pasienter og pårørende. Det er i stor grad sykepleiere og leger på driftsnivå som bestemmer hvilke typer instrumenter og forbruksmateriell som hver enhet skal bruke. Innovasjon kan åpne for nye og ressursbesparende behandlingsmetoder, men det kan også innebære dyre medisiner, ressurskrevende behandlingsmåter og behov for avansert medisinsk teknikk. Helseprofesjoner har først og fremst fokus på fag og ikke på økonomi, og de har sterke faglige og menneskelige ønsker om å tilby best mulig behandling til den enkelte pasient. De opererer i skjæringspunktet mellom behov og muligheter, og har liten forståelse for at behandlingsmetode må velges ut fra økonomiske hensyn, og ikke etter hva som er beste praksis. Da kan budsjettammer oppleves som hindringer, og ikke som tildelt handlingsrom. Lederne på dette nivået fungerer som et viktig bindeledd mellom fagpersonalet og økonomistyringen (Byrkjeflot & Kragh Jespersen 2005). Man kan derfor tenke at deres "oversettelse" av økonomistyring vil være viktig for de valg som fagpersonalet tar i den

daglige driften. Førstelinjeledere har ofte ansvar for å styre store budsjett og ressursverdier. De har helsefaglig utdannelse fra høgskole eller universitet, men de færreste har opplæring eller utdannelse innen økonomi. I praksis stilles det ofte heller ikke krav om lederutdannelse for stillinger på lavere nivåer. I desember 2010 var det i følge organisasjonskartene for SØ 32 seksjonsledere i kirurgisk divisjon og 33 i medisinsk divisjon. Selv om ikke alle disse lederne har budsjettansvar, vil deres holdning til økonomistyring ha stor betydning for sykehusets økonomi.

Denne avhandlingen tar for seg hvordan helseprofesjoner og førstelinjeledere forholder seg til økonomistyring og til finansieringssystemet, og hvilke konsekvenser det får for praksis. Det er ikke en studie av systemet for innsattsstyrt finansiering eller av hvordan sykehus bør finansieres. Den diskuterer heller ikke den økonomiske situasjonen i SØ. Min hovedambisjon er å få en bedre forståelse av de empiriske prosessene på ”grasrotnivå”, ved å bruke generell teori og mer spesifikk forskning om profesjoner og organisasjonsteori i analysen.

2.4 Sentrale begreper i forskningsspørsmålet

Her presenteres noen begreper som er sentrale i oppgavens tema og problemstilling. I tillegg vil andre begreper som krever avgrensning eller definering bli behandlet etter hvert som de brukes i oppgaveteksten.

2.4.1 Spesialisthelsetjeneste / offentlige sykehus

Helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som er forankret henholdsvis i kommunene og i de statlige foretakene (NOU 2005:3). Ansvarsfordelingen forandres over tid. For tiden har spesialisthelsetjenesten ansvaret for somatiske og psykiatriske sykehus, samt ambulansetjeneste, pasienttransport og legemiddelassistert rusbehandling. Primærhelsetjenesten består av allmennpraktiserende leger, fysioterapeuter og logopeder, hjemmesykepleie, sykehjem og andre bo- og servicesentre. De to delene av helsetjenesten har ingen felles overordnet, og de finansieres fra forskjellige kilder (Haugtomt 2003). I medisinsk terminologi gjøres også et skille mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Primærhelsetjenesten er pasientens første kontaktpunkt, hvor man besitter en generell medisinsk kompetanse. På spesialisthelsetjenestens nivå innehas en mer spesialisert kompetanse (Kittelsen et. al 2009).

I lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 angis sykehusenes oppgaver slik:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende

Kjernevirksomheten til Sykehuset Østfold er å utrede, diagnostisere og behandle pasienter på spesialisthelsetjenestenivå (www.sykehuset-ostfold.no).

Som resten av offentlig sektor har helsevesenet et spesielt ansvar for å ivareta samfunnets og borgernes interesser (Lundquist 1998:9). Målet for offentlig sektor er ikke å skape fortjeneste, men å produsere og fordele varer og tjenester på best mulig måte for flest mulig (Hansen & Negaard 2006:35). Når offentlige tjenester ikke tilfredsstillende de behovene de er ment å tilfredsstillere, er de verdiløse. Offentlig virksomhet skal ofte ivareta flere formål samtidig. Disse formålene kan være i konflikt med hverandre og må avveies mot hverandre (ibid:30).

2.4.2 Førstelinjeleder / seksjonsleder

I henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten (§ 3-9) skal sykehus organiseres med ledere på hvert nivå:

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. (Spesialisthelsetjenesteloven, §3-9)

Førstelinjeleder (seksjonsleder) er linjeleder for en enhet som består av fagpersonalet, og har gjerne ansvar for fag, økonomi og drift i enheten. I denne avhandlingen er leder definert som en person som har helhetlig ansvar for enhetens måloppnåelse. Dette innebærer personalansvar, budsjettansvar og resultatansvar (Ledelse i SØ F/2-01). Ledelse i sykehus foregår i lederteam, hvor beslutninger tas og driften koordineres. I slike lederteam oppstår det alltid spenninger mellom hensynet til den enkelte enhet og hensynet til helheten (Haaland & Dale 2009).

I funksjonsbeskrivelse for seksjonsledere ved kliniske seksjoner i Sykehuset Østfold (F/2.2-08), står det blant annet at seksjonsleder har ansvar for å:

- delta i utarbeidelsen av seksjonens budsjettforslag
- kontinuerlig følge opp seksjonens aktivitet og regnskap
- følge opp avvik som berører aktivitet og økonomi og iverksette tiltak for å forhindre gjentakelse
- rapportere månedlig til avdelingssjef
- delta i resultatoppfølgingsdialoger, ledelsens gjennomgang av kvalitetsarbeid og aktivitet, evt. andre leder- /styringsdialoger med avdelingssjef

Ansvarsområder for seksjonsledere i de forskjellige divisjoner og avdelinger er ytterligere spesifisert i mange ulike funksjonsbeskrivelser. Lederstillingene for leger kalles seksjonsoverlege eller fagansvarlig overlege/seksjonsoverlege. I funksjonsbeskrivelser for sykepleiere på samme nivå kalles stillingen seksjonsleder, dessuten finnes det i de fleste tilfeller en beskrivelse for stedfortreder for seksjonsleder. Jeg finner ingen beskrivelse for stedfortreder for seksjonsoverlege. Kirurgisk avdeling har som eneste avdeling kalt stillingen henholdsvis seksjonsleder lege og seksjonsleder sykepleie, en endring som ble innført i 2007. Årsaken var at man ønsket å definere lederrollen klarere. Stillingen som seksjonsoverlege / seksjonsleder lege har i mange tilfeller, i hvert fall inntil nylig, vært en 3-4 års åremålsstilling med mulighet for videre engasjement. Stillingen som seksjonsleder sykepleie har hele tiden vært en fast stilling.

2.4.3 Økonomistyring

Økonomistyring betyr å forvalte knappe ressurser slik at man oppnår best mulig resultat (Hansen & Negaard 2006:34). Siden vi ikke kan få alt, må vi veie nytte mot kostnader (Eklund 2007:52). Det betyr at vi må velge hva som skal prioriteres på bekostning av noe annet. Vi velger mellom å forbruke og å spare, mellom produksjon av ulike varer og tjenester, forskjellige produksjonsteknikker, og hvordan vi mennesker skal bruke tiden vår (ibid:41).

Samfunnsøkonomi dreier seg om hvordan samfunnet mest mulig effektivt kan produsere og fordele varer (Hansen & Negaard 2006:35). Samfunnsøkonomien kan deles inn i to

hovedområder. Makroøkonomi retter oppmerksomheten mot samfunnet som helhet, både nasjonalt og internasjonalt. Her studeres samspillet mellom ulike stater og grupper i økonomien, markeder, sysselsetting og arbeidsledighet. Mikroøkonomi retter oppmerksomheten mot enhetene i samfunnet, og studerer samspillet mellom aktørene og produksjon og omsetning av varer (ibid.). På organisasjonsnivå dreier økonomistyring seg om det som skjer i den enkelte organisasjon og i samspillet mellom organisasjonen og omgivelsene. Bedriftsøkonomi er en del av økonomistyringen på dette nivået, og gir analyseverktøy for planlegging, beslutning og kontroll.

Bedriftsøkonomien handler om å produsere varer så kostnadseffektivt som mulig for bedriften. Innenfor samfunnsøkonomien dreier økonomistyring seg om hvordan samfunnet kan produsere og fordele varer og tjenester til det beste for samfunnsmedlemmene. De to perspektivene er altså ikke nødvendigvis sammenfallende (Pettersen & Bjørnenak 2003:22). Dette får betydning for styring av offentlig virksomhet, fordi begge perspektivene skal ivaretas samtidig. De kan være i konflikt med hverandre og må avveies mot hverandre (Hansen & Negaard 2006:30).

2.4.4 Medisinsk koding, innsatsstyrt finansiering og diagnoserelaterte grupper

Her gis en kort beskrivelse av begrepene medisinsk koding, innsatsstyrt finansiering og diagnoserelaterte grupper. Temaet gis en mer grundig gjennomgang i kapittel 5.

All pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, både ved poliklinikk, dagkirurgi og sengeposter skal registreres systematisk med medisinske koder som finnes i medisinske kodeverk. En kode består av tall og bokstaver med en tilhørende tekst som angir hva koden beskriver. Koden er en unik identifikator, og ved bruk av koder skal man kunne unngå misforståelser om hvilken tilstand eller sykdom man snakker om.

Diagnoserelaterte grupper (DRG) ble utviklet som et kvalitetssikringssystem ved Yale University på slutten av 70-tallet. Utviklingen av den norske versjonen startet i 1986 og var ferdig i 1990. DRG-systemet klassifiserer pasienter basert bl.a. på medisinske data fra den medisinske kodingen. DRG gir både medisinsk og økonomisk informasjon, og alle pasienter

kan klassifiseres ved dette systemet. Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og forbruke tilnærmet like mye ressurser. Antall DRG-poeng brukes da som aktivitetsmål i stedet for antall pasientopphold, slik at DRG gir en beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. I følge Glen Thorsen, overlege ved Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH), er tallmaterialet for lite til at det kan brukes til sammenligning mellom avdelinger eller sykehus. Tallene blir derfor sammenlignbare først på regionalt nivå (Dagens Medisin 11/03). Systemet brukes av en lang rekke land både som klassifiseringssystem og prissystem. I Norge bygger systemet for innsatsstyrt finansiering (ISF) på DRG-systemet.

ISF omfatter all somatisk pasientbehandling i helseforetak og private sykehus som har avtale med regionale helseforetak, dessuten dagkirurgisk behandling hos private avtalespesialister. Gjennom ISF gjøres deler av finansieringen avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. Slik finansieringssystemet fungerer i dag, får de somatiske sykehusene 60 prosent rammefinansiering fra Staten og 40 prosent stykkprisfinansiering. Formålet med ISF er å stimulere sykehusene til å oppnå de aktivitetsmål myndighetene setter på en effektiv måte (www.helsedirektoratet.no).

2.4.5 Profesjoner

Her gis en kort beskrivelse av profesjonsbegrepet. Mer utdypende teori om profesjoner presenteres i kapittel 3.

Profesjon (lat.) betyr yrke (Ordnnett.no). En profesjonsutdanning er yrkesrettet og forholder seg systematisk til sitt yrkesfelt. I dagligtale blir ordet profesjon brukt om yrkesgruppe. Det knytter seg forventninger om spesielle kunnskaper og kompetanse til en profesjonsutøver (Irgens 2007:18). Med utdanningen følger retten til å utføre spesielle arbeidsoppgaver. I følge Abbott (1988) er profesjoners atferd en strategi for å sikre seg den eksklusive retten til et bestemt arbeidsmarked.

Profesjonelle er spesialister, det vil si at de har en identifiserbar utdanning eller opplæring (Nylehn & Støkken (red.) 2002:63). Utdanningen er formalisert, og faget representerer et område som de har kontroll over. Profesjonsfagene har en bevisst holdning til utøvelsen av faget, og de andre medlemmene av profesjonen er viktige for dem. De krever stor grad av

selvstendighet i utøvelsen av yrket, og at kvaliteten på arbeidet vurderes og kontrolleres av fagfeller. Det blir i liten grad godtatt at ledere uten samme yrkesbakgrunn griper inn, spesielt dersom de tilhører yrkesgrupper som har andre interesser knyttet til jurisdiksjon: dersom de ikke kan ha kontrollen selv, er det bedre å overlate lederskapet til mer nøytrale administrasjonsfolk (ibid:50). Profesjonsutøverne setter egne faglige standarder for hvordan oppgaver skal løses. Når man ansetter profesjonelle, får man derfor yrkesutøvere med en spesiell kompetanse, som også vil ønske å utforme de sektorene de er ansatt i (ibid:44).

3.0 TEORETISK TILNÆRMING

I dette kapitlet gjøres en teori- og litteraturgjennomgang for å plassere oppgavens tema, endring og reaksjon på endring (eller motstand mot endring) i en faglig ramme, og for å beskrive hvilke teorier som er valgt for å gripe an oppgavens forskningsspørsmål.

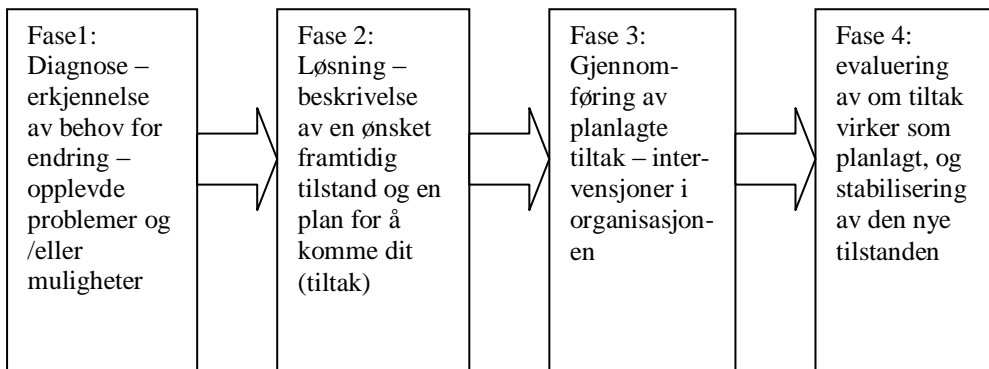
Eksisterende forskning om reformer i offentlig helsevesen har valgt ulike teoretiske innfallsvinkler. De mest fremtredende er New Public Management (NPM), ny-institusjonell organisasjonsteori og profesjonsteori (Byrkjeflot og Kragh Jespersen 2005; Johansen 2009). Det innledes kort med teori om endring og reaksjon på endring som bakgrunn for valg av teorier. Videre redegjøres det for de teorivalgene som er gjort; NPM, profesjonsteori, klassisk organisasjonsteori og arbeidssosiologi, og det forklares hvorfor de er relevante for denne avhandlingen. Deretter presenteres ny-institusjonell teori kort, selv om det er en teoriretning som ikke benyttes i denne studien. Denne retningen har hatt så stor betydning for organisasjonsforskningen at det er nødvendig å begrunne dette valget. Helt til slutt i kapitlet legges det fram tre forskningsarbeid gjort av andre innenfor endring i offentlig sektor; to arbeid som omhandler helseprofesjoners holdninger til nye styringsformer i norsk spesialisthelsetjeneste, og ett som tar for seg organisasjonsendring i svensk offentlig sektor. Det foretas også en sammenligning av arbeidene med denne avhandlingen.

3.1 Endring og reaksjon på endring

Det overordnede temaet for denne avhandlingen er møtet mellom reformer og sterke profesjoner. Endring er et komplekst fenomen som kan skje på ulike måter, og som kan ha ulike årsaker og drivkrefter (Jacobsen 2004:17). Endring omfatter forholdet mellom det stabile og det skiftende. For at vi skal kunne si at endring har funnet sted, må vi kunne sammenligne minst to tilstander som er noenlunde stabile, og påvise empiriske forskjeller mellom dem.

Organisasjoner er sosiale systemer, det vil si at de består av mennesker som handler og samhandler. I samfunnsforskningen er det gjennom mange år fremstilt et mangfold av teorier om hvordan endring i sosiale systemer foregår. Nyere forskning av Van de Ven og Poole har kommet fram til fire hovedmodeller for endring (Jacobsen 2004:19). En av disse modellene er planlagt endring. Det innebærer at aktører i eller utenfor organisasjonen ser noen problemer;

ting går ikke som det skal, eller man ser ubenyttede muligheter. De iverksetter tiltak for å løse problemene, dernest foretar de en vurdering av om tiltakene får forventet effekt (se modellen under).



Sentrale faser i en planlagt endringsprosess (Fritt etter Jacobsen 2004:20).

Et grunnleggende trekk ved sosiale systemer er at det er umulig å forutsi nøyaktig hva som kommer til å skje, selv i nærmeste framtid. Det er en årsak til at endringer, selv om de er planlagte, ikke alltid fører fram til ønsket resultat. Resultatet kan også føre til utilsiktede virkninger eller endringer. Begrepene tilfeldighet og planmessighet hører derfor naturlig sammen (Jacobsen 2004:20,21,36). Gammelsæter og Torjesen (2005) beskriver at endringens form er grunnleggende uforutsigbar fordi den er resultat av en prosess. Endringer ikke bare er et resultat av reformer og store endringsprosjekter, men også av stabile prosesser i organisasjonene og deres omgivelser: ”Veien blir til mens man går, men de som går er mange, og de går sjelden i takt og mot samme mål” (ibid.). Ifølge Jacobsen har endring kun skjedd dersom atferden til en større del av organisasjonens medlemmer har endret seg, slik at organisasjonen som helhet opptrer på en annen måte (Jacobsen 2004:89, 90). I alle organisasjoner finnes det krefter som vil motsette seg endring. Organisasjonsteorien har de siste 10-15 årene hatt fokus på stabilitet, det vil si at det finnes strukturelle forhold ved organisasjoner som får mennesker til å gjenta spesielle handlinger; følge regler, rutiner og incentivsystemer og dermed reprodusere strukturer og skape kulturer som gir trygghet og fellesskap (ibid:36). Samtidig finnes det trekk ved omgivelsene som motvirker endring og sørger for stabilitet. Disse kreftene kan føre til at organisasjoner ikke klarer å endre seg (ibid:26). Endring kan bli møtt med motstand fordi noen ser at de vil tape på endringen, eller fordi endringen bryter med de grunnleggende verdier, normer og identiteter som preger sektoren. Jo mer framtrødende denne brytningen er, desto mer sannsynlig er det at forsøk på

endringer vil møte motstand eller bli omgått (Lægreid, Opedal & Stigen 2005). Selv om organisasjoner i stor grad kan beskrives ved hjelp av de samme begreper, er de ikke like. Strukturen er forskjellig, ansatte har ulik faglig bakgrunn, maktforhold og grunnleggende verdier og normer er også ulike. Endring av organisasjoner kan derfor ikke omtales i generelle vendinger (Jacobsen 2004:40). Det gir derfor heller ikke mening å diskutere innføring av reformer på generelt grunnlag, uten å ta hensyn til hvilken type organisasjon det dreier seg om.

Denne avhandlingen tar for seg innføring av NPM-inspirerte reformer i sykehussektoren. NPM-tenkningen tar utgangspunkt i en rasjonell beslutningsmodell. I helsesektoren møter den aktører som har forankringer i andre syn på resultat og verdier. Offentlig sektor har et spesielt ansvar for å ivareta borgernes og samfunnets interesser. Målet er ikke å skape fortjeneste, men å produsere tjenester til det beste for flest mulig (Lundquist 1998:9; Hansen & Negaard 2006:35). Pasientene setter søkelyset på kvalitet og tilgjengelighet; i Norge er helsetjenester rettighetsgoder og ikke markedsgoder, jfr. ventelistegaranti og pasientrettighetsloven. Helseprofesjoner styres som regel av andre normer enn de som ligger til grunn for økonomisk teori. Analyser av kliniske beslutninger som helsearbeidere gjør, viser at de i all hovedsak baserer seg på faktorer knyttet til pasientene og særtrekk ved diagnose og alvorlighetsgrad. Man mener derfor at det er mye som tyder på at helseprofesjonene styres av sterke faglige og yrkesetiske normer (Pettersen & Bjørnenak 2003:194). Siden den økonomiske rasjonalitet som ligger bak reformen ikke gjenspeiles i pasientenes interesser og i profesjonenes verdier, kan effekten av reformen være vanskelig å forutsi (Pettersen 2001).

Organisasjoner består av ulike maktrelasjoner, ”det vil si at noen kan tvinge andre til å gjøre noe de egentlig ikke ønsker” (Jacobsen 2004:77). Makten kan være knyttet til formell posisjon, men også til hvilke oppgaver man kontrollerer og hvilken informasjon man har tilgang til. Reformen vil kunne påvirke maktfordelingen, og ulike reformer vil kunne endre maktrelasjonene på ulike måter. Ramsdal og Skorstad (2004) beskriver hvordan de nye styrings- og ledelsesformene som etableres gjennom de omfattende helsereformene innebærer at det medisinskfaglige hegemoni blir utfordret og at maktposisjonene endres. Det skjer som en skrittvis prosess ved at nye organisasjonsprinsipper og styringslogikker ikke erstatter de gamle, men legges utenpå. På den måten søkes medisinskfaglig virksomhet nøytralisert, uten at det kommer til direkte konfrontasjon (ibid:92).

3.2 *Alternative organisasjonsformer*

Offentlig sektor har altså vært gjenstand for omfattende reformer hvor organisasjons-, styrings- og ledelsesformer fra privat næringsliv er lagt til grunn. Hovedformålet med endringene har vært økt kostnadseffektivitet. Reformene skal skape større beslutningseffektivitet og legge til rette for de endringer i arbeidsvilkår som er nødvendig for å oppnå kostnadseffektivitet (Ramsdal & Skorstad 2004:33). I denne delen av oppgaven redegjøres det for hva de nye prinsippene for organisering av offentlig sektor består i. For at vi skal forstå hvilke utfordringer man står overfor i det offentlige, beskrives utviklingen av ulike organisasjonsformer i det private næringsliv, og de endringer i arbeidsvilkår de har medført der.

3.2.1 New Public Management

Det synes å være en generell oppfatning i ledelses- og organisasjonslitteraturen om at NPM har påvirket tankegangen og utførelsen av blant annet de nordiske sykehusreformene i mange år (Nylehn & Støkken 2002; Ramsdal & Skorstad 2004; Aidemark 2005; Borum 2005; Byrkjeflot & Kragh Jespersen 2005; Gammelsæter & Torjesen 2005; Lægreid, Opedal & Stigen 2005). NPM-bevegelsen inspirerer stadig organisasjonsforskere som interesserer seg for hvordan nye organisasjons- og ledelsesideer institusjonaliseres og hvilke effekter de får.

De siste 20 - 30 årene har det vært økt fokus på effektivitet og økonomistyring i offentlig sektor. Offentlig sektor ble ansett som et tungrodd, ineffektivt og kostnadskrevende byråkrati (Hansen & Negaard 2006: 18). Det ble dannet en oppfatning om økonomisk krise i sykehussektoren, som gjorde det nødvendig med ulike reformtiltak for å bedre forholdene. Det ble hevdet at det offentlige var preget av politisk beslutningsineffektivitet og faglig-profesjonell vetomakt, og at det var nødvendig å forenkle organiseringen, rasjonalisere politikken og nøytralisere de sterke profesjonene (Ramsdal & Skorstad 2004:43). I privat næringsliv har hensynet til effektivitet og inntjening alltid hatt forrang, og private bedrifter ble ansett som dynamiske, fleksible og kostnadseffektive (ibid:34). Det offentlige har derfor vendt seg mot det private for å lære, og har innført reformer etter modeller fra privat næringsliv. Omstillingene har skjedd i offentlig sektor over hele den vestlige verden, og forskerne kalte det til å begynne for ”managerialisme”, ”radikal rasjonalisme” eller

”økonomisme”. Reformene har siden fått samlebetegnelsen NPM etter at Hood introduserte denne betegnelsen i 1993 (Ramsdal & Skorstad 2004:56).

Reformer som er innført i norsk helsevesen inngår i denne generelle utviklingen av styrings- og organiseringsformer i vestlig offentlig sektor. Sentrale trekk ved sykehusreformene har vært bedre kostnadskontroll, profesjonell styring og ledelse, konkurranseutsetting, brukerorientering og frihet for individene. Reformen på tilbudssiden (sykehus) og på etterspørselssiden (pasient) betyr at markedstenkingen er på vei inn i det offentlige, hvor den ikke har hatt noen plass tidligere (Pettersen 2000). Den er basert på en forestilling om mer fristilte sykehus som følger en virksomhetslogikk, og som konkurrerer med hverandre om pasienter og personale. Offentlig helsevesen har tradisjonelt vært styrt av andre logikker og verdier enn de økonomiske, som hensynet til demokrati, likebehandling og rettssikkerhet (Røvik 2007:34). Man kan tenke seg at tillitsforholdet mellom pasient og behandler endres når nye organisasjonsideer og talemåter innføres, i dette tilfellet når begrepet ”marked” og den tilhørende forståelsen ”kunde” introduseres (Byrkjeflot & Kragh Jespersen 2005). Når sykehus delvis må basere sin virksomhet på konkurranse, skjer det også noe med forventningene til lederrollen – lederne forventes å utnytte mulighetene i markedet (Gammelsæter & Torjesen 2005). Det antas at ledere som tilpasser seg til den administrative logikken og bruker et administrativt-økonomisk språk, vil få mer legitimitet for sine handlinger og dermed mer makt (Aidemark 2005).

Det er stor grad av enighet om seks grunnelementer som kjennetegner NPM-reformer (Ramsdal & Skorstad 2004:61):

1. Økt kostnadsbevissthet og effektivisering basert på modeller fra private bedrifter
2. Økt brukerperspektiv
3. Nye organisasjonsmodeller som kjennetegnes ved divisjonalisering og resultatenheter
4. Helhetsledelse / totalansvarsledelse
5. Målstyring
6. Evalueringssystemer hvor resultatvurderinger kobles mot mål.

Disse seks kjennetegnene kommer til uttrykk på forskjellige måter:

1. Økt kostnadsbevissthet og effektivisering

Utgangspunktet for NPM er altså en grunnleggende oppfatning om at velferdsstaten er for dyr, og strategien er å fremme to typer effektivitet; kostnadseffektivitet og formåleffektivitet. Det første vil si å organisere produksjon og tjenesteyting på billigst mulig måte, det andre vil si å innrette driften best mulig i forhold til bedriftens mål (Ramsdal & Skorstad 2004:62). Dette legger til rette for arbeidsintensivering (jfr. kapittel 3.3 ”Om uformell organisasjon og masseproduksjonens kriser”). Det hevdes at det er drivkrefter både på samfunnsnivå og på organisasjonsnivå som skaper ineffektivitet. Kombinasjonen av sterke profesjonsgrupper og popularitetssøkende politikere fører til at utgiftene øker, i mange tilfeller er det også allianser mellom disse gruppene. Politikere som ønsker gjenvalg vil søke å maksimere budsjettene for å ivareta samfunnsinteresser og brukergrupper som de har en kobling til. Politikerne vil også vise at de har innflytelse på beslutningsprosesser, og vil derfor være opptatt av å intervensere i konkrete prosesser. I NPM-perspektivet skal politikere være strateger som ivaretar helhetlige løsninger på utfordringer i samfunnet. Det er derfor nødvendig å redusere koblingen mellom politikere og samfunnsmessige særinteresser, og unngå at de intervenserer i beslutningsprosesser etter at de overordnede målene er formulert (ibid:64).

Når det gjelder profesjonene, hevdes det at de er det sterkeste uttrykk for særinteresser på samfunnsnivå. Denne forståelsen har sin bakgrunn i den måten styringsproblemer i den vestlige verden ble omdefinert på i 1970-årene. Det ble hevdet at dominante profesjonsgrupper hadde vetorett i forhold til hvilke disposisjoner som kunne foretas i hver enkelt samfunnssektor, og at drivkreftene for vekst slik var bygd inn i de ulike sektorene (jfr. kapittel 3.2.3 ”Ulike forskningsperspektiver på profesjoner”). Milton Friedman (1912 – 2006), nobelprisvinner i økonomi i 1976 og verdens kanskje mest innflytelsesrike økonom (Eklund 2007:241), hadde gjennom sine anbefalinger lagt det faglige grunnlaget for en nedbygging og effektivisering av offentlig sektor. I hans bok ”Status quo-tyranniet” (1985) var hovedpoenget at vetogrupper fører til uregjerlig vekst i offentlige utgifter (Ramsdal & Skorstad 2004:65).

2. Økt brukerperspektiv

Dette handler om hvordan brukernes hensyn skal ivaretas med hensyn på hvilke tjenester som ytes, og hvordan tilgjengelighet, omfang og rett kvalitet på tjenestene skal sikres. I NPM-

perspektivet endres brukernes rolle fra passive tjenestemottakere til en aktiv rolle hvor brukerne velger eller eventuelt kjøper tjenester i en offentlig sektor som slik fremstår som et marked (Ramsdal & Skorstad 2004:67). Innslag av brukerbetaling skal sikre et ansvarlig forbruk slik at det ikke foregår et overkonsum. Konkurransen om serviceproduksjonen vil sikre at borgerne tilbys de billigste og kvalitetsmessig beste tjenestene (Røvik 2007:35). Den rasjonelle og aktive bruker fremstår som ideal for de moderniseringsstrategiene som det her legges opp til. Det forutsettes at brukerne har god kunnskap om de forskjellige alternativene, og at de fortløpende skaffer seg all nødvendig informasjon for å kunne gjøre rasjonelle valg (Eklund 2007:44).

Det dukker opp paradokser ved de nye styringsmodellene. Det er store ulikheter mellom brukere av ulike offentlige tjenester, både når det gjelder ønsker, behov, forventninger og kunnskaper om tjenestene. Det vil være den konkrete utformingen av tiltak i tjenesteytingen som bestemmer hva som menes med brukerstyring og brukerperspektiv (Ramsdal & Skorstad 2004:67). Hvordan skal individuell brukermedvirkning håndteres samtidig som det settes et budsjettmessig tak på ytelsene? Det kan være en motsetning mellom å ivareta kostnadsbevissthet og brukerinteresser. Hvilket kvalitetsbegrep skal gjelde – er for eksempel individuell brukertilfredshet tilstrekkelig? Brukernes interesser og forventninger samsvarer ikke nødvendigvis med fagmiljøenes syn på hva som er et godt tilbud. Den profesjonelle skal yte tjenester på faglig grunnlag, og ikke først og fremst ut fra brukernes ønsker. Det er forskjell på å levere en forsvarlig tjeneste og imøtekomme et markedskrav (Nylehn & Støkken (red.) 2002:88). Det offentlige skal ivareta en rekke hensyn som ofte er motstridende, og man kan hevde at dette ikke fanges inn av bedriftsmodellen (Ramsdal & Skorstad 2004:68).

I NPM-perspektivet endres altså pasienter til brukere. I mange sammenhenger brukes begrepene nå om hverandre. Også i mange dokumenter fra helsevesenet brukes betegnelsen bruker. En bruker er en person som bruker, forbruker eller anvender noe. Underforstått at man har krav på noe, gjerne mot betaling. Ordet ”pasient” kommer av ordet ”pati” som betyr å lide. En pasient er en person som lider og som får behandling for sykdom. Pasientdefinisjonen brukes i de norske helselovene, og som pasient har man lovfestede rettigheter. Begrepet pasient benyttes også i legers og sykepleieres yrkesetiske retningslinjer, fordi man mener at det er den beste benevnelsen på mennesker som søker helsehjelp (Norsk Sykepleierforbund 2007). Det er antakelig ikke problemfritt å endre ordbruken, selv om årsaken kan være at man

skal favne mange forskjellige typer pasienter. Det er vesentlige forskjeller mellom helsetjenester og andre varer, og mellom syke mennesker og andre forbrukere. Neste avsnitt er basert på en artikkel av Dag Johansen (2000), "Fristilte sykehus – markedsetikk framfor profesjons- og samfunnsetikk" (I: Tidsskrift for Den norske legeforening).

Et godt og fritt valg forutsetter (Johansen 2000):

- At man vet hva man trenger
- At man har oversikt over tilbudene
- At nytten av tilbudene lar seg sammenlikne
- At man har reell valgmulighet og styrke til å velge

I klassisk økonomisk teori antar man at de som etterspør tjenestene (brukerne) vet best hva de trenger. Denne forutsetningen holder ikke innenfor helsetjenestemarkedet, hvor det ofte er tilbyder (helsepersonellet) som vet best. Selv en person som føler seg frisk, kan ha et større helseproblem. Sykdommer kan ofte være vanskelig å diagnostisere, og det kan kreve langvarige utredninger med forskjellige undersøkelser hos ulike spesialister. Dessuten går den medisinske utvikling rivende fort og fører til stadig mer spesialisering, og det kan finnes flere typer behandling for samme lidelse. Det vil være en umulig oppgave for de fleste pasienter å holde oversikt over forskjellige behandlingstilbud. I mange tilfeller vil det være vanskelig for pasienter å avgjøre nytteverdien av en behandling eller en operasjon. De kan selv vanskelig avgjøre hvilke behov som bør imøtekommes ut fra både et medisinskfaglig og samfunnsøkonomisk perspektiv. Alle ønsker vi de beste helsetjenestene for oss selv eller våre nærmeste, og vi reiser gjerne hvor som helst "når norsk helsevesen ikke kan hjelpe". Man kan tenke seg at de friskeste og mest ressurssterke pasientene, som ofte også har ressurssterke pårørende, vil være best informert og best kvalifisert til å foreta de beste valgene (Johansen 2000). De sykeste og eldste pasientene vil antakelig klare seg dårlig på et helsemarked.

3. Nye organisasjonsmodeller og divisjonalisering

Dette har bakgrunn i organisasjonsteorien, hvor endringer i formell organisasjonsstruktur oppfattes som et instrument for å endre organisasjonsmedlemmenes atferd. Fristilling og desentralisering er grunnleggende fellestrekk ved de moderne organisasjonsformene. I ytterste konsekvens dreier det seg om konsernorganisering, som er en utbredt måte å organisere større private bedrifter på. Offentlig sektor skal endres fra en (profesjons)byråkratisk

organisasjonsform til en mer divisjonalisert organisasjonsform, som er det sentrale kjennetegnet ved konsernorganisasjonen (Ramsdal & Skorstad 2004:69). Mintzberg (1979) hevder at divisjonalisering er et trinn i organisasjoners utviklingsforløp. Når organisasjonen vokser over et visst nivå, blir det vanskelig å samordne aktiviteten fra toppen. Divisjonene skal ha mest mulig frihet til å gjennomføre sine oppgaver, noe som vil minske belastningen på toppledelsen. Minimal horisontal avhengighet mellom divisjonene gjør det mulig å beregne kostnadseffektivitet i de enkelte ledd i divisjonen.

4. Totalansvarsledelse

Ansvar for virksomheten må defineres tydelig, derfor får den enkelte leder totalansvar for hele virksomheten i sin enhet (reformen ”enhetlig ledelse” i norske sykehus fra 2001). Modellen forutsetter at ansvaret for måloppnåelse desentraliseres til underordnede ledere. Det innebærer også at disse lederne kan belønnes eller straffes avhengig av resultatene. De har stor grad av frihet til å velge virkemidler for å nå målet, men de vil, i hvert fall i prinsippet, ikke ha anledning til å forhandle om økte ressurser eller å senke ambisjonsnivået (Ramsdal & Skorstad 2004:77-78). Ledelse blir et eget fag som kan læres, og består av kombinasjoner av faglige kunnskaper om det som produseres, og økonomistyring og personalansvar. Det forutsettes at lederen på lavere nivåer skal kunne ta organisatoriske grep gjennom reorganisering, personaltiltak og kulturtiltak for å oppnå forventede resultater. Det er også de som må begrunne strategiske beslutninger, som ofte kan være upopulære. Sosial og geografisk avstand mellom divisjoner og strategisk toppledelse gjør det lettere for toppledelsen å gjennomføre drastiske endringer, som nedleggelse av virksomhet, uten at den sosiale belastningen ved å ha ansvaret blir for stor. De slipper å møte de oppsagte ansikt til ansikt, for det blir de underordnede lederes oppgave (ibid.).

I følge den danske organisasjonssosiologen Kragh Jespersen (2005b) inneholder NPM-oppskriften på styrking av ledelse følgende elementer (*min oversettelse*):

- Større kompetanse og ansvar til ledere på lavere nivåer
- Anvendelse av generalister som er profesjonelle ledere
- Innføring av enhetlig ledelse
- Vekt på lederen som utvikler og entreprenør
- Innføring av incitamentssystemer som belønner dokumenterte resultater

Kragh Jespersen sier videre at NPM oppskriften på ledelse er generell, og ikke tar høyde for at ledelse i profesjonelle serviceorganisasjoner er relativt spredt, og ikke samlet hos en enkelt person. Dessuten er man avhengig av de profesjonelles autonomi, deltakelse og engasjement (ibid:2005b). Kragh Jespersen har blant annet gjort en studie for å se på fremtidens ledelse i sykehus. Han beskriver at generalister med ledelse som profesjon har hatt vanskelig for å slå igjennom og oppnå legitimitet blant profesjonelle (ibid. 2005b). Han hevder at det derfor kan være behov for ”en tredje vei”, det vil si at ledere må kunne kombinere både den profesjonelle verden og den generelle ledelsesverden. Dette gjelder spesielt på driftsnivå hvor man er leder for ansatte med pasientkontakt, og han kaller slike ledere for ”hybridledere” (ibid:2005b; Byrkjeflot & Kragh Jespersen 2005).

5-6. Målstyring og resultatvurderinger

Målstyring innebærer å synliggjøre ledelse ved at det utvikles ledelsesprosesser der ledere og flest mulig ansatte på organisasjonens ulike nivåer ser sammenhengen mellom mål og budsjett, tiltak og resultater (Ramsdal & Skorstad 2004:75). Styringsparametrene skal være målbare finansielle og ikke-finansielle størrelser (Hoff & Holving 2002:81). Periodisk oppfølging gjennom tertialrapporter og årsrapporter inngår som en del av arbeidsprosessen, og i oppfølgingen skal ressursfordeling, strategier og mål korrigeres (Ramsdal & Skorstad 2004:75; Hoff & Holving 2002:68).

I det offentlige er det ikke sammenheng mellom budsjettdisiplin og resultatet av virksomheten. Et sykehus med budsjettunderskudd kan være både kostnadseffektivt og ha høy kvalitet, alternativt lite kostnadseffektivt og ha middels kvalitet. En slik sammenheng er det ikke nødvendigvis i private bedrifter heller, men her har ikke budsjettene en like framtrædende styringsrolle fordi inntektene skapes i markedet (Pettersen 2000). I private bedrifter vil regnskapet gi et godt bilde av virksomheten ved at man ser det økonomiske resultatet opp mot ressursbruken, og resultat kan eventuelt bedres ved salgsfremmende eller kostnadsbesparende tiltak. I offentlig sektor er dette vanskeligere, da økte utgifter som fører til budsjettsprekk kan være forårsaket av at kvaliteten på tjenestene øker jo mer penger man benytter, eller at brukernes rettigheter skal ivaretas uavhengig av budsjettaket (Ramsdal & Skorstad 2004:76). En annen utfordring i offentlig sektor er at effekten av driften og tiltakene ikke alltid er lett å beskrive eller måle med tall. Når indikatorer skal utarbeides, er det fare for at mål- og

resultatvurderingene konsentreres om de oppgaver som enkelt kan måles kvantitativt. I jakten på effektivitet kan mange oppgavetyper og profesjoner tape i kampen om ressurser fordi de ikke uten videre kan tilpasse sitt arbeid til kravet om enkle mål (ibid.).

De foregående prinsippene for NPM-reformer anvendes i ulike konkrete sammenhenger i offentlig forvaltning (Ramsdal & Skorstad 2004:79). Reformene bygger på ideen om at effektiviteten i offentlig sektor kan økes uten at det går på bekostning av viktige prinsipper som velferdsstaten bygger på; forutsigbarhet, likhet, rettssikkerhet og politisk styring. Det er imidlertid et spørsmål om det er mulig å få i både pose og sekk. Innføring av ISF og DRG var et tiltak som politikerne antok ville føre til økt produktivitet og fleksibilitet i sykehusene. ISF legger viktige premisser for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Fagøkonomer har stilt spørsmål om hvorvidt markedsmekanismer kan fungere som nyttige redskaper for effektivisering i helsesektoren, eller om et slikt system kan ha store bivirkninger. Man kan tenke seg at sykehusene kan komme til å prioritere ”lønnsomme” pasientgrupper i stedet for å prioritere de pasientgruppene som politikerne ønsker. Erfaringer fra andre land viser dessuten at dersom markedsrelaterte virkemidler skal være et hensiktsmessig virkemiddel, må en del forutsetninger være til stede. For eksempel må sykehusene ha ledige ressurser for at aktiviteten skal kunne økes, og prissystemet må bygge på faktiske kostnadsanalyser, noe det ikke gjør i dag. NPM hadde sitt høydepunkt fra 1985 til ca 2000. Som en kritikk til denne retningen har det etter hvert vokst fram en oppfatning om at markedsorientering og ukritisk overføring av modeller fra privat til offentlig sektor skaper problemer. Etter 1995 har man kunnet ane en renessanse av tanken om at offentlig ledelse er noe eget (Byrkjeflot 2008). Det må legges spesiell vekt på at det offentlige har et annet verdigrunnlag enn det private, det vil si at det finnes et offentlig etos (jfr. kapittel 3.5 om ”Vårt offentlige etos”).

3.2.2 Utviklingen av industri og arbeidsvilkår

I det nye arbeidslivet som det legges opp til ved innføring av reformer basert på NPM-tenkningen, får kvantitet en forrang framfor kvalitet, fordi kvantitet er lettere å måle, og dermed lettere å forklare og forstå. I helsevesenet blir mål på for eksempel behandlingsskapasitet og liggedøgn bestemmende for hva som er godt eller dårlig. Jakten på effektivitet fører til økt behov for å kontrollere. Dessuten anses mennesker å være egennyttige, og det vil derfor være rasjonelt å kontrollere dem. Det resulterer i et stadig større

behov for kontroll, og dermed må stadig mer måles, rapporteres og kontrolleres (Skorstad 2002:20-22). I artikkelen "Arbeidsdagen styres av moter" uttaler Tian Sørhaug at det er fare for at det kan bli viktigere å rapportere det riktige enn å gjøre det riktige, og at ledelse blir å sjekke at de ansatte rapporterer korrekt (Aftenposten 26.2.11, s. 22-23). Etter hvert som organisasjonsideer fra det private innføres i det offentlige, kan man tenke seg at organisasjonsløsningene i de to sektorene etter hvert vil få viktige likhetstrekk, og at dette vil kunne påvirke arbeidsvilkårene i det offentlige på samme måte som i det private (Ramsdal & Skorstad 2004:5; Skorstad 2002:14). Dette gjelder alle sektorer i samfunnet, enten det er helsevesen, forskning og utdanning, bank og finans, reiseliv eller underholdning. Som grunnlag for å forstå hvilken utvikling av arbeidsforholdene det dreier seg om, presenteres utviklingen av industrien fra håndverksproduksjon til masseproduksjon og fram til nyere organisasjonsformer i vårt århundre. Det legges vekt på å forklare hvilken betydning denne utviklingen har hatt for arbeidernes vilkår spesielt.

3.2.3 Fra håndverksproduksjon til masseproduksjon

Det tjuende århundret har på mange måter vært industriens epoke i den vestlige verden. Utviklingen gikk fra håndverksproduksjon i industrialismens første fase, til masseproduksjon som vokste fram da antallet bedrifter økte og konkurransen ble hardere. Håndverkstradisjonen er det førindustrielle utgangspunktet for noen industrier, men slett ikke for alle (Skorstad 2002:29). Denne tradisjonen nevnes her som et referansepunkt fordi den fremstår som positiv ut fra et arbeidssosiologisk perspektiv, dessuten er dette arbeidsforhold som også er beskrivende for de profesjonelles. Begrepet "kunst" er blitt brukt om legeyrket helt fra Hippokrates tid for 2400 år siden. I dette ligger både de profesjonelle håndverksmessige ferdigheter og den kunnskap som legene innvies i når de opptas i profesjonen (Leer-Salvesen i Nylehn & Støkken (red.) 2002:14). Kirurgiske leger omtales i dag også ofte som håndverkere som besitter en viss "fingerspitzgefühl", og ordet "kirurgi" er avledet av det latinske ordet "chirurgiae" som betyr håndverk. I England tilhørte kirurgene barberlauget helt fram til 1824 (NOU 1997:2). Ledelsesforskeren Drucker brukte uttrykket "kunnskapsarbeidere" (Irgens 2007:30). Med kunnskapsarbeid forstås arbeid som ikke er rutinepreget og standardisert, og som krever spesifikke kunnskaper. Arbeidet er vanligvis variert, innholdsrikt, utfordrende og lærerrikt. Det gir muligheter for yrkeskarriere og personlig vekst, og gir utøveren forhandlingsstyrke og makt (Skorstad 2002:29). Arbeidsprosessene stiller krav til erfaring,

kunnskap, innsikt og utøvelse av skjønn, ledelsen har derfor ofte ikke god nok detaljkunnskap til å kunne kontrollere eller diktere arbeiderne. Håndverkstradisjonen blir i et slikt perspektiv tolket som avleggs fordi den unndrar seg ledelsens ønske om økt kontroll (ibid:39).

Fra 1850-tallet foregikk en industriell utvikling i den vestlige verden som førte til framvekst av masseproduksjon, som fremsto som motsetningen til håndverkstradisjonen. Store enheter, oppstykkede arbeidsprosesser, standardisering og mindre allsidige arbeidere krevde en mer hierarkisk oppbygning (Skorstad 2002:75). Henry Ford (1863-1947) og Frederick Taylor (1856-1917) var hver på sin måte de viktigste bidragsytere til den prinsipielle utformingen av masseproduksjonen (Skorstad 2002:43). Ford stykket opp arbeidsprosessen og forenklet arbeidsoppgavene for å øke effektiviteten. I 1913 introduserte han samlebåndet i industrien, og det ble etter hvert selve symbolet på masseproduksjon (ibid:47). Taylor utviklet scientific management-tradisjonen, og det overordnede målet var å skape så effektive produksjonsformer som mulig. De konkurrentene som var mest oppfinnsomme når det gjaldt å utnytte mulighetene for å forbedre effektivitet, gjorde det best. Han anklaget datidens ledere for ikke å ha god nok kontroll. De hadde etter hans mening ikke god nok kunnskap om arbeidet de ledet, dessuten var det ingen systematisk oppfølging eller kontroll av det som ble gjort. Det var ingen beskrivelse av arbeidsforløp, registrering av tid eller oversikt over behov for bemanning (Skorstad 2002:58). Det var derfor fritt fram for de arbeidere som ønsket det å sette egne standarder for arbeidsmåte og -tempo. Taylors hovedbudskap var at ledelsen skulle styre og kontrollere arbeidsprosessen i detalj, ellers ville det ikke være mulig å øke effektiviteten. Basert på egne erfaringer som arbeider, gjennomførte han som arbeidsleder et antall eksperimenter ved amerikanske stålverk for å bevise sin påstand om at arbeidere kun produserte en brøkdel av det de kunne klare under normale forhold (ibid:54). Arbeidsmåten skulle standardiseres, slik at alle måtte utføre en gitt arbeidsoppgave på samme måte (Skorstad 2002:61). Standarden skulle fastsettes av ledelsen, og skulle representere den mest effektive måten å utføre en oppgave på. Det ”vitenskapelige” ved scientific management-tradisjonen var at arbeidsprosesser og arbeidsplasser ble utformet etter prosess- og metodestudier, og at akkorder ble fastsatt på grunnlag av tidsstudier (ibid:63). Taylors eksperimenter angikk til å begynne med arbeidsoppgaver som var svært enkle. Han forsøkte etter hvert å anvende prinsippene på et stort antall ulike oppgaver. I dette inngikk også kompliserte oppgaver som var spekket med vurderinger og valg. Hensikten med

eksperimentene var hele tiden det samme; arbeidsmåten skulle standardiseres, standarden skulle representere den mest effektive arbeidsmåten, og den skulle settes av ledelsen (ibid:61).

Industrien ble forbundet med effektivitet og rasjonalitet, og det vokste etter hvert fram en generell oppfatning om at det var noe som andre sektorer også burde hige etter. Tradisjonelle masseprodusenter fikk allikevel en innebygget rigiditet fordi de var innrettet mot produksjon av en spesiell type produkt. Alt var innrettet mot dette spesielle; lokaler og maskiner, også arbeiderne som kun mestret bestemte oppgaver. Dersom kundene ønsker seg noe annet, har ikke bedriftene det som kreves for å omstille seg raskt (Skorstad 2002:153). Det var vanskelig for dem å følge svingninger i markedet. Noen japanske produsenter, blant annet bilprodusenten Toyota, utviklet etter hvert en produksjonsform som har vist seg å kunne være langt mer effektiv enn den tradisjonelle masseproduksjonen. Med toyotisme, lean production og just-in-time rettes oppmerksomheten mot den horisontale flyten i produksjonen.

3.2.4 Lean production og toyotisme

Lean production – den slanke produksjonsformen – brukes om virksomheter som har kvittet seg med alt overflødig. I 1989 ble samme fenomen omtalt som just-in-time av Clutterbuck & Foss (Skorstad 2002:205). Begrepet lean production introduseres i en rapport av Womack og hans kolleger i 1990, som beskriver hvordan den japanske bilprodusenten Toyota hadde utviklet et spesielt effektivt produksjonssystem. De hadde kuttet ut alt overflødig, slik at de hadde de minste arealene, de minste lagrene, færrest mulig arbeidere og gjorde færrest feil. Womack mente at amerikanske bilprodusenter hadde mye å lære. Toyota tok utgangspunkt i den faktiske etterspørselen, og fordi det var en slank organisasjon, kunne den omstille seg raskt (Ramsdal & Skorstad 2004:184). Denne logikken, hvor målet er å fjerne alt som kan smake av sløsing, kalles toyotisme. Det er viktig å forkorte gjennomløpstiden for hvert produkt. Toyotismens løsning er å bygge opp produksjonslinjer hvor bearbeiding av produktene foregår som perler på en snor. Dessuten produseres det i samsvar med det faktiske behov (Skorstad 2002:215). Dette er prinsipper som kan anvendes i mange sammenhenger i forskjellige bransjer, men spesielt dersom produksjonen har et visst massepreg.

Denne produksjonsformen er Østens svar på en av masseproduksjonens kriser, men den er ikke et effektivt svar på masseproduksjonens arbeidermotstand. Womack hevder at sammenlignet med fordismen har arbeiderne en mer sentral plass i toyotismen, og at de er ”hjertet i den slanke bedriften” (Skorstad 2002:203). I tråd med østlige tradisjoner, står lederne der friere til å belønne arbeiderne for samarbeid og straffe dem for motstand enn de gjør i vesten. Man kan tenke at denne produksjonsformen derfor ikke uten videre vil fungere på samme måte i vesteuropeisk industri, hvor arbeiderne ikke er like prisgitt ledelsen, men beskyttes av en aktiv stat, sterke bransjeforbund og fagforeninger. Her vil utålelige systemer fortsatt bli møtt med motstand, dersom arbeidsledigheten ikke er for høy og arbeiderne har en viss jobberfaring fra industrien (ibid:246). Men toyotismen preges også av tett kontroll, liten individuell frihet og høy arbeidsintensitet. Det er mye som tyder på at det er en videreutvikling av taylorismens prinsipper. Den tradisjonelle produktivitetsmålingen, som måler arbeidernes individuelle ytelse, erstattes i toyotismen med mer omfattende målinger som vurderer alt som blir gjort. Det gjelder å ha en total oversikt over kostnadsbildet, slik at man vet hvor de største gevinstmulighetene ligger. Effektivitetstiltakene går ikke lenger bare på det direkte arbeidet, men også på kvalitet, vedlikehold, transport og produkter i arbeid (ibid:241).

Vi ser i dag at lean allerede har gjort sitt inntog i offentlig sektor, også i sykehus og eldreomsorg, selv om masseproduksjon ikke er et begrep som tradisjonelt har vært forbundet med pasientbehandling og pleie. I sykehusene utvikles stadig nye operasjons- og behandlingsmetoder som forholdsvis enkelt kan rutiniseres og kvantifiseres, og derfor kan være spesielt egnet for slike organisasjonsformer. En artikkel i Aftenposten (Kommune tar i bruk Toyota-metoder 2010) omhandler innføring av ”forbedringsverktøy” i norske kommuner. Artikkelen tar utgangspunkt i forholdene ved Egegården aldershjem i København, og en av Danmarks fremste eksperter på lean, økonomiprofessor Per N. Bukh intervjues:

Det er like viktig for et alderhjem som for en bilprodusent å ha gode arbeidsprosesser, ikke minst av hensyn til de ansatte. Det som stresser ansatte mest, er feil, uklare arbeidsoppgaver og at man ikke kan levere den service man ønsker (...). Men forbedringsverktøyene bidrar til å sikre struktur og disiplin i arbeidet. Ellers blir det lett halvhjertet og kortvarig (...)
(Aftenposten 30.09.10).

Videre i artikkelen står det at alle oppgaver og arbeidsprosesser er saumfart for å minimere feil, bortkastet tid, avbrytelser, venting og alt det andre som beboerne ikke har glede av. Det beskrives også hvordan alle ansatte ukentlig samles rundt en tavle hvor problemer som har dukket opp i løpet av uken er listet opp. I en brukerundersøkelse i kommunen i februar 2010 går dette aldershjemmet seirende ut. Det fortelles at det hver måned avholdes trivselsmøter med de ansatte, at de ansatte har fått noen goder - som at de kan ta ut fri på kort varsel uten å begrunne fraværet. Sykefraværet har gått ned til 5 %, gjennomsnittet i kommunene i Danmark er det tredobbelte. Samtidig har flere ansatte ved Egegården sluttet. En hjemmepleier ved aldershjemmet sier at hun trives på arbeidsplassen. Men hun sier også at det kan bli vel mange målinger; av trivsel, beboerkvalitet og mye mer, og mener at de gjerne skulle hatt noen flere hender.

Til sist i samme artikkel vender man seg mot norske forhold, og en AP-politiker i kommunal- og forvaltningskomiteen på Stortinget uttaler at forbedringsmetoder som lean vil være viktig for å skape en bærekraftig offentlig sektor på sikt. Administrerende direktør i kommunenes interesseorganisasjon, KS, sier videre at vi står overfor en revolusjon med økende forventninger og knappe budsjetttrammer, og at det vil være avgjørende at kommunene lykkes med å skape mer verdi og kvalitet med mindre ressurser. Man forklarer at det i september 2010 kun er én kommune i Norge som har tatt i bruk lean-metoder, men at 7 nye kommuner skal starte utdanning av egne lean-konsulenter i løpet av november 2010 (Aftenposten 30.09.10).

3.3 Om uformell organisasjon og masseproduksjonens kriser

I denne delen beskrives utviklingen av arbeidernes vilkår i privat virksomhet i det 20. århundre for å forklare begrepene uformell organisasjon og arbeidermotstand. Hawthorne-forsøkene og Lysgaards rapport om arbeiderkollektivet beskriver hvordan arbeidernes kollektive atferd kan føre til at det som skal gjøres ikke blir gjort, og hvordan dette kan få store konsekvenser for virksomheten. Siden sykehus utvikler seg mot økonomisk logikk, kan man tenke seg at slik atferd også vil kunne finne sted her.

Bak ulike varianter av masseproduksjon lå teknokratenes drøm om å oppnå full kontroll. Det skulle skilles mellom hode og hånd; arbeidsmåten skulle standardiseres slik at alle arbeidere

skulle utføre arbeidet på samme måte, og standarden skulle fastsettes av ledere eller eksperter. Mulighetene for individuelle tilpasninger ble borte fordi det var nødvendig å underordne seg systemets logikk (Skorstad 2002:72). Framveksten av masseproduksjonen førte til enorme effektivitetsgevinster, men denne veksten hadde sin pris. Dette var en pris som først og fremst produksjonsarbeiderne måtte betale i form av oppstykket og ensidig arbeide, intensivert arbeidstempo og nedsatt verdi på arbeidsmarkedet (ibid:78). Mennesker trenger autonomi og verdighet i arbeidet, det er avgjørende for at arbeidet skal være meningsfylt og gi tilfredsstillende. Innenfor samfunnsvitenskapen finnes en tanke om at verdighet i arbeidet innebærer at man i det minste har en følelse av egenverdi, selvrespekt og opplevelse av andres respekt (Karlsson 2008:9). For arbeidsgiverne er effektivitet, produktivitet og økonomisk utbytte det viktigste, og slik kan arbeidernes verdighet komme i konflikt med bedriftens økonomiske krav.

Masseproduksjonen førte til enorme effektivitetsgevinster, nye arbeidsplasser, økt sysselsetting og økt kjøpekraft. Men for arbeiderne førte oppstykkingen og rutiniseringen av arbeidet til manglende læringsmuligheter, slik at de ble lite attraktive på arbeidsmarkedet. Det ble et konstant krav om høyere produktivitet, noe som førte til ensidig fokus på det som skjedde på produksjonsnivå. Løsningen som ledelsen så var mer av det samme som skapte problemer for arbeiderne; mer kontroll, strammere akkorder og mer oppstykkning av arbeidet. Disse endringene fikk store konsekvenser for arbeidernes arbeidskår. De ansatte ble betraktet som innsatsfaktorer på linje med teknologi, og det hersket utbredte oppfatninger om at de kunne styres og behandles som maskiner (Skorstad 2002:78). Taylor møtte mye motstand fra arbeiderne under sine eksperimenter som arbeidsleder, men han ga uttrykk for at han forsto dem, og at de handlet rasjonelt under de rammebetingelsene de sto overfor. Han mente at det var systemets feil og at ledelsen ikke hadde god nok kontroll. Han mente at den tradisjonelle formen for ledelse hvor man kontrollerte rammene omkring arbeidet ikke var nok. Han hadde en forestilling om at arbeiderne kunne styres og kontrolleres ned til minste detalj, noe som var hovedbudskapet i det han betegnet som scientific management (Skorstad 2002:59). Ledelsen krevde at arbeiderne fulgte ordre og adlød instruksjoner ned til minste detalj, det var ikke lenger rom for egne vurderinger og skjønn, individuelle justeringer eller tilpasninger. Det var nødvendig å underordne seg systemets logikk; samlebåndet bestemte farten som arbeiderne måtte arbeide etter ved båndet, og maskinoperatører måtte innordne seg maskiner som var preprogramerte (ibid:72). I ulike motivasjonsteorier, som florerer i organisasjons- og

arbeidslitteratur, er det et hovedpoeng at arbeid som er oppstykket og rutinisert gir små muligheter for læring og utvikling, og at arbeidstakere derfor ønsker å unngå slikt ensidig arbeid. Dersom arbeidstakere allikevel må arbeide under slike forhold, vil det ofte føre til mistriivsel. Mistriivsel omsettes gjerne i atferd som skal kompensere for det som oppleves som et problem; det kan komme til uttrykk gjennom at ansatte blir mer opptatt av private gjøremål eller saboterer arbeidsopplegget på ulike måter (ibid:30).

Hovedpoenget med masseproduksjonens logikk var å skille mellom ”hode og hånd”, og behovet for ledere av alle slag økte i takt med behovet for planlegging, organisering og kontroll. Direktører, fabrikksejere, avdelingsledere og formenn ble derfor ikke rammet på samme måte. De kunne dra fordelene av personlig frihet, mens de styrte og overvåket arbeidernes daglige liv. Produktivitet ble beregnet ut fra forholdet mellom arbeidere og produksjonsvolum, og økt produktivitet dreide seg om å få produsert mest mulig med færrest mulig arbeidere. Ledelsen ble ikke medregnet i produktivitetstall, noe som førte til et feilaktig inntrykk av den faktiske produktivitet (Skorstad 2002:74-75). Det ble mindre og mindre samsvar mellom arbeidernes og virksomhetens interesser, og arbeiderne ble ledernes motstandere for å bekjempe en utålelig teknisk-økonomisk logikk (ibid:89). Aksjoner fra arbeidere som forsvarte seg mot uakseptable arbeidsvilkår førte til masseproduksjonens første krise. Når grupper stilles overfor det som de mener er urimelige krav, vil de gå inn for å bekjempe disse kravene (Skorstad 2002:97).

I det som senere er blitt omtalt som Hawthorne-forsøkene, oppdaget man at ansatte samhandlet på en måte som ikke kunne forklare ut fra den teknologiske eller byråkratiske strukturen. Ved deltakende observasjoner som foregikk i 1920 – 1940 ved Hawthorne-fabrikken, som var en del av Western Electric Company i Chicago, så man at ansatte etablerte bestemte mønstre for atferd og samhandling, og at disse mønstrene gjentok seg over tid. Dette var uskrevne regler som alle kjente til, og de som forbrøt seg mot dem, ble utsatt for sanksjoner. Forskerne konkluderte med at normenes hovedfunksjon var å kontrollere medlemmenes atferd. Spesielt var det viktig å holde ledelsen på avstand, slik at man kunne ordne seg som man ville (Skorstad 2002:81).

Teorien om ”arbeiderkollektivet” har sin bakgrunn i sosiologen Lysgaards studie i en av Norges største papirprodusenter fra 1964. Det hadde utviklet seg et solidarisk fellesskap blant arbeiderne i bedriften, ”gutta på golv”. Lysgaard hevder at arbeiderkollektivet vokste frem for å beskytte de ansatte mot et system som stiller urimelige, grenseløse krav (Skorstad 2002:81, Aakvaag 2008:19, Klemsdal 2008:124). Han beskriver noen grunnleggende betingelser for at et slikt kollektiv skal oppstå. Det må være en formell, planlagt organisasjon som er preget av effektivitet og lønnsomhet, og det må foreligge et ansettelsesforhold hvor den enkelte ansatte er avhengig av bedriften for å få lønn. For det tredje må det være et hierarki med stor avstand mellom ledelse og ansatte. Arbeiderne på samme nivå står overfor de samme problemene. De forsøker å finne ut hva som er årsaken til disse problemene, og hvorfor nettopp de har det slik. De som forstår og tolker situasjonen på samme vis har en tendens til å omgås hverandre hyppigere, de identifiserer seg med hverandre, og de utvikler et solidarisk fellesskap - ”oss mot ledelsen”. Det skapes uformelle normer for hvordan man skal oppføre seg som arbeidskamerat, og hvilken forklaring man skal ha på sin egen situasjon (Skorstad 2002:86). Denne solidariteten er ikke bare beskyttende og inkluderende, den har en tendens til å ekskludere dem som ikke passer inn. Lysgaard beskrev hvordan de som forbrøt seg mot normene som kollektivet satte ble utsatt for sanksjoner. Avhengig av ”forbrytelsens” karakter kunne det være irettesettelser, spydige kommentarer, utfrysing eller fysisk avstraffelse (Skorstad 2002:81).

Uformell organisasjon eller atferd er en samlebetegnelse på denne formen for kollektiv atferd. Det omfatter all aktivitet som ikke er forventet eller planlagt i organisasjonen, og oppfattes som et uunngåelig fenomen. Denne atferden er sammensatt og mangfoldig, og er i hovedsak usynlig – det finner offisielt ikke sted (Skorstad 2002:102). Aksjonsformens styrke er nettopp at det foregår i det skjulte, noe som gjør at det er et uoverkommelig prosjekt å avklare mekanismer og føringer. Ackroyd og Thompson (2003) hevder at antakelsen om at ansatte flest er konstruktive arbeidere er håpløst urealistisk. I virkeligheten er organisatorisk motstand en del av det normale liv i en organisasjon. De hevder også at motstand til en viss grad aksepteres, og at organisasjonen til en viss grad er avhengig av denne motstanden (ibid 2003:8-11). Under normale forhold kan den uformelle atferden være en positiv kraft, ved at de ansatte tar i bruk sin tause kunnskap til fordel for bedriftens mål.

3.3.1 Motstand og ulydighet

I det øyeblikket kravene oppfattes som urimelige, kan arbeidernes kunnskap mobiliseres til en motvirkende kraft for å bekjempe bedriftens mål (Skorstad 2002:89). Den skjulte motstanden kan blomstre opp i en åpen konflikt. Dersom konfliktnivået blir tilstrekkelig høyt, kan det oppstå en kollektiv enighet om å følge regler, rutiner og prosedyrer til miste detalj. De ansatte vet at effektiviteten vil synke, og at virksomheten til slutt kan gå i stå (Lundquist 1998:114, Skorstad 2002:89). Streik er også en form for motstand. Kollektive motstandsstrategier kan slik få store konsekvenser for den enkelte bedrift.

Karlsson (2008) definerer motstand eller organisatorisk ulydighet som ”alt som ansatte gjør og tenker som overordnede ikke vil at de skal gjøre og tenke” (ibid:17). Han beskriver videre motstand som et hierarkisk fenomen, det retter seg oppover i et makhierarki. Ledelsen er heller ikke enhetlig, tvert i mot forekommer det også konflikter og strider blant sjefer på ulike nivåer, og mellom ulike profesjoner (Karlsson 2008:16-17). I sykehus, som ofte defineres som profesjonsbyråkratier, er svært mye av den formelle makten lagt til den operative kjernen, som består av leger, sykepleiere og andre spesialister. De besitter også en betydelig uformell makt, fordi sykehuset er avhengig av deres kompetanse (Jacobsen 2004:124). Oppgavene som de utfører er kritiske, i tillegg er det ofte knapphet på deres kompetanse. Trusler om å ”jobbe senere” eller ”nekte overtid” kan derfor få store konsekvenser for organisasjonen. Disse profesjonsgruppene har også sterke utdanningsgrupper med betydelige organisasjoner i ryggen, og de er ofte meget dyktige til å håndtere relasjoner til medier og politikere (ibid.).

Ved Arbeidstilsynets landsomfattende kampanje ”God vakt!” fra 2005 fant man at sykehusansatte opplevde et stadig høyere arbeidstempo, de følte seg utilstrekkelige og var ofte plaget av dårlig samvittighet og redsel for å gjøre feil. I oppfølgingsrapporten fra 2008 fant man at det var skjedd en betydelig forverring siden sist når det gjaldt opplevd tidspress. SØ var blant flere sykehus som fikk pålegg på grunn av mangler ved arbeidet knyttet til forholdet mellom oppgaver og ressurser, spesielt for førstelinjeledere: ”Arbeidstilsynet er derfor av den oppfatning at førstelinjelederne fortsatt utsettes for uheldige belastninger som en konsekvens av stort arbeidspress” (Arbeidstilsynet 2008). Opplevd tidspress er altså et svært aktuelt problem i helsesektoren i dag. Når kravet til effektivitet og produktivitet fører til uutholdelige arbeidsforhold, kan helseprofesjonelle vise sin misnøye på ulike måter. Å følge prosedyrer til

punkt og prikke er en velkjent og effektiv metode. Det fører til at smidigheten og tilpasningen som ansatte ellers bidrar med blir borte, og i løpet av kort tid kan en slik metode bremse driften drastisk.

3.4 Ulike forskningsperspektiver på profesjoner

Et særpreg ved spesialisthelsetjenesten er at den har et stort antall yrkesutøvere med profesjonsbakgrunn samlet på ett sted. Som tidligere nevnt har den dominerende forståelsen av sykehusorganisasjonen som fagbyråkrati siden 1990-årene blitt utfordret av alternativ tenkning, hvor det ble satt fokus på institusjonelle påvirkninger av nye organisasjons- og ledelsesformer. Et fremtredende element her har vært NPM (Byrkjeflot & Kragh Jespersen 2005). Men de profesjonelle er til stede og spiller en rolle. Legene har tradisjonelt vært den yrkesgruppen som har hatt høyest status i vestlige samfunn. De har kontroll over en ekspertise som samfunnet og den enkelte innbygger er avhengig av, og sykehus kan ikke drives uten leger. Legene er igjen avhengig av sykepleierne for å få utført sine oppgaver, og slik får sykepleierne stor innflytelse. I sitt arbeid foretar spesielt legene, men også sykepleierne, valg og handlinger som kan bety liv eller død for pasienter. Dette gir dem stor autoritet i faglige spørsmål. ”Den sanne profesjonelle lar seg styre av faglige hensyn, og byråkratiske ordrer kan bli illegitime” (Nylehn & Støkken (red.) 2002:65). Det store innslaget av profesjonelle får betydning både for organisering og for ledelse innenfor sektoren. Hva skjer når endringer møter helsevesenets innarbeidete metoder og legers og sykepleieres profesjonelle forståelse? Jeg presenterer derfor noen perspektiver innenfor samfunnsvitenskapelige analyser av profesjoner og profesjonsutvikling, samt noen spesielle trekk ved profesjonelle som har betydning for organisasjoner.

De første tiårene etter annen verdenskrig var funksjonalismens gullalder i sosiologien (Aakvaag 2008:42). Aakvaag definerer sosiologisk teori som ” all beskrivelse og all refleksjon over samfunnet som abstraherer fra beskrivelser av enkeltsituasjoner” (ibid:16). I vitenskapelige analyser av profesjoner har man i et klassisk perspektiv en tilnærming som baserer seg på sosiologisk funksjonalisme, det vil si en oppfatning av at samfunnsstrukturer og -ordninger utvikler seg på en måte som er tjenlige (Nylehn & Støkken (red.) 2002:43; Aakvaag 2008: 41). I dette perspektivet ble profesjonene ansett som høyverdige og representanter for hensiktsmessige ordninger som skulle ivareta klientenes og samfunnets

behov og interesser. Denne vinklingen fikk stor betydning for organisering av ulike deler av offentlig sektor i tiden fra 1945 - 1965. Innenfor helsetjenesten ble legene ansett som den mest sentrale og positive kraft, og videre at det var naturlig at sykepleierne var underordnet legene. Legene sto dermed sentralt i utvikling og drift av helseinstitusjonene. I dette perspektivet så man bort fra at profesjonene kunne benytte sine posisjoner til å ivareta egne interesser (ibid).

I løpet av 1960 - 1970-årene ble det en generell fokusering på interessen motsetninger i samfunnet. Der man tidligere hadde sett et sammenfall mellom samfunnets, profesjonenes og brukernes interesser, så man nå et motsetningsforhold mellom profesjoner og profesjonelle på den ene siden, og samfunnet og brukerne på den andre siden (Nylehn & Støkken (red.) 2002:44). Man så muligheten for at profesjonene kunne benytte sin maktposisjon til å ivareta egne interesser. Det ble ansett som nødvendig å begrense og motvirke profesjonenes makt når det gjaldt styring og ledelse av offentlig sektor.

3.4.1 Nytt syn på profesjoner

I et historisk-sosiologisk perspektiv fremkommer et mer nyansert bilde av profesjoner og profesjonelle. Denne tankegangen bygger på den amerikanske sosiologen Abbotts (1988) forskning. De profesjonelle fremstilles ikke som idealiserte ivaretakere av samfunnets og brukernes behov som i det klassiske perspektivet, men heller ikke som utelukkende kyniske og makttenkende aktører som i maktperspektivet (Nylehn & Støkken (red.) 2002:44). Profesjonene anses ikke å være ensidig opptatt av penger og makt. Konflikter og motsetninger kan handle om ulike vurderinger av hva som er best for brukerne, og spenningsfylte relasjoner mellom profesjoner kan forklares med ulikheter i verdigrunnlag. Denne historisk-sosiologiske vinklingen synes å ha satt lite preg på modeller for styring og ledelse i offentlig sektor, og det er fortsatt det samme ønsket om ”å temme” profesjonene som ligger til grunn for dagens styringsmodeller. En årsak kan være at det historisk-sosiologiske perspektivet er mer deskriptivt og gir få holdepunkter for hva man skal gjøre for å styre og lede utviklingen, men det sier også noe om hvor stor gjennomslagskraft NPM- tradisjonen har vist seg å ha (ibid:51).

Når man snakker om profesjonsgrupper, er det viktig at man ikke ser dem ukritisk som homogene grupper. Det finnes store forskjeller innenfor både sykepleier- og legegruppen. Som et eksempel kan nevnes at spesialistutviklingen som finner sted innenfor begge gruppene, gjør at de kan føle større tilknytning til spesialfeltet enn til profesjonsgruppen som helhet. En lege kan være spesialist i ortopedi, og videre ha grenspesialist-utdanning i håndkirurgi. Det finnes mange spesialutdanninger for sykepleiere, for eksempel jordmor og anestesisykepleier. Hvordan en sykepleier eller en lege kategoriserer seg i forhold til andre, vil variere i ulike situasjoner.

3.4.2 Profesjonelle i organisasjoner

Abbotts forskning på profesjonssystemer representerer altså et tredje syn på profesjoner. Han kritiserer den tradisjonelle forskningen for ikke å studere profesjonene i en sammenheng, og mener at teoriene har lagt mer vekt på hva profesjonene er organisert til å gjøre enn hva de gjør i praksis. I boka "The System of Professions" fra 1988 fremmer Abbott modeller for en trinnvis utvikling av profesjoner som han kaller profesjonalisering. Viktige trinn er høgskole- eller universitetsutdannelse, beskyttede titler, og nasjonale foreninger som utgir profesjonstidsskrifter og utvikler etiske regler for fagutøvelse (Abbott 1988). Han hevder videre at profesjonene utvikler seg avhengig av hverandre, fordi de defineres og endres i møte og konkurranse med andre profesjoner om arbeidsoppgaver. Han bruker begrepet jurisdiksjon om en profesjons kontroll over et arbeidsområde. Krav om jurisdiksjon kan fremsettes gjennom lovverket, i det offentlige rom, eller på den enkelte arbeidsplass. Endringer skjer når det åpnes eller lukkes jurisdiksjoner, og vil sette i gang en dominoeffekt. Slik kan flere profesjoner være berørt før systemet faller til ro igjen. På mange arbeidsplasser blir profesjonelles arbeidsoppgaver overført til ansatte som ikke er offisielt kvalifiserte til det. Dette kan skyldes at det ikke er mulig å rekruttere nok profesjonelle, eller at en ansatt anses som spesielt kompetent (ibid.).

Full jurisdiksjon er målet for profesjoner, det vil si at man har entydig kontroll i kraft av lovgivning. Dersom to faggrupper deler jurisdiksjon, kan det være årsak til uenighet. Attraktive arbeidsoppgaver vil man ikke miste, og oppgaver som ikke er så høyt rangert kan være vanskelig å gi bort (Hernes i Nylehn & Støkken (red.) 2002:48). I følge Abbott er underordnet jurisdiksjon en viktig form for jurisdiksjon, med det menes at en faggruppe har

en hjelpende funksjon overfor andre grupper. Dette er særlig vanlig i helsesektoren, der legene er overordnet de andre gruppene. Noen faggrupper, for eksempel sykepleierne, har allikevel stor innflytelse fordi legene er avhengig av dem for å få utført sine oppgaver (Hernes i Nylehn & Støkken (red.) 2002:48). En yrkesgruppe som har full kontroll over eget arbeid, er den mest pålitelige autoritet på området. Dette gir frihet til å styre arbeidet som de selv vil. Den faglige kompetansen gir stor autoritet i saker som kan defineres som faglige, og vil derfor dominere over formell autoritet. Denne kontrollen kan også brukes til å skaffe makt og penger (ibid:44).

Kamp mellom profesjoner handler om konkurranse om posisjon og status mellom forskjellige yrkesgrupper, men både kjønn og utdanningenes lengde kan spille inn. De kvinnedominerte yrkesfagene med 3-4 år fra høgskole har derfor lavere status enn universitetsutdannelse på 5-6 år. Kjønn er neppe hele forklaringen, i og med at det også tradisjonelt har vært motsetninger mellom konkurrerende kvinnedominerte yrkesgrupper som sykepleiere og hjelpepleiere (Støkken i Nylehn og Støkken (red.) 2002:31).

Profesjonelle bruker vi / de betegnelser, og plasserer seg selv og andre i sosiale kategorier. Disse gruppene har stor betydning for de profesjonelle selv og for organisasjonene. Den første er forholdet til brukerne eller pasientene. Den andre er relasjoner mellom forskjellige profesjoner, for eksempel mellom leger og sykepleiere. Den tredje er forholdet mellom egen og andre avdelinger. Den fjerde er relasjoner mellom profesjoners ulike spesialiseringer. Forholdet mellom de profesjonelle og organisasjonen er den femte relasjonen, og forholdet mellom de profesjonelle og omverdenen er den sjette (Hernes i Nylehn og Støkken (red.) 2002:126). Det er en fundamental mekanisme hos mennesker å kategorisere, det skaper orden i tilværelsen. Kategorisering av mennesker handler om å plassere seg selv i forhold til andre, og innebærer derfor selv vurdering og selvhevdelse. I teorien brukes vi-gruppe om den gruppen man selv tilhører og de-gruppe om "de andre". I sykehus arbeider profesjonelle i organisatoriske enheter, som kan bestå av en profesjon eller være tverrfaglige. Det vil da oppstå kategorisering i forhold til andre enheter (ibid.).

Profesjonelle må kunne jobbe alene, sammen med andre fra samme profesjon og sammen med andre profesjoner i tverrfaglige grupper. De må derfor være noe mer enn eksperter

innenfor sitt eget område (Irgens 2007:27). De må også kunne håndtere forskjellige situasjoner og arbeidsoppgaver, og kunne jobbe sammen med mennesker med et helt annet faglig utgangspunkt. Som tidligere beskrevet betyr uttrykket kunnskapsarbeidere at man utfører sine arbeidsoppgaver basert på egne spesifikke kunnskaper. Dette i motsetning til ufaglærte, som da utfører arbeidet etter prosedyrer gitt av andre (Irgens 2007:30). Faren er at profesjonelle kan bli solospillere, og ikke lagspillere. Innenfor en organisert virksomhet er solospillere til liten nytte, fordi forskning viser at gode organisasjoner kjennetegnes av at de ansatte har både individuelle og kollektive ferdigheter (ibid.).

3.4.3 Profesjonelle og byråkrater

I norsk arbeidsliv er en byråkratisk organisasjonsform utbredt, og denne formen kjennetegnes av spesialisering og fagkunnskap. I arbeidssituasjonen knyttes det kontakter mellom ulike medarbeidere som samhandler seg i mellom, mens man skilles organisatorisk fra øvrige ansatte. Denne organiseringen medfører en del positive konsekvenser. Den gir oversikt og orden, klarhet og begrensning i ansvar, læring og høy kompetanse og kompetent håndtering av oppgavene fordi arbeidstakerne har de rette faglige kvalifikasjonene (Nylehn & Støkken (red.) 2003:57). Men det medfører også konsekvenser som kan oppleves som problematiske. Spesialisering og tett samarbeid med bestemte fagkolleger letter den interne kommunikasjonen og forståelsen, men kan også vanskeliggjøre kommunikasjonen eksternt. Det gjelder også i forhold til overordnede. Spesialisering kan føre til likegyldighet overfor andre fag eller oppgaver, og man kan føle seg fritatt for å mene noe om andre forhold enn det som faller inn under ”faget”. Økonomistyring og administrativ oppfølging kan oppfattes som en belastning for fagfolkene, som er opptatt av faglige spørsmål og pasienter. De kan oppfatte ledelsens oppfølging som utidig innblanding som bare gjør det vanskelig for fagfolkene å gjøre jobben ordentlig. Fagfolkene mener at administrasjon og stab skal innordnes kjerneaktiviteten. På sin side kan ansatte i administrasjonen ha et bilde av ”de andre” som er tilsvarende negativt, blant annet fordi de ikke uten videre kjenner til fagfolkenes arbeidssituasjon og oppgavene de utfører. Dette er også en konsekvens av spesialisering og at ansatte involverer seg i det de er satt til å gjøre.

Forskjellene mellom den profesjonelle og byråkraten kommer i praksis til uttrykk på flere måter, som får betydning for ledelse i sykehus. Den profesjonelles lojalitet vil først og fremst

være knyttet til fag og profesjon, og de anser at pasientene er ”det egentlige”. Byråkraten forventes derimot å være lojal overfor organisasjonen og den overordnede. Autoritet er for profesjonelle noe som erverves på grunnlag av faglig kompetanse, mens det for byråkrater er knyttet til posisjonene i hierarkiet. Byråkratenes karriere bestemmes av opprykk i hierarkiet, mens karrieren for den profesjonelle først og fremst er knyttet til faglig dyktighet og anerkjennelse. Den profesjonelle lar seg først og fremst styre av faglige hensyn, og byråkratiske ordre kan bli illegitime. For byråkraten er ordre som kommer fra en overordnet legitime, og han er forpliktet til å følge dem (Nylehn & Støkken (red.) 2002:63-65).

Forskjellene kan fremstilles slik:

	Byråkraten	Den profesjonelle
Lojalitet	organisasjon	profesjon
Autoritet	overordnet	fagkompetanse
Karriere	ved å rykke opp i hierarkiet	ved å kvalifisere seg faglig
Normer	regler i organisasjonen	faglig begrunnet

Byråkrater og profesjonelle i organisasjoner. (Fritt etter Nylehn & Støkken 2002:64).

Selv om mange profesjonelle vil benekte det, vil en organisasjon være avhengig av at også den administrative strukturen fungerer. Det er behov for samordning mellom fagpersonalet og administrasjonen, og dette kan skape konflikter mellom dem. Mens fagpersonalet gjør krav på autonomi, ønsker administrasjonen å styre og kontrollere profesjonene gjennom regelstyring ovenifra. Det vil også være behov for samordning mellom ulike profesjonsgrupper innen samme avdeling, og mellom avdelinger. Her er de forskjellige gruppene ofte mest opptatt av å beskytte sitt eget område, og ikke i å finne løsninger som gagnar organisasjonen som helhet. Her kan det gå mye tid og ressurser til forhandlinger og tautrekking, som vil være en utfordring for ledere (Irgens 2007:30).

3.5 *Lundquists teori om ”vårt offentlige etos”*

I helse- og sosialfagene skrives det mye om yrkesetikk, mens for eksempel jurister og ingeniører sjelden skriver bøker om etikken i sine profesjoner (Nylehn & Støkken 2002:184). Leger og sykepleiere bygger sin yrkesetikk på samme grunnlag, den Hippokratiske ed, og de har et meget bevisst forhold til sine yrkesetiske retningslinjer. De fleste helseprofesjonelle

arbeider i asymmetriske forhold hvor de besitter posisjonsmakt og reell makt overfor pasienten eller brukeren, og budet om ikke å skade den andre har derfor etisk gyldighet. Det er forholdet til den enkelte pasient som står sentralt i retningslinjene, selv om ansvaret overfor medarbeidere, arbeidsplassen og samfunnet også omtales (Norsk Sykepleierforbund 2007; Nylehn & Støkken 2002). Selv om ekspertene skal legge stor vekt på sin profesjonelle kunnskap og etikk, kan de ikke uten videre prioritere det. Den svenske statsviteren Lundquist drøfter hvordan eksperter og andre offentlige ansatte kan påvirkes av ulike etikktyper, og hvilke etiske utfordringer de kan stå overfor.

I boken "Demokratins väktare" beskriver Lundquist "vårt offentlige etos". Han sikter til de grunnleggende forestillinger om hvordan samfunnet bør styres. Det offentlige har en spesiell natur, og har spesielle oppgaver som skal ivareta samfunnets fellesgoder (Lundquist 1998:65). "Vårt offentlige etos" består av verdier som oppfattes som allment gyldige, og inndeles i to hovedkategorier:

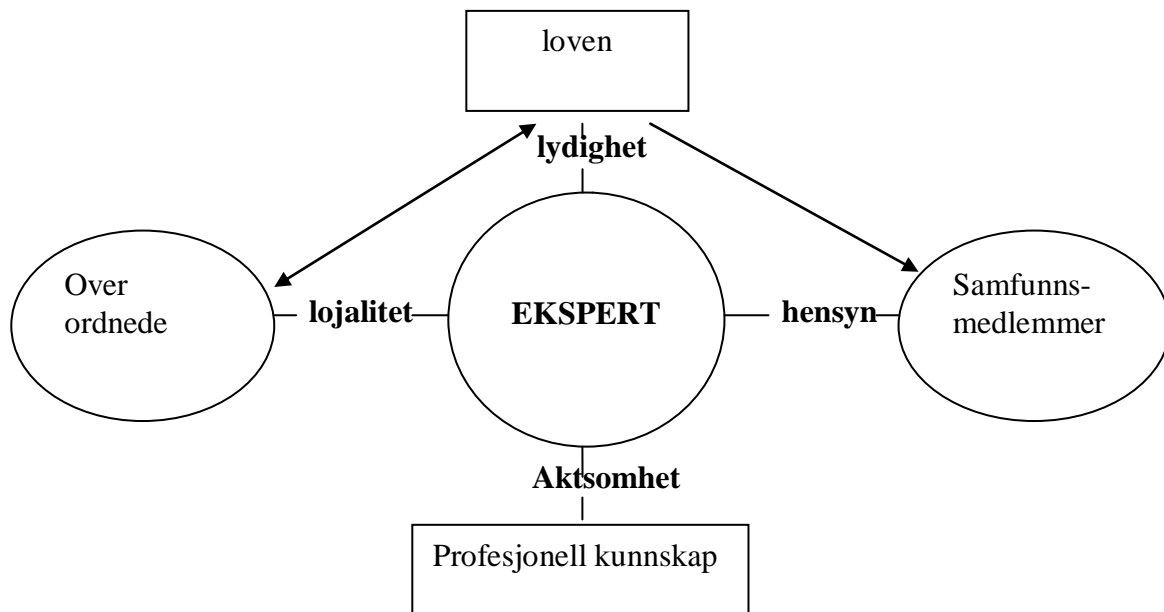
- 1) Økonomiverdier som vektlegger funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet.
- 2) Demokrativerdier som vektlegger politisk demokrati, rettssikkerhet og offentlig etikk.

Lundquist beskriver hvordan benevnelsen embetsmann bør gjeninnføres i stedet for ansatte, som er den vanlige benevnelsen på offentlig ansatte i vår tid. Dette er et symbolsk tiltak han hevder er nødvendig for at offentlig ansatte skal kunne påta seg rollen som demokratiets voktere. Det innebærer at de skal legge til rette slik at den vanlige medborger aktivt kan ta del i demokratiske prosesser i samfunnet. Embetsmenn (offentlig ansatte) skal til enhver tid ivareta samtlige verdier, både demokrati- og økonomiverdier i sin tjeneste. Lundquist hevder at det i vår tid er en tendens til at økonomiverdier er i ferd med å fortrenge de demokratiske verdier i offentlig virksomhet, og dessuten at det legges mest vekt på kostnadseffektivitet og produktivitet på bekostning av funksjonell rasjonalitet. I begrepet funksjonell rasjonalitet ligger at man skal velge tiltak som gjør at virksomheten når sine mål. (ibid:62-64). Etikk er læren om moral eller refleksjon over moral, og omhandler oppfatninger i et samfunn om rett og galt, godt og ondt. Etske verdier er knyttet til personer, og etisk refleksjon omfatter spørsmål om holdninger, plikter, rettferdighet og handlinger. Det omhandler også konsekvenser av handlinger og angir hvordan vi bør handle (Lundquist 1998:92).

Forvaltningsetikken er en del av den offentlige etikken, og gjelder for alle offentlig ansatte (Lundquist1998:151). Den er en handlingsetikk, ”å gjøre det rette”, som er uttrykt i generelle regler. Det overgripende karaktertrekk som forventes av en offentlig ansatt er integritet, som er en dypere form for ærlighet. Forvaltningsetikken kan igjen deles i ulike typer etikk. Den har en sentral del, allmenetikken, som alle offentlig ansatte må respektere i alle situasjoner. Man skal overholde loven og ivareta borgernes rettigheter (ibid:1998-101). I følge Lundquist er forvaltningsetikk en av tre etikktyper som offentlig ansatte kan påvirkes av samtidig. De andre typene er egenetikk og profesjonsetikk. Egenetikk er den forestillingen som individet bærer med seg, som samvittighet, religion eller sterk politisk tilhørighet. Profesjonsetikk henger sammen med utdanning og yrke, og for at en yrkesgruppe skal bli akseptert som en profesjon, forutsettes det at den har en profesjonsetikk.

Lundquist hevder at den offentlige ansatte bør la seg veilede av forvaltningsetikken ved beslutninger i arbeidet, men at det ikke alltid er det som skjer. Ulike personer kan oppfatte forholdet mellom etikktypene forskjellig. Dersom man ser etikktypene som like, vil man ikke møte noe dilemma. Hvis man derimot oppfatter dem som helt ulike, kan man stadig oppleve umulige situasjoner dersom man ikke klarer å prioritere forvaltningsetikken. For de fleste vil etikktypene være mer eller mindre overlappende, og da kan man komme til å prioritere egenetikk eller profesjonsetikk på bekostning av forvaltningsetikk. Det kan for eksempel skje dersom man ikke kjenner forvaltningsetikken, eller dersom man opplever egenetikken eller profesjonsetikken som viktigere (ibid:150-152).

I sitt arbeid står den offentlige ansatte i relasjon til loven, overordnede, borgerne og eventuelt til sin profesjon. Forholdet til loven preges av lydighet, forholdet til arbeidsgiver av lojalitet, forholdet til borgerne av hensyn, og forholdet til profesjonen av aktsomhet (Lundquist1998:127). De profesjonelle, ekspertene, står ifølge Lundquist i en særstilling blant offentlig ansatte. I denne sammenhengen står en av verdiene i vårt offentlige etos sentralt, nemlig funksjonell rasjonalitet. Det forutsettes at eksperten i sitt arbeid tillates å anvende den vitenskapelige og erfaringsbaserte kunnskapen han besitter.



Ekspertens posisjon (Fritt etter Lundquist 1998:127)

I situasjoner der han ikke får gehør for sine oppfatninger og opplever å stå overfor etiske dilemma fordi det tas avgjørelser som går i mot hans ekspertkunnskap; hvor lenge skal han stilltiende akseptere det? I følge vårt offentlige etos skal samtlige verdier ivaretas som like viktige. Selv om eksperten skal legge stor vekt på sin profesjonelle kunnskap, kan han derfor ikke uten videre prioritere den. I tilfeller der det oppstår konflikt, skal det offentlige etos brukes som rettesnor for handling (Lundquist 1998:127). Ellers er det vanlige svaret at offentlig ansatte skal benytte sin profesjonelle kunnskap innenfor lovens rammer. Lovlydighet oppfattes vanligvis som et etikkens minimumsnivå som alle må akseptere. Det er allikevel ikke uvanlig at hensynet til samfunnsmedlemmene fører til at eksperten velger å handle i uoverensstemmelse med loven, og/eller opptrer illojalt mot overordnede. Lundquist nevner ansatte i offentlig helsevesen som ikke kan ta ansvaret for kvaliteten på helsetjenestene etter økonomiske nedskjæringer, og velger protest, ordrenekt eller avgang (ibid:128). En lov kan være rett eller feil, god eller ond. Embetsmenn skal nekte å følge loven dersom den går i mot de grunnleggende verdier i vårt offentlige etos. I følge den internasjonale diskusjonen omkring krigsforbrytelser fremgår at ordrenekt kan være en plikt, selv om handlingen det gjelder er påbudt ved lov (ibid:130).

3.6 Ny-institusjonell teori

Det har skjedd en utvikling i de teoretiske innfallsvinkler til studier av sykehusorganisasjoner de senere årene. Forståelsen av sykehus som fagbyråkrati (Mintzberg 1979) var lenge dominerende, men har siden 1990-årene blitt utfordret av alternativ tenkning. Ny-institusjonell organisasjonsteori har de siste 25 årene fått en nærmest paradigmatisk status. Denne forskningstradisjonen inngår ofte som et viktig grunnlag blant annet for NPM, og har ofte vært benyttet til studier av reformer i helsesektoren (Byrkjeflot & Kragh Jespersen 2005; Vrangbæk & Torjesen 2005; Røvik 2007; Johansen 2009). Innfallsvinkelen er at organisasjoner ikke kan leve av bare å være effektivitetsorienterte, de må også søke legitimitet fra omgivelsene. De må derfor forholde seg til ideer som omgivelsene tar for gitt som riktige, gode og effektive måter å organisere seg og lede på (Røvik 2007:26). Den tradisjonelle forskjellen mellom organisasjon og omverden blir slik delvis utvisket (Byrkjeflot & Kragh Jespersen 2005), og organisasjonene blir stadig mer lik hverandre fordi de tilpasser seg omgivelsenes krav. Dekoplingsteorien er et sentralt teoribidrag som har basis i dette resonnementet, og går ut på at organisasjoner som tar opp institusjonaliserte elementer, vil holde dem frikoplet fra praksisfeltet. Ideene blir ikke tatt i bruk for å styre de interne aktivitetene, men regnes som symboler for å tilfredsstillende omgivelsene (Røvik 2007:26). Brunsson (1995) omtaler dette fenomenet, hvor det skilles mellom prat og praksis, som organisatorisk hykleri. Når en organisasjon utsettes for motsetningsfylte krav, blir hykleri en måte å overleve på (ibid:27).

Ny-institusjonell teori ser i stor grad bort fra aktørers intensjoner, i dette perspektivet fremstilles organisasjoner som passive mottakere av institusjonelle ideer (Røvik 2007: 38). Dermed blir ansatte i organisasjoner behandlet som mer passive aktører, noe som passer dårlig med den alminnelige oppfatningen av de profesjonelle som sterke aktører. I følge Kragh Jespersen (2005a) er de ny-institusjonelle forklaringene utilfredsstillende på dette punktet. Profesjonelle ønsker med sine spesielle kunnskaper og sin kompetanse å utforme sektorene de er ansatt i, og de har også en betydelig evne til å få sine synspunkter ivaretatt (Hernes i Nylehn & Støkken (red.) 2002:44). De er ofte aktive i forhold til omgivelsene og velger i tilbudet av ideer, og de prøver også ofte å omsette ideer til praksis (Røvik 2007: 38). I forskning fra sykehussektoren har man de siste årene sett med ny interesse på i hvilken grad intensjoner om økt konkurranse, enhetlig ledelse og effektivitet aksepteres og videreføres på avdelingsnivå. Det tas hensyn til de spesielle forholdene ved sykehussektoren, og med denne

utviklingen vender forskningen tilbake til den klassiske teorien (Byrkjeflot & Kragh Jespersen 2005). For meg som sykepleier, synes det nettopp som svært viktig å legge vekt på det spesielle ved sektoren. Fremstillingen av sykehus som fagbyråkrati med profesjonssterke ansatte som krever medvirkning, stemmer godt overens med den hverdagen jeg kjenner etter mange år på innsiden av sykehusorganisasjonen. NPM en sterk filosofisk tilknytning til scientific management gjennom sin vektlegging av effektivitet og økonomi (Lundquist 1998:236). I Arbeidstilsynets landsomfattende ”God vakt!” kampanje fra sykehussektoren (2005, 2008) beskrives nettopp et stadig høyere arbeidstempo og en betydelig forverring i opplevd tidspress for ansatte generelt, men spesielt for førstelinjeledere (jfr. kapittel 3.3.1 ”Motstand og ulydighet”). Denne beskrivelsen av helseprofesjonelles arbeidsforhold, preget av rutinisering, kontroll og økt arbeidspress, gjør klassisk organisasjonsteori og arbeidssosiologi aktuelt som teorigrunnlag for en empirisk studie på driftsnivå i sykehussektoren.

3.7 Presentasjon av annen forskning

Repstad (Nylehn & Støkken (red.) 2002:215-216) beskriver hvordan forskning på profesjoner kan ha gått for langt i å fremstille profesjonsutøvere som egoister som er opptatt av å mele sin egen kake. Samtidig er det fare for at forskning på egen profesjon kan gi en form for nærsynthet eller binding som hindrer kritisk distanse. Det kan derfor være spennende og nyttig ”å tittle over gjerdet” og sammenligne rammevilkår, tenkemåter og praksisformer mellom profesjoner eller yrkesgrupper. To av arbeidene som presenteres omhandler helseprofesjoner. Monica Skjøld Johansen tilhører selv en helseprofesjon, men har avstand til hverdagen hun forsker på. Hun er sykepleier, har hovedfag i sosiologi og skrev sin doktorgradsavhandling ved institutt for samfunnsforskning. Dag Olaf Torjesen er lektor i statsvitenskap og ledelsesfag og forsker og underviser i velferdspolitik, offentlig politikk, og helseadministrasjon. Den tredje avhandlingen er skrevet av Henrietta Huzell, som er lektor ved fakultet for økonomi, kommunikasjon, IT og arbeidsvitenskap ved universitetet i Karlstad. Denne avhandlingen omhandler endring og motstand mot endring i Det Svenske Jernbaneverket. Selv om man ikke uten videre kan sammenligne to så ulike organisasjoner som jernbaner og sykehus (jfr. avsnitt 3.1 ”Endring og reaksjon på endring), kan det være spennende å se på eventuelle forskjeller og likheter fordi grunnlaget for omstillingen er den samme – nemlig innføring av markedstenkning i offentlig sektor.

3.7.1 Enhetlig ledelse

Monica Skjøld Johansen har i sitt doktorgradprosjekt ”Mellom profesjon og reform” (2009) ved Handelshøyskolen BI studert ledelsesmodeller i norske sykehus fra 1945 til 2003.

Hovedvekten er lagt på innføringen av enhetlig ledelse i alle norske sykehus fra 2001. Med enhetlig ledelse var tanken at man skulle ha en ansvarlig leder på hvert nivå. Ledelse skulle være profesjonsuavhengig, den som var best kvalifisert skulle få lede, og uavhengig av profesjonsbakgrunn skulle lederne utføre de samme lederoppgavene.

Hun har basert analysene på blant annet kvalitative intervjuer med enhetlige ledere ved norske sykehus, dokumentdata og en landsomfattende spørreundersøkelse. Avhandlingen består av tre artikler. I den tredje ser hun på hvilken grunnholdning leger og sykepleiere har til ledelse generelt, og til enhetlig ledelse spesielt. Hun har her gjennomført kvalitative intervjuer med 16 informanter; 8 leger, 7 sykepleiere og 1 leder med annen bakgrunn. Fokuset lå på avdelingssjefene. Hun mener at det er mye som tyder på at de to faggruppene har ulik forståelse av hva ledelse er. Legegruppen knytter ledelse til det medisinskfaglige, mens sykepleiergruppen oppfatter ledelse mer som en kombinasjon av faglig og profesjonell ledelse. Hun finner også at leger uttrykker skepsis med legeledere som går ut av faget og blir ledere på heltid, og henviser til tilsvarende funn i norske og utenlandske studier. Dessuten konkluderer hun med at selv om enhetlig ledelse er innført i norske sykehus i dag, er det mye som tyder på at det i praksis fortsatt fungerer som en form for todelt ledelse, ved at leger og sykepleiere sammen styrer avdelingene. I praksis tar sykepleierlederen seg av pleiegruppen og det administrative, mens legelederen tar seg av det medisinskansvarlige og legeadministrative. Johansen sier at selv om dette ikke er systematisk undersøkt, er det mye som tyder på at dette også gjelder ved andre sykehus enn de som er undersøkt her.

I min avhandling ønsker jeg å ha fokus på ledere på lavere nivåer, da det er disse lederne som det henvises til i rapporten fra Riksrevisjonen. Jeg ønsker i mindre grad enn Johansen å se på hvilke holdninger de har til ledelse generelt, og vil heller legge vekt på hvordan de forholder seg til krav om ressurs- og økonomistyring. Men deres holdning til ledelse vil nok også ha betydning for hvordan de forholder seg til økonomistyring. Ellers er hennes funn om at enhetlig ledelse kan synes å være ”skinnimplementert” ved norske sykehus interessant. I SØ har det også vært slik at avdelingssjefer med legebakgrunn ofte har en assisterende leder eller

rådgiver som på mange måter fortsatt fungerer som leder for sykepleiertjenesten i praksis. Man kan videre tenke at liknende tilpasning til tidligere praksis, eller eventuelt ”skinnimplementering”, også kan finne sted når det gjelder reformer som bygger på økonomisk/administrativ logikk.

3.7.2 Ledelse i relasjon til helseforetaksreformen

Dag Olaf Torjesen har i sin sektorstudie ”Foretak, management og medikrati (2008) ved Universitetet i Bergen, studert ledelse i relasjon til helseforetaksreformen fra 2002. Han sier at denne reformen må ses i sammenheng med innføring av enhetlig ledelse i 2001. Staten bebudet en endring på synet på ledelse i statlige virksomheter, deriblant sykehusene. Man ønsket å fjerne seg fra ledelse som var preget av fagkunnskap og profesjonelle standarder, og satse på profesjonell ledelse og styring.

Den tredje artikkelen i hans studie baserer seg på utvalgsdata fra en nasjonal spørreundersøkelse (2004) blant 108 ledere i lokale helseforetak innenfor alle fem helseregioner. Hovedspørsmålet er ”hvilke handlingsbetingelser helseforetaksreformen kan ha skapt for ledelse i norske sykehus”, og deltakere i undersøkelsen var klinikkjefer, direktører og avdelingsledere. Han beskriver at det ser ut til at leger vektlegger medisinfaget framfor ledelse, men at det er en forskjell på mannlige og kvinnelige legeledere. ”De kvinnelige medisinere ser ut til å kunne integrere både en faglig logikk og en foretakslogikk, og fremstår på den måten som hybridledere” (Torjesen 2008). For sykepleiere og andre helseprofesjonelle i de samme lederposisjonene, virker det som om identifikasjonen med fagprofesjonen er borte, eller til og med helt utvasket. De velger bort faget til fordel for profesjonell ledelse som karriere. Han sier ikke noe om at det er forskjell på menn og kvinner blant sykepleiere eller blant andre helseprofesjoner. Han går altså lengre i sin beskrivelse av sykepleiere som administrative ledere enn det Johansen (2009) gjør.

Torjesen har hatt fokus på ledere på mellomledernivå og høyere. Når det gjelder hans funn om at sykepleierledere og andre helseprofesjonsledere ser ut til å miste sin fagidentitet, er min erfaring at det stemmer i mindre grad på lavere nivåer. Flere sykepleierledere på førstelinjenivå deltar i driften, om en i mindre grad enn legeledere på samme nivå. Hans funn

som indikerer at kjønn kan ha betydning for hvordan legeledere forholder seg til medisinskfaglig og profesjonell ledelse, er interessant, og det ville det vært spennende å undersøke videre i en annen sammenheng.

3.7.3 Offentlig sektor i endring

Sverige har hatt den samme endringen i offentlig sektor som Norge og andre vesteuropeiske land de siste 10 – 15 årene. Henrietta Huzell har i sin doktoravhandling ”Management och Motstånd” (2005) ved universitetet i Karlstad sett på hva ansatte gjør motstand mot når virksomheter omorganiseres. Hun har tatt for seg konkurranseutsetting av Prosjekteringsdivisjonen og Industridivisjonen i Det Svenske Jernbaneverket fra 2001. Hun har undersøkt hvordan slike endringer påvirker arbeidsvilkårene, og hvordan ansatte oppfatter og opplever disse endringene. Hun opererer med ett perspektiv basert på ledelsens oppfatninger, og ett basert på de ansattes oppfatninger. Ledelsen hevder at omstilling er nødvendig på grunn av endringer i markedet, fordi der de tidligere var i en monopolsituasjon, må de nå konkurrere om kundene. Organisasjonen må bli mer effektiv og fleksibel, og de ansatte mer kundeorienterte, kommersielle og ansvarsfulle. De ansatte ser endringene som forsøk på økt rasjonalisering, arbeidsintensivering og kontroll. De mener at prioritering av effektivitet og økonomi vil føre til sikkerhetsproblemer, intensivering av arbeidet og mindre kvalifiserte ansatte. De ser det som en utvikling i feil retning som det er legitimt å gjøre motstand mot.

Her kan man trekke sammenligninger til innføring av markedstenkning i norsk helsevesen både når det gjelder ledelsesperspektivet og ansattperspektivet. Det er sannsynlig at ansatte på alle nivå i enhver organisasjon vil reagere med motstand mot endringer som medfører økt arbeidsintensivering og kontroll. Det som er spesielt for helsesektoren er at de ansatte er yrkesutøvere med en spesiell kompetanse, som også vil ønske å utforme de sektorene de er ansatt i (Hernes i Nylehn & Støkken (red.) 2002:44). De profesjonelle setter egne faglige standarder for hvordan arbeidet skal utføres. Man kan derfor tenke seg at de ansatte vil reagere på det som de oppfatter som økt fokus på økonomi framfor fag, og som kan føre til arbeidsintensivering og økt kontroll.

4.0 DESIGN OG METODE

I dette kapittelet beskrives framgangsmåten som er brukt for å besvare forskningsspørsmålet; det vil si hvordan datainnsamlingen har foregått, hvilke data som er samlet inn og hvordan de er analysert. Kapittelet inneholder også en beskrivelse av hvordan personvernet til deltakerne er sikret, og hvilke etiske hensyn som er tatt.

4.1 *Forskningsdesign*

Forskningsdesign er et overordnet samlebegrep på gjennomføringen av forskningsopplegget. Ulike design bygger på ulike forskningstradisjoner. Valg av design er svært sammensatt, og begrepet forstås og brukes på forskjellige måter (Lerdal 2009). Valg av design vil ha betydning for undersøkelsens validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet), det vil si om undersøkelsen gir oss svar på det vi ønsker svar på, og om vi kan stole på resultatene (Jacobsen 2005:87, 141). Ulike typer problemstillinger; beskrivende / korrelasjonelle eller forklarende / kausale krever ulike undersøkelsesopplegg (design). Man bør derfor velge det designet som passer best til denne spesielle problemstillingen. Ulike undersøkelsesdesign kan klassifiseres etter to dimensjoner:

1. Studien kan gå i bredden (ekstensiv) eller i dybden (intensiv).
2. Studien kan være beskrivende eller forklarende.

I teorien kan en undersøkelse gjerne gå både i dybden og i bredden, og det kan være ideelt å ha mange enheter og mange variabler. Problemet er at det vil bli svært ressurskrevende. Det vil ta lang tid å samle inn data, og det vil kreve mye arbeid med analysen fordi man ender opp med detaljert og kompleks data. Som regel må man velge enten et intensivt design med mange variabler og få enheter, eller et ekstensivt med få variabler og mange enheter (Jacobsen 2005:88).

Et intensivt design vil gjøre det mulig å gå i dybden og få fram mange nyanser ved et fenomen. Det sentrale i problemstillingen vil kunne være å få tak i den enkeltes forståelse og fortolkning av et fenomen, samtidig som man får fram individuelle forskjeller og likheter som finnes i gruppen. Innenfor intensive design finnes blant annet case-studier. "Case" (lat. casus)

vektelegger betydningen av det enkelte tilfelle, altså at et enkelt tilfelle gjøres til gjenstand for inngående studier. Case-studier egner seg blant annet når man ønsker å fokusere på kontekst og samspillet mellom mennesker og kontekst. (Jacobsen 2005:90-92). Et case-studie vil være egnet når man ønsker en dypere forståelse av en spesiell hendelse eller et fenomen, eller dersom man ønsker informasjon om konteksten. Case-studier kan også være egnet til teoriutvikling fordi man ved å gå i dybden av et enkelttilfelle kan finne ut ting man ikke var klar over på forhånd (ibid.). Denne typen design kunne derfor være egnet til denne spesifikke undersøkelsen.

Fordi case-studier forholder seg til en spesiell kontekst, blir spørsmålet om man kan generalisere funnene i noen grad. Kan vi påstå at det som gjelder noen få også gjelder alle andre? Ut fra ett eller noen få case kan man danne en mer generell teori om hvordan virkeligheten ser ut, og hvordan fenomener henger sammen. Men det kan være vanskelig å slå fast om denne teorien kan være gyldig i andre kontekster og i andre enheter. Styrken til ekstensive design, der man undersøker mange enheter, er at man med en viss grad av sikkerhet kan generalisere funnene til andre enheter som man ikke har undersøkt (Jacobsen 2005:99). I denne undersøkelsen vil man med et case-studie kunne få en beskrivelse av hvordan seksjonslederne i SØ generelt forholder seg til økonomistyring, men det vil i mindre grad være mulig å generalisere funnene.

Denne undersøkelsen har foregått i en organisasjon (SØ) blant grupper av ledere. Jeg ønsket å få fram deres forståelse av økonomistyring og deres rolle i det, og beskrive hvilke forhold som kunne spille inn. Problemstillingen var beskrivende. Hensikten var å gi et bilde av situasjonen på et visst tidspunkt, og da passet det å velge et tverrsnittsstudie. Jeg ønsket å gå i dybden og beskrive mange nyanser ved denne problemstillingen, og da var et intensivt design velegnet. Et case-studie er velegnet for å få fram den enkeltes holdning til økonomistyring og ulikheter og likheter innenfor gruppen. Jacobsen (2005:100) forklarer også at ulike typer design kan utfylle hverandre, og at de kan egne seg på ulike stadier i studier av samme fenomen. Dersom det oppdages nye elementer, kan det eksplorerer videre. I denne sammenhengen kunne det være at det ble oppdaget ulikhet i holdning hos leger og sykepleiere. For å forklare årsaken, kunne det være på sin plass med et mer forklarende design.

Et tverrsnittsstudie viser et tverrsnitt på ett bestemt tidspunkt. Ved denne undersøkelsen var det også interessant å finne ut om seksjonslederne opplever at det har skjedd en endring i kravene som stilles til dem. Hvis man ønsker å uttale seg om årsak og virkning, anbefales det å bruke tidsseriedata, som inneholder opplysninger fra flere tidspunkt. Et problem er at det er ressurskrevende å foreta målinger på flere tidspunkt. En annen mulighet hvis man ønsker å si noe om endring over tid, er å bruke et retrospektivt design. Det kan kun brukes når man ber individer beskrive hva som har skjedd, ved at de beskriver tilstanden før og nå (Jacobsen 2005:62,106). En ulempe med et slikt retrospektivt design er at man baserer seg på at intervjuobjektene husker riktig, slik at et slikt design er noe mindre pålitelig enn opplegg som opererer med tidsseriedata. I denne undersøkelsen ble det allikevel valgt å bruke et retrospektivt design, fordi det var ønskelig å få fram ledernes oppfatning om det har vært en endring i lederrollen de siste årene.

4.2 Metodiske valg

Når man gjennomfører en undersøkelse, er det alltid en fare for at resultatene man kommer fram til er skapt av undersøkelsen. Kunnskap om metode er viktig for at man skal kunne drøfte om resultatene skyldes metoden som er valgt, eller om resultatene gir et riktig bilde av virkeligheten. Metoden tvinger oss til å gå gjennom spesielle faser i undersøkelsen, og hjelper oss til å stille kritiske spørsmål til valgene som gjøres, og hvilke konsekvenser de kan få (Jacobsen 2005:18-19).

Problemstillingen bør også være førende for hvilken måte man samler inn informasjon til undersøkelsen på, altså hvilken metode som velges. Kvalitative data er empiri i form av ord, tekster og lignende. En kvalitativ tilnærming bør brukes når man ønsker nyanserte beskrivelser av hvordan personer forstår og fortolker en situasjon, og man må være åpen for informasjon som ikke er kjent på forhånd (Jacobsen 2005:124). I denne undersøkelsen ville det passe med en kvalitativ tilnærming. Man kan også benytte ulike metodiske tilnærminger i kombinasjon med hverandre, såkalt metodetriangulering. Dersom ulike kilder på denne måten understøtter og bekrefter hverandre, vil det være med på å styrke studien (Postholm 2010: 132). Dokumentundersøkelser kan være egnet når det er umulig eller vanskelig å samle inn primærdata, eller når vi ønsker å vite hva mennesker har sagt eller gjort, for eksempel ved å bruke møtereferrat. I denne undersøkelsen vil bruk av møtereferrat og interne notat i sykehuset

kunne understøtte og forklare, eller eventuelt motsi de opplysningene som kommer fram i intervjuene. Men man må ta med i betraktning at slike data er samlet inn med en annen hensikt enn den vi har med vår undersøkelse (Jacobsen 2005:164). Det må også vurderes om man kan stole på de kildene dataene kommer fra. Man kan for eksempel bruke en kombinasjon av intervjuer, deltakende observasjoner og dokumentstudier (Postholm 2010):

- Ulike former for kvalitative intervjuer: strukturerte, semistrukturerte og ustrukturerte.
- Deltakende observasjoner måler hva personer gjør i naturlig sammenheng, ikke det de sier at de gjør (Jacobsen 2005:157). Det vil si det forskeren ser i det daglige som understøtter teorien og analysen. Jacobsen (2005) beskriver hvordan man spesielt ved observasjonsstudier også bør kartlegge og ta hensyn til eventuelle uformelle ledere (portvakter) for å unngå at de som skal observeres trekker seg tilbake eller oppfører seg unormalt. Det vil kunne føre til at informasjonen som samles inn ikke er til å stole på.
- Dokumentstudier, for eksempel skriftlige retningslinjer, rapporter og møtereferat.

Formålet med et forskningsintervju er å forstå sider ved dagliglivet til personen som intervjues, sett fra dennes eget perspektiv (Kvale & Brinkmann 2009:43). Man skal forsøke å få fram mest mulig relevant informasjon. Dette er spesielt viktig å reflektere over når intervjueren selv kjenner temaet godt, og kanskje til og med forsker i egen organisasjon. Hvis man på forhånd tror at man forstår intervjupersonens livsverden, kan man komme til å stille ledende spørsmål. Det vil derfor være viktig med åpne spørsmål, samtidig som man må sikre at det snakkes om det tema som man ønsker å belyse.

Et semistrukturert intervju er en samtale som ligger nær opp til en samtale i dagliglivet. Men siden den har et bestemt formål, er en særegen tilnærming og teknikk nødvendig (Kvale & Brinkmann 2009:47). En intervjuguide kan derfor være til hjelp, som en oversikt over hvilke punkter man skal innom i løpet av intervjuet (Jacobsen 2005:145). Men guiden bør være grov fordi man kan få andre svar enn man hadde tenkt seg. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver hvordan selve intervjuet kan føre til ny forståelse også for den som blir intervjuet. Når man følger opp uventede svar, kan det åpne for nye innfallsvinkler. Repstad hevder at man bør prøve å lete etter data som motsier teoriene man har valgt, og heller lete etter andre teorier som kan forklare dataene bedre (Nylehn & Støkken (red.) 2002:212). Det er derfor viktig å ta

vare på atypiske eller bemerkelsesverdige synspunkter som kan kaste nytt lys over ting (Ramsdal & Qvortrup, forelesningsnotater HIØ, 31.8.10).

4.2.1 Utvelgelse av respondenter og informanter

Personer som er representanter for den gruppen man ønsker å undersøke, kalles respondenter. Ved kvalitative undersøkelser velges også ofte ut personer som ikke er med i denne gruppen, men som har god kunnskap om fenomenet som skal undersøkes. De kalles informanter. Denne undersøkelsen skulle først og fremst ha fokus på leger og sykepleiere som er førstelinjeledere, for å finne ut hvordan de forholder seg til økonomistyring. Intervjuer med deres ledere ville antakelig også kunne gi mye informasjon, slik at situasjonen blir beskrevet fra forskjellige ståsted. Dessuten kunne rådgivere fra økonomi- og analyseavdelingen bidra med sin forståelse.

4.2.2 Forskningstillatelse

22. april 2010 sendte jeg en e-post til administrerende direktør i Sykehuset Østfold (SØ) med forespørsel om tillatelse til å forske i SØ. Forespørselen inneholdt en kort beskrivelse av tema for undersøkelsen og en foreløpig problemstilling. 8. juni var søknaden godkjent. I begynnelsen av juli ble kvalitets- og forskningsavdelingen i SØ kontaktet. Jeg sendte en prosjektbeskrivelse via e-post, og fikk straks tilbakemelding om hvilke avtaler som var nødvendig for å få registrert prosjektet. Disse ble sendt fortløpende, og 30. september var mastergradsprosjektet registrert i samsvar med gjeldende prosedyrer i SØ (F/20.2-24; F/20.1-24).

Videre ble hovedtillitsvalgte for sykepleierforbundet og legeföreningen i SØ informert om forskningsprosjektet. Dette ble også sendt via e-post sammen med forskningstillatelse og prosjektbeskrivelse. Jeg fikk en umiddelbar tilbakemelding fra tillitsvalgte om at de ikke var vant til å få informasjon om forskningsprosjekter. De ga uttrykk for at de ville be kvalitets- og forskningsavdelingen om å få informasjon om pågående prosjekter i framtiden.

4.2.3 utfordringer og fordeler ved å forske i egen organisasjon

Forskning i egen organisasjon, eget miljø og til og med i egen yrkesgruppe kan gi store utfordringer i forhold til objektivitet: nærhet / distanse, deltaker / tilskuer, patron / klient. Man må håndtere rollene som medarbeider, forsker og evt. leder samtidig. Det er viktig at forskeren klargjør, for seg selv og for aktører, sin posisjon i organisasjonen og hvilke forhåndsoppfatninger han har. På den måten kan forskeren redegjøre for hvilken informasjon om ham selv som kan ha innvirkning på analyse og fortolkning, dessuten for hvordan trekk ved ham selv og hans situasjon kan ha slik innvirkning (Nylehn & Støkken (red.) 2002:212). Dersom man har en sterkt avhengig posisjon i forhold til noen av aktørene der man skal forske, bør man vurdere å unngå dette feltet. Hvis man har en maktstilling i forhold til dem man forsker på, kan problemet være at respondentene holder tilbake opplysninger som kunne vært interessante for undersøkelsen, eller snakker deg etter munnen. Det kunne være problematisk å bruke ledere fra egen ledergruppe i en undersøkelse, dersom temaet kunne føre til at man fikk tak i sensitive opplysninger. Det ville være både et metodisk-teknisk og et forskningsetisk problem (Nylehn & Støkken (red.) 2002:211).

Det kan også være fare for at man som forsker og medarbeider i samme organisasjon kan være forutinntatt, slik at man ser tingene fra sin vante plass i organisasjonen og derfor glemmer å problematisere det man tar som en selvfølge (Nylehn & Støkken (red.) 2002:211). Man kan risikere å gå glipp av viktig informasjon fordi folk tror at forskeren har kjennskap til visse ting som han kanskje ikke kjenner til (ibid.). Dersom det er spenninger eller konflikter i organisasjonen og forskeren oppfattes som en konfliktpart, kan man risikere at viktig informasjon og data holdes tilbake. Man må være klar over eventuelle egne fordommer; hvem man liker eller eventuelt ikke liker, og egeninteresse må glemmes. Dette er spesielt viktig når forskeren tilhører en av profesjonene han forsker på. Profesjoner kategoriserer "seg selv og sine" i forhold til "de andre". Her i denne undersøkelsen måtte jeg løfte blikket og se forbi eventuelle oppfatninger jeg hadde om legers og sykepleieres holdninger til økonomistyring.

Det kan også være noen fordeler ved å forske i eget felt. Det at man er involvert og engasjert i en virksomhet, kan gi motivasjon underveis i forskningsprosessen (Nylehn & Støkken (red.) 2002:210). Forskningsprosessen med innsamling av data og gjennomføring av intervjuer kan hjelpes av at man er reelt opptatt av å forstå og forbedre et miljø (ibid.). Lokalkjennskap kan gi

fordeler; man kan språket og kjenner kodene, man kjenner konteksten og forhistorien. Derfor kan man være mer treffsikker med spørsmålene og forstå dataene i en bredere sammenheng.

Nøktern distanse er nødvendig i en masteravhandling (Claussen, forelesning 17.3.10). Skjervheim sier at det er umulig å skille mellom å være deltaker og tilskuer. Vi kan ikke unngå å påvirke det samfunnet vi er i. Allikevel er det viktig å sørge for en så objektiv tilnærming som mulig. Postholm (2010) beskriver hvordan det er avgjørende at forskeren er seg bevisst på hvilken rolle han inntar. Personene som skal delta bør bli informert om forskerens rolle, slik at de vet hvordan de skal forholde seg til forskeren. I denne undersøkelsen ble det viktig for meg å være tydelig på min rolle som forsker overfor de av intervjupersonene som kjente meg. Dette ble kort nevnt i informasjonen som ble sendt ut til intervjupersonene på forhånd. Jeg forklarte også innledningsvis i intervjuene at jeg i denne sammenhengen var forsker, og ikke leder og medarbeider i organisasjonen.

4.2.4. Populasjon og utvelgelse

Hvor mange intervjupersoner det er nødvendig å ha med i undersøkelsen, avhenger av formålet med undersøkelsen. I vanlige intervjuundersøkelser er det vanlig med et antall på 15 +/- 10 personer. Et økt antall respondenter vil utover et visst punkt tilføre stadig mindre kunnskap. Man kan i stedet få bedre utbytte av å bruke mer tid på å forberede og analysere intervjuene (Kvale & Brinkmann 2009:129).

Med problemstillingen som er valgt kunne det være både spennende og aktuelt å gjennomføre en undersøkelse i flere sykehus. Sykehuset Østfold HF (SØ) er områdesykehus for Østfold fylke, og er et eget helseforetak (HF) i Helseregion Øst. Det er et stort sykehus med mange divisjoner og avdelinger, og har mange likhetstrekk med andre norske sykehus. Dersom det fantes et sykehus som var spesielt velfungerende, kunne det være interessant å foreta en sammenligning. Men i følge rapporten fra Riksrevisjonen, var det de samme problemene og utfordringene som gikk igjen ved alle helseforetak som var med i undersøkelsen. Jeg valgte derfor ikke å bruke tid på å undersøke andre sykehus nærmere.

Dersom man har ubegrenset med tid til undersøkelsen, kan man ideelt sett intervju alle aktuelle kandidater som er tilgjengelig (teoretisk populasjon). Ut fra organisasjonskartene i SØ, fant jeg at det i september 2010 var 32 seksjonsledere, 7 avdelingssjefer og 7 assisterende avdelingssjefer i kirurgisk divisjon. I medisinsk divisjon var det 25 seksjonsledere, 7 avdelingssjefer og 7 assisterende avdelingssjefer. I praksis må forskeren begrense antall intervjupersoner til et antall som det er mulig for ham å håndtere. Man må vurdere hvor mye tid man har til rådighet, hvor mye tid som er nødvendig å bruke per intervju, og i tillegg beregne tid til transkripsjon. Kvale & Brinkmann (2009) mener at man må beregne å bruke ca fem timer på å transkribere et intervju av en times varighet. Ut fra tid og ressurser som jeg hadde til rådighet, vurderte jeg at det ville være praktisk mulig å gjennomføre tolv intervjuer. Det burde være tre - fem leger og tre - fem sykepleiere (minimum to fra hver profesjon i hver divisjon) for å få nok informasjon. Da kunne jeg ha med en avdelingssjef eller assisterende avdelingssjef og en økonomirådgiver fra hver divisjon, til sammen fire informanter. Underveis skulle det vise seg at utvalget ble begrenset, blant annet fordi det av forskjellige grunner ikke passet for alle aktuelle kandidater å delta.

4.3 Innsamling av data

I denne delen gis en beskrivelse av hvordan innsamling av informasjon til undersøkelsen har foregått. I tillegg til kvalitative data baserer studien seg på deltakende observasjoner, et utvalg av skriftlige kilder og sekundærdata. Forarbeidet til intervjuene og den praktiske gjennomføringen av intervjuene beskrives. Intervjuene ble siden transkribert, og utgjorde sammen med sekundærdata materialet for den etterfølgende analysen.

4.3.1 Innsamling av sekundærdata

Utgangspunktet for denne studien var en avisartikkel i Aftenposten, ”De uforbederlige sykehusene” (2009). Artikkelen viste til en rapport fra Riksrevisjonen om økonomistyring i de regionale helseforetak (dokument 3:3 (2009-2010)). Noen ga meg et tips om en avhandling innenfor emnet enhetlig ledelse, ”Mellom profesjon og reform” av Monica Skjøld Johansen. Jeg sendte en e-post til forfatteren med forespørsel om hvor jeg kunne få kjøpt boken, og hun sendte meg straks et eksemplar vederlagsfritt. Studien er presentert i kapittel 3 under ”Presentasjon av annen forskning”.

Skriftlige kilder som er benyttet i avhandlingen er offentlige dokumenter, tidsskrifter og avisinnlegg. Følgende har vært viktige kilder:

- Dagens Medisin
- Tidsskrift for den norske legeforening
- Sykepleien
- Fagtidsskriftet helse/medisin/etikk
- Avisartikler fra Aftenposten, VG og Dagbladet

Artikler i fagtidsskrifter er for det meste skrevet av journalister for profesjonelle, eller av de profesjonelle selv. Det vil derfor være profesjonsaktuelle tema som tas opp, og ofte vil de være preget av de profesjonelles holdninger. De kan derfor ikke ukritisk brukes som faktaopplysninger. Slike artikler er her brukt for å beskrive eller underbygge de profesjonelles holdninger. Noen av artiklene fra tidsskriftene er skrevet av profesjonelle som er ansatt som rådgivere i offentlig administrasjon, som for eksempel en overlege i KITH (som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet) som uttaler seg om regelverk for medisinsk koding. Slike artikler har jeg brukt som faktaopplysninger. Ellers er faktaopplysninger i hovedsak hentet fra offentlige dokumenter:

- Rapporter, regelverk og informasjon fra helsedirektoratet
- NOUer
- SINTEF-rapporter
- Samfunns- og næringslivsforskningsrapport (SNF-rapport om innsatsstyrt finansiering og pasientsammensetning ved norske sykehus).
- Nasjonal helseplan
- Riksrevisjonens undersøkelser
- Sykehuset Østfold Årlig melding 2009 til Helse Sørøst
- Lover og forskrifter for spesialisthelsetjenesten

Det er dessuten benyttet trykte interne dokumenter fra SØ, blant annet prosedyrer, tertialrapporter, handlingsplaner, årsrapporter og møtereferat fra ledermøter. Det er hentet ut data fra formelle styringssystemer i sykehuset, blant annet fra regnskapssystemer, aktivitetsrapporter og behandlingkoder som registreres og rapporteres.

4.3.2 Utforming av intervjuguider

Da det var tre forskjellige grupper som skulle intervjues, måtte det utarbeides tre til ulike intervjuguider. Det ble tatt utgangspunkt i rapporten fra Riksrevisjonen og annen forskning innenfor dette tema, og vurdert hva som var ønskelig å kartlegge. Følgende punkter ble valgt:

- Finnes det skriftlige retningslinjer / prosedyrer som beskriver hvordan økonomistyring skal følges opp?
- Hvordan oppfatter lederne tildelt ansvar og handlingsrom som gjelder økonomi og budsjett? Oppfatter leger og sykepleiere dette ulikt? Eventuelt hvorfor?
- Hvor mye tid bruker lederne på oppfølging av drift og økonomi? Opplever de tidspress i forhold til dette? Er det forskjell på leger og sykepleiere? Eventuelt hvorfor?
- Hvilken opplæring får lederne i sykehusets styringssystemer (LIS og Pivot), og hvordan og i hvilken utstrekning brukes systemene? Er det forskjell på leger og sykepleiere her? Eventuelt hvorfor?
- Får de hjelp og oppfølging av sin leder / evt. av økonomirådgiver når det gjelder enhetens økonomi?
- Hvordan opplever de ulike profesjonene at ISF og DRG fungerer i praksis?
- Hvordan og av hvem registreres koder? Hvordan og av hvem utøves kontroll av koderegistrering og rapportering, og hvordan følges det opp i avdelingen?
- Kryssende logikker: Opplever lederne krysspress mellom sin faglige bakgrunn og ISF / DRG?
- Kan ISF-systemet være mulighetsskapende? Opplever leger og sykepleiere dette ulikt? Eventuelt hvorfor?

På bakgrunn av disse punktene ble det utarbeidet én guide for samtale med økonomirådgivere, én for avdelingssjefer og én for seksjonsledere. For å sikre at spørsmålene var egnet til å innhente den ønskede kunnskapen, ble det gjennomførte prøveintervju med to ansatte, en på førstelinjenivå og en på avdelingssjefnivå. Det viste seg at spørsmålene var godt rettet inn mot den beskrivende del av problemstillingen. For å ta hensyn til den forklarende del av problemstillingen som går på hvordan eventuelle ulikheter i holdninger kan forklares, var det nødvendig med noen endringer.

4.3.3 Informert frivillig samtykke og anonymitet

Informert samtykke er viktig for å styrke enkeltindividets autonomi. Ethiske problemer kan oppstå gjennom hele intervjuprosessen fordi man undersøker menneskers privatliv og legger beskrivelsene ut i det offentlige (Kvale & Brinkmann 2009:80). Man må vurdere hvilke mulige konsekvenser studien kan ha for intervjupersonene, gruppen eller organisasjonen de representerer dersom sensitive opplysninger kommer fram. Det innebærer at man må vurdere hvor kritisk man kan være i spørsmålene som stilles, og at man må foreta en lojal transkripsjon av de muntlige uttalelsene. Dessuten må man være så presis at avhandlingen blir interessant, og samtidig sikre at uttalelsene ikke kan spores tilbake til intervjupersonene (ibid:81). Dette vil være spesielt viktig når man foretar undersøkelsen i egen organisasjon. En stor utfordring underveis har derfor vært arbeidet med anonymisering. Jeg har lagt vekt på å tåkelegge og anonymisere konteksten intervjupersonene jobber i, og dette vil oppgaven muligens bære preg av. Før intervjuene lovet jeg intervjupersonene at dersom jeg mente at noen av uttalelsene kunne føres tilbake til dem, skulle jeg gi dem beskjed. Det har jeg også gjort, og de har gitt meg tillatelse til å bruke materialet.

4.3.4 Plan for intervjuprosessen

Kvale og Brinkmann (2009:49) beskriver at intervjueren må være velinformert om temaet for å kunne registrere og fortolke meningen med det som sies i intervjusituasjonen. Første skritt måtte derfor bli å ta kontakt med økonomi- og analyseavdelingen for å få hjelp til å samle inn sekundærdata. Deretter var planen å intervju økonomirådgivere og avdelingssjefer, og avslutningsvis førstelinjelederne. Samme dag som prosjektet ble registrert i forsknings- og utviklingsavdelingen ved SØ, tok jeg kontakt med en sjef ved økonomiavdelingen via e-post. Jeg ba om hjelp til å finne fram relevante dokumenter og styringsdata fra økonomi- og analyseavdelingen. Jeg fikk umiddelbart positivt svar, og ble invitert til et første møte. Jeg fikk samtidig beskjed om at jeg måtte vente til etter 8. november med å ta videre kontakt for å avtale intervjuer, dette for ikke å forstyrre økonomirådgiverne i den pågående budsjettprosessen. 10. november tok jeg kontakt igjen, og fikk en avtale om første intervju uken etter.

4.3.5 Gjennomføring av intervjuene

Jeg valgte å snakke med intervjukandidatene først og spørre om de kunne tenke seg å stille til intervju, og avtalte om mulig tid med det samme. Deretter sendte jeg en e-post med informasjon om undersøkelsen. Jeg informerte der om frivillig samtykke og anonymitet; at de kunne svare på det de ville, at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen uten å oppgi noen grunn, og at ingenting av det de sa skulle kunne føres tilbake til dem. Når vi så møttes til intervju, gjentok jeg denne informasjonen. Før jeg startet opptakeren, la jeg vekt på å forklare min rolle ved intervjuet: ”Under intervjuet er jeg ikke seksjonsleder, men forsker. Det kan hende at jeg kommer til å stille spørsmål som du tenker at jeg burde vite svaret på selv. Jeg stiller disse spørsmålene fordi jeg må ha et åpent sinn og ikke gå ut fra at vi har samme forståelse”.

Man kan tenke at omgivelsene hvor intervjuet foregår vil ha betydning, om det foregår i kjente eller ukjente omgivelser, og om intervjupersonene er stresset eller avslappet. De fleste foretrakk at jeg møtte dem på deres kontor. Jeg vurderte det dit at det var mest hensiktsmessig, både fordi intervjuene måtte foregå i arbeidstiden i en travel hverdag, men også fordi jeg regnet med at de ville føle seg mest komfortable og kanskje være mer åpne i kjente omgivelser. Kontakten og samarbeidet mellom forsker og intervjukandidat er viktig for at forskeren skal forstå den andres virkelighet. Det er ikke sikkert at de forsto alle spørsmålene mine, eller at jeg forsto svarene deres fullt ut. Det kan jo også tenkes at noen av svarene var strategiske, selv om det ikke var mitt inntrykk. Jeg oppfattet tvert i mot alle som veldig åpne og ærlige. Dette kom frem ved at de innrømmet at det var ting de ikke visste eller ikke hadde oversikt over.

Intervjuene ble gjennomført i samsvar med intervjuguidene for å sirkle inn dette bestemte temaet, men rekkefølgen på temaene varierte. Jeg innledet med spørsmål om enkle biografiske data for å få samtalen i gang, og avsluttet med et åpent spørsmål om informantene hadde noe han eller hun ønsket å tilføye. Noen benyttet seg av dette, som regel for å utdype eller understreke noe vi allerede hadde snakket om. Ved et par tilfeller tok jeg senere kontakt med intervjupersonene for å få utdypet noe som ble sagt under intervjuet, men som jeg syntes ikke hadde kommet klart nok frem.

Jeg valgte å bruke digital opptaker fordi det er en enkel og teknisk brukervennlig metode som gir god lyd kvalitet, og fordi jeg ville unngå å bli distraheret av for mye notatskriving. En opptaker fanger også opp stemmeleie, evt. nøling og pauser, som kan ha betydning når intervjuene skal fortolkes. Jeg hadde planlagt å gjøre noen korte notater i stikkordform som sikkerhet i tilfelle opptaket skulle være mislykket, men fant ut at skrivingen fjernet oppmerksomheten min fra det som ble sagt. Alle informantene godtok bruk av opptaker. Jeg var tydelig på når opptakeren ble satt på og når den ble skrudd av. En av informantene hadde vakt mens intervjuet pågikk, og jeg slo da av opptakeren når telefonen ringte eller noen banket på døra. Av og til kom informantene med noen opplysninger etter at opptaket var ferdig, som jeg oppfattet som ”off the record-uttalelser”, uten at det ble presisert. Disse uttalelsene ble i liten grad skrevet ned. Allikevel var det viktige opplysninger som var med på å gi et bredere perspektiv.

4.3.6 Transkribering av data

Opptakene ble lastet ned som lydfiler på PC, og jeg brukte et elektronisk transkripsjonssystem ved skriving. Det var en meget praktisk løsning som gjorde det mulig å senke avspillingshastigheten til min skrivehastighet. Jeg valgte å transkribere selv umiddelbart etter intervjuene mens jeg hadde intervjusituasjonen friskt i minne, slik at jeg kunne notere mine tanker og fortolkninger samtidig. Jeg kunne da også utforme oppfølgings spørsmål før neste intervju, når jeg så at det var behov for det.

4.4 Forberedelse til analysen

Analyse er en prosess der forskeren får mening ut av dataene som er samlet inn. I denne prosessen deles helheten opp og analyseres hver for seg. En bedre forståelse av delene vil kunne bidra til en mer enhetlig forståelse av fenomenet som er studert (Postholm 2010:105).

I følge Jacobsen (2005:186) kan analyse av kvalitative data sies å dreie seg om tre ting:

- Beskrive: dreier seg om utskrivning av intervjuer og en viss systematisering.
- Systematisere og kategorisere: dreier seg om å sile ut og forenkle data for å få oversikt over informasjonen, slik at man kan formidle det som er funnet.

- Sammenbinde: dreier seg om å fortolke data; det vil si å lete etter meninger og årsaker og å ordne dataene. I denne fasen går man utover det man har sett og hørt for å få fram de skjulte og kanskje mest interessante forholdene.

Kvale & Brinkmann (2009) advarer mot å glemme den opprinnelige samtalen etter intervjusituasjonen, noe som kan føre til at man behandler resultatet som noe fastlagt og gitt, kun som en samling uttalelser. De anbefaler å behandle teksten som en fortsettelse av samtalen i intervjusituasjonen.

4.4.1 Kategorisering

Ved kategorisering foretas en abstrahering av data ved at man forenkler kompliserte og detaljrike data. Det er en prosess hvor man ser etter mønster i datamaterialet (Postholm 2010). I hele datainnsamlingsperioden, men spesielt i perioden som intervjuene pågikk, forsøkte jeg å se de valgte teoriene i sammenheng med de konkrete eksemplene som intervjukandidatene presenterte for meg. Det var jo deres refleksjoner og perspektiv som skulle fram, samtidig som datamaterialet skulle gjøres mer oversiktlig og håndterlig.

5.0 BESKRIVELSE OG ANALYSE

Analysedelen innledes med en beskrivelse av hvordan innsamling av empirisk materiale har foregått. Videre presenteres bakgrunnsinformasjon for å sette studien inn i den historiske sammenhengen. Det er viktig å se den studerte prosessen i sammenheng med historie og konteksten studien foregår i. I følge Nesheim bør man ikke studere et fenomen løsrevet fra konteksten det befinner seg i (Nesheim 1992). Først beskrives seksjonslederfunksjonen og organisering og ledelsesstruktur i SØ. Deretter gjøres en mer grundig gjennomgang av ISF og DRG, som kort ble omtalt i kapittel 2. Til sist redegjøres for hvordan registrering og oppfølging av medisinsk koding foregår i SØ.

5.1 *Empirisk materiale*

Empirien er hentet fra åtte intervjuer foretatt i Sykehuset Østfold i tiden fra oktober 2010 til februar 2011. Alle intervjuene ble utført i intervjupersonenes arbeidstid med tillatelse fra avdelingssjefene, og varte fra 45 minutter – 75 minutter. Intervjukandidatene er fordelt slik: 6 seksjonsledere (respondent nr 1, 2 og 3 er sykepleiere, og nr 4, 5 og 6 er leger), 1 avdelingssjef og 1 økonomirådgiver. Utvelgelsen av intervjukandidatene foregikk dels ved at jeg spurte avdelingssjefer om hvilke seksjonsledere de mente jeg burde ta kontakt med, og dels ved at jeg sendte mail direkte til aktuelle kandidater. De som svarte på henvendelsen og ønsket å delta, ble intervjuet. Avdelingssjefen ble intervjuet for å belyse seksjonslederrollen fra nivået over, og ble valgt ut ved at jeg trakk lodd mellom aktuelle kandidater.

I tillegg er det gjennomført samtaler med flere informanter; en avdelingssjef, en leder og en ansatt i økonomi- og analyseavdelingen, og en leder og en ansatt ved skrivejtenesten. Før disse samtalene tok jeg kontakt med den enkelte og forklarte at formålet med samtalen var datainnsamling til en undersøkelse, og beskrev hva tema for oppgaven var. Disse samtalene ble ikke tatt opp på bånd, men notatene jeg tok underveis ble etterpå sendt til den enkelte via e-post til gjennomsyn som en sikkerhet. De kom da med tilbakemeldinger, og notatene ble rettet i samsvar med disse. Samtalen med avdelingssjefen foregikk som et prøveintervju. Det ble også gjennomført prøveintervju med en annen seksjonsleder.

Det er både mannlige og kvinnelige respondenter og informanter med i undersøkelsen. Sykepleier seksjonslederne omtales som hunkjønn, alle andre informanter omtales som

hankjønn. Sykepleier-responentene er ledere for sengepost eller poliklinikk. Lege-responentene er ledere for sin seksjon, i SØ er stillingsbetegnelsen enten seksjonsleder lege eller seksjonsoverlege. (For nærmere beskrivelse av seksjonsleders ansvarsområder, se kapittel 2.4.2, "Førstelinjeleder / seksjonsleder"). Det er viktig å få fram at seksjonslederne i undersøkelsen er hentet fra flere avdelinger, slik at deres beskrivelse ikke gjengir forholdene i én bestemt avdeling.

5.2 Strukturelle særtrekk i endring

5.2.1 Ledelse og organisering i Sykehuset Østfold

I spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-9) står det at sykehusets eier og ledelse kan fritt vurdere hvilke kvalifikasjoner de mener er nødvendige hos ledere på de ulike nivåer og avdelinger, videre at det vil være relevant å stille krav om lederegenskaper og lederkunnskaper samt kvalifikasjoner innen fagområdet enheten ivaretar. I neste avsnitt beskrives hvilke krav som stilles til seksjonsledere i SØ, og hvilke ansvarsområder som følger med stillingen.

5.2.1.1 Seksjonslederstillingen - krav og funksjonsområder

I mal for funksjons- og arbeidsbeskrivelse SØ står det at det skal utarbeides en funksjons- eller arbeidsbeskrivelse for alle ansatte i sykehuset (F/2.2-02). En funksjonsbeskrivelse for en stilling skal beskrive de funksjons- og ansvarsområder som tilligger en yrkesgruppe eller en stilling. En arbeidsbeskrivelse er en konkret og mer detaljert beskrivelse av spesielle oppgaver som en arbeidstaker har ansvar for. Videre står det i malen at det er divisjonsdirektør som er ansvarlig for at det utarbeides funksjonsbeskrivelser for yrkesgrupper i divisjonen, mens avdelingssjefene er ansvarlig for at det utarbeides arbeidsbeskrivelser for alle yrkesgrupper og funksjoner i avdelingen. Det finnes en grunnleggende funksjonsbeskrivelse for seksjonsledere i kliniske seksjoner som tidligere beskrevet. I tillegg har de fleste avdelinger og seksjoner egne funksjonsbeskrivelser og eventuelt arbeidsbeskrivelser for sine seksjonsledere.

Funksjonsbeskrivelse for seksjonsleder ved kliniske seksjoner i SØ (F/2.2-08) inneholder følgende kvalifikasjonskrav og funksjonsområder for stillingen:

Kvalifikasjonskrav:

- Helsefaglig utdanning fra høyskole eller universitet
- Dokumentert lederutdanning og – erfaring
- Evne og vilje til å motivere og til å arbeide sammen med og gjennom andre

Funksjonsområder:

- Seksjonsleder har ansvar for seksjonens drift (enhetsansvar) i henhold til gjeldende lover, forskrifter, avtaler og sykehusets interne styringsdokumenter, og for å følge opp endringer i myndighetskrav og interne styringsdokumenter.
- Seksjonsleder har også helhetsansvar; seksjons- og avdelingsovergripende ansvar (F/2.2-08).

Det siste punktet under funksjonsområder henviser til at alle ledere i SØ har et felles ansvar for helheten. Dette vil være spesielt viktig i forhold til pasientbehandlingen, der man må ha fokus på hele pasientforløpet, og der samhandling på tvers er viktig.

Økonomirådgiver forteller at det i de fleste avdelinger fortsatt er avdelingssjefen som har personal- og økonomiansvar for legene. Seksjonsoverlegene har kun fagansvar og ikke budsjett- og personalansvar. Ved å se på de ulike funksjonsbeskrivelsene, finner man at de allikevel har ansvar for oppgaver som har stor betydning for økonomi og ledelse i seksjonen. Seksjonsoverlegene kan få delegert oppgaver som for eksempel arbeidsplaner, godkjenning av overtid og ekstravakter og innleie av vikarer i det elektroniske turnusplanleggingssystemet (GAT). I funksjonsbeskrivelsen for seksjonsoverlege gynekologisk seksjon (DK57/2-07) står det blant annet om stillingens ansvarsområde og hovedoppgaver:

- Seksjonsoverlegen vil bli holdt orientert om den økonomiske situasjonen for seksjonen og skal arbeide for at seksjonens tildelte budsjett holdes. Ved endringer som kan medføre økonomiske forandringer skal avdelingssjefen orienteres. Seksjonsoverlegen skal, i samarbeid med avdelingssykepleier, komme med budsjettforslag for seksjonen ovenfor avdelingssjefen (DK57/2-07).

Kirurgisk avdeling har en spesiell struktur som skiller seg ut med stillingsbetegnelsen seksjonsledere lege. De har budsjettansvar for seksjonenes lønnsutgifter, men ikke for andre drifts- og varekostnader som på en sengepost. I funksjonsbeskrivelsen for seksjonsleder lege (DK10/2.0-12) står det at seksjonsleder lege har følgende ansvar som gjelder økonomi:

- Skal delta i utarbeidelse av seksjonens budsjettforslag.
- Har kontinuerlig oppfølging og ansvar for seksjonens aktivitet og regnskap, gjennom månedlige rapporteringer på definerte nøkkeltall og parametre.
- Delta i målstyringsmøter.
- Har anvisningsrett for seksjonens timelister og attestasjonsrett for seksjonens faktura (DK10/2-12).

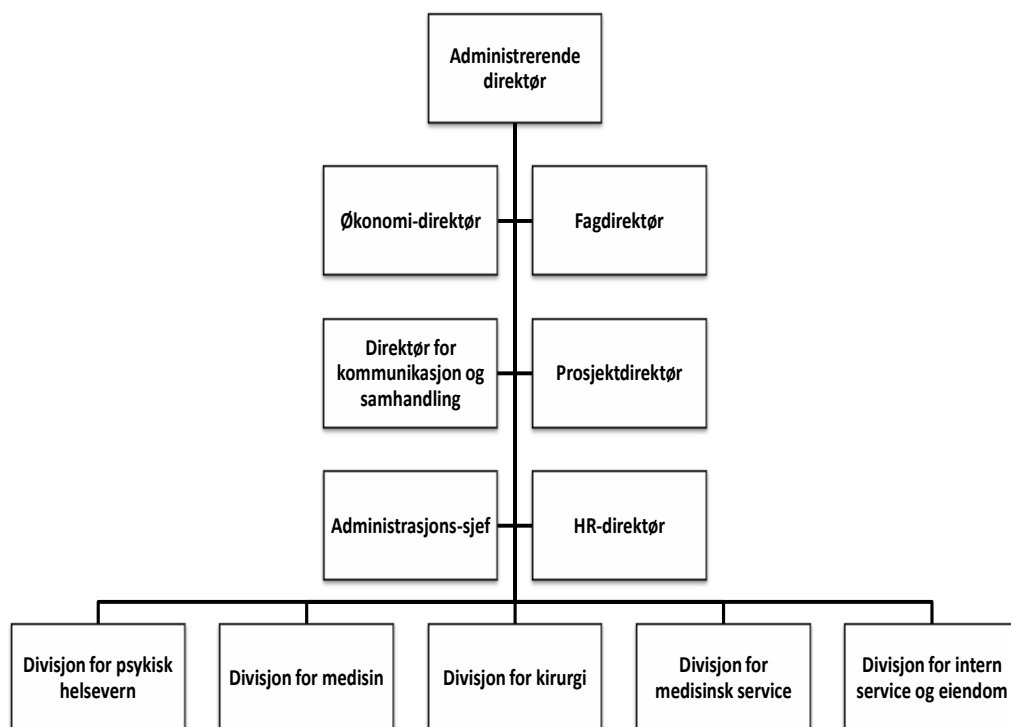
5.2.1.2 Kvalifiseringsprogram

Som leder må man utvikle en forståelse for arbeidsprosesser, rutiner, regelverk og prioriteringer, og man må vite hvilke ledelsesverktøy som finnes (Haaland & Dale 2009:38). Med andre ord; lederne må vite hva som forventes av dem og hvordan de får den informasjonen de trenger for å gjøre jobben. Både for lederen, medarbeiderne og organisasjonen er det viktig at innføringen skjer på en konstruktiv måte, slik at man raskt og effektivt kan fylle lederrollen. Forskning viser at lederutvikling først og fremst skjer gjennom det daglige arbeidet. Kurs, seminarer og program på skolebenken er ikke unyttig, men er i beste fall kun en hjelp i utviklingen (ibid:16). Førstegangsledere står naturlig nok overfor flest utfordringer, men forskning viser at også personer med ledererfaring ofte går gjennom en tøff prosess ved overgang til ny lederstilling (ibid.).

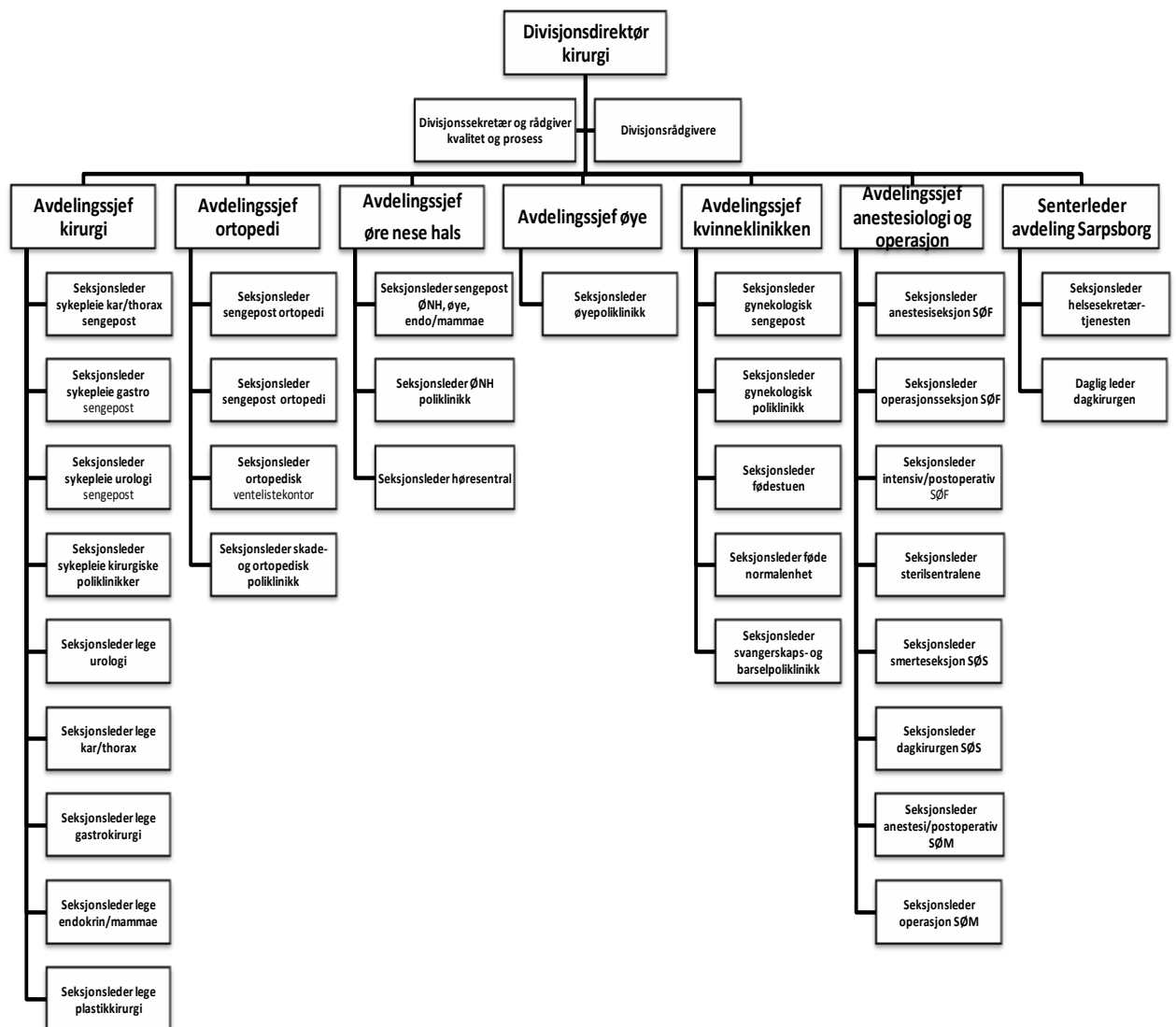
SØ har et internt lederutviklingsprogram som skal gi en innføring i sentrale ansvarsområder og oppgaver som ligger til lederstillingene. Det er obligatorisk for nye ledere med personalansvar, fortrinnsvis seksjonsledere, men er åpent for alle ledere som har behov for det. Opplæringen inneholder blant annet informasjon om organisasjonens formelle struktur, administrative rutiner, styringsverktøy, budsjett og regnskap, kvalitetssystem og avvikshåndtering. Programmet går over en periode på ca 6 måneder med undervisning i bolker på 1-3 dager. Deltakerne må ha deltatt på samtlige samlinger for å få godkjent kursbevis, men ved frafall har man anledning til å ta igjen undervisning ved å følge neste års program.

5.2.1.3 Organisering i sykehuset Østfold

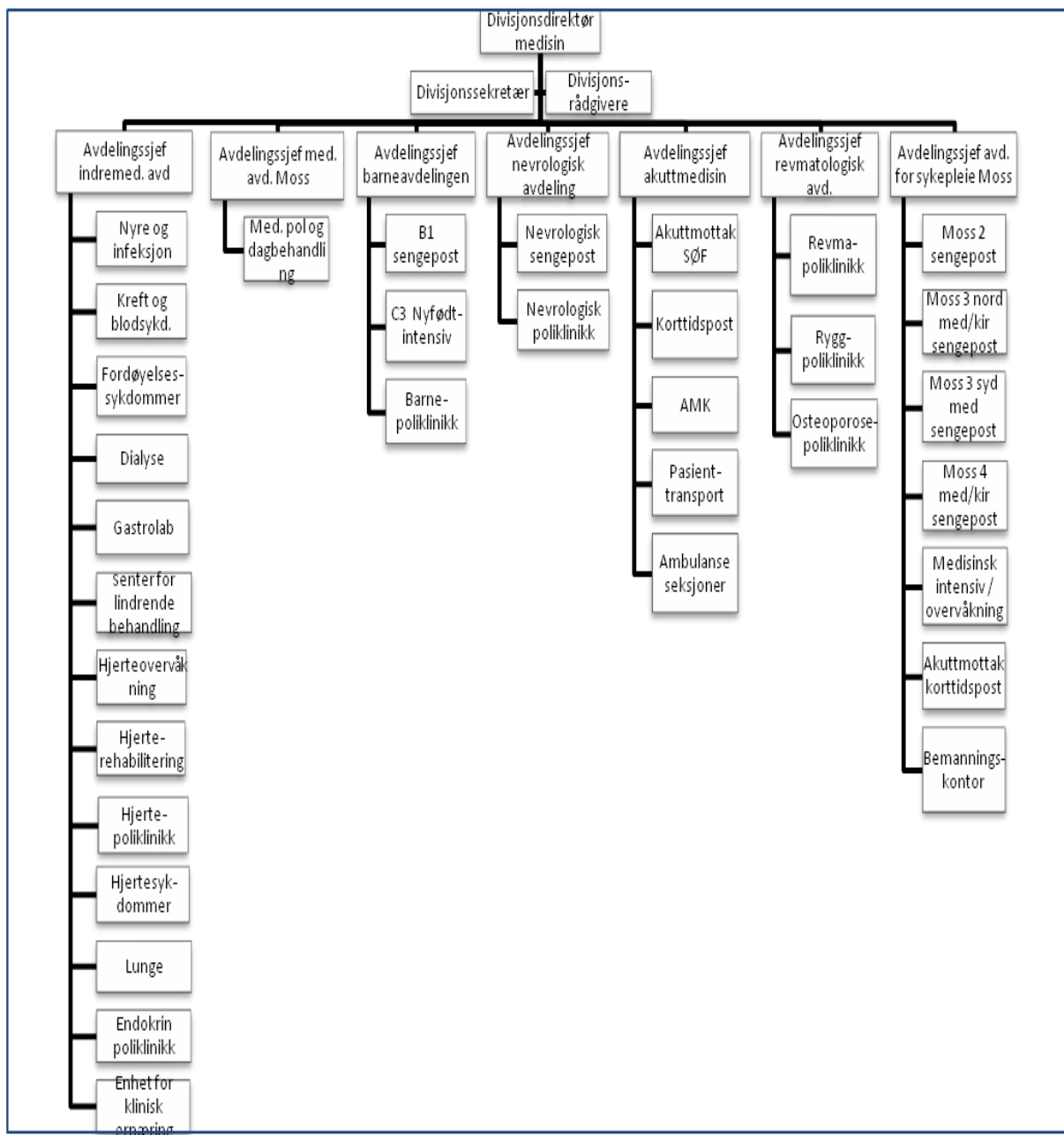
Virksomheten i Sykehuset Østfold er inndelt i 5 divisjoner: Divisjon for psykisk helsevern, Divisjon for medisin, Divisjon for kirurgi, Divisjon for medisinsk service og Divisjon for intern service og eiendom. Hver divisjon er en selvstendig administrativ og økonomisk enhet, ledet av divisjonsdirektør og underlagt administrerende direktør. Divisjonsledelsen er ansvarlig for all virksomhet i divisjonen uavhengig av hvor de tilhørende enheter er geografisk plassert i fylket. SØ har virksomhet i Fredrikstad, Sarpsborg, Moss, Halden og Askim. Hver divisjon er inndelt i avdelinger, som igjen består av ulike antall seksjoner. Inndelingen i divisjoner vises i organisasjonskartet under. Videre vises organisasjonskart for de somatiske divisjonene; divisjon for kirurgi og divisjon for medisin.



Organisasjonskart over divisjoner i SØ (fritt etter SØ)



Organisasjonskart over Divisjon for kirurgi SØ



Organisasjonskart over Divisjon for medisin SØ

5.2.2 Innsatsstyrt finansiering og diagnoserelaterte grupper

Diagnoser som leger og andre behandlere stiller ved all pasientbehandling bestemmes ut fra en medisinsk faglig vurdering, og alle kjente diagnoser kan velges. I tillegg skal alle pasientopphold i spesialisthelsetjenesten registreres med medisinske koder, noe som er nødvendig for å kunne føre statistikk. Ved medisinsk koding beskrives sykdommer eller

symptomer med koder som er samlet i et diagnosekodeverk (ICD-10). Kodeverket inneholder et begrenset antall diagnoser som Verdens helseorganisasjon (WHO) ønsker å følge statistisk. Det finnes derfor ikke alltid en kode for enhver tilstand, og man må da velge den koden som ligger nærmest den riktige diagnosen. Tilsvarende beskrives hvilke undersøkelser og behandlinger som gjøres med koder fra to ulike prosedyrekodeverk; NCMP med medisinske prosedyrer og NCSP med kirurgiske prosedyrer. En kode består av tall og bokstaver med en tilhørende tekst som angir hva koden beskriver. Fordelen ved å bruke koder er at man skal kunne unngå misforståelser om hvilken tilstand man snakker om. Samme sykdom kan ha flere forskjellige navn, men kun én kode (med noen unntak).

Kodene som velges ved hver pasientbehandling dokumenteres i pasientens journal. Kodene registreres også elektronisk i sykehusets administrative system sammen med informasjon om behandlingsressurs (for eksempel sykepleier eller lege), pasientidentifikasjon og tidsbruk. På bakgrunn av disse registreringene rapporterer administrasjonen ved hvert sykehus utvalgt informasjon om pasientbehandling videre til sentrale myndigheter i Norsk pasientregister (NPR), som blir drevet av Helsedirektoratet. Tidligere ble pasientdata overført til NPR uten navn og fødselsnummer tilknyttet. Fra 2009 er data som overføres personidentifiserbare, men kryptert. Kun noen få autoriserte personer ved Norsk pasientregister har, under særlige betingelser, anledning til å knytte helseopplysninger til pasienters fødselsnummer (www.helsedirektoratet.no).

Medisinske koder gir viktig informasjon om pasientens opphold ved sykehuset, og denne informasjonen kan være essensiell når pasienten trenger helsehjelp ved andre anledninger, eventuelt ved andre sykehus (Hansen 2006). Men det viktigste formålet med koding er å få en oversikt over forekomsten av ulike sykdommer i befolkningen og hvordan det varierer med tid og sted (morbiditetskoding). Koding brukes også ved dødsårsaksstatistikk (mortalitetskoding). Et tredje område er virksomhetsdata som brukes i styring og planlegging. En region, et HRF eller et sykehus kan finne ut hvor mange pasienter med ulike typer sykdommer som henvises, undersøkes og behandles innenfor en periode (Helsedirektoratet 2010).

Finansieringssystemet for helseforetakene består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning, altså innsatsstyrt finansiering (ISF). Slik ISF fungerer i dag, får de somatiske sykehusene 60 prosent rammefinansiering fra Staten og 40 prosent stykkprisfinansiering.

Basisbevilgningen bestemmes av antall innbyggere og alderssammensetning i regionen. Den aktivitetsbaserte delen er avhengig av hvor mange pasienter som behandles, hvilken type sykdommer de har og hvilken helsehjelp de får.

ISF-refusjonen beregnes for hvert helseforetak ut fra systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG). DRG-systemet grupperer de medisinske kodene sammen med annen administrativ informasjon som sykehusene registrerer ved hvert pasientopphold. Gruppering til DRG skjer ved hjelp av et dataprogram, slik at man ikke kan velge DRG-gruppe. I det norske systemet finnes om lag 500 DRG-grupper. Til hver DRG er det tilordnet en kostnadsvekt som er beregnet ut fra hva et opphold i denne DRG i gjennomsnitt koster i forhold til et gjennomsnitt av alle DRGer. Det gjenspeiler ikke de faktiske utgiftene ved behandlingen. En gjennomsnittspasient har en kostnadsvekt om lag lik 1, mens de mest ressurskrevende pasientene kan ha en kostnadsvekt nær 26. DRG-refusjonen gjenspeiler altså gjennomsnittspasienter på landsbasis, og det kan være store sprik mellom sykehusets faktiske kostnader for en pasient og den refusjonen som sykehuset får (Overlege Glen Thorsen ved KITH, Dagens Medisin 2003).

DRG-grupper brukes som grunnlag for å beregne kvalitetsindikatorer for sykehusbehandling. På nettstedet Fritt sykehusvalg oppgis nasjonale kvalitetsindikatorer for å gi publikum, pasienter og helsepersonell informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innenfor noen områder av spesialisthelsetjenesten. En kvalitetsindikator er et indirekte mål på kvalitet som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Indikatorer som oppgis for fysisk helse er blant annet sykehusinfeksjoner, utsettelse av planlagte operasjoner, korridorpasienter og epikrisetid (skriftlig tilbakemelding fra sykehuset til fastleger etter behandling) og tidligere pasienttilfredshetsundersøkelser. ”Sentralt i denne sammenheng er pasienterfaringer. De valgte indikatorene sier ikke nødvendigvis noe om resultater av medisinsk behandling og tiltak”, kan man lese på internettsidene til Fritt sykehusvalg (www.frittsykehus.no - kvalitet).

Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for drift og utvikling av finansieringsordningen. Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH) har den utførende jobben med drift av medisinske kodeverk. I 2010 ble det for første gang utgitt en samlet kodeveiledning, hvor man har forsøkt å gjøre innholdet mer lettfattelig enn tidligere og til reell hjelp ved koding (Helsedirektoratet 2010). Denne veiledningen inneholder 126 - etthundreogtjuuseks - A4 sider. I løpet av de siste 30 – 40 årene har finansieringsordningen for sykehusene blitt endret

flere ganger. Utviklingen går mot en stadig klarere sammenheng mellom de medisinske avgjørelser som tas og hvilke økonomiske konsekvenser de får for sykehusene (Kjerstad & Kristiansen 2002).

I perioden fra 1970 – 79 fikk sykehusene inntekter etter satser per liggedøgn, såkalt kurdøgnfinansiering. En stor del av utgiftene ble da direkte refundert fra Folketrygden, resten ble finansiert innenfor sykehuseiers, det vil si fylkeskommunens budsjett. Denne ordningen ga ikke sykehusene incentiver til kostnadsbesparelser, og man så behovet for å endre ordningen for å styre utgiftene. I 1980 ble rammefinansiering innført. Det er en ordning som består av en grunnbevilgning som ikke er avhengig av aktivitet, men som er tilpasset antall innbyggere og alderssammensetning i regionen (regjeringen.no). I 1997 ble ISF innført for å stimulere til økt aktivitet. Deler av utgiftene til behandling av pasienter blir da refundert fra staten. Andel stykkpris har variert kraftig, men har nå ligget stabilt på 40 % de siste 4 årene. De to første årene var det kun behandling av inneliggende pasienter som kom inn under ordningen. Fra og med 1999 ble det gjort endringer slik at også dagkirurgi og en del av den polikliniske aktiviteten også kom inn under denne ordningen. Fra 2009 er også all poliklinisk aktivitet under ISF.

ISF er et finansieringssystem som er rettet mot de regionale helseforetakene, og det er ikke meningen at det skal brukes som et gjennomgående prissystem på avdelings- og pasientnivå. En del sykehus viderefører allikevel refusjonsordningen nedover til avdelingene etter å ha gjort ulike fordelinger mellom kliniske avdelinger og serviceavdelinger. Legeforeningen frykter at dette kan føre til at helsepersonell vil oppleve at økonomiske forhold påvirker deres valg og anledning til å prioritere pasienter (Sosial- og helsedirektoratet 07.2007). Regelverket oppdateres årlig med utgangspunkt i et revidert DRG-system. Det rettes kritikk mot at systemet oppdateres for sent med hensyn til nye medisinske prosedyrer. Alle endringsforslag som meldes pga ny medisinsk praksis må kvalitetssikres først, og det tar gjerne to år før de blir implementert i DRG-systemet. Det har også vært kritisert at revidert regelverk blir tilgjengelig to måneder inn i nytt budsjettår, fordi det fører til usikkerhet om årets inntekt. Dette har helsedirektoratet tatt til etterretning, og i 2010 var årets regelverk for første gang ferdig kort tid før budsjettåret startet. Årlige endringer skal nå behandles på høsten, publiseres rundt 1. september og tre i kraft 1. januar. Det elektroniske søkeverktøyet vil alltid inneholde de nyeste endringene, mens den trykte bokutgaven utgis sjeldnere (KITH).

Utgifter til helsevesenet ville stige voldsomt dersom sykehusene skulle få betalt for alle tilfeller der helsepersonell har kontakt med pasientene. Dette er ikke ønskelig i samfunnsøkonomisk perspektiv. ISF har ikke som siktemål å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsaktivitet, 40 % anses i de fleste tilfeller å ligge under marginalkostnaden (Sosial- og helsedirektoratet 07.2007). Sykehusene skal ikke kunne redusere underskudd ved å øke aktiviteten, og det skal ikke lønne seg å prioritere ”lønnsomme” pasienter. Det skal ikke styres mot en høyere aktivitet enn det som er lagt til grunn i budsjettene.

I en rapport som ble bestilt fra Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2007, gjorde Sosial- og helsedirektoratet en gjennomgang av systemet for innsatsstyrt finansiering. I den forbindelse ble det i samarbeid med TNS Gallup gjennomført en spørreundersøkelse blant administrerende direktører, økonomidirektører, fagdirektører og avdelingsledere ved landets sykehus, for å kartlegge kunnskap og holdninger til ISF-ordningen. Resultatet kan tyde på at informasjonen om systemet har vært mangelfull og ikke tilstrekkelig konsistent, og at mål og hensikt med systemet ikke har vært klart nok kommunisert. Dessuten mener man at det mangler en god felles forståelse av systemet blant de ulike aktørene. 70 % av respondentene svarer at det er behov for mer informasjon om ISF-ordningen.

I en artikkel ”Dårlig økonomistyring i helseforetakene” (I: Sykepleien 12.11.2009) sier ekspedisjonssjef Therese Johnsen i Riksrevisjonen: ”Feilføring av medisinske koder som utløser innsatspenger til sykehusene, utgjør nesten en milliard kroner alene, og det har ikke skjedd noen forbedring siden revisjonen i 2003.” En av fire pasienter er feilkodet i følge Riksrevisjonen. Feilkoding fører til at noen sykehus får mer penger enn de skulle hatt, mens andre får for lite. Avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, Leena Kivilouto, sier at hun som lege selv har ”forbannet” seg over kodingen. Hun presiserer at det ikke er økonomiske hensyn som er det viktigste ved koding, men at riktig koding gir viktig informasjon om helsetjenesteforskning, statistikk og styring (”Vil ha bedre medisinsk koding”. I: Dagens Medisin 30.10.08). Hovedtilstanden bør alltid registreres først. Hvis det dreier seg om mer enn én tilstand, skal den mest ressurskrevende velges. Det er viktig å få med relevante bi-diagnoser og de medisinske prosedyrer som er brukt.

5.2.3 Bruk av diagnoserelaterte grupper i Sykehuset Østfold

Antall produserte DRG-poeng er både et plan- og oppfølgingsparameter internt i SØ og mot Helse Sør-Øst sentralt. Till HSØ rapporterer sykehuset månedlig tall for foretaket splittet på DRG-poeng for døgn-, dag- og polikliniske opphold. Internt i sykehuset følger man tilsvarende tall ned på avdelingsnivå.

Pålagte registreringer av pasientdata som er grunnlaget for DRG-beregningene, blir også systematisk brukt som plan- og oppfølgingsparametre samt som analysegrunnlag for endrings- og effektiviseringsprosesser. Der kan man blant annet koble diagnoser og prosedyrer mot behandlingstider. SØ har også implementert et styringsverktøy som heter Kostnad per pasient (KPP) der man bruker ovennevnte registreringer av pasientdata og knytter kostnader til de forskjellige delene av disse pasientforløpene. Dette kan brukes til benchmarkingstall som grunnlag for forbedringsarbeide for eksempel ved utarbeidelse av behandlingslinjer.

Med en behandlingslinje menes en normativ beskrivelse av et planlagt pasientforløp for en spesiell diagnosegruppe, som er forankret i beste faglige praksis, og som skal gi effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater (jfr. kapittel 3, "Lean production og toyotisme"). Fagmiljøet blir da enige om en faglig standard for en valgt diagnosegruppe, som det utarbeides prosedyrer for. Behandlingslinjen skal fremstilles på en måte som gjør den enkel å bruke i klinisk arbeid, også for fagfolk som ikke jobber med disse pasientgruppene til daglig. Utarbeiding av behandlingslinjer er prioritert i Helse Sør-Øst, og siden 2007 er det jevnlig avholdt fellessamlinger for foretakene hvor også representanter fra SØ deltar (www.helsesorost.no).

Det er vanskelig å finne gode kvalitetsindikatorer på grunnlag av DRG. Man vet hvor mange pasienter som er behandlet innenfor en spesiell diagnosegruppe, man har oversikt over og rapporterer liggetid, antall sykehusinfeksjoner, epikrisetid og antall planlagte operasjoner som utsettes, men disse dataene sier lite om kvaliteten på behandlingen som gis, eller om pasientene er fornøyd med behandlingen de får.

I Riksrevisjonens rapport nr 3:7 (2005-2006) om økonomistyring vises det til at over halvparten av sykehusene fordeler ISF-refusjonen ned på avdelingsnivå avhengig av antall behandlede pasienter.

5.2.4 Medisinsk koding i Sykehuset Østfold – registrering og oppfølging

I februar 2011 kan situasjonen beskrives på følgende måte: Når en pasient utskrives fra en sengepost, dikterer legen en epikrise hvor diagnose- og prosedyrekoder inngår. Diktatet går som en digital lydfil til skrivetjenesten. En av skrivetjenestens sekretærer henter opp lydfilen, skriver et notat i pasientens elektroniske journal (DIPS), og registrerer kodene i et kodebilde i det pasientadministrative systemet (PAS). En kode består som tidligere beskrevet av tall og bokstaver med en tilhørende tekst som angir hva koden beskriver (jfr. kapittel 2.4.4). Noen leger dikterer kun kode, andre kun tekst og noen begge deler. I kodebildet kan sekretærene søke på kode eller kodetekst og slik sjekke om det er overensstemmelse mellom koden, kodeteksten og opplysningene i notatet. Sekretærene forteller at det kan være vanskelig å høre forskjell på liknende bokstavlyder, for eksempel K og H, eller på B, C, D, E og G. En viktig grunn for bruk av koder er jo nettopp at man skal unngå misforståelser pga språklige feil (jfr. 5.2.2 ”Innsatsstyrt finansiering og diagnoserelaterte grupper”). Det er ikke iverksatt tiltak for å løse dette problemet, men sekretærene mener det ville være en sikkerhet dersom legene rutinemessig dikterer både kode og kodetekst. Det er vanlig at sekretærene hjelper hverandre med å lytte til diktater når de er i tvil om hva som blir sagt. Dersom koder mangler, sender de en elektronisk melding, en såkalt ”gul lapp”, til legen i DIPS. Notatet rettes deretter i samsvar med legens tilbakemelding. Dersom sekretæren ikke får svar, er det opp til legen selv å rette notatet før godkjenning. Sekretærene forklarer at de skriver så mange notater at de ikke har kapasitet til å kontrollere om de får tilbakemelding fra hver enkelt lege, men at de følger opp samtlige tilbakemeldinger som gis ved ”gul lapp” eller ved telefonhenvendelse.

Skrivetjenesten ble sentralisert for 3 ½ år siden, det vil si at de tidligere skrivestuen ble flyttet ut fra sengeposter og poliklinikker og samlet i tre enheter; i Moss, Sarpsborg og Fredrikstad. Det er for tiden 93 sekretærer ved skrivetjenesten. Det er ikke utarbeidet skriftlige retningslinjer for hvordan de skal følge opp koderegistrering. Årsaken er at det er så mange ulike forhold som har innvirkning på oppfølgingen at det er vanskelig å utarbeide skriftlige prosedyrer. Sekretærene forteller at den nærheten de tidligere hadde til legene og klinikken gjorde det enklere å skrive. De kjente det enkelte fagområdet godt, og de kjente den

enkelte lege, evt. hans dialekt og hans måte å ordlegge seg på. Det var også kort vei til helsepersonellet dersom man hadde behov for å spørre om noe. Etter omorganiseringen var det meningen at alle sekretærer skulle kunne skrive alt, men det ble endret fordi kvaliteten på tjenestene ikke ble god nok. Man har iverksatt ulike tiltak for å sikre kvalitet og kodeoppfølging: Sekretærene har faste avdelinger som de skriver for, slik at de blir kjent med formen på notatene. De har som regel ansvar for to avdelinger hver, som oftest innenfor samme divisjon. Epikriser fra medisinske avdelinger er ofte lange og omfattende, og man har valgt å sentralisere skrivingen av dem til én enhet. Kirurgiske epikriser er ofte kortere og enklere. De skrives på flere steder, men av sekretærer som er kjent med formen. Som en siste sikkerhet før analyseavdelingens kodekontroll, finnes det definerte personer i hver avdeling (medisin, kirurgi, ortopedi osv), som jevnlig tar ut rapporter fra DIPS over avdelingsopphold som mangler epikrise og koding.

Det finnes for tiden 3 personer ved analyseavdelingen som er dedikert til oppfølging av koderegistrering, og som jobber heltid med å finne og rette feil. Målet er at koderegistrering skal være korrekt og tilstrekkelig, slik at sykehuset får de riktige inntektene. Legene har hovedansvar for kodingen, selv om noe koding også blir foretatt av sykepleiere og andre grupper. Det finnes ingen fast arbeidsflyt eller fellesprosedyrer for hvordan koderegistrering skal foregå i sykehuset, eller beskrivelse av hvem som har ansvaret for oppfølging i de ulike enheter. Ved søk i det elektroniske kvalitetssystemet finner man ingen overordnede prosedyrer som omhandler koding. Man finner én prosedyre på seksjonsnivå.

Ansatte i analyseavdelingen har inntrykk av at koding og oppfølging av koderegistrering foregår svært forskjellig i de ulike avdelingene. Så vidt man vet, blir dette heller ikke fulgt opp. Analyseavdelingen har ikke ressurser til å påta seg en slik oppfølging i klinikken. Det er utarbeidet skriftlige retningslinjer for analyseavdelingen som går på kontrollfunksjon; funksjonsbeskrivelse for konsulent / førstekonsulent medisinsk koding (S23/2-02) og prosedyre som beskriver kvalitetskontroll av medisinsk koding (S23/6-02).

Analyseavdelingen har ekspertkompetanse på regelverket, men det er helsepersonellet som kjenner pasientenes sykdomshistorie og må ha hovedansvaret for koding. Staben kan bidra ved å gi råd, undervise eller forklare regelverket. Hvert år i desember sender Helsedirektoratet ut et revidert ISF-regelverk for det kommende året. Det blir da opp til hver sykehusavdeling å sette seg inn i endringene som gjelder for deres fagområder. Analyseavdelingen har ikke

kapasitet til å gjøre dette for avdelingene, men de bistår så mye som de har mulighet til med de ressursene de har.

Det har videre vært gjennomført ulike tiltak for å øke kodekunnskapen på driftsnivå. For ca 5 år siden ble det gjennomført et kodekurs hvor meningen var å nå alle leger ved sykehuset. Utvalgte sykepleiere og sekretærer fra poliklinikker deltok også på dette. Man opplevde at det var en utfordring å få legene til å møte på kursene, til slutt hadde 1/3 av legene deltatt. Det pågår for tiden undervisning i koderegistrering for alle turnuskandidater, men det er i følge konsulent ved analyseavdelingene en ”dråpe i havet”. Behovet er mye større enn det man har kapasitet til. Helse Sør-Øst har i samarbeid med helsedirektoratet laget et e-læringskurs i koderegistrering. Det er nettopp blitt tilgjengelig for alle ansatte i SØ og annonseres på sykehusets intranett, men det er ikke gjort obligatorisk for noen yrkesgrupper ennå.

Analyseavdelingen bruker et elektronisk analyseverktøy for å identifisere feil eller manglende koding. Man konsentrerer seg stort sett om inneliggende pasienter, fordi det er der feilregistrering har størst konsekvenser for ISF-refusjonen. Ca 1/3 av alle pasientopphold blir sjekket. Man har forsøkt å sjekke alle opphold i en kortere periode, men i de resterende 2/3 fant man lite feil med betydning for DRG-gruppering og refusjon. Det oppleves derfor at måten det blir søkt på er god med hensyn på ressursbruk i forhold til feilene man finner. Feil som finnes blir som regel rettet uten at man kontakter ansvarlig lege. Rettingen blir dokumentert ved at kodespesialisten skriver et notat i pasientens journal i henhold til gjeldende prosedyre.

5.3 Ansattes oppfatninger og operativ praksis

Denne delen innledes med en beskrivelse av ISF og DRG som uttrykk for en instrumentell logikk, videre presenteres de empiriske dataene fra intervjuene.

5.3.1 Systemets logikk

Formålet med sykehusreformen er å bli mest mulig effektiv, og det blir en – tror reformatorene – ved å innføre instrumentelle belønningsmekanismer. Dette gjøres i en organisasjon som tradisjonelt sett ikke har økonomisk gevinst som hovedmål; det er god kvalitativ behandling som har vært hovedformålet og hovedutfordringen. Nå innføres altså et

system som på mange måter står i motsetning til dette, ettersom best mulig kvalitet og lavest mulig kostnader kan forstås som uforenlige størrelser. Allerede på dette styringsnivået kan man altså spore en målkonflikt.

Går vi inn i organisasjonen, avdekkes også andre mulige motsetninger. For det første forventer reformen en forandring, og fra organisasjonslitteraturen vet vi at endringer generelt kan bli møtt med motstand. Dette har vi sett på i kapittel 3. Slik motstand kan i særlig grad oppstå når det kommer nye krav om økt effektivitet, og de instrumentelle tiltakene det er snakk om her, er begge hver på sin måte uttrykk for slike effektivitetskrav. Det kan altså forventes at det oppstår generell motstand. For det andre møter ikke reformene en hvilken som helst forsamling. I dette tilfellet handler det om profesjoner, og profesjoner preges vanligvis av at de bekjenner seg til normer og verdier som befinner seg på et overordnet nivå. For det tredje handler det om profesjoner i en offentlig virksomhet, og da står man gjerne overfor fenomenet ”vårt offentlige etos”, som vi drøftet i kapittel 3. For det fjerde handler det også om spesielle profesjoner. De opererer innenfor et sykehus, og forvalter tiltak på grensen mellom liv og død. De innehar med andre ord en særdeles viktig samfunnsfunksjon, og det gjør at de befinner seg i en svært mektig posisjon. Alt dette gjør at man kan forvente at reformer innenfor denne sektoren kan vise seg å være problematisk å gjennomføre; som Mintzberg formulerer det: ”... enkeltvis kan fagfolkene godt befinne seg helt i forkant på sitt spesialområde, mens institusjonen som helhet har et endringstempo som en isbre” (Bolman & Deal 2004:102).

Det er altså rimelig å forvente at både DRG og ISF blir møtt med en viss skepsis – eller en eller annen form for motstand om en vil – siden det dreier seg om tiltak forankret i en økonomisk effektivitetslogikk, som introduseres i en slik spesiell kontekst. La oss se på om det er noe som tyder på at det forholder seg slik; og la oss først ta for oss de registrerte holdningene til styringssystemene.

5.3.1.1 *Motstand og ulydighet i studien*

I studien studeres ikke motstand slik det kommer til uttrykk i teorien som er beskrevet om arbeiderkollektivet og Hawthorne-forsøkene i kapittel 3. Som utgangspunkt brukes Karlssons (2008) definisjon av motstand eller organisatorisk ulydighet: ”alt som ansatte gjør og tenker som overordnede ikke vil at de skal gjøre og tenke” (ibid:17) (jfr. kapittel 3). Det vil si at det

er måten som intervjupersonene snakker om arbeidssituasjonen og reformen på, som skal analyseres ut fra et slikt motstandsperspektiv.

5.4.1 Holdninger til systemet og mulige forklaringer

Her presenteres ansattes oppfatninger og holdninger slik de fremkommer i intervjuene. Det brukes foruten teori som er presentert i kapittel 3, også deltakende observasjoner, uformelle samtaler og fagartikler for å belyse, støtte og drøfte de empiriske funnene. Det foretas en oppsummering av de empiriske funnene og en avsluttende diskusjon og konklusjon i kapittel 6.

5.4.1.1 Kunnskap om systemet

Forutsetningen for ISF og DRG er som beskrevet at riktige medisinske koder blir registrert og rapportert ved alle pasientopphold. Regelverket er omfattende og komplekst, som vi tidligere har sett, og det er flere kodeverk som helsepersonellet skal forholde seg til. Riktig bruk krever at de som skal kode har satt seg inn i regelverket og til en viss grad har oversikt over aktuelle koder. Det er legene som har hovedansvaret for kodingen, men sykepleiere og sekretærer har også et medansvar i følge kodeeksperten ved analyseavdelingen.

Jeg spurte lederne: *Er du kjent med formålet med ISF? Videre spurte jeg: Har du satt deg inn i regelverket for DRG og koderegistrering?*

Det kan jeg ingenting om. Jeg vet fryktelig lite om det. Jeg vet at det ikke ligger på min avdelings budsjett, det ligger lenger opp. Har på en måte ikke befattet meg med det i hele tatt. Jeg vet jo hvordan systemet fungerer med ISF sånn cirka, men det er ikke inne på mitt seksjonsbudsjett. (sykepleier 2)

Jeg har gjort en svær jobb i forhold til takster og prosedyrekoder. Det var ingen som tok tak i det på noen måte. Alt nytt som kommer. Det er jo ingen som sier til deg på poliklinikken at dette må du passe på eller være litt føre var. Når den 01.01. kommer, kunne man vært litt tidligere ute. Det er det ingen som gjør. Så jeg har utarbeidet et skjema, og har hatt opplæring av leger for å få dem til å skrive koder. (sykepleier 1)

Vet ikke hva du mener med regelverket, men diagnosekodene er jo greie, behandlingskodene er for så vidt også greie. Det prøver man jo å skrive på, da. (lege 5)

Utsagnene over viser den umiddelbare responsen da jeg tok opp temaet ISF og DRG. Det viser for det første at det er stor variasjon når det gjelder kunnskap om systemet. Lederne har satt seg inn i regelverk i noen grad etter hvor involvert de er i koderegistrering i praksis. På sengeposten er ingen andre enn legene involvert, og det vil si at kontrollen og oppfølgingen i klinikken er dårligst der hvor feilregistrering har størst betydning for refusjonen. Dette er i samsvar med beskrivelsen i kapittel 5.2.4. For det andre viser det at selve begrepet ”innsatsstyrt finansiering” ikke er noe lederne er opptatt av til daglig. Det tydeliggjøres med følgende utdrag fra intervjuet med en av legene, selv om det må understrekes at det senere kommer fram at han har både kunnskap og forståelse for systemet:

Lege 4: Hva er innsatsstyrt finansiering?

Intervjuer: At sykehuset får inntekter for den innsatsen som gjøres ved at man fører diagnose- og behandlingskoder.

Lege 4: Jeg tenkte på om det er en spesiell ting som har med prosjekter å gjøre, akkurat som (...) i forhold til kreftpasienter (...).

Legene forteller at de har deltatt på et kurs i koderegistrering, men at dette var for fem år siden. Når vi vet at regelverket og kodeverkene endres og oppdateres årlig, forstår vi at mye er forandret i løpet av denne tiden. Ingen av sykepleierne har deltatt på kurs. Lederne har ikke tid og ressurser til å følge opp undervisning for de ansatte, det fører til at nye leger og sykepleiere får liten eller ingen opplæring. Analyseavdelingen holder, som vi tidligere har sett, korte kodekurs for nye turnusleger, men de har ellers ikke kapasitet til å holde oppdateringskurs for ansatte eller opplæring for nyansatte. Det er videre opp til hver seksjon å følge opp endringer i regelverk og koder. I praksis er det ofte lederne selv som gjør dette, men når ansvaret ikke er definert, er det ingen selvfølge at oppgaven ivaretas dersom ledere slutter, og nye som ikke er kjent med rutinene kommer til. Det kommer fram at det for det meste brukes kodeverk i papirutgave og kortlister som seksjonene selv utarbeider. Siden kodeverk ikke utgis hvert år, kan det være at legene ikke har de riktige kodene tilgjengelig. Det er ellers stor enighet blant lederne om at regelverket er omfattende og vanskelig å sette seg inn i, og at

det er en stor utfordring å følge opp de årlige endringene som gjøres (se kapittel 5.2.2 om ISF og DRG).

(...) men det er klart at alle pasienter er jo forskjellige, de har masse kroniske lidelser også. Og igjen, om det blir bedre om vi koder også de kroniske diagnosene eller ikke... man kan nok kjøre mer utdanning på det, det tror jeg. (...) Og så endres det litt, altså det settes føringer for hva som skal prioriteres og ikke prioriteres. Og det gjør jo også at det alltid er behov for oppdatering (lege 4).

Lege 4 nevner over spesielt usikkerhet om bruk av tilleggskoder, betydningen av rekkefølgen på kodene, og om de betyr at man får bedre betalt. Han mener at systemet er en innviklet, og fordi reglene og kodene endres, er det absolutt behov for jevnlig oppdatering. Videre sier han:

Men så er det jo visse sykehus som jo har satt det i system å jukse for nettopp å få mer penger, og man ser jo hvordan det har gått (...) Det er ingen her som kaster på en masse diagnoser som ikke finnes. Tvert i mot tror jeg vi setter på for få diagnoser rett og slett, og det har med den lille tiden man har når man skriver ut en pasient. Men det er nok tid som man må ta seg (lege 4).

Legen sikter til medieoppslag om kodefusk, blant annet om den såkalte kodeskandalen ved Helse Sør i 2003 (omtalt i kapittel 2.1). Han er opptatt av at kodingen skal være riktig, og ikke økonomisk motivert. Han fortsetter med å si at han er sikker på at det ikke er noen i seksjonen som setter på diagnoser for at sykehuset skal få inn ekstra penger. Tvert i mot, sier han, han tror at det settes på for få diagnoser. Det er i samsvar med det kodekontrolløren sier i kapittel 5.2.3. Legen mener at årsaken til underkoding blant annet er at legene har for knapp tid når de skriver ut pasienter. To av legene forteller at legene i deres seksjon har blitt enige om hvilke koder som kan og bør brukes for å få ensartet koding, videre standardiseres dette ved utarbeiding av kortlister. Faren er at når man ikke bruker tid på å slå opp i kodeverkene, blir kodingen mer generell og mindre treffsikker på den enkelte pasient. Individuell koding er jo som beskrevet en forutsetning for riktig refusjon. Det er også en forutsetning for at riktige opplysninger skal bli registrert i pasientenes journal og for at korrekt informasjon skal bli sendt til Norsk Pasientregister (se kapittel 5.2.2).

5.4.1.2 Oppfatning om systemet

Jeg spurte lederne videre: *Hvordan mener du at ISF-systemet fungerer i praksis?*

En av legene mener at systemet fungerer dårlig, fordi regelverket og kodene stadig endres slik at det blir vanskelig å planlegge:

Men så, det som gir en inntekt på 2000 – 3000 kroner, det gir helt plutselig ingenting året etter. (...) Det syns jeg er så urettferdig. Og sykehuset har jo heller ingen muligheter til å styre dette, fordi helt plutselig så er det blitt mer inntektsgivende å ha pasienter inneliggende. Det er jo faktisk helt i mot alle fornuftige ting som gjelder nå (lege 6).

Han gir her uttrykk for at dersom sykehusene får høyere refusjon for å behandle pasientene som inneliggende enn ved dagbehandling, dagkirurgi og poliklinikk, vil det kunne føre til dårligere utnyttelse av de totale ressursene. Det vil verken være etisk riktig eller samfunnsøkonomisk lønnsomt å legge inn pasienter dersom det ikke er nødvendig av medisinske grunner. For det første er det mer ressurskrevende å ha pasienter liggende inne. Det kan også være økt risiko for komplikasjoner, for eksempel infeksjoner dersom pasientene legges inn i stedet for å reise hjem samme dag. De tar også opp plassen for andre pasienter som trenger det bedre, og det vil føre til lengre ventelister. Hensikten med ISF og DRG er jo nettopp å sikre at de totale ressursene fordeles fornuftig og rettferdig slik at man får ”mest mulig helse for hver krone”. De samlede ressursene i Helse-Norge blir ikke større om enkelte klarer å få mer ved å utnytte kodesystemet. Når systemet legger opp til å tenke økonomi, kan det oppstå slike dilemma. Denne uttalelsen er et eksempel på at helsepersonell ikke kun tenker fag og ressurser i forhold til hver enkelt pasient, men også vurderer hva som er fornuftig ressursbruk på et overordnet plan.

En av hovedhensiktene med koding er i følge Helsedirektoratet at det genererer virksomhetsdata som kan brukes i styring og planlegging. En region, et HRF eller et sykehus kan for eksempel finne ut hvor mange pasienter med ulike typer sykdommer som henvises, undersøkes og behandles innenfor en periode (Helsedirektoratet 2010). Det skal også generere data til forskning og statistikk. En av legene forteller at avdelingen har lagt ned mye arbeid i å lage produksjonsdata med søyler som de har fulgt opp gjennom flere år:

Vi har alle de inngrepene vi har gjort, men det er jo sånn av og til at vi har tre inngrepskoder på en pasient under en operasjon, og det kommer jo da ut som tre operasjoner. Så det er da ubrukelig. Overvåkning går nok da mye mer på økonomi i stedet for kvalitet (lege).

Dette viser at det er problemer med å bruke DRG til planlegging, forskning og kvalitetsarbeid. Det er ellers en funksjon som fagmiljøene ville se nytten av. Det ville antakelig være en ”gulrot” ved systemet, som kunne få de profesjonelle til å vektlegge koderegistrering. Legen mener at det viser at DRG er til for at myndighetene skal kunne overvåke hvordan sykehusene bruker pengene.

Økonomirådgiver og avdelingssjef har naturlig nok kunnskap om ISF i større grad enn seksjonslederne. Jeg spurte også dem om de mener at systemet har legitimitet:

Tja... men vi har jo ikke noe annet som er bedre ... men det er jo ikke alle refusjonene vi får som står i stil til innsatsen som blir lagt i og de kostnadene vi har (økonomirådgiver).

Jeg syns vel egentlig at det er et svarteper-spill. (...) Fordi du skal legge planer, du vil gjøre et eller annet, og du har en forutsetning. Og da kan du beregne at, ja ok, dette taper vi ikke penger på i hvert fall. Det er ikke mitt mål å tjene så veldig mye, men at du i hvert fall ikke taper penger på det. Og så plutselig forandres forutsetningene to måneder inn i det nye året (avdelingssjef).

Både økonomirådgiver og avdelingssjef gir ellers uttrykk for at det er store utfordringer ved ISF og DRG i praksis. Blant annet gjør de årlige endringene i refusjonene det vanskelig å oppfylle forutsetningene som er lagt i budsjettet. I budsjettprosessen beregner sykehuset inntekter for planlagt pasientbehandling på grunnlag av årets refusjonsordninger, og det er meningen at det skal foretas en budsjettjustering når virkningen av årets omlegging kommer fram. Det skjer når ny DRG-gruppéer er tatt i bruk i februar / mars, i realiteten vet man altså ikke hva man får av inntekter før tre måneder inn i det nye året. Ved økonomiavdelingen får jeg oppgitt at foreløpige beregninger for 2011 viser: for divisjon for kirurgi gis det for samme aktivitet 1606 færre DRG-poeng i 2011 enn i 2010. Ett poeng er verd ca 14 787 kr, det vil si at kirurgisk divisjon vil få 23 746 384 kr mindre i inntekt enn planlagt. Helsedirektoratet forklarer dette med at man omfordeler inntektene, slik at det blir mer tilpasset de reelle kostnadene ved ulike behandlinger. Dessuten skal det være et nullspill fordi inntektene

fordeles innenfor samme ramme. Når noe går opp, må noe annet gå tilsvarende ned. For sykehuset totalt sett skulle det bety at divisjon for medisin får økt inntekt i samme periode. Det gjør de også, men det utjevnes ikke. Foreløpige beregninger viser at SØ ligger an til å få 534 DRG-poeng og 7,9 millioner kr mindre enn det som ble forutsatt da budsjettet ble lagt i november 2010.

På spørsmålet: *Hva mener du er viktig for deg som leder å følge opp når det gjelder økonomistyring?* svarer lege 4:

Ja, det du nevnte nå med DRG for eksempel, det er jo kjempeviktig, for det er jo de pengene vi lever på. Men så er det jo sånn at man må prøve, tror jeg, å få et system der det lønner seg å ta fatt i disse bitene også. Hvis man ser at dersom vi er veldig flinke på dette, så finnes det også muligheter. Er man flink på et område, så skal det lønne seg på en... det skal finnes en gulrot i systemet som gjør at man for eksempel kan få bedre kvalitet på medisinsk teknisk utstyr og så videre. Men, hvorfor ikke dette med DRG, det er jo et veldig viktig område (lege 4).

I løpet av intervjuet med denne legen virker det som om han endrer oppfatning om dette temaet. Han er til å begynne med ikke så veldig opptatt av selve kodepraksis, underforstått at koding er noe legene gjør slik som de "alltid" har gjort. Etter hvert som vi snakker om hensikten med systemet, lurer han på hvem han kan kontakte for å få i gang opplæring for legene: "Vi har jo for eksempel internundervisning, det er jo en god anledning til å... hvem er det som har greie på dette da?" Og til slutt sier han at "det er jo kjempeviktig". Det kan tyde på at manglende oppfølging og fokus på koding i klinikken blant annet er en følge av at lederne ikke får jevnlig tilbakemelding i linjen og fra staben om betydningen av koding. Dette er i samsvar med opplysninger som kom fram da Helsetilsynet gjennomførte tilsyn ved tre sykehus høsten 2003 og våren 2004 etter kodeskandalen i Helse Sør. Man undersøkte om det var samsvar mellom journalopplysninger og valgte diagnoser og koder:

Ikke overraskende var kodekvaliteten nesten utelukkende avhengig av den enkelte leges interesse for og kunnskap om koding. Avdelingssjefens engasjement for å velge riktige koder var også viktig. Der sjefen var opptatt av riktig kodevalg, var avdelingens koding god (Hoddevik 2005).

Videre gir lege 4 uttrykk for at dersom ISF-systemet skal virke som forutsatt, må de ansatte oppfatte at det lønner seg, og det gjør de ikke i praksis. Dette er penger som de ikke ser noe til. Når de ikke får noe ”nyttig” igjen for det, for eksempel tilskudd til nytt utstyr, oppmuntrer ikke systemet til økt innsats når det gjelder koderegistrering. Dette kan oppfattes som at legene ikke er opptatt av økonomi, og at manglende oppfølging er en form for ulydighet eller motstand mot systemet. Samtidig hevder Helsedirektoratet at helsepersonell ikke skal være opptatt av inntjening, men kun av riktig koderegistrering.

5.4.1.3 *Oppfatning om hva som er viktig*

Under intervjuene er det enkelte temaer som framstår som spesielt viktige for lederne når de snakker om organisasjonen og arbeidet. Det er spesielt noen temaer som utpeker seg, blant annet kvalitet på tjenestene, fagutvikling og klinisk forskning. Dette er ikke overraskende, et faglig fokus er nettopp det man forventer av profesjonelle. I følge spesialisthelsetjenesteloven er pasientbehandling, forskning, utdanning (av leger og annet helsepersonell) og opplæring (av pasient og pårørende) sidestilte oppgaver for sykehusene. Den viktigste forutsetningen for god kvalitet på pasientbehandlingen er høy kompetanse hos helsepersonellet, og loven er altså en viktig premisse for å sikre dette. Til tross for dette, mener legene og sykepleierne i undersøkelsen at fagutvikling og prosedyrearbeid, klinisk forskning og etterutdanning er noe som det satses for lite på, og at det er økonomien som begrenser det.

Lege 5 forklarer at kursbudsjettet for legene hittil har vært ganske greit fordi private firmaer har støttet sykehusene med økonomiske bidrag til kursvirksomhet. ”Nå er det jo et spørsmål når vi nå ikke får lov til å reise med firmaer... Da kan det hende at man trenger mer penger til den slags. Det får vi se på” (lege 5). Legen referer her til at Helse Sør-Øst nylig har innført strenge restriksjoner for å forhindre uheldig binding mellom det offentlige og det private næringsliv, og at sykehuset selv skal betale for utgifter til reise, opphold og kursavgift for ansatte. Videre forklarer lege 5 at forskning er en viktig oppgave som seksjonen ønsker å gjøre mer av:

Du kan jo si at funksjonen på hele seksjonen er avhengig av mennesker som tilhører forskjellige seksjoner, som sykepleierne som tilhører poliklinikken. Det er jo fullstendig integrert, det er jo en del av samme maskineri. Og er det lite folk der, så klarer man jo ikke det man skal. Ved sykdom så merkes det jo, det er ikke så mye som skal til. Dette er jo en seksjon

hvor man kan gjøre en del forskning... og man vil det også. (...) det er veldig spennende og veldig viktig at vi bidrar vi også, i utvikling av samfunnet (lege 5).

Han beskriver hvordan sykepleierne og legene har oppgaver som utfyller hverandre, som ”en del av samme maskineri”, og at det er en helt grunnleggende forutsetning for arbeidet. Han mener at sykepleierne med litt etterutdanning kan overta en del av legenes oppgaver, som for eksempel kontroller av pasienter, slik at legene igjen kan frigjøres til andre oppgaver. Det er dette Abbott beskriver som naturlige endringer av jurisdiksjon som oppstår i praksis fordi profesjonene selv opplever det som gunstig. Videre gir legen uttrykk for at begrensede ressurser gjør driften veldig sårbar. Fordi de ikke har noe å gå på, våger de ikke å påta seg noe ekstra, selv om det er oppgaver som fagmiljøet oppfatter som veldig positive. Når drift og økonomi skal balanseres, er det noen oppgaver som må prioriteres ned til ”godt nok”. Krav til produksjonsvolum og kostnadseffektivitet får ofte forrang, noe som fører til at aktiviteter som forskning og fagutvikling, som har et mer langsiktig perspektiv blir prioritert ned. Det kan forsvares for en periode, men i det lange løp vil det skade den faglige kompetansen og kvaliteten på pasientbehandlingen. Dersom dette er et generelt problem i sykehusene, kan man frykte at det på sikt kan føre til en dårligere spesialisthelsetjeneste. Forskning er oppgaver som gir prestisje og autoritet i medisinske fagmiljøer, og er viktige for sykehusets omdømme. I tillegg gir legen uttrykk for et syn på hva som er nyttig for samfunnet i henhold til Lundquists teori om ”vårt offentlige etos” (kapittel 3).

Sykepleiere har ikke den samme tradisjonen med klinisk forskning som leger, men alle sykepleierne som deltar i undersøkelsen forteller om store utfordringer ved å ivareta fagutvikling og kompetanse for sine ansatte:

Jeg synes det er kjempeutfordrende at vi har så lite penger til kurs, etter- og videreutdanning avdelingsvis. Det er fint at du får det i divisjonen, men da må du høyere. (...) Jeg skjønner at leger trenger kontinuerlig oppdatering, men at de har en kjempepott og får nesten det de vil, mens sykepleierne får lite i forhold. .. det er lite jeg kan friste med, liksom, det er det. (...) Det synes jeg er en utfordring for å få gode sykepleiere eller annet personell. Og for å kunne forebygge sykefravær (...) (sykepleier 3).

Det settes altså av mer penger til kurs per lege enn per sykepleier, og i følge sykepleierne får legene det de trenger av kurs. Det er ting som tyder på at det å ivareta fagutvikling for de

ansatte er en enda større utfordring for sykepleierne enn for legene. Private firmaer har altså hittil sponset kursvirksomhet for ansatte, og da først og fremst for leger, fordi firmaene er avhengig av dem for å få solgt sine produkter til sykehuset. Her står sykehusene nå overfor en ny økonomisk utfordring. I tillegg er legene med sin faglige autoritet i en annen forhandlingsposisjon enn sykepleierne internt i organisasjonen. Alt helsepersonell er nøkkelpersonell i sykehusene, men legene står i en spesiell posisjon fordi sykehus ikke kan drives uten dem. Det er dessuten færre leger enn sykepleiere og annet helsepersonell i sykehusene. Det er vanskeligere å erstatte leger, samtidig som det er lettere å heve standarden for en liten gruppe. Sykepleierne blir nødt til å finne noen ”snarveier” for å ivareta kompetanse og fagutvikling, som en av sykepleierne forteller om:

I forhold til det med fag, så ser vi jo at vi lager noen snarveier. Og det gjør vi i hverdagen uten å be om tillatelse til det. (...) Vi har noen fagstillinger som har x antall fagdager i sin turnus. De bruker vi jo, men vi ser at vi bruker i realiteten mer. Det gjør vi helt bevisst, og det er en frihet vi rett og slett tar oss fordi vi ønsker å ha et oppegående fagmiljø og ressurspersoner som kan stå sterke i ryggen på de andre. Og for at vi skal ha det, må vi bruke hverdagen på en lur måte, men noe innleie genererer det jo. Men det er ikke noe vi ber om tillatelse til (...) (sykepleier 2).

Sykepleierne forteller altså at hvis de skulle ha fulgt vikarbudsjetten helt og holdent sånn som det er, så hadde det ikke vært rom for å jobbe med fagutvikling og prosedyrearbeid. Men dette er noe de prioriterer selv om det egentlig ikke er rom for det i budsjettet: ”Det gjør vi helt bevisst, og det er en frihet vi rett og slett har tatt oss fordi vi ønsker et oppegående fagmiljø og ressurspersoner som kan stå sterkt i ryggen på de andre”. Lederen sier at de ansatte selv mener at dette er så viktig, at de fleste går med på å stå på litt ekstra for å få det til; hvis vi ikke leier inn vikar for dette fraværet, kan vi bruke vikar en annen dag for å frigjøre en sykepleier til å jobbe med fag og prosedyrer. Profesjonene prioriterer som vi har hørt fag og kvalitet først, de er forpliktet til å holde seg faglig oppdatert både gjennom sine yrkesetiske retningslinjer og lovverket. I tillegg er yrket og yrkesutførelsen viktig for dem, de ønsker å holde seg faglig oppdatert for å kunne gjøre en god jobb. Det er også en forutsetning for at sykehuset skal kunne tilby tjenester av god kvalitet. På en annen side er det en form for ulydighet, fordi ledelsen kun legger til rette for bruk av vikar ved ferie og sykdom og man risikerer å få et overforbruk dersom det blir sykdom blant ansatte. Allikevel kan det hevdes at dette en form

for ulydighet som organisasjonen og samfunnet er avhengig av og vil være tjent med det lange løp.

Etter mange år med vanskelige økonomiske utfordringer, er et stort underskudd snudd til et overskudd for SØ: ”Styringsmålet fra HSØ for 2010 var et positivt resultat på 281 mill. kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble et positivt resultat på 343,9 mill. kroner” (I: *Årsberetning og regnskap for 2010*, Sak nr 15-11). Avdelingssjefen forteller at det merkes at det ikke er så stort fokus på økonomi som tidligere. Lederne blir fortsatt målt på økonomi og produksjon, men nå som økonomien er på plass, er det mer fokus på kvalitet: ”og det synes jeg er mye riktigere, at vi blir målt på faglighet i forhold til resultater.”

Jeg spurte lederne om de opplever krysspress mellom fag og økonomi.

Jeg tror ikke vi driver uforsvarlig, det tror jeg ikke at vi gjør. Men det går nok på stumpene løs av og til. Jeg tror at det vi i har i vår bemanningsplan på dagtid kan holde veldig, veldig hardt enkelte dager, og det er dager som vi helt bevisst bemanner opp utover bemanningsplanen fordi vi ser at vi har for mye å gjøre. (...) Det har med ressurser å gjøre, at vi er for få folk å gjøre. Det er den ivaretagelsen... de praktiske tingene gjør vi, men det er det her med å ha tid til å prate med en redd pasient, det å ivareta en ny pasient, ønske ham velkommen og vise til rette. Det er det går på (sykepleier 2).

Sykepleieren sier videre at det er spesielt viktig for henne å få fram at en forsvarlig drift ikke alltid er mulig å få til innenfor de rammene de har, og at de må bruke mer penger til vikarer enn det som egentlig er budsjettet for. Begrepet ”faglig forsvarlig” er grunnfestet i lovverket og i helseprofesjonenes yrkesetiske retningslinjer. Selv om faglig forsvarlighet derfor er en selvfølgelighet, er det viktig for henne å kunne forklare overforbruket overfor ledelsen:

Når vi får overskridelser på lønnsbudsjettet er det viktig for meg å vite helt sikkert hvorfor vi har det, så jeg kan svare for mine overskridelser. Det er viktig for meg å ha kontroll på det, at jeg vet at jeg kan stå med rak rygg og vite at, jo da, det er en grunn til det, det er ikke bare ødsling. Så der føler jeg virkelig at det er viktig for meg å ha kontroll og at jeg kan svare for det (sykepleier 2).

Legene beskriver heller ikke at økonomiske hensyn setter begrensninger når det gjelder valg av medisinsk behandling. Pasientene skal ha behandling, og da er ikke økonomi noe tema. På

mitt spørsmål om de opplever konflikter mellom faglige hensyn og økonomistyring, svarer de at det gjør de ikke. En av legene sier det sånn: ”Nei, det kan jeg ikke si at jeg gjør. Det er klart at i en perfekt verden, så vil du ha mer operasjonstid og mer senger og mer av alt, men sånn er det jo ikke.”

En viktig forutsetning for sykehusreformen er at tjenestene skal være av god kvalitet. Som vi har sett i teorien, kan hva som er god kvalitet diskuteres, og det er ikke nødvendigvis slik at pasientene, ledelsen og fagfolkene har samme oppfatning. I praksis blir det legene og sykepleierne på driftsnivå som selv avgjør hva som er akseptabel kvalitet ut fra faglige vurderinger og etiske standarder. Men det er ikke mulig å gi helsepersonell full frihet samtidig som helsetjenestene skal tilpasses økonomiske rammer. I praksis er det ikke ressurser eller kunnskaper nok til å innfri alle krav, og sykehuset som bedrift må utnytte sine rammebetingelser på best mulig måte. Allikevel sier lederne at de ikke opplever uforsvarlighet pga økonomiske hensyn. Dette kan ha sammenheng med at den økonomiske situasjonen i SØ totalt er bedre enn på mange år. Det skal bygges nytt Østfoldsykehus, og det har vært et ufravikelig krav fra Helse Sør-Øst om økonomisk kontroll før byggetillatelse gis. Etter mange år med innsparing og tøffe omveltninger går sykehuset nå med overskudd, og nytt sykehus skal etter planen stå ferdig i 2015. På en annen side må man ta med i betraktning at det er ledere som intervjues her. Som arbeidsgivere har de ansvar for å sørge for at driften er forsvarlig i henhold til lovverket som regulerer spesialisthelsetjenesten. Det kan hende at man ville få et annet svar hvis man spurte disse lederens ansatte.

Et annet tema som dukket opp underveis var lønn og belønning, og dette var det en av legene som selv tok opp. Det som brakte det fram, var mitt spørsmål: *Hva tror du at du gjør om 5 år?* Lege 6 svarer at da er han antakelig vanlig overlege igjen. På mitt neste spørsmål om *hvorfor*, svarer han: ”Jeg synes rett og slett at det er en alt for stor jobb med alt for mange unødvendige innspill, og veldig lite i lønn.”

Videre sier han: ”(...) det hadde vært veldig hyggelig om noen kunne bli med på en vanlig travel arbeidsdag og se hva man bruker tiden på, timer til både det ene, det andre og det tredje.” (...) Det var et lite sidesprang, men det at man ikke føler... ” Han nøler litt, men fortsetter så med å si at hvis man i framtiden skal få leger til å påta seg en slik jobb, så må man også lønne dem deretter. Han synes først og fremst at det er rimelig at lederne tjener mer enn dem han leder, noe det ikke er automatikk i. Men hvis ledelsen ikke kan gå med på det, så

bør man som seksjonsleder i hvert fall tjene like mye som andre i samme stilling. Det er på en side greit at man lønnes ekstra dersom man står overfor spesielle utfordringer, men på en annen side blir det galt dersom man ikke også belønnes for å ha en seksjon som fungerer.

Dette er altså noe som legen selv løfter fram som viktig. Ingen av de andre som deltar i undersøkelsen nevner dette, men det var heller ikke et tema som jeg trakk fram i mine spørsmål. Dette tema blir allikevel belyst gjennom sekundærdata. I kvalitetssystemet fant jeg en funksjonsbeskrivelse for seksjonsleder lege i anestesilogisk avdeling. Da jeg tok kontakt med avdelingsledelsen, ble jeg forklart at hensikten med å opprette disse stillingene var at seksjonslederne skulle ha fagansvar og i tillegg avlaste avdelingsoverlegen med en del administrasjonsoppgaver. De omfattende oppgavene krever at seksjonslederne går ut av vaktssystemet, noe som medfører at man mister overtidstillegg. Stillingene har vært utlyst flere ganger uten at det har vært noen søkere, og ledelsen sier at årsaken er at man ikke har anledning til å tilby tilfredsstillende lønnskompensasjon.

Det å få en lønnsøkning kan kjennes som et konkret uttrykk for at ledelsen har ”sett” den ansatte og gitt en positiv tilbakemelding. Ulempen er at når noen medarbeidere belønnes, kan andre føle seg oversett og ikke anerkjent, slik som legen beskriver over. Helsevesenet er avhengig av de profesjonelles fagkunnskap og kompetanse. Å rekruttere og skolere ledere vil være en viktig oppgave for sykehusene fordi utøvelse av ledelse er viktig for å skape resultater. Dessuten vektlegges betydningen av ledelse i et NPM-perspektiv, slik at det åpnes for belønning etter dyktighet og innsats. I det private er det vanlig med resultatbasert avlønning av ledere, og man kan forvente at ansatte i offentlig virksomhet etter hvert vil kreve det samme. Leger som er selvstendig næringsdrivende har alltid arbeidet på akkord og fått avlønning etter innsats. Når det gjelder lønn har det derfor tradisjonelt vært store forskjeller mellom ansatte leger og privatpraktiserende leger. For sykepleierne har det ikke vært like store lønnsforskjeller fordi de gjerne har vært arbeidstakere også i det private. Grund (2007) hevder at helsepersonell blir mer kravstore jo mer utdannet de blir. Det er allerede slik at når nye helsekroner settes inn i sykehusene, så går mesteparten til ansatte (ibid: 2007). Legene har vært flinke til å forhandle, men sykepleierne, som foreløpig ligger langt etter legene, kommer også med krav om lønnsvekst. Men profesjonene forvalter også et fag og utøvelsen av faget skjer i et samfunn. De skal sørge for at arbeidet utføres forsvarlig slik at pasientenes og samfunnets interesser ivaretas. Det kan derfor være problematisk om trenden i det offentlige blir belønning etter innsats, og spesielt når det gjelder høye lederlønninger. Det kan oppstå

dilemma mellom det som er faglig forsvarlig, det som er effektivt og det som er gunstig for profesjonenes privatøkonomi. Til tross for disse dilemmaene kan høyere lønninger være et nødvendig middel ved rekruttering av spesielt legeledere, og for å beholde gode ledere. Det kan være det som skal til for å trekke dem vekk fra de oppgavene som er mest tilfredsstillende og viktigst for dem å ivareta.

5.4.1.4 Faglig autoritet versus formell autoritet

Selv om profesjonalisering av ledelse er ønsket av overordnede myndigheter, og er integrert i lovverket, er det ikke like selvsagt at medisinske miljøer godtar det. Legene har fremdeles krav om et høyt faglig nivå, og for leger henger formell autoritet sammen med faglig autoritet.

På spørsmålet: *Hva var det som gjorde at du søkte en lederstilling?* svarer lege 5 at det var fordi det var behov for det, seksjonen måtte ha en leder. Jeg spurte videre om det er rift om lederstillingene. Han svarer kontant ”nei”, mens han rister på hodet og ler. Jeg ba ham utdype det, og han forklarer:

Jeg tror hovedårsaken er at ledende legestillinger har blitt lite lege- og mye administrasjon. Legen, som har brukt sitt liv på å lære mye om sykdommer og gjennom år tilegnet seg spesielle ferdigheter, fanges inn i en strøm av møter, der fokus er ressursfordeling og regler; bokholderi mht ventelistegaranti, handlingsregler, underlige utspill om "kvalitetsregistrering", for å nevne noe, ikke medisin. Dette blir livet og oppgavene, og det var ikke dette som var drømmen, kallet eller målet. Var det enda mulig å bruke posisjonen for å få gjennomført forbedringer for fag og pasienter, så kanskje, men det ser ut til å være vanskelig. Heller smittes man av miljøet. Leger i klinikken ser hvordan selv leger i administrasjon og ledelse synes å miste visjoner og bakkekontakt. (...) Mer kunne sikkert sies, du spør forhåpentlig også ca. 50 andre (lege 5).

Legen uttrykker altså at lederstillingene har endret seg de senere årene, og at det har ført til at lederne fjerner seg fra klinikken. For legene er pasientarbeidet det viktigste. De legger ned mye tid og arbeid i å utvikle kunnskaper og ferdigheter for å kunne utføre jobben, og det blir deres identitet. Det uttrykkes generell skepsis med leger som trer ut av klinikken, mens en tidligere avdelingssjef omtales av en av legene som ”et hederlig unntak som lyttet, og som virkelig engasjerte seg i avdelingens faglige utvikling.” Dette er i samsvar med funn i studien som er presentert om enhetlig ledelse i kapittel 3 (Johansen 2009). Det er ting som tyder på at

legene mener at lederposisjonen har mistet mye av sin makt og mulighet til å påvirke i viktige spørsmål. Dette kan for eksempel ha sammenheng med endringer i forbindelse med sykehusreformene, slik som beskrives om maktforskyvning i kapittel 3.

Da jeg spurte lederne om det var noen oppgaver de kunne tenke seg å delegere bort, svarte lege 4 sier at han heller enn å delegere bort oppgaver kunne tenke seg at han og de andre overlegene i seksjonen hadde møter med økonomirådgiver i fellesskap, slik at alle får et mer kollektivt ansvar. Dette står i motsetning til prinsippet for totalansvarsledelse, som sier at ledelse av virksomheten må defineres tydelig. I teorien skal lederen også kunne straffes og belønnes etter innsatsen. På en annen side kan et slikt ønske om delt ansvar oppfattes som en bekreftelse på at legeledere står overfor spesielle utfordringer når det gjelder autoritet og tillit.

Legene forteller også at de har faste stillinger, ikke åremålsstillinger som tidligere har vært vanlig for legeledere, og slik det står i flere funksjonsbeskrivelser i SØ. Lege 4 sier at han synes at det er en ulempe, og han forklarer at dersom lederstillingen er på åremål, kan de andre legene kanskje tenke at neste gang kan det være en av dem som ”havner i denne situasjonen”, altså i lederposisjonen:

Da tror jeg at man føler litt mer ansvar for seksjonen rett og slett. Så på en måte så sitter man relativt sikkert, tror jeg, i denne stillingen. Men på den andre siden, hvis man ikke har de andres tillit, så sitter man ikke – jobben blir for tungvint (lege 4).

Tilliten er basert på troen på at lederen er kompetent for jobben fordi han har faglig autoritet. Dette harmonerer med det man kjenner fra annen organisasjonslitteratur. Forholdet mellom faglig og formell autoritet er et tema som kunne vært mer utdypet under intervjuene, men det som kommer fram samsvarer med teorien om profesjoner og faglig autoritet som vi har sett i kapittel 3. Lederens autoritet kan ha betydning for hans mulighet til å oversette kravene til økonomistyring og til å påvirke i legegruppene. I denne sammenhengen kan det få betydning for hvordan legegruppene følger opp koderegistrering, og hvordan de tar hensyn til økonomi i det daglige arbeidet.

5.4.1.5 Plan- og budsjettarbeid

Ved økonomiavdelingen får jeg informasjon om at det i Sykehuset Østfold er opp til hver avdelingssjef å bestemme hvordan plan- og budsjettarbeidet skal legges opp, og i hvilken grad seksjonslederne skal involveres. Rutinene er derfor forskjellig fra avdeling til avdeling, og er blant annet avhengig av størrelsen på avdelingen og hvor mange seksjoner som skal gås gjennom. Økonomirådgiver sier at de i budsjettprosessen beregner i gjennomsnitt 1 ½ time per seksjonsleder når de skal gå gjennom varekostnader, driftskostnader og noe om prinsippene for lønnsbudsjettet.

Samtlige seksjonsledere sier at de ikke vet om det er utarbeidet overordnede skriftlige retningslinjer for økonomistyring. De mener at det sikkert finnes, men de har ikke sett det eller etterspurt det. I følge avdelingssjefen finnes det ikke, ”bortsett fra i funksjonsbeskrivelsen til den enkelte, der står det at du skal ha økonomisk balanse.” Økonomirådgiver sier også: ”Skriftlige retningslinjer for hvordan økonomistyring skal foregå er det ikke utarbeidet... nei, ikke slik jeg oppfatter det.” Fravær av retningslinjer for økonomistyring kan føre til at seksjonslederne ikke gjør det ledelsen vil at de skal gjøre, men følger sin egen oppfatning om hva som er viktig. I praksis kan det oppstå feilprioriteringer som kan føre til dårligere driftsresultat for seksjonene.

Alle sykepleierne forteller at de deltar i budsjettprosessen og i planleggingen av neste års drift sammen med avdelingssjef og økonomirådgiver. En av sykepleierne forteller at hun deltar fullt ut fra begynnelsen av prosessen, og at hun føler at hun har god mulighet til å påvirke. De andre sier at de får presentert et budsjettforslag som de kan komme med innspill til, men at de er usikre på hvor mye de har å si når det kommer til stykket:

Jeg er litt usikker på hvor mye vi egentlig har å si, om kabalen allerede er lagt eller ikke. Det inntrykket kan man jo få mange ganger. Hvis vi får lov til å innvirke på noe, så er det bare småjusteringer. Ja, men det er jo noe med det at det blir litt nytteløst fordi vikarbudsjettet regnes ut i fra en regnemodell, ut i fra hvor mange hjemler du har, og så tar man for seg prosent sykefravær. Så stemmer ikke alltid virkeligheten overens med det. Så der har vi ingen innflytelse, men sånn er det (sykepleier 2).

Ved økonomiavdelingen får jeg opplyst at det blir brukt en økonomisk modell som grunnlag for å regne ut budsjett for variabel lønn, altså lønn ved overtid, ekstravakter og vikarbruk. I

2009 hadde ledelsen en detaljert prosess, og på divisjonsledermøtet ble man enige om hva som skulle legges til grunn; hvor mye av korttidsfravær, langtidsfravær og fødselsfravær som skulle dekkes inn med vikar. Slike modeller for økonomistyring har tradisjonelt vært brukt i private bedrifter, og utprøves nå i offentlig sektor. For økonomiavdelingen er dette et hjelpemiddel, mens lederne ikke stoler på beregningene fordi de opplever at det bildet de beskriver ikke nødvendigvis stemmer med deres erfaring i praksis.

Legene forteller at de ikke er med på avdelingens budsjettprosess eller planlegging av drift. De gir uttrykk for at de ikke har blitt spurt:

Nei, det kan jeg ikke huske at jeg har vært med på. For mange år siden ble jeg spurt om hvor mange polikliniske konsultasjoner tror du det vil være neste år. Men jeg blir ikke spurt nå, det kan jeg ikke huske (lege 6).

Det viser seg at legelederne har delte meninger om de har behov for å delta i budsjettprosessen, men denne legen sier:

Ja, det syns jeg da egentlig. Hvis jeg ikke deltar og forteller hvor mange jeg regner med at vi får neste år – vi kan jo veldig lett se hvordan utviklingen har vært de senere årene – så kan jeg jo heller ikke argumentere for det hvis vi trenger andre ressurser heller. Men jeg har aldri blitt innkalt til det (lege 6).

En av legene uttaler seg om det han mener er årsaken til at legelederne ikke involveres når det gjelder planlegging av økonomi: ”Avdelingssjefen, tror jeg, «har beskyttet oss» mot det som har med økonomi å gjøre. (...) I følge ham har avdelingssjefen sett at det er nødvendig å begrense legeledernes administrasjonsoppgaver for å få noen til å påta seg en slik lederjobb. Han forteller videre at avdelingssjefen også har gitt uttrykk for at seksjonsledere selvfølgelig må ta hensyn til økonomi, men at det er ledelsen over som sammen med staben skal fordype seg i tallene.

Jeg spurte ham videre: *Hva mener du selv om det; syns du det er greit at du ikke deltar?*

Både ja og nei. Hvis du ikke vet hva du virkelig kan påvirke for å få et budsjett til å fungere, da står du jo der. Det ene året blir det pluss og det andre året minus, og ingen vet hvorfor det ble sånn. Og da blir det jo vanskelig. (...), har man ikke brukt opp den mengden penger som er

tenkt, så har man en mulighet til å gjøre noe med de pengene. Men går du hele tiden og tror at det er underskudd, så tenker man jo ikke engang i de banene (lege 4).

5.4.1.6 Oversikt over økonomi og styringsinformasjon

Den økonomiske logikken forutsetter altså at lederne kjenner de overordnede målene. Videre må de ha nødvendig styringsinformasjon, slik at de kan sette inn nødvendige tiltak for å korrigere driften. Et av spørsmålene jeg stilte var: *Hvordan får du informasjon om økonomien i seksjonen?*

Lege 5 sier først at det ikke er noen økonomistyring. Etter hvert kommer det fram at budsjettet er godt tilrettelagt i forhold til behov i driften og at han får god hjelp av økonomirådgiver. Videre sier han: ”Ja, jeg får jo e-mail fra tid til annen med et Excel-ark... jeg vet ikke, må si at jeg legger ikke så veldig stor vekt på dette, bare titter over og ser om det går greit.” Videre sier han at han av og til har hatt møter med økonomirådgiver hvor han har fått en orientering: ”Man har jo et budsjett, og så og så mye i lønn (...). Det er i grunnen ikke så mye sprell, altså”. Han synes ikke det er behov for mer oppfølging av økonomien.

Lege 4 sier at det meste kommer fra avdelingssjef, men også noe fra økonomirådgiver. Det kommer i form av mail med vedlegg, ”... og der står det en del om sum, og så står det at det var bra, dette var ikke bra.” Det har også vært veldig fokus på å få ned antall liggedøgn, sier han. Ellers får han mail fra seksjonsleder på poliklinikken med beskjed om hvor mange konsultasjoner de har der. Han sier videre at han er skeptisk til å delta på flere møter enn det han allerede gjør fordi møter er tidkrevende og dessuten ofte unyttige. Det måtte i tilfelle være korte, effektive møter for å få informasjon om hvordan seksjonen ligger an. På mitt spørsmål om hva som er den største utfordringen ved økonomistyring, svarer han så:

Det er jo blant annet å vite hva man blir målt på. Hva er det som sier at jeg kommer i mål med de tiltak som jeg mener jeg gjør hver dag? Hvordan kommer vi i mål? Jeg regner med at jeg har en sum et eller annet sted. Jeg vet ikke hva den summen er. Jeg vet heller ikke hvor mye vikarer jeg kan bruke. Hvor mye penger har man beregnet til dette? Det ligger sikkert et eller annet sted, men jeg har ikke tilgang til det. Jeg vet ikke hvor det er (lege 4).

Lege 6 sier at han ikke får noen oppdatering, med mindre han selv tar kontakt med økonomiavdelingen og spør hva som står på bunnlinjen – det er det som interesser ham mest. Videre sier han:

Når jeg ikke vet hvordan seksjonens økonomi generelt ser ut, så er det jo vanskelig å ha noen økonomistyring, ikke sant. Jeg har aldri et fullt overblikk over hvordan økonomien er, jeg har bare noen flekkvise bilder. Og så kan du si at da kan du bare gå og kikke i tabellene. Men det har jeg ikke tid til, så det finner jeg ikke ut av (lege 6).

Videre sier han at det han har bruk for er å få et dokument en gang i måneden hvor det står hva han har brukt og hva han har tilbake. Så sier han:

Hvis jeg kan se at jeg har penger på et budsjett som jeg aldri bruker, så burde jeg kunne trekke av det og kalle det noe annet. Det syns jeg ville være rimelig å gjøre. Hvordan jeg bruker mine penger, så lenge jeg ikke bruker dem på merkelig ting, så syns jeg at jeg skulle ha lov til det. Nå har jeg hele ansvaret, men ingen makt (lege 6).

Sykepleierne forteller derimot at de er involvert i oppfølging av økonomi og drift gjennom hele året. De deltar på regelmessige målstyringsmøter sammen med de andre sykepleierlederne, hvor både avdelingssjef og økonomirådgiver er til stede. Alle sykepleierne gir uttrykk for at disse møtene er nyttige, og at de får mer oversikt og større forståelse for økonomi:

Vi har månedlige målstyringsmøter hvor vi går gjennom måltall og budsjett og hvordan vi ligger an, sammen med økonomirådgiver og avdelingssjef. Det er vel en grei oppdatering fra måned til måned om hvordan vi ligger an. Og så er det rom for å diskutere de forskjellige postene. Hvorfor det ligger der, hvorfor vi ligger an sånn der og der. Og da kan jeg selvfølgelig argumentere med at det er bestilt noe (*utstyr som er bestilt av en lege*) som jeg ikke hadde innflytelse på og som var blitt veldig, veldig dyrt for eksempel (sykepleier 1).

Ja, det er møter - hver annen måned, vel? Det er målstyring. Og det setter jeg veldig pris på, syns det er veldig fint. Først, i begynnelsen da jeg ikke skjønnte så mye av det, syntes jeg det var helt dumt. Det kunne vel økonomirådgiveren måle selv (latter). Jo mer jeg har skjont av det, jo finere ser jeg jo at det er. Jeg har en del å si, og ser hva man kan gjøre for et sykefravær, og hvorfor sykefraværet er - at det ikke har noe med jobb å gjøre, at det er andre ting. Og jeg følger med mye mer, så helheten blir mye bedre (sykepleier 3).

Videre spurte jeg lederne om de bruker tilgjengelige styringssystemer (LIS og Pivot) til å finne fram til driftstall og regnskap. Ingen av legene bruker disse systemene, de er usikre på om de har tilgang. Lege 6 har sett på pivottabeller sammen med økonomirådgiver, men sier:

(...) jeg kunne godt tenke meg en lettere innføring i økonomien enn disse enorme pivottabellene som jeg ikke har tenkt til å sette meg inn i, for det har jeg ikke tid til. Det er en av de oppgavene som andre egentlig burde gjøre for meg (lege 4).

Sykepleierne forteller at de til en viss grad bruker styringssystemene LIS og Pivot til å finne fram informasjon om økonomi, men at de ikke på noen måte føler seg trygge på bruken av det:

På en lederopplæring som jeg har vært med på, gikk vi igjennom Pivottabeller. Men Excel og pivottabeller har vært en enorm hengemyr som jeg har måttet kaste meg ut i og måttet lære meg selv etter prøve og feile-metoden, til jeg fant ut hvordan det sånn cirka fungerte. Jeg er ikke sikker på at jeg er helt stødig ennå den dag i dag, og om jeg kan finne fram til alle poster (...) (sykepleier 2).

Ja, jeg prøver så godt jeg kan. (...) Jeg prøvd å melde meg på kurs for at jeg skulle få en gjennomføring, men har måttet lære meg det selv. Jeg har fått tilbud fra økonomirådgiver om å komme og vise (...) Men jeg bruker det så langt jeg klarer, og så finner jeg alltid ut noe nytt. Så jeg er selvlært, men det går. Men jeg skulle ønske meg et kurs (sykepleier 3).

Sykepleierne, som altså til en viss grad bruker styringssystemene, sier at de ikke er sikre på at de finner de rette tallene på egenhånd. En av legene forteller at han etterspør tall blant annet fra økonomiavdelingen når han trenger dem til rapporter. Han sier videre at selv om økonomene er eksperter på disse systemene, er de også i tvil om hvilke tall som kan brukes til hva:

Nei, og det er jo et kjempeproblem å finne ut av, ikke bare innenfor økonomi, men rett og slett tall generelt. (...) så skal jeg bruke disse tallene, og jeg blir sprø av det hver gang fordi det er så vanskelig å få riktige tall. Jeg vet ikke hvordan jeg skal forholde meg til det. Og det er tilsynelatende ingen som kan hjelpe oss med å si at det er den tabellen du skal bruke, den som passer fordi det er sånn og sånn (lege 6).

Jeg spurte lederne: *Får du hjelp og oppfølging av din avdelingssjef i saker som gjelder økonomi når du ber om det?*

Alle mener at de ville få det hvis de ba om det, men de sier også at det er mer nærliggende for dem å ta kontakt med økonomiavdelingen. Økonomirådgiver forteller at han av og til blir kontaktet av seksjonsledere. Sykepleierne er den gruppen som hyppigst tar kontakt, men enkelte leger gjør også det.

Empirien viser at ledelsens rutiner for planlegging og oppfølging av økonomi deler de to profesjonsgruppene inn i to ulike strukturer. Sykepleierne deltar i budsjett- og planprosessen og er informert om mål og rammer for driften. De har mulighet til å korrigere avvik ved sette inn tiltak underveis på grunnlag av informasjonen de får på målstyringsmøtene. Legene får derimot i liten eller ingen grad informasjon om de overordnede målene for driften, og de får i liten eller ingen grad tilbakemelding om økonomi og drift gjennom året. ”Målstyring innebærer å synliggjøre ledelse ved å utvikle ledelsesprosesser der så mange som mulig ser sammenhengen mellom mål og budsjetter, tiltak for å nå disse og de resultater dette fører til” (Ramsdal & Skorstad 2004:75). Med andre ord, man må vite hva man vil, man må ha mulighet til å sammenligne for å se om man er på rett spor, og man må ha muligheten til å endre retning hvis man er på feil spor. I praksis betyr det at dersom seksjonslederne ikke kjenner målene, er det en stor mulighet for at de ikke styrer sine ressurser slik at målene nås på mest mulig effektiv måte. Dersom de heller ikke får informasjon underveis, er det vanskelig å korrigere eventuelle avvik.

5.4.1.7 *Styringsutfordringer*

Jeg spurte: *Hva mener du er den største utfordringen for deg som seksjonsleder når det gjelder økonomistyring?*

Sykepleier 1 sier at den største utfordringen for henne er å få legerressurser nok til å oppnå den driften som ledelsen har planlagt og forutsetningene som ligger i budsjettet. Hun opplever at hun ikke har noen styring eller innvirkning på hvordan legerressursene fordeles:

Jeg deltar (i budsjettplanleggingen) sammen med økonomirådgiver og avdelingssjefen. Vi ser da på driften for i fjor, og hvordan vi skal planlegge (...), men så følger de ikke opp. Så du blir sittende i saksa. Men det er **ikke** mitt ansvar, for jeg har **ingen** påvirkning på hvordan de fordeler legene (sykepleier 1).

Sykepleierne forteller at det skaper store problemer når legen som har fått delegert ansvaret for arbeidsplanleggingen ikke er den samme som har ansvar for personalressurser og drift, og derfor ikke har oversikt over hvilke behov som skal dekkes: ”Styring av poliklinikken blir vanskelig når den som sitter og legger arbeidsplanene ikke forstår hvordan det skal være” (sykepleier 1). Hun forklarer videre at mangelfull fordeling av legeressursene fører til at ventelistene øker, og at det er vanskelig å overholde ventetidene på poliklinikken. Sykepleier 3 forteller om de samme problemene:

Det som har vært problemet her, er at jeg ikke har noen påvirkningskraft overfor leger. Det er leger som har vært problemet hos oss. Driften vår er ikke helt all right, synes jeg. (...) men det med leger har jeg ikke mulighet for... og det er jo kjempetråkig (sykepleier 3).

Sykepleierne forteller at de får legearbeidsplaner som varer alt for kort fram i tid. Det fører til at det blir vanskelig å planlegge driften, og at de ikke får utnyttet ressursene optimalt. Sykepleier 3 sier: ”Det (*legenes arbeidsplaner*) har jeg prøvd å få innvirkning på i 2 år. Det håper jeg det blir en forandring på.” Legenes arbeidsplaner kommer heller ikke regelmessig, sykepleierne må som regel etterlyse dem og purre flere ganger. De forteller at administrerende direktør krever at alle skal ha forutsigbare arbeidsplaner 3 måneder fram i tid, men i praksis har de arbeidsplaner for knapt 4 uker fram.

Sykepleier 2 forteller også at fordeling av legeressurser skaper problemer for driften på post. Det blir problemer i forhold til utskrivelser, videre planlegging og kontinuitet i pasientbehandlingen. Når en av legene er borte, er det variabelt hvordan de andre legene tar tak i oppgaver som angår hans pasienter. De bare ”heiser på skuldrene”, og sier at ”det er ikke mitt ansvar”:

Det er vel ansvarsfraskrivelsen som er det mest frustrerende, synes vi. Mange ganger ser jeg at sykepleierne springer rundt og skal ordne et praktiske i forhold til å finne ut hvem (hvilken lege) som skal se på en pasient. Det er ikke sykepleierne som skal finne ut av det, det må

legene selv ordne opp i og skaffe til veie noen. Sånne ting. Men man vil så gjerne ha orden det for pasientens del. Men vi må slutte med det, slutte å gjøre deres jobb (sykepleier 2).

Om det blir tatt tak i, er avhengig av om legenes ledere er til stede: ”det er litt sånn at når katten er borte, danser musene på bordet” (sykepleier 2). Det at ikke ting blir gjort som forutsatt fører til at pasientene blir liggende lenger på sykehuset enn nødvendig. Det fører til dårlig utnyttelse av knappe ressurser og sengeplasser, og til at frustrasjonsnivået hos sykepleierne på posten stiger.

Tradisjonelt er det et skille mellom det medisinskfaglige og sykepleierfaglige som er forårsaket av lederstruktur og organisering av sykehusene. Legene er ikke på samme måte som sykepleierne tilknyttet en fast arbeidsplass, de tilbringer tid både på post, poliklinikk, akuttmottak, overvåkning og operasjonsavdelinger. De er ikke involvert i driften på det enkelte stedet; de kommer inn, gjør en jobb, og går igjen. Slik kan man si at legene befinner seg på litt på siden av organisasjonen, selv om det meste av aktiviteten i sykehusene er avhengig av dem. Dette kan få konsekvenser for hvordan legelederne fordeler legeressursene og for hvordan de prioriterer arbeidsoppgavene på post og poliklinikk.

5.4.1.8 Forutsetninger for økonomistyring

Verken leger eller sykepleiere har økonomiopplæring i sin grunnutdanning. Jeg spurte derfor lederne om de mener at de har nok kunnskap om økonomi til å lede sin seksjon.

Nei, absolutt ikke. Kunnskap i forbindelse med økonomi er det man har ervervet seg etter hvert. Men når man begynner som seksjonsleder, skulle man ha blitt kurset litt i forhold til økonomi. Du har jo lært deg på veien. Det synes jeg er veldig mangelfullt. Sykehuset skulle sørget for at man fikk en god opplæring innenfor økonomi, skjønne systemer og hvordan budsjettet blir lagt. Det er jo sånt man skjønner etter hvert (sykepleier 1).

Lege 4 sier: ”Jeg har jo ikke fått noen utdanning (*innen økonomi*). Det er jo nærmest et ikke-tema når du studerer medisin”. På spørsmål om han føler behov for opplæring innen økonomi, svarer han bekreftende:

Ja. Jeg er ganske god på samfunnsøkonomi (...) og veldig interessert i økonomi. Men akkurat drift, hva tingene koster, hvordan man beregner ting og så videre, det er et svart eller hvitt felt, det er det. Så det er det behov for (lege 4).

Lege 6 sier også at siden seksjonsledere nå har ansvar for økonomi og personalansvar, så burde man også få opplæring innen økonomi: ”Det kan jo være greit å ha en innføring i økonomi (...) et to timers kurs, og så ferdig med det.”

Det inngår noe økonomigjennomgang i kvalifiseringsprogrammet for seksjonsledere (se kapittel 5.2.1.2). Kun to av sykepleierne har deltatt på dette programmet, og ingen av legene. De to sykepleierne forteller at kurset absolutt var nyttig, selv om det burde inneholdt mer om økonomi. En av legene hadde meldt seg på programmet, men kunne ikke gjennomføre det fordi det ikke passet inn i en travel arbeidshverdag. De siste tre lederne kan ikke huske å ha fått informasjon om kurset. Den ene legen gir uttrykk for at han uansett ikke hadde hatt tid til å delta, det ville rett og slett bli for mye på toppen av alt det andre:

... det er da mulig at det har vært noen kurs, men jeg har ikke ... de har jeg nok arkivert, har ikke tid til å gå på dem. (...) Nei, jeg har ikke tid, det blir for mange ting på en gang inne i mitt hode (lege 6).

5.4.1.9 Uttrykte holdninger og utfordringer ved økonomistyring

Alle sykepleierne gir uttrykk for at sykepleiere generelt tenker mer på økonomi i det daglige. Deres erfaring er at leger generelt er mindre kostnadsbevisste, og at det ikke er noen forskjell på legeledere og deres underordnede:

Ja, veldig (*stor forskjell på leger og sykepleiere*). Sykepleierne tenker veldig på bruk av engangsutstyr, mens legene ikke tenker på det i hele tatt – hva det koster hvis man tar opp ting som ikke skal brukes, eller gjør ting usterilt. For sykepleierne sitter liksom mer direkte til, de bestiller varer, og ser hva ting koster. (...) Og veldig mange leger skal ha det og det utstyret, de kan ikke jobbe hvis de ikke har det. Da sier vi at dette er utstyret vi har her (sykepleier 1).

Ja, absolutt. Jeg har inntrykk av at sykepleiere har mer ansvarsfull holdning. Vi orienterer oss om hvordan staa er, og vi forholder oss til virkeligheten. Om vi får overskridelser eller ikke, så er vi orientert. Jeg oppfatter ikke at det er sånn på legesiden (sykepleier 2).

Ja, åh guri! Det er to helt forskjellige verdener. Leger bryr seg ikke om dette i hele tatt, de ser ikke. Det må jeg bare si altså, generelt. En og annen selvfølgelig, et sånt utskudd som kan... men de har ingen interesse av hva ting koster, eller sparing... Men det har jo sykepleiere. De har alltid måttet forholde seg til det, de har det i utdanningen sin, ikke sant, at de skal være måteholdne. Så det ser jeg kjempeforskjell på, det gjør jeg (sykepleier 3).

Legenes oppfatning om evt. holdningsforskjeller mellom leger og sykepleiere er ikke så entydige. Det er ikke noe de er opptatt av i det daglige, sånn som sykepleierne. Som en av legene sier: ”Det har jeg ikke tenkt så mye på. Det har ikke vært noe stort tema i mine tanker.” Når det gjelder forskjell på sykepleie- og legeledere, sier lege 4:

Nei, det har jeg ingen oppfatning om. Nei, nei, det vet jeg faktisk ikke (...) Jeg tror at sykepleierlederen på posten er mye nærmere det på en måte. Hun har mye mer med vikarer og sånt å gjøre (lege 4).

Lege 6 tror derimot at det er forskjell:

Ja, det tror jeg, sykepleierledere er mye flinkere til å følge opp økonomi. De har også en helt annen måte å jobbe på, i og med at det er så mange som man skal ha oversikt over. Men jeg tenker økonomi. Det er ikke sånn at jeg bare ignorerer det og bruker løst, det gjør jeg ikke, jeg tenker økonomi. Men hvis du spør meg hva jeg har på bunntinjen, så kan jeg ikke svare deg på det (lege 6).

Det er viktig for legene å få fram at de er interessert i økonomi, og at de absolutt tenker på økonomi i det daglige arbeidet. Men de mener også at de ikke har de samme utfordringene som sykepleierne. Pleiepersonalet har ofte deltidsstillinger og større forbruk av vikarer, noe som fører til mer arbeid med turnus- og lønnsberegning. Jeg ba lege 6 om å utdype hva han tror kan være årsaken til profesjonsforskjellene, om det kan ha med struktur og system, eller evt. med holdninger å gjøre:

Kanskje begge deler. Jeg tror ikke det ville gjøre så vondt for meg om jeg hadde et minus på 100 000 på bunntinjen. Men jeg tror det ville gjøre vondt for seksjonsleder på sengeposten, fordi hun føler at når hun kommer på økonomimøter med økonomirådgiver, så blir det sagt at du har et utlegg der, og hun føler da at det er en personlig anklage, ikke sant (...) Jeg

respekterer selvfølgelig at man skal forsøke å overholde budsjettet, det er klart. Og hvis man har en overskridelse av budsjettet, at man kan dokumentere hvorfor, og argumentere for å få flere penger (lege 6).

Legen mener altså at sykepleierne nok er mer lojale til de økonomiske rammene som settes for driften. Han har også inntrykk av at sykepleierledere oppfatter det som et personlig ansvar, noe legene ikke gjør på samme måte. Sykepleierne mener bestemt at ledelsen ikke stiller samme krav til økonomistyring for legeledere som for sykepleierledere. Det ser også ut til å være en generell oppfatning blant sykepleierne om at det er lettere for legeledere å få tilgivelse for overskridelser i budsjettet:

Nei. Det har jeg ikke noen oppfatning av at man gjør. Nei, ikke som jeg noen gang har sett. (...) Kravene er mye, mye mindre. De har noen føringer, det har de nok. Men det er helt klart at det er lettere å gå med underskudd og unnskyldte hva man har brukt pengene til for en lege enn for en sykepleier. Det er min oppfatning (sykepleier 3).

Sykepleierne forteller videre at det kan føre til dyre løsninger når legene ikke tar hensyn til seksjonens budsjett, og at det har vist seg at legenes bestemmelser ikke alltid er like godt faglig fundert:

(...) på legesiden kan man godt finne på plutselig å få store utgifter på ting som man ikke har planlagt for, men som man hele tiden glemmer seg bak at det er medisinsk nødvendig der og da. Jeg tror ikke man tar så mye hensyn til budsjettet, jeg tror ikke man bryr seg om det. (...) Jeg har opplevd at det bestilles kjempedyrt utstyr på avdelingens utstyrsbudsjett. Og så viser det seg at det bare var tull og tøys. Det viste seg at virkningen var dårlig. Det var bare et innfall man fikk. Og så skal man bestille utstyr til 30 000 kr pakken, flere pakker. Og det kan man gjøre uten å be om lov. Mens jeg føler at jeg må snu på hver krone, og da blir det feil (sykepleier 2).

Sykepleier 2 forteller at det virker som om det ikke er regler for hvem av legene som skal ta avgjørelsen om hvilket utstyr som skal bestilles. Videre sier hun at de andre overlegene sjelden eller aldri går tjenestevei, og at det heller ikke får noen konsekvenser når de bestiller på egenhånd:

Nei, nei, nei. Niks, det er hver enkelt lege som kjører sololøp på det. I hvert fall hvis du er overlege, så kan du gjøre akkurat som du selv vil på det i forhold til utstyrsbestilling. Helt klart. Det går ikke tjenestevei, det gjør ikke det.(...) Nå er det jo ikke noe som skjer hver dag, men det skjer (sykepleier 2).

Alt medisinsk utstyr og medikamenter går på sykepleiernes budsjett. Siden legene ikke deltar på oppfølgingsmøter, er det sykepleierne som må forsvare innkjøpene overfor avdelingsledelsen. Sykepleierne kan med sin sykepleierfaglige ekspertise og erfaring ha egne oppfatninger om hva som er god og effektiv behandling, og det er også ofte de som har mest kontakt med pasientene i det daglige. Selv om ledelsen i stor grad har forståelse for overforbruk som går til pasientbehandling, oppleves det som vanskelig for sykepleierne å forsvare innkjøp som de er uenig i. I vrimmelen av muligheter må det gjøres noen prioriteringer på overordnet nivå, mener sykepleierne. Legene ønsker derimot selv å ha dette ansvaret fordi det er de som er ansvarlig for sine pasienter.

Jeg spurte legene: Dersom en lege ønsker å bestille dyrt utstyr eller setter i gang en kostbar behandling på posten, hvordan går man da fram?

Lege 4 svarer:

Nei, det er ikke noe problem. vi har blant annet hatt dette utstyret som koster forferdelig mye penger, men nei, jeg oppfatter ikke det som noe problem. Så lenge det er medisinsk indikasjon for det, så... (...) (lege 4).

Lege 6 sier:

Det (*økonomi og medisinsk indikasjon*) har da ikke noe med hverandre å gjøre overhodet. Jeg kan godt regne ut at utstyret koster så og så mye penger, ikke sant. Med det er jo medisinske forbruksvarer som det bare er nødvendig å bruke, det kommer vi jo ikke utenom (lege 6).

Selv om mitt spørsmål som utløser disse svarene er satt på spissen, kommer det fram at legene ikke ”skjeler” så mye til økonomi når de velger behandling for sine pasienter. Legene forholder seg til den enkelte pasient der og da, og rekvirerer den behandlingen som de mener er best, og i samråd med pasienten og pårørende. Forskning og medisinsk teknisk utvikling åpner stadig for nye behandlingsmetoder eller forbedring av gamle metoder. Det kreves ofte kostbart utstyr og forbruksmateriell. Selv om utstyret er dyrt, kan det hende at behandlingen

lønner seg fordi det fører til at pasientene blir fortere friske, de trenger kortere innleggelse, kortere sykmelding og får kanskje bedre livskvalitet. Det er opp til helsepersonellet, og først og fremst legene, å avgjøre den totale nytten av behandlingen i hvert enkelt tilfelle.

Avdelingssjefen som intervjues antar at ulikhetene når det gjelder holdning til økonomi nok ligger mer på det individuelle nivå, men han gir også uttrykk for at leger generelt ikke ønsker å delta ved budsjettplanlegging og andre økonomimøter.

Rådgiver ved økonomiavdelingen forteller at siden sykepleierlederne følges opp med månedlige møter når det gjelder økonomi og drift, og mener at det virker som om sykepleierne har fått mer forståelse i løpet av denne tiden:

Ja, i hvert fall i de avdelingene hvor vi har mest struktur på de oppfølgingsmøtene, så føler jeg jo at de har fått en bedre forståelse for det. Og at de er opptatt av utviklingen måned for måned. Det er ikke noe morsomt å sitte i de møtene hvis de har store merforbruk og liksom ikke har noen konkret forklaring til hvorfor (økonomirådgiver).

Han tro at dette kan være noe av årsaken til evt. holdningsforskjeller mellom leger og sykepleiere når det gjelder økonomi.

5.4.1.10 Ledernes arbeidsvilkår

Fra teorien om arbeidslivsforskning har vi sett at organisasjonsformer som legger vekt på effektivisering også legger til rette for en intensivering av ansattes arbeidsvilkår. Vi har også sett at slike organisasjonsformer er på vei inn i offentlig helsevesen i form av lean og toyotisme, hvor effektivitetstiltakene ikke bare går på det direkte arbeidet, men også på kvalitet og på gjennomløpstiden til produktene. For sykehusene betyr det at de skal tilby bedre, billigere og mer effektiv behandling for alle pasienter, slik at ventelistene eller helsekøene reduseres eller avvikles. Gjennomløpstid i denne sammenhengen kan bety kortere ventetider før behandling og bedre planlegging for pasientoppholdene. Det nye ledelsesidealet er ledere som ivaretar et helhetlig ansvar for virksomheten. Det betyr at ledere på driftsnivå skal ivareta mange oppgaver; personal- og økonomiansvar, ansvar for pasientbehandling, utdanning av ansatte, opplæring av pasienter og pårørende, i tillegg til forskning og utvikling.

Jeg spurte lederne: *Har du en ren administrativ stilling eller deltar du også i klinisk arbeid?*

Alle legelederne oppgir at de deltar i den daglige driften på lik linje med de andre overlegene i seksjonen. Deres stilling medregnes fremdeles i driften, og det faglige utgjør fortsatt hoveddelen av stillingen. Jeg spurte videre om deltakelse i klinikken er noe de kan velge selv. Lege 5 sier umiddelbart: ”Nei, det er en vesentlig del av jobben.” På mitt spørsmål om det er viktig for ham å jobbe med pasienter, svarer han: ”Ja, det er klart det! Det er det viktigste.” Alle gir klart uttrykk for at dersom det hadde vært et krav at de skulle tre ut av driften og kun jobbe administrativt, hadde de ikke tatt lederjobben. Fordi de også jobber som vanlige overleger, er det et krav at de holder seg faglig oppdatert. Lege 6 sier:

Nei, det er ikke mulighet for valg. Forstått på den måten at jeg som seksjonsleder ikke kan tas ut av klinikken. For jeg går jo i vakter, og jeg må ha en idé om hva som foregår i avdelingen, og jeg må ha pasientkontakt for å holde meg oppdatert (lege 6).

Videre sier han at han regner med å gå tilbake til vanlig overlegestilling etter hvert, slik at det også er en viktig grunn for ham til å vedlikeholde faget. De andre legene forteller at de ikke har noen planer om å slutte som ledere, men det kommer også fram at det ikke er noe de har tenkt så mye på før jeg spør. Videre kommer det fram at legelederne ikke har noe sterkt ønske om å være ledere. De forteller at de har tatt jobben fordi seksjonen måtte ha en leder, og selv om de ikke har noen umiddelbare planer om å slutte som ledere, utelukker de det altså ikke helt.

Sykepleier 2 forteller at hun har nok å gjøre med de administrative oppgavene. Hun hjelper kun til i klinikken hvis det kniper i enkeltsituasjoner. Sykepleier 3 sier at det egentlig står i hennes stillingsbeskrivelse at hun skal delta noe i pasientrelatert arbeid, men sier: ”... det henger litt igjen fra gammelt. For det spørs jo hvordan man organiserer det.” Videre sier hun at det kan være positivt å delta i driften av og til for å få et avbrekk fra det administrative: ”Men jeg tror nok at jeg hadde måttet si ifra hvis det var pålagt. Med alt det administrative arbeidet vi har, så går det ikke noen ganger.” Sykepleier 1 forteller også at hun deltar noe i klinikken. En årsak til det er knappe ressurser; hun er nødt til å trå til for å få det til å gå rundt. Men hun sier også at hun mener det er viktig å ha en viss kontakt med driften for å kunne utføre lederoppgavene.

Det at noen ledere fortsatt jobber i driften, er i strid med det som var intensjonen med profesjonell ledelse, hvor lederen trenger en viss avstand til driften for å kunne ta de riktige beslutningene. En av årsakene som oppgis er altså at ressursene trengs i seksjonen. Krav om effektivisering gjør at det alltid er behov for ekstra ressurser, og en slik buffer vil gjøre driften mer fleksibel. Faren er at det kan bli en kilde til stress for lederen og at noen oppgaver ikke blir tilstrekkelig ivaretatt.

Det kom etter hvert fram at flere av lederne mener at kravene til seksjonsledere har blitt stadig flere og mer komplekse de senere år. De sier at stillingen er noe helt annet nå enn tidligere. Personal- og økonomiansvaret har medført mange oppgaver som de ikke har opplæring og kompetanse til. De må kurses for å kunne bruke ulike styringssystemer som Gat, Synergi og Personalportalen. Sykepleier 1 forteller at hun ikke ville ha søkt på seksjonslederstillingen i dag, og forteller at hun kan tenke seg å gå tilbake i jobb som vanlig sykepleier. Sykepleier 3 sier at selv om hun ønsker å være leder, merker hun godt at innholdet i den ”nye” seksjonslederjobben er noe helt annet enn innholdet i den ”gamle” avdelingslederjobben. Hun mener at medarbeiderne ikke er klar over hvor utfordrende og krevende stillingen er. Lege 4 sier også at det er en utfordrende posisjon. Han synes ikke at han har nok tid til å utføre oppgavene:

Nei, nei, nei, det er tiden som begrenser. Om du ser på de siste syv dagene; helgevakt lørdag, søndag, vakt mandag og tirsdag, vanlig dag pluss ekstra kveldsjobbing på onsdag, torsdag vakansvakt fordi ingen andre kunne ta den vakten. Fredag kommer man hjem og skal være sammen med familien. Og så sovner man bare... (lege 4).

Videre kommer det fram at han ser at det absolutt er behov for mer tid til administrasjon enn det han for tiden har, og at han kan se for seg en endring i framtiden:

Jeg har jo sett hvordan man gjør det på andre sykehus (...), der kan seksjonsleder ha en hel dag til administrasjon for nettopp å tenke framover, planlegging og strategier, og sette seg inn i dette med økonomi. Tanken er jo at man skal komme dit. (...) Men man må jo ha tro på det, at det blir slik en dag (lege 4).

Tidligere i intervjuet har han sagt at han ikke kan tenke seg å jobbe mindre i driften enn det han gjør. Jeg oppfatter dette slik at han tenker seg at det med årene kan bli aktuelt å trappe litt

ned i klinikken. Lege 6 forteller at han har delegert bort ansvaret for arbeidsplanene til en av de andre legene i seksjonen, han er jo nødt til å delegere bort noe. Så fortsetter han:

Jeg kan bare så vidt komme gjennom dagen med hodet over vannet, så jeg klarer nesten ikke å gjøre noe... så kan du spørre hvorfor jeg ikke delegerer bort flere oppgaver ... når jeg prøver å delegere ut bare enkle oppgaver, for eksempel: ”vil du svare på denne pasientskadeerstatningen, det skal svares innen en uke?” Så kan du være sikker på at hver eneste gang får jeg den tilbake i trynet... for den ene vet ikke hva han skal skrive, han gidder ikke, en annen skriver en erklæring på 1000 sider som ingen forstår. Og så ender det ofte med at du gjør det selv. (...) Det er det verste med å være sjef... det er derfor jeg sier at dette orker jeg ikke mer (lege 6).

Han forteller altså om en arbeidssituasjon hvor han ikke har mulighet til å utføre alle oppgavene han er pålagt som seksjonsleder. Han sier også at det er vanskelig å delegere bort oppgaver fordi han ikke kan stole på at oppgavene blir gjort. Dessuten er det jo allikevel han som har ansvaret, sier han. Han sier til slutt at det er dette som er årsaken til at han ikke orker å være leder lenger. Videre sier han at det å være seksjonsleder er en alt for stor jobb med alt for mange unødvendige innspill. Han hentyder til ulike rapporter og alt som skal kontrolleres og følges opp med produksjonstall som dessuten er umulige å frambringe. Dessuten forteller han at ledere automatisk får mange andre arbeidsoppgaver, som å delta i utvalg og i prosjektgrupper i forbindelse med bygging av nytt sykehus i Østfold. Legeledere blir også ofte trukket inn i oppgaver som ligger utenfor sykehuset, ved at de blir innbudt til møter i legeforeningen og deltakelse i spesialistforeningene. Som han sier, det er hyggelig at man blir spurt igjen og igjen, fordi det viser at man leverer det man skal. Men på den måten blir totalen rett og slett for mye.

Det ble varslet om arbeidspress for seksjonslederne i Sykehuset Østfold (jfr. kapittel 3.2.2.1) i en rapport fra Arbeidstilsynets kampanje God Vakt! (2008). Det kom fram at:

Iverksatte tiltak (*siden 2005*) har bidratt til å avlaste førstelinjelederne slik at deres arbeidspress ble noe redusert. Under tilsynet i 2008 kom det likevel frem at førstelinjelederne fremdeles har stort arbeidspress og at de utsettes for tidspress. Vi hørte eksempler på at oppgaver ikke blir gjennomført som forventet, at enkelte ikke hadde gjennomført den opplæringen som er tilpasset lederne, at arbeid ble utført utenom ordinær arbeidstid, at man utsatte pålagte HMS-oppgaver da de likevel ikke ble etterspurt, og lignende. Arbeidstilsynet er

derfor av den oppfatning at førstelinjelederne fortsatt utsettes for uheldige belastninger som en konsekvens av stort arbeidspress (Arbeidstilsynet 2008).

Når det stadig stilles krav til økt effektivitet og reduksjon i budsjettene, fører det ofte til at ansatte får endrede arbeidsoppgaver og ansvar. I sykehuset sees hver avdeling eller divisjon for seg, og det tas sjelden hensyn til at endringer kan få betydning for andre arbeidsgrupper. Når for eksempel renholdsassistenter får redusert arbeidstid og ikke rekker alle sine oppgaver, betyr det gjerne at pleiepersonalet må utføre det som renholdsassistentene ikke lenger gjør. Slik fører innsparing i én avdeling til økt belastning på ansatte i en annen.

Det stilles dessuten stadig større krav til dokumentasjon som gjelder pasientbehandling for både sykepleiere og leger. Som leder skal man ivareta sine ansatte og sørge for at de ikke opplever tidspress, og det kan føre til ekstra press for førstelinjeledere som også skal delta i driften. Man opplever at delegering av oppgaver ofte ikke er noen reell mulighet. Disse oppgavene kan ikke skyves oppover.

6.0 AVSLUTTENDE DISKUSJON OG KONKLUSJON

Hovedmålet med studien har vært å se nærmere på hvordan reformtiltak knyttet til innføring av de økonomiske styringsverktøyene ISF og DRG praktiseres av de ulike profesjonene i sykehussektoren. Nærmere bestemt har jeg ønsket å belyse hvordan leger og sykepleiere som er førstelinjeledere forholder seg til betingelsene som en mer markedsstyrt logikk skaper, og om det er profesjonsforskjeller å spore m.h.t. praksis. Dessuten om det er noe som tyder på motstand mot endringene, og om reformene kan ha ført til maktforskyvning i organisasjonen. I forrige kapittel ble empirien beskrevet slik den er kommet fram ved intervjuene, og funnene ble tolket gjennom teoriene som er lagt til grunn. Her foretas en avsluttende diskusjon av funnene og en konklusjon. Til slutt foreslås noen temaer for videre forskning.

6.1 *Oppsummering og avsluttende diskusjon*

Først har vi sett på hva lederne selv oppfatter som det viktigste for sykehuset og for dem som ledere. De kommer fram at de først og fremst har et faglig fokus; det er god kvalitativ pasientbehandling og sykepleie som er det overordnede målet. Imidlertid uttrykker både lege- og sykepleierlederne bekymring over at krav til effektivitet og innsparing gjør det vanskelig å opprettholde den nødvendige kompetansen for å imøtekomme den faglige utviklingen som kreves. Dette er i samsvar med funn i Huzells studie om endring i svensk offentlig sektor (jfr. kapittel 3), hvor de intervjuede på driftsnivå mente at krav om innsparing og effektivitet ville føre til mindre kvalifiserte ansatte. Det er ting som tyder på at utfordringen når det gjelder fagutvikling er større for sykepleierne enn for legene. Legene har hovedansvaret for pasientbehandlingen, og når det er begrensede ressurser, prioriteres de når det gjelder kurs og etterutdanning. Helse Sør-Øst har nylig innført etiske handlingsregler for å regulere samarbeidet med medisinske firmaer. Formålet er å unngå uheldige bindinger mellom det offentlige og det private næringsliv. Produsenter av medisiner og medisinsk utstyr har tidligere bidratt vesentlig til de profesjonelles kursvirksomhet, og det er en utfordring som sykehusene må finne andre løsninger for framover.

Finansieringssystemet er først og fremst avhengig av at koder registreres og rapporteres. Behandlende helsepersonell skal registrere koder ved hver enkelt pasientkonsultasjon. ISF-refusjonen utgjør en stor del av sykehusenes inntekter, og feilkoding eller manglende koding kan derfor få store økonomiske konsekvenser for det enkelte sykehus og for samfunnet.

Vi har sett på hvordan profesjonene forholder seg til ISF og DRG i praksis; hvilken kunnskap de har om systemet og regelverket, og hvilke holdninger de gir uttrykk for. Det kommer fram at lederne ikke oppfatter den økonomiske logikken som ligger til grunn for innsatsstyrt finansiering som hensiktsmessig. De gir uttrykk for at et komplisert regelverk og stadige endringer gjør at det er vanskelig å planlegge for å utnytte ressursene best mulig. Dessuten er lederne i tvil om hvordan regelverket skal forstås, blant annet er de ikke sikre på om det har noen betydning at bi-diagnoser kodes og hvilken betydning rekkefølgen på kodene har. Selv om alle lederne er klar over sammenhengen mellom medisinsk koding og inntjening, fører kodingen i deres øyne bare til ekstraarbeid i en allerede presset hverdag. For at koder skal bli registrert, har lederne forsøkt å legge til rette ved å lage kortlister med de mest brukte kodene. Ulempen er at kodingen blir mindre treffsikker for den enkelte pasient, dessuten er kodekvaliteten avhengig av at listene oppdateres når endringer kommer. Papirutgaven av kodeverkene oppdateres ikke årlig. Den beste løsningen for å sikre kodekvalitet hadde derfor vært å bruke de elektroniske kodeverkene, men man får inntrykk av at de er lite brukt i klinikken.

Rådgivere ved økonomi- og analyseavdelingen forteller at de får henvendelser fra leger og sykepleiere som ber om hjelp til å finne fram til koder som er aktuelle for deres fagområde. Dessuten ønsker de å vite hva inntjeningen er for de ulike behandlingene. Dette kan i utgangspunktet mistenkes for å være økonomisk motivert. Imidlertid mener rådgiverne at profesjonene og spesielt legene er interessert i å sammenligne forskjellige typer inngrep eller behandlinger, og se på refusjon i forhold til ressursbruk. Rådgiverne mener at det er positivt at eventuelle misforhold kommer fram, fordi det kan være en mulighet for at refusjonen blir korrigert derom sykehuset sender tilbakemelding til Helsedirektoratet, noe de også gjør i slike tilfeller.

Den økonomiske logikken forutsetter altså at brukerne er rasjonelle og vurderer hva som er lønnsomt for dem; det ville være fornuftig systematisk å velge ut lønnsomme pasientgrupper eller behandlingsformer, og oppfordre ansatte til å velge koder som gir høy refusjon. Får økonomiske hensyn noen betydning for hvilken behandling pasientene tilbys i seksjonene? Dette spurte jeg alle de intervjuede om. En av legene svarer som tidligere beskrevet at økonomi og medisinskfaglige vurderinger ikke har noe med hverandre å gjøre. Dette støttes av de andre legenes uttalelser. Både leger og sykepleiere er klar på at økonomi ikke påvirker de valgene som helsepersonellet gjør vedrørende pasientbehandling. Det er også lite som

tyder på at ansatte velger de kodene som sykehuset tjener best på. Legene tenker ikke på ”prisen”, men velger de kodene de husker eller har lett tilgjengelig. Legene mener selv at tidspress kan være en årsak til at kodingen blir mangelfull. Når de har dårlig tid, blir de vanlige kodene som de husker registrert, mens for eksempel koder for bi-diagnoser blir utelatt. Analyseavdelingen bekrefter også at underkoding er et større problem en overkoding.

Det kommer videre fram at sykehuset ikke har felles retningslinjer for hvordan koderegistrering skal foregå og følges opp i de kliniske avdelingene. Det åpner for et mangfold som bekreftes både av lederne og av rådgivere i økonomi- og analyseavdelingen. Lederne har satt seg inn i DRG-regelverk og kodeverk etter behov og på eget initiativ. Analyseavdelingen, som er kodeekspert, har sin hovedfunksjon som kodekontrollør ved å sjekke koder som er registrert i det pasientadministrative systemet, og har ikke kapasitet til å sørge for undervisning og oppfølging av regelverk for klinikken. Hver seksjon må derfor selv følge opp endringer i regelverk og koder, noe som krever både tid og ressurser, som de ikke har. Analyseavdelingen har kodekurs for nye turnusleger, men det betraktes som ”en dråpe i havet” av rådgiver ved analyseavdelingen. Profesjonene selv har ikke kapasitet til å sørge for opplæring; de sier at det absolutt er behov for jevnlig oppdatering, men mener at dette er en oppgave som andre må ta seg av.

Sekretærene forteller på sin side om andre utfordringer ved systemet som en følge av at legene dikterer koder på ulike måter. Noen dikterer kun koder, andre kun kodetekst, og andre begge deler. Det kan være vanskelig å høre forskjell på liknende bokstavlyder, for eksempel K og H, eller på B, C, D, E og G. En viktig grunn for bruk av koder er jo nettopp at man skal unngå misforståelser pga språklige feil. Sekretærene mener at det ville være en sikkerhet dersom legene rutinemessig dikterer både kode og kodetekst.

Det er opp til hver avdelingssjef å bestemme hvordan økonomien skal følges opp og i hvilken grad seksjonslederne skal involveres. Seksjonslederne har blant ansvar for oppfølging av seksjonens økonomi, budsjett og regnskap. Fem av de seks lederne mener at de har for lite kunnskap om økonomi til å styre økonomien i sin seksjon, og mener at det burde vært økonomiopplæring for seksjonsledere. To av de seks lederne har deltatt på et internt lederprogram i SØ hvor det inngår noe økonomi, men de mener begge at det er behov for mer opplæring. To av legene sier at de ikke har hatt tid til å delta på dette programmet, det blir rett og slett for mye i en travel arbeidshverdag. Videre forteller alle lederne at de ikke kjenner til

om det finnes skriftlige retningslinjer for økonomistyring, de har aldri sett det eller etterspurt det. Økonomirådgiver og avdelingssjef bekrefter at det ikke finnes.

Når det gjelder planlegging og oppfølging av økonomi og drift, virker det som om lege- og sykepleierlederne er inndelt i to ulike strukturer. Alle sykepleierlederne deltar i plan- og budsjettprosessen, mens ingen av legene gjør det. Sykepleierne følges videre opp gjennom året med jevnlig målstyringsmøter. Dette oppfattes som veldig positivt av sykepleierne, fordi de får bedre oversikt og kan komme med innspill til ledelsen. Økonomirådgiver mener også at denne formen har gitt lederne bedre forståelse for økonomi. Legene deltar ikke på målstyringsmøter, men de får i noen grad tilsendt noe informasjon om drift og budsjett på mail. De forteller at de ikke har tid til å sette seg så mye inn i dette, de leser bare fort igjennom det. Behovet de har, mener de, er jevnlig oppdatering med oversikt om hvor de står, hva de evt. bør gjøre annerledes i forhold til driften, og hva de har på bunnlinjen. Dette kan for eksempel foregå på korte, intensive møter, foreslår legene.

Denne todelingen i strukturen gjenspeiler det tradisjonelle skillet mellom det medisinskfaglige og sykepleierfaglige som er forårsaket av lederstruktur og organisering av sykehusene. Legene er ikke tilknyttet en fast arbeidsplass på samme måte som sykepleierne. Legene tilbringer tid både på post, poliklinikk og andre spesialavdelinger, de kommer inn, gjør en jobb, og går igjen. Slik kan man si at legene befinner seg på litt på siden av organisasjonen, selv om det meste av aktiviteten i sykehusene er avhengig av dem. Når vi ser på hvordan oppfølging av økonomi og drift foregår, kan det være ting som tyder på at legene ikke får nødvendig styringsinformasjon. Dette kan få konsekvenser for hvordan legelederne fordeler legeressursene, og for hvordan de prioriterer arbeidsoppgavene på post og poliklinikk.

Videre har studien forsøkt å registrere om profesjonene har ulike holdninger til økonomistyring i praksis. Ledelse på seksjonsnivå vil for sykepleiere si ledelse av pleiepersonalet, noe som på sengepostene blir fulltidsjobb. På spesialavdelinger er det en litt annen ordning hvor deltakelse i driften inngår i noen grad, men administrasjon er fremdeles hovedjobben. Sykepleierlederne har fokus på fag og legger stor vekt på fagutvikling, men i første hånd for pleiepersonalet. De delegerer i liten grad bort administrasjonsoppgaver, fordi de ønsker å ha oversikt og kontroll. Legelederne forteller at faget er det viktigste for dem. Deres stilling er medregnet i driften, og de utfører de samme oppgavene som de andre overlegene, slik at de er nødt til å holde seg faglig oppdatert. Det er en utfordring for dem at

det ikke er satt av tid til administrative oppgaver, men når det kommer til stykket, ønsker de ikke å unnvære noen av de medisinskfaglige oppgavene. Når de ikke klarer å ivareta alle oppgaver, prioriterer de ned administrasjon, og det gir de inntrykk av å være komfortable med. Sykepleierne har altså et annet utgangspunkt fordi deres stilling i liten grad regnes med i driften. De sier også at det er positivt for deres funksjon som ledere å holde kontakt med klinikken, men forteller at det er problematisk fordi de da får for liten tid til å ivareta lederoppgavene. Sykepleierne vil heller unnvære klinisk virksomhet enn å delegere bort administrasjonsoppgaver, som de mener er et lederansvar. Det ser altså ut til at legene fortsatt har et hovedsakelig faglig ledelsesideal, mens sykepleierlederne i større grad har integrert administrasjon og ledelse i lederrollen. Dette er i samsvar med funnene i de to studiene om enhetlig ledelse som er presentert i kapittel 3.

Seksjonslederne beskriver at innholdet i deres stilling har endret seg de senere årene. Nye oppgaver og ansvarsområder har kommet til, og det er større krav til dokumentasjon og kontroll. Fire av de seks lederne sier at de har fått mye større arbeidspress, og at de opplever tidspress. Man får inntrykk av at lederne som også arbeider i klinikken opplever mest press, og at det derfor er sykepleierne som jobber i spesialavdelingene og legene som er mest utsatt. En sykepleier og en lege gir uttrykk for at de ikke orker å være ledere lenger, og at de ønsker å gå tilbake til klinikken. Det er ting som tyder på at spesielt legene ikke har anledning til å utføre lederoppgavene som forutsatt fordi tiden ikke strekker til. Ved anestesivdelingen er stillinger for seksjonsleder lege utlyst flere ganger uten at det har kommet søkere. Årsaken er i følge ledelsen at det i stillingen ikke kompenseres for lønnstap som følge av at lederne må gå ut av vaktsystemet for å kunne ivareta lederoppgavene. Lønn er også et tema som tas opp av en legeleder i undersøkelsen. Det oppleves ikke at seksjonsledere blir lønnet tilstrekkelig i forhold til utfordringene de står overfor. Det beskrives at det er store lønnsforskjeller mellom ledere på samme nivå, og at ledere i noen tilfeller tjener dårligere enn dem de leder.

En av legene gir uttrykk for at endring av innholdet i lederstillingene har ført til at ledernes fokus flyttes fra fag til administrasjon, og at ledere har fått mindre mulighet til å påvirke i viktige beslutninger som angår pasienter og drift. Dette samsvarer med funn fra norske og utenlandske studier (Johansen 2009). Når det samtidig kommer fram at leger generelt ikke ønsker lederstillinger, kan en mulig forklaring være at legene pga sin faglige autoritet utøver ledelse fra andre stillinger. Det kan være at de ikke trenger å påta seg lederjobben med alt det ekstraarbeid den medfører, for å kunne påvirke.

6.2 Konklusjon

Sammenfattet kan man si at empirien langt på vei er i samsvar med funnene i Riksrevisjonens rapport som har vært utgangspunktet for den studien (jfr. kapittel 1). Førstelinjelederne blir involvert i ulik grad i planlegging av budsjett og drift, det viser seg at kun tre av seks ledere er involvert. Det mangler skriftlige retningslinjer for økonomistyring, og fem av seks ledere sier at de har for liten kunnskap om økonomi til å styre seksjonen. Lederne har kunnskap om ISF-ordningen i svært varierende grad, og det finnes ikke faste rutiner for oppfølging av koding i klinikken.

Innsatsstyrt finansiering oppfattes av lederne som et kontrollsystem for myndighetene, slik at de kan kontrollere hvordan sykehuset bruker pengene. Registrering av koder blir derfor oppfattet som en arbeidskrevende form for dokumentasjon, og det er lite som tyder på at prioriteringene på seksjonsnivå er endret. Det er legene som utfører de fleste økonomiske tiltak i praksis i møte med pasientene. Dette gjelder diagnostisering, behandling og medisinsk koding, som hovedsakelig er et legeansvar. Man kunne tenke at legene derfor ville oppleve presset mellom fag og økonomi som vanskeligere enn sykepleierne. Det kan, som vi har sett, virke som om det ikke er tilfelle. Denne mangelen på endring kan muligens oppfattes som en form for motstand mot et system som de mener er urimelig.

Muligheter for effektivisering sees ikke i sammenheng med endring av arbeidsrutiner, heller ikke i form av sparing når det gjelder utstyr og vikarer. Det eneste mulige tiltaket som legene foreslår, er å forbedre rutiner for registrering av medisinske koder. Det vil på en annen side kreve mer ressurser i form av opplæring av leger og sykepleiere, i tillegg til noe mer tidsbruk ved konsultasjoner og utskrivning av pasienter. Sykepleierne foreslår i tillegg effektiviseringstiltak i form av bedre utnyttelse av legeressursene. Et konkret tiltak er langsiktige arbeidsplaner for alle seksjoner, et krav som administrerende direktør nylig har innført, men som i mange tilfeller ikke overholdes av legene. En ulempe er at man da må planlegge ferie, kurs og avspasering mer langsiktig. Det har ikke kommet fram andre årsaker til at arbeidsplanene ikke kan planlegges lengre fram i tid. Sykepleierne understreker at legene som har ansvar for arbeidsplanene må ha informasjon om hva som er viktig å prioritere når legeressursene skal fordeles.

Det dannes et bilde av at seksjonslederne, og spesielt legelederne har en presset arbeidssituasjon. En av legene gir sterkt uttrykk for at seksjonslederjobben er lite verdsatt både av kolleger og av ledelsen. Han mener at det er liten forståelse for deres travle hverdag, hvor de må balansere både lederoppgavene og oppgavene som vanlig overlege i seksjonen. Tidspress er derfor en faktor som antakelig får betydning for hvordan spesielt legene ivaretar lederoppgavene og utøver økonomistyring.

Hva forventer ledelsen av seksjonslederne i framtiden? Kirurgisk divisjon har for eksempel opprettet seksjonsleder lege stillinger ved to avdelinger, og begrunnelsen er at man ønsker å definere legenes lederrolle klarere. Det tyder på at man ønsker å legge til rette for en endring mot et mer profesjonelt ledelsesideal. Videre kan man få inntrykk av at det ikke er lagt godt nok til rette for en endring i praksis. I følge empirien er det ting som kan tyde på at sykehuset står overfor et rekrutteringsproblem når det gjelder legeledere spesielt, både pga tilrettelegging av arbeidsforholdene og pga lønn. Det kan være at temaet belønning i form av høyere lønninger vil bli mer aktuelt.

6.3 Videre forskning

Hvilke muligheter for videre forskning kan man se for seg etter denne studien? I kapittel 3 er det presentert en studie av Torjesen om enhetlig ledelse i relasjon til helseforetaksreformen. Hans funn som indikerer at kjønn kan ha betydning for hvordan legeledere forholder seg til medisinskfaglig og profesjonell ledelse er interessant, og det ville det vært spennende å undersøke videre. Det kunne også være interessant å se på en mulig forskjell mellom mannlige og kvinnelige sykepleierledere. Forutsetningen må være at det er mulig å rekruttere nok respondenter av begge kjønn til å ivareta anonymitet, antakelig ville undersøkelsen da måtte foregå i flere sykehus.

Det kunne videre være spennende å studere førstelinjelederes arbeidsvilkår mer inngående. I Arbeidstilsynets rapport fra kampanjen "God vakt!" fra 2008 mener man at førstelinjeledere utsettes for uheldige belastninger som en konsekvens av stort arbeidspress. Siden lederne i denne studien gir uttrykk for at arbeidspresset har økt de senere årene, kan det være et aktuelt tema for videre studier.

LITTERATURHENVISNINGER OG VEDLEGG

- Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions*. The University Of Chicago Press.
- Ackroyd, Stephen and Paul Thompson (2003). *Organizational Misbehaviour*. Sage Publications Ltd. URL: <http://www.aftenposten.no/helse/article523063.ece> (Lesedato: 3.1.2011).
- Aidemark, Lars-Gøran (2005). *Økonomistyrning i sjukvården – en jämförelse mellan sjukhusbolag och förvaltningssjukhus*. Nordiske organisasjonsstudier. Fagbokforlaget.
- Arbeidsdagen styres av moter. Nye begreper, gamle grep. I: *Aftenposten*, 26.11.2011, s. 22-23 (økonomidelen).
- Bolman, Lee G. & Terence Deal (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Gyldendal Norsk forlag AS.
- Borum, Finn (2005). *Sygehuset, en omstridt institusjon*. Nordiske organisasjonsstudier. Fagbokforlaget.
- Brunsson, Nils (1995). *The Organization of Hypocrisy*. Universitetsforlaget AS.
- Byrkjeflot, Haldor (2008). *Ledelse i politisk styrte virksomheter, forskningsstatus og Problemstillinger*. Rapport til kommunenes sentralforbund.
- Byrkjeflot, Haldor og Peter Kragh Jespersen (2005). *Ledelse og endring i helsevesenet; endring og kontinuitet*. Nordiske organisasjonsstudier. Fagbokforlaget.
- Dagens Medisin (30/08). *Vil ha bedre medisinsk koding*. URL: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2008/10/30/vil-ha-bedre-medisinsk-kod/> (lesedato: 30.12.2009).
- Dagens Medisin (06/06). *Prioriterer ikke kodingen*. URL: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2006/03/24/prioriterer-ikke-kodingen/index.xml> (Lesedato: 30.12.2009).
- Dagens Medisin (11/03). *Legene burde ikke ha sett DRG-kodene!* URL: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2003/08/21/legene-burde-ikke-ha-sett-d/index.xml> (Lesedato: 30.12.2009)
- De uforbederlige sykehusene. I: *Aftenposten*, 11.11.2009, s. 2 (leder).
- Dårlig økonomistyrning i helseforetakene. I: *Fagbladet Sykepleien*, 12.11.2009.
- Egge, Arild (2009). Sykehus uten styring? I: *Aftenposten* 16.11.2009, s. 3 (kulturdelen).
- Eklund, Klas (2007). *Vår økonomi*. Norstedts Akademiska Förlag.
- Enda et sykehus skal ha jukset. I: *Aftenposten*, 15.12.2010, s. 6 (nyhetsdelen).
- Gammelsæter, Hallgeir & Dag Olaf Torjesen (2005). *Ledelse mellom autonomi og innsyn i*

- helseforetaket*. Nordiske organisasjonsstudier. Fagbokforlaget.
- Godal, Tor A. (2003). Rettet diagnoser for 8,2 mill. I: *Dagens Medisin*, 14/03.
- Grund, Jan (2007). Kunsten å lede norske sykehus. I: *Handelshøyskolen BI*, 5.6.2007.
Artikkel skrevet for og publisert i *Civitas Nyhetsbrev* 1. juni 2007.
- Grund, Jan (2000). Sykehus – Hvordan bør de styres? I: *Magma* Nr. 5 – 2000.
- Hansen, Svein Kolstad og Arve Negaard (2006). *Økonomi på tvers*. Gyldendal norsk forlag.
- Hansen, Thor Willy Ruud (2006). Underkoding er vanligere enn overkoding. I: *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr 16/2006.
- Haugtomt, Svein Anders (2003). Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasientbehandling. I: *Tidsskrift Norsk Legeforening*, nr 17/ 2003;123.
URL: <http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2003/2462-4.pdf> (Lesedato: 30.7.10)
- Hoddevik, Grethe Hellstrøm (2006). Diagnose versus kode. I: *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, nr 21/2006.
- Hoff, Kjell Gunnar og Per Aksel Holving (2002). *Balansert målstyring*. Universitetsforlaget.
- Hofstad, Eivor (2009). Refusjon for hva? I: *Sykepleien*, 02.2009.
- Huzell, Henrietta (2005). *Management och Motstånd. Offentlig sektor i omvandling – en fallstudie*. Universitetet i Karlstad.
- Haaland, Frode og Frode Dale (2009). *På randen av ledelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ingierd, Helene (2009). *Humaniora, samfunnsfag, juss og teologi*. Forskningsetisk bibliotek.
- Irgens, Eirik J. (2007). *Profesjon og organisasjon*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*) Fagbokforlaget.
- Johansen, Dag (2000) "Fristilte" sykehus – markedsrett framfor profesjons- og samfunnsrett. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 13.5.2000.
URL: http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=61870 (Lesedato: 15.03.11).
- Johansen, Monica Skjøld (2009). *Mellom profesjon og reform*. Handelshøyskolen BI.
- Karlsson, Jan Ch. (2008). *Den smidiga mellanscefen – och andra motståndsberättelser*. Gleerups Utbildning AB.
- Kittelsen Sverre AC et al (2009). *En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge*. Sintef rapport. URL: http://www.sintef.no/upload/Helse%C3%98KT/Pdf-filer/SINTEF_rapport_A12200-Analyse_spesialisthelsetjenesten_Finland-Sverige_Danmark-Norge.pdf (Lesedato:30.7.10).
- Kjerstad Egil & Frode Kristiansen (2002) Innsatsstyrt finansiering og pasientsammensetning

- ved norske sykehus. I: *SNF-rapport*, 52/02. URL:
http://bora.nhh.no/bitstream/2330/370/1/R52_02.pdf (Lesedato: 27.7.10).
- Klemsdal, Lars (2008). *Den intuitive organisasjon* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kodesaken i Arendal: Lege sier opp etter kritikk. I: *Aftenposten*, (2003).
- Kommune tar i bruk Toyota-metoder. I: *Aftenposten*, 30.09.2010, s. 2-3 (økonomidelen).
- Kragh Jespersen, Peter (2005a). *Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse*. Handelshøjskolens Forlag.
- Kragh Jespersen, Peter (august 2005b). Den tredje vej? Generalister, fagprofessionelle eller hybridledere som fremtidens ledere i sygehuse? I: *Paper fra Den Nordiske Foretaksøkonomiske Foreningens (NFF) konferanse i Århus*, august 2005.
- Kreativ koding gir mer penger. I: *Aftenposten*, 11.11.2009, s. 6 (nyhetsdelen).
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal
- Lerdal, Anners (2009). *Metodekapitlet*. I: *Sykepleien forskning*, 03/09, s.239.
- Lundquist, Lennart (1998). *Demokratins väktare*. Studentlitteratur.
- Lægred, Per, Ståle Opedal & Inger Stigen (2005). *Den norske sykehusreformen; mer sentral politisk styring enn fristilling?* Nordiske organisasjonsstudier. Fagbokforlaget.
- Mintzberg (1998). Covert Leadership: Notes on Managing Professionals. I: *Harvard Business Review*, November - december 1998.
- Mintzberg, Henry (1979). *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Nesheim, Torstein (1992). *Makrostrukturer og laterale strukturer i SAS Airline*. Bergen: LOS-senter. Notat 9205.
- Norsk sykepleierforbund: Yrkesetiske retningslinjer av 1983, revidert 18. september 2007.
- Nylehn B. & A.M. Støkken (red.) (2002). *De profesjonelle*. Universitetsforlaget.
- Pettersen, Inger Johanne (2006). Umulighetenes økonomi? Økonomistyring i helseforetakene. I: *Fagtidsskriftet helse/medisin/etikk*, nr. 5 2006.
- Pettersen, Inger Johanne og Trond Bjørnenak (2003). *Helse i hver krone?* Cappelen Akademisk Forlag.
- Pettersen, Inger Johanne (2001). Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, nr. 18, 2001.
- Pettersen, Inger Johanne (2000). Umulighetenes økonomi – om kostnadsdata og styring i sykehus. I: *Magma*, Nr. 5 – 2000.
- Postholm, May Britt (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi*,

- etnografi og kasusstudier*. Universitetsforlaget.
- Ramsdal, Helge og Egil Skorstad (2004). *Privatisering fra innsiden*. Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og translasjoner*. Universitetsforlaget.
- Skorstad, Egil (2002). *Organisasjonsformer. Kontinuitet eller forandring?* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solberg, Steinar (2004). Fra epikrise til faktura. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
URL: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1038751 (Lesedato:27.12.2009).
- Tidsskrift for Den norske legeforening (2008). ”Sykehuskrise på helsa løs?” URL:
<http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php> (Lesedato: 6.4.2011).
- Tidsskrift for Den norske legeforening (2007). ”Sykehusene drukner i byråkrati.” URL:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1566259 (Lesedato: 28.12.2009).
- Tidsskrift for Den norske lægeforening (1998). ”Avdelingsledelse og profesjonsstrid.”
URL: <http://ww2.tidsskriftet.no/tsweb/199821/art13.html> (Lesedato: 21.2.2011).
- Torjesen, Dag Olaf (2008). *Foretak, management og medikrati*. Universitetet i Bergen.
- Tøndel, Gunhild (2007). Hvordan DRG-systemet påvirker medisinsk praksis. I: *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr 11. 2007.
- VG (19.2.10) 25 000 x 2 for sykehus-tips.
- Vrangbæk, Karsten og Dag Olaf Torjesen (2005). Sygehuslederens oppfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge. Nordiske organisasjonsstudier. Fagbokforlaget.
- Winther, Finn Ø (2009). Etikk, i medisinsk sammenheng betegnelse på studiet av holdninger, verdier og normer i medisinen. I:Store norske leksikon 26.2.2009.
- Wyller, Torgeir Bruun (2004). Tilbake til faget. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
URL: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=974993 (Lesedato: 20.2.2011).
- Aakvaag, Gunnar C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag AS.
- Aarseth, Hans Petter (1997). Steineutvalget – slutt for ørkenvandringen? I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. URL: <http://ww2.tidsskriftet.no/tsweb/199704/foren1.html>
(Lesedato: 21.2.2011).
- Aarseth, Hans Petter (1996). Avdelingsoverlegen skal være leder. I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. URL: <http://ww2.tidsskriftet.no/tsweb/199614/foren1.html> (Lesedato: 21.2.2011).
- Aarseth, Hans Petter (1996). Ledelse i sykehus. I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*.
URL: <http://ww2.tidsskriftet.no/tsweb/199608/foren1.html> (Lesedato: 21.2.2011).

Upublisert materiale

Ramsdal, Helge og Kjeld Quortrup (2010). *Om å skrive masteravhandling*. Forelesning 31.8.2010, Halden: Høgskolen i Østfold.

Claussen, Tor (2010). *Vitenskapsteori – metodefagets plass i avhandlingen*. Forelesning 17.03.10, Halden: Høgskolen i Østfold.

Rapporter

Arbeidstilsynet (16.12.2008). *God vakt! Arbeidsmiljø i sykehus*. Tilsynsrapport med varsel om pålegg. URL: <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=101822> (Lesedato: 25.1.11).

Helsedirektoratet (28.3.2007). *Rapport om historiske og forventede ventetider på sykehusene*. URL: <http://www.helsedirektoratet.no> (Lesedato: 16.4.2009).

Helsedirektoratet (3.12.2008). *Prioriteringer i helsetjenesten*. URL: http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/nye_veiledere_skal_gi_bedre_prioriteringer_293514 (Lesedato: 1.5.2009).

Helsedirektoratet (2009). Regelverk for innsattsstyrt finansiering 2009.

Helsedirektoratet (3.2.2009). *Oppfølging på informasjonsmøte om ISF-regelverket for 2009*. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/finansieringsordninger> (Lesedato: 5.4.2009).

Helsedirektoratet (2010). Kodeveiledning 2010. Samlet kodeveiledning for bruk i spesialisthelsetjenesten ved medisinsk koding.

Helsedirektoratet (u.å.). Fritt sykehusvalg Norge. URL: <http://www.frittsykehusvalg.no/start>

INTORG (2007). *Organisasjon og ledelsesstrukturer ved norske sykehus*. SINTEF Helse. URL: http://www.hero.uio.no/publicat/2007/HERO2007_3.pdf (Lesedato 4.3.2011)

Ledelse i sykehus, rundskriv I-9/2002. Helse- og omsorgsdepartementet. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2002/i-92002.html?id=109027#> (Lesedato: 20.09.10).

Nasjonal helseplan 2007 – 2010. Helse- og omsorgsdepartementet: URL: <http://www.regjeringen.no/> (Lesedato: 28.3.2009).

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. Sammendrag.

NOU 1997:2 *Pasienten først!* Ledelse og organisering i sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2/5.html?id=140694>

(Lesedato: 8.10.2010).

NOU 1996:5 *Hvem skal eie sykehusene?* Helse- og omsorgsdepartementet. URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1996/nou-1996-5.html?id=140503>

(Lesedato: 19.11.10).

Oppdrag og bestilling 2011 for sykehuset Østfold HF, 4.2.2011.

Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene (2006) URL:

http://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument3/2005-2006/Dok_3_7_2005_2006.pdf (Lesedato: 2.2.2009).

Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene (2009) URL:

<http://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument3/2009-2010/Dokument%203%202009%202010.pdf> (Lesedato: 4.9.2010).

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak*, 07/2007.

Stortingspreposisjon nr. 1 (2002 – 2003). Innledende del. Kap. 0732 Regionale helseforetak, punkt 5. *Åpenhet og medvirkning*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Sykehuset Østfold HF (2011) Protokoll fra styremøte, 28.3.11

Sykehuset Østfold HF (2010) Årlig melding 2009 til Helse Sør-Øst RHF.

Lover / forskrifter

Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. LOV 1999-07-02 nr 64.

Pasientrettighetsloven. Lov om pasientrettigheter. LOV-1999-07-02-63.

Spesialisthelsetjenesteloven. Lov om spesialisthelsetjenesten med mer. LOV-1999-07-02-61.

Nettsider

Forskningsetisk bibliotek. URL: www.etikkom.no/

Fritt sykehusvalg: URL: www.frittsykehus.no

Helsedirektoratet. URL: www.helsedirektoratet.no

Helse Sør-Øst. URL: www.helsesorost.no/behandlingslinjer

Ordnett.no: URL: www.ordnett.no

Regjeringen.no: URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel.html?id=227797> (Lesedato: 29.7.10).

Oversikt over forkortelser og uttrykk som er brukt i oppgaven

DIPS: programvare som omfatter elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative systemer (PAS) for bruk i sykehus

DRG: diagnoserelaterte grupper

GAT: programvare for arbeidsplanlegging og styring av personalressurser.

HF: Helseforetak eller sykehus, for eksempel Sykehuset Østfold

ICD-10: diagnosekodeverk

ISF: innsatsstyrt finansiering

KITH: Kompetansesenter for IT i Helsesektoren

KPP: Kostnad Per Pasient er betegnelse på en regnskapsmetode for dokumentasjon av kostnader knyttet til hver enkelt pasientkontakt

LGG: ledelsens gjennomgang

LIS: verktøy for registrering og rapportering av ledelsesinformasjon

NCMP: kodeverk over medisinske prosedyrekoder

NCSP: kodeverk over kirurgiske prosedyrekoder

Personalportalen: webportal for ansatte og ledere hvor alt av personal- og lønnsopplysninger registreres. Erstatte den tidligere lønningsavdelingen i sykehuset og en del av oppgavene som tidligere er ivaretatt av personalavdelingen

Pivottabell: et verktøy som kan sortere, telle, total- eller gjennomsnittsberegne data som er lagret i en tabell eller regneark. Man kan sette opp og forandre sammendragets struktur ved å dra og slippe felt grafisk

RHF: Regionalt Helseforetak, for eksempel Helse Sør-Øst

Synergi: programvare for melding og behandling av uønskede hendelser knyttet til pasientbehandling og drift

SØ: Sykehuset Østfold

Intervjuguide til samtale med økonomirådgivere:

Navn:

Stilling:

Utdanning:

Ansatt i SØ siden:

Arbeidet med lignende andre steder?

Innledende informasjon

Tusen takk for at du var villig til å delta i undersøkelsen. Presentasjon av meg selv og av prosjektet. Jeg ønsker å undersøke:

- **Hvordan førstelinjeledere forholder seg til ressurs- økonomistyring.**
- **Hvordan økonomistyring følges opp i avdelingene og i seksjonene.**
- **Økonomistyring: hvordan ressursene forvaltes slik at man oppnår best mulig resultat**

Konfidensialitet: du kan svare på det du vil, du kan når som helst rekke deg fra undersøkelsen uten å måtte oppgi noen grunn. Ingenting av det du sier skal kunne føres tilbake til deg.

1. Hvordan foregår budsjettprosessen? Driftsplanlegging?

- a) Hvilket ansvar har førstelinjelederne i prosessene?
- b) Hva har de budsjettansvar for? Har leger og sykepleiere det samme ansvaret?
- c) I hvilken grad er avdelingsledelsen og førstelinjelederne med i budsjettprosessen? Driftsplanlegging?
- d) Settes det av nok tid til prosessene?
- e) Er det utarbeidet skriftlige retningslinjer for økonomistyring?

2. Hvordan følges økonomien i seksjonene opp? Aktivitet?

- a) Får økonomiavdelingen ofte henvendelser fra førstelinjelederne utenom planlagte møter og oppfølging?

- b) Hvordan følges avvik opp?

- c) Har du inntrykk av at det har skjedd noen endring de siste 2 årene i måten økonomistyring følges opp? Med avdelingsledelsen? Med førstelinjelederne?

- d) Syns du førstelinjeledere generelt har nok kunnskap om økonomi til å styre sine seksjoner?

- e) Hva med interesse / lojalitet? Evt. motstand? (At de ikke følger opp det de skal)

- f) Hvordan prioriterer de økonomi i forhold til fag? Forskjell på leger og sykepleiere?

- g) Vet du om sykehuset har noen form for internopplæring for førstelinjeledere innen økonomi?

3. Har du inntrykk av at førstelinjelederne bruker regnskaps- og aktivitetsrapporter til ulike formål?

- a) Hvordan henter de ut den styringsinformasjonen de trenger? Har alle ledere tilgang?

4. Er det noe annet du ønsker å si før vi avslutter intervjuet?

5. Kan jeg få komme tilbake til deg hvis det er noe jeg trenger å utdype?

Tusen takk for at du ville delta!

Intervjuguide til samtale med avdelingssjefer

Personalia

Navn:

Avdeling:

Stilling:

Utdanning:

Ansatt siden:

Innledende informasjon

Presentasjon av meg selv: tusen takk for at jeg fikk komme, hvem jeg er og hva jeg driver med. Jeg er interessert i å undersøke **hvordan krav til økonomistyring påvirker førstelinjelederens arbeidshverdag. Med økonomistyring forstås: den aktiviteten som skal styre ressursbruken mot maksimering av de overordnede mål.**

Informert frivillig samtykke og konfidensialitet: du kan svare på det du vil, og du kan når som helst rekke deg fra undersøkelsen uten å oppgi noen grunn. Ingenting av det du sier skal kunne føres tilbake til deg.

Kartlegging:

Fast stilling eller åremålsstilling?

Jobber du også med pasientbehandling?

Hvorfor / hvorfor ikke?

Hva fikk deg til å søke lederstilling?

Framtidsplaner: hva gjør du om 5 år?

Økonomiske rammer:

Hvordan og hvorfor ble du avdelingssjef?

Når det gjelder økonomistyring: hva mener du er den største utfordringen for deg som avdelingssjef?

For førstelinjelederne?

Kan du foretelle litt om hvordan budsjett- og driftsplanlegging foregår?

Hvordan oppfølging av drift og økonomi foregår?

Får du deltatt i tilstrekkelig grad? Hva med førstelinjelederne, både legelederne og sykepleierlederne?

Hva blir du som avdelingssjef målt på?

Hva blir førstelinjelederne målt på? Legeledere og sykepleierledere?

Hvordan følges budsjettavvik opp?

Mener du at førstelinjeledere har behov for opplæring eller utdanning innen økonomi?

Er det etter din mening forskjell på hvordan legeledere følger opp økonomi i forhold til sykepleierledere? Har de ulike holdninger? Prioriterer de forskjellig?

Stilles det samme krav til lege- og sykepleierledere når det gjelder økonomi?

Finnes det skriftlige retningslinjer for hvordan økonomistyring skal følges opp?

Er det beskrevet en funksjonsbeskrivelse for din stilling?

Hvordan opplever du at ulike avdelinger samarbeider på tvers når det gjelder økonomistyring?

ISF og DRG

Hvis jeg nevner ISF og DRG, hvordan oppfatter du at det fungerer?

Hvilket formål har ISF? Er det nyttig? Har systemet legitimitet?

Har du satt deg inn i regelverket for ISF eller fått opplæring i koderegistrering?

I hvilken grad føler du deg forpliktet til å følge opp om koder registreres i forhold til regelverk?

Hvordan følges koderegistrering opp?

Balanse / krysspress fag/økonomi

Er det vanskelig å forene din medisinske / sykepleierfaglige bakgrunn med de kravene som stilles til økonomistyring?

Kommer du noen gang i konflikt? Har du noen eksempler?

Hvilke oppgaver bruker du mest tid på? Er det andre oppgaver du gjerne ville prioritert?

Er det oppgaver du har delegert bort eller ville delegert bort hvis du kunne?

Er det andre ting vi ikke har snakket om som du mener har betydning?

Kan jeg få komme tilbake til deg hvis det er noe jeg trenger å utdype?

Tusen takk for at du ville delta!

Intervjuguide til samtale med førstelinjeledere

Navn:

Avdeling:

Stilling:

Utdanning:

Ansatt siden:

Innledende informasjon

Presentasjon av meg selv: tusen takk for at jeg fikk komme, hvem jeg er og hva jeg driver med. Jeg er interessert i å undersøke **hvordan krav til økonomistyring påvirker førstelinjelederens arbeidshverdag. Med økonomistyring forstås: den aktiviteten som skal styre ressursbruken mot maksimering av de overordnede mål.**

Informert samtykke og konfidensialitet: du kan svare på det du vil, og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen uten å oppgi noen grunn. Ingenting av det du sier skal kunne føres tilbake til deg.

Kartlegging:

Fast stilling eller åremålsstilling?

Jobber du også med pasientbehandling?

Hvorfor / hvorfor ikke?

Hva fikk deg til å søke lederstilling?

Hva jobber du med om 5 år?

Økonomiske rammer:

Hvordan og hvorfor ble du leder?

Når det gjelder økonomistyring: hva mener du er den største utfordringen for deg som leder?

Kan du fortelle litt om hvordan budsjett- og driftsplanleggingen foregår?

Har du mulighet til å påvirke? Får du deltatt i tilstrekkelig grad?

Hva blir du målt på?

Hvordan foregår oppfølging av drift og økonomi i seksjonen og avdelingen?

Hvordan får du informasjon om økonomien i seksjonen? Bruker du styringssystemene til å finne fram driftstall / regnskap?

Er det utfordringer ved økonomistyring som du opplever som vanskelig? Skaper det noen muligheter som du ser?

Får du hjelp og oppfølging av din leder dersom du ber om det? Evt. av økonomirådgiver?

Føler du at du har nok kunnskap om økonomi til å styre enheten? Mener du at førstelinjeledere har behov for opplæring eller utdanning innen økonomi? Har du fått tilbud om eller har du deltatt på opplæring innen økonomi?

Er det etter din mening forskjell på hvordan legeledere følger opp økonomi i forhold til sykepleierledere? Har de ulike holdninger? Prioriterer de forskjellig?

Mener du at det stilles samme krav til lege- og sykepleierledere når det gjelder økonomistyring?

Finnes det skriftlige retningslinjer for hvordan økonomistyring skal følges opp?

Har du en funksjonsbeskrivelse for din stilling?

Hvordan opplever du at ulike avdelinger samarbeider på tvers når det gjelder økonomistyring?

IDF og DRG

Hvis jeg nevner ISF og DRG hvordan oppfatter du at det fungerer?

Hvilket formål har ISF? Har systemet legitimitet?

Har du satt deg inn i regelverket for ISF eller fått opplæring i koderegistrering?

I hvilken grad føler du deg forpliktet til å følge opp om koder registreres i forhold til regelverk?

Hvordan følges koderegistrering opp i seksjonen og i avdelingen?

Blir det fulgt opp av linjeledelsen?

Balanse / krysspress fag/økonomi.

Er det vanskelig å forene din medisinske / sykepleierfaglige bakgrunn med de kravene som stilles til økonomistyring?

Kommer du noen gang i konflikt? Har du noen eksempler?

Hvilke oppgaver synes du det er spesielt viktig å følge opp som førstelinjeleder?

Er det oppgaver du har delegert bort eller ville delegert bort hvis du kunne?

Er det andre ting vi ikke har snakket om som du mener har betydning?

Kan jeg få komme tilbake til deg hvis det er noe jeg trenger å utdype?

Tusen takk for at du ville delta!