

**Ledelse i sykehus - en studie av
utviklingen fra fagledelse til profesjonell
ledelse.**

Masteroppgave

Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Oslo, juni 2009.

**Malin Jørgensen
Anne Gina S. Berntsen
Kull XX**

Innholdsfortegnelse:

<i>Innledning:</i>	s. 7
<i>Metode:</i>	s. 8
<i>Oppgavens tema og problemstilling:</i>	s. 9

Kapittel 1.

Historisk utvikling av profesjonene i helse- og sykehussektoren.

1.1. Legenes utvikling fra Hippokrates til Sykehusloven i 1970; noen ledelsesmomenter.	s.10
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

1.1.1. *Hippokrates.*

1.1.2. *Fra feltskjær til universitetsgrad.*

1.2. Helsevesenet fra sykekasser til moderne sykehusdrift med Legene som ledere.	s.12
---------------------------------------------------------------------------------------------------	------

1.2.1. *Velferdsstatens opprinnelse.*

1.2.2. *Legepraksisene inn i sykehusene.*

1.2.3. *Utviklingen av "forsikringsordningene".*

1.2.4. *Legenes rolle i utviklingen av velferdsstaten.*

1.2.5. *Sykehusene og deres leger.*

1.2.6. *Kort oppsummering.*

1.3. Sykepleiernes utvikling fra kall til profesjon og fra Cathinka Guldberg til Anne-Lise Bergenheim.	s.17
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

1.3.1. *Fra sårkoner via gangkoner, til diakonisser og diakoner.*

1.3.2. *Fra kall til profesjon og akademisering av sykepleiefaget.*

Kapittel 2.

Sykehusenes utvikling med fokus på rammebetingelser og ledelsesreformer.

2.1. Utvikling fra hospitalet til det moderne sykehus i Norge.s.20

2.1.1. Utvikling av de første sykehus.

2.1.2. Etterkrigstiden.

2.1.3. Fra 1970.

2.1.4. Ledelse i sykehus.

2.2. Finansieringsordninger. Hvordan øke aktiviteten og beholde

Kostnadskontrollen?s.23

2.2.1. Innledning.

2.2.2. Fra kurlpenger til rammefinansiering.

2.2.3. Aktivitetsbasert finansiering.

2.2.4. Nærmere om de ulike finansieringsordningene.

2.2.5. Oppsummering.

2.3. Fra regionalisering til statlig overtakelse av sykehus og dannelse av

Helseforetak.s.25

Kapittel 3.

Ledelsesreformer i det offentlige med betydning for norsk helsevesen.

3.1. New Public Management (NPM).s.26

3.1.1. Innledning.

3.1.2. Økonomisk teori og organisering.

3.1.3. Ledelsesreformer.

3.1.4. Oppsummering av NPM.

Kapittel 4.

Utvikling fra todelt enhetlig ledelse til én leder på alle nivåer i norske sykehus.

4.1. Offentlige utredninger og utvalg.s.34

4.1.1. Øie-utvalget.

4.1.2. Tromsøkonflikten.

4.1.3. Andersland - utvalget.

4.2. Den nye helselovgivningen.s.36

4.2.1. Utkast til lov om spesialisthelsetjenesten. NOU 1991:7

4.2.2. Utkast til lov om helsepersonells rettigheter og plikter. NOU 1993:33

4.3. Hernes og helsereformer.s.37

4.4. Steine - utvalget.s.37

4.4.1. Bakgrunn.

4.4.2. Nærmere om innholdet i NOU 1997:2

4.4.3. Sykehusenes funksjoner, organisering og ledelse.

4.4.4. Utvalgets problemforståelse.

4.4.5. Nærmere om todelt ledelse.

4.4.6. Nærmere om styring, ledelse og ansvar i sykehus.

4.4.7. Administrativ kontra faglig ledelse.

4.4.8. Krav til avdelingsledelse.

4.4.9. Utøvelse av avdelingslederfunksjonen.

4.4.10. Spesielt om faglig ledelse.

4.4.11. Spesielt om personalledelse

4.4.12. Steine - utvalget diskuterer mange løsninger, men kommer til slutt med en anbefaling

Som består av 9 punkter.

4.4.13. Oppsummering av Steine - utvalget.

4.5. Helselovgivningen fra 1999 og Helsedepartementets avklaring i 2002.....s.46

4.5.1. Rundskriv fra Helsedepartementet.

4.5.2. Spesialisthelsetjenesteloven.

4.5.3. Systemansvar/ledelsesansvar kontra profesjonsansvar.

4.5.4. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9; Ledelse i sykehus.

4.5.5. Medisinskfaglig rådgiver.

4.6. Oppsummering.s.50

Kapittel 5.

Ledelse i sykehus fra 2001 og fram til i dag.

5.1. Enhetlig ledelse - fortsatt en varm potet?s.51

5.2. Organisasjonsutvikling ved norske sykehus.s.52

Kapittel 6.

Hvordan løser sykehusene ledesspørsmålet i dag? Har innføringen av enhetlig ledelse ført til mer profesjonell ledelse og klarere plassering av ansvar, eller består fagstyret, men i en mer skjult form?

6.1. Linjeledelse ved 2 ulike sykehusavdelinger.s.55

6.2. Sykepleier som avdelingsleder.s.59

6.3. Lege som avdelingsleder.s.60

6.4. Diskusjon.s.61

6.5. Ledelse av leger.s.62

6.6. Ledelse av sykepleiere.	s.64
6.7. Profesjonell ledelse på avdelingsnivå ved 2 avdelinger.	s.65
6.8. Oppsummering og kort om framtiden.	s.66
Litteraturliste.....	s.68
Vedlegg, organisasjonskart avdeling A og avdeling B	

Ledelse i sykehus - en studie av utvikling fra fagledelse til profesjonell ledelse

Fra 1970-tallet fram til årtusenskiftet var enhetlig todelt ledelse den vanligste formen for organisering av norske sykehus. Denne modellen bygde på en deling av ledelsesansvaret først og fremst mellom leger og sykepleiere. Delingen medførte at avdelingsoverlegen hadde det medisinskfaglige ansvaret og ledet legene, mens oversykepleieren hadde det administrative ansvaret for enheten (avdeling, seksjon eller post) med tilhørende personalansvar for alt annet personell enn legene, drifts- og gjerne budsjett- og økonomiansvar. Denne todelingen hadde sin bakgrunn blant annet i profesjonenes ulike historiske utvikling.

I det samme tidsrommet skjedde det store forandringer innen sykehusvesenet i Norge, både på grunn av den økonomiske utviklingen (oljekrisen), og fordi den medisinsk- teknologiske utviklingen for alvor skjøt fart. Behandlingsmulighetene økte langt raskere enn budsjettene, og dette medførte store underskudd for sykehusene. Derfor forsøkte politikere fra alle partier å få kontroll over sykehusøkonomien, og bedre organisering av sykehus og profesjonalisering av ledelse ble i sett på som midler til å få slik kontroll.

Etter opprivende konflikter og profesjonskamp både ved Regionsykehuset i Tromsø på slutten av 1980-tallet (1989), og ved Rikshospitalet i Oslo i 1995, bad Stortinget Regjeringen sørge for at sykehus innførte enhetlig ledelse på alle nivåer. Dette skjedde i forbindelse med budsjettbehandlingen i 1996. Steine-utvalget ble nedsatt samme år og fremla sin rapport NOU 1997:2; Pasienten først! Et av utvalgets forslag var enhetlig ledelse på alle organisatoriske nivåer i sykehus. Dette ble fulgt opp i 1999 i Lov om spesialisthelsetjenesten, der det står i

§ 3.9; Ledelse i sykehus

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.

Formålet med enhetlig ledelse var å klargjøre og plassere ansvar. Det skulle være en leder på alle nivåer, og hver leder skulle ha det hele og fulle ansvar for alt og alle under seg. Lederrollen i sykehus skulle samtidig profesjonaliseres, og man skulle ha personer med både formell og reell ledelseskompetanse. At lederne skulle ha reell ledelseskompetanse, innebar at

de også måtte være personlig egnet. Den medisinskfaglige kompetansen var ikke lenger verken en nødvendig eller tilstrekkelig betingelse for å inneha lederstillinger. Vedtaket om enhetlig ledelse medførte uro og konflikter ved en rekke sykehusavdelinger, og et sterkt engasjement både fra sykepleierforbundet og legeforeningen. Det ble også betydelig debatt i mediene.

Enhetlig ledelse ble vedtatt innført fra 01.01.01 med en innføringsperiode på 2 år. Noen sykehus var tidlig ute, mens andre har trengt eller brukt lenger tid på omorganiseringen. Vi vil i denne oppgaven først se på noen trekk ved den historiske utviklingen til de to største profesjonene i norske sykehus, leger og sykepleiere. Vi legger her vekt på hvordan de to profesjonene har forholdt seg til styring og ledelse av egen virksomhet. Legene var fra begynnelsen av opptatt av å skulle lede seg selv, mens sykepleierne har sloss seg frem til en større grad av selvledelse.

Deretter beskriver vi viktige utviklingstrekk i norske sykehus siden krigen, og legger i den forbindelse vekt på hvordan utgiftsveksten førte til at sykehuseierne, i hovedsak offentlige myndigheter, kom til å legge økende vekt på profesjonell styring og ledelse. Hensikten med den nye ledelsen var å effektivisere helsetjenesten, for å få mer igjen for pengene. Effektiviseringspolitikken kom imidlertid til å utfordre den gamle fagledelsen og førte til at man ønsket å erstatte og omdanne denne ledelse til en mer profesjonell ledelse. Vi skal imidlertid se, blant annet gjennom en mindre undersøkelse av to avdelinger ved et stort norsk sykehus, at det ikke er så enkelt å erstatte den gamle fagledelse med en mer nøytral profesjonell og enhetlig ledelse. Historien, i form av fagledelse, er med oss.

Metode:

Vår oppgave er todelt, der hoveddelen er basert på andre studier, offentlige utredninger og materiale som finnes i bøker og publikasjoner. Utgangspunktet for vår oppgave er forelesningsserien til Ole Berg høsten 2006 innefor ledelse og helsepolitikk, samt forelesningene til Fredrik Kristensen i samfunnsmedisin. I tillegg søkte vi bredt på internett, med søkeordene "enhetlig todelt ledelse". Vi fikk da frem mye forskjellig stoff. Oppgaven vokste litt fram etter hvert som vi fant fram i stoffet.

Vi har brukt andre oppgaver, avisartikler, publisert materiale fra Sykepleien og Tidsskrift for den norske legeförening. Mye er basert på NOUer, spesielt Steineutvalgets "Pasienten først!". I tillegg har forarbeidene til, og de nye helselovene, vært viktig kildemateriale. Vi har delvis basert oss på å bearbeide stoffet, og delvis sitert andre. Litteraturlistene til andre forfattere har gitt oss nyttige tips om viktig materiale. Av bøker har vi valgt sentrale forfattere innefor helseledelse, spesielt Ole Berg og Jan Grund, og sykepleiere med lang erfaring som ledere som Elisabeth Holter. Det er utført noen undersøkelser på ledelse etter reformen i 2001, og disse har vi presentert avslutningsvis i den historiske delen av oppgaven.

Oppgavens tema:

Ledelse i sykehus – en studie av utviklingen fra fagledelse til profesjonell ledelse

I siste del av oppgaven har vi utført en liten undersøkelse. Vi har basert oss på kvalitative intervjuer. I tillegg bruker vi vår egen erfaring. Vi valgte å skrive oppgave sammen, og det at vi representerer hver vår profesjon (lege og sykepleier) tror vi har gitt arbeidet med oppgaven et bredere fundament. Vi vil i denne delen bruke intervjumateriale og vår egen erfaring fra helsesektoren til å identifisere ulike problemstillinger ved innføringen av enhetlig ledelse, analysere og diskutere disse.

Problemstillingen i denne delen er:

Fra todelt til enhetlig ledelse - en reell reform eller keiserens nye klær?

Kapittel 1.

Historisk utvikling av profesjonene i helse- og sykehussektoren.

1.1. Legenes utvikling fra Hippokrates til Sykehusloven i 1970; noen ledelsesmomenter.

1.1.1. Hippokrates.

Hippokrates var fra Kos og levde ca. 460-377 f.Kr. Han var gresk lege og blir ofte omtalt som "legekunstens far". Med ham endret medisinen seg fra å være basert på overtro og magi til å bygge på rasjonell empiri, og grunnlaget for medisinen som vitenskapelig disiplin stammer herfra. Hippokrates arbeidet også for å fremme en streng legeetikk, som symboliseres ved den Hippokratiske ed.

Når vi skal betrakte legestandens utvikling i et ledelsesperspektiv, ser vi at legene allerede under den greske antikken arbeidet på en delvis individualiserende måte. Legene hadde generell kunnskap, men den måtte anvendes på en pasienttilpasset måte. Dette krevde at legene måtte være autonome i forhold til pasienten, legen visste best og måtte derfor bestemme. Legen var også etisk og kollegialt forpliktet til alltid å sette pasientens interesse først. Det var derfor også i viktige henseender i den ukyndige pasientens interesse, at legen bestemte over behandlingen. Dette skapte grunnlaget for den medisinske autonomikultur. Den utfoldet seg og ble utviklet med basis i legenes "urorganisasjon", praksisen. Til å begynne med innebar autonomikulturen særlig motstand mot "pasientstyre", mens denne kulturen i det moderne samfunn betydde motstand mot markedsstyre. Siden kom den også til å innebære motstand mot annet fremmedstyre, enten det var i regi av myndigheter eller andre ideelle eller kommersielle organisasjoner.

1.1.2. Fra feltskjær til universitetsgrad.

Legeutdannelsen for nordmenn startet med opprettelsen av Københavns Universitet i 1479. Men det skulle ta flere hundre år før det kom legestudenter fra Norge til København i noen særlig grad. Dette hadde sammenheng med både kostnadene forbundet med reise og opphold, og den manglende tradisjon for utdanning i vårt land. Det var heller ikke mange katedralskoler her i landet, og latin var det språket det både ble undervist på og eksaminert i ved universitetet.

Fra 1500-tallet økte utdannelsen av bartskjærere og feltskjærere for alvor. Dette var menn som hadde gått i lære som barberere og innehadde visse kirurgiske ferdigheter som å trekke tenner, åpne byller, sette klyster og årelate. Feltskjær var en aktet tittel på militærlegen den gang. Feltskjærervirksomheten var egentlig starten på kirurgien. Opplæringen ble gitt av barbermestrene, men kunne være nokså tilfeldig og av svært varierende kvalitet helt frem til 1700-tallet.

I 1736 ble det opprettet en spesiell utdanning for kirurger i København kalt *Theatrum anatomico-chirurgicum*. Det ble gjort for å møte både behovet for militærkirurger og behovet for hjelp i den allmenne befolkning.

Kirurgien og medisinen har altså nokså forskjellig historie. Legene fra universitetet drev med en teori-preget medisin, der en delvis spekulativ diagnostikk og ulike typer medikamenter spilte den viktigste praktiske rolle. Legene selv ble rekruttert fra de høyere sosiale lag av befolkningen. De hadde bare forakt til overs for kirurgenes virke, og de universitetsutdannede legene søkte seg til godt betalte offentlige stillinger som for eksempel landfysici eller stadsfysici.

Som de universitetsutdannede legene, var også kirurgene bevisste sin autonomi. De hadde kontroll over det meste av utdannelsen, og utøvde yrket med basis i praksisen, en barber-kirurgisk stue. De ble dog i noen grad "passet på" av legene. Etter forordning av 1672, som førte videre en eldre ordning og gammel tradisjon, hadde ikke barber-kirurger tillatelse til å behandle innvortes sykdommer. Denne type behandling kunne bare legene utføre.

I 1785 skiftet *Theatrum anatomico-chirurgicum* navn til Det Kongelige Chirurgiske Academi. Denne institusjonen skulle gi en fullstendig kirurgisk utdanning helt uavhengig av universitetene. Her foregikk både undervisning og eksamener på dansk, og forelesningene var åpne. Med dette ble det nesten akademiske kirurgistudiet tilgjengelig for større deler av befolkningen. I 1787 fikk akademiet sin egen bygning. I løpet av ganske få år utdannet det kongelige Chirurgiske Academi flere kirurgiske leger enn det kom medisinske kandidater fra Universitetet i København. Akademiet besto som selvstendig institusjon i 50 år før det ble slått sammen med universitetets medisinske fakultet til et felles legevitenenskapelig fakultet.

I 1811 fikk Norge sitt eget universitet i Christiania, og medisinerutdannelsen startet i 1814. Det var en beskjeden søkermasse til det medisinske studium de første årene, og dette førte til at man ga adgang også til søkere uten eksamen artium. For å få utdannet mange nok leger lettet man altså på inntakskravene. For de kandidatene som ikke hadde eksamen artium, foregikk både undervisning og eksaminasjon på norsk, mens de kandidatene som kom med eksamen artium ble både undervist og eksaminert på latin. Ennå i en generasjon og vel så det, var imidlertid de fleste legene i Norge utdannet i København eller andre land, særlig Tyskland. De fleste av dem som nå kunne kalle seg leger hadde en mer eller mindre fullstendig kirurgisk utdannelse. De norskutdannede legene med artium fikk tittelen cand.med. Preliminaristene, de legene som ikke hadde artium, fikk den mindre fine tittelen exam. med.

Sett ut fra et ledelsesperspektiv fortsatte legene tradisjonen med selvstyrte praksiser i hele denne perioden og fram til slutten av 1800-tallet. Som vi har beskrevet vokste legeyrket fram fra to helt ulike tradisjoner. Dette medførte at det ble utviklet to ulike typer praksiser frem til slutten av 1700-tallet. I den medisinske (akademiske) praksis behandlet legen pasienten teoretisk, og det ikke ble utført operasjoner. I den kirurgiske praksis ble pasientene behandlet mer fysisk, og kirurgens praksis var som et verksted. Men i begge typer praksis var legene selvstyrte og ledet således seg selv og sine eventuelle hjelpere. Det var ikke noe formelt og synlig skille mellom den kliniske praksis og den nokså enkle ledelsesvirksomheten. Virksomhetene gikk over i hverandre, men slik at ledelsen mest var en organisatorisk forlengelse av det kliniske arbeidet. Etter 1814 vokste det kirurgiske verksted og den medisinske praksis gradvis sammen til en organisasjon; legepraksisen.

1.2. Helsevesenet fra sykekasser til moderne sykehusdrift med legene som ledere.

1.2.1. Velferdsstatens opprinnelse.

Fra rundt 1500 tallet vokste nasjonalstaten fram i Vest-Europa. Statsbyggingen førte etter hvert til nasjonsbygging og så til demokratisering. Demokratiseringen førte deretter til omfordelingspolitikk, og nasjonalstaten ble også en velferdsstat. Den tyske jernkansler Otto von Bismarck var en pioner i utviklingen av velferdsstaten. Han innførte de første forsikringsordningene i 1880-årene. Lignende ordninger ble snart innført i de fleste vest- og

sentraleuropeiske land. I de fleste av disse land var velferdsstaten utbygget i løpet av 1960-70 årene. (Ole Berg 2005)

1.2.2. Legepraksisene inn i sykehusene.

I løpet av 1800-tallet skjedde det store fremskritt innenfor medisinen. Vi fikk utviklingen av den moderne anestesi, bakteriologien og kunnskapen om antiseptikk og aseptikk. I tillegg sørget oppdagelsen av røntgenstrålene for at det åpnet seg helt nye diagnostiske muligheter. Nyvinningene innenfor både diagnostikk og behandling, medførte også endrede behov for institusjoner. Tidligere hadde legene behandlet pasientene enten i sin praksis eller hjemme hos pasienten. Legene gikk altså visitt hjem til pasienten, og her finner vi opprinnelsen til begrepet legevisitt som enda brukes.

Med moderne anestesi, røntgen og dertil tilhørende større kirurgiske inngrep, kom behovet for sykehus. Tidligere var sykehus stort sett pleieinstitusjoner og fattighus, og ikke medisinske institusjoner. Men nå utviklet det seg behov for et sted pasientene kunne ligge i forbindelse med medisinsk behandling, og legene gikk visitt der i stedet for hjem til pasienten.

Sykepleierne hadde tradisjonelt spilt en sentral rolle i disse institusjonene, mens legenes rolle hadde vært langt mer perifer. Med den medisinske utviklingen trengte legene sykehusene i større grad, og de kom i økende grad til å overta makten der og ble institusjonenes ledere.

1.2.3. Utvikling av "forsikringsordningene".

I Norge ble den første loven om helseforsikring vedtatt i 1909, og den trådte i kraft i 1911. Helseforsikringen var offentlig og obligatorisk. Allerede i 1912 omfattet den 361 000 arbeidstakere, stort sett med lave inntekter. Den dekket også behandlingsutgifter for de forsikrede arbeidstakernes ektefelle og barn. Bønder og fiskere ble ikke omfattet av den obligatoriske ordningen, men disse kunne melde seg inn frivillig. Loven omfattet både legehjelp, sykehusbehandling og sykepenger og etter hvert også jordmorhjelp og mødreunderstøttelse ved fødsel.

Det offentlige bidraget var i Norge høyest i Norden og på hele 30 prosent. I Norge kom ulykkesforsikringen først (1894), fulgt av arbeidsledighetsforsikring (1906), sykeforsikring (1909) og alderpensjon (1936). Den offentlige forsikringspolitikk ble utvidet, og i 1956 ble den gjort tilnærmet universell. Bønder, fiskere og selvstendig næringsdrivende ble inkludert i

ordningen på forskjellige tidspunkter utover 1900-tallet. Det samme gjaldt pensjonister og personer på forsorg. Betalingen ble fordelt på medlemmene, arbeidsgivere, kommune og stat, men den innbyrdes fordeling varierte.

Fra 1971 ble sykestrygden bygd inn i Folketrygden, og medlemmene betalte da en avgift som senere har variert en del. Økningen av tredjepartsbetaling falt på arbeidsgiveren og ikke på det offentlige. Bakgrunnen for innføringen av sykeforsikring var både å imøtekomme den voksende arbeiderklassens behov, og å sørge for at syke arbeidstagere ble behandlet slik at de ble friske og kunne bidra produktivt til samfunnets velstandsutvikling.

1.2.4. Legenes rolle i utviklingen av velferdsstaten.

Med bakgrunn i Hippokrates og profesjonens historiske utvikling, hadde legene tradisjonelt ikke vært underlagt kontroll. Utgangspunktet for legenes virke var lege- pasientforholdet, og her var legen den "sterke part". Forholdet er beskrevet som paternalistisk, der legen er den som har kunnskap. Legene dannet i tillegg brorskap der de ikke konkurrerte med hverandre, men støttet og passet på hverandre. Den gjensidige overvåkingen skulle sørge for at legene oppførte seg etisk riktig i utøvelsen av sitt virke.

Med framveksten av den nye nasjonalstaten kom også ønsket om styring av de faktorer som påvirket folkehelsen, deriblant legene og deres virke. Befolkningen ble sett på som en viktig ressurs for staten. Dermed var det viktig at folkehelsen ble godt ivaretatt, slik at alle kunne bidra til velstandsutviklingen. Legene ønsket å styre og kontrollere utviklingen av det offentlige helsevesen og legge andre grupper under seg. De lyktes i å kapre mange av de øverste posisjoner i helsehierarkiet, men ble etter hvert utfordret av både jurister og politikere. På slutten av 1800-tallet ble, som tidligere beskrevet, viktig medisinsk virksomhet flyttet inn i sykehusene. Da sykeforsikringen ble vedtatt i 1909 og trådte i kraft i 1911, ble Riksforsikringsanstalten en viktig kontrollør av legene. Riksforsikringsanstalten ble etablert i 1895 for å administrere ulykkesforsikringen for arbeidere, og den ble fra 1930 kalt Rikstrygdeverket.

Også pasientene ble en utfordring for legene. Legene ønsket ikke et markedsstyrt helsevesen, og de bidro til å temme markedet på tilbudssiden ved å begrense konkurransen leger mellom (legeforeningen 1886). De og hindret også at andre fikk adgang (kvakksalverloven 1794). På etterspørselssiden ble det lagt vekt på pasientlojalitet. Men sykeforsikringen gjorde at

pasientene ikke lenger var like lojale og underdanige. De kunne ta igjen, og de kunne bytte til en annen lege. (Ole Berg 2005)

Legene støttet forslaget til lov om sykeforsikring, men de sørget for at legeyrket forble selvstyrt og at godtgjørelsene ble bestemt av legene selv. Godtgjørelsene ble basert på det som ble kalt Normaltariffen, og som var konkurransehemmende. Den ble vedtatt første gang på legemøtet i 1897. Deretter ble det vedtatt lokale tilpasninger som kretssykekassene hadde en viss innvirkning på. Forsikringsordningen styrket både pasient og lege, da pasienten fikk bedre kjøpekraft, og legen var sikret betaling. Ordningen skapte et fellesskap mellom legene og pasientene. Man innførte en ordning der tredje part betalte, og legene ikke lenger trengte å ta like mye hensyn til pasientenes økonomi. Resultatet ble en foruroligende økning av sykekassenes utgifter. Både pasienter og leger ble kritisert fra politisk hold, pasientene for at de oppsøkte lege for bagateller og gjerne gikk til dem som lettest utstedte sykemeldinger, og legene ble anklaget for å plyndre sykekassene. Dette er holdninger og argumenter vi kjenner igjen fra vår egen tids helsepolitiske debatt.

Bekymringen for utgiftsveksten førte til ordninger som innebar en viss egenandel for pasientene via innføring av et refusjonssystem fra 1926. Her betalte pasienten selv og fikk refundert utlegget fra sykekassen. Oversteg de faktiske utgifter tariffen, måtte pasienten dekke mellomlegget selv. Det ble etter hvert også ansatt kontrolleger ved sykekassene og en egen kontrollnemd. Legenes tause pakt med samfunnet krevde at legene opptrådte korrekt, og at de som organisert stand grep inn overfor kolleger som opptrådte i strid med pakten. (Ole Berg 2005)

Etter krigen var det diskusjoner om hvordan legene skulle honoreres. Men man valgte å beholde både systemet med normaltariff (bestemt av legeföreningen og godkjent av prisdirektøren) og refusjonstariff (utarbeidet av departement og Rikstrygdeverk).

1.2.5. Sykehusene og deres leger.

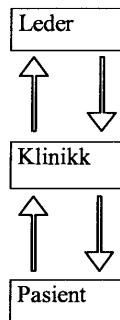
I det den medisinske utviklingen førte pasientene inn i sykehus, flyttet legene etter. Men de beholdt både sin faglige autonomi, og ikke minst tok de med seg praksisorganiseringen inn i sykehusene. Legene organiserte der sine overlegepraksiser, i første omgang kun i en avdeling.

Etter hvert fikk man utviklingen av de 3- delte sykehus (kirurgi, medisin og røntgen), og dermed flere overlegepraksiser innen ett sykehus.

Legene fortsatte å lede seg selv, og ledelse og klinikk ble sett på som det samme. Sykehuset som sådant, ble styrt av overlegene som kollegium, og som oftest ble en av dem valgt til administrerende overlege, eventuelt formann i legerådet. Vedkommende hadde i noen grad direktørfunksjoner. Administrerende overlege ble sett på som den fremste blant likemenn. I tillegg fantes det som regel, ved disse første moderne sykehus, en forvalter som var den som tok seg av økonomien. Denne forvalteren ble sett på som legens "tjener", og i praksis var han underordnet administrerende overlege.

Etter andre verdenskrig kom benevnelsen direktør. Denne tittelen var allerede i bruk ved noen store sykehus, men det var fremdeles leger som stort sett hadde posisjonen som sykehusets øverste leder og administrator fram til 1970-årene. Da rykket forvalteren opp til å bli sykehusdirektør, og utfordret med dette legenes hegemoni. Direktørstillingene i sykehus ble etter hvert besatt av både økonomer, jurister, sykepleiere og ledere med helt annen utdannelse og erfaring enn legene.

Klinikk og ledelse



Illustrasjon av ledelse i sykehus der legene drev klinisk virksomhet og ledelse samtidig.

De overordnede sykehusleger var ansatt på noe som ble kalt normalansettelsesvilkår fra 1918. I tillegg til sin faste inntekt hadde de takstbaserte inntekter fra privat poliklinikkvirksomhet. Dette medførte at sykehuslegene ble betraktet mer som frie ervervsutøvere enn som funksjonærer. Sykehuslegene hadde heller ikke ledere over seg da sykehusene i prinsippet var

organisert som overlegepraksiser og hadde trygdefinansiering. Denne finansieringen dekket på ingen måte sykehusenes reelle utgifter til drift og vedlikehold.

Først i 1970 kom den første sykehusloven og dermed ble finansieringsordningen endret. Nå ble den dominans som legene hadde hatt over både den faglige og den økonomiske utviklingen i norske sykehus gjennom mesteparten av forrige århundre, fjernet. Sykehusene ble i hovedsak fylkeskommunale, og ledet av fylkeskommunalt ansatte direktører, som rapporterte til en sykehussjef (fylkeshelsesjef) og fylkeskommunenes politiske organer.

1.2.6. Kort oppsummering.

Vi har her vist at legenes autonomibevisthet har vært og fremdeles er meget sterk. Legene har villet lede seg selv og de har tidligere ikke vært underlagt andre. De har heller ikke hatt noe sterkt ønske om å lede andre, og har alltid hatt faget som første prioritet.

1.3. Sykepleiernes utvikling fra kall til profesjon og fra Cathinka Guldberg til Anne-Lise Bergenheim.

1.3.1. Fra sårkoner via gangkoner, til diakonisser og diakoner.

Sykepleien hadde i sin mest primitive form utspring hos gamle kulturfolk der sårkoner behandlet skadde etter slag.

Sykepleierne startet sin virksomhet på institusjoner, og allerede 100 – 200 år e.Kr. ble de første omsorgsinstitusjonene etablert. Det ble betraktet som en kristen plikt å ta seg av fattige og syke. En del av disse institusjonene var knyttet til klostervirksomhet, og sykepleierne var underlagt den teologiske lederen, presten. Sykepleien fulgte munke - og ridderordener over hele Europa. I motsetning til legene dannet sykepleierne et kollektiv der de arbeidet sammen. Legene derimot beholdt sin praksisorganisering også inne i sykehusene, og arbeidet autonomt.

Før utdanningen av sykepleierne var etablert, ble pleien av pasienter på sykehus utført av gangkoner og våkekoner. Dette var kvinner fra de laveste sosiale lag i befolkningen, og arbeidet hadde lav status og dårlig lønn. Men etter hvert som utdannelsen ble formalisert, kom flere av borgerskapets døtre til sykepleierskolene.

Den første moderne skole for sykepleiere ble åpnet i Kaiserswerth i Tyskland i 1836. Her ble Florence Nightingale (1850) utdannet, og hun gjorde senere en betydelig innsats under Krimkrigen. Hennes bidrag inneholdt et betydelig element av ledelse, der hun vektla organisering og hygienerutiner sterkere enn det rent sykepleietekniske. Ikke minst organiserte hun en vaktordning med tilsyn hele døgnet, jfr. "The lady with the lamp".

Cathinka Guldberg hadde også sin bakgrunn fra Kaiserswerth, og hun ble grunnlegger av sykepleierutdannelsen i Norge. Denne utdannelsen startet i 1868 på Diakonissehuset i Oslo med en elev, og i 1890 åpnet Diakonhjemmet sykepleierutdanning for menn. Den første sykepleierskole uten kirkelig tilknytning ble Røde Kors' skole i Oslo i 1894. Denne skolen fulgte en mer militær ordning og ble ledet av offiserer.

Sykepleierne arbeidet fra begynnelsen av sammen i et fellesskap og i store organisasjoner. De hadde behov for å organisere og koordinere arbeidet, og dermed også behov for ledelse. De var fra begynnelsen underlagt andre yrkesgrupper, først prestene, deretter offiserene og til slutt fra ca. 1850, legene. Det at sykepleierne har vært del av større organisasjoner og vant til å bli ledet av andre, har gitt dem et annet forhold til organisasjon og ledelse enn legene. Det er dermed store kulturelle forskjeller på de to yrkesgruppene.

Utviklingen av sykepleien fulgte altså to litt ulike spor, der det ene var knyttet til kirken og diakonien, mens det andre fulgte en halvmilitær organisering som f. eks. innenfor Røde Kors. Etter hvert som sykehusene i mindre grad ble knyttet til det kirkelige, så overtok legene for prestene når det gjaldt å lede i sykehus i kraft av sitt fag og kanskje også sitt kjønn.

1.3.2. Fra kall til profesjon og akademisering av sykepleiefaget.

Kallstanken var opprinnelig sterkt knyttet til sykepleieryrket, og kallet har inspirert sykepleiere til å hjelpe mennesker i nød. Men fra 1950-tallet startet profesjonaliseringen av sykepleieryrket. Sykepleierne ville frigjøre seg fra det religiøse kallet, fra den selvoppofrende og underdanige sykepleie og fra reproduksjon av kjente kjønnsroller (Sykepleien 2001). Samtidig startet en akademisering av sykepleiefaget.

I 1972 kom de virkelig store omveltningene for sykepleiefaget, med Anne-Lise Bergenheim som aksjonsleder. Norsk Sykepleierforbund ble overkjørt, og aksjonistene vant fram med sitt syn. Dermed gikk sykepleierutdanning for alvor over fra å være basert på kall og personlig

oppofrelse, med dårlige lønns- og arbeidsvilkår, til en vanlig arbeidstagergruppe med forhandlingsrett. (Ole Berg 2005)

Hvis vi ser på hvilke andre store omveltninger som skjedde i det norske samfunnet på denne tiden, så skjer dette i kjølvannet av kvinnes kamp for likestilling. I økende grad trådte kvinnene inn i både arbeidslivet og på den politiske arena. De inntok i større grad maktposisjoner som tidligere hadde vært forbeholdt menn. At helsevesenet, med den store andelen kvinner, også gjennomgikk store forandringer i denne perioden må kunne sees som en følge av likestillingskampen. Legene, som i hovedsak ennå var menn, ble utfordret i sine maktposisjoner.

Sykepleierne utvikler i denne perioden en sterk selvbevissthet. De vil ikke lenger være underdanige, men styre seg selv. De har som gruppe, tradisjon for og kunnskap om organisering og ledelse, og de kjemper for retten til å lede egen profesjon, og etter hvert også andre. Legene som stand, får aldri den samme interessen for ledelse, og dette skaper ulike vilkår for å gå inn i ledelse mellom de to profesjonene.

Med de to største profesjonenes bakgrunn og utvikling som utgangspunkt, ser vi at legene tradisjonelt har vært selvstendige yrkesutøvere og ledere, mens sykepleierne har en tradisjon preget av kall og underdanighet. Samtidig ser vi at legene har vært styrt av den medisinske logikk, mens sykepleierne tidligere har vært preget av den teologiske logikk. Dette ble fullstendig endret i tidsrommet 1970 til 2001. Legene ble utfordret både på fag og ledelse (autoritet), og ikke bare av sykepleierne, men også av innføringen av profesjonell ledelse og administrasjon i sykehus. Andre med fagbakgrunn fra blant annet jus og økonomi, har etter hvert overtatt mange av maktstillingene i norsk helsevesen. Og ikke minst er legene blitt utfordret av pasientene.

Kapittel 2.

Sykehusenes utvikling med fokus på rammebetingelser og ledelsesreformer.

2.1. Utvikling fra hospitalet til det moderne sykehus i Norge.

2.1.1. Utvikling av de første sykehus.

Det første offentlige sykehus man kjenner til i Norge, Trondhjems hospital, ble etablert i 1777. Først i siste del av det 18. århundre ble det vi tenker på som generelle sykehus etablert. (Larssen og Berge)

Vanligvis var det den offentlige legen på stedet som hadde tilsyn med sykehuset. Det var uvanlig å ha egne ansatte sykehusleger. Legen hadde plikt til å gå på visitt til syke og fattige som bodde på sykehuset. Visitt brukes fremdeles som betegnelse når legen har tilsyn med pasientene. Det kan nevnes at i flere sykehusreglementer fremgikk det at legen var ansvarlig for de sykes fullkomne helbredelse, og det ble pålagt legen på egen bekostning å kurere dem om sykdommen igjen skulle bryte ut.

Det hevdes at utviklingen av spedalsksykehus var den største enkeltinnsats fra det norske samfunnets side på helsevesenets område frem til 1850. Disse sykehusene danner utgangspunktet for vårt offentlige sykehusvesen. (Larssen og Berge)

Sykehus endret seg etter hvert fra hovedsaklig å være epidemisykehus og pleieanstalter, til også å omfatte sykehus for kirurgi og skader. Tidligere hadde man, som vi har sett, to former for praksiser, håndverkskirurgi og mer teoretisk medisinsk behandling. Kirurgiske inngrep ble fra universitetsutdannede leger, sett på som skittent, men fra 1814 integreres disse to praksisene.

Fra midten av 1800-tallet skjedde det en utvikling av den moderne medisinen, med anestesi, røntgen og annet nytt diagnostisk utstyr. Dette førte til at legene flyttet praksisen inn i sykehuset og pasientene måtte dra dit for å få hjelp og behandling.

Innføringen av syketrygden i 1911 ga det økonomiske grunnlag for oppbygging av nye generelle sykehus. Sykehusene var imidlertid helt frem til 2.verdenskrig som regel lite differensierte, i hovedsak to- eller tredelte.

2.1.2. Etterkrigstiden.

Gjenoppbygging og fornying av sykehusvesenet tok det meste av ressursene som gikk til helsesektoren i de første årene etter 2. verdenskrig. Etter flere års forberedelser og utredninger, fikk man i 1969 *Lov om sykehus*. Den ga støtet til en enestående utvikling av norsk sykehus- og til dels sykehjemsvesen.

2.1.3. Fra 1970.

Loven kom på et tidspunkt da norsk økonomi var i sterk vekst, og dette forklarer den optimisme og vekst som preget utviklingen de neste 10 år. (Larssen og Berge) Den offentlige debatten dreide seg om å beholde og videreutvikle sykehus. Eierskapet til sykehus var statlig, fylkeskommunalt eller kommunalt. I tillegg fantes det en rekke sykehus drevet av kirkelige og humanitære organisasjoner.

Sykehusloven la et generelt ansvar på fylkeskommunen for planlegging, oppfølging og drift av alle typer helseinstitusjoner. Med en statlig refusjon på inntil 75 % av utgiftene og med et løfte om en økning av denne andelen til 85 % i løpet av 2 år, er det ikke til å undres over at fylkeskommunenes planer for bygging av helseinstitusjoner ble ambisiøse.

I oktober 1973 kom oljekrisen, med en oljepris som ble 4-doblet på mindre enn 1 år. Tidligere hadde veksten i verdensøkonomien vært på over 5 % pr. år og inflasjonen ca 4 %. I 1974 -75 var det ingen vekst, mens prisøkningen var på 10 – 12 %. Dette kalles stagflasjon. Samtidig økte arbeidsledigheten til over 10 % i mange vestlige land. (Ole Berg)

I Norge var situasjonen litt annerledes, da vi ble en oljenasjon i 1970. Regjeringen valgte fra midten av 1970-årene å føre en motkonjunkturpolitikk med en ekspansiv offentlig sektor. Den viktigste forutsetning for ekspansjonen var at det var politisk enighet om å utvikle velferdsstaten. På slutten av 1970-tallet ble bremsene satt på, og man startet en dereguleringspolitikk. Også skattepolitikken ble lagt om, i forsiktig høyreretning.

2.1.4. Ledelse i sykehus.

I denne tidsepoken (fra 1960-70) blir legenes rolle som ledere i sykehus for alvor utfordret. Sykehusene vokste både i størrelse og kompleksitet. Virksomheten ble i økende grad spesialisert, og i stadig større grad ble deler av legearbeidet delegert til andre (sykepleiere, radiografer, bioingeniører osv.) . Men ikke minst ble pleiefaget i økende grad utviklet som

egen profesjon, og sykepleierne så ikke lenger på seg selv som legens underordnede, men fagutøvere med egen identitet.

I det sykehusenes kompleksitet økte, meldte også behovet for intern organisering, arbeidsdeling og logistikk seg. Behovet for samhandling inne på sykehus aktualiserte ledelsesspørsmålet. Den etablerte ordningen der den best faglig kvalifiserte legen også ledet avdelingen, var ikke lenger tilfredsstillende. De ledelsesmessige utfordringene var store, og det var ikke lenger nok med bruk av medisinsk innsikt og sunn fornuft i ledelsesoppgavene. Det gikk mot et skille mellom ledelse og klinikk.

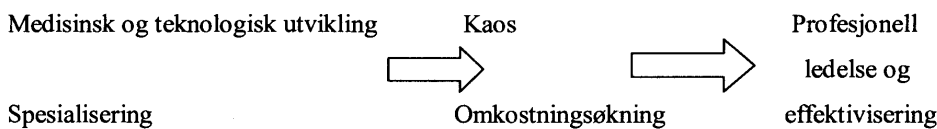
Spesialiseringen og den teknologiske utviklingen i sykehus medførte økte kostnader, og ledelse kunne ikke lenger bare være en del av faget, men ble profesjonalisert. I toppledelsen på sykehus kom, som tidligere beskrevet, andre faggrupper enn leger inn. Først økonomer og jurister, til dels også offiserer, men etter hvert ikke minst sykepleiere. Leger i ledelse ble etter hvert mindre klinisk aktive, men de hadde ofte vanskelig for å legge faget bort, mens sykepleiere gjerne valgte ledelse fremfor fag. Her spiller det også inn at legers legitimitet som ledere i forhold til kollegaene i stor grad var knyttet til faglig autoritet. For sykepleierne var dette en problemstilling som i langt mindre grad, om i det hele tatt, gjorde seg gjeldende.

Dette førte derfor gjennom 1970- og 80-tallet til utformingen av den enhetlige todelte ledelse, der avdelingsoverlegen og oversykepleier ledet sykehusavdelingene sammen. På mange måter var dette en ordning som begge grupper etter hvert fant tjenlig. Sykepleierne fikk ledelsesoppgaver som ga både lønnsøkning og status, mens legene på denne måten ikke trengte å velge bort faget. Sykepleierne tok som oftest mange av de tyngste administrative oppgavene, mens legene beholdt både formell ledelsesstatus og den faglige ledelse. Ulempen, sett fra et ledelsesperspektiv, var muligheten for ansvarspulverisering, gråsoneproblemer, og at de to med lederne kunne lede på måter som ikke passet godt sammen, - altså at ledelsen ble inkonsistent. Man erfarte imidlertid også raskt at en betingelse for at denne ledelsesformen skulle fungere godt, var at det var "god kjemi" mellom de to lederne.

Fra 1970-tallet skjedde en rivende teknologisk og medisinsk utvikling med mange ulike konsekvenser. For det første kostet både anskaffelse og drift av utstyr penger. For det andre kunne man med nye metoder og nytt utstyr behandle langt flere tilstander, og dermed pasienter, og dette var i seg selv kostnadsdrivende. Med den medisinske utviklingen kom også

økt spesialisering der hver behandler tok seg av mindre deler av faget. Det kom også nye faggrupper til, særlig ingeniører og teknikere i forbindelse med den teknologiske utviklingen.

Økt medisinsk spesialisering ga kaotiske og uoversiktlige tilstander i sykehusene, og med dette kom behovet for organisering og ledelse. I tillegg hadde man omkostningsøkningene som bekymret mange og førte til krav om effektivisering. Svaret på begge utfordringer ble fokus på profesjonalisering av ledelse i norske sykehus.



Illustrasjon av ledelse som svar på de økonomiske og organisatoriske utfordringene i helsevesenet.

2.2. Finansieringsordninger. Hvordan øke aktiviteten og beholde kostnadskontrollen?

2.2.1. Innledning.

Selv om ordet velferdsstat for alvor først ble nevnt på 1950-tallet, var det et allment politisk ønske å bygge ut et system som skulle gi trygghet ved sykdom, invaliditet og alderdom. En god helsetjeneste er selve symbolet på at et samfunn kan klassifiseres som en velferdsstat. (Grund 2008).

Barnetrygd ble innført i Norge i 1946. 10 år etter ble syketrygden gjort gjeldende for alle. I 1957 ble alderstrygden utvidet til å gjelde alle over 70 år. I 1967 ble flere tidligere trygder samlet under ett i *Lov om folketrygd*. Trygden ble finansiert av befolkningen ved skatt, arbeidsgiveravgift og ved tilskudd fra stat og kommune.

På grunn av den store ekspansjonen i helsevesenet på 1970-tallet, ble ett av de store spørsmålene hvordan man skulle styre helsetjenesten. Skulle man påvirke helsetjenesten ved byråkratiske regler, ved økonomisk belønning eller ved holdningskampanjer?

2.2.2. *Fra kurpenger til rammefinansiering.*

Allerede våren 1972, to år etter at den nye sykehusloven ble satt ut i livet, ble det vedtatt ikke å gå videre med opptrappingen av refusjonssatsen. Vedtaket reflekterte bekymring over den uforutsett store belastningen på folketrygdens økonomi som den betydelige veksten i utgiftene til sykehusene hadde ført til. Vedtaket var også et forvarsel om at hele finansieringsordningen, *kurpengeordningen*, kunne bli endret. Perioden 1970 – 1996 var preget av overgang fra aktivitetorientert finansiering basert på kurpenger og stykkprisfinansiering til systemer for *rammefinansiering* fra staten. Rammefinansieringssystemet ble innført for sykehus i 1980. Staten ønsket bedre kontroll med utgiftsutviklingen og å fjerne uheldige vridninger i prioriteringer som aktivitetsbasert finansiering kunne gi.

2.2.3. *Aktivitetsbasert finansiering.*

I 1997 gjeninnførte staten ordninger med større vekt på aktivitetsavhengig tilskudd eller innsattsstyrt finansiering. *ISF-systemet* er basert på DRG, og er et system hvor sykehusene delfinansieres av stykkprisrefusjon avhengig av utført aktivitet og kompleksiteten av aktiviteten. (Grund 2008)

2.2.4. *Nærmere om de ulike finansieringsordningene.*

Ved *kurpengeordning* fikk helseinstitusjonen /sykehuset en fast sum fra staten for hvert døgn sykehuset hadde en pasient innlagt. Det var lønnsomt for sykehuset å ha pasientene liggende lenge inne, og man hadde få eller ingen insitamenter til utskriving. *Stykkprisfinansiering* er en type aktivitetsbasert finansiering, hvor utfører av helsetjenesten blir betalt per behandling. Med denne type finansiering uten tak kan aktiviteten økes. Dermed øker også det offentlige utgifter til behandling.

Rammefinansiering er en årlig grunnbevilgning, et rammetilskudd fra staten til helseinstitusjonene / sykehuset, uavhengig av aktivitet. Tilskuddet baserer seg på ”objektive” faktorer som befolkningsmengde og en del andre, ofte sosiale kriterier. Den uheldige virkningen av denne typen finansieringsordning er at den ikke stimulerer til aktivitet, og dermed kan køene vokse, noe de også gjorde etter 1980.(Ole Berg 2005)

2.2.5. *Oppsummering.*

Hovedbildet de siste 30 år er omfattende reformer. Perioden er blitt kalt helsereformenes tidsalder (Schjøtz 2003). I hele den vestlige verden sliter man med å finne frem til styrings- og

organisasjonsmodeller som kan leve opp til kravene om kvalitet, kreativitet, effektivitet, likhet og kostnadskontroll.(Grund 2008) I gamle dager var sykdom og død en naturlig del av livet. Folk er nå opptatt av god helse gjennom hele livet, samtidig som døden har blitt institusjonalisert. Forventningene er at myndighetene tilrettelegger for sunnhet, og at legene sørger for helbredelse.(Grund 2008). Samtidig gjør stadig nye medisinske tilbud det mulig å behandle flere lidelser. Det øker igjen presset på sykehusenes økonomi, og bidrar til kravet om økende fokus på ledelse og organisering.

2.3. Fra regionalisering til statlig overtakelse av sykehus og dannelse av helseforetak.

Siden midten av 1970-tallet har staten jobbet med å utvikle et regionalisert helsevesen. Grunntanken har vært at man ved en regionalisert spesialisthelsetjeneste, kunne skape et mer hensiktsmessig, effektivt og bedre organisert helsetjenestetilbud. Man har gått fra en ambisiøs velferdspreget trygdepolitikk, som varte frem til 1970-årene, til en økonomiserings- og effektiviseringspolitikk. Denne siste politikken har imidlertid også som formål å ”redde” den ambisiøse velferdspolitikken. Effektiviseringen skal hindre at man må modifisere helsepolitikken velferdsprofil.

Samtlige regjeringer siden 1980-tallet har understreket at offentlig sektor må moderniseres, effektiviseres og gjøres mer ”brukervennlig” (Grund). I forhold til spesialisthelsetjenesten har dette gitt seg uttrykk i nye finansieringsformer, lover og styringsformer.

Fram til helsereformen i 2002 var det kommunene og fylkeskommunene som hadde hovedansvaret for helsetjenestene. Men fra 2002 overtok staten eierskap og ansvar for spesialisthelsetjenestene, og tjenestene ble organisert under 5 regionale helseforetak (RHF). Innen hvert RHF ble sykehus og institusjoner fordelt på flere helseforetak (HF). Fra 1. juni 2007 ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til et kjempeforetak, slik at det nå er 4 RHFer. Bakgrunnen for den siste omorganisering var igjen ønsket om effektivisering og samordning av tjenestene. Man hadde beregnet at sammenslåingen vil føre til at man kunne ta ut en økonomisk besparelse på nærmere en milliard kroner.

RHFene har et ”sørge for”-ansvar for å tilby spesialiserte helsetjenester til innbyggerne i sin region. De kan enten produsere disse tjenestene selv, eller kjøpe tjenester i andre regioner, hos

private aktører eller eventuelt hos tjenesteytere i utlandet. Statens overtakelse av sykehusene i 2002 er en av de største reformer i norsk samfunnsliv noensinne (Grund 2008).

Eierskapsreformen hadde effektivisering av helsetjenesten som mål, der pasientbehandlingene skulle være av samme eller bedre kvalitet, men med reduserte kostnader. Dette skulle man oppnå ved profesjonalisering av ledelse og bedre organisering av tjenesten. Man ville ha profesjonelt styre og mindre makt til folkevalgte politikere for å få slutt på hestehandel og lokaliseringsdebatter. I tillegg ønsket man å stanse svarteperspillet om pasientene, der de tre forvaltningsnivåene kranglet om hvem som skulle dekke utgiftene til ulike typer pasientgrupper.

Kapittel 3.

Ledelsesreformer i det offentlige med betydning for norske helsevesen.

3.1. New Public Management (NPM).

3.1.1. Innledning.

Helsevesenet har altså de siste 30 år vært gjenstand for en rekke reformer og omstillingsprosesser i likhet med resten av offentlig sektor. Går vi tilbake til 1960-70årene finner vi køer og ventelister ved norske sykehus. Spesielt ga ulik kapasitet ved forskjellige avdelinger flaskehalsler internt i sykehusene. Offentlige virksomheter var byråkratiske og regelstyrt. De hadde elementer av planøkonomi og etter hvert som kravene til effektivisering av hele den offentlige sektor økte, skjønnte man utover 1980-årene at dette ikke kunne gjennomføres ved bruk av jus og tradisjonell økonomi. Norge, som den øvrige vestlige verden, hadde kraftig vekst i offentlig forbruk og prognosene framover viste videre vekst av offentlige utgifter. Dette bekymret både politiske ledere og ledere innenfor byråkrati og næringsliv, og ut av dette vokste det fram tanker om en "*Ny offentlig ledelse*" eller "*New Public Management*". Også i denne filosofien sto ledelse sentralt for å koordinere og effektivisere offentlig virksomhet. Reformen er først og fremst forsøk på å endre organisasjoner ovenfra ved hjelp av strukturelle endringer (Grund 2008).

Eksempler på annen offentlig virksomhet enn helsevesenet, som i løpet av 1980-90-årene har gjennomgått reformer, er kraftindustrien, telekommunikasjonssektoren og transportvesenet. Televerket ble til Telenor, kraftselskapene ble (delvis) privatisert og NSB ble oppdelt i flere ulike selskaper. Disse virksomhetene gikk fra å være statlig drevet og byråkratiske, til å bli virksomheter som ble styrt etter ideer som tidligere kun var kjent innen det private næringslivet.

New Public Management kom fra Storbritannia, og ble utviklet for å få en akademisk forståelse av reformene under Thatcher. Formålet med endringene var kostnadseffektivitet, og man tok i økende grad i bruk økonomiske insentiver. Offentlig sektor ble kritisert for å være for stor og byråkratisk, for fiksert på regler, preget av dårlig ledelse og svak brukerorientering.

Dette er kritikk som i særskilt grad er rettet mot norsk helsevesen i samme periode. Politisk er NPM brukt som metode for å få offentlig virksomhet til å tilpasse seg nye rammebetingelser. Staten går fra å være kontrollør til å bli serviceprodusent. Reformene er orientert både mot individ, system, marked og management. Behovet for å modernisere og effektivisere offentlig sektor er utgangspunktet for NPM. Innbyggere og politikere er helsevesenets oppdragsgivere, og pasientene er altså ikke lenger bare passive mottakere av helsetjenester. Mange pasienter er aktive, velinformerte (for)brukere som vil velge, og som ikke minst er bevisst sine rettigheter. Noen bruker også betegnelsen "kunder".

Etter hvert som økonomien satte begrensninger for veksten i offentlige utgifter, steg kravet til effektiv ressursutnyttelse. Virkemidler som er brukt for å effektivisere er konkurranse mellom tilbydere, som for eksempel fritt sykehusvalg og avtale med private leverandører av helsetjenester. Et annet virkemiddel er større grad av direkte brukerinnflytelse. (NOU 1997:2; Pasienten først, Steine-utvalget). Mange sykehus gjør brukerundersøkelser, og resultatene herfra brukes til å gjøre endringer og forbedringer. I tillegg brukes økonomiske insentiver overfor tilbydere, særlig i form av innsatsstyrt finansiering (ISF 1997).

Også den statlige overtakelse av sykehus (2002) har en bakgrunn i ønsket om ressurseffektivitet og kvalitet på tjenesten. Spesielt skal denne overtakelsen gi bedre grunnlag for stordrift, og dermed for å "ta ut" stordriftsfordelene.

Det har også vært et politisk mål å skape en mer tilgjengelig og oversiktlig forvaltning, og å skille produktive oppgaver tydeligere fra forvaltningen. Å gjøre sykehus til foretak er et uttrykk for denne utviklingen. Foretak har større autonomi og kan derfor ledes på en mer profesjonell måte. Sykehusreformen førte således til at styre- og ledelsesfunksjonene ble styrket på bekostning av "byråkratiet", fagorganisasjoner og enkeltprofesjonene (Grund 2008).

Det er to begreper i nyinstitusjonell økonomisk teori som er trukket fram og som er av betydning for å forstå den offentlige ledelsen. Det ene er "public choice", hvor det forutsettes at offentlig ansatte tenker og handler ut fra hva som gagnar deres egne interesser, og "prinsipal-agent-teorien", der prinsipalen pga. manglende kunnskap ikke har oversikt over om agenten handler ut fra egeninteresse eller ut fra prinsipalens interesser. Offentlig forvaltningsorganer vil delvis, i motsetning til markedsstyrte private bedrifter, søke å maksimere størrelsen av egen virksomhet. Tanken med NPM er at det trengs metoder for å disiplinere agenter og å avsløre og minimere opportunistisk adferd. Presset for å gjøre helsevesenet brukerorientert og kostnadseffektivt kan komme gjennom organisatoriske, økonomiske og / eller ledelsesorienterte virkemidler (Osborne og Gabler 1992).

NPM forutsetter at det er en fristilt og profesjonell ledelse. Viktige elementer i tillegg til ledelse er målstyring, der man har definerte målvariabler som skal oppnås. Eksempler på dette kan vær antall operasjoner, antall behandlede søknader osv. Man har også et helt annet fokus på kostnadssiden, slik at målstyring kan bestå i at man oppnår reduserte utgifter ved en bestemt aktivitet som for eksempel en operasjon. Budsjettdisiplin ble viktig og et krav til ledere i det offentlige. I tillegg kom målinger av kundenes (pasientenes) tilfredshet, og bruk av kvalitetsindikatorer som ga grunnlag for konkurranse mellom virksomheter og også var en del av måloppnåelsen.

NPM kan deles slik (Klausen 2003):

- *Økonomisk teori:*

Privatisering, konkurranseutsetting, frie forbrukervalg, økt egenandel, økonomisk ansvarliggjøring av resultatenheter, innsattsstyrt avlønning osv.

- *Ledelse:*

Entreprenøraktig ledelse, strategisk ledelse, teamledelse, service management, total kvalitetsledelse, Business Process Reengineering, nye økonomiske styringssystemer, regnskaps – og budsjettssystemer.

3.1.2. Økonomisk teori og organisering.

I de følgende avsnittene vil vi se på ulike elementer innenfor NPM og beskrive nærmere endringer i helsevesenet, som kan ses på som et resultat av denne tenkningen. Vi ønsker først å se på elementene under punkt 1, som er begrunnet i økonomisk teori der aktørene opptrer slik at egennyttens maksimeres.

- *Finansieringsordninger.*

Finansieringsordningene i norsk helsevesen har gått fra rammetilskudd til en kombinasjon av rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering (ISF). Andelen ISF har variert de siste årene mellom 30 og 60 %, nå er den 40 %. Den siste reduksjonen skyldtes at den høye ISF-andelen hadde gitt ”for høy” aktivitet, og dermed uakseptabelt store totalutgifter. Men samtidig ble imidlertid flere pasienter behandlet og køene redusert.

- *Bruk av private leverandører.*

En periode (under borgelig regjering) ble det åpnet for økt bruk av private tilbydere av spesialisthelsetjenester. Dette økte konkurransen, noe som i seg selv kan ha bidratt til øket effektivitet også i offentlige institusjoner. Denne bruk av private aktører i *helsemarkedet* har avtatt med dagens (2005-) ”rødgrønne” regjering. Stadig mindre av offentlige oppdrag settes ut til private aktører.

- *Eierskap av sykehus.*

Tilknytningsformen ble endret 1.1.2002, med dannelsen av helseforetak og den statlig overtakelse av disse. Man ønsket å flytte sykehusene ut av forvaltningen (kommunal, fylkeskommunal og statlig), og derigjennom gjøre hvert foretak til eget rettssubjekt. Man valgte en spesiell foretaksmodell og ikke aksjeselskapsmodellen, for at sykehus ikke skulle kunne gå konkurs. Man ønsket mindre politisk innblanding og et klarere skille mellom bestiller (departementet) og utfører (det enkelte helseforetak). RHFene er en blanding av bestillere og utførere i denne modellen.

- *Brukerorientering.*

Når det gjelder brukerorientering har pasientrettighetsloven (2001) med blant annet fritt sykehusvalg, bevisstgjort sykehusene slik at de i økende grad tilpasser seg pasientenes ønsker og behov. I tillegg har befolkningens økte kunnskapsnivå, bruk av internett, samt demokratiseringen av samfunnet, gjort pasientene langt mer kravstore. Mange ønsker å ta del i beslutningsprosessene vedrørende deres behandling. Dette er også poengtert både i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. Det finnes en del kvalitetsindikatorer for sykehus og disse offentliggjøres i varierende grad. Denne informasjonen kan pasientene bruke når de skal velge sykehus.

- *Bruk av egenbetaling.*

Økt bruk av egenandeler har det vært politisk vanskelig å få til i Norge. Det er satt tak på egenandelene som er forholdsvis lavt, slik at de fleste med kroniske sykdommer har rett til gratis behandling, utover et gitt nivå, uansett egen økonomi. Man har prøvd å redusere utgiftene ved å endre forskriftene for blåresept og ved å styre bruken over på billigere alternativer. Egenbetaling er også tatt i bruk ved sykehjem og rehabiliteringsinstitusjoner.

- *Profesjonalisering av ledelse.*

Tidligere har sykehus vært preget av svak toppledelse og fagforeninger med stor makt; spesielt har legeföreningen vært sterk. Legene, og etter hvert også sykepleierne, har ved hjelp av *profesjonsmakt* hatt stor innflytelse på organisering og drift av sykehus. Men i løpet av de siste 10-15 årene har en mer profesjonell arbeidsgiverorientert ledelse blitt utviklet. Her ligger forarbeidene blant annet i Steine-utvalgets rapport "Pasienten først!", som vi skal komme tilbake til. Man har desentralisert ledelse nedover til lavere nivåer i sykehus, og latt økonomisk resultat- og personalansvaret følge med.

- *Mindre makt til fagforeningene.*

Avlønningen av personalet i norske sykehus er ikke lenger like strengt regulert. Det er et betydelig press på organisasjonene for at mer og mer skal avtales lokalt. Dette har arbeidstakerorganisasjonene ikke ønsket, da deres forhandlingsmakt og posisjon i forhold til arbeidsgiver slik blir svakere. Men det er åpnet for en noe mer individuell avlønning og muligheter for personlige tillegg. Slike blir også i økende grad brukt.

3.1.3. Ledelsesformer.

Denne hovedsøylen tar utgangspunkt i at ledere kan påvirke aktørene til å opptre uegennyttig, idealistisk og følelsesorientert (Grund). De forskjellige ledelsesformene beskrives kort i de følgende avsnitt.

- *Entreprenøraktig ledelse:*

Ordet *entreprenør* brukes i dagligspråket også om en som setter i gang prosjekter eller tiltak og er dermed nokså likt bruken av ordet *gründer*. NPM banet slik veien for andre typer ledere enn de som tradisjonelt hadde søkt seg til det offentlige, med den vekt som tidligere var lagt på regelstyring og jus.

- *Strategisk ledelse:*

Strategisk helseledelse dreier seg om å utvikle kompetanse og strategier for å takle endringer i omgivelsene og å organisere og lede på en god måte. Å være strategisk betyr at det utvikles en bevissthet om hvordan det hele tiden må treffes valg for å få en best mulig fremtid (Grund 2008). Med den økende endringstakten i offentlig sektor fikk slik kompetanse hos ledere stadig større betydning.

- *Teamedelse:*

Et team er et lite antall mennesker med komplementære egenskaper som jobber mot de samme målene, og som samtlige teammedlemmer holdes gjensidig ansvarlig for. Man oppnår flere ting ved teamedelse, blant annet å få utnyttet flere personers kompetanse, kompensere for enkelte ledes svakheter, øke læringsutbytte og gjøre folk mer åpne for alternative løsninger. At teamedelse fører til en bredere deltagelse når beslutninger fattes, gjør at de beslutninger som fattes får større støtte og legitimitet. Teamedelse er et svar på at oppgaver har fått større kompleksitet.

Tidligere i oppgaven har vi sett at den økende kompleksiteten i sykehusene krevde en annen form for ledelse enn avdelingsoverlegens fagedelse og bruk av sunn fornuft. Dermed fikk vi den enhetlig todelte ledelsen, som var basert på et team bestående av avdelingsoverlegen og oversykepleieren. Men denne todelingen ga opphav til uklarheter i ansvars- og myndighetsforholdene. Profesjonalisering av ledelse banet veien for den enhetlige ledelsesmodell i sykehus.

- *Total kvalitetsledelse:*

Total kvalitetsledelse er en ledelsesfilosofi som tar sikte på å aktivisere medarbeidere og ledere i et kontinuerlig arbeid for å bedre kvaliteten på varer og tjenester med sikte på å øke kundetilfredsheten. Kvalitetsarbeidet organiseres ofte i kvalitetssirkler. Disse består av medarbeidere med ulik faglig bakgrunn og ulike oppgaver, og de møtes regelmessig for å analysere kvalitetsavvik og komme med forslag til forbedringer i kunderelevante kvalitetsmål. Sykehusene er nå i ferd med å utvikle og ta i bruk kvalitetsindikatorer (Colbjørnsen 2004).

- *Business Process Reengineering:*

Denne tilnæringsmåten tilstreber en radikal omorganisering og maksimal utnyttelse av IT i prosesstyringen. Her skjer blant annet sammenslåinger av avdelinger for å kutte antall saksbehandlere. Sykehussektoren har vært sent ute når det gjelder å ta i bruk elektroniske løsninger og bruk av IT. Men i løpet av 1990-årene er dette tatt i bruk i økende grad. Det gjelder pasientjournal, bildebehandling og laboratoriesvar, samt epikriseutsendelse. (Kjekshus og Harsvik) Det er etter hvert også utviklet ikke ubetydelig bruk av telemedisin innenfor røntgen og kardiologi (EKG som sendes til spesialist fra ambulanse).

- *Mål- og resultatstyring:*

Dette er en ledelsesfilosofi som legger vekt på å effektivisere ressursbruken i offentlig virksomhet. I følge denne filosofien skal man ha fokus både på hvordan offentlige virksomheter skal formulere gode overordnede mål, fastsette styringsparametere, ambisjonsnivå, måling og oppfølging av resultater. God informasjon om egne resultater er en forutsetning for at offentlige virksomheter skal kunne tilpasse seg endringer i samfunnet, og prestere godt i forhold til målene for virksomheten.

Mange virksomheter, herunder helseforetakene, opplever at kravene fra politiske myndigheter og forventningene fra brukere og samfunnet er store, samtidig som ressursene er begrensede. Klare prioriteringer og målrettet styring er viktig for å oppnå god kvalitet på tjenestene og utnytte ressursene effektivt. På denne måten kan det offentlige gi et bedre tjenestetilbud til flere mennesker og oppnå bedre resultater for samfunnet.

Mål og resultatstyring er grunnleggende prinsipper for statlige virksomheter. Det innebærer at overordnede, politisk fastsatte mål for den enkelte virksomhet, må konkretiseres på en slik

måte at resultatene kan måles, vurderes og følges opp gjennom nødvendige utviklings- og forbedringstiltak.

3.1.4. Oppsummering av NPM.

Vi ser at norsk helsevesen har tatt opp i seg mange av elementene fra NPM. Profesjonell ledelse har blitt svaret på utfordringer i helsevesenet, både når det gjelder å få kontroll med kostnadene og for å få redusert køene. Dette er i prinsippet to oppgaver som kan synes å stå i strid med hverandre. Målet er å "jobbe smartere", det vil si organisere helsevesenet slik at ressursutnyttelsen blir så god at man får behandlet flere pasienter med samme eller bedre kvalitet, men til redusert kostnad. Dette er den virkelige store utfordringen både for dagens helsearbeidere, men ikke minst for helseledere og helsepolitikere.

Kapittel 4.

Utvikling fra todelt enhetlig ledelse til en leder på alle nivåer i norske sykehus.

Det har pågått en kontinuerlig diskusjon rundt organisering og ledelse av sykehus de siste tiårene. Det er nedsatt en rekke utvalg, og temaet er tatt opp på høyeste politiske hold. Ledelsesspørsmålet er kommet inn i helselovgivningen, og har vært gjenstand for betydelig konflikt internt i sykehus og mye omtalt i mediene. Med bakgrunn i ulike utvalg og offentlige utredninger, vil vi her presentere noen viktige elementer i utviklingen som har ledet fram til dagens modell for organisering av sykehusavdelinger. Vi vil også komme inn på innholdet i lederrollene og hvordan ledelse praktiseres i dag. Fokus vil være på overgangen fra todelt enhetlig ledelse til én leder på alle organisatoriske nivåer i sykehus.

Fra tidlig på 1980-tallet kom mange ledelsesprogrammer, også for de ulike faggruppene innen helsevesenet. Mange kurs ble utviklet i regi av disse faggruppene, og spesielt sykepleierne fattet tidlig interesse for ledelse. Men slik det utviklet seg, bidro nok dette mer til profesjonskamp enn god ledelse, i hvert fall til å begynne med. (Ole Berg 2005)

4.1. Offentlige utredninger og utvalg.

4.1.1. Øie-utvalget

I 1981 foreslo Øie-utvalget at store kliniske avdelinger burde ledes av en avdelingsoverlege. Kommunenes Sentralforbund foreslo, via Organisasjonskomité III, to ulike modeller; der den ene var i tråd med Øie-utvalgets forslag, mens den andre inneholdt en modell med en egen administrativ leder, - en leder som kunne ha annen bakgrunn en medisinsk. Her kommer det altså for første gang et forslag som betyr at legenes innflytelse og hegemoni når det gjelder ledelse i sykehus, utfordres. Øie-utvalget foreslo ellers at oversykepleiere skulle arbeide direkte under sykehusets administrative ledelse og således ikke være underlagt avdelingsoverlegen. Utvalget foreslo også at sjefssykepleieren skulle ha en rådgivende funksjon overfor direktøren. Dette forslaget ble imidlertid ikke tatt til følge.

4.1.2. Tromsøkonflikten

I 1988 kom ledelse i sykehus på nytt i fokus i forbindelse med vedtak om ny ledelsesmodell ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø. Styret vedtok 2.12.88 en teamledelsesmodell for avdelingene, men bestemte at ved somatiske avdelinger, der diagnostikk og behandling av pasienter var hovedoppgaven, skulle avdelingslederen normalt være en av avdelingens leger. Nestlederen kunne ha annen yrkesbakgrunn og tre inn ved korte fravær, men ved lengre fravær skulle en annen overlege konstitueres i stillingen.

Dette var igjen en styrking av legenes posisjon som ledere, og førte til massive protester fra sykepleierne, inkludert masseoppsigelser. Styret utsatte gjennomføringen av vedtaket, og det ble nedsatt arbeidsgrupper, med blant annet deltakelse fra Sosialdepartementet og Helsedirektoratet, som skulle se på ledelsesspørsmålet i sykehusavdelinger. Det ble vurdert en rekke alternative modeller for avdelingsledelse, men man endte opp med å foreslå varianter av lederteam. Det ble konkludert med at selv om legene var den yrkesgruppen som har den bredeste grunnutdanningen, har andre yrkesgrupper en kompetanse som er høyere enn legenes på sine kjerneområder (sykepleiere, radiografer, bioingeniører osv.). Når det gjaldt administrativ kompetanse kunne ingen av yrkesgruppene pekes ut som en som har klare fortrinn, og arbeidsgruppene endte opp med et forslag om at sykehusavdelinger burde ha en form for gruppeledelse der to av ulike modeller ble foretrukket.

Disse to var:

- En gruppe med ledere som ledes av en formelt utpekt gruppeleder.
- En gruppe med likeverdige ledere som selv velger en formell leder (konstant eller på omgang) for gruppen.

Her er ledelse gjort profesjonsnøytral og legene ikke lenger den foretrukne yrkesgruppe.

4.1.3. Andersland - utvalget

Neste milepæl er Andersland - utvalget som ble nedsatt av sosialminister Wenche Frogne Sælleg (Høyre) 17.1.90. Dets mandat var å se på og komme med anbefalinger angående ledelsesspørsmål i offentlige sykehus. Utvalgets leder var jurist, høyremann og statssekretær i Syses regjering, Geir Kjell Andersland. Hans utvalg så på lederutvikling som en viktig del av det effektiviseringsarbeidet som var startet allerede på 1970-tallet (Ole Berg 2005). Forslaget dette utvalget kom med var preget av den amerikanske ledelsesrådgiver George Kenning. Det ble lagt sterk vekt på ledelsens uavhengighet av den virksomhet som skulle ledes, på lederen som person og på lederen som personlig ansvarlig.

Utvalget påpekte at avdelingsoverlegen har det overordnede medisinske ansvar, og at oversykepleieren har det overordnede ansvar for sykepleiertjenesten i avdelingen. Det bør ikke være en egen linje mellom oversykepleier og sjefssykepleier, mente utvalget. Utvalget fremholdt videre viktigheten av desentralisert personalansvar og ansvar for overholdelse av lover og regler, samt at det går en linje mellom avdelingen og direktøren.

Når det gjelder prinsipper for ledelse var utvalget klart:

- Avdelingen skal ha en leder med ansvar overfor direktøren for avdelingens totale virksomhet, ressursbruk og resultat.
- Avdelingslederen skal først og fremst være leder, og en profesjonelt ledet avdeling eller seksjon vil gi gevinster for alle parter.
- Avdelingslederen må delegere både administrative - og ledelsesoppgaver til medarbeidere innen de ulike fagområder ved avdelingen, men må selv ha et personlig totalansvar.

To forutsetninger som dette utvalget la til grunn ved valg av avdelingsleder var ledelseskompetanse og tilstrekkelig faglig innsikt. Det ble presisert at avdelingsledelse er et ansvar som er videre enn det spesifikke faglige ansvar, og det åpnes for at avdelingslederen kan rekrutteres fra ulike faggrupper. Utvalget mente at avdelingslederen bør ha det overordnede faglige ansvar for sitt eget område. De mente også at med tiden vil den faglige tilhørighet spille mindre rolle ved rekruttering av ledere, og at formell og reell ledelseskompetanse og personlig egnethet i økende grad vil bli vektlagt.

Utvalget var ferdig med sin innstilling høsten 1990, men da hadde Norge fått ny regjering utgått fra Arbeiderpartiet. Sosialminister Tove Veierød la bort rapporten da den ble oppfattet som for næringslivspreget (Ole Berg 2005).

4.2. Den nye helselovgivningen.

4.2.1. Utkast til lov om spesialisthelsetjenesten. NOU 1991:7

I dette arbeidet ble to modeller skissert; en legeledet individuell modell der det blir lagt stor vekt på økonomisk- administrativ kompetanse og spesialistkompetanse i relevant fag, og en gruppeledet modell med oversykepleier og avdelingsoverlege og i tillegg evt. representanter for andre yrkesgrupper. I denne modellen skal det utpekes én formell leder.

4.2.2. Utkast til lov om helsepersonells rettigheter og plikter. NOU 1993:33

Også her ble avdelingsledelse diskutert. Utredningen støtter prinsippet om enhetlig ledelse i tråd med Andersland - utvalget. Begrunnelsen er behovet for klare linjer med hensyn til oppgavefordeling og informasjons - og kommandoveier. Det understrekes imidlertid at avdelingslederen bør ha den overordnede ledelse i forhold til alle fag som er representert ved avdelingen, selv om utøvelsen av den faglige ledelsesfunksjonen i praksis må ligge hos en person med relevant fagbakgrunn.

Når det gjelder forholdet mellom faglig ledelse og faglig-administrativ ledelse presiseres det i utredningen at ansvaret skal være entydig plassert, men at ledelsesoppgavene kan delegeres til andre. Man sammenligner sykehus med andre organisasjoner der arbeidsstokken består av personer med svært ulik fagbakgrunn, og at disse på ulike nivåer må forholde seg til sin leder uavhengig av dennes profesjon. Det understrekes at *forskjellen fra todelt enhetlig ledelse er at*

kommando – og kommunikasjonslinjene går via avdelingens øverste leder til institusjonsledelsen og ikke fra henholdsvis oversykepleier og avdelingsoverlege.

4.3. Hernes og helsereformer.

I 1995 ble Werner Christie skiftet ut med Gudmund Hernes som helseminister. Hernes var sosiolog og preget av en annen sosiolog, James Coleman ved John Hopkins universitet. Hernes tanker var å gjøre strukturene i helsevesenet tydeligere og utforme insentiver som skulle gi godt helseutbytte og bedre ressursutnyttelse (Ole Berg 2005). Han sørget for å skjerpe den målorienterte konserntenkningen og ønsket å styrke det regionale nivået, slik at den ufullstendige regionaliseringen fra 1975 kunne fullføres. Han fremmet forslag om at fylkeskommunen primært skulle ha en bestillerfunksjon på vegne av befolkningen, og ville skille denne fra utføreropp-gaven.

Hernes initierte også den innsatsstyrte finansiering med DRG-basert refusjon av pasientbehandling. Refusjonssatsene har variert fra 30 til 60 %. Her hadde man en modell med kombinasjon av rammebevilgning og markedsimiterende og insentivstyrt refusjon av utførte oppgaver (Ole Berg 2005). Han tok også fastlegereformen videre. Den ble vedtatt 28. mars 2000, og satt ut i livet 1. juni 2001 av hans etterfølger.

4.4. Steine - utvalget.

4.4.1. Bakgrunn

Hernes sitt reformarbeid satte igjen ledelse i norsk helsevesen på dagsordenen. I tillegg var det betydelige konflikter rundt ledelse ved flere store sykehus, og særlig i forbindelse med bygging av nytt Rikshospital kom uenighet i forbindelse med ledelsesspørsmålet til overflaten. Dette tok så mye tid og energi fra de involverte parter at politikere og myndigheter ble bekymret for effektiviteten i sykehusene.

I 1996 ble det nedsatt et utvalg ledet av juristen Vidar Oma Steine. Utvalget presenterte sin innstilling i "Pasienten først!", NOU 1997:2. Bakgrunnen for dette arbeidet var Stortingets behandling av St.meld. nr. 50, "Samarbeid og styring", der Sosial- og helsedepartementet ble

bedt om å komme tilbake til Stortinget med spørsmålet om enhetlig ledelse i sykehus, kfr. Innst. S. nr. 165 (1994-1995).

Før dette var gjort, og som ledd i Stortingets behandling av Sosial- og helsedepartementets budsjett for 1996, fattet Stortinget 21. november 1995 følgende enstemmige vedtak; *"Stortinget ber Regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar det medisinsk - faglige ansvaret også har nødvendig myndighet."*

I forbindelse med byggingen av nytt Rikshospital hadde det altså vært stor uenighet om hvilken ledelsesmodell som skulle velges, og fra hvilke helsefaggrupper lederne skulle kunne rekrutteres. En presisering av dette vedtaket ble derfor sendt fra Sosial- og helsedepartementet til Rikshospitalet 21. desember der det het at *"lederansvaret skal på et sykehus på de ulike nivåer kunne henføres til én ansvarlig leder. Vedkommende skal være den best kvalifiserte person i forhold til faglige og administrative kriterier. Hvorledes relevante kriterier vektlegges, må avveies i forhold til den konkrete situasjon ved den enkelte virksomhet."*

I dette vedtaket ligger en del føringer. Det presiseres at ansvaret skal knyttes til én person, det forutsettes ikke at leder skal være lege, og det stilles krav om administrativ ledelseskompetanse.

4.4.2. Nærmere om innholdet i NOU 1997:2.

Steineutvalgets oppgave var å utrede spørsmål om den interne organisering og ledelse i sykehus. Bakgrunnen var ønsket om at pasientens interesser skulle settes først, noe som også gjenspeiles i navnet til NOU 1997:2, "Pasienten først!", der arbeidet ble presentert. Dette betydde ikke bare at den enkelte helsearbeider skulle tenke slik, men at sykehusene skulle ha dette som fokus i måten tjenestene ble organisert på. Det ble ellers lagt vekt på at fremtidens organisasjonsmodeller måtte avspeile lokale variasjoner og forskjellige behov, men at pasientene skulle få et mest mulig enhetlig tilbud.

Det presiseres blant annet at moderne sykehustjenester er lagarbeid. Økt kompetanse, større spesialisering og ny teknologi forenkler mange behandlingsprosesser, men stiller også større krav til personellet, og til at avdelinger og poster arbeider godt sammen. Det er viktig å sørge

for at beslutningsrutinene i det daglige arbeid sikrer at nøkkelpersonell får benyttet mest mulig av sin arbeidskapasitet til de oppgaver de er utdannet for. Dette krever entydige ledelses-, og ansvarslinjer og gode tversgående samordningsrutiner. (NOU 1997:2, bakgrunn) Sykehusenes økende kompleksitet stiller krav til profesjonell ledelse. Og her finner vi igjen ledelsesprofesjonalisering som svar på utfordringene i helsevesenet. Disse utfordringene er som vi har sett tidligere en ytterligere økning av kompleksiteten på grunn av spesialisering og teknologisk utvikling, samt økning i kostnader.

Det ble lagt vekt på de endrede krav til økonomistyring og administrasjon, samt på den mer generelle demokratisering som skjedde i samfunnet og arbeidslivet, og som kunne begrense legenes innflytelse. Andre faggrupper, spesielt sykepleierne, hadde styrket sin plattform og yrkesmessige selvbevissthet og fått nye oppgaver og ansvarsområder. Utviklingen stilte krav til en organisering der ansvar og myndighet ble sammenfallende. Behovet for en slagkraftig ledelse i sykehus økte på alle nivåer. Dette ble sett på bakgrunn av virksomhetens endrede innhold og ressursituasjon, samt at kravene til aktsomhet og sikkerhet var skjerpet. Det ble uttalt at det var på høy tid å oppdatere prinsippene for intern organisering og ledelse i sykehus. Det trengtes ikke bare gode overordnede ledelsessystemer for sykehussektoren, men også god ledelse innad i det enkelte sykehus. På denne bakgrunn fattet Stortinget vedtaket om enhetlig ledelse på alle nivåer, som nevnt ovenfor.

Utvalget ble oppnevnt 29. april 1996 og innstillingen levert 21. januar 1997. Utvalget besto av 15 medlemmer fra ulike deler av norsk helsevesen, og ble, som nevnt, ledet av Vidar Oma Steine. Mandatet var på 9 punkter. Vi vil se nærmere på punktene 5, 6 og 10.

4.4.3. Sykehusenes funksjoner, organisering og ledelse.

Utvalget beskrev i kapittel 5 nåsituasjonen på bakgrunn av en spørreundersøkelse som ble gjennomført. Det fremkom at 45 av 49 sykehus som besvarte spørreskjemaet praktiserte *enhetlig todelt ledelse*. Her baserte avdelingene seg på ledelse gjennom to personer, avdelingsoverlegen og oversykepleier. Disse var ansett som enhetlig ansvarlige for avdelingens drift, dens administrasjon, budsjettoppfølging og resultater. Det medisinskfaglige ansvaret lå hos avdelingsoverlegen alene, og alle avgjørelser som hadde relasjon til medisinske forhold ble ansvarsmessig tilbakeført til avdelingsoverlegen. Modellen var et resultat av bevisste valg ved noen sykehus, mens på andre var den en fortsettelse av det gamle

samarbeidet og arbeidsdelingen mellom sykepleiere og leger. Modellen var evaluert ved noen avdelinger og funnet å fungere tilfredsstillende.

4 av 49 sykehus hadde valgt en organisering med *enhetlig ledelse*. Dette gjaldt også alle private sykehus. Regionssykehuset i Tromsø var det offentlige sykehus som i 1996 hadde kommet lengst i å utvikle denne modellen. Her ble avdelingene ledet av et tverrfaglig team bestående av avdelingsoverlege, oversykepleier evt. sjefsbioingeniør eller sjefsradiograf og kontorleder. Av disse ble én valgt til avdelingens leder. I praksis var dette nesten uten unntak avdelingsoverlegen.

4.4.4. Uvalgets problemforståelse.

I kapittel 6 presenteres en nærmere beskrivelse av ledelsesfunksjonenes stadig større betydning ved sykehus. På bakgrunn av den økende endringstakten i omgivelsene vil sykehus som ikke kan tilpasse seg dette, bli rammet negativt. Sykehusene må konkurrere om knappe ressurser med andre sider av offentlig virksomhet som for eksempel utdannings- og transportsektoren. Pasientene vil i økende grad bli opptatt av service og kvalitet, slik at pasienttilfredshet vil bli en konkurransefaktor.

Mer bruk av teknologi, flere ansatte og forskjellige faggrupper gir mer komplekse organisasjoner, som også i større grad vil ha en indre dynamikk og spenninger. I forhold til disse problemstillingene er ledelse av stor betydning. Ledelse har i seg selv en integrerende funksjon. Ledelse innebærer å ta ansvar og å drive et kontinuerlig forbedringsarbeid.

Ledelse var og er gjenstand for strid, spesielt gjelder det spørsmålet om hvem som skal inneha lederstillinger. Striden har vært størst på avdelingsnivå. Spenningene har først og fremst vært mellom utøvelse av faglig autonomi og arbeidsgivers styringsrett og administrativ ledelse. Utvalget påpekte at utfordringer i forhold til ledelse kanskje i første rekke var knyttet til holdninger og i mindre grad var et spørsmål om struktur. Her viste man til holdninger både hos ledere og dem som ble ledet.

Sykehusenes struktur, organisering og benevnelse av de ulike enheter er ikke entydig. De store sykehusene er i dag organisert i divisjoner, klinikker eller blokker som igjen er inndelt i avdelinger. Avdelingene er igjen oppdelt, vanligvis i seksjoner, poster eller enheter. Noen av

disse er polikliniske, andre er dagposter. De fleste har heldøgnsdrift. De mindre sykehusene har en enklere organisering, der avdelingene ofte er de største organisatoriske enhetene.

4.4.5. Nærmere om todelte ledelse

Hvis Stortingets vedtak om en leder på alle nivåer skulle gjennomføres, ville det medføre store endringer i ledelsesstrukturen ved de fleste norske sykehus. Kritikken mot den todelte ledelsen gikk først og fremst ut på at den skapte uklare ansvarsforhold. Det var sterk uenighet mellom leger og sykepleiere om ledelse innen sykehus. Legene mente at virksomheten ved sykehus først og fremst bestod av medisinskfaglige vurdering og behandling av pasientene, og av dette fulgte at all virksomhet faglig skulle underlegges avdelingsoverlegen. Fra sykepleierhold ble det hevdet at sykepleierne, i tillegg til å ha oppgaver avledet fra legetjenesten, også hadde selvstendige sykepleiefaglige oppgaver og at administrasjon og ledelse av sykepleiertjenesten kan og bør ledes av sykepleiere.

Bakgrunnen for den todelte ledelse er å finne i legenes og sykepleiernes ulike historie og faglige utvikling som tidligere presentert i oppgaven. Sykepleierne har kjempet både for utviklingen av sitt eget fag til å bli en høyskoleutdanning og for muligheter til å ta hovedfag, nå Master, ved Institutt for sykepleievitenskap ved Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo. Denne akademisering av utdanningen, i tillegg til utvikling av egen forskningsbasert kunnskap, en generell demokratisering av arbeidslivet og at kvinner allment hadde fått en sterkere stilling i samfunnet, førte til at sykepleierne ikke lenger ville la seg styre av legene. (Gjerberg og Sørensen)

I tillegg har sykepleierne langt tidligere og i større grad enn legene satset på formell lederutdanning, også med støtte fra egen fagforening. Legene og sykepleierne har hatt svært ulike karriereveier og ulikt syn på ledelse. Dette har bidratt til forskjellene i oppfatning av hvordan ledelse i sykehus bør utøves, og hvem som er best egnet til å lede.

For legene har den faglige utviklingen tradisjonelt vært den viktigste, og den best faglig kvalifiserte lege ble gjerne også avdelingens leder. Dette sikret lederens legitimitet overfor legegruppen. Oftest ble det faglige prioritert, mens det ledelsesmessige i stor grad ble overlatt til oversykepleieren i den todelte modellen. Legene var redde for å bli faglig akterutseilt, og mange leger hadde ikke formell lederutdanning. De var heller ikke nødvendigvis personlig egnet til å inneha lederroller og ofte ikke så interessert i slike. Forholdene var som regel ikke

lagt til rette tidsmessig for legene til å utføre den ledelsesmessige delen av jobben. Legene hadde altså funnet seg ganske vel til rette i den todelte modellen. De hadde sett at ledelse i de store og komplekse organisasjoner som sykehusene hadde blitt, var tidkrevende og gikk på bekostning av den faglige utviklingen. De tok del i avdelingens strategiske utvikling, ansatte leger, sørget for utvikling av metoder og bestemte hva slag medisinsk utstyr som skulle anskaffes. Resten av ledelsesoppgavene overlot legene til sykepleierne i den todelte modellen, herunder økonomi- og budsjettarbeid, drift av avdelingen og ikke minst personalansvaret og oppgavene tilknyttet dette for den tallmessig største gruppen, nemlig pleiepersonalet.

For sykepleierne derimot var den faglige karrierevei kort og for mange ikke så interessant. De valgte lederutdanning, var interessert i ledelse og hadde dette som hoveddel i sitt arbeid. Sykepleierne forlot dermed sitt fag i langt større grad enn legene. (Ole Berg høsten 2006, upublisert materiale) I tillegg har sykepleietjenesten vært kvinnedominert og legetjenesten mannsdominert, slik at man kan se en økt anerkjennelse av sykepleietjenesten som en økt anerkjennelse av kvinners posisjon i arbeidslivet.

I 1997 var leger underlagt legeloven. Avdelingsoverlegen hadde betydelig autonomi i beslutninger som angikk avdelingens drift, da legeloven slo fast at den enkelte lege er uavhengig av andre i medisinskfaglige spørsmål. I forhold til administrative oppgaver er legene imidlertid, som andre ansatte, underlagt arbeidsgiverens styringsrett og instruksjonsmyndighet. Det er imidlertid ofte vanskelig å skille klart mellom det som er administrative oppgaver og hensyn og det som er medisinskfaglige oppgaver og hensyn.

4.4.6. Nærmere om styring, ledelse og ansvar i sykehus.

Steineutvalget har definert en del begreper som er av betydning for forståelsen av lederrollen i sykehus. Vi presenterer noen av momentene vi finner har betydning i et ledelsesperspektiv.

Ledelse utøves som en integrert aktivitet som inneholder både *styring* (trekke opp rammevilkår, retningslinjer og mål for underordnet virksomhet) og *ledelse* (selve gjennomføringen av tiltakene). Ledelse er også ivaretagelse av et helhetlig *ansvar* for virksomheten, det vil si at noen svarer for resultatene av en gitt virksomhet, og der lederen kan påvirke resultatene. Lederansvaret er ikke bare knyttet til et *rettslig ansvar*, men må sees i en bredere sammenheng.

I følge Steineutvalget inneholder *lederrollen* følgende tre elementer:

1) *Administrasjon* som handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet til stillingen.

2) *Ledelse* som handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene.

3) *Lederskap* som handler om å utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategier og fellesskap om målene for virksomheten.

I forbindelse med utøvelsen av sin lederfunksjon vil lederen kunne og måtte delegerer oppgaver til andre. Men ansvaret knyttet til disse oppgavene kan ikke delegeres, slik at lederen fremdeles vil måtte stå til ansvar for det som blir utført. I tillegg har den som får delegert lederoppgaver et personlig ansvar for utførelsen av disse.

I følge Molven (2008 upublisert materiale) tillegges administrativ ledelse på avdelings- eller seksjonsnivå en rekke oppgaver. Lederen skal:

- Ha ledelsesaktivitetene som hovedfunksjon og prioritere disse foran andre oppgaver som for eksempel klinisk virksomhet
- Ivareta helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg
- Sørge for at avdelingen oppfyller de fastsatte normene for faglig virksomhet
- Ivareta personalansvaret for alle yrkesgrupper
- Tilrettelegge utdanningen for personalet
- Sørge for at hensynet til forskning og utvikling ivaretas, blant annet for å kunne holde en faglig forsvarlig standard
- Sørge for en god økonomistyring
- Identifisere og iverksette nødvendige omstillingsvedtak
- Ha ansvar for arbeidsmiljø og at de organisasjonskulturelle holdningene er tilpasset oppgavene som skal løses

4.4.7. Administrativ kontra faglig ledelse.

Steineutvalget beskriver de to ledelsesprinsipper i sykehus, det administrative og det faglige, nærmere. Den administrative ledelse er i sin mest rendyrkede form representert ved toppledelsen, mens den faglige ledelse skjer pasientnært. Avdelingsledelse skjer i skjæringspunktet mellom disse to ledelsesformer og inneholder elementer fra begge. Ofte, avhengig av avdelings/enhetens størrelse, vil den administrative eller den faglige delen dominere lederens hverdag. Det er i større avdelinger flere oppgaver knyttet til administrativ ledelse enn ved de mindre enheter. For avdelingsledere kan det ofte oppleves konfliktfylt å veie administrative og helsefaglige hensyn mot hverandre, men utvalget vektlegger ledelsenes ansvar for å forholde seg til de administrative rammebetingelser så lenge driften er faglig forsvarlig.

Det er også blitt hevdet at medisinske faggrupper ikke kan ledes av andre enn personer med samme fagbakgrunn. Utvalget støtter ikke denne tanken og viser blant annet til at alle er underlagt sykehusets toppledelse ved direktøren. Av dette utledes at fagledere selvsagt kan være administrativt underlagt ledere med annen fagbakgrunn enn dem selv, og at dette også vil gjelde på avdelingsnivå.

4.4.8. Krav til avdelingsledelse.

Avdelingsledere er mellomledere med en situasjon som er utfordrende. De befinner seg i skjæringspunktet mellom forventninger og krav fra toppledelsen om å overholde budsjetttrammer og utnytte ressursene effektivt, og fagfolkenes forventninger som tradisjonelt ikke har forholdt seg til ressursmessige begrensinger. På avdelingsnivå tas det beslutninger både av administrativ og faglig karakter. Avdelingsledere må påse at den faglige autonomi ikke krenkes, samtidig som de har budsjett- og personalansvar og ansvar for arbeidsmiljø og organisasjonskultur. De skal tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid om pasienter både innenfor egen avdeling og mellom sykehusets ulike avdelinger. Mål og rammer er gitt av toppledelsen og må tilpasses kravene til faglig forsvarlig drift.

4.4.9. Utøvelsen av avdelingslederfunksjonen.

Avdelingslederen har et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg, og for at avdelingen driver faglig forsvarlig. I tillegg kommer økonomi- og personalansvaret og ansvaret for utdanning, forskning og utvikling og gjennomføring av omstillingsarbeid.

4.4.10. Spesielt om faglig ledelse.

På avdelingsnivå vil faglig ledelse måtte bli ivaretatt av flere, dvs. at hvert fag vil trenge sin faglige leder på en avdeling der ulike faggrupper arbeider sammen. Ofte vil det innen de store spesialitetene være en seksjonsoverlege som er faglig ansvarlig. Seksjonsoverlegen har ansvaret for utarbeidelsen av faglige retningslinjer med mer, og at det faglige innholdet er under kontinuerlig overvåking i forhold til ny kunnskap. Det overordnede ansvaret på avdelingsnivå innbærer ansvar for at det er utarbeidet faglige rutiner, prosedyrer og retningslinjer, og at disse følges. Det presiseres at det å være faglig leder ikke er i konflikt med det å være underordnet en leder med en annen fagbakgrunn.

4.4.11. Spesielt om personalledelse.

Avdelingslederen har personalansvar for alle som hører inn under avdelingen. Dette skal sikre en oversikt over alle gruppenes behov for tildeling av ressurser og sikre deres faglige utvikling. Lederen skal også bidra til utvikling av et godt samarbeidsklima og løse eventuelle konflikter.

4.4.12. Steineutvalget diskuterer mange løsninger men kommer til slutt med en anbefaling som består av 9 punkter.

”Avdelingsledelse i sykehus bør være basert på tverrfaglige team (formelle ledergrupper) der én er avdelingsleder.”

- 1) På alle nivå i sykehus må det være én person som er leder.
- 2) Det bør gjøres bruk av tverrfaglige ledergrupper som en del av avdelingsledelsesfunksjonene.
- 3) Utvalget mener at toppledelsen i det enkelte sykehus bør gis den nødvendige beslutningsmyndighet i å utforme kravene til avdelingslederstillingene og til å vurdere søkeres samlede ledelseskompetanse.

Nedenfor gir utvalget uttrykk for sine synspunkter på hva som bør vektlegges.

- 4) Det må stilles krav til at avdelingslederen skal ha reell ledelseskompetanse. Faglige kvalifikasjoner kan uansett ikke kompensere for manglende reell ledelseskompetanse.
- 5) Det er et minimumskrav at avdelingslederen for en avdeling som driver pasientrettet arbeid skal ha relevant helsefaglig kompetanse.

- 6) Dersom avdelingslederen selv ikke har medisinskfaglig kompetanse må det medisinsk faglige ansvaret plasseres hos en annen som har slik kompetanse. Den som innehar slik kompetanse må også ha nødvendig myndighet.
- 7) Utvalget ble delt i to i synet på hvor stor vekt som skulle legges på relevant medisinskfaglig kompetanse der halvparten mente at det er opp til toppledelsen å vurdere dette, mens den andre halvparten mente at dette måtte vektlegges tungt.
- 8) Utvalget var også delt i synet på åremål. Flertallet gikk inn for åremål.
- 9) Også med hensyn på forskriftsfesting delte utvalget seg. Flertallet støttet forskriftsfesting av enhetlig ledelse, mens mindretallet ville overlate dette til eieren, det vil den gang si fylkeskommunen.

4.4.13. Oppsummering av Steine-utvalget

Utvalgets arbeid ble lagt merke til i sykehus, og det ble gjort endringer både i forhold til organisering og ledelse. Tanken om å organisere sykehusene etter pasientkriterier (i praksis ofte sykdomskriterier eller organkriterier) ble forsøkt. Det ble også satt fokus på at man skulle bruke fagfolkens kompetanse til beste for pasientene. Det skulle legges til rette for at helsearbeidere skulle bruke tiden til pasientrettet arbeid, og at støttefunksjoner skulle bedres, jfr. blant annet NPM og bruk av elektroniske tjenester. Ikke minst ble utvalgets arbeid viktig når de nye helselovene skulle utformes.

4.5. Helselovgivningen fra 1999 og Helsedepartementets avklaring i 2002.

I 2001 trådte 4 nye helselover i kraft, der flere av paragrafene omhandlet ledelse i sykehus. Lovendringene førte til en intens debatt i mediene, og betydelig uro rundt om i sykehusene. Denne uroen var i første rekke knyttet til hvem som kunne inneha lederstillinger i sykehus. Konfliktene knyttet seg også mye til begrepet medisinskfaglig rådgiver. Spesielt var frontene harde mellom leger og sykepleiere. Særlig legene hadde funnet seg vel til rette med den todelte ledelsesmodellen, men nå ble deres posisjon på nytt utfordret. Mange leger mente, og dette med støtte fra legeforeningen, at bare leger kunne lede avdelinger der diagnostikk og behandling av pasienter var hovedoppgaven.

Vi vil her se nærmere på lovverket, og rette oppmerksomheten mot de delene som omhandlet ledelse. Vi vil også bemerke at en felles lov for alle typer helsepersonell i seg selv, sier noe

om sidestillingen av de ulike personellgruppene i helsevesenet. Dette kan tolkes som et ønske fra lovgiveren om å redusere legenes maktposisjon. I det følgende vil vi diskutere de nye helselovene og sette endringene inn i et ledelsesperspektiv. Vi vil komme inn på både spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven.

4.5.1. Rundskriv fra Helsedepartementet.

I august 2002 så Helsedepartementet seg nødt til å sende ut et rundskriv for å klargjøre enkelte punkter i det nye lovverket. Dette gjorde departementet på bakgrunn av en intens debatt, ikke minst i media. Departementet ville tydeliggjøre lovens krav til ledelse i sykehus.

4.5.2. Spesialisthelsetjenesteloven.

Sykehusenes oppgaver er i følge § 3-8 å ivareta hensynet til pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Det er et krav til virksomheten at disse oppgavene skal ivaretas effektivt og med god kvalitet. Men det understrekes at det er opp til eieren å bestemme hvordan sykehus skal organiseres, så lenge krav til forsvarlig drift og øvrige krav fastsatt i lov eller forskrift, oppfylles. Det som ellers understrekes, er at ansvarsforhold og ansvarslinjer skal være klare, og at det skal være sammenheng mellom plassering av ansvar og myndighet. Imidlertid har lovgiveren laget en særregel, angående ledelse i sykehus (§ 3.9), som vi skal komme tilbake til.

4.5.3. Systemansvar/ledelsesansvar kontra profesjonsansvar.

Det neste som omtales er system- eller ledelsesansvar, sett i forhold til profesjonsansvar. Denne problemstillingen var nok mye av grunnen til uroen loven skapte, spesielt blant leger.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-3 fastslår at helsetjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige.

Helsepersonellovens § 16 sier at *virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter*. Dette innebærer at sykehusenes eiere og ledelse må ansette ledere som sørger for at lovkravene overholdes, og dette kalles *systemansvar* eller *ledelsesansvar*.

Hver enkelt helsearbeider, herunder leger og sykepleiere, må kjenne til og innrette seg etter de krav som stilles til yrkesutøvelsen. Disse kravene følger av lov og forskrifter, og

profesjonsansvaret er plikten til å oppfylle disse. I helsepersonellovens § 4 ligger plikten til forsvarlig yrkesutøvelse.

Helsepersonell som er ansatt i sykehus, har ansvar for sin profesjonelle yrkesutøvelse samtidig som de er underordnet sykehusledelsen. Ledelsen på sin side må innrette seg etter sine kvalifikasjoner, slik at beslutninger som tas er forsvarlige og i tråd med gjeldende lover og regler. Det ble fastlagt i lovproposisjonen, Odelstingsproposisjon nr. 10, at det må være tilstrekkelig klarhet om medisinskfaglige forhold, og at helsepersonell med medisinskfaglig ansvar har de nødvendige fullmakter. I tillegg fremheves det at sykehusene må organiseres slik at den medisinskfaglige spesialistkompetanse kommer pasienten til gode.

På sykehus er behandlingen av pasienter i stor grad avhengig av et samarbeid mellom ulike faggrupper og spesialiteter. Til tross for felles lov, er fagene i et sykehus imidlertid ikke helt sidestilt. I *helsepersonelloven* heter det i § 4 tredje avsnitt; *Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.*

Som vi ser her har lovgiver ikke tatt all ledelse ut av legerollen (Ole Berg 2005), men dette gjelder i første rekke faglig ledelse og ansvar, og behandling av den enkelte pasient. Det var ikke ment fra lovgivers side å gi leger fortrinn til lederstillinger i helsevesenet. Men på den annen side innebærer det at en leder ikke kan gripe inn i, eller endre beslutninger som er tatt i forbindelse med undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

4.5.4. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-9; Ledelse i sykehus.

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.

Loven er profesjonsnøytral, men eieren kan stille krav til hvilke kvalifikasjoner ledere på ulike nivåer og avdelinger skal ha. Det kan altså stilles bestemte krav til for eksempel medisinskfaglig bakgrunn.

Loven innebærer at det skal være én leder på hvert organisatorisk nivå i sykehus. Det kan således ikke være to sidestilte ledere på en avdeling, slik det var i den enhetlig todelt ledelsesmodellen. Det kan etableres flere ledelsesnivåer, og slik sikres det systemmessige ledelsesansvaret.

Eier og ledelse av sykehus står altså fritt til å vurdere hvilke kvalifikasjoner det er nødvendig at lederen ved de ulike organisatoriske enheter skal ha. Relevante krav vil være ledelseskompetanse, lederegenskaper og eventuelt helsefaglig kunnskap innen fagområdet. I rundskrivet sies det eksplisitt, at det ikke er gitt at lederstillinger i sykehus skal besettes av leger.

Videre understrekes det at lederen har totalansvar for den enheten vedkommende er satt til å lede. Oppgaver og myndighet til å ta beslutninger kan delegeres, men lederen har fremdeles ansvaret for det aktuelle området. Lederen må være varsom med å fatte beslutninger som innebærer instruksjon i faglige spørsmål som vedkommende ikke har kompetanse på.

Når avdelinger, som i hovedsak driver medisinsk diagnostikk og behandling, ledes av en som ikke er lege og spesialist på feltet, kan det under avdelingslederen ansettes en leder som har et samlet medisinskfaglig systemansvar. Det må imidlertid fremkomme klart at dette er en mellomleder i linje, slik at det ikke blir en form for todelt ledelse av avdelingen.

4.5.5. Medisinskfaglig rådgiver.

Hvis kravet til forsvarlighet nødvendiggjør dette, skal en medisinskfaglig rådgiver utpekes. Det er eier og ledelse av sykehuset som må vurdere om dette er nødvendig. Har lederen selv tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse, er det selvsagt ikke nødvendig å utpeke en medisinskfaglig rådgiver. Der hvor lederen ikke har tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse, er det allikevel ikke alltid nødvendig å utpeke en medisinskfaglig rådgiver. Lederen kan etter behov rådføre seg med sine underordnede eller andre med slik kompetanse, uten at dette formaliseres i en rådgiverrolle. Ofte vil de spesialistene som har fått det medisinskfaglige systemansvaret for hver seksjon, kunne fylle en slik rolle. Til slutt understrekes det at rådgiveren ikke har beslutningsmyndighet, og at det kan være hensiktsmessig å organisere vedkommende i stab til avdelingslederen.

Det er ikke eksplisitt sagt noe sted at en medisinskfaglig rådgiver skal være lege og spesialist i aktuelle fag, men i praksis vil det være denne kompetansen det er behov for (Molven 2000).

4.6. Oppsummering

Vår erfaring er at de fleste sykehus har fulgt påleggene og har innført enhetlig ledelse. Toppledelsen ved det enkelte helseforetak, har fått ansvaret for å stille eventuelle krav til helsefaglig bakgrunn ved ansettelse av ledere. Noen sykehus bestemte at det ved enkelte avdelinger skal stilles krav til relevant medisinsk spesialistkompetanse, i tillegg til administrativ ledelseskompetanse. Steine-utvalget understreket at faglig kompetanse alene ikke er nok, og at det er nødvendig med relevant helsefaglig kompetanse for ledere i avdelinger som driver pasientrettet arbeid. Ren økonomisk-administrativ bakgrunn alene bør altså ikke, etter utvalgets mening, være tilstrekkelig for å inneha lederstillinger i helsevesenet. Forutsetningen om helsefaglig bakgrunn er imidlertid ikke tatt inn i lovverket.

Kapittel 5.

Ledelse i sykehus fra 2001 og fram til i dag.

Etter at Steine-utvalget la fram sin rapport, og den nye helselovgivningen trådte i kraft, fikk vi en intens debatt. Frontene gikk som tidligere sagt, i hovedsak mellom leger og sykepleiere. Legene mente at ledere på sykehusavdelinger som drev med diagnostikk og behandling av pasienter, måtte være leger, mens sykepleierne og jordmødrene hevdet at de var like kvalifisert til å lede disse avdelingene. Andre grupper enn legene hadde helsefaglig bakgrunn, og mange av dem hadde både formell og reell lederkompetanse. Debatten knyttet seg særlig til hva som var nødvendig og tilstrekkelig faglige kvalifikasjoner knyttet til ansvar og myndighet som leder i sykehus.

Konfliktene som knyttet seg til uklarheter rundt det medisinske ansvaret, la seg etter hvert. Dette skyldtes at helsedepartementet i 2002 avklarte forvaltningen av det medisinske ansvaret nærmere, som beskrevet i punkt 4.5. Ved en del avdelinger der sykepleiere hadde fått lederstillinger, var det mye uro, men denne avtok etter hvert. Legenes motstand la seg. Etter

hvert har holdningene blitt mindre steile, og faggruppene har tilpasset seg den nye virkeligheten, i hvert fall tilsynelatende.

Det er gjort noen undersøkelser i etterkant av at Stortinget vedtok å innføre enhetlig ledelse, med en ansvarlig leder på alle nivåer i sykehus. Disse beskriver i noen grad hvordan sykehusene har tilpasset seg endringene i lovverket.

5.1. Enhetlig ledelse - fortsatt en varm potet?

Den 6. april 2006 presenterte E. Gjerberg og B. Sørensen sin undersøkelse, "*Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet?*" i Tidsskrift for Den norske legeforening. Datainnsamlingen forgikk i 2003 og 2004, altså tre år etter lovvedtaket om enhetlig ledelse.

Undersøkelsen viser at i 1996 praktiserte over 90 % av norske sykehus den todelte ledelsesmodellen. Avdelingsoverlegen og oversykepleieren var enhetlig ansvarlige for avdelingens drift, administrasjon, budsjettoppfølging og resultater. Fordelingen mellom de to lederne var som regel slik at avdelingsoverlegen hadde det medisinskfaglige ansvaret og personalansvar for legene og eventuelt kontortjenesten. Oversykepleieren hadde tilsvarende ansvar for det pleiefaglige, pleiepersonalet og avdelingens drift. Denne undersøkelsen viser til at både legene og sykepleierne var fornøyd med denne arbeidsdelingen, noe som står i motsetning til Lisbeth Normanns funn fra 2001. Hun fant at legene generelt var mer fornøyd med den todelte ledelsesmodellen enn sykepleierne.

Forfatterne ønsket med undersøkelsen, å finne ut hvem som hadde fått avdelingslederstillinger og om konfliktene som ble beskrevet i mediene, bare berørte noen få avdelinger. I tillegg så de nærmere på innholdet i konfliktene og hvilke tilpasninger som ble gjort der både lege og sykepleier søkte samme lederjobb.

Av de undersøkte sykehusene hadde over 90 % innført enhetlig ledelse innen 2005. Noen avdelinger hadde valgt å skille ut sykepleiertjenesten, og latt denne bli ledet av en sykepleier som rapportert rett til en divisjonsdirektør. 67 % av avdelingene hadde ansatt lege som avdelingsleder, mens 28 % hadde ansatt sykepleier. De som hadde ansatt en sykepleier, var oftest psykiatriske og akuttmedisinske avdelinger. 5 % av avdelingslederne hadde annen profesjonsbakgrunn. Der avdelingslederen ikke var lege, var det medisinskfaglige ansvaret

lagt til en avdelingsoverlege. Det var kun få avdelinger som brukte betegnelsen medisinskfaglig rådgiver.

Ved cirka halvparten av sykehusene ble det bekreftet at det hadde vært uro og konflikter rundt innføringen av ordningen, og ved noen sykehus var det fortsatt uro. Undersøkelsen viste også at det hadde vært mest uro ved de største sykehusene. Når man undersøkte konfliktene nærmere, fant man to forhold som skilte seg ut. Det første var uavklarte ansvarsforhold i lederrollen, og det andre var at legene ikke aksepterte andre faggrupper enn leger i lederstillingene. Imidlertid hadde dette gått seg til de fleste steder.

Hva som ligger i det medisinskfaglige ansvaret, hadde blitt bedre avklart og personalet hadde fått en felles forståelse av hva som lå i begrepet. Dette skyldtes i stor grad Helsedepartementets rundskriv i 2002.

De avdelingene der både sykepleier og lege fra det todelte lederteamet søkte avdelingslederstillingen, ble undersøkt nærmere. Slik "dobbelsøking" viste seg å være problematisk både for den som ikke fikk stillingen og dermed var blitt degradert, og for den som fikk stillingen. Der legene tapte i konkurransen viste de sin motstand ved å boikotte møter og ved å søke støtte andre steder på sykehuset. Det ble også fra legegruppen framsatt trusler om oppsigelse.

Konfliktene ble løst på ulike måter. Noen omorganiserte avdelingen, for eksempel ved at man delte den opp i mindre enheter, og gjorde legen til avdelingssjef ved én av disse enhetene. Der oversykepleier tapte kampen, opprettet noen avdelinger en stilling som avdelingsoversykepleier, mens andre ansatte vedkommende som assisterende avdelingssjef, og i stab til avdelingslederen. Det var i første rekke avdelinger med legeledere som valgte denne løsningen. Denne modellen er nok ikke så forskjellig fra den todelte.

5.2. Organisasjonsutvikling ved norske sykehus.

I Tidsskrift for Den norske lægeförening nr. 3, 2007 presenterer Lars Erik Kjekshus og Trond Harsvik en undersøkelse; Organisasjonsutvikling ved norske sykehus, og som tar for seg perioden 1999 – 2005. Undersøkelsen er basert på et spørreskjema, som ble sendt ut tre

ganger (2001, 2003 og 2005), og der man også spurte hvordan organisasjonsforholdene hadde vært i 1999.

Undersøkelsen er omfattende, men vi vil her bare presentere det som har relevans for ledelsesspørsmålet. Skjemaene hadde en generell, overordnet del som stort sett ble besvart av direktør, sjefslege eller medisinsk faglig rådgiver, og én del som ble besvart av avdelingsleder for kirurgisk eller indremedisinsk virksomhet. I artikkelen skisserer forfatterne modernisering innen fire organisasjonsområder. De baserer seg på beskrivelse av organisasjonsformer og ledelsesstrukturer som har vært omtalt og anbefalt i offentlige utredninger og lovarbeider. Forfatterne definerer således modernisering som offentlig anbefalte ledelses- og organisasjonsoppskrifter.

Det første moderniseringsområdet som presenteres er ledelses- og myndighetsstrukturer. Det moderne er enhetlig ledelse, bortfall av tradisjonell avdelingsstruktur og desentralisert myndighetsstruktur. Vår erfaring er at mange sykehus har gjennomført enhetlig ledelse og desentralisert myndighetsstruktur. Men den tradisjonelle avdelingsstrukturen dominerer fremdeles som organisasjonsmodell ved mange sykehus. Vi har sett at noen sykehus har laget organspesifikke enheter, der man har samlokalisert medisinsk og kirurgisk virksomhet innenfor for eksempel mage- tarmsykdommer eller hjertesykdommer.

Deres undersøkelse viser at et av de mest i øynefallende endringene, er økt ansvarliggjøring og delegering av myndighet til avdelingsnivå. Ansettelse av personell gjøres i større grad desentralisert, og avdelingens inntekter og utgifter synliggjøres i avdelingens budsjetter.

Enkelte sykehus viderefører stykkprisfinansieringen til avdelingsnivå, og finner en fordelingsnøkkel mellom klinisk moderavdeling og serviceavdelingene. Dette er i tråd med tanker både fra NPM-filosofien og Steinutvalget.

Forfatterne finner også at overgangen fra todelt til enhetlig ledelse finner sted mellom 2001 og 2005, da 85 % av sykehusene har innført denne ledelsesreformen. Også i denne undersøkelsen finner man at enkelte sykehus har skilt ut sengeavdelingene som egne avdelinger.

Undersøkelsen viser at organisering av sykehusene skjer i økende grad i klinikker eller divisjoner. Bruken av et fjerde hierarkisk nivå blir mer utbredt. Det skjer også en overgang fra linjeorganisering til en kombinasjon av linje- og stabsorganisering. Den enhetlige ledelsesreformen har medført nye ledelsesbetegnelser, men forfatterne finner at gamle titler brukes parallelt. Dette er stillinger som avdelingsoverlege, oversykepleier, seksjonsoverlege og avdelingssykepleier.

Forfatterne drøfter til slutt hvor dyptgripende endringene er, og i hvilken grad etablerte strukturer fases ut når nye blir introdusert. Det kan synes som om sykehusene er raskere til å innføre nye strukturer og rutiner, enn til å fase ut gamle. Forfatterne viser til at sykehusene i utstrakt grad har innført enhetlig ledelse, men stiller spørsmål ved om disse lederne har et reelt totalansvar for virksomheten de er satt til å lede. Både det at noen sykehus har skilt ut sengepostene som en egen organisatorisk enhet med sykepleiere som ledere, og at gamle lederbetegnelser beholdes, kan tyde på at arbeidsdelingen mellom lege- og sykepleierleder ikke er endret så mye fra den enhetlige todelte ledelsesmodellen.

Kapittel 6.

Hvordan løser sykehusene ledesspørsmålet i dag? Har innføringen av enhetlig ledelse ført til mer profesjonell ledelse og klarere plassering av ansvar eller består fagstyret, men i en mer skjult form?

Vi har i den første delen av oppgaven presentert den historiske utviklingen til de to største profesjonene i norske sykehus. Vi har sett at fagene har hatt svært ulik utvikling, og dette har ført til at leger og sykepleiere tradisjonelt har forholdt seg ulikt både til ledesspørsmålet og til eget fag. Spesialisthelsetjenesteloven fra 2001, som pålegger alle norske sykehus å ha én leder på hvert organisatorisk nivå, skulle gi profesjonalisering av ledelsen og klarere ansvarsforhold, men er intensjonene oppnådd? Vi vil her se nærmere på disse spørsmålene. Vi har arbeidet mange år i norske helsevesen, henholdsvis som sykepleier og lege, og vil bruke våre egne erfaringer i diskusjonen.

Vi har også gjort en liten kvalitativ studie ved to avdelinger, der vi har intervjuet fire ledere, og vil trekke inn funn herfra. Vi har valgt to avdelinger som har innført enhetlig ledelse, der den ene avdelingsleder er sykepleier, mens den andre er lege. Vi har fått tegnet organisasjonskart for å få et overblikk over linjeledelsen, og vil diskutere om lederens fagbakgrunn har noe å si for hvordan avdelingene blir organisert og ledet. Vi vil også komme inn på fagledelse, bruk av medisinskfaglig rådgiver og ledelsesutfordringer på seksjons- eller enhetsnivå.

Vi vil drøfte om fagenes ulike arbeidsmåter har innvirkning på organisering og ledelse, og se på om man virkelig har greid å få til reell enhetlig ledelse. Er avdelingslederen leder for begge faggrupper uavhengig av egen profesjon? I diskusjonen vil vi forsøke å trekke inn den historiske presentasjonen fra første del av oppgaven, peke på dilemmaer og prøve å finne gode løsninger for fremtiden.

Vi er klar over at vårt utvalg av informanter er svært begrenset, men vi har valgt å bruke intervjuene til å identifisere utfordringer og dilemmaer ved den enhetlige ledelsesmodellen. I tillegg har vi selv arbeidet både under den todelte – og enhetlige ledelse, og har selv erfart at begge modeller kan ha fordeler og ulemper.

6.1. Linjeledelsen ved 2 ulike sykehusavdelinger.

Avdeling A

Denne avdelingen består av 2 sengeposter, en poliklinikk og et laboratorium. Enhetlig ledelse ble innført i 2005 / 2006. Tidligere hadde det vært todelt enhetlig ledelse, med delt ansvar mellom avdelingsoverlegen og oversykepleieren. Avdelingsoverlegen hadde ansvaret for legene, mens oversykepleieren hadde tilsvarende ansvar for pleiepersonalet. Den sistnevnte var også den som hadde hovedansvaret for avdelingens drift, økonomi og budsjett.

På veien til innføringen av enhetlig ledelse fikk man en overgangsfase, hvor man valgte å trappe ned på antall oversykepleiere på divisjonsnivå, fra 8 til 3. De gjenværende fikk da ansvar for flere avdelinger. Oversykepleiertittelen ble fjernet og endret til avsnittsleder. Sykepleierne ble organisert i Senter for sykepleietjenesten. Mellom avsnittslederne og

divisjonsdirektøren satt leder for Senter for sykepleietjenesten. Hun var også sykepleier. Avdelingssykepleierne (nå seksjonslederne) hadde fremdeles to ledere å forholde seg til, avsnittslederen og avdelingsoverlegen. Vårt inntrykk er at denne organiseringen ga faglig styrke til sykepleierne. Oversykepleierne ivaretok hensynet til sykepleiefaglig samarbeid på tvers av avdelingene. En del av dette er blitt borte med den nye ledelsesformen.

Ved innføringen av enhetlig ledelse fikk daværende avdelingsoverlege stillingen som avdelingsleder. Han satt i stillingen til han gikk av med pensjon i 2007. I 2006 opprettet han en egen driftseksjon for legene og det er lederen av denne seksjonen som nå er avdelingsleder ved avdelingen.

Avdeling A er altså ledet av en lege og består av 5 seksjoner. 2 av seksjonene er sengeposter som begge er ledet av sykepleiere, og der det medisinske systemansvaret er ivaretatt av seksjonsoverleger. De 3 gjenværende seksjonene er alle ledet av leger. Dette er små seksjoner der lederen driver betydelig klinisk arbeid. Økonomi- og budsjettansvaret er lagt direkte til avdelingslederen, med unntak av det som er lagt til driftseksjon for legetjenesten. Seksjonslederen i denne seksjonen har økonomiansvar, men dette gjelder kun avlønningen av legene.

I følge våre informanter ble avdelingslederstillingene fortrinnsvis utlyst som profesjonsnøytrale, bortsett fra ved noen avdelinger. Her etterspurte divisjonsledelsen spesiell medisinskfaglig kompetanse for å oppfylle lovkravet. Den ønsket at samme person skulle inneha linjeledelse og medisinskfaglig ansvar for de lovpålagte oppgaver.

Avdeling B

Dette er en avdeling hvor det har vært flere omorganiseringer de siste årene. På slutten av 1990-tallet valgte sykehuset å danne organspesifikke enheter, hvor medisinsk og kirurgisk virksomhet ble samlokalisert. Det medførte at denne avdelingen ble flyttet fra én divisjon til en annen nyopprettet divisjon.

Da det i 2001 ble innført enhetlig ledelse, valgte de å gjøre det ved å dele avdelingen i to, én elektiv og én akutt del. Daværende avdelingsoverlege og oversykepleier ble da enhetsledere for hver sin del, legen for den elektive og sykepleieren for den akutte delen. I praksis fungerte det som tidligere; som todelt enhetlig ledelse. Avdelingsoverlegen hadde det overordnede

medisinske ansvar, sørget for utvikling av metoder og bestemte hva slags medisinsk utstyr som skulle anskaffes. Han hadde også ansvar for legene, deres turnus, ansettelse og lignende. Oversykepleieren var den som tok ansvar for driften av avdelingen, for økonomi- og budsjettarbeidet, og ikke minst for personalforvaltningen og oppgavene tilknyttet sykepleietjenesten.

I 2006 ble avdelingen flyttet tilbake til den opprinnelige divisjonen, og som tidligere sagt, ble enhetlig ledelse innført ved alle avdelinger. Avdelingslederstillingen ble utlyst internt og både avdelingsoverlegen og oversykepleieren søkte. Det endte med at sykepleieren fikk stillingen som avdelingsleder. Hun valgte å opprette et nytt ledelsesnivå, og plasserte avdelingsoverlegen i linje mellom seg og seksjonslederne.

Avdelingen består av 5 seksjoner, der sengeposten og den største poliklinikken ledes av seksjonsledere med sykepleiefaglig bakgrunn, og 3 små seksjoner som ledes av leger. Ved sengeposten og den største poliklinikken har også her seksjonsoverlegene det medisinskfaglige systemansvaret. Ved en av seksjonene som er ledet av en lege, har man valgt å ansette en seksjonsoversykepleier.

Begge avdelingene laget organisasjonskart, som skulle vise at kravet om enhetlig ledelse ble oppfylt. Men da vi undersøkte nærmere, så vi at legene ikke er underlagt lederne ved noen av seksjonene. De har en egen "uformell" linje direkte til avdelingsoverlegen ved avdeling B. Heller ikke ved avdeling A er legene underlagt seksjonslederne, men organisert i en egen seksjon, med en legeleder. Overlegene ved avdeling A har også en linje direkte til avdelingslederen (se vedlagte organisasjonskart).

Sykepleierne som sitter som seksjonsledere ved avdeling A, har linje kun til avdelingslederen som er lege. Vårt inntrykk er at innføringen av enhetlig ledelse har stilt det sykepleiefaglige litt i skyggen av det ledelsesfaglige, fordi faglinjen stopper på seksjonsnivå. Vår informant understreket at hun savnet ivaretagelsen av det sykepleiefaglige oppover i ledelsesnivåene og på tvers av avdelingene.

Ved avdeling B derimot, rapporterte seksjonslederne med sykepleiefaglig bakgrunn, direkte til avdelingslederen som også er sykepleier. De gikk forbi avdelingsoverlegen som er plassert i linje til lederen.

Vi sitter igjen med et inntrykk av at fagbakgrunn for leger og sykepleiere er bestemmende for ledelsespraksis ved avdelingene. Til tross for den enhetlige ledelsesstruktur, ser vi at historien er med oss. Legers fokus på fag har i alle fall ikke blitt svakere, og deres stillinger ser ut til å ha blitt enda mer fagfokuserte. Legene er ikke lagt i linje sammen med sykepleierne, men enten i egen seksjon som i avdeling A, eller direkte under avdelingsoverlegen, som i avdeling B. Andre avdelinger vi kjenner til har alle legene direkte underlagt avdelingslederen, hvis vedkommende er lege. Vi kjenner ikke til noen avdelinger hvor legene er organisert på samme måte som sykepleierne. Vi setter dette i sammenheng med legenes autonomibevisthet, altså med deres historie.

Sykepleielederne derimot savner egne fagledere og et sterkere faglig fellesskap på ledelsesnivå. Det ser ut til at de føler seg faglig "ensomme" i lederstillingene. Vår informant uttrykte savnet av oversykepleier, spesielt med tanke på sykepleiefaglig samarbeid på tvers av avdelingene, erfaringsutveksling og faglig støtte. Mange sykepleiere kritiserer også sine ledere fordi de ikke er faglig oppdaterte. Flinker sykepleiere med sterkt faglig engasjement savner ledere med større faglig fokus, og etterlyser dette hos sine ledere. Noen mister respekten for ledere som de mener ikke har nok faglig kompetanse. Det er ikke bare blant leger at kravet til ledere med faglig kompetanse fremdeles lever.

Etter hvert som sykepleieledelsen på post- eller seksjonsnivå i stadig større grad er blitt rent administrative stillinger, organiseres den faglige delen ved at det ansettes fagsykepleiere. Da har man altså én linjeleder med totalansvar, og både en lege med medisinskfaglig ansvar og en sykepleier med sykepleiefaglig ansvar. Utfordringen blir å integrere disse oppgavene på en god måte. "Pasienten først!" la sterk vekt på å organisere arbeidet rundt pasienten, mens dette sykehuset fremdeles i stor grad organiserer fagene etter profesjonsgrensene.

Spørsmålet er om det å skille så sterkt mellom det sykepleiefaglige og det medisinskfaglige er kunstig. Pasienten legges inn på sykehus for å få medisinske behandling, pleie og omsorg. I de mest tekniske fagene er heller ikke skillet så tydelig. Her tenker vi for eksempel på anestesi- og intensivmedisin. Her er teamarbeid en forutsetning for å gi pasienten den beste behandling. Prosedyrer for pasientbehandling lages ofte av leger og sykepleiere i samarbeid, og brukes av begge yrkesgrupper. Pasientens behov, og medisinsens kompleksitet vil kanskje tvinge frem et mindre tydelig skille mellom yrkesgruppene på lengre sikt?

Men det tverrfaglige samarbeidet man har innen intensivmedisin, kan skyldes at sykepleierne der ofte har en høyere gjennomsnittsalder enn ved andre generelle sykehusavdelinger. Dette kan føre til at legene de samarbeider med, har mer respekt for deres faglige tyngde. Dels på grunn av lenger erfaring som sykepleier generelt, samt intensivmedisin spesielt. Andre ikke spesialiserte avdelinger ved sykehus, har som oftest unge og forholdsvis nyutdannede sykepleiere ansatt, foreløpig uten den faglige tyngden.

6.2. Sykepleier som avdelingsleder.

De ulike sykehusene har i varierende grad utlyst avdelingslederstillinger profesjonsnøytralt. Som vi har omtalt tidligere, er det opp til ledelsen å definere hvilke krav som skal stilles for at en person skal ha en "nødvendig helsefaglig bakgrunn" for å kunne fylle en bestemt avdelingslederstilling.

Ved somatiske sykehusavdelinger er nok de fleste lederstillinger besatt av leger, men noen avdelinger har ansatt sykepleiere i disse stillingene. I og med at avdelingslederne representerer lederteamet til direktøren, klinikkjefen eller divisjonsdirektøren, kan det å ansette medarbeidere med ulik profesjonsbakgrunn være strategisk viktig og riktig. Vi tror dette kan gi et bredere beslutningsgrunnlag og en bedre sammensatt ledergruppe enn om bare én profesjon er representert. Det kan også gi beslutningene bedre legitimitet utover i organisasjonen når de ansatte vet at også deltagere fra deres faggruppe har vært med på å fatte dem.

Ved overgangen fra todelt til enhetlig ledelse ble svært mange av stillingene utlyst internt, der kun de to som satt i stillingene kunne søke. Der begge ønsket stillingen, ser vi at dette kunne føre til konflikter. Vi vil presentere et eksempel fra vår undersøkelse;

ved avdeling B, der sykepleieren fikk avdelingslederstillingen, valgte hun den tidligere avdelingsoverlegen som sin medisinskfaglige rådgiver. Han har beholdt sin tittel som avdelingsoverlege. Som vi ser av organisasjonskartet er han lagt i linje mellom avdelingslederen og seksjonslederne, og på denne måten er det innført et ekstra ledelsesnivå. Vi oppfattet at dette ble gjort for å ivareta hans posisjon, slik at han ikke ble sidestilt med de andre seksjonsoverlegene, og på denne måten ikke ble "degradert" i samme grad. Som ved

mange andre avdelinger var det også her en del uro da en sykepleier fikk avdelingslederstillingen, men legene valgte å avfinne seg med avgjørelsen.

Ved flere avdelinger har den som ikke fikk lederstillingen blitt i avdelingen. Mange fikk da en mer eller mindre formell lederposisjon. Det at den tidligere avdelingsoverlegen fikk stillingen som medisinskfaglig rådgiver, og beholdt tittelen som avdelingsoverlege, har gitt større risiko for at den todelte modellen lever videre. Vi skal komme tilbake til dette senere i diskusjonen. Vår erfaring er at ikke alle avdelinger der en sykepleier er avdelingsleder, har utnevnt egen medisinskfaglig rådgiver. Svært mange har løst dette ved å bruke seksjonsoverlegene som rådgivere i medisinskfaglige spørsmål. De har allerede ansvar for det medisinske ved seksjonene, og vil sammen kunne dekke avdelingslederens behov for faglige råd. På denne måten unngår avdelingen et ekstra ledelsesnivå, eller en lege i stab til avdelingslederen som også lett kan oppfattes å fungere som leder for legene, jfr. avdeling B.

6.3. Lege som avdelingsleder

Når avdelingslederen er lege, med tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse på feltet, faller behovet for medisinskfaglig rådgiver bort. Som vi viste i den første delen av oppgaven, så var avdelingsoverlegen som regel den fremste "fagmannen". Imidlertid har både den medisinske og teknologiske utviklingen ført til et spesialisert helsevesen. De medisinske spesialitetene er blitt så store, at det ikke lenger er mulig for én lege å holde seg oppdatert på alle felt. Det betyr at også leger i lederposisjoner er avhengige av faglige råd fra andre leger ved avdelingen.

Selv om profesjonalisering av ledelse er ønsket av overordnede helsemyndigheter og anbefalt i utredninger, er det ikke like selvsagt i det medisinske miljøet. Leger har fremdeles høye forventninger til leger i lederposisjoner, og dette gjelder ikke minst krav om høyt medisinskfaglig nivå. Vår erfaring er at ledere som oppfattes som faglig svake, får store vanskeligheter med å lede leger. Hvis de mangler faglig autoritet, oppnår de ofte heller ikke autoritet med hensyn på det å lede andre leger eller avdelinger, selv om de formelt kan være godt kvalifisert som ledere. Men i denne forbindelse kan det tenkes at det de mangler også er de personlige lederegenskaper som får kollegene til å oppfatte dem som egnede ledere.

For å holde seg faglig oppdatert, og slik beholde den faglige autoriteten, velger noen avdelingssjefer å fortsette med noe klinisk arbeid. Vår informant gikk i 50 % vaktstilling, og hadde noe virksomhet ved poliklinikken. I tillegg, og dette er nok ganske vanlig, påtok han seg oppgaver ved sykdom og annet fravær i staben. Ved å delta i klinisk arbeid holder lederen god kontakt med det som skjer faglig på avdelingen. Men dette gir kanskje sterke signaler om hvilken gruppe lederen identifiserer seg med, og øker avstanden til andre deler av personalet. Mange leger i lederposisjoner ønsker å fortsette med noe klinisk arbeid, slik at veien tilbake ikke blir så lang hvis de må eller etter eget ønske velger å slutte som ledere. Mange leger beholder sin stilling, som de søker permisjon fra, slik at de har en retrettmulighet hvis de skulle vantrives som ledere.

6.4. Diskusjon

Problematikeringen av det medisinske systemansvaret kan tenkes å uthule den enhetlige ledelsesmodellen. På den ene siden ønsker man profesjonalisering av ledelse, og sier at avdelingslederen i sykehus, har et helhetlig ansvar eller totalansvar, som også innebærer ansvar for at driften er faglig forsvarlig. Det å ansette en medisinskfaglig rådgiver, eller gi det faglige systemansvaret til en annen person enn lederen, kan lett skape ny gråsoneproblematikk. Det er ikke alltid entydig hva som er medisinske problemstillinger.

Om man sammenligner sykehus med andre virksomheter, har man der ikke formalisert delingen mellom fagansvar og annet lederansvar. Ved beslutninger som gjelder medisinsk behandling av enkeltpasienter har legene myndighet som er lovfestet i helsepersonelloven § 4 tredje ledd, og dette sikrer at medisinskfaglige beslutninger ikke kan overprøves av lederen ved behandling av enkeltpasienter.

Kunnskapsbedrifter uansett type, har høyt kvalifiserte medarbeidere og disse kan ledes både av personer med fagkompetanse innenfor samme område, og av personer enten med lederkompetanse eller annen fagkompetanse. Det finnes ikke bestemmelser i lovverket som sier at det skal opprettes spesielle stillinger for å ivareta det faglige systemansvar andre steder enn i sykehus. Men Molven uttalte høsten 2008 at det er vanlig å ha egne fagansvarlige i bedrifter med høy risikoprofil som sykehus. Andre eksempler på risikovirksomheter finner man i oljeindustrien.

Hva er grunnen til innføringen av begrepet medisinskfaglig rådgiver? Vi har diskutert om profesjonskampen mellom leger og sykepleiere har ført til denne lovformuleringen, og at man dermed på nytt åpner for en deling av ansvaret. Det er uttalt av Steineutvalget og i Helsedepartementets rundskriv, at den som har det faglige ansvaret også må gis tilstrekkelig myndighet. Samtidig skal den medisinskfaglige rådgiver kun gi råd og ikke ha beslutningsmyndighet. Slik sett oppfatter vi ordningen som inkonsistent. Lederen som har ansvaret for at driften er faglig forsvarlig, kan jo vanskelig kan gjøre annet enn å følge de råd vedkommende får fra sine mest kompetente medisinskfaglig ansvarlige.

Man laget en ordning som vi oppfatter kanskje var ment å kunne tilfredsstille legene, altså bekrefte at deres fag er noe annet og viktigere enn andre fag. Man måtte derfor skille det faglige ansvaret fra annet ansvar. Vi tror at dette kanskje gjør situasjonen vanskeligere og har gjort at reformen ikke fungerer helt etter intensjonen. Vi mener at det bidrar til en videreføring av en todelt form for ledelse, riktignok skjult. Men fordi den delvis er skjult, kan den lettere enn den gamle formelt todelt ordningen, føre til ansvarspulverisering.

Det er ikke noe absolutt og eksakt skille mellom hva som er medisinskfaglige og hva som er annet ledelsesansvar. Så lenge man skiller medisinskfaglig ansvar og annet ledelsesansvar, skaper man muligheter for gråsoneproblematikk, ansvarspulverisering og konflikter, som påpekt i innledningen.

6.5. Ledelse av leger.

Legers motstand mot ledelse har lange tradisjoner, som vi har vist i første del av oppgaven. Etter hvert som de måtte oppgi sin praksisorganisering, og den medisinske utviklingen medførte behov for koordinering og ledelse, innfant legene seg med først å være underordnet avdelingsoverlegen, for deretter å finne seg til rette i den todelt modellen. Vi tror at både det gamle fagstyret og den todelt modellen ga legene følelsen av å beholde mye av sin faglige autonomi. Dette gjorde at de, i alle fall etter hvert, til en viss grad aksepterte også den todelt form for ledelse. Da hadde de nok mindre lojalitet til og respekt for toppledelsen når denne var representert ved andre faggrupper enn leger.

Men det som kanskje falt mange leger tungt for brystet, var tanken på å bli ledet av en sykepleier. Denne yrkesgruppens representanter, som historisk hadde vært legenes assistenter, skulle nå bli deres sjef. I tillegg kommer kjønnsperspektivet inn. Riktignok var og er det akseptert at kvinner deltar i arbeidslivet, men vi tror at mange menn fremdeles har vanskelig for å akseptere kvinnelige sjef.

Legene har fremdeles en autonom måte å arbeide på, og arbeider ofte alene med pasientene. Legepasientforholdet er fremdeles viktig, men etter hvert har nok stadig mer av diagnostiseringen og behandlingen av pasienter fått preg av samarbeid. Et team består ofte av leger og sykepleiere, radiografer, bioingeniører eller andre helsefaglig utdannede fagpersoner. Her er ikke rollene lenger slik at de andre faggruppene utelukkende er legenes assistenter. Alle fagpersonene i teamet rundt pasienten har fått en mer selvstendig funksjon. Eksempler på dette finner man i operasjonsteam og team rundt intensivpasientene.

Legene er ikke i samme grad som sykepleierne knyttet til en post eller enhet. De arbeider på flere arbeidsstasjoner, og følger ofte pasienten gjennom et sykehusopphold. Legene er i akuttmottak, på poliklinikker og sengeposter, skriver pasientene ut og har dem til kontroll. Sykepleiere ser ofte pasienten kun i en del av forløpet. De fleste avdelinger har en enkel linjestruktur for sykepleierne der de er knyttet til en enhet/seksjon med en leder som ofte er sykepleier. Legene er derimot som regel aldri lagt i linje under en enhets/seksjonsleder. Det vi kjenner til fra egen erfaring og fra samtaler med våre medstudenter fra 2006, er at legene befinner seg litt på siden av resten av organisasjonen.

Der avdelingslederen selv er lege er de andre legene ofte lagt direkte under denne, mens andre har laget en egen legeseksjon. På denne måten unngår legene å bli ledet av sykepleiere, men man får slik også en litt uoversiktlig organisering. Ofte får avdelingslederen et stort kontrollspenn på denne måten, og vi tror at det har ført til enda dårligere ledelse av legene. Man får heller ikke en integrering av de forskjellige yrkesgruppene rundt pasienten, men beholder en slags todeling av ledelsesstrukturen. Det at mange har funnet fram til denne måten å organisere seg på, tror vi har medvirket til at mye av uroen og konfliktene etter innføringen av enhetlig ledelse i noen grad har lagt seg.

Med innføring av den enhetlige ledelsesmodellen, ble legenes fagstyre utfordret. Kanskje var også dette noe av bakgrunnen for de massive protestene lovforslaget ble møtt med, og ikke

minst den uroen som fulgte etter at loven ble vedtatt. Ved enkelte avdelinger ble konfliktene uhåndterlige for de involverte, og noen måtte be om hjelp fra eksterne meklere.

Et eksempel på dette er kvinneklinikken ved Haukeland universitetssykehus. Her gikk avdelingslederstillingen til en jordmor. Dette førte til opprør blant legene ved avdelingen. Det gjorde det mye fordi det var stor uklarhet rundt det medisinskfaglige ansvaret. Mange mente at det ikke fulgte tilstrekkelig myndighet med dette ansvaret. Legen og den tidligere sykehusdirektøren Karl Arne Johannesen, ble bedt om å fungere som meklingsmann, og etter betydelig arbeid og avklaring av hvordan det medisinskfaglige ansvaret skulle forstås, la konflikten seg, i hvert fall tilsynelatende.

Det at både spesialisthelsetjenesteloven og forarbeidene til loven, som for eksempel NOU 1997:2 Pasienten først! og Ot.prp. nr. 10 (1998-1999), skiller så klart mellom administrativt lederansvar og faglig systemansvar, kan ha bidratt til de løsningene som ulike avdelinger valgte, for å innfri kravet om én ansvarlig leder på alle nivåer i sykehus.

6.6. Ledelse av sykepleiere.

Sykepleierne er som sagt sterkere knyttet til én enhet eller én post enn det legene er. De arbeider i større grad med pasienten i en del av pasientforløpet. En del steder har man ønsket å løsne på denne sterke tilhørigheten for å få til større fleksibilitet og bedre utnyttelse av ressursene. I stedet for å flytte pasienter til ledige senger på andre poster, ønsker man å flytte sykepleierne til poster der det mangler personale. Det er nok ganske sterk motstand mot dette fra mange sykepleiere. I en opplæringsfase vil det være mye å sette seg inn i, men det vil gi en langt mer fleksibel utnyttelse av ressursene på et sykehus. Nye Akershus universitetssykehus har valgt å organisere sykepleierne i en egen divisjon, nettopp for å oppnå større fleksibilitet. Med sin historie har sykepleierne akseptert ledelse på en annen måte enn legene. Det som vel har vært utfordringen er at de ønsket lederposisjonene selv. De ville lede både egen faggruppe og andre. Ledelse ble en karrierevei for mange sykepleiere. Lederstillingene ble også bedre betalt enn fagstillingene som etter hvert ble opprettet.

På sykehus er antallet sykepleiere langt større enn leger, og ledelse på seksjonsnivå vil først og fremst si ledelse av pleiepersonalet. Dette er en heltidsjobb, og stort sett finner vi sykepleiere i disse stillingene.

Flere avdelinger, som for eksempel avdeling A, har ansatt egne fag- og driftsykepleiere, som samarbeider nært og i team med seksjonslederen. Driftsykepleieren er seksjonslederens stedfortreder og fungerer tilnærmet som tidligere assisterende avdelingssykepleier, med unntak av fagansvaret. Hun har driftansvaret ved avdelingen som for eksempel tilrettelegging av turnus, fraværslister, bestillinger og annet generelt forefallende arbeid. Fagsykepleieren har ansvaret for opplæring av nyansatte og studenter, skriving av sykepleieprosedyrer og undervisning. Det er et nært samarbeid mellom fag – og driftsykepleierne, da deres ansvarsområder er tett knyttet sammen. Også her er det gråsoner i oppgavefordeling og samarbeidet avhenger av god personkjemi.

Ved de to avdelingene vi undersøkte, og ut fra egen erfaring, ser vi at leger i seksjonslederstillinger ikke er heltidsledere. De er ledere for små seksjoner og det faglige utgjør hoveddelen av stillingen. Vi har identifisert noen forhold som medfører at det blir slik. Det ene er lønsspørsmålet. Leger har ofte stillinger med vakter som gir lønsmessig uttelling, slik at det å gå over i en administrativ lederstilling på dette nivået vil gi en kraftig lønnsreduksjon. Det andre er utnyttelse av legenes kompetanse. Med en lege som heltids seksjonsleder med administrative oppgaver, ville sykehuset i tillegg måtte ansette en lege til den faglige oppgaven, ellers ville man være tilbake i den todelte ledelsesmodellen.

6.7. Profesjonell ledelse på avdelingsnivå ved 2 avdelinger.

Ved å snakke med de fire lederne fikk vi fram noe av det vi oppfatter som typisk for ledelse på avdelings- og seksjonsnivå, og som vi vil se litt nærmere på. Alle fire hadde ledelse som hovedfunksjon. Begge legene hadde noe klinisk arbeid, mens sykepleierne i svært liten grad hadde det. Alle hadde ledelseskompetanse, både formell utdanning og i varierende grad ledelseserfaring.

Noe vi fant interessant var at der sykepleieren ble avdelingsleder, skjedde ingen endring i for eksempel møtestrukturen. Legenes morgenmøte ble tidligere ledet av avdelingsoverlegen.

Med overgang til enhetlig ledelse overtok sykepleieren (avdelingslederen) ledelsen av dette møtet. Hun trådte slik sett inn i den gamle avdelingsoverlegens rolle.

Vi oppfattet det slik at alle i størst grad ble oppfattet som leder for sin egen profesjon. Legene forholdt seg til avdelingslederen der denne var lege, og til avdelingsoverlegen på den avdelingen som hadde sykepleier som avdelingssjef. Sykepleierne gikk direkte til avdelingslederen der denne var sykepleier og gikk forbi avdelingsoverlegen. For seksjonslederne som var sykepleiere ved avdelingen der avdelingsleder var lege, følte de et savn av en overordnet med samme fagbakgrunn.

6.8. Oppsummering og kort om fremtiden.

Vi har presentert noen utfordringer og dilemmaer også med den enhetlige ledelsesmodellen. Vi tør påstå at den historiske påvirkningen og den faglige tilknytningen enda er så sterk, at man ikke har klart å få til en gjennomgående profesjonalisering av ledelse på avdelings- og seksjonsnivå. Den faglige tilknytningen både for leger og sykepleiere har så langt vært for sterk. Vi ser derfor hvordan ulike mer eller mindre finurlige ordninger er "oppfunnet" for å bevare viktige sider ved den delte ledelsen. Organisasjonskartene er tegnet om, men det er i stor grad de samme menneskene som fyller rollene, og gjør det på en måte som fører tradisjonene videre i langt større grad enn regler og organisasjonskart kan gi inntrykk av.

Målet i helsevesenet er å gi pasientene god og forsvarlig behandlingen innenfor knappe ressurser. Vi er på mange måter på vei mot et mer demokratisert og egalitært samfunn. Vi tenker her både på forholdet mellom pasienter og behandlere, mellom kvinner og menn og ikke minst mellom personer med ulik status.

Vi er imidlertid usikre på hvordan utviklingen vil bli fremover med hensyn på ledelse. De to mulighetene vi ser for oss er en videre profesjonalisering av ledelse med mindre vekt på faglig tilhørighet og helsefaglig bakgrunn. Den andre muligheten er et sterkere vektlegging av medisinsk faglig kompetanse hos ledere. I forbindelse med den såkalte "Hovedstadsprosessen" (for sammenslåing av de offentlige sykehus i Oslo) har man lagt sterk vekt på det medisinsk faglige i forbindelse med omorganiseringen. Her er det først og fremst leger som

har deltatt i de dialogkonferansene som har gitt mye av beslutningsgrunnlaget for hele prosessen. Om dette peker mot en renessanse for "medikratiet" er for tidlig å si.

LITTERATURLISTE :

Bøker og artikler :

Andersen, E.: *Det feilorganiserte sykehus*. Kronikk i Aftenposten 17.februar 2007.

Aarset, H.: *Ledelse og atter ledelse*. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 12/2008.

Aass, B.: *Kampen om lederskapet*. Kronikk og debatt, Dagens Medisin 21/01.

Bakke, H.: *Ledelse i sykehusavdelinger*. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 12/2008.

Bakke, K.A.: *Ledelse nedprioriteres*. Dagens Medisin 06/99.

Befring, A.K.: *Lovkrav til ledelse i sykehus*. Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.16, 2002; 122.

Berg, O. og Haug, C.: *Dialogene som forvitrer*. Tidsskrift for Den norske legeforening 1997.

Berg, O.: *Legene og Legeforeningen – mellom interesser og verdier*. Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 9, 1998; 118: 1417-21.

Cand. med et chir. Bertelsen, T.: *Om kirurgiske kandidater, medisinske examinater og de kirurgiske elever*. Bergensposten 2003.

Fuggeli, P.: *Folkehelse – folkets helse?* Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 9, 1998; 118: 1421-5.

Berg, O.: *Fra politikk til økonomikk*. Den norske legeforenings tidsskriftserie, 2005.

Colbjørnsen, T.: *Ledere og lederskap*. Fagbokforlaget. 2004.

Dommerud, T.: *Profesjonsarroganse på sitt verste*. Dagens Medisin 13/02.

Everett, E.L. og Furseth, I.: *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre.* Universitetsforlaget 2004.

Grundt, J.: *Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaenes tyranni.* Universitetsforlaget 2006.

Haffner, J., Mürer, F. og Aasland, O.: *Avdelingsoverlegen - leder eller lege?* Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 12/2008.

Haffner, J., Mürer, F. og Aasland, O.: *Avdelingsoverlegen - utvalgt og utdannet som leder?* Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 25/2000.

Hanoa, R.: *Avdelingsoverlegens posisjon.* Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.12, 2001; 121.

Holter, E.: *Ledelse og ledere i sykehus. Administrasjon av sengeposter.* 2.utgave 3.opplag 2000, Oslo Tano.

Høie, I.: *Personkjemi og samarbeidsklime avgjørende.* Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.20,2002.

Husom, N.: *Bedre organisering – høyere effektivitet?* Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.7,2002.

Jensen, B. Og Bollingmo, M.: *Helsereform. utfordringer og løsninger.* Høyskolen i Hedmark. Rapport nr. 15 – 2007.

Journalen, Oslo Legeforening Nr 1 / 2008

Kaufmann, G. & Kaufmann, A.: *Psykologi i organisasjon og ledelse.* 3.utgave, Fagbokforlaget.

Kjekshus, L.E. og Harsvik, T.: *Organisasjonsutvikling ved norske sykehus.* Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.3,2007.

Kringlen, E.: *Medisin og samfunn.* Universitetsforlaget 1996.

Kristoffersen, M.: *Kallet - utfordringer for sykepleierutdanningen*. Sykepleien nr.4/2001

Krogstad, U., Veenstra, M., Sjeetne, I.S., Østhus, I. og Røttingen, J-A.: *Sykehusorganisasjoner sett med personalets øyne*. Tidsskrift for Den norske legeförening, nr.19, 2002; 122: 1890-4.

Kvale, S.: *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2001.

Larssen, A.V. og Berge, A.: *Administrasjon og ledelse i helsevesenet*. Helped 1993.

Larsen, Ø., Berg, O. og Hodne, F.: *Legene og samfunnet. Seksjon for medisinsk historie*. Universitetet i Oslo. Den norske lægeförening 1986.

Mikkelsen, B.: *Kan leger lede?* Tidsskrift for Den norske legeförening, nr.12,2008.

Molven, O.: *Ansvarlig ledelse på alle nivåer*. Tidsskriftet Sykepleien 2000; 88 (18):42-43 og Helsetilsynet.
NSF: *Sykepleiere med lederansvar*. Norsk Sykepleierforbund.

Nylund, H.K.: *Enhetlig styring ved Vest-Agder Sykehus:- Ledelse er lagarbeid*. Dagens Medisin 19/02.

Ohnstad, B.: *Helsepersonelloven regulerer ikke ledelsesansvaret*. Tidsskrift for Den norske legeförening, nr.12,2008.

Postholm, M.B.: *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Universitetsforlaget 2005.

Sundar, T.: *Legeföreningen har gått i vannet*. Tidsskrift for Den norske legeförening, nr.20, 2002.

Sundar, T.: *Riktig leder til riktig oppgave må telle mest*. Tidsskrift for Den norske legeförening, nr.20, 2002.

Sørås, I.: *Organisasjonsutvikling i sykehus – forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Universitetsforlaget, 2007.

Vollebæk, L-E.: *Ledelse i strid med loven*. Dagens Medisin 07/01.

Vollebæk, L-E.: *Todelt ledelse fungerer ikke*. Dagens Medisin 11/01.

Wade, L.: *Oppgitt over slabbedaskene*. Spør om jobb & karriere. Aftenposten.no

Rapporter og dokumenter :

Inst.S.276 (1995-96) Innstilling fra sosialkomiteen, 3.kap 730, Rikshospitalet – ledelsesmodell på nytt Rikshospital.

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

LOV 1999-07-02 nr.61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Mürer-utvalgets innstillinger: Den norske legeförening 11.12.1999.

NOU (1991:7): *Spesialisthelsetjenesten m.m. – utkast til lov med motiver*

NOU (1993:3): *Helsepersonellens rettigheter og plikter – utkast til lov med motiver*

NOU (1990): *Ledelse i sykehus*. Sosialdepartementet.

Sosial og helsedepartementet (1998-99): "Om lov om spesialisthelsetjenesten", *Odelstingsproposisjon, nr.10*.

NOU (1997): *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

NOU (2003): *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Helsedepartementet.

Sønderland, K. Og Dahl, K.B.: *Ledelse i sykehus*. Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestelovens krav til ledelse i sykehus. Helsedepartementet 28. august 2002.

Rundskriv I-9 /2002: *Ledelse i sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Annet :

Sakspapirer fra sykehus, i forbindelse med omorganisering og innføring av enhetlig ledelse.

Berg, O.: Institutt for helseadministrasjon, forelesninger 2006 og 2007.

Kristiansen, F.: Institutt for helseadministrasjon, forelesninger 2006 og 2007.

Molven, O.: Institutt for helseadministrasjon, forelesninger 2006 og 2007.

Normann, L.M.: *Enhetlig todelt ledelse, kraftpotensiale eller konflikt? En deskriptiv studie av sykepleie- og legeledere i sykehus, deres ledelsesformer og oppgaver*. Hovedoppgave, institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske institutt, Universitetet i Oslo.

Sveri, T.: *Strukturer og reformer – En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Hovedoppgave, sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen 2004.

Wikipedia; *Den hippokratiske ed*.

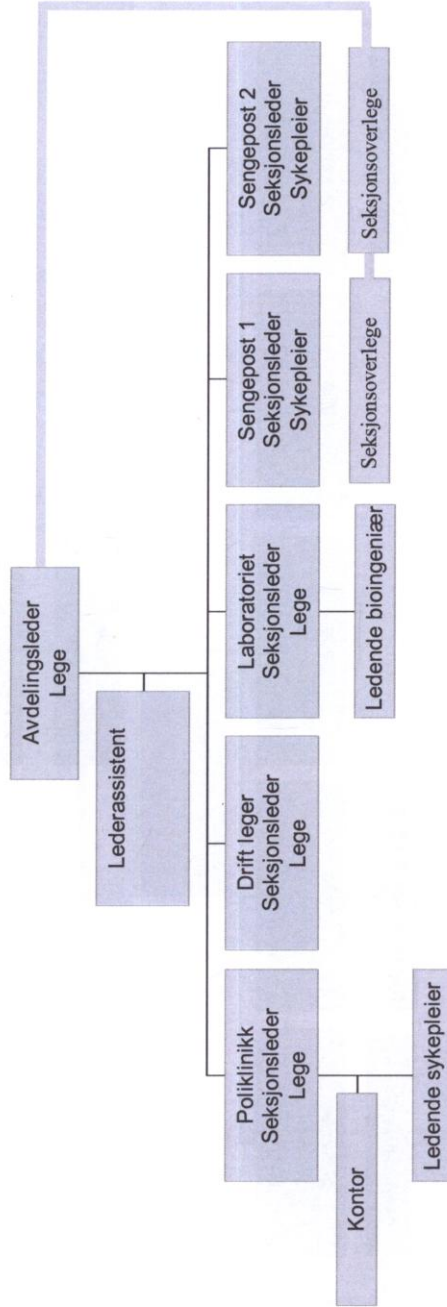
Wikipedia; *Hippokrates*

Wikipedia; *Cathinka Guldborg*

Wikipedia; *Ledere i sykepleien*

Tjenestejentene og andre kvinneyrker. Lillehammer byAvis.no 2008

Avdeling A



Avdeling B

