

LEGEROLLEN

I

ENDRING

Shirin Babani

Veileder: Lars Erik Kjekshus



Masteroppgave levers som en del av Master of Philosophy Degree in Health Economics, Policy and Management

Universitet i Oslo

Det Medisinske Fakultet, Avdeling for Helseledelse og Helseøkonomi

August, 2014

Copyright Forfatter

År

2014

Tittel

Legerollen i endring

Forfatter

Shirin Babani

<http://www.duo.uio.n>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tittel: Legerollen i endring

Bakgrunn: Tradisjonelt har leger hatt stor grad av autonomi på sykehusene. På grunn av store forandringer både i faget medisin, og i organisasjonen har leger lengere ikke den tradisjonelle autonomien de hadde den gang de hadde totalkompetansen for pasientbehandlingen.

Mål: Hensikten med denne oppgaven er å utforske endringene i legerollen i spesialisthelsetjenesten.

Metode: Totalt ble syv personer med langtids erfaring dybdeintervjuet. Litteratur og teori gir et referanseramme for analyse og diskusjon i studiet.

Konklusjon: Bedre dialog og samspill er ettertraktet for å få til en harmonisk konvertering i endringene.

Tidligere lege med sterk lidenskap til eget faget, beskriver utviklingen i medisinen som følgende:

[“..Faget medisin har gjennomgått en fantastisk utvikling siden jeg begynte som student i 1954. Nesten ingenting av det vi lærte på doktorskolen den gang gjelder lenger. Alt er forandret bortsett fra anatomi og lite gran biokjemi. Basalfag, kliniske fag, teknologi, kommunikasjon og administrasjon har gjennomgått omfattende endringer. Det meste til det bedre, men noe til det verre. Det er særlig mulighetene for gode undersøkelser og behandling som har revolusjonert faget. Den teknologiske utviklingen har vært dramatisk, med hjerteoperasjoner som ingen tenkte seg mulig i 1954. Og det har vært en enorm utvikling som bare ser ut til å fortsette. I 1992 kom det en bok som het “The Rise and Fall of Modern Medicine”. I den beskrives det i mange kapitler hvordan medisinen har utviklet seg. Organtransplantasjoner, infarktbehandling med åpning av stenotiske arterier i hjerte og hjerne og mange andre organer, ventilkirurgi, dialyse, utviklingen av vaksiner og antibiotika. I boken konkluderes det med at alt er oppfunnet så det er ikke lenger noe mere å utvikle. En litt negativ konklusjon som er gjort til skamme. Etter at LeFannu skrev boken for 20 år siden har medisinen fortsatt å utviklet seg med større faglig forståelse, utvidelse av den genetiske kartlegging og mange flere muligheter for kurativ kreftbehandling, hjertesviktbehandling, forståelse av det forebyggende arbeid, lovende stamcelleforskning og videre teknologisk utvikling med kikkeshullskirurgi og implanterte defibrillatorer. Dette har endret faget med generaliserte spesialister innen medisin og kirurgi til superspesialister som må arbeide i nettverk for å kunne utgjøre totalkompetansen i et sykehus. De gammeldagse visitter med hele legestaben er borte. Røntgen bildene overføres direkte til legens kontor og journalen ligger på en datamaskin. Blodprøver kan analyseres ved sykesengen med tørrkjemi. Det betyr at det i dag er flere leger rundt pasienten enn tidligere hvilket lager problemer for pasienten som må forholde seg til flere leger, det betyr økte utgifter, det betyr også at legen har vanskeligheter med å holde seg faglig oppdatert og samtidig bevare oversikten. For meg har det betydd at hver eneste dag i den tiden jeg har praktisert har vært en dag med læring, og da jeg ble pensjonert kunne jeg mere enn noen gang tidligere og hadde vanskeligheter akseptere at jeg ikke lenger skulle fortsette med det jeg syntes var så spennende og meningsfylt.”]

Klinisk leder

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet av en Health Management and Health Economists student ved det medisinske fakultet i Universitet i Oslo.

Oppgaven er resultat av lange arbeidsdager med kontinuerlig innsats i tidsperioden februar-august 2014.

Jeg ønsker å rette min store takk til alle 7 informantene for deres engasjement og tidsbruk i studiet.

Jeg vil takke min hovedveileder Lars Erik Kjekshus for sin innsats, støtte og tålmodighet gjennom denne perioden, og inspirasjon fra tidligere kurs i ledelse og organisasjonsfaget.

En stor takk til Ole Berg for bruk av sin dyrbare tid til en lærerikt samtale.

Tusen takk til min kunnskapsrike mentor og tidligere lærer, Knut Schrøder for gjennomgang og rettskriving av oppgaven. Ditt bidrag har vært betydelig!

Spesielt vil jeg takke Aba for disiplinen hun har lært meg. En stor takk til min far.

Størst takknemlighet føler jeg ovenfor mine to brødre Farhad og Shamal som alltid har stått ved min side. Uten deres støtte og hjelp ville ikke denne oppgaven blitt til. Dere er min store inspirasjon!

Tusen takk til min gode venn Nagam som alltid har motivert meg gjennom lange samtaler uansett tidspunkt på døgnet!

Sist men ikke minst vil jeg takke Samir for å alltid hatt troen på meg, og for den personen han er!

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Tidligere lege med sterk lidenskap til eget faget, beskriver utviklingen i medisinen som følgende:.....	VII
Forord	VIII
Innholdsfortegnelse	IX
Tabell oversikt.....	X
Presentasjon av studie	1
Kapittel 1. Innledning	2
1.2 Problemstilling	2
Kapittel 2. Historikk & Teori	3
2.2 Historikk	3
2.3 Industriell revolusjon i helsevesenet	4
2.3.1 Forventninger til funn	4
2.4 Teori	5
2.4.1 Mintzbergs organisasjonsteori	5
2.4.2 Profesjonsbyråkratiet	5
2.4.3 Forventninger av funn	7
2.5 Gouldners Teori	7
2.5.1 Forventninger til funn	9
Kapittel 3. Metode	10
3.1 Validitet og reliabilitet	11
3.2 Intervju	11
3.3 Hva er elite- intervjuing	12
3.4 Elite- intervjuing, Gjennomføring	12
3.5 Informantetens bakgrunn	13
3.6 Informasjon om informantene	13
3.7 Fremstilling og behandling av data	14
3.8 Framstilling av data	14
Kapittel 4. Resultat/Analyse	15
4.1 Endringer i styring av spesialisthelsetjenesten	15
4.2 Finansiering systemets påvirkning	21
4.3 Legers autonomi	26
4.4 Leger og Klinisk ledelse	31
4.5 Ledelse på sykehuset	34
4.6 Samarbeid/forståelse og kommunikasjon	36
Kapittel 5. Diskusjon	40
5.1 Endringer i styring av spesialisttjenesten	40
5.2 Finansiering systemets påvirkning	43
5.3 Legers autonomi	45
5.4 Leger og klinisk ledelse	48
5.5 Ledelse på sykehuset	49
5.6 Samarbeid og kommunikasjon	50
Kapittel 6. Konklusjon	52
Problemer og begrensinger	54
Litteraturliste	55
Vedlegg	58

Tabell oversikt

1. Profesjonsbyråkratiet	6
2. Oversikt over informantene.....	11

Presentasjon av studie

Denne avhandlingen har legerollen i endring som emne. En kvalitativ forskningsmetode med bruk av syv eliteintervjuer er tatt til bruk for å eksplorere den endrende legerollen. Den endrende legerollen vil bli fremstilt i lys av seks representative sjangere: 1) Endringer i spesialisthelsetjenesten, 2) Finansieringssystemets påvirkning, 3) Legers autonomi, 4) Leger og klinisk ledelse, 5) Ledelse på sykehuset og 6) Samarbeid og kommunikasjon.

Første kapittel består av innledning og problemstilling i oppgaven.

Påfølgende kapittel inneholder litteraturgjennomgang og teori. Forventinger til funn er presentert i forbindelse med litteratur og teori som er fremstilt.

I tredje kapitlet blir valg av metode presentert. Framstilling av funn og informasjon om informanter er presentert i dette påfølgende kapittel.

Hovedfunnet er presentert i kapittel fem. Dette kapitlet er delt tematisk i seks sjangere. Noen av sjangere innledes med litteraturgjennomgang for å en bakgrunns innsikt i det som blir presentert i form av sitater.

I kapittel fem blir hovedfunnene diskutert i lys av teori og litteratur som er presentert underveis i studiet.

Konklusjonen er presentert i det syvende kapittel. Oppgaven avsluttes med begrensinger, kilder og vedlegg.

Kapittel 1. Innledning

Legerollen i spesialisthelsetjenesten har endret seg betydelig gjennom tiden. Som et resultat av pasientens rettigheter, politikere og administratorer har leger lengere ikke den samme tradisjonelle autonomien. Det er omtalt at sykehuset har gått fra å være en profesjonsdominert organisasjon til en organisasjon som blir styrt av administratorer. (Kjekshus&Nordby, 2003, s.310) Dette fører til en ny sosial etos som forsøker å begrense legers autonomi. Flere tiltak er iverksatt for å påvirke legers autonomi; markedstilpasning av helsevesenet, endringer i reguleringen av medisinske monopoler, innføring av standarder, og større regulering av forholdet mellom lege og pasient. Hensikten med denne oppgaven er å utforske mulige problematikk i foregående endringer ved bruk av en eksplorerende forskningsdesign.

1.2 Problemstilling

“Sykehuset er i skjæringspunktet for behovet for “managed-care” og den gamle håndverker tradisjonen.”

Klinisk leder

Legerollen på sykehuset har endret seg betydelig med årene. En eksplorerende forskningsdesign med anvendelse av elite-intervjuer er valgt for å samle data rundt endringsprosessen fra personer med bred erfaring innen feltet. Problemstillingen i denne oppgaven er ***legerollen i endring.***

Kapittel 2. Historikk & Teori

Til å begynne med vil relevant historikk og teori bli presentert. Det innledes med legeprofesjonens utvikling for å kunne få innsikt i deres forhistorie. I andre omgang blir det bli gitt en framstilling av Mintezbergs profesjonsbyråkrati for en bedre forståelse av profesjonens autonomi på sykehuset. Til slutt er Goudners teori presentert for å få innsikt i legers sosiale rolle i organisasjonen.

2.2 Historikk

“Den legelige praksis representerte altså samtidig et håndverk og et åndsverk.” (Berg, 2010, s.1)

Før i tiden ble medisinen utøvet i en praksis. Denne praksisen hadde en forenklet organisasjonsform. Det var enkelt å administrere en slik organisasjon. Det som måtte til for å administrere den type organisasjon var innsikt i det medisinske virksomhet blandet med sunn fornuft.(Berg, 2010) Legen var den som styrte sin praksis, og med det fulgte en stor grad av personlig skjønnsutøvelse som gjorde at legen ble svært selvstendig. Pasienter hadde begrenset kunnskap om menneskekroppen og sykdommer. Deres spørsmål om kropp og sjel ble direkte rettet til legen. Legeselvstendigheten var ikke til noe bry verken for pasienten eller samfunnet.(Berg, 2010) Konservative behandlingsformer som kostholdsplan, lite bruk av medikamenter og kirurgi var vanlige behandlingsformer før den vitenskapelig utvikling av faget.(Freidson,1988, s.14)

Fra 1900-tallet blomstret den faglige og vitenskapelige utviklingen i medisinen. Denne utviklingen førte til spesialisering som ytterligere krevde kollektivisering, teknologisering og institusjonalisering.(Berg, 2010) Dette skapte en større organisasjonsform og etterhvert nivåddifferensierte, behandlingssykehus. En slik organisasjon utviklet behovet for en annen styreform. Den faglige blomstringen hadde tilrettelagt for det styringsmessige *fall* hos leger. (Berg, 2010)

2.3 Industriell revolusjon i helsevesenet

Mot slutten av 20. Århundre startet en såkalt 'industriell revolusjon' som følge av den teknologiske utviklingen i helsevesenet. Selv om forskningen førte til økt kunnskap og bedre behandlingsmåter førte det samtidig til mindre autonomi blant leger. En slik utvikling førte med endringer i 'vareproduksjonen' som leger lenger ikke kunne håndtere på egenhånd. (Fosse, 2014, kap.25) Generelt har industrialisering i andre områder ført til tap av individets arbeidskraft mens i helsevesenet har teknologisering førte at stadig flere yrkesgrupper har startet karriere i helsevesenet. Den nye teknologien etterspør andre 'nye' yrkesgrupper som radiografer, infeksjonsmedisinere, sykehusgenetikere dirkete tilknyttet til behandlingen. Samtidig som det har blitt flere ikke-medisinsk-personell. (Fosse, 2014) Disse består av personale i IT-avdeling, spesialister på medisinsk-teknisk utstyr og flere tilsatte i administrasjonen. (Fosse, 2014)

For å kunne avgrense oppgaven vil ikke en mer omfattende beskrivelse av forandringsprosess mellom stat og legerollen bli omtalt. Begrunnelsen for redegjørelsen ovenfor er til at leseren skal kunne få innsikt i det som har vært. I dag er vi en periode hvor utviklingen holdes gående. Styring og ledelse av sykehuset har blitt et av sentrale temaene i dagens sykehus. Utviklingen i faget krever koordinering av ulike kompetanser som videre fremskynder behovet for en annen ledelsesform enn tidligere. På denne måten er legen lengere ikke en selvstendig styrer av faget sitt. Den faglige suksessen i medisinen har virket som et nederlag for den politiske suksessen hos leger. (Berg, 2010, s.23)

2.3.1 Forventninger til funn

Med en innsikt av legerollens utgangspunkt vil det i følgende bli gitt en mer utdypende beskrivelse av organisasjonsformen på sykehuset. Med dette forklares legers dominans på sykehuset som følge av den faglige ekspertisen de bærer på.

2.4 Teori

2.4.1 Mintzbergs organisasjonsteori

Den kjente organisasjons teoretikeren Mintzberg har fremstilt at organisasjoner kan skilles langs tre dimensjoner: (1) den sentrale delen av organisasjonen, som også står for hvorvidt en organisasjon er suksessfull eller ikke; (2) den primære koordinering mekanismen, som er hovedmetoden organisasjonen bruker til å koordinere aktiviteter; og (3) den type desentralisering som blir brukt i organisasjonen, som er graden av underordnede beslutninger tas i bruk i organisasjonen. (Lunenburg, 2012), (Mintzberg,1983) Bruken av de tre ovennevnte dimensjonene gir fem ulike organisasjonsstrukturer, som han har navngitt som: entreprenørorganisasjonen, maskinbyråkratiet, profesjonsbyråkratiet, den innovative organisasjonen og den divisjonaliserte organisasjonen. Organisasjoner eksisterer for å utføre ulike oppgaver, og Mintzbergs hensikt med kategoriseringen av organisasjoner var at ulike organisasjoner utfører ulike oppgaver. (Lunenburg, 2012) I følgende vil vi se nærmere på profesjonsbyråkratiet.

2.4.2 Profesjonsbyråkratiet

En profesjonsbyråkrati er en organisasjonsform hvor ansatte utfører oppgaver basert på deres faglige kompetanse. Denne formen for organisasjon er vanlig i universiteter, sykehus, skolesystemer, offentlige etater og produksjonsbedrifter osv. Ideen er at hver faglært arbeider selvstendig med egen sett av oppgaver, kunder eller klienter. For eksempel behandler legen egen pasient, læreren underviser egne studenter osv.(Mintzberg, 1983) Dette betyr at den profesjonelle arbeidstaker må ha kompetansen til å kunne utføre oppgaver “uavhengig” av andre. I denne type organisasjon er utførelsen av hovedoppgavene avhengig av kompetanse og kunnskap fra den operative kjernen. Koordinering mellom de profesjonelle aktørene finner sted i standardisering av ferdigheter. Denne type organisasjon gir et eksempel på et byråkratisk organisasjon uten å være sentralisert. Den administrative strukturen er preget av at profesjonene ikke ønsker å bli kontrollert i utførelsen av egne oppgaver. Samtidig som de ønsker å kontrollere de kollektive forskrifter som berører dem. (Lunenburg, 2012) Svakheter i profesjonsbyråkratiet er beskrevet som koordineringsproblemer på langs av organisasjonen,

problemer med å håndtere kvalitetsavvik, liten organisatorisk innovasjonsevne, og svak kostnadskontroll og målstyring

Profesjonsbyråkratiet er som navnet tilsier avhengig av den profesjonelle ekspertisen og har dermed den operative kjernen som hoveddelen av organisasjonen. Denne organisasjonsformen har standardisering av ferdigheter som koordinering mekanisme, og desentraliseringen av beslutninger skjer både på vertikal og horisontalt nivå. Det er vanlig desentraliseringen gir autonomi til de profesjonelle ansatte. Høyt utdannende fagfolk tilbyr service som ikke alltid følger et enkelt mønster, og dermed vil profesjonens kunnskap og ekspertise komme til bruk med uforutsigbare og akutte arbeidsoppgaver. Toppledelsen er liten; det er noe få mellom ledere; og teknostrukturen som består av tekniske fagfolk er ofte liten. Derimot er støttefunksjonen vanligvis stor for å kunne tilby service til fagfolket i den operative kjernen i organisasjonen. (Lunenburg, 2012) I figur.1 ser vi en oversikt over strukturen i profesjonsbyråkratiet. Formålet en med slik organisasjonsform er å tilby høykvalitet servicer. Kompleksitet, men samtidig stabile forhold og en stor størrelse karakteriserer profesjon byråkratiet. (Lunenburg, 2012)

Profesjonsbyråkratiet

Struktur konfigurasjon	Koordinerings mekanismen	Hoved delen av organisasjonen	Desentralisering av beslutninger
Profesjon byråkratiet	Standardisering av ferdigheter	Den operative kjernen	Vertikal og horisontal sentralisering

Figur 1: Profesjonsbyråkratiet

2.4.3 Forventninger av funn

Medisinsk kompleksitet og standardiseringen av ferdigheter kjennetegner sykehuset som et profesjon byråkrati. En slik organisasjon er i utgangspunktet skissert som en desentralisert organisasjon med stor grad av demokrati og autonomi til de som behersker faget.

Med et skifte i styringen i organisasjonen, begrenses legers autonomi i forhold til før. I studiet kan det forventes at informanter med medisinsk bakgrunn støtter kravet om desentralisering i organisasjonen som følge av standardisering av ferdigheter i organisasjonen.

For å kunne ha en klarere forståelse av legers *posisjonsrolle* på sykehuset vil Gouldners teori bli presentert i det kommende.

2.5 Gouldners Teori

I sin studie forsøker Gouldner å forklare hvorvidt latente identiteter og roller som er felles for en rekke forskjellige komplekse organisasjoner skal identifiseres. Videre utforsker han muligheten for at medlemmer av den formelle organisasjoner kan ha som rolle to latente sosiale identiteter, en “cosmopolitan” og en “social”, som han kaller dem. Før vi presenterer Gouldners resultater vil noen sentrale begreper i studiet bli definert.

En sosial rolle kan defineres som “a set of expectations oriented towards people who occupy a certain ‘position’ in a social system or “group” (Gouldner 1957, 282). Betydningen av om en sosial "posisjon" i en sosial gruppe er ganske vag. Det kan forstås som “the social identity which has been assigned to a person by members of his group” (Gouldner 1957, 282-283). Gruppemedlemmer observerer først, så tilskrives visse egenskaper til personen. Disse egenskapene blir deretter tolket i form av et sett av kategorier som er kulturelt foreskrevet og har blitt lært i løpet av sosialisering. Som en konsekvens er den enkelte person holdt for å være en viss “type” person, det vil si en “sosial identitet” som er tildelt ham til han av andre medlemmer i gruppen. I denne forstand er en sosial rolle “a shared set of expectations directed toward people who are assigned a given social identity” (Gouldner, 1957, 283).

Opplagt har mennesker flere sosiale identiteter, avhengig av situasjonen de er i. Derfor bør det skilles mellom manifeste sosiale identiteter på ene hånd og latente sosiale identiteter på den andre. Den førstnevnte er forklart som “those social identities of group members which are consensually regarded as relevant to them in a given setting”, mens den sistnevnte er sosiale identiteter “which group members define as being irrelevant, inappropriate to consider, or illegitimate to take into account” (Gouldner 1957, s.284). Forventninger knyttet til manifeste sosiale identiteter kalles manifeste sosiale roller, mens forventningene knyttet til latente identiteter kalles latente sosiale roller. ¹

Ved å sitere sin egen, Reissman og Bentz studie, påpeker Gouldner ut tre viktige variabler i å analysere latente identiteter i organisasjoner: lojalitet til organisasjonen, forpliktelse til spesialiseringen eller faglige ferdigheter, og referansegruppen. Gouldner forklarer at folk som har høyere organisatorisk lojalitet har tendens til å ha lavere sosialt engasjement. Videre, er de med lav lojalitet til organisasjonen, svært engasjerte for sine ferdigheter.

På bakgrunn av dette, kan to latente organisatoriske identiteter bli gjenkjent: på den ene siden “cosmopolitans”, som har lav lojalitet til organisasjon, og høy lojalitet til spesialiserte rolleferdigheter og sannsynlig og bruker en ytre referansegruppe orientering; på den annen side “locals”, som har høy lojalitet til organisasjonen lite fokus på spesialiserte rolleferdigheter og sannsynlig bruker en indre referansegruppe orientering. Disse identitetene er “latent” fordi kriteriene som er involvert for å definere dem ikke er normativt foreskrevet av organisasjonen.

Et annet resultat er at “locals” har en tendens til å være høyere på “rule tropism” enn “cosmopolitans”, dvs. de holder seg mer til reglene enn “cosmopolitans”. Som konsekvens har mennesker med lav innflytelse større sannsynlighet for å holde seg mer til reglene, altså holde på “rule tropism” enn de med høy innflytelse. Likevel påvirker graden av innflytelse, “rule tropism”, forskjellig hos “cosmopolitans” og “locals.”

“Cosmopolitans rule of tropism” synes å være upåvirket som resultat av deres innflytelse. Mens “locals” med lav grad av innflytelse følger i høyere grad “rule tropism” enn de med høy innflytelse.

¹Begrepet sosiale identiteter er ikke identisk med begrepet sosial status. Sosiale identiteter har å gjøre med måten en person blir oppfattet og klassifisert på av andre, mens sosiale statuser refererer til kulturelt standardiserte kategoriene som kan bli tildelt til gruppe-medlemmer.

Gouldner konkluderer med at “cosmopolitans” og “locals” oppfører seg annerledes i forhold til den formelle organiseringen av gruppen. Dette reiser spørsmålet om de også oppfører seg forskjellig i uformelle relasjoner i gruppen. Den sentrale hypotese er at mennesker med den samme latente identitet er mer sosiale med hverandre enn med mennesker som har en annen latent identitet. Ved å teste denne hypotesen konkluderer Gouldner med at “locals” mer sannsynlig høyere omgjengelighet med andre “locals” enn med “cosmopolitans”, og at “locals” synes å ha en litt høyere grad av omgjengelighet enn “cosmopolitans”, mens “cosmopolitans” synes ikke å ha noe preferanse for omgjengelighet med “cosmopolitans” eller med “locals.”

2.5.1 Forventninger til funn

Med utgangspunkt i Gouldners teori om “cosmopolitans” og “locals”, vil leger være preget av en sterk forpliktelse til profesjonelle verdier med en ekstern referanse, og svak lojalitet til organisasjonen. Mens administratorer har en tendens til å ha en lokal referanse, for eksempel sammenlignbare lederstillinger innenfor samme sykehus, og viser større lojalitet til organisasjonen. I analysen forventes å se engasjement for faget blant kliniske ledere.

Kapittel 3. Metode

En kvalitativ forskningsmetode er valgt for å utforske den endrende legerollen. Intervju er brukt for å samle inn hovedmateriale som er utarbeidet fra et fenomenologisk perspektiv. I det følgende vil det bli gitt en presentasjon av metodevalget.

I et fenomenologiske perspektiv antas det at det finnes mange ulike realiteter, og forsvares med at realitetens konsept bare er interessant og meningsfull dersom vi skjønner den fra subjektets erfaring og forklaring. (Justesen. et.al., 2012, s.141) Denne oppgaven forsøker nemlig å se på den endrende legerollen ut fra innflytelsesrike informanter som har mye erfaring og kunnskap i fagområdet sitt. Med dette kan informeres at formålet i studiet er ikke å generalisere resultatet.

I en kvalitativ forskningsmetode kan intervju anvendes både som hovedmateriale og som bimeteriale for å hente inn kunnskap. (Dalen, 2011, s.14) I denne oppgaven har valget vært naturlig å bruke innsamlet intervjumateriale som hovedmateriale i og med at forskningen har et eksplorerende forskningsdesign.

Et intervju i kvalitativ forskningsmetode kan ha ulike strukturer. Den kan være helt strukturert og kun gi rom for forhåndsbestemte subkategorieriske svar, eller være helt ustrukturert. (Dalen, 2011, s.14) For denne oppgaven har det vært naturlig å ha et semi-strukturert intervju som er noe i mellom ovennevnte. Semi-strukturert intervju metode åpner rom for egne innvendinger fra informantens side, men hovedtemaet er bestemt av forskeren. Denne strukturformen forsøker bevisst å få alle informantene til å fundere på samme spørsmål for å kunne få de til å svare på samme spørsmål. (Dalen, 2011, s.26)

Utfordringen og samtidig spenningen i denne oppgaven har vært kategorisering av tema. Grunn for dette har vært informantens høye engasjement i fagfeltet sitt. Mønsteret i intervjuene har til tider båret preg av informantens bakgrunn, det vil si at synspunktet deres er forsterket av deres bakgrunn.

3.1 Validitet og reliabilitet

Validitet referer til om omfanget til studiefunnet faktisk undersøker det den har til hensikt å undersøke. (Justesen&Mik-Meyer, 2012) Mens reliabilitet referer til hvilken grad studiets metodologi er veldefinert, om en annens gjentakelse av undersøkelsen ville ha ført til samme resultat.

Validiteten i denne oppgaven er forsterket ved at deltakere i studiet består av personer med mye kunnskap og erfaring innen fagfeltet. (Justesen&Mik-Meyer, 2012)

Reliabiliteten i oppgaven er forsøkt å bevares ved å bruk av lydopptak og grundig transkripsjon av intervjuene.

3.2 Intervju

Intervju betyr en utveksling av synspunkter mellom to personer som konverserer om samme tema (Dalen,2011, s.13)

Målet med et intervju er å samle informasjon på en beskrivende og fyldig måte. Om hvordan mennesker opplever ulike sider av en sak. Et kvalitativt intervju er velegnet til å oppnå informasjon av informantenes egne erfaringer, tanker og følelser. (Dalen, 2011)

Et intervju kan være strukturert, semi-strukturert eller helt uformell. Valget av strukturtypen avhenges av temaet forskeren har og hvem han intervjuer. (Dalen, 2011,s.26)

I semi-strukturert intervju er intervjuformen karakterisert slik at intervjueren har en intervjuguide som er laget på forhånd. I denne guiden er hovedtemaene satt opp i en bestemt rekkefølge. Samtidig er det rom for avvik fra det som er intervjuguiden dersom uforventet interessant tema dukker opp. Formålet med en intervjuguide er å få alle deltakere til å reflektere over samme spørsmål. (Bryman,2004, s.321) (Justesen et.al., 2012) Intervjuguiden i denne oppgaven er lagt ved som vedlegg 1.

Det finnes ulike teknikker for utførelsen av semi-strukturert intervju som påvirker resultatet. Den kunnskapen som forskeren allerede sitter med er like viktig som hva hun vil vite. Hva du vil vite bestemmer hvilke spørsmål du vil stille. Hva en allerede vet, vil bestemme måten spørsmålene blir stilt på. (Dalen, 2011, s.25) For å være forberedt til intervjuet i studiet er det blitt gjennomgått ulike litteratur om selve prosessen. Samtidig som bakgrunnsinformasjon om informantene er gjennomgått før selve intervjuet.

3.3 Hva er elite- intervjuing

Elite intervju vil si å intervju personer med høy kompetanse innen sitt fagfelt. Dette er for å høre om akkurat disse personenes syn, mening og erfaring.

Begrepet elite intervjuing kan genere en del forvirring. I standard intervju er det forskeren som definerer spørsmålet og problemet, han ser på svar innen rekkevidden som finner plass i hans/hennes forventning. Mens i elite intervjuing er forskeren villig og ofte ivrig til å la den som blir intervjuet lære ham hva problemet, spørsmålet og situasjonen er. Dette er blant annet fordi personer som har nok kunnskap i sitt fagfelt ikke ville akseptert antakelser som forskeren starter med; de insisterer på å forklare situasjonen og hva det virkelige problemet er. (Dalen, 2011)

3.4 Elite- intervjuing, Gjennomføring

Mange faktorer er sentrale når det gjelder å gjennomføre et korrekt eliteintervju. For å kunne oppnå validitet og reliabilitet i data fra elite intervjuing må forskeren være godt forberedt, lage lydopptak, etablere et forhold med respondentene, vite framgangsmåten på å skrive notater og kode respondenten akkurat og konsekvent. (Goldstein&Kenneth, 2003, s.669). Forbedring av disse vil føre til at data materialet inneholder mindre målingsfeil. Likevel er ingen av disse evnene til nytte dersom en ikke kan få til intervju. Med andre ord er det viktig 'komme inn døren' og få tilgang til subjektet. I hovedsak er det å få tak i respondenten mer 'kunst' enn vitenskap. (Goldstein et.al., 2003, s.670). Som forsker var jeg heldig med å få positivt respons fra alle informantene jeg kontaktet. Informantene har på forhånd fått e-post med liste over spørsmålene. Informantene fikk muligheten til å gå gjennom det som er skrevet for å kunne rette på eventuelle feiltakelser. De fikk samtidig muligheten til å trekke seg dersom det var ønskelig.

3.5 Informantenes bakgrunn

I dette studiet består deltakerne av samfunnsmarkante personer med sterke meninger og lang erfaring. Deltakende er personer med sterkt engasjement til det som opptar dem daglig. Informantene i dette studiet består av personer i 60-80 år. Begrunnelsen er at disse er erfarne og har vært med på endringene i legerollen.

3.6 Informasjon om informantene

Sju personer ble dybdeintervjuet i denne oppgaven. Seks av dem er medisinere, hvorav to av dem har hatt et karrier skifte rettet mot økonomi faget. Det er kun *en* informant uten medisinsk bakgrunn. Fire av dem har hatt medisinsk bakgrunn uten karriereskiftet mot økonomifaget. De vil bli omtalt som kliniske ledere. To resterende med klinisk bakgrunn har fått tittelen ledere fordi de ikke praktiserer medisin lenger, og har hatt videreutdanningen i retning av økonomifaget. Den siste informanten, uten klinisk bakgrunn, vil bli omtalt som administrativ leder. Totalt består informantene av fire kliniske ledere, to ledere og en administrativ leder. Det er en oversikt over informantene i tabell 2.

Tabell med oversikt over informantene

Tittel	Bakgrunn
Klinisk leder	Kvinne
Klinisk leder	Mann
Klinisk leder	Mann
Klinisk leder	Mann
Leder	Kvinne
Leder	Mann
Administrativ leder	Kvinne

Tabell.2 Oversikt over informantene

3.7 Fremstilling og behandling av data

Med tillatelse av informantene ble det tatt opp lydopptak av hele intervjuet. Dette ble gjort ved bruk av MAC og mobiltelefon. Grunnen for bruk av to ulike verktøy var for å unngå tekniske problemer. All lagret data vil bli slettet ved prosjektets sluttdato som fra prosjektets start har vært lagret på personlig passord beskyttet PC.

3.8 Framstilling av data

De tre første opptakene ble transkribert allerede før de andre intervjuene fant sted og dermed brukt som hjelpemiddel i de kommende intervjuer. Det aller siste intervjuet fant sted med langt mellomrom fra de seks første. Som forsker merket jeg i ettertid at jeg hadde opplagt mer dialog med den siste informanten enn de seks første. Intervjuene varte 60-90 minutter i lengden og ble transkribert ordrett. Enkelte justering av sitater måtte til for å få til helhetlige setninger underveis uten å forandre på den sanne meningen av innholdet. Etter å ha transkribert alle syv intervjuer ble arbeidet med analysering satt i verk. I første omgang ble alt innsamlet materiale lest gjennom gjentatte ganger for å få en full oversikt og finne muligheten til finne et mønster i dataen. Etter gjentatte forsøk på kategorisering ble dataen kategorisert tematisk delt i seks sjangere. Av 110 sider med transkripsjon ble i underkant av 17 sider valgt til bruk. Den endelige analysen er framstilt i seks representative temaer. Det vil bli innledet med endringer i spesialist helsetjenesten. I andre omgang vil finansieringssystemets innvirkning bli et tema. Legers autonomi er påfølgende tema. Videre er leger og klinisk ledelse et tema. Den femte sjangeren er ledelse på sykehuset. I siste del er samarbeid og kommunikasjon hovedtema.

Kapittel 4.Resultat/Analyse

4.1 Endringer i styring av spesialisthelsetjenesten

I denne delen blir informantenes mening rundt endringer av styring i spesialisthelsetjenesten framstilt. Først vil det bli gitt en kort beskrivelse av styringen i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten i Norge er modifisert av en serie av lover som spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, psykisk helsevernloven osv. I 2001 oppstod det store forandringer i organisering av sekundærhelsetjenesten. (Braut, 2009). Ansvaret for denne delen av helsetjenester som var underordnet hos fylkeskommune ble flyttet over til staten ved de regionale helseforetak(RHF). Fra og med 1.januar 2002 overtok RHF ansvaret for spesialisthelsetjenestene. (Braut, 2009). Lange ventelister og store og økte kostander i helsetjenesten var en av grunnene for den statlige overtakelsen. (Myrland, 2014, s.48). Regionale helseforetak er eiere av helseforetakene, og staten eier de regionale helseforetakene gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene er selv ansvarlig for ressursfordeling mellom ulike helseforetak. Hvert helseforetak har sine egne rettigheter med handlingsevne. (Braut, 2009) Selv om helseforetakene er definert som egne rettssubjekter, så har staten det økonomiske ansvaret for helseforetakene. (Braut, 2009) Formålet med en nasjonalisering av sykehusene var effektivisering av dem (Myrland, 2014). Et av tiltakene som ble satt i gang for dette var profesjonalisering av ledelse på sykehusene. (Myrland, 2014). Foretaksmodellen fra år 2001 og Innsatsstyrt finansiering fra 1977 har bidratt til sykehuset blir tvunget i en økonomisk rasjonalitet. (Hagen & Tjerbo, 2014, kap.10)

Denne delen vil omfatte interessante synspunkter om omorganiseringsprosessen blant informantene.

I det følgende beskriver informanten omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten som en årsak til legers tapte innflytelse gjennom årene. Han fremstiller leger som en brikke i det nye systemet som et resultat av den statlige overtakelsen av sykehusene. Han forteller at en slik organisering har forårsaket gradvise endringer av legerollen som tvinger legen i en rolle som funksjonær.

[“..Leger blir lik en brikke i systemet. Det har skjedd en gradvis endring av legenes rolle i de nye helseforetakene. Du ser at leger blir mer funksjonærer, at de blir som en liten brikke i systemet. Deres innflytelse blir mindre og mindre.”] Klinisk leder

Neste utsagn beskriver informantens frustrasjon over organiseringen av dagens sykehus. Kritisk sammenligner hun dagens sykehus med fabrikk og pasienter som et produkt som følge av endringene. Hun sammenligner dagens sykehus med en hvilken som helst bedrift som har til hensikt å tjene inn penger og forårsaker at det blir mindre tid til pasientbehandling. Hun sier følgende:

[“..vi ser jo eksempler på norske sykehusadministrasjoner som prøver å lede som om det gjaldt en fabrikk, med pasientene som produkter eller varer. Vi skal tjene mest mulig penger. Noen systemer er absurde. Avdelingene skal fakturere hverandre, alt blir tidkrevende og dermed kjempedyrt. Det skal rapporteres på en rekke elektroniske skjema. Vi får ikke nok tid til å bruke tid på pasientene.”] Klinisk leder

I det følgende beskriver en annen informant sin forståelse av det som har foregått i sykehusene de siste 20 årene. Han begynner med å fortelle at dagens sykehus har utviklet seg betraktelig i de siste årene som følge av endringer i produksjonsmidlene på sykehusene. Den betydelige utviklingen i teknologien har ført til endringer i bruk av produksjonsmidler. Produksjonsmidler er definert som råvarer og arbeidsmidler(verktøy, maskiner, etc.)

arbeidskraft osv. I et sykehus består produksjonsmidlene av de fysiske arbeidsmidler og arbeidskraft fra de ansatte. Med videreutvikling i faget har produksjonsmidlene på sykehusene endret seg betraktelig. Håndtering av ulike arbeidsmidler påkrevde ulike former for kompetanse. I følgende forteller informanten om betydningen av produksjonsmidler og om hvordan redskapen anvendes. Han forklarer at ledelsesstrukturen endres samtidig som produksjonsmidlene endres. Han hevder at bare for 20 år tilbake var ikke bruken av masse teknologi innbefattet i pasientbehandlingen. Med en utvikling i teknologien blir sykehuset brått avhengig av et sammensatt personale. En slik endring krever en ytterligere form for lederkompetanse og ledelsesstruktur enn det som legen klarer å håndtere på egen hånd.

[“..Produksjonsmidlene er både utstyret og personalet. Hvis du går tilbake til de siste 20 årene så har masse behandlinger av pasienter blitt avhengig av masse avansert teknologi, som krever også en annen sammensetning av personalet. Det er klart at når produksjonsmidler forandrer seg på den måten så vil det også være nødvendig å ha en annen lederkompetanse og lederstruktur.”] Klinisk leder

Videre sammenligner informanten endringen i helsevesenet med den industrielle revolusjonen, hvor den økte framgangen i faget og teknologien har bidratt til bruk av avanserte maskiner. Han forklarer at styring av disse maskinene krever en spesiell form for kompetanse som avviker fra det som engang var en såkalt ``håndverker`` jobb. Han forteller at hovedutfordringen dagens sykehus står ovenfor er samspillet mellom de forskjellige arbeidsgruppene på sykehuset. Koordineringen av arbeidet krever en styring som klarer å få til et godt samspill. Han utdyper følgende:

[“..Og det er i den brytningen helsevesenet er. Situasjonen i helsevesenet ligner mye på den industrielle revolusjonen i vareproduksjonen. Når du blir avhengig av avanserte maskiner, da trenger du en annen form for kompetanse. Du trenger arbeidere som ikke er håndverkere, men som da har en annen kompetanse. Da er det å kunne styre samspillet mellom dem krevende. Da blir det behov for en annen type ledelse, og det er akkurat det vi er inne i sykehusene idag.”] Klinisk leder

Neste informant utdyper ovennevnte informants påstand med å fortelle om at dagens sykehus har blitt avhengig av flere andre profesjoner enn bare leger som engang var den eneste og viktigste parten i utføring av arbeidsoppgavene på sykehuset. Han forteller at dagens 3-delte sykehus består av 30-40 yrkesgrupper som sammen bidrar til totalkompetansen på sykehuset. Videre beskriver han at behovet for gjensidig respekt er sterkt ønsket med økt grad av mangfoldighet i yrkesgruppene. ²

[“.. Dagens medisin er avhengig av mange forskjellige profesjoner. Det moderne sykehus har utviklet seg fra det 3-delte sykehus til sykehus med flere enn 30-40 spesialiteter og profesjoner. Samhandlingen mellom disse representerer totalkompetansen på sykehuset. Det krever en respekt for de forskjellige profesjonene og gode kommunikasjonslinjer.”] Klinisk leder

Informanten som innledningsvis beskrev leger som funksjonærer ble spurt om hva endringene ville føre til. Han svarte at en slik endring vil koste i lengden. Han forklarte at innblanding av jurister og økonomer gjør at det blir mange rapporteringskrav som videre forårsaker mindre tid til pasientbehandling. Informanten mente at en slik utvikling vil ha konsekvenser som samfunnet ikke er klar over. Innblanding av jurister, økonomer gjør at legen lenger ikke styrer alene. Legens hovedfokus som er pasient blir stadig mindre som følge av tiden han bruker til å rapportere til ulike organer. Han beskriver sin frustrasjon som følgende:

[“..Det er veldig trist. Det er noe som man kommer til å betale for, ikke veldig kortsiktig men over lang sikt kommer man til å betale for det. Det som har skjedd, det er at du har fått inn en helt glavalag som jeg kaller det, med økonomer og jurister og alle mulige greier. De gir da beskjed nedover og alt skal ha rapporteres oppover. Sånn at du har fått et lag som sitter og bestemmer. Det som skjer er at de som sitter og bestemmer får et stort behov for rapporter fra grasrota og det er først og fremst fra legene. Leger må da bruke mer tid på å skaffe data, skaffe grunnlagsmateriale for at de som sitter ovenfor og skal ha rapporter. Sånn at det blir mindre tid til pasienter, forskning og undervisning.”] Klinisk leder

Informanten som har brukt hovedandel av karrieren sin på å forske, ser på forskning som en nødvending og nyttig del av medisinen som videre gir direkte implikasjoner for en god

²Med en 3-delt sykehus hentyder informanten til topledelse, mellomledelse og den operative kjernen.

pasientbehandling. Han sier at det er nødvendig med forskning i medisinen for å kunne tilby gode behandlinger. Informanten som selv har vært en stor bidragsgeber for utviklingen av indremedisin viste sin bekymring i henhold til den tapte interessen for forskningen blant dagens leger. I spørsmål om hvordan forskningen har utviklet seg svarer han med at utviklingen har hatt både positive og negative innvirkninger. Det positive har ført til at det mer orden og system i arbeidet, men samtidig som det har blitt vanskelig å få medisinerere til å bli engasjert i medisinen. Systemet har ført til at leger ikke har drivkraft til forskning lenger.

[“Den har utviklet seg på en måte i positiv retning. At det har blitt mer orden og system. Og på en annen måte så er det tendens på at det er vanskeligere få med seg folk, få de engasjert. Det er en av mine bekymringer i helsevesenet nå. Det er å ta bort en spesiell del av legens overskudd og interesse for å både jobbe med forskning og faget.”] Klinisk leder

Informanten fremmet sin bekymring for den reduserte interessen for forskning av kollegaer. Han mente den tapte autonomien hos leger er en av årsakene til at leger mister interessen for forskning. Han forteller at samfunnet har bidratt til at mennesker tenker mer på seg selv og tidsbruken sin. Han selv tilhører generasjonen som bruker overskuddet sitt til faget, mens dagens generasjon med en tapt autonomi vil lenger ikke bruke like mye tid på forskning som hans generasjon gjorde. Han utdyper som følgende:

[“.. Jeg oppfatter det at legene er blitt mer interessert i å holde på fritida si enn på forskning og utdanning. Altså hører jeg med til den generasjonen hvor det sitter så grunnleggende at jeg fortsatt gjør det. Jeg sitter her og bruker kvelda mine, helger og i fritida mi. Men yngre kollegaer gjør ikke det lenger.”] Klinisk leder

I spørsmål om hvordan leger kunne bli mindre interessert i forskning som følge av mindre autonomi utdyper han graden av herredømme over hverdagen som har minket med årene. Dagens system har ført til at leger bruker større tid på rapporteringsarbeid. Et slikt rapporteringskrav overvåker legers arbeid og gir mer overvåkingskontroll til arbeidsgiver. Dersom legen kunne styre egen hverdag, ville de ha hatt enda mer tilfredstillende følelse som utrettet at de fikk overskudd til å utvikle faget. Han tilføyer at det ikke ligger noe økonomisk insentiv i det, men en følelse av herredømme som gir overskudd til utvikling av faget.

[“..Det går på det at du har en følelse av du har herredømme over din egen dag. Det har vært en gradvis endring av legenes rolle. Tidligere var legene svært autonome, der du hadde tid til å styre din egen hverdag med faget og pasientene i fokus, mens andre nå i langt større grad styrer din hverdag og det settes krav til alle mulige rapporter som stjeler tid fra kjerneoppgavene. Noe av kjernen i omleggingen vi ser er arbeidsgivers behov for kontroll, bl.a. økonomisk kontroll og behov for å definere hva som skal gjøres og ikke gjøres. Jeg har bl.a. mistanke om at mange tror legene kun er ute etter økonomisk profitt, men det er ikke riktig. Ved at du styrer din egen hverdag får du tilfredstillelsen at du er med på å utvikle et faget. Finner nye resultater nye måter å behandle på. Det ligger en sånn grunnleggende verdi å tilfredsstille det, du trenger ikke noe økonomisk insentiv til det.”] Klinisk leder

Bekymringen rundt forskning var ikke bare tema hos den kliniske lederen. Den administrative lederen begrunnet sin bekymring rundt forskning som følge av regjeringsskiftet. Nåværende regjering jobber for å øke tilbudet av kjøp av private helsetjenester. Med en økning av private virksomheter vil det offentlige sykehus møte utfordrende konkurranse mot de private. Et privat sykehus som kun er i drift på dagtid kan tiltrekke seg flere arbeidstakere enn et sykehus som behøver turnusarbeid hvor arbeiderne er nødt til å jobbe på ulike vakter. En slik tilnærming er truende med tanke på at et universitetssykehus jobber aktivt med forskning og utvikling. Informantens bekymring var rettet mot måten universitetssykehuset kunne tape arbeidstakere i konkurranse mot det private marked, med tanke på at det kan utvikles flere private virksomheter i framtiden.

[“..Vi kommer til å kjøpe mer tjenester fra de private og alle de private leverandørene. Da får du et marked som også risikerer at vi tappes for flinke folk. De tilbyr bedre vilkår som dagarbeid, og bedre lønn og mer tilrettelagte arbeidsforhold. Her er det jo undervisning, det er døgneredskap, så det er en bekymring.”] Administrativ leder

4.2 *Finansiering systemets påvirkning*

I denne delen er økonomi og finansieringen av sykehuset tema blant informantene. Det innledes med en innsikt av dagens finansieringssystem før informantenes synspunkter kommer til grunn.

Det er bearbeidet ulike risiko justeringsmekanismer i ulike land, alt etter å tilpasse landets helsetjeneste plan. Disse ulike planene er modellert basert på forholdene i landet. Alt ifra folketallet, geografisk beliggenhet, til hvilken politisk styring som landet har. Som ofte er det endelige formålet med en slik plan å sikre kontroll over utgiftene. Den kommende intensjonen er å sikre nødvendige helsetjenester til befolkningen. (Rice N, & Smith P, 1999)

Aktivitetsbasert finansiering er foretrukket i en situasjon med eksistens av interessekonflikter mellom den som utfører tjenester og den som betaler for disse tjenestene. (Hagen, 2005:5, 2005) I aktivitetsbasert finansieringssystem er tjenesteproducentens aktivitet direkte koblet, mens i rammefinansiering er det en indirekte sammenheng mellom aktiviteten og inntekten.

DRG- står for *diagnose relaterte grupper* som er en form for aktivitetsbasert finansiering. Med et DRG-system stimuleres det til en effektiv drift ved sykehusene. (Hagen, 2005:5, 2005) I DRG-systemet blir faren med kostnadsoverskridelser fordelt på tjenesteleverandøren som i dette tilfellet er sykehuset. Samtidig kan et slikt system gi insentiver til kvalitetsreduksjon, noe som gjør at leverandøren retter fokus mot volumet av tjenesten isteden for kvaliteten av den. (Hagen, 2005:5, 2005)

DRG-systemet har en nokså fullkommen oversikt over de ulike diagnoser med egne koder. Dette gjør det mulig for finansøren å holde oversikt over de ulike kostandene, og dermed mulighet til å sammenligne de ulike sykehusene de finansierer. Dette tiltaket er et markedstilpasset tiltak for å innføre konkurranse mellom sykehusene. Konkurranse er begrunnet med økt effektivitet både i forhold til aktivitet og kostand. (Hagen, 2005:5, 2005)

I det følgende vil informantenes meninger som direkte er rettet mot finansieringssystemet bli presentert.

Den kliniske lederen starter med å fortelle om sin erfaring fra barselavdelingen. Hun forteller at de idag sender sjanglete, svimle enslige mødre hjem med tvillinger. I stedet for å stille opp, blir de nødt til å skrive ut pasienter fordi de på sykehuset ofte er så firkantet. Hun som har jobbet på sykehuset over 25år forteller at hun før hadde muligheten til å kunne bestemme når pasienten var utskrivningsklar. Måten sykehusets økonomi styres idag har tatt makten fra leger og begrenser deres beslutninger. Hun uttaler seg som følgende:

[“..Jeg jobbet mye på fødeavdeling. Før når du fødte barn så fikk du bli på barselavdeling til du hadde kommet deg. Blodprosenten begynte å stige, du klarte å tisse greit, ammingen var i gang og barnet hadde begynt å legge på seg. Men fordi avdelingen ikke får penger for hver dag kvinnen er på barsel ”lønner” det ikke seg lenger å beholde dem. Nå hiver vi henne ut så fort som mulig, ofte etter to dager eller mindre. Hvis mor eller barn får komplikasjoner som kunne ha vært unngått ved lengre tid med profesjonell omsorg, kan de legges inn igjen. Da kommer det inn nye penger. Så på den måten synes jeg økonomien har tatt litt makten fra oss, systemet og økonomien.”] Klinisk leder

Hun utfyller påstanden om betaling for tilleggsdiagnose med forklaring av DRG-systemet. Hun forteller at hver diagnose utløser et bestemt beløp med penger, og dersom pasienten har flere diagnoser vil det utløse mer penger.

[“..Hvis du er innlagt for et hjerteinfarkt, så er det diagnosen din. Fint nok, da det gir mye penger til sykehuset. Men hvis man kan huske å få med seg at pasienten hadde feber en dag, en urinveisinfeksjon og kanskje litt utslett på ryggen, og setter det opp med mange-sifrede diagnosekoder, så gir det ennå mer penger.”] Klinisk leder

Informanten som har jobbet på kvinneklinikken i mange år har vært vitne til store endringer underveis. Hun forteller at presset har økt betydelige med årene. Med tiden har hun opplevd større press fra systemet. I starten kunne hun som lege ta vare på pasienten og gi omsorgen som pasienten trengte. Hun forteller at pasienter i dagens sykehus må rett hjem etter å ha fått behandlingen.

[“.. Vi merker jo piskene over nakken. At pasientene skal ut, ut, ut!

Bare de 25 årene jeg har vært på sykehuset er det jo svært stor forskjell. Hvis du ble innlagt med en eller annen lidelse, ble du utredet, behandlet, kanskje operert. Så fikk du tid til å komme deg under kyndig tilsyn før du ble utskrevet. Pasientene lå på sykehuset mens man klodde seg i hodet, kikket til vedkommende - kanskje mange ganger - og vurderte. Det var tid til å tråle pasienten. Nå er inn og ut så fort så mulig.”] Klinisk leder

Informanten forteller at leger har autonomi i henhold til valg av behandling som ytes til pasienter. Presset er mer tydelig som følge av tidspresset som er styrt av systemet på grunn av finansieringen. Samtidig som det brukes mer ressurser på det administrative. Hun mener at dette er en feilfordeling av ressurser som blir brukt på sykehusene. Hun er frustrert over at leger skal måtte gjennomgå journaler for å finne tilleggsdiagnoser slik at det gir mere betaling.

[“.. Som leger har vi jo autonomi i forhold til om vi vil anbefale en operasjon, hvilke medikamenter eller annen behandling som er aktuelt, men det blir stadig mindre tid med pasientene. Vi pålegges å få dem fort ut, mens vi skal brukes stadig mer tid på dokumentasjon og administrasjon. Legene skal for eksempel sitte og gjennomgå journaler for å lete etter tilleggsdiagnoser som kan gi økt utbetaling.”] Klinisk leder

Neste informant er svært oppgitt av økonomenes betydning på sykehuset. Han viser til forståelsen av økonomi på makronivå, men samtidig synes han at det har gått for langt når økonomistyringen skal brukes på seksjonsnivå på sykehuset. Seksjonsnivået er det nederste nivå etter klinikk og avdelingsnivå. Han beskriver frustrasjon i det kommende, og forteller at økonomiens betydning er svært overvurdert i forhold til det som sykehuset egentlig burde fokusere på som er pasienten.

[“..Du kan si at økonomer er viktige i forhold til å se på det store bilde på hvordan ting drives og analyserer det. Men det er en svær begrensning i hvor mye de kan gjøre og hvor mye innflytelse de kan ha. Det har gått altfor langt. Det med inntektssystemet, er basert på DRG og det brukes helt på avdelingsnivå. Alle som møter på dette synes dette er meningsløst. Det kommer jo presset til og med ned på seksjonsnivået. Det blir helt galt, spør du meg. Så økonomens betydning er betydelig overvurdert her.”] Klinisk leder

Som følge av den ovennevnte forklaring, spurte jeg den administrative lederen om bruken av DRG og betydningen av den i praksis.

Den administrative lederen beskrev grunnlaget for DRG-systemet og belyste at et slikt system ikke er ordnet for å trekkes ned i avdelingsnivå. Hun forklarte at modellen på finansieringssystemet ikke skulle påvirke pasientbehandlingen. En slik finanserings modell er overordnet for å kunne beregne aktivitetsnivået på et nasjonalt nivå og bør ikke tas i bruk på enkeltsengepost. Hun svarte følgende:

[“..Det er bekymring at det trekkes altfor langt ned i systemet. For klinikkene får budsjettene i utgangspunktet på produksjonen. Altså hvor mye helsetjeneste produseres, og i det DRG-regnskapet blir antall behandlet pasienter omregnet. Men de skal ikke drive å tenke på det. De skal se på aktiviteten og ikke DRG-en. For DRG-systemet er ikke egnet for å se på inntekt og utgifter på den enkelte sengepost. Det er fordelingsats, og for fordeling på nasjonalt nivå, ikke måling på enkelte enheter.”] administrativ leder

I spørsmål om hvorfor rammefinansiering ikke var den eneste formen for finansiering på sykehusene, svarte den administrative lederens at en slik finansieringssystem førte til lange sykehuskøer, siden det var i orden å ha pasienten liggende på sykehuset. For å få til flere pasientbehandlinger, ble bruk av aktivitetsbasert finansiering satt i gang. Hun mente at det kanskje hadde gått for langt med å øke andelen av aktivitet basert finansiering fra årsskiftet.

[“..Det som skjedde den gangen med rammefinansiering var at det veldig ofte ble til at pasienter ble liggende i senga. For det var greit å ha pasienten liggende i senga, de sendte ikke ut pasienten. For å få mer tempo var det antakelig riktig å ha noe som var aktivitets finansiert. Men det har kanskje gått litt for langt, og nå har de jo økt andelen som er aktivitets finansiert fra årsskiftet.”] Administrativ leder

På spørsmål om det fantes mulighet for å gå tilbake til rammebasert finansieringssystem dersom legeförening gikk inn for det, klargjorde informanten for betydningen av den eksisterende regjeringen. Med et regjeringsskifte er det høyere fokus på det private marked. Med Høyre og Fremskrittspartiet i regjeringen er bruken av konkurranse i markedet mer ettertraktet, og legers ønske om en rammefinansiering vil i dette tilfelle være politisk utenkelig.

[“..Nei, legeföreningen er bare en av mange spillere her. Regjeringen nå har jo mye større fokus på markedet enn forrige så det kan ikke jeg tenke meg at er politisk mulig i det hele tatt.”] Administrativ leder

Neste informant forteller hvorfor leger ikke alltid kan treffe alle beslutninger på sykehusene. Informant fremmet et eksempel som beskriver begrensingen av ressursene. Han forklarte at selv om en behandlingstype er best for en pasientgruppe betyr det nødvendigvis ikke at det er anledning til å utføre den type behandling i Norge. Og at det er andre yrkesgrupper som også bidrar med faglig kunnskap for framdriften av helsetjenesten. Han forteller følgende:

[“.. La oss si at en internasjonal faglig organisasjon, for eksempel “European Society of Cardiology”, har sagt pasienter med bestemte symptomer skal undersøkes og behandles på en bestemt måte. Dette betyr ikke nødvendigvis at vi i norsk helsetjeneste har nok ressurser til å etterleve retningslinjene. Man må selvfølgelig forstå at andre yrkesgrupper har også viktig bidrag i helsetjenesten. Helsetjenesten består ikke bare av leger.”] Leder

4.3 Legers autonomi

Utviklingen i faget og teknologien har satt tydelige spor på legeprofesjonens autonomi i sykehusene. Selv om den teknologiske og medisinske utviklingen har gitt grunnlaget for en bedre pasientbehandling, har den også hatt noen negative innvirkninger på legers autonomi. I denne delen vil legers autonomi bli et tema blant informantene.

I kommende forteller informanten at legeautonomien er truet i dagens sykehus. Informanten beskriver legers autonomi som håndverker autonomi. Han forteller at når håndverkeren blir avhengig av andre for å utføre jobben, så mister han automatisk autonomien han hadde da han behersket oppgaven alene, noe som truer autonomien hans. Han forteller at dette gjelder både leger og andre profesjoner.

[“.. Legenes autonomi er truet i denne situasjonen. For det er jo klart at legenes autonomi er en håndverker autonomi. Dess enklere teknologien er, jo viktigere jo blir individene. Straks du innfører masse teknologi som du åpenbart ikke kan beherske alene så forsvinner jo din autonomi. Det starter allerede på operasjonsstuen. Plutselig blir du avhengig av masse andre mennesker. Og de blir viktigere og viktigere. Dette gjelder både leger og andre profesjoner!”] Klinisk leder

I følge informanten fantens ikke dagens IT-avdelingen for 30 år tilbake som idag finner sted i alle dagnes sykehus. Idag er IT-avdelingen helt nødvendig for virksomhetens drift. Med dette forteller informanten kun om veksten i IT og kommunikasjonsavdeling, og tilføyer at det også er vekst i andre områder i medisinen. Med deltakelse av flere yrkesgrupper mister leger mye av autonomien som de hadde den gang de var de eneste drivere av sykehusene.

[“..Bare for 20 år tilbake, så tror jeg IT-avdelingen på (sykehuset) bestod bare av to personer, og bare for 30 år siden tilbake fantes det ikke IT-avdeling i det hele tatt. Nå er de overalt. Hele logistikken og alt utstyret vi har på våre operasjonsstuer kommuniserer med hverandre helt avhengig av IT. Ganske sofistikerte strukturer som selvfølgelig skal vedlikeholdes, kontrolleres og styres. Dette er jo bare på kommunikasjon og IT siden. Det samme gjelder masse andre områder i medisinen.”] Klinisk leder

Videre begrunner han legers tapte autonomi som følge av behovet for flere kompetanser på sykehusene. Han forteller at i hans avdeling er over halvparten av staben fysikere som jobber med tekniske-bilde-utstyret.

[*“..I min avdeling er halve staben fysikere som jobber med bilder og alt det faglige bildeutstyret skal håndteres på. Det er klart at da legen ikke egentlig autonom da.”*] Klinisk leder

I spørsmål om legers autonomi, og om hvorvidt leger har herredømme over sitt arbeid forklarer den administrative lederen at sykehuset er offentlig styrt, med lover og regler tilpasset til å bevare pasientens behov. Hun forteller at samfunnet består av regler som må kunne følges av alle uavhengig av profesjon eller virksomhet. Hun plasserer leger med andre yrkesgrupper og forteller at de har like mye rettigheter som andre yrkesgrupper. Slike bestemmelser må kunne aksepteres som følge av være medlem av samfunnet.

[*“..Det er full frihet til å si ifra og melde ifra. Når det gjelder avvikssystemet, så må de kunne tilpasse seg som alle andre, det er spilleregler i et samfunn. De på klinikknivå må også kunne akseptere rammene de har å jobbe med. Dette gjelder både i forhold til pasienter og økonomi.”*] Administrativ leder

Den administrative lederen utdypet at *det nå* arbeides med et såkalt *standard prosedyre forløp* på sykehuset. Dette er bearbeidet for å få til en mer effektiv behandlingsprosedyre. Det arbeides for å få til en bedre og raskere pasientbehandling fra det øyeblikket pasienten blir henvist til vedkommende får nødvendig behandling på sykehuset. Et godt eksempel på denne standardiserte prosedyren er behandling av brystkreft pasienter. Med denne prosedyren har sykehuset fått til at det nå kun skal ta 48 timer fra pasienten blir henvist fra legen inntil hun får behandling. I bearbeidelsen av en slik prosedyre er ulike yrkesgrupper involvert for å få til et effektivt tilbud . Det kan noen ganger forekomme at leger ikke er enige med det som fremtrer i prosedyren. I spørsmål om hvorvidt leger kan føle seg presset av systemet, og ikke kunne være i stand til å yte det faget deres påkrever svarer informantene som følgende med en innledning av pasientforløpsarbeidet:

[“..Når det gjelder enkeltpasientene så skal ikke økonomien komme i bildet, da må man se hva som er best for den pasienten. Det jobbes nå med et forløp. Altså har du en standard prosedyre for et forløp, pasientforløpsarbeidet kalles det. Det jobbes mye for å få lagt til et bedre forløp for pasienten. Fra pasienten blir henvist til pasienten blir behandlet skal det gå ganske raskt. Det er sånn standardiserte forløp som passer de fleste pasientene, antagelig 80-90 %. Da er leger, sjukepleiere og administratorer alle med på i håndtering av pasienten. De er med på å finne et forløp for å spare tid, og være effektive. Prøvene kommer på rett tidspunkt, røntgen bilder tas riktig i forhold til forløpet. Brystkreft for eksempel; fra pasienten blir henvist til de får tilbakemelding fra oss om time, så skal ta mindre enn 48 timer. Og da kan ikke leger melde seg ut, det mener jeg. Det er pasienten som er i fokus, hva som er best for pasienten bør gjøres. Hvis det er omforent faglig om at det løpet er best for pasienten, så må de kunne samarbeide. Det er noen som ønsker å melde seg ut, og det synes ikke jeg er akseptabelt.”] Administrativ leder

Standardisert pasientforløp er tilpasset majoriteten av pasientene på sykehuset. Det vil alltid være pasienter som avviker fra dette forløpet, pasienter som krever en mer omfattende prosedyre. I spørsmål om hvordan de resterende skal utredes, svarte informantene med at de som ikke passer inn i *standard prosedyre* prosessen vil få et individuelt opplegg.

[“Ja, da må da ha et individuelt opplegg, og da har du tverrfaglige grupper som sier at her trenges det noe annet enn standard forløp tilbyr.”] Administrativ leder

Informanten påpekte at leger som alle andre i samfunnet må kunne godta betingelsene og regler som finner sted i samfunnet. En lege kan ikke lenger bestemme noe annet fordi han ikke er enig med innførte prosedyrer.

[“.. for standardpasienten skal ikke legen bestemme og si det ikke passer meg. Den tiden er over, og det er det ikke alle som har innsett.”] Administrativ leder

Jeg refererte til eksemplet fra leger som skriver ut pasienter som de ikke mener er utskrivningsklare, og spurte om hennes mening rundt det. Hun svarte at slikt er et spørsmål om faglig forsvarlighet som legen må vurdere. Hun fortalte at de selv har holdt igjen pasienter som primærhelsetjenesten ikke ville ta imot. Videre utdyper hun med de ikke kan bestemme over primærhelsetjenestens avgjørelser. De kan bare definere pasientens behov mens tiltaket må finne sted fra førstelinjetjenesten. Hun forklarer som følgende:

[“..Det skal være en vurdering om faglig forsvarlighet, og den legen som skriver ut pasienten må vurdere om det er faglig forsvarlig eller ikke. Så her på Ullevål har vi en del fødende som har rus eller psykiske problemer, og da hender det mange ganger at blir her lenger. Fordi du ikke sender ut folk om du ikke mener det er forsvarlig. Men problemet her er at vi her ikke kan gi beskjed hva kommunen skal gjøre. Vi kan definere behovet til pasienten til førstelinjetjenesten. Det er de som bestemmer hva som skal gis, og dette er noen ganger et kjempe dilemma. At sjukehuset ikke er riktig sted lenger, men at det kreves ganske omfattende hjelp når de kommer ut. Noen ganger utsetter vi utskrivningen for å se om kommunen kommer med nok.”] Administrativ leder

Leger har som oppgave å jobbe med svært ulike pasienter i hverdagen. Alle individer er ulike, og leger må kunne beskue hver enkelt pasient for å oppfylle pasientens behov. I spørsmål om hva som kjennetegnet legeyrkets utfordring svarte kliniske leder at er en utfordring å kunne standardisere oppgaver fordi alle individer er ulike og har ulike behov. Det er vanskelig for leger å kunne levere tjenester som systemet har standardisert siden pasienter krever individuelt behandling.

[“..Det er jo å forstå utfordringen med å jobbe med mennesker. For det første så er alle individer forskjellige, og vi har den utfordringen med å skulle standardisere ting. Så det er det å både klare å forholde seg og respektere individene, forstå alle sykdommene og hele kompleksiteten ved individet. Samtidig levere tjenester til dem som utløser de akutte sykdommene.”] Klinisk leder

Neste informant, som selv har gjort et karriere skiftet mot økonomifaget, forteller at leger har en svært krevende jobb. Profesjonen må kunne oppfylle pasientens ønske samtidig som de er nødt til å ta hensyn til ulike lover og bestemmelser. Hun forteller at det er mye paradokser som leger skal kunne ta hensyn til. Hun forteller om legen som blir et brikke mellom systemet og pasienten. Hun utdyper at virkeligheten er svært vanskelig for legen som skal ta hensyn til den autonome pasienten som følge av lovbestemmelser og samtidig som de skal ta hensyn til andre krav.

[“..Leger har mye mer press. Det er utrolig mye selvmotsigelser som de skal oppfylle. Pasienter skal jo høres, pasienter har medbestemmelse, pasientene har pasientrettigheter; de skal selv være med å velge. Legene skal sitte der å høre på at pasientene velger, og så får de ikke mulighet til å få det valget på grunn av andre ting. Det er mye illusjoner her altså, fritt valg for pasienter, medbestemmelse i beslutninger, brukerbestillinger, mye honnør ord som pasientene dels har lært, og så skal legene sitte å høre. Det er ikke noe galt i honnørordene og verdiene, men de er jo litt utenfor virkeligheten, og dette er tror jeg er ganske vanskelig for mange leger.”] Leder

4.4 Leger og Klinisk ledelse

Det er kjent at leger har en egen rasjonalitet. I de følgende vil legers tankegang og klinisk ledelse bli hovedtema.

Historisk har den administrative lederen som jobber i helsetjenesten et makro perspektiv, med fokus på hovedbehovene til organisasjonen. I motsetning har den kliniske lederen³ et mikro-perspektiv, med hovedfokus på sin pasient, klientgruppe, eller servicen de yter. (Edmonstone, 2008, s.292) Noe som gjør at de ser på *rettferdighet* som følge av å ta vare på den enkelte pasient- mens den administrative leder ser på rettferdighet som følge av å ivareta behovene til en populasjon eller hele lokalsamfunnet. (Edmonstone,2008,293) Klinikere er trent og utdannet for å tenke på den enkelte og spesifikke tilfelle med sterk empati for den enkelte individ. I litteraturen er det omtalt at det ofte er en tilfeldighet at leger kommer til en ledelsesposisjon, eller fordi de vil beskytte *det kliniske miljø*. Slik at de ikke bli ledere basert på valg av karriere. Den klinisk lederen er ofte avhengig av å bli ``likt`` og respekt fra sine legelige kollegaer istedenfor å ha en hierarkisk forhold. (Edmonstone,2008,292) Dette gjør at de alltid er ansvarlig for det som de i grunn skal være ansvarlig for, samtidig som de får det formelle eller uformelle ansvaret for sine kollegaer som de representerer. Den kliniske leder kan bruke sin posisjon makt, samtidig som han kan ha innflytelse fra sin “personal power.” En slik personlig styrke er basert på deres troverdighet og integritet, sammen med tillit fra sine kolleger. Disse faktorene tillater dem å ha sine egne meninger, og gjøre de til innflytelsesrike personer. Derfor er kliniske ledere ofte betegnet som “*influence-ship*.”

I det følgende vil informantenes synspunkter bli fremstilt.

En av informantene begynner med å fortelle at leger er ganske smarte og intelligente, men legestudiet deres er bygd slik de kun lærer å pugge, og lærer å en masse detaljer i løpet av kort tid og huske detaljer, og det er lite teori i medisinstudiet. Legene læres på en måte til å tenke prinsipielt og generelt, leger har en tendens til å tenke på *min pasient* og *min behandling* . Det gjør at de i utgangspunktet ikke er så godt egnet som ledere, de må lære seg å tenke på en annen måte. Mens andre yrkesgrupper har evnen til å kunne tenke i en teoretisk forstand. Han forteller om måten leger oppfører seg på når de er på møter med andre.

³ Klinisk leder: En leder med medisinsk bakgrunn.

[“..Hvis du har vært på fredagsmøter. Når det er diskusjoner med leger til stede, så hører du av og til at økonomer og statsvitere tenker prinsipielt og teoretisk, teoretisk i god forstand. Men leger oftere tenker på det konkrete tilfelle og sin pasient, og de er ikke så flinke til å se generelle trykk, og se det som skjer i helsetjenesten i større sammenheng.”] Leder

Neste informant tilføyer at leger kan bli oppgitte dersom de kun hører om økonomistyring. Formålet som er pasient burde være viktigere enn økonomien. Dersom besparing av penger og budsjett blir viktigere enn å behandle pasienten, er det klart at leger skal protestere. Han forteller at økonomien skal vær et virkemiddel og ikke være et utgangspunkt.

Han forteller at er det korrekt at den økonomiske styringen skal finne sted. Men det blir feil derom økonomien blir så viktig at du glemmer hvorfor du er her og at det blir viktigere å spare penger og holde budsjettet enn å behandle pasienten. Han forteller at økonomien bør være et virkemiddel. Uansett næring er å det viktig å lever et godt produkt. For sykehusene vil det si at du forsker, leverer den beste behandling og passer på at pasientene får det de trenger, og at du hele tiden er opptatt på å forbedre det. Også må økonomien være et virkemiddel så som en sterk økonomistyring, men ikke økonomi bestemmelse.

[“..Og da får legene vann på mølla kan du si. Når de ser det, vil de si at sykehuset er opptatt av penger. Men vi er jo egentlig her for å behandle pasienten. Hvordan har pasientene godt av dette? Og det har de jo rett i.”]

Klinisk leder

En annen informant gir eksempel på det som foregår på avdelingsnivå som følge av bestemmelser ovenfra. I dette eksemplet viser hun hvordan medisinsk og økonomisk rasjonalitet ikke er som hånd i hanske. I eksempelet referer hun til en løsning som utløser samme økonomiske resultat, men som enda gunstigere for pasienten enn det styret hadde valgt. Hun forteller at hun en gang valgte å ta i bruk stue som i utgangspunktet skulle være stengt. Styret hadde bestemt å lukke stuen fordi det ikke var nok bemanning. Hun forteller at om stua hadde vært stengt eller ei, så hadde ikke pasienten forsvunnet av den grunn. Hun beskriver hendelsen slik:

[“.. Jeg husker vi fikk pålegg om å stenge en del pasientstuer fordi man skal spare om sommeren og ha redusert bemanning. Da må man kunne vise til at de rommene er stengt sånn at den bemanning som er igjen i ferietiden

skal klare det. Som lege på kirurgisk avdeling opplevde jeg at det ikke var plass til akutt syke pasienter. Folk blir jo syke også om sommeren og vi kan ikke la alvorlig syke mennesker ligge på gangen. Vi bestemte oss for å ta i bruk avlåste stuer. Pasienter blir jo ikke borte uansett, de krever jo like mye stell om de ligger på gangen eller ligger på stua. Vi fikk da fikk refs fordi avtalen var at stuen skulle være stengt. Det å få ikke-medisinsk personell til å forstå medisinske prioriteringer kan være vanskelig! Og det å få dem til å skjønne at man ikke kan organisere helsevesenet som en hvilken som helst bedrift.”] Klinisk leder

4.5 Ledelse på sykehuset

Ledelse og styring var en av de sentrale temaene under intervjuet. I de følgende vil informantenes syn på ledelse bli fremstilt. De snakker blant annet om hvem som er best egnet som leder, og hvilke egenskaper som må til for å få til en god ledelse.

Den kliniske lederen starter med å fortelle at den formelle kompetansen en har ikke har så mye betydning for å kunne være en god leder. Med god leder mener han at personen skal prøve å forstå de kreftene som rører seg, se hvordan produksjonsmidler virker og hva som rører seg der. Hvis du ikke gjør det, så er du ingen god leder og da er du ikke en god leder i annen bedrift.

[“..Men det er klart at hvis du skal lede i et sykehus så må du som leder gjøre hva du kan for å prøve forstå de kreftene. Se hvordan produksjonsmidlene virker, hvilke krefter og hva som rører seg der. Hvis du ikke gjør det, så er du ingen god leder. Da er du ikke en god leder i annen bedrift heller.”] Klinisk leder

Neste informant viser til et eksempel om legers tankegang og om deres evne til å kunne lede. Han har observert at leger brått forlater møter og går tilbake til klinikken når de ikke er enige med det som blir sagt på møter. Han forteller videre at det er ønskelig å ha flere leger i ledelsestillinger, men problemet er at de ofte ikke er kompetente eller er interesserte i ledelse.

[“..En del blir sittende som klinikere og tenker på sin pasient, blir frustrerte og går tilbake til klinikken. Det ville være ønskelig synes jeg, hvis vi hadde flere leger som ledere men problemet er at de fleste verken er kompetente eller interessert i å være ledere.”] Leder

I spørsmål om hvordan ledelsen på et sykehus bør være organisert mente den administrative lederen at ledelse burde være profesjonsnøytralt slik at den mest kvalifiserte fikk stillingen.

[“..Jeg mener at lederstillinger skal være profesjonsnøytral, og da må man ta den som er mest kvalifisert til den stillingen. Om det er en lege med administrativ utdannelse og mye praksis eller om det er en økonom med innsikt både i ledelse og sykehus. Så må de ta de personene som best egnet.”] Administrativ leder

I det følgende deler informanten meningen sin om administrasjonen som ikke formidler det legene ønsker videre. Hans misnøye er direkte rettet mot mellomledelsen som ikke ser det som er viktig for klinikken. Leger kan oppleve at det er avstand mellom toppledelsen og de som praktiserer medisinen. Noe som fører til at deres stemmer ikke når fram og at de ikke blir hørt. Informanten mener at en slik tilnærming vil føre til tap av den faglige utviklingen i avdelingen. Han opplevde at den store avstanden mellom avdeling og toppledelsen gjorde at leger ikke nådde fram med sine forslag.

[“..Det som ofte skjer er at toppledelsen forholder seg til mellomledere, forståelig nok kan de ikke forholde seg til alle. Men det gjør at de veldig ofte får dårlig kontakt med grasrota på et sykehus. Det er ikke sikkert at de som jobber med pasientene alltid synes at mellomledelsen formidler videre deres synspunkter.”] Klinisk leder

4.6 Samarbeid/forståelse og kommunikasjon

Med et helsetjenestesystem som stadig er i forandring kreves det ledelse som ivaretar alle parter behov. I det følgende vil informantens syn rundt endringsprosessen og ledelsen bli framstilt.

Den kliniske lederen som tidligere beskrev sykehuset i skjæringspunktet for behovet til “managed-care” og den gamle håndverker tradisjonen, forteller om utfordringer som dagens sykehus står ovenfor i skjæringspunktet. Han tilføyer at ledelsen er avhengig av å forstå utfordringen av det som utvikler seg i form av “managed-care”. Dette betyr imidlertid ikke at hovedgrunnen for sykehusets eksistens skal neglisjeres. Pasientens behov skal bli oppfylt samtidig som økonomistyring skal være en vesentlig del for driften av sykehuset. Han forteller at alle parter må kunne ha forståelse for hverandres vilkår og verdier.

[“.. Jeg pleier å ha slide med pendel med begge kulturene, det er for at man skal forstå at begge kulturene og verdiene de inneholder er viktige.”] Klinisk leder

Neste Informant beskriver bidraget fra økonomene som et hjelpemiddel i fremdriften av sykehuset. Hun forteller at leger idag ser på økonomer som en hindring. Samarbeid mellom de ville hatt bedre innvirkning i arbeidet deres.

[“..Det hadde vært fint hvis leger så på økonomene som et bidrag til å gjøre jobben bra, nå tror jeg leger i stor grad ser økonomene som en hindring til å gjøre jobben bra.”] Leder

I spørsmål om hvordan en kan lykkes med administrativt ledelse, utdypet den kliniske lederen med at god kontakt med medisinerer ville ha vært løsningen. Betydningen av eget fagråd for å diskutere ulike tiltak var essensielt i prosessen for å forstå hvilke vilkår spesialarbeidere har, og hvilken verdi som ligger der.

[“..Du kan ha gode ledere som ikke har medisinsk bakgrunn, men de har god kontakt med de kliniske lederne. Ofte har de et eget fagråd å støtte seg til og som brukes til å teste ut ømfintlige tiltak før de vedtas.”] Klinisk leder

I spørsmål om hvilke egenskaper som var viktig for en klinisk leder, svarte informanten med at en klinisk leder skal kunne ha autoritet som følge av faget, og at det skal respekteres. Han skal være en rollemodell for sine ansatte. Samtidig må han kommunisere godt og forstå at økonomi er viktig i et sykehus.

[“..Den kliniske leder må ha faglig autoritet og respekt. Han/hun skal være rollemodell og mentor for sine ansatte. Samtidig må vedkomne beherske kommunikasjon og forstå at økonomi er viktig i et sykehus”] Klinisk leder

Neste informant beskriver kjennskap til språket som essensen av en kommunikasjon for å kunne samarbeide og dele kompetanse mellom profesjonen på sykehuset.

[“Du må kjenne til språket for å kunne kommunisere- du må kunne dele kompetanse og du må kunne kommunisere mellom profesjonene.”] Klinisk leder

Utdanning og bakgrunn kan forme språket hos ulike yrkesgrupper. Språk kan brukes både som makt og hjelpemiddel. I spørsmål om den administrative lederen uten medisinsk bakgrunn har hatt kommunikasjonsproblemer med de som bruker medisinske terminologi, svarte hun at det er viktig alle profesjoner på sykehuset skal kunne bruke samme språk til å kommunisere. Dersom medisinere brukte egen terminologi, så kan leger også bruke eget språk. Slikt vil ikke bidra til noe godt, en skal kunne kommuniserer på samme språk når de jobber i samme organisasjon.

[“..Nei. Men leger må kunne tilpasse språket til norsk når de skal forklare noe. Jeg har aktivt ikke lært meg latin, for de skal kunne kommunisere med folk. Det er veldig fja pasienter som kan latin ikke sant! Det må de oversette, akkurat som jeg må oversette grensenytte fleksibilitet. Det er ikke poeng å bruke fagspråket over folk som ikke kan faget, du må jo kommunisere på en måte som er forståelig.”] Administrativ leder

Kommunikasjonen kan være enklere når deltakende deler samme faglig bakgrunn. Som spesialist innen sitt eget felt har fagfolk tendens til å bruke uttrykk som kan virke helt fraværende hos den andre gruppen. Denne form for avvik kan bearbeides dersom de som kommuniserer sammen får innsikt i hverandres arbeidshverdag. En vil ha større problemer

med å kunne forstå noe som er helt ukjent, men dersom man har kjennskap til det som foregår vil kommunikasjon og samarbeid finne et enklere form. Neste informant arbeider bevisst for å få til et godt samarbeid blant ulike yrkesgrupper på sin avdeling. Han beskriver kommunikasjon som en nødvendighet for å kunne samarbeide. For å kunne få et til en god kommunikasjon, motiverer han sine ansatte til å få innsikt i det som foregår i den såkalte operative-kjernen. Nedenfor har han gitt beskrivelse av det han aktivt får sine kollegaer til å tenke på.

[“..Det er viktig at vi i sykehusene som er avhengig av teknologer integrerer de med i arbeidet. At de forstår at vi er her for pasientene. Jeg sier det til ingeniørene på min avdeling at hvis de ikke går på operasjonsstua og følger med på hvordan det er å jobbe med pasienter, da trenger de egentlig ikke å være her. Vi er i et klinisk miljø, og jeg tror utfordringen er at yrkesgruppene er delt i det vi kaller de med helsefagligkunnskap og de med annenutdanning. Med dette skapes det et skille. Det er viktig at en forstår hvor krevende kommunikasjon er. Det som er opplagt for en ingeniør, kan være uforståelig for en ingeniør og vice versa. Kommunikasjon på tvers av profesjonsgrensene er krevende.”] Klinisk leder

I spørsmålet om samarbeid med økonomer svarte neste informant med at det både at finnes flinke og ikke så veldig flinke økonomer. Hun bemerket dyktigheten deres på grunnlag av deres kommunikasjonsevne.

[..Veldig varierende hvor flinke de er med å kommunisere med oss andre. Vi har noen fantastisk gode eksempler og noen fantastisk dårlige.``] Klinisk leder

I påfølgende spørsmål om egenskapene til den gode økonomen beskrev informanten *de* mindre flinke som de med manglende evne til å bruke et enkelt språk. Hun forteller at hun som lege har måttet legge fra seg å bruke medisinsk terminologi for få til en god kommunikasjon med sine pasienter, og hun mener andre yrkesgrupper må kunne klare å gjøre det samme.

[“..Kommunikasjonen med administrasjonen og konsulentene er ofte dårlig. De har jo et så eget språk på en del områder at det noen ganger er til å fortvile over. Helsepersonell er pålagt å legge fra oss medisinske sjargong sånn at pasienten kan forstå oss, men det synes jeg ikke i like stor grad gjelder økonomer eller datafolk. Jeg ser på regnskap og budsjetter, og noen ganger er det vanskelig å forstå hva som står der, jeg klarer ikke å tolke det. Jeg er statistisk sett rimelig oppegående med et slags minimum av intelligens, med lang utdanning og mye erfaring. Likevel kniper det med å forstå hva økonomene mener. De har et klart forbedringspotensiale.”]

Klinisk leder

I spørsmål om hva dårlig kommunikasjon kunne føre til, svarer den kliniske lederen med at folk flest ikke ønsker å jobbe med de som samarbeider. Dersom en leder ikke lytter til sine ansatte fører dette til de ansatte ganske raskt gir opp, noe som til slutt resulterer i utbrenthet.

[“..Du får dårligere sykehus fordi de fleste av oss ikke vil jobbe sammen med folk som ikke er gode samarbeidspartnere. Når en leder ikke lytter til deg og ikke forstår problemet ditt, så gir du opp ganske raskt. Det forklarer flukt, og det forklarer utbrenthet hos enkelte. Utbrenthet er jo bar en dårlig unnskyldning for at en ikke får til det en ønsker. Ofte skyldes det at man ikke greier å være oppdatert faglig eller administrativt.”]

Klinisk leder

Kapittel 5. Diskusjon

Diskusjonen vil bli presentert i samme rekkefølge som resultatet ble presentert i fra tidligere kapittel. I denne delen vil resultatet diskuteres i lys av teori og litteratur som er presentert innledningsvis. I første omgang vil styring av spesialisthelsetjenesten bli diskutert, deretter er finansiering av spesialisthelsetjenesten tema. Legers autonomi, leger og klinisk ledelse, og ledelse på sykehuset er påfølgende tema. Til slutt vil samarbeid og kommunikasjon bli omtalt.

5.1 Endringer i styring av spesialisttjenesten

En av kliniske ledere innleder med å fortelle at den statlige overtakelsen av sykehusene i 2002 har forårsaket at leger gradvis har mistet sin innflytelse, og at omorganiseringen har ført til at leger i større grad fungerer som funksjonærer. Ansvar for sykehusene ble flyttet til staten fra fylkeskommunen i år 2002. Dette var begrunnet med å effektivisere aktivitetene på sykehusene. Basert på det som er opplyst av informanten kan det være tilfelle at fylkeskommunen ikke hadde like mye autoritet over sykehusene som staten har idag. Implementering av profesjonalisering av ledelse er et av tiltakene som ble innført med den statlige overtakelsen. (Myrland, 2014) En slik tilnærming fører automatisk til at flere enn leger tar lederrollen på sykehusene som indikerer mindre innvirkning fra leger på sykehuset. En slik tilnærming vil føre til at leger i større grad ønsker å ha et styringsform som overfører de fortrinnsvis innflytelse i beslutningsprosesser.

De neste kliniske lederen sammenligner dagnes sykehus med en fabrikk hvor pasienter blir sett på som produkter. Videre uttrykker hun sin misnøye som følge av rapporteringskrav som er satt fra myndighetens side. Informanten mener at en slik krav fører til mindre tidsbruk hos pasientene. Mintzbergs profesjonsbyråkrati gir betydelig del av ansvaret for organisasjonen til den operative kjernen på grunnlag av den faglige ekspertisen de besitter. Leger som besitter faglige ekspertise til behandling av sine pasienter bemerker ulike rapporteringskrav som en unødvendig del av prosessen, og som et konsekvens til mindre tidsbruk hos pasienten, og i forskningsarbeid. Med ulike rapporteringskrav føler legen å bli kontrollert i sitt arbeid. En slik tilnærming går imot det som i prinsippet gjelder i profesjonsbyråkratiet. I

profesjonsbyråkratiet arbeider leger prinsipielt selvstendig med sine oppgaver, det vil si at profesjonen har kompetansen til å utføre ulike oppgaver uavhengig av andre. At det i dag brukes mer tid på rapportering gjør at leger lenger ikke jobber uavhengig av andre som er grunnlaget i profesjonsbyråkratiet. En slik misnøye rettes direkte mot dagens sykehussystem og ikke direkte mot administrasjonen. Rapporteringen leger utfører består blant annet av å skrive journaler og epikrise som videre føres inn i systemet. Dette er direkte bestemt av systemet. Legers høye kunnskapsmengde og forhistorie har bidratt til at de er vant med å kunne styre egen organisasjon, men en slik tilnærming vil ikke kunne eksistere idag, siden dagens sykehus er modifisert av en rekke lover som har til hensikt å sikre pasientens behov. Rapporteringskrav som følge økonomien er et resultat av at spesialisthelsetjenesten er offentlig styrt og som videre ønsker kontroll over ressursbruket på sykehusene.

Det som forekommer i det offentlige sykehus kan minne om det samme som fremtrer i det norske skoleskoleverket. Lærere og rektor blir styrt av en rekke regler og lover som krever tilsyn i deres arbeid. Lærere idag forsøker å få tilbake autonomien som ga dem kontroll over eget arbeid. Selvstendighet i arbeidet er ansett som en viktig drivkraft for begge yrkesgruppene. Dette begrunnes med kompetansen de besitter som kjernen for utførelsen av arbeidet.

Neste informant kaster lys over endring som følge av forandring i produksjonsmidlene og forteller at sykehuset har gått fra å være legestyrt profesjon mot en profesjonsstyrt styreform hvor økonomien og andre hensyn enn medisinkompetanse spiller viktigere rolle enn tidligere. Han forklarer at endringen av produksjonsmidler har kommet som følge av den faglige og teknologiske utviklingen. Han tilføyer at ledelsen/styring av sykehuset er avhengig av produksjon i bedriften. Legen er ikke lenger den eneste som har totalkompetansen for pasientbehandlingen. I dagens sykehus kreves det innblanding av flere profesjoner/yrkesgrupper for pasientbehandlingen. Noe av årsaken til dette kan være at leger ikke besitter alle mulige kunnskap som følge av den digitale utviklingen(Fosse, 2014) Dagens sykehus består av flere yrkesgrupper enn bare leger, og det er deres totalkompetansen som sammen gir grunnlaget for pasientbehandling. Den teknologiske utviklingen i medisinen har bidratt til at flere yrkesgrupper er blandet i pasientbehandling i dagens sykehus(Fosse, 2014) En utfordring i dette er å finne kompetansen som skal styre samspillet mellom de ulike profesjonene/yrkesgruppene på sykehusene.

En annen informant som var svært opptatt av forskning og dens betydning i faget uttrykket sin bekymring i følge av endringer som vil bidra til mindre forskning. Han beskrev følelsen av herredømme over eget arbeid som et av momentene til at folk i hans generasjon forsket. Han mente at leger i dag bruker betydelig tid på rapportering som bidrar til at de ikke har overskudd til forskningen. I Gouldners teori påpekes det at “cosmopolitans” har større engasjement til eget faget enn selve organisasjonen. En måte å kaste lys over dette er at rapportering er et krav som er “nyttig” for selve organisasjonen og ikke faget medisin. Spesielt rapporteringen som ikke er anvendelig for pasientbehandlingen. Dersom leger ikke fatter rapporteringen som et virkemiddel i utvikling av faget, viser de automatisk frustrasjon og misnøye for prosessen som følge av lojalitet til eget fag.

5.2 Finansiering systemets påvirkning

Denne delen innledes med informanten som deler sine erfaringer i arbeid i barselavdelingen. Hun erklærer at det tidligere var rom for å tilse at pasienten var utskrivningsklar før de ble sendt hjem. På bakgrunn av dagens finansieringssystemet er det ytterligere ikke rom til å gi pasienten den nødvendige omsorg som det er behov for. Informanten var tydelig opprørt over bruken av DRG-systemet og foretrakk en tilbakevending til rammefinansieringen. Hun fortalte at *de* følte at systemet presset dem til å skrive ut pasienter før de var utskrivningsklare fordi det ville være gunstigere for sykehuset å skrive ut en pasient og heller kalle de inn til ny behandling med ny diagnose. Denne nye diagnosesettingen ville fått til utløsning av ekstra tilskudd. Slikt press fikk de til å føle seg maktløse, og hun fremstilte økonomien som driveren av denne maktesløsheten.

En aktivitet basert finansiering har til hensikt å øke aktiviteten i produksjonen. Som en bivirkning kan en slik mekanisme bidra til reduksjon i kvaliteten. Den overnevnte informanten opplevde å ikke kunne gi den nødvendige omsorgen til pasienten som forårsaket reduksjon i kvaliteten på pasientbehandlingen. Økonomien er ikke findyrket i faget medisin og i følge Goulders teori vil leger vise større lojalitet til det som er i faget, nemlig pasientbehandling. Økonomistyringen har ikke et verdigrunnlag hos en medisinere som har til formål å yte den beste behandlingen for sin pasient. Det å ta hensyn til økonomien ville støtte kravet om sterkere lojalitet til organisasjonen enn faget medisin. Dersom legers oppmerksomhet er direkte rettet mot organisasjonen enn pasienten vil ikke de kunne utføre en god jobb som følge av det som de lærer i faget.

Neste informanten utdyper at de har herredømme når det angår bestemmelse av behandlingstype, men det er tidspresst som tærer på arbeidet deres. Utskriving av pasienter og dokumentasjonsbehandling var hovedgrunnen for deres misnøye. Med dette mente hun at økonomien hadde tatt makten fra legene. Opplagt ønsker profesjonen ingen kontroll siden de sitter med hoved ekspertisen i profesjonsbyråkratiet. Leger ønsker å kontrollere virksomheten med egen faglige kunnskap.

For å kunne få en bredere oppfatning av betydningen av DRG systemet, stilte jeg utdypende spørsmål om bruken av DRG til den administrative lederen. Hun svarte med at DRG-systemet ikke skulle ha betydning på det praktiske plan. Hun utdypet med at et slikt system var utarbeidet for en fordeling på nasjonalt nivå.

Det var en klar polarisering mellom de kliniske lederes og den administrative ledernes begeistring for DRG-system. Klinikere ønsket i større grad å ha et fullt rammefinansiering system. En rammefinansiering har som fordel å være enkel i bruk og krever mindre administrativt arbeid som minker transaksjonskostnadene. En av ulempene med en rammefinansiering er at den ikke gir insentiver til et effektivt ressursutnyttelse og økt aktivitet på sykehusene.

En annen informant fortalte at leger ikke var egnet til å styre økonomien på sykehuset. For å kunne lede sykehuset må en tenke i et bredere perspektiv, tenke totalitet og ikke bare tenke på den enkelte pasient. En må ta hensyn til hele helsetjenestesystemet og det som er tilgjengelig av ressurser. Han fortalte at selv om en nasjonal organisasjon hadde tilrådt at en type behandling var foretrukket fremfor den andre, betyr det nødvendigvis ikke at vi i Norge hadde råd til en slik behandling. Han føyde til at en slik forståelse måtte være til stede for å kunne se helhetsbildet.

Dilemmaet kan ses som manglende forståelse mellom styringssystemet og legeprofesjon. Den førstnevnte har som hovedmål å effektivisere aktiviteten og bevilge behandlinger tilpasset samfunnets behov, mens profesjonen har til hensikt å oppfylle pasientens behov og yte en kvalitetsfull behandling. Dersom økonomistyringen av sykehuset blir viktigere enn hovedmålet som er pasientbehandling, vil leger utrykke misnøye som følge sin sterke lojalitet til medisinen, og formålet i profesjonsbyråkratiet vil bli forstyrret derom økonomien bli viktigere enn pasientbehandlingen.

5.3 Legers autonomi

En av kliniske ledere sammenlignet legers autonomi med tradisjonell håndverker autonomi. Som håndverker behersket legen alle mulige produksjonsmidler. På bakgrunn av utviklingen i teknologien har legen lengere ikke evnen til å kunne beherske alle produksjonsmidlene. (Fosse, 2014) Dette fører til at leger mister den tradisjonelle håndverker autonomien de engang hadde. Før i tiden styrte legen egen praksis, noe som brakte med seg personlig skjønnutøvelse. Av den grunn var legen svært selvstendig i arbeidet sitt. (Berg, 2010) Slik det er omtalt i litteraturen har den faglige utviklingen i medisinen gitt grunnlaget for styringsmessige fall hos leger (Berg, 2010).

Som et resultat av ``nye`` yrkesgrupper (Fosse, 2014) blir legen hemmet som den autonome behandler. Stadig innføres det teknologi i pasientbehandlingen som legen ikke klarer å beherske på egenhånd. I helhet er rollen til den autonome behandleren mindre aktuell. En slik prosedyre trenger en mer kompleks organisering enn det legen kan håndtere alene. Dette fremskynder behovet for en egen form av ledelse som kan finne balansen mellom samspillet.

Den administrative lederen hadde et annet syn på legers autonomi enn de kliniske ledere. Informanten mente at legen hadde nok autonomi, og hadde full frihet til å si ifra og melde ifra. Videre fortalte hun at samfunnet bestod av regler som leger og andre yrkesgrupper måtte kunne tilpasse seg. Med hentydning til standardprosedyre forløpet bemerket hun at flere enn kun leger er innblandet i en slik prosedyre. Legen kan ikke trekke seg fra prosedyren dersom vedkommende ikke er bekvem med prosedyren. Hun påpekte at dette gjaldt leger som alle andre helsepersonell. Det marxistiske perspektivet har hevdet at en skille mellom leger og andre yrkesgrupper vil skape klasseforskjeller i samfunnet. (Skaset, 2006, s.3) Mens den økonomiske liberalismen beskrev profesjonens dominans som ugunstig for samfunnet. Det ble begrunnet med at dominansen virket hemmende for utviklingen i arbeidsmarkedet. (Skaset, 2006, s.3)

Endringer i legerollen kan ikke kun belyses som følge av endringen i faget og teknologien. Legens ansikt til ansikt møte med pasienter er stort sett det samme som da profesjonen ble kalt ``håndverker`` profesjonen. I spørsmål om utfordringer ved legeyrket svarte den kliniske lederen med at det er en utfordring å måtte standardisere menneskers behov. En lege må

kunne forstå og respektere sine pasienter samtidig som han må levere tjenester for å dekke deres behov. Leger har eget verdigrunnlag lært gjennom studiet. De har ingen lett rolle da de må stå ansvarlig både for pasienten og administrasjonen. Hos en lege som møter pasienter daglig, vil en standardisering kunne påvirke arbeidet deres spesielt i møte med oppfyllelsen av det normative kravet som medisin har inn dyrket i faget. Administrasjonen slipper dilemmaet da de ikke møter pasienten. De sitter ikke med en medisinsk etisk grunnholdning og slipper å ta beslutninger for pasienten.

En tilnærming som standard prosedyre forløpet minner om det som har sin utgangspunkt fra 1950 nemlig "LEAN Manufacturing" , som stammer fra bilproduksjon industrien som ble introdusert som følge av lav effektivitet i motorfabrikken hos Toyota. (Karstoft, 2011) Formålet med en slik tilnærming var å maksimere verdien av produktet tilbydd til kunden med fokus på å ikke sløse bort ressurser. En slik standardisering har både positive og negative fordeler. Dersom en tenker på det totalbildet og på et makro nivå vil et slikt system vinne på å bruke ressurser på en fornuftig måte. Ulempen med et slikt system sett på mikro nivå er at individer er forskjellige og medisinen er kompleks. Det er svært krevende for å legen kunne følge et system som stammer fra en bil fabrikk. Som forsker kan jeg ikke anta hvorvidt en standard prosedyre forløp er korrekt å anvende. Dersom en slik prosedyre er velegnet og leger velger å ikke samarbeide, forårsaker de unødige konflikter på grunn av deres manglende samarbeidsevner. Leger har mistet den tradisjonelle autonomien som gjorde de kunne bestemme alle foregående prosedyrer på sykehuset. I fortiden hadde leger mye makt i samfunnet på bakgrunn av deres kunnskap og lange utdanning. I dagens sykehus finnes det flere yrkesgrupper med studietid og kompetent i eget fagområde.

En annen problemstilling som var tema i dette delkapitlet var at leger til tider måtte sende hjem pasienter som i grunn tilhørte primærhelsetjenesten. Leger og andre helsepersonell plikter å yte behandling som er faglig forsvarlig for sine pasienter. Idet pasienten er henvist til sykehuset, plikter helsepersonell å sørge for at pasienten mottar den nødvendige behandlingen som er faglig forsvarlig. Det ser ut til å bli mer problematisk i det pasienten skal forlate sykehuset. Begrensede ressurser og bestemmelser gjør at spesialisthelsetjenesten ikke kan yte service som i grunn skal bevilges av førstelinjetjenesten. Bestemmelser som skal finne sted for å få behandling fra førstelinjetjenesten er ikke direkte bestemt av sykehuset. Noe som fører til

at sykehuset kan bli sett på som den skyldige part dersom de sender ut pasienter som videre ikke får hjelp fra kommunen. Den administrative lederen føyde til at de ikke hadde autoriteten til å kunne bestemme over primærhelsetjenesten, deres oppgave var å definere pasientens behov. Dette virker som et avvik fra systemets side hvor pasienter behov ikke er tilrettelagt.

5.4 Leger og klinisk ledelse

Innledningsvis kommer det frem at leger som regel har sin pasient og det konkrete tilfelle i hovedfokus. Dette gjør at de ikke egner seg som ledere for å betrefte beslutninger som er godt nok for totaliteten. Informanten forteller videre at økonomer og statsvitere tenker mer prinsipielt og teoretisk. I følge litteraturen har leger tendens til å tenke på mikro nivå, mens ledere/administrative tenker på makro nivå. (Edmonstone, 2008). Informanten som har studert både medisin og økonomi forteller at leger er svært intelligente mennesker som lærer ganske raskt. Utfordringen er at de lærer masse små detaljer og om konkrete tilfeller. Dette bidrar til at de ikke tenker på en prinsipiell og teoretisk måte som samfunnsvitere og økonomer gjør. De klarer ikke se det totalbildet som foregår i helsetjenesten. Rettferdighetsprinsippet ses svært forskjellig fra en medisinsk og et økonomisk perspektiv. En klinisk-leder som i utgangspunktet har et mikro-perspektiv ser på rettferdighet som følge av å ivareta pasientens behov. Dette vil gå mot det som en leder med makro-perspektiv tenker om rettferdighet, nemlig å utrette hele populasjonens behov. (Edmonstone, 2008)

Videre ga en av kliniske ledere eksempel på måten hun valgte å bryte ordningen som var bestemt av administrasjonen. Hun valgte å ta i bruk lukkede rom fordi hun mente at pasienten ikke ble borte dersom de lå i gangen. Hennes lojalitet til faget gjorde at hun valgte å bryte det administrasjonen i organisasjonen hadde bestemt seg for. Cosmopolitans "rule tropism" synes å være upåvirket som resultat av deres innflytelse. Gouldner hadde i sin studie funnet at Cosmopolitans har en tendens til å ikke følge "the rule of trupism" uansett grad av innflytelse. Denne informanten ga eksempel på tilfelle som gjaldt den tid hun ikke hadde en innflytelsesrik rolle som valgte å bryte det som var bestemt ovenfra. Legen i dette tilfelle vil kunne rettferdiggjøre sin handling som følge av å ivareta enkeltmenneskets behov.

5.5 Ledelse på sykehuset

Gjennom samtalen med den kliniske lederen kom det tydelig fram at den grunnleggende egenskapen hos en leder var hans karakteristikk og ikke den formelle kompetanse personen hadde. Det var fundamentalt at lederen kjente til hva det faglige i organisasjonen står for å få til et bedrift.

En annen informant mente at leger kunne finne på å gå tilbake til klinikken og pasienten sin dersom de ikke var enige i det som foregikk. Han føyde til at det var ønskelig med flere leger i ledelsen, men de som oftest er verken interesserte eller kompetente nok til det. I litteraturen er det omtalt at leger ofte blir ledere ved en tilfeldighet eller for å forsvare faget sitt, og ikke fordi de er interessert i det. (Endmstone, 2008) Endringen i systemet og utviklingen i faget kan virke som trussel for legeprofesjonen som en gang hadde totalkompetansen for å behandle pasienten. Det kan være tilfelle at leger i dag blir ledere til å kunne holde sammen med sin faggruppe.

En av kliniske informantene fortalte at problemet i virksomheten var at deres ord ikke nådde fram til toppledelsen, og at toppledelsen kun forholdt seg til mellomledelsen.

En slik tilnærming fører til at deres forslag om forbedringer ikke blir hørt, og de får ikke gjennomslag for sine ideer. Dette kan også være en av grunnene for at leger vil i lederstillinger fordi de vil bidra og nå fram med kunnskapen sin.

5.6 Samarbeid og kommunikasjon

Betydningen av samarbeid og kommunikasjon er det siste temaet som bli diskutert i det følgende.

Informanten som beskrev sykehuset i skjæringspunktet for “managed-care” og den gamle håndværker tradisjonen påpekte nødvendigheten av forståelse for det som foregår. En annen informant foreslo at *samarbeid* mellom leger og økonomer ville lette på konfliktene som finner sted. Dersom leger oppfattet økonomenes bidrag som et hjelpemiddel ville de få til et bedre samarbeid.

Som tidligere omtalt er dagens sykehus avhengig av flere ulike yrkesgrupper for å danne en totalkompetanse for pasientbehandlingen. Disse ulike yrkesgruppene er avhengig av å kunne samarbeide for å nå et felles mål. Dersom ulike grupper ikke klarer å kommunisere sammen vil graden av samarbeid minke. For en av informantene var det svært viktig å aktivt å blande ulike yrkesgrupper sammen slik de fikk innsikt i hverandres arbeid. En slik løsning kan bidra til ulike yrkesgruppene får forståelse i utfordringer som den andre yrkesgruppen møter, slik at de sammen finner løsninger for en bedre samarbeid.

En annen informant påpekte nødvendigheten av eget fagsråd for å danne beslutninger for en leder uten medisinsk bakgrunn. Som tidligere nevnt er den kunnskapen leger besitter svært viktig i organisasjonen, og deres mening kan være fundamental for treffe riktige beslutninger. I spørsmål om hva som var den viktige egenskapen hos en kliniske leder, besvarte informanten at faglig autoritet og respekt var en nødvendighet, og betydningen av kommunikasjon var svært viktig. Uavhengig om en leder har medisinsk bakgrunn eller ei, var betydningen av kommunikasjon og forståelse svært viktig for å få til et godt samarbeid blant alle informantene.

Et annet interessant tema som stadig dukket opp var bruken av eget fagspråk. Uavhengig av bakgrunn mente aktuelle informanter at alle burde kunne bruke et felles språk for å kommunisere sammen. Det å bruke språk som makt vil ikke bidra til å forsterke samarbeid i sykehuset. Det virker som nødvendig at ulike yrkesgrupper tar avstand fra eget fagspråk for å kunne kommunisere sammen.

Konsekvensen av manglende kommunikasjonsevne og lite samarbeid er med å bidra til et dårlig sykehus drift. En leder som ikke lytter og snakker med sine medarbeidere vil kunne resultere i tap av ansatte og deres interesse for jobben. En av informantene konkluderer betydningen av dårlig kommunikasjon som følgende:

[“..Du får dårligere sykehus fordi de fleste av oss ikke vil jobbe sammen med folk som ikke er gode samarbeidspartnere. Når en leder ikke lytter til deg og ikke forstår problemet ditt, så gir du opp ganske raskt. Det forklarer flukt, og det forklarer utbrenthet hos enkelte. Utbrenthet er jo bar en dårlig unnskyldning for at en ikke får til det en ønsker. Ofte skyldes det at man ikke greier å være oppdatert faglig eller administrativt.”]

Klinisk leder

Kapittel 6. Konklusjon

På bakgrunn av den faglige og teknologiske utviklingen i faget er flere “nye” yrkesgrupper innblandet for å bidra til totalkompetansen på sykehusene. Samtidig som statlig eierskap har til hensikt å effektivisere tilbudet og bruker ulike justeringsmekanismer for kontroll av virksomheten. En slik tilnærming går imot profesjonsbyråkratiet som bruker kunnskapen som hovedverktøy og som følge av innblanding av andre yrkesgrupper mister leger sin tradisjonelle autonomi. Helsetjenesten er offentlig styrt og dens formål er å yte til befolkningens behov, men det er ikke alltid leger synes en slik tilnærming finner sted. Dersom hovedfokuset i styringen går imot det som er grunnleggende hos legen, vil dette skape konflikter i organisasjonen. På grunn av totalitet perspektivet sitter andre yrkesgrupper enn leger i administrasjonen og virker som et mellomledd mellom leger og toppledelsen. Legers frustrasjon er ofte rettet mot administrasjonen som ikke formidler deres synspunkter videre. Dette skaper konflikt som bidrar til dårlig samarbeid i hierarkiet. Leger ønsker aktivt å bidra til faglig for å få til et vellykket pasientbehandling

Det å kunne forstå og lære om legers tankemåte kan være essensielt for å nå et godt samarbeid. Legen står ovenfor både faglige og etiske utfordringer. Naturen i deres arbeid består i å måtte jobbe med pasienter i akutte tilfeller, noe som påvirker tankemåten deres. For en lege handler det om å se og yte enkelt pasientens behov, mens en leder uten medisinsk bakgrunn ser på det store helhetetsbildet for å danne grunnlaget til en maksimalt ressursutnyttelse.

Det antas at en tilstrekkelig koordineringsmekanisme ikke er dannet for oppnå godt nok samarbeid, og det kan konkluderes med at bedre samarbeid er ettertraktet langs organisasjonen.

På bakgrunn av utvikling i teknologien og i faget har leger gradvis mister sin tradisjonelle autonomi. Det er naturlig at endringer forårsaker blandende følelser blant målgruppen. Med utvikling av flere kontrollmekanismer i spesialisthelsetjenesten vil leger som tidligere hadde større handlingsfrihet uttrykke sin frustrasjon.

Det er vanskelig å anta hvordan de “nye” legene vil reagere med tanke på at mennesker er påvirket av deres sosiale omkrets, og dersom deres lærere er leger og har vært med på utviklingen, vil de naturligvis bære med seg denne frustrasjonen videre. Leger er ikke alene om denne situasjonen, det som skjer i læreryrket har parallelle likheter med det som driver legene. Begge yrkene ønsker seg mer handlingsfrihet og kontroll over arbeidet sitt. En langsomt konvertering kan vær nyttig for å klare å bevare entusiasmen blant begge yrkene.

En bedre dialog og forståelse mellom ledelsen og andre yrkesgrupper er ønskelig for å få til en bedre koordinering langs organisasjonen. Leger mener at deres stemmer ikke når opp, og det er ikke alltid de er enig i det toppledelsen bestemmer seg for. Sykehuset er helt avhengig av kunnskapen medisinere besitter. Som en konsekvens av den enorme kunnskapsmengden sitter leger med totalansvaret for sine pasienter. Naturligvis vil leger reagere dersom de ser endringer/beslutninger som ikke følger medisinsk rasjonalitet.

Dagens moderne sykehus består av flere yrkesgrupper som hver har sin aktive del i framdriften av sykehuset. Forståelse og gjensidig respekt blant yrkesgruppene er ettertraktet for å nå et godt samarbeid. Bedre kommunikasjon er et av kriteriene for et bedre samarbeid.

Problemer og begrensinger

Eliteintervjuer kan bidra til et fargerikt og utfyllende svar på ulike problemstillinger. Samtidig er det rom for manipulasjon fra informantens side i valgt forskningsmetode. Informanter kan gi feilaktig informasjon som kan forstyrre reliabiliteten i studiet.

Som intervjuer i forskningen kan valg av spørsmål påvirke studiets funn. I tillegg kan førstegangs erfaring med eliteintervjuer påvirke respondentens svar.

Litteraturliste

- Berg, O.T. (2010) Sykehusene og den legelige selvstendighet. Innledende betraktninger om hvordan den faglige suksess førte til politisk nederlag: Historien fra ca. 1900 til ca. 2000 .48-74. I: Finset, A., Wisløff, F.G.B., Jacobsen, J.E., et al. (red.), *Utfordring og mulighet: en helsetjeneste i endring*. Oslo: Unipub forlag
- Braut, G.S. (2009) Helseforetak. I Store Norske Leksikon.
Hentet fra <http://sml.snl.no/helseforetak>.
- Dalen, M. (2004) *Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Edmonstone, J. (2009) *Clinical Leadership: The Elephant In The Room*. The International Journal of Health Planning and Management, (24), s. 290-305.
DOI:10.1002/hpm.959
- Fosse, E. (2014) Medisinen fra håndverk til industriprodukt? Botten, s. Frich, et.al. (red) *Helsetjenesten nye logikk*. Oslo/Trondheim: Akademika forlag, s. 263-271
- Freidson, E. (1988) *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge* (University of Chicago Press ed.) Chicago: University of Chicago Press.
- Goldstein, K. (2002) *Getting in the door: Sampling and Completing Elite Interviews*, PS: Political Science and Politics 35: 4, s. 669-672.
- Goulner, A. (1957) *Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles* *Administrative Science Quarterly* , 2(3), s. 281-306
- Hagen P, T.(2005): Aktivitetbasert finansiering av pleie- og omsorgstjenestene. HERO skriftserie 2005:5.

Hagen, P. Tjerbo, T. (2014) Helsetjenesteaksjonen av 2013: Hva er alternativene og hva blir effektivisering av forslagene? Botten, s. Frich, et.al. (red) *Helsetjenesten nye logikk*. Oslo/Trondheim: Akademika forlag, s. 107-116

Justesen, L. & Mik Meyer, N. (2012). *Qualitative research methods in organisation studies*. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.

Karstoft, J & L. Tarp. (2011) Is Lean Management implementable in department of radiology? *Insights Imaging*. Jun 2011; 2(3): s. 267–273.

Kjekshus, L & Nordby. (2003). Argumenter for en holistisk tilnærming I studier av sykehusorganisering. Berg (red.) *Medisin og samfunn: Festskrift til Grete Botten i anledning hennes 60-årsdag*. Oslo: Unipub. s. 310-337.

Kumar, R. (2012). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE.

Lunenburg, F. (2012). Organizational Structure: Mintzberg's Framework. *International Journal of Scholarly, Academic, Intellectual Diversity*, 14(1), s.1-8

Mintzberg, H. (1983) *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs and N.J: Prentice-Hall

Myrland S, M. (2014) Repolitisering i avpolitiserings tidsalder: et skråblikk på styrene i helseforetakene Botten, s. Frich, et.al. (red) *Helsetjenesten nye logikk*. Oslo/Trondheim: Akademika forlag, s. 47-52

Rice N, Smith P 1999. *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*. Hentet fra http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CEsQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F4814578_Approaches_to_capitation_and_risk_adjustment_in_health_care_an_international_survey%2Ffile%2F60b7d517fb0a6261c8.pdf&ei=IzHVUs28LcikyAOIloGIDg&usg=AFQjCNF3hHJyZk_CZZCNFf874pwwG3xk5w&sig2=GUlzxAJk5ZDvPxZcscXsGw

Rice N, Smith P. (2001). *Capitation and risk adjustment in health care financing: An International progress report*. Hentet fra http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751182/pdf/milq_197.pdf

Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research: A practical handbook* (3.utg.). London: SAGE.

Skaset, M. (2006). *I gode og onde dager De norske legene og staten* (Doktoravhandling, Univeristet i Oslo). Oslo: Universitet i Oslo.

Tansey, O. (2007) *Prosess Tracing and Elite interviewing: A case for Non probability Sampling*, PS: Political Science and politics 40:4, s. 765-772

Vedlegg

Hei,

Jeg er en masterstudent ved Universitet i Oslo som studerer Helseledelse og Helseøkonomi. I den forbindelse vil jeg skrive masteroppgave om endring av legerollen, og lurer på om du er interessert i å stille opp til intervju?

Jeg har forberedt noen spørsmål, men formålet med møtet er å få høre deres meninger. Jeg kommer til å sende en liste over spørsmålene jeg har tenkt å stille, og vil informere om at jeg ønsker, med din tillatelse å ta lydopptak av intervjuet. Jeg kommer til å føre direkte sitater fra intervjuet og før jeg gir ut arbeidet vil jeg sende utkast av det som blir diskutert og da vil du ha mulighet til å se og korrigere på det som er ønskelig

Intervju guide

1. Introduksjon
2. Synes det bør skilles mellom profesjonene? Med dette mener jeg at medisin er et eget fag og egen profesjon, og ledelse/økonomi er eget fag og egen profesjon. Skal leger gi lederrollen til de som allerede har kompetansen? Eller synes du at det er vanskelig å ha ledere uten medisinsk bakgrunn på sykehusene?
3. Hvordan synes du ledelsen på sykehuset bør være organisert?
4. Synes du leger har nok autonomi?
5. Hva er det som skiller leger fra andre profesjoner?
6. Hva synes du om økonomenes rolle på sykehuset?
7. Kan økonomer/ledelsen og leger samarbeide? Hvilke betingelser bør finne sted for å nå et godt samarbeid?
8. Hva er den største utfordringen ved å jobbe med personer som ikke har medisinsk bakgrunn?