

# Overleger og deres ledere

*Beskrivelser av og drøftelser omkring den aktuelle situasjonen i sykehus*

Anne Trine Benum Brekke



Masteroppgave ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

2016-06-28





# **Overleger og deres ledere**

## **Beskrivelser av og drøftelser omkring den aktuelle situasjonen i sykehus**

Anne Trine Benum Brekke

Masteroppgave ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

2016-06-28

© Forfatter

2016

Overleger og deres ledere. Beskrivelser av og drøftelser omkring den aktuelle situasjonen i sykehus.

Anne Trine Benum Brekke

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Allkopi, Oslo

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Ny lovgiving, innføring av enhetlig ledelse, overgang til foretaksstyring, mer fokus på økonomi, retningslinjer og kvalitetsregistre, samt fusjon og fisjon av sykehus er blant faktorene som har påvirket overlegers arbeidshverdag i sykehus de siste årene.

**Metode:** Åtte overleger ansatt ved somatiske og psykiatriske avdelinger i Helse Sør - Øst er intervjuet i en kvalitativ studie.

**Problemstillingene er:** Hva er informantenes erfaringer med og tanker omkring endringer som har blitt utført i sykehus de senere år og den nye ledelsen og ledelse generelt? Hvordan er fagmiljøet, legemiljøet? Har overlegene, som fagspesialister, innflytelse på ledelsesbeslutninger som tas? Hvilke erfaringer har informantene med oppgaveglidning og samarbeid med andre yrkesgrupper under den nye ledelsen? Hvilke følelser og mestringsstrategier har informantene i situasjonen?

**Hovedresultater:** Administrativ ledelse har blitt overordnet den faglige ledelsen. Det å være overlege i Helse Sør - Øst er svært ulikt, noen har gode kår, mens andre er svært frustrerte. Det er lett for toppledere å ta beslutninger når man er langt unna og ikke ser konsekvensene. Stadig meldinger om endringer gir engstelse på grunnplan. Forandringsledelse utøves ikke klokt, ledelsen setter i gang ugunstige prosesser i organisasjonen. For lite oppmerksomhet vies de menneskelige faktorene. Linjeledere er overbelastet og det anbefales ledelse i team på flere nivåer, der faglig (klinisk) ledelse inkluderes. Fagutøvelsen verdsettes ikke, verken i beslutninger eller i anerkjennelse. Et godt fagmiljø er viktig, og legekulturen har et forbedringspotensiale flere steder. Overlegene overleses med arbeid og en vanlig overlevelsesmekanisme er å ta på skylapper og fokusere på sine pasienter. Det er dannet en administrativ ledelsesgruppe med nytteetikk som basis som står i motsetning til overlegegruppen som utøver fagledelsen og som er fundert i fagetikken, en pliktetikk. Mellom disse grupper er det blitt en konflikt der man ser en polarisering og en eskalering i ord og handlinger.



# Forord

Tusen takk til intervjuobjektene som velvillig har stilt opp og brukt av sin hektiske tid og tusen takk til veileder professor Ole Berg.

Takk til Deborah A. Arnfinsen som er rask med svar på spørsmål. Takk til Hege Myrvang ved Troll i Ord for flott og hurtig transkribering. Takk til Christian Hjort og Diana Schart ved Institutt for Gruppeanalyse (IGA) i Oslo for artiklene til det gruppedynamiske baserte utdanningsprogrammet i Organisasjonsanalyse og ledelse (GOL). Takk til Institut for gruppeanalyse i København for lærerik litteratur i psykodynamisk organisasjonspsykologi og for nyttige erfaringer under seminaret om mentalisering i grupper og organisasjoner, en del av den Organisationspsykologiske uddannelse (OPU) ved IGA i Danmark. Takk til Karin Rø ved Legeforskningsinstituttet (LEFO) for artikler og samtale. Takk til forfatterne Ole Berg, Steen Visholm og Helle Hedegaard Hein for tillatelse for bruk av deres tekster i oppgaven.

Tusen takk til Turid og Solveig for støtte underveis i prosessen og til slutt varme tanker til Oscar og Ulrik.

Anne Trine Benum Brekke

lege@trinebrekke.no





# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Historisk utvikling.....	4
3	Metode og metodediskusjon.....	24
4	Resultater og resultatdiskusjon.....	34
5	Overordnede ledere .....	36
5.1	Resultater .....	36
5.2	Diskusjon .....	53
6	Nærmeste ledere .....	66
6.1	Resultater .....	66
6.2	Diskusjon .....	83
7	Overlegegruppen .....	110
7.1	Resultater .....	110
7.2	Diskusjon .....	122
8	Andre grupper .....	138
8.1	Resultater .....	138
8.2	Diskusjon .....	143
9	Samspill grupper .....	146
9.1	Diskusjon .....	146
10	Konklusjoner og videre arbeid .....	154
11	Referanser.....	156
12	Vedlegg .....	169
12.1	Oppsummering.....	169





# 1 Innledning

Legenes roller på sykehus er i endring. Fra å være svært autonome er de nå etter politiske beslutninger satt i roller der de blir kontrollert og overvåket ved nye metoder. Tid brukt på pasientbehandling er redusert og tid brukt til utfylling av skjema og andre sekretæroppgaver har økt vesentlig. Sykehusenes fokus har skiftet fra å gi den beste pasientbehandlingen koste hva det koste vil, til å ha hovedfokus på "god nok" behandling, effektivitet samt besparelser innen økonomi. Andre yrkesgrupper overtar mer og mer tidligere legeopp-gaver, noe som medfører ytterligere økonomiske besparelser for sykehusene. I tillegg gjennomfører ledelsene på sykehus store endringsprosesser når det gjelder sykehusorganisering. Fagmiljøer er splittet opp og nye miljøer sammenføyet. Legenes hverdag og opplevelse i sykehus er blitt betydelig endret som følge av blant annet de overnevnte faktorer.

Ansatte ved Oslo Universitetssykehus (OUS) har fortalt om en rekke prosesser innad i sykehuset i forbindelse med omstillingene som gjennomføres der. Frustrasjoner har vært uttrykt, vansker med å forstå hva som skjer med hensyn på prioriteringer, svikt i informasjon og planlegging er begreper som går igjen. Omkamper, protester og åpenlys opposisjon er andre fenomener. Ansatte har gått ut i media og beskriver det de mener er uforsvarlig sykehusdrift og legene ved OUS som gruppe har uttalt seg. Flere erfarne overleger har sluttet. I den siste tiden har helsevesenets fryktkultur vært et tema i media.

Legene ved OUS har siden starten vist et stort engasjement for sykehuset, samtidig som motstanden mot endringsprosessene har vært, og er, åpenbar. Jeg har undret meg over hva som lå bak? Er det gammel legekultur med "konger" som kjemper for sitt fagfelt som kommer til syne? Er det redsel for nye legeroller? Er det avmakt over å ha blitt fratatt innflytelse? Er det kulturkonflikt grunnet økonomenes makt og store innflytelse og vektlegging av DRG-poeng og økonomiske insitament? Er det tap av identitet eller tap av kolleger en frykter? Eller er det redsel for selv å miste jobben? Dette er noen av mange spørsmål som har dukket opp i min bevissthet.

Leger motarbeider endringsprosessen isteden for å befordre den, kan man få inntrykk av. Virker legenes motstandsattferd i «riktig» retning på prosessen? Er det riktig å bremse opp, eller i noen henseender å snu – for eksempel ved å gå tilbake til mer stedlig ledelse? Eller er det legene som gruppe som undergraver sin egen posisjon på denne måten?

Jeg er utdannet lege og jeg er spesialist i psykiatri. Min fascinasjon for grupper har ledet meg til en femårig utdanning i gruppeterapi/gruppeanalyse. Jeg er også opptatt av samspill mellom ulike grupper og hvordan storsamfunnet påvirker gruppene. Jeg er opptatt av etiske spørsmål, og av spørsmål knyttet til begrepene makt og autoritet.

Det viste seg underveis at svært mange ulike forhold ble nevnt under intervjuene. Jeg ønsker å ta med bredden for å synliggjøre de mange aspektene informantene trekker frem. Når antallet faktorer er så mange er det derfor ikke mulig innenfor rammen av en masteroppgave å gå i dybden på temaene.

Jeg ønsket ikke kun å studere forholdene ved OUS, men studere problemstillingene i en videre sammenheng. Informantene er ansatt ved fem ulike sykehus i Helse Sør-Øst. Innledningsvis ønsket jeg å beskrivede endringene som har skjedd. Jeg ønsket også å få en personlig beretning fra informantene om hvordan de opplever situasjonen og hvordan de mestrer den.

Jeg ønsket å forstå situasjonen ut i fra historien generelt og de erfaringer informantene forteller om spesielt. Jeg var imidlertid også opptatt av å se om jeg kunne forstå det som skjer også på et gruppenivå, og som et gruppefenomen. Hensikten med det siste var, og er, å løfte blikket, både deskriptivt og forklaringsmessig, fra enkeltindivider til grupper og systemer. Jeg ville altså i noen grad også «sosiologisere» legenes reaksjoner på det som nå skjer og som treffer dem – i deres «identitetshjerter».

Jeg ville spesielt se på relasjonen mellom overlegegruppen og ledergruppen ved de aktuelle sykehus. Mitt utgangspunkt var enkelt. I alle relasjoner der det knirker kan man ikke bare kritisere den andre, man må også studere seg selv, altså se hva man selv bidrar med inn i situasjonen, som individer, men også som gruppe. Mitt startpunkt var derfor at man må reflektere over hvordan den nye ledergruppen opptrer, men man må også granske overlegegruppens utspill og handlinger. I tillegg må samspillet studeres.

Først ved grundig analyse og forståelse av begge sider er det mulig å gjennomføre en konfrontasjon og bruke den til å finne en måte å skape et mulig felles, og nytt, ståsted. Begreper brukt i konfliktmeglning blir i denne sammenheng relevante. Hele veien har min posisjon vært at innsikt og forståelse bringer oss videre. Men da må fakta på bordet først, også om eventuelle ubehagelige forhold.

Jeg har valgt å presentere den historiske utvikling i bakgrunnskapittelet før jeg beskriver metoden og foretar en metodediskusjon. Resultatene presenteres i ulike tema. Først redegjør jeg for nye funn. I hvert tema presenteres først resultatene deretter diskusjonsdelen. Temaet ledergruppen deles opp i overordnede ledere (politisk ledelse, forvaltning, toppledelse av og i sykehus) og nærmeste ledere (avdelings-, seksjons- enhet og teamledere), deretter presenteres overlegegruppen og andre grupper. Til slutt foretar jeg en drøfting i kapittelet om samspill mellom grupper før jeg oppsummerer og peker på noen mulige videre tiltak i avsnittet som omfatter konklusjonen og mine tanker om det videre arbeid.

### **Problemstillinger:**

Hvilke historiske forhold har medvirket til det bildet som ses?

Hva er informantenes erfaringer med og tanker omkring endringer som har blitt utført?

Hvilke erfaringer og tanker har informantene omkring den nye ledelsen og ledelse generelt?

Hvordan er samspillet mellom overlegene og linjelederne?

Hvordan er fagmiljøet, legemiljøet?

Har overlegene, som fagspesialister, innflytelse på ledelsesbeslutninger som tas?

Hvilke erfaringer har informantene med oppgaveglidning og samspill med samarbeidende yrkesgrupper under den nye ledelsen?

Hvilke følelser og mestringsstrategier har informantene i situasjonen?

Detter er mine deskriptive problemstillinger. Men, som det har fremgått, jeg vil også spørre: Hvordan kan vi forstå det jeg finner?

Endelig vil jeg, som antydnet ovenfor stille et mer normativt spørsmål: Hvilke veier kan føre fremover herfra?

## 2 Historisk utvikling

For å forstå dagens situasjon i sykehus er det nødvendig å vite en del om den historiske utvikling når det gjelder ledelse i sykehus. I tillegg er det andre faktorer som har spilt inn og som har dannet grunnlaget for de beslutninger som er fattet og som slik sett ligger under eller bak de fenomener vi ser i dag. I dette avsnittet omtales viktige aspekter ved den historiske utvikling. Relevant teori vil bli drøftet i avsnittene som omhandler resultatdiskusjonen.

### Faglig legeledelse

Legenes inntreden i de eksisterende pleiesykehus startet for alvor mot slutten av 1800 tallet. Lenge hadde legene privat eller offentlig praksis utenfor og brukte sykehusene som praksissteder. Senere ble det mer vanlig å få en fastere tilknytning til sykehusene (Berg, 2010, s. 3).

I år 1900 hadde Norge 54 alminnelige (somatiske) sykehus, klinikker og sykestuer med 1792 senger. Sykehusene gikk under betegnelsen blandede sykehus, der kirurgi ofte var eneste spesialitet. Innen psykiatrien ble det første store statlige asyl, Gaustad, åpnet i 1855. Rundt 1900 hadde Norge 11 asyl med 1707 plasser. Etter hvert fikk man røntgenologisk virksomhet i sykehusene, noe som førte til framveksten av det tredelte sykehus på 1930-tallet (NOU 1997: 2, s. 27). I 1940 var det 219 alminnelige somatiske institusjoner, med 13106 senger, 139 tuberkuloseinstitusjoner med 5494 senger og 23 sinnsykeasyl med 6279 senger i landet. Etter 1945 kom det et mangedelt sentralsykehus i hvert fylke (Berg, 2010, s. 6).

De somatiske sykehusene ble ledet av legene. Utgangspunktet for ledelsen var de kliniske oppgavene de hadde og ledelsen besto i en praktisk tilpasning til disse oppgavene. Senere ble de kombinerte kirurgiske og medisinske institusjoner der den kirurgiske oppgaven dominerte. En kirurg var sykehusets sjef, altså både overlege og bestyrer, og til å begynne med mange steder den eneste lege. Etter hvert kom en forvalter inn som skjøttet økonomien. Senere utviklet denne rollen seg til en direktørrolle. Underordnede leger og kandidater kom også inn i sykehusene og de organiserte seg i Yngre lægers forening i 1911. De var leger som skulle læres opp til å bli selvstendige overleger og de ble ofte styrt autoritært, endog vilkårlig, av sine sjefer. Sykepleiere og annet pleiepersonale sto for pleieoppgaven og i stigende grad ble sykepleiersene også medisinske assistenter (Berg, 2010, s. 3-5).

I 1940 var overlegestyret godt etablert. Det var opprettet medisinske og kirurgiske avdelinger og man hadde røntgenutstyr. Noen sykehus begynte å få andre spesialavdelinger, slik som avdeling for tuberkulose, for epidemiske sykdommer, for kvinnesykdommer, for sinnsykdom, for hudsykdommer og veneriske sykdommer og for øre nese hals-sykdommer. Det var 633 leger knyttet til alle institusjonene. Mange institusjoner brukte imidlertid fremdeles leger utenfra. Disse var offentlige leger, distriktsleger. Det var ni ganger så mange pleiere som leger ved institusjonene (Berg, 2010 s. 7).



Etter annen verdenskrig skjøt spesialiseringen fart og de store sentralsykehusene overtar som de dominerende allmenne sykehus. De blir mer behandlingsaktive og i 1965 var det 1749 leger i heltidsstillinger og 313 i deltidstillinger ved de somatiske institusjonene. I 1969 var det 143 leger i hel stilling og 8 i bistilling ved psykiatriske institusjoner. De samlede antall leger representerer nær en tredobling av sykehuslegestanden siden 1940 (Berg, 2010, s. 8-9).

Etter at fylkeskommunene formelt overtok ansvaret for sykehusene fra 1970, og vi fikk egne folkevalgte fylkesting fra 1976, begynte de å bygge ut en egen sykehusadministrasjon. Det kom fylkeskommunale sykehussjefer, som medførte at det ble etablert en permanent styrende instans på eiernivå. Med disse endringene kom i tillegg de politisk valgte sykehusnemdene (Berg, 2010 s. 11).

### **Kompleks matrise med samordningsbehov**

Spesialiseringen førte til flere avdelinger som skapte behov for samordning på tvers. De somatiske sykehusene fremstår fra 1960-årene som en forholdsvis kompleks matrise med betydelige samordningsbehov og overordnet ledelsesbehov. I de større sykehus ble lederoppgaven etter hvert så krevende at det ble vanskeligere for den administrerende overlege å være så medisinsk aktiv som han ønsket, og som han måtte for å beholde sin autoritet overfor kollegene. I det blandede sykehus var overlegene ledere og klinikere, de ledet gjennom sin praksis. I noen grad var det også rene lederoppgaver i tillegg. Overlegene pendlet mellom sine to roller. Da det ble flere avdelinger oppsto det et behov for en ren ledelse, en overordnet ledelse. I følge Berg var dette truende for legene fordi det medikatiske prinsipp (legestyret) innebar at ledelsesautoriteten skulle være medisinsk forankret. Skulle en av overlegene være administrerende overlege ville han mangle faglig autoritet overfor de andre overlegene. Etter som spesialiseringen tiltok økte dette problemet. De ble mer og mer administrerende og mindre og mindre overleger. Den stilling som i 1970-årene skulle bli den neste sykehuslederstillingen begynte å formes, stillingen som administrerende direktør (Berg, 2010 s. 10-12).

### **Legesjef og økonomisjef**

Utover i 50- og 60-årene ble det mer og mer krevende for de administrerende overleger ikke bare å være overleger, men overhode å være sykehusledere. De administrative og driftstekniske oppgaver ble for store. De gamle administratorene, før kalt forvaltere, ble nå økonomisjefer og deres rolle ble stadig viktigere siden eierne ble mer og mer opptatt av økonomien. De administrerende overleger trakk seg gradvis, både i frustrasjon og av nødvendighet, bort fra disse oppgavene. Sykehusene ble da ledelsesmessig todelt ved at legesjefen og økonomisjefen ble mer og mer sideordnede partnere. I løpet av 70-årene kom sykehusdirektørstillingen og økonomisjefen besatte ofte denne. I følge Berg av det for de fleste overlegene å forlate klinikken og kun bli sittende på kontoret, utenkelig. Den faglige suksess og den økende spesialiseringen medførte på denne måten at legemakten og legeselvstendigheten avtok (Berg, 2010 s. 12-13).

## **Psykiatriske sykehus**

Både høyt overbelegg og høy slitasje skapte et prekært behov for et løft innen psykiatrien. Overbelegget var på topp i 1950 (25 %). I 1961 ble sinnssykeloven fra 1848 avløst av Lov om psykisk helsevern. Landet ble delt inn i regioner, som i hovedsak tilsvarte fylkene. Innen hver region skulle det være minst ett psykiatrisk sykehus og én psykiatrisk klinikkavdeling, fortrinnsvis knyttet til sentralsykehuset. De statseide sinnssykehusene ble overdratt til det fylke de lå i. Denne omstillingen satte fart i planleggingen og utbyggingen av klinikkavdelinger (Hagen, 1992, referert i NOU 1997:2).

Perioden etter 1970 har i stor grad vært preget av å bygge opp tilbud til pasienter mer geografisk spredt. Psykiatriske pasienter har ofte svært langvarig behandling, og dette gjør det sentraliserte sykehus mindre egnet. Stadige nye, brukertilpassede behandlingstilbud har preget sektoren i løpet av de siste 20 årene. De psykiatriske sykehusene som skal tilby spesialisttjenester til de pasientene som har de tyngste behovene, har imidlertid som en følge av dette opplevd et stadig større press (Hagen, 1992, referert i NOU 1997:2).

Psykiatrien har derfor i motsetning til somatikken blitt utsatt for en desentralisering, der fagutøvelsen flyttes mer og mer ut til Distriktpsikiatriske sentra (DPS), mens man i somatikken ser en sentraliseringstendes med funksjonsdeling og betoning av stordriftsfordeler.

## **Fra praksislignede posisjoner til arbeidstakere**

Legene lyktes med å skape sykehus som bekreftet legenes praksisbaserte faglige selvstendighet. De laget en organisasjon som var annerledes, men har noen likhetstrekk med universiteter og andre profesjonspregede organisasjoner. De gamle brede avdelinger hadde vært nokså selvstendige praksiser. Det var noe av grunnen til at de kunne være enkle å lede. Ledelsen gikk bare nedover. Etter hvert måtte man samarbeide med andre enheter og ledelsen ble mer forhandlingspreget. Slik ble den langt mer krevende (Berg, 2010, s. 13 - 16).

Fagutviklingen utviklet seg slik at den innsnevret stadig det en lege kunne beherske. Det ble ansatt flere spesialister i avdelingene, avdelingene ble stykket opp til seksjoner. I følge Berg skjedde det flere forhold som undergravde overlegenes tradisjonelle praksislignende posisjon. Ved overgangen til 1980 årene ble overlegene og de fast ansatte spesialistene formelt arbeidstakere med fast lønn og timebetaling for vakter og overtid. Yngre leger presset på for å få flere utdanningsstillinger og flere faste stillinger. I 1985 ble det mulig å opprette faste spesialiststillinger, og de fikk overlegetittel. De gamle overlegene fikk da tittelen avdelingsoverlege (Berg, 2010, s. 14 - 15).

## **Lavest effektive omsorgsnivå**

De spesialiserte sykehusene ble etter hvert en stor økonomisk belastning for det offentlige og staten økte gradvis sin kontroll over kurpengesystemet etter krigen. Den samlede helsepris var

2,3 prosent av landets verdiskapning i 1950, i 1960 var den 3,2 prosent, i 1970 var den 4,0 prosent og i 1980 var den 6,4 prosent (Berg, 2010, s. 10).

I 1975 gav stortinget tilslutning til regjeringens plan om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen (Stortingsmeld nr. 9 (1974-75)). Pasienten skulle behandles på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON). De hyppigste lidelsene skulle tas hånd om i primærhelsetjenesten, mens sykehusvesenet skulle så ta seg av mer sjeldne og mer teknologiavhengige lidelser og organiseres på sekundært og tertiært nivå. Vi fikk nå også regionsykehus (universitetssykehus), sykehus som både skulle representere det kvartære nivå, men også de to lavere nivåer (Berg, 2010, s. 19).

Det var administrative leger og en del eliteleger, ikke minst professorer, som gav viktige premisser for planen, altså for statens styrende rolle, men dermed også for styringens rolle generelt. De ble i følge Berg, viktige industrialiseringsforkjempere. Den medisinske og teknologiske utviklingen impliserte i viktige henseende industrialisering (Berg, 2010, s. 20).

LEON-planen krevde en annen finansieringsordning og rammefinansieringsordningen ble gradvis innført, formelt kom den fra 1980. Ordningen skulle gi de styrende og ledende organer mer autoritet, men forsøket på å profesjonalisere styringen og ledelsen mislyktes i stor grad fordi forsøket ble torpedert på politisk og helsefaglig nivå (Berg, 2010, s. 21).

Ettergivenheten i politikken svekket de nye direktørene innad i sykehusene. Når budsjettene ble behandlet mer som prognoser enn som faste rammer ble det vanskelig for direktøren å skape budsjettbevissthet innad. Medikratiet preget kulturen også på direktørnivå. Mange direktører hadde kompleks overfor (avdelings)overlegene (Berg, 2010, s. 21).

### **Fra beslutningsmyndighet til rådgivere**

Da forvalterne ble til direktører i 70-årene ble de administrerende overleger til sjefleger. De ble direktørens rådgivere. Formelt var deres utfordring stor. De skulle gi direktøren råd om hvordan han kunne integrere medisinske premisser med økonomiske. De skulle være fagstrateger. Allerede som administrerende overleger var de fratatt mye av sin medisinske autoritet overfor sine kolleger. Når de nå hadde tapt den administrative autoritet, altså bare var rådgivere, var deres grunnlag for å bidra til en strategisk og integrert ledelse svak. Berg skriver at sjefslegene ble nokså anemiske figurer (Berg, 2010, s. 22).

### **Avdelingsoverleger i krysspress**

Berg skriver at skulle direktørene lykkes som integrerte ledere, var de avhengig av de nye avdelingsoverlegene. Over avdelingsoverlegene trykket staten, eierne og direktørene, altså hele linjen, på og avdelingsoverlegene måtte bruke stadig mer tid på administrasjon, lenge uten særlig administrativ hjelp. Jo mer de var lojale oppover, og trykket på økonomisk nedover, jo mer ble de sett på som administratorer og jo mindre ble de tatt alvorlig faglig. Deres underordnede forsøkte i stedet å få dem til å drive økonomisk politikk oppover, på

vegne av dem og de pasienter de hadde ansvaret for. De fleste kom til å gi den politiske oppoverrollen minst like vekt som den ledende nedoverrollen. Men i prinsippet ble de sittende mellom barken og veden og som ofre for sykehusets deling i en administrativ og en klinisk sektor. Mistenksomheten mellom sektorene var etter hvert betydelig (Berg, 2010, s. 22).

## **Polykrati**

Berg skriver videre at de nye spesialiserte sykehusene, slik som sentralsykehuset, var et typisk uttrykk for et polykrati, et maktmangfold. Kulturelt hang der mye igjen av medikratiet, men reelt var medikratiet som regime i oppløsning. Tydeligst så man det internt i medisinen, den ble fragmentert og de ulike leger, særlig overleger, opptrådte mer eller mindre ”overdanig”. Medisinen ble også selv polykratisk (Berg, 2010, s. 23).

## **Fra 1970 tallet og fremover**

Studentopprøret i 1968 tok, i likhet med andre spontane opprør, anti-autoritære former. Det betydde en personlig konfrontasjon med autoritetene. Professorer, som mange tidligere var redde for, ble nå åpent motsagt. Opprøret ble ledsaget av utviklingen av teorier om anti-autoritær ledelse, for eksempel at universitetet skulle styres av alle. Professorene skulle ikke ha mer formell makt (stemmerett o.l.) enn andre. Man skulle lytte til alle som hadde noe fornuftig å si, herunder også professorer. Dette ble kalt «rasjonell autoritet». Etter 1968 utviklet de anti-autoritære seg i forskjellige retninger. Det var den nye kvinnebevegelsen som mest konsekvent og med størst personlig opplevelse av frigjøring førte det anti-autoritære opprør videre (Antiautoritær, 2014).

I samfunnet for øvrig kunne slike holdninger ses også i forhold til andre gamle maktautoriteter. Det gjaldt for eksempel prester, lærere og leger. Gamle maktbastioner skulle rives ned. Legers makt vekket harme i deler av befolkningen, noen ganger også av gode grunner. Folks misnøye med maktmisbruk i psykiatrien er velkjent. Et annet uttrykk fikk man under abortkampen og feministers sinne rettet mot leger som satt i abortnemdene som besluttet om kvinnene kunne få utført abort. Kvinner samlet seg og mange fikk en felles holdning rettet mot legene, og det ble sagt: "Leger skulle tas" (Aanesen, foredrag 8. mars 2015). Denne følelsen så vi igjen ble vekket til live i 2014 da debatten om noen legers krav om reservasjonsrett mot henvisning til abort raste. Det mobiliserte tusenvis av mennesker til å gå ut på gaten for å demonstrere.

## **Sykepleiernes akademisering, management ledelse og profesjonskamp**

Innen sykepleien fikk man også en økende spesialisering. Det ble opprettet egne videreutdanninger innen operasjons-, anestesi- og intensivsykepleie og for jordmødre og helsesøstre. Sykepleieren utførte etter hvert en rekke oppgaver som pleie av pasienter, administrasjon av sengeposter, observasjon av pasientens sykdomsforløp, utmåling av medisin til pasientene, blodprøvetaking osv. Spesialutdanningene innen anestesi, intensiv- og

operasjonssykepleie gav en økt heterogenitet innen sykepleietjenesten, men også en stadig økende faglighet i yrket. Sykepleierne overtok etter hvert oppgaver som før ble gjort av leger. Dette bidro til at sykepleien etter hvert oppfattet sitt yrke som mer selvstendig, og ikke som en entydig hjelpefunksjon for legene, eller en residual av legetjenesten (NOU 1997:2).

Sykepleietjenesten har etter hvert også konsentrert seg mer om generell administrasjon og ledelse, både i stillinger ved sykehusene og i videreutdanningskurs. Den selvstendige rollen som sykepleieren utviklet må derfor anses å ha vokst fram fordi sykepleien etter hvert ble et viktig supplement til den medisinske behandlingen. Organisatorisk har dette gitt to relativt autonome hierarkier internt i sykehus og todelt ledelse på avdelingsnivå (NOU 1997:2).

Torjesen skriver at det som i 50- og 60-årene kom til å hete «Den Norske Amerika-linje» ved Norges Sykepleierhøyskole, skulle bli avgjørende for konstituering av den tidlige sykepleievitenskap i Norge. Eksempelvis tok en som skulle bli en av nestorene i faget, Helga Dagsland, sammen med flere andre pionerer fra Norges Sykepleierhøyskole, mastergrad i sykepleievitenskap i USA på 50- og 60-tallet ved Columbia-universitetet. Sykepleieutdanningen i USA var så langt tilbake som 1899 etablert innen universitetssektoren. Her ser også amerikansk behaviorisme ut til å ha spilt en stor rolle i den administrative sykepleie ved Norges Sykepleierhøyskole, dvs. innen fag som personlighetspsykologi, pedagogikk, ledelse og organisasjonsteori (Torjesen, 2007, s. 275).

Dagsland gjennomførte et forskningsarbeid om oversykepleierstillingene. I såkalte funksjonsanalyser av sykepleiernes arbeidsprosess fokuserer Dagsland spesielt på administratorers stilling og sykepleiernes lederskap (Dagsland 1958, referert i Torjesen, 2007). Funksjonsanalysene ser siden ut til å ha blitt et viktig kunnskapsgrunnlag for å definere sykepleiernes autonomi, territorium, autoritet, og oppgaver i forhold til medisin, men også til andre underordnede pleiegrupper. Gjennom behavioristisk vitenskap ble sykepleien satt i stand til å fri seg fra «lege-åket» og etablere tydeligere autoritet til andre underordnede pleiegrupper (Fause & Micaelsen, 2002, s. 294, referert i Torjesen, s. 279).

Sykepleiernes kamp var ikke kun en kamp om arbeidsoppgaver, men var også en kjønnskamp mellom kvinnelige sykepleiere og mannlige leger. Akademisering av sykepleien kan forstås som en frigjøringsstrategi bort fra underdanigheten i Nightingale-tradisjonen og de mannsdominerte medisinske hierarkier (Melby 1990, referert i Torjesen, 2007, s. 280). Frigjøringsprosjektet inneholder også kunnskapsproduksjon og tidlig anvendelse av ideer fra ledelsesfag (General Management) i motsetning til legenes sterke forankring i faglig ledelse. På dette grunnlag fikk sykepleien «bevist» sine administrative kunnskaper og ferdigheter og fikk etter hvert tyngde nok til å utfordre den offentlige helsepolitikken og få lovfestet rett til ledelse på avdelingsnivå. Sykepleiernes fremvoksende vitenskapelige legitimitet manifesteres ytterligere ved inklusjon av sykepleievitenskap som selvstendig universitetsfag fra 1984. (Lerheim 2000, referert i Torjesen, 2007, s. 280). Lerheim oppsummerer erfaringer med sykepleieforskning i Norge: «Sykepleieforskningen har langt større innflytelse enn vi er klar over, med vide ringvirkninger» (Lerheim 1986, s. 153, referert i Torjesen, 2007, s. 280). Sykepleieforskningen har, ifølge Lerheim, ikke bare styrket sykepleiens fagidentitet, den har

også bidratt til å sette helhetlig, pasientorientert praksis på dagsorden. Hvis vi tar for oss noen av de nasjonale helse- og velferdspolitiske planer og dokumenter gjennom de senere år, er eksemplene mange på holistisk sykepleietenkning. Spesielt pasientrettighetslovgivningen, helhetlig, integrert tjenesteutforming og individuelt pasientfokus har kommet i sentrum for politikkutforming og lovgivning. Torjesen mener at sykepleievitenskapens dreining bort fra det objektifiserte, medisinske og partikularistiske er på denne måten blitt gyldig premissleverandør i de helsepolitiske diskurser (Torjesen, 2007, s. 282).

Torjesen skriver: "General Management blir det nye trylleformularet for å sikre større og mer helhetlig pasientfokus i helsepolitikken: «Pasienten først!, men også mer ledelse!» (NOU 1997:2). Sykepleiens suksess ligger kanskje her i at den historisk har hatt en kunnskapsproduksjon som bygger opp om både holisme (pasient) og ledelse samtidig" (Torjesen, 2007, s. 282).

## **Andre yrkesgrupper**

I NOU 1997:2 leses det at den rivende utviklingen i teknologi og kunnskap etter hvert gav også rom for yrkesgrupper i sykehus som enten var nye eller nye i sykehussammenheng. Psykologene, som har en full universitetsutdannelse med embetseksamen og senere spesialisering, kom inn i de psykiatriske sykehusene på samme behandlingsnivå som legene. Også innenfor de somatiske sykehusene har psykologene tilført kunnskap og nye metoder. Innenfor nevrologi/nevrokirurgi er i dag de nevropsykologiske testene og undersøkelsene et viktig redskap for å evaluere pasientene. Hjelpepleierne, nå kalt helsefagarbeidere, er en yrkesgruppe som fikk innpass etter hvert som sykepleien ble mer spesialisert. Bioingeniører og radiografer er eksempler på yrkesgrupper som har overtatt arbeidsoppgaver som ble for teknologiske for sykepleierne, som utførte disse oppgavene i begynnelsen. Andre yrkesgrupper fikk etter hvert også en stadig sterkere representasjon i sykehusene: ernæringsfysiologer (før dietetikere, nå akademisk forankret), ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer, for å nevne noen som arbeider med pasienter eller klinisk service. Ettersom sykehus er i stigende grad bruker avansert teknologi, kommer også yrkesgrupper som ingeniører, informatikere og andre naturvitere inn i sykehusene.

## **Ledelse i sykehus**

Etter at sykehusloven kom i 1969, og fylkeskommunen senere overtok eierskapet til dem, vokste det (fra 1976) frem en ekspanderende sykehusadministrasjon. Ytre styring og kontroll med pengebruken økte, og den medisinske autonomien ble gradvis svekket.<sup>5</sup> Ledelse kom nå i større grad til å handle om å gjøre valg med hensyn på å begrense utøvelsen av medisin, og det ble vanskeligere å utøve ledelse som en forlengelse av faglig virksomhet (Mo 2006, referert i Torjesen, s. 278). Etter hvert som «det ytre styret» og den ytre politikk presset seg på, ble ledelse stadig mer skilt fra klinikken (Berg 1998, referert i Torjesen, s. 278).

I takt med personellmessig vekst og teknologisk og medisinsk kompleksitet, ekspanderte de administrative funksjoner. Nye administrative funksjoner som personalforvaltning, budsjettforvaltning og økonomistyring bidro til ytterligere profesjonalisering av sykehusenes ledelse. Selv om medisinen fortsatt fikk dominere i kliniske sammenhenger, var det ikke lenger selvsagt at den skulle dominere i ledelsesmessige sammenhenger. Jurister, offiserer, økonomer og samfunnsvitere gjorde seg mer og mer gjeldende i stabsmessige eller sentrale lederstillinger. Sykepleierne spilte en stadig viktigere rolle i pleie- og omsorgsledelsen, men etter hvert også innenfor mer allmenn strategisk og profesjonalisert ledelse (Torjesen, 2007, s 278).

Helsefagene og profesjonenes kunnskapsproduksjon har legitimert faglig ledelse innen profesjonelle revir og funksjonsområder. På denne bakgrunn har det utviklet seg parallelle strukturer og faghierarki i sykehusene. Ett av hierarkiene har hatt forankring i et medisinsk vitenssystem, mens det andre har hatt forankring i et sykepleiefaglig kunnskapssystem med ansvar for omsorgs- og pleiefunksjoner. I tillegg ble gjerne disse to faghierarkiene støttet opp av et tredje hierarki av administrative støttefunksjoner. (Torjesen, 2007, s 278).

Fra begynnelsen av 1980-tallet begynte sykehusene å innføre såkalt todelt ledelse der avdelingsoverlege og oversykepleier hadde det enhetlige ansvaret for avdelingens drift, administrasjon og budsjett (NOU 1997:2, s. 521–22, referert i Torjesen, 2007, s. 278). I denne todelte modellen tok sykepleielederen hånd om pleiefunksjoner og pleiepersonale, men også mesteparten av de administrative oppgaver, mens avdelingsoverlegen brukte størstedelen av tiden til pasientrettet virksomhet (Johansen, Hopen & Hole 1992, Mo 2006, referert i Torjesen, 2007, s. 278).

## **Politiske føringer vs. innholdet i og utformingen i tjenestene**

Braut og Holmboe skriver at sammen med de øvrige nordiske landene og Storbritannia har det i Norge i perioden etter andre verdenskrig vært en bred og overveiende tverrpolitisk enighet om at helsetjenesten skal planlegges, utbygges og drives som en del av de offentlige velferdstiltakene. Ressurstilgangen til tjenesten samt de overordnede organisatoriske prinsippene er fastsatt med grunnlag i beslutninger fattet av Stortinget og regjeringen. Et sentralt mål er at det skal være en likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av hvor man bor og oppholder seg, alder, kjønn, seksuell legning og etnisk tilhørighet (St. meld. nr 26 (1999-2000), referert i Braut og Holmboe, 2010, s. 30).

I store deler av Europa, f.eks. Nederland og Tyskland, er finansieringen av helsetjenestene i stor grad forsikringsbasert, og private virksomheter eller ideelle organisasjoner står for driften av tjenestene (Braut og Holmboe, 2010, s. 30).

Braut og Holmboe skriver at selv om den norske helsetjenesten er under tydelig folkevalgt politisk styring, er det likevel utvilsomt slik at fagfolkene i helsetjenesten, og da ikke minst legene, både i fortid og i nåtid har betydelig makt når det gjelder innholdet i og utformingen av tjenestetilbudet. Selv om den politiske styringen ble tydeligere de siste tiårene av 1900-

tallet, har de økte mulighetene til medisinsk diagnostikk og behandling i stor grad preget og til dels overstyrt politiske vedtak. For eksempel skjedde den første hjertetransplantasjonen (1983), opprettelsen av en luftambulansetjeneste (1978) og innkjøp av den første magnettomografen (1986) uten grunnlag i, og dels i strid med, nasjonale politiske føringer. Nye medisinske og teknologiske muligheter ble båret frem av leger i samspill med interesserte lekfolk, pressgrupper, donorer, media og lokalpolitikere (Braut og Holmboe, 2010, s. 31).

## **Ny offentlig styring, management**

I følge Wikipedia blir begrepet New Public Management (NPM) brukt om en reformbølge som siden 1980-tallet har hatt som mål å effektivisere offentlig sektor ved hjelp av styringsprinsipper fra privat sektor. Man ønsker å oppnå mer kostnadseffektive tilbud av offentlige goder ved bruk av virkemidler som konkurranseutsetting, privatisering eller fristilling og stykkprisfinansiering. NPM regnes ofte som motsats til byråkratisk eller fagstyrt ledelse. Reformbølgen startet i Australia og New Zealand på 1980-tallet, men spredte seg til de fleste vestlige land på 1990-tallet. Berg skriver at betegnelsen kom på dette tidspunktet, men mange av ideene kom i bruk fra 1960-årene, særlig fra midten av 70-tallet, spesielt i USA og Storbritannia. Thatcher (1979-1990) og Reagan (1981-jan.1989) spilte en vesentlig rolle for innføringen av de nye styrings og ledelsesformene (Berg, O., e-post, 13. mai 2016).

Man legger, med slik styring og ledelse, større vekt på service og brukerretting, økt bruk av konkurranse, i noen tilfeller i private/privatiserte, markeder. Det skulle skjerpe kravene til effektivitet. Desentralisering av beslutningsmyndighet, belønning ved måloppnåelse, incitament til å yte mer, ledere som får større rom til selv å velge hvordan virksomheten skal drives og organiseres er elementer i denne nye styrings- og ledelsesformen. Målene om kostnadseffektivitet budsjett disiplin ble spesielt understreket i «bestillingen» ovenfra (til lederne).

Statsvitere har pekt på at slike modeller kan fungere i det private næringsliv der organisasjonens mål er enkel (tjene penger), mens det i offentlige organisasjoner, der målene er langt mer flertydige og ofte ikke kan tallfestes er langt vanskeligere å få dem til å fungere. NPM vil, i følge statsviterne, medføre målkonflikter og kontrollbyråkrati. Jurister vil argumentere med at bedriftsøkonomisk lønnsomhet er uanvendelig for saksbehandling der rettsikkerhet og likebehandling er overordnede prinsipper. Fra ideologisk hold argumenteres det med at offentlig sektor ikke har effektivitet som overordnet mål, men er ment å være et felleskap der økonomiske interesser i minst mulig grad bør spille en rolle i vurderingene.

Språklig, og dels ideologisk, pekes det på at språkbruken som benyttes av NPM-reformatorene er fremmedgjørende. Det kan oppfattes som kunstig, eller brudd på faglige tradisjoner, når for eksempel pasienter omtales som kunder og sykehus omtales som produsenter av helsetjenester (New Public Management, 2014).



## Lederens rett til å lede

Hippe og Trygstad skriver at det ledelsesperspektivet vi finner i NPM vektlegger ”lederens rett til å lede”. En ny betingelse for ledelse er at det her skilles mellom oppmerksomhet mot mål og resultater og oppmerksomhet rettet mot fremgangsmåte. Sentrale virkemiddel er styring etter klare mål, der resultater rapporteres, måles og vurderes. Incentiver er også et sentralt virkemiddel. Lederes skal ansføres til godt lederskap ved hjelp av bonusordninger, og ledere skal styre sine ansatte til mest mulig effektiv måloppnåelse gjennom ulike former for belønningssystemer.

Når ledelse utøves som selvstendig fag, vektlegges mulige interessenmotsetninger eller fagbaserte konflikter i liten grad. Den institusjonelle, politiske og kulturelle konteksten der ledelse skal utøves, problematiseres lite.

Vektleggingen av mål- og resultatstyring (herunder rapporteringer), effektiv ressursforvaltning og kvalitet i alle ledd, understrekes. Dette er elementer som kan betraktes som en videreføring av ”scientific management” (bla. Taylor), der det legges stor vekt på det økonomiserende og kvantifiserbare i arbeidsprosessen (Eiersbo 1998 i Trygstad 2004 referert i Hippe og Trygstad, 2012, s.10 ). Denne forståelsen står på mange måter i kontrast til andre perspektiver på ledelse og organisering som har stått sterkt i Norden (Hippe og Trygstad, 2012, s.10.).

Den direkte ledelses- og kontrollfunksjonen erstattes med mer indirekte virkemidler, som blant annet mål og resultatstyring. Hippe og Trygstad skriver at i løpet av de senere årene har det imidlertid kommet indikasjoner på at denne typen kontrolltiltak møtes med selvbeskyttende tilpasningsprosesser. Man tilpasser seg målparametere snarere enn å gjøre det som er best i den enkelte situasjon. Poenget er særlig godt illustrert i TV-serien the Wire, hvor ulike arbeidslag og politiavdelinger kjemper for å unngå de vanskelige drapssakene til fordel for de enkle sakene, for å sikre høy oppklaringsprosent og bedre måloppnåelse slik at budsjettet neste år økes (Hippe og Trygstad, 2012, s.11).

## Økonomi

I Ot.prp.nr 66 ((2000-2001), s. 11-12) Om lov om helseforetak med mer kan det leses at frem til midten av 1990 tallet hadde spesialisthelsetjenesten rammefinansiering fra staten som ble videreført til sykehusene til dels uavhengig av aktiviteten av pasientbehandlingen og om det ble levert gode tjenester med høy effektivitet. Den statlige styringen ble modifisert fra 1997 ved innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF). Omleggingen medfører at sykehusene får refundert deler av utgiftene til behandling av pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG), fra starten av på 30 prosent (siden øket og redusert, slik at den nå er på 50 prosent). Resten gis som rammetilskudd. Man har gått fra et monopolbasert plansystem til et system som gjør bruk av økonomiske incitament og rettigheter, blant annet rett til fritt sykehusvalg, for pasienter. Det står videre at om lag to tredeler av ressursinnsatsen

i spesialisthelsetjenesten er personellinnsats. Antall utførte årsverk i offentlige sykehus var i 1999 ca. 75 000.

## **Helsepolitisk ekspertise**

Torjesen skriver at internt i Sosial- og helsedepartementet registreres det utover på 1990-tallet en tiltakende økonomisering av stabene, der helseøkonomer og samfunnsvitenskapelige kandidater erstatter leger som helsepolitisk ekspertise i tilknytning til helsetjenestens reformarbeid. Symptomatisk for denne utviklingen er f.eks. at en statsviter overtok som leder for departementets helseavdeling, og en reformteknokratisk sosiolog, med bakgrunn fra Johns Hopkins (Gudmund Hernes), overtok helseministerposten etter en lege (Werner Christie) i 1995. Vibeke Erichsen konkluderer i 1996 om legenes retrett fra fagstyrets posisjoner med det hun kaller ”profesjonsstatens sammenbrudd”: ”... helsereformene i 1980- og 1990-årene førte til endringer i de institusjonelle relasjonene. Andre profesjonsgrupper har langt på vei erstattet legene som helsepolitisk ekspertise på sentralt og lokalt nivå, og helsepolitikken har blitt mer og mer politisert og integrert i den videre velferdspolitikken. Dermed er det klare indikasjoner på at profesjonsstatens dager er over” (Erichsen 1996, s. 85, referert i Torjesen, 2007).

## **Økonomiske nyttebetraktninger, konsekvenslogikk, prioritering,**

Det gamle helsepolitiske imperativ om å bekjempe sykdom, koste hva det koste vil, utfordres av en ny type logikk basert på økonomiske nyttebetraktninger (Hagen 2006, referert i Torjesen, 2007). Når det gjelder helse legger nyttemodellene klare premisser for pasientprioritering (Samuel, Dirsmith & McElroy, 2005, referert i Torjesen, 2007), f.eks. hva slags helsegevinster en kan få av behandlingen, målt i kroner og øre. Hvor mye er for eksempel et leveår verdt, beregnet i forhold til medisinkostnader og behandling? Når sykdom får en prisfastsettelse ved stykkprisfinansiering basert på DRG-systemet fra 1997, monetariseres medisinen (Solstad & Mo 1993, referert i Torjesen, 2007). Nyttelogikken gir samtidig føringer for til medisinsk forskning, slik dette kommer til uttrykk i Evidence Based Medicine (Johannessen 2004, referert i Torjesen, 2007).

En ny type økonomisk vitensregime, med sine bestemte verdier og ”konkurransorienterte” politikk kommer på denne måten til uttrykk i helsetjenestens nye fordelingslogikk (Lian 1996, referert i Torjesen, 2007). Et eksempel kan være hvordan økonomiske incitamenter gjennom stykkprisfinansiering (fra 1997) vil kunne favorisere store sykehus som kan operere med stordriftsfordeler. Små lokalsykehus i distriktene kjemper nå for sin eksistens og vil ikke lenger kunne opprettholde det samme tilbudet av spesialistfunksjoner underlagt det nye vitensregimet. På denne bakgrunn ser en tendens til stadig større sentraliserte enheter. Den nye økonomiske fordelingslogikk (konsekvenslogikk), visker ut den gamle faglige logikken, f.eks. ved at stadig friskere pasienter blir behandlet, eller ved at sykehus «fløteskummer» pasienter med lønnsomme diagnoser (Torjesen, 2007).

Torjesen skriver at den gamle medisinske etikk og logikk vil kunne perverteres i forsøk på tilpasning til de nye økonomiske incitamentsstrukturer (Gammelsæter & Torjesen 2005, referert i Torjesen, 2007). I sammenheng med ledelse innen helsesektoren har den økonomiske nytte-logikk åpnet opp et helt nytt landskap for General Management, spesielt I tradisjonen fra Frederick Taylor. Forsøk på økonomisk kontroll og styring fra nye toppledere som henter sine handlingsimperativ fra et faguavhengig kunnskapsgrunnlag, preger hverdagen i norske helseforetak.

## **Medias- og internettets rolle**

Media spiller en stor rolle i vårt samfunn. Oppslag om helsetjenesten er en gjenganger i avisene. Utallige enkelthistorier har vært presentert og store oppslag om svikt og feilbehandlinger i helsetjenesten har blitt skrevet. Media vet at helsepersonell ikke kan uttale seg i enkeltsaker på grunn av taushetsplikten og dermed kommer historiene ut uten motsvar. Det er forståelig at svikt i helsesektoren avsløres, men måten det skjer på gjør at det inntrykk som skapes får en slagside i «kritisk» retning. Befolkningen generelt og politikere får ikke en balansert fremstilling. Det bidrar til å skape mer kritiske holdninger både til leger og til helsevesenet. Internettet spiller også en stadig viktigere rolle når det gjelder informasjonstilgang til befolkningen. På den måten har for eksempel tilgangen til medisinsk kunnskap økt i omfang og på en helt ny måte.

## **Legers atferd**

I NOU 1997:2 (s. 3-4) leser vi at pasientens behov er utgangspunkt for all behandling og kjernen i all pleie og at dette oppfylles ved tilgjengelighet, lydhørhet, faglighet, forsvarlighet, ansvarlighet, punktlighet, åpenhet, helhet, vennlighet og til slutt gjensidighet. Det heter således at helsepersonell skal opptre med aktelse for hverandre, slik at det fremmer godt arbeidsmiljø, arbeidsglede og derved tillit hos pasientene.

Uten at det eksplisitt sies, må disse punktene forstås som en reaksjon på pasienters opplevelse av helsetjenesten på det tidspunktet, og kanskje som en reaksjon på atferd fra leger spesielt.

## **Kvalitet og sikkerhet**

Den første nasjonale satsningen på kvalitetsutvikling i helsetjenesten kan spores tilbake til 1995 (IK-2482 1995) (Braut og Holmboe, 2010, s. 40). Stikkorende var kvalitet, kvalitetssikring og internkontroll. Strategien hadde som overordnet mål å sikre at de ansvarlige for virksomheter som yter helsetjenester etablerte sine egne internkontrollsystemer. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten ble endret i 1994 slik at lovens § 3 stilte et tydelig krav om internkontroll. Dette medførte en betydelig utvikling av tilsynet med virksomheter, ikke bare med tilsynet av yrkesutøvelsen til helsepersonellet. Senere har nasjonale strategier for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten blitt utarbeidet.

## **Prioritering**

I departementets uttalelse i Ot.prp. nr. 66 ((2001-2002) s.13-14) står det at sykehus kontinuerlig står overfor vanskelige prioriteringer knyttet til ulike behov for undersøkelse og behandling. Det er sterke interessegrupper og stor offentlig oppmerksomhet om beslutninger som tas. Sykehus vil i den offentlige debatt kontinuerlig bli konfrontert med hvordan enkelttilfeller er prioritert og fulgt opp. Sykehus skal i tillegg prioritere mellom behandling, forskning og utdanning. Mens man i pasientbehandlingen høster rask gevinst av ressursinnsatsen, er tidsperspektivet lengre når det gjelder utdannings- og forskningsoppgavene. Det er viktig at prioriteringene ivaretas på et overordnet styringsnivå ved hjelp av robuste finansielle og organisatoriske mekanismer. Med mindre en lykkes i dette, vil det få negative konsekvenser for rekruttering og kompetanseoppbygging, og dermed for kvaliteten på pasientbehandlingen, heter det i proposisjonen.

I Helse Sør-Østs (2013) dokumenter står det at etterspørselen etter helsetjenester stadig øker og gjør det av ulike årsaker. Flere eldre, flere med kroniske sykdommer, medisinsk faglig og teknologisk utvikling og høyere forventninger i befolkningen. Selv i et rikt land som Norge er det umulig å imøtekomme alle ønsker om helsetjenester. Prioritering innenfor helsetjenesten er derfor nødvendig for å sikre gode og likeverdige tjenester. Befolkningen i Norge skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester, og behandlingen skal prioriteres ut fra blant annet sykdommens alvorlighet, forventet nytte av behandlingen (dokumentert effekt), og det skal være et rimelig forhold mellom kostnader og forventet effekt. Særlig vanskelige og prinsipielle prioriteringsutfordringer skal vurderes nasjonalt for å sikre lik praksis i hele landet (Helse Sør-Øst, 2013).

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til en mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet skal bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten slik at de ulike institusjoners tiltak og prosesser blir godt koordinert. Rådet skal medvirke til dialog mellom myndigheter, tjenesteytende virksomheter, brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner/fagforeninger (regjeringen.no).

Den nåværende regjering skriver at med en årlig stortingsmelding ønsker regjeringen å øke oppmerksomheten om kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken og gjøre det mulig å følge utviklingen over tid (regjeringen.no).

## **Ny lovgivning**

Fra 1. januar 2001 trådte det i kraft fire nye lover som innebærer omfattende endringer i helselovgivningen: 1- Helsepersonelloven. Den erstatter alle tidligere særlover for helsepersonell. 2- Pasientrettighetsloven. En ny lov om pasientrettigheter. 3- Psykisk helsevernloven. Ny lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. 4- Spesialisthelsetjenesteloven. En ny lov om spesialisthelsetjenesten.

Under den nye helsepersonelloven kommer 27 helsepersonellgrupper. I tillegg omfatter loven annet personell som arbeider i helsetjenesten, og som yter helsehjelp. Helsepersonelloven får dermed et langt videre nedslagsfelt enn de tidligere særlovene.

Tidligere hadde leger og tannleger monopol på enkelte typer helsefaglig virksomhet (Legeloven). I følge helsepersonelloven er det visse typer virksomhet som bare kan drives av helsepersonell. Men det er ikke sagt noe om hvilket helsepersonell som kan gjøre hva. Hvem av helsepersonell som kan utføre ulike oppgaver er styrt ut i fra forsvarlighetsprinsippet i helsepersonellovens § 4. Det betyr at de som skal utføre ulike typer faglig arbeid, må ha formal og realkompetanse som gjør at de kan utføre arbeidet på en sikker og tjenlig måte. Ved rekvirering av legemidler er det imidlertid spesifisert hvem som kan gjøre dette og det samme gjelder bruk av tvang i det psykiske helsevernet (Molven, 2009, s. 240).

Ingen helselover uttrykker at bestemte grupper helsepersonell er faglig over- eller underordnet andre. Lovgiver har bevist lagt til grunn at det skal være opp til arbeidsgiver å regulere dette gjennom organiseringen av virksomhetene, via hvem som gis stillinger av ulike slag og, via stillingsinstrukser. Det trenger derfor ikke være formalkompetanse, men realkompetanse som avgjør når stillinger skal besettes (Molven, 2009, s. 240). I følge Berg er det indirekte hierarkiskapende innslag i loven. Leger/tannleger kan bruke ”hjelpere” (se under). Kravet om forsvarlighet impliserer at det er et kunnskaps- og dermed også et personellhierarki, endog innad i medisinen (Berg, O., e-post, 13. mai 2016).

I konkrete utrednings- (diagnostiserings-) og behandlingssituasjoner der helsepersonell av ulike kategorier samarbeider, er leger og tannleger tillagt å ta beslutningen om utredning og behandling i spesifikke medisinske og odontologiske spørsmål, jf helsepersonelloven §4 tredje ledd (Molven, 2009, s. 240).

## **Enhetlig ledelse**

Den ledelsesform som de fleste sykehusavdelinger ble styrt etter på 1990-tallet var såkalt todelt, enhetlig ledelse. Som det påpekes i NOU 1997: 2: "Norske sykehus [har] i dag overveiende ...enhetlig todelt ledelse på avdelingsnivå. Dette kan bety at mange sykehus oppfatter denne modellen som funksjonell til tross for problemet med enhetlig ivaretagelse av lederansvaret (NOU 1997:2, pkt.10.4.5.1).

Selv om sykehusene selv mener dette er en funksjonell ledelsesform, fatter politikerne et stortingsvedtak den 21. november 1995 som ba regjeringen sørge for at det skulle innføres enhetlig ledelse på alle nivå i sykehus. Begrunnelsen kommer frem i innstillingen fra stortinget vedrørende budsjettet. Der står det ”Disse medlemmer viser til Inst. S. nr. 165 (1994-95) der flertallet, unntatt Arbeiderpartiet, mente at det er grunn til å vurdere dagens system med todelt medisinsk ledelse ut i fra at oppsplittingen i en medisinsk og sykepleierfaglig ledelse kan gi lite kostnadseffektiv ledelse. Flertallet pekte på at det ved en rekke sykehus de senere år har vært en betydelig økning i administrative stillinger.” (Budsjett-innst. S. nr. 11,1995-96, s. 38). Dette kom som en reaksjon på at Rikshospitalet hadde vedtatt

en ny organisering med åtte klinikker med en klinikkoverlege og en klinikkoversykepleier i fulle stillinger.

Den 21 november 1995 vedtas enstemmig en forslag fra sosialkomiteen som er omdelt i stortinget. Forslaget lyder: ”Stortinget ber Regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må være klare ansvarslinjer slik at den som innehar det medisinsk-faglige ansvar, også har nødvendig myndighet” (Forhandlinger i Stortinget nr.80, 21 nov, 1995, s. 1223).

Det er altså bekymring for kostnadene til antallet ledelsesstillinger som ligger bak beslutningen i Stortinget.

Gudmund Hernes blir helseminister i desember 1995, og i slutten av april 1996 får Steineutvalget i mandat fra Sosial- og helsedepartementet å foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften i norske sykehus, men slik at sykehusene på en bedre måte kan dekke pasientens behov. Departementet har trukket opp retningslinjer for hva de mener ligger i at sykehus skal ivareta pasientens behov, de såkalte ”Pasienten først”-retningslinjene, formulert av statsråden selv. Utvalget leverer sin rapport NOU 1997:2, ”Pasienten først” Ledelse og organisering i sykehus, ni måneder senere (NOU 97:2, s. 3).

I NOU 1997:2 (s. 20 - 23) gjenfinnes teksten fra stortinget. I den videre teksten ses det at Rikshospitaller ba om en fortolkning av vedtaket og der står det at det skulle være en ansvarlig leder og det skulle være den best kvalifiserte person etter faglige og administrative kriterier. Hvorledes relevante kriterier skal vektlegges, må avveies ut fra den konkrete situasjon ved den enkelte virksomhet.

Steineutvalget sto samlet i sitt syn på at ledelse av sykehusavdelinger skal være basert på enhetlig og udelt ledelse. Det vil si at en person skal være utpekt som leder for den enkelte organisatoriske enhet i sykehuset. Utvalgt mener at dette vil skape en klarere ansvarssituasjon enn den man hadde, der det i stor grad gjøres bruk av todelt ledelse på avdelingsnivå. (NOU 1997:2, s.12)

Da lovfesting av enhetlig ledelse kom, innebar det i prinsippet at ledelse i sykehus ble frigjort fra en bestemt helsefaglig tilhørighet, og andre kunne rykke enda nærmere inn på legenes ledelsesdomene. Her har sykepleierne rykket frem og historisk benyttet ledelse som en strategi for anerkjennelse og frigjøring fra de medisinske hierarkier (Torjesen, 2007, s. 279)

Enhetlig ledelse ble lovfestet. Kunnskapsmessig hviler tenkningen bak på en idé om at ledelse er et fag i seg selv og at den som er best til å lede per se skal lede virksomheten. Denne ledelsestenkningen har i kontrast til helsesektorens faglige ledelsestradisjoner, sitt kunnskapsmessige opphav innen den amerikanske management-tradisjonen. Der har ledelse først og fremst hatt et pragmatisk formål om å tjene «business» og økonomisk nytte (Byrkjeflot 1999, referert i Torjesen, 2007).

Torjesen skriver at med utspring i amerikanske storkonsern kom denne ledelsestenkningen inn i norske industribedrifter i forbindelse med Marshall-hjelpen og bedriftskonsulenten George Kenning (Kalleberg 1991, referert i Torjesen, 2007). Tusenvis av norske ledere gjennomgikk fra 1955 til 1990-tallet kursing i Kennings teser om ledelse. De samme modeller fra amerikansk foretaksledelse fikk i 1990-årene innpass i offentlig sektor. Etter den store fristillingsbølgen på 90-tallet innen statsområdet, fikk ledelse utgått fra General Management større betydning som virkemiddel i forvaltningspolitikken (Christensen & Læg Reid 2002; NOU: 1989:5, referert i Torjesen, 2007).

De første innslag av tilsvarende ledelsestenkning kom i sykehussektoren da Andersland-utvalget i 1990 foreslo å innføre Kenning-ledelse i sykehusene (Sosialdepartementet 1990, referert i Torjesen, 2007). Her ble det for første gang med utgangspunkt i en kritikk av fagledelse foreslått å oppheve legenes monopol på lederstillinger i sykehussektoren. Utvalgets innstilling fikk i første omgang liten betydning for profesjonaliseringen av ledelse i sykehusene før Steine-utvalgets utredning Pasienten først! forelå (NOU 1997:2). Her ble det tatt til orde for en mer helhetlig tenkning omkring pasienten, der et organisasjonsfokus skulle avløse et profesjonsfokus. Mer ansvarliggjort og enhetlig ledelse ble da svaret på de problemer pasientene tidligere møtte med et profesjonsdominert ledelsesfokus i sykehusene. (Torjesen, 2007)

## **Sykehusreformen 2002, en ledelsesreform**

I begrunnelsen fra departementet i Ot.prpr. nr. 66 angående helseforetaksloven, som ble iverksatt 1. januar 2002, står det at reformen inngår i regjeringens målsetting om å modernisere den offentlige sektor og at den skal bygge på velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet. Loven bygger på fire premisser: 1) Det er det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helse- og sosialtjenester. 2) Man ønsker at helsesektoren også i fremtiden skal være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale velferdspolitiske mål. Lovforslaget gir grunnlag for en sterkere statlig styring gjennom at både eierskap, myndighetsrolle og finansieringsansvar plasseres på samme hånd. 3) For å skape trygghet for pasienten foreslås det lovfestede rettigheter, rettigheter som skal sikres gjennom de økonomiske ressurser som stilles til disposisjon for sykehusene og gjennom innføring av etiske og faglige standarder. 4) Endelig skal pasientens rett til medvirkning sikres gjennom den nye loven (Ot.prpr.nr.66, (2000-01), s. 7).

Det understrekes i proposisjonen at eksisterende helsepolitiske mål skal stå fast: At hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted gis god tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse og omsorgssektor. Målsettingen er konkretisert gjennom mål om å øke behandlingsskapiteten og redusere ventetider, å prioritere pasienter i tråd med de nasjonale retningslinjer som trekkes opp, å sikre en effektiv spesialisthelsetjeneste basert på kunnskap om de beste behandlingsmetodene, å ha god tilgang til helsetjeneste uavhenglig av bosted, å ivareta sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver og å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse og sosialtjeneste (Ot.prpr.nr.66, (2000-01), s.8-9).

Man kan lese i proposisjonen at før reformen var det identifisert svakheter ved helsesystemet som kom til uttrykk gjennom lange ventetider, korridorpasienter, mangelfull samordning, store ulikheter og dårlig ressursutnyttelse. Det nevnes at det var stor utgiftsøkning i sykehus. Det hadde vært stor vekst i pasientbehandlingen, men fremdeles var det mange pasienter på venteliste, heter det videre. Det ble utdannet flere helsepersonell, men fremdeles var det mangel på helsepersonell, konstaterer proposisjonen. Sykehusene var lite villige til å sende pasienter til andre når de selv hadde manglende behandlingsskapasitet. Videre bemerkes det at det ble investert i utstyr i fylkenes sykehus, men at utnyttelsesgraden generelt var lav fordi mye utstyr i perioder sto ubrukt. I proposisjonen konstateres det at det var stor variasjon i hvordan eierne utøvde sitt eierskap at det var store geografiske variasjoner i medisinsk praksis. Departmentet ønsket å forbedre kvaliteten på enkelte helsetjenester ved å fordele funksjoner mellom sykehus. Det var store forskjeller i ressursbruk mellom sykehus og i proposisjonen kommenteres det at det var uklare ansvarsforhold grunnet todelt eier- og finansieringsansvar mellom fylkeskommune og stat (Ot.prpr.nr.66, (2000-01), s.8-9).

Helseforetaksreformen medførte to store endringer, skriver Hippe og Trygstad (2012, s. 23). For det første skulle staten overta ansvaret for og eierskapet til spesialisthelsetjenesten og for det andre skulle sykehusene organiseres i foretak, som egne rettssubjekter under den statlige forvaltningen. Målet var å oppnå både sterkere overordnet statlig styring og en lokal frihet i det enkelte foretak. I høringsuttalelsene før reformen kom det innspill på at det ville være en utfordring å samordne en overordnet statlig styring og et fristilt lokalt driftsansvar. En foretaksmodell skulle gjøre det lettere å lage systemer slik at statens ulike roller ikke skulle gli over i hverandre og skulle også redusere muligheten for spill fra profesjonenes, fagforeningenes og enkeltaktørers side.

Hippe og Trygstad (2012, s. 8) skriver at i følge proposisjonen var et av hovedelementene i reformen å gi klare signaler om den styringskultur som skal råde ved å myndiggjøre ledere og gi dem reelt ansvar for egen drift. Helseforetaksreformen hadde slik to formål. Dels skulle den skape bedre virkemidler for politisk styring av spesialisthelsetjenesten, og dels skulle den starte en kulturrevolusjon – gjennom å myndiggjøre ledere og heve deres kompetanse, rolleforståelse og gjennomføringsevne. Virkemiddelet var å skifte ”styringsfilosofi” fra forvaltningsfilosofi til foretaksfilosofi. Reformen ble dermed omtalt som en ledelsesreform. Reformen kan identifiseres som et tidstypisk ønske om endring fra forvaltning til mer bedriftsorientert organisering, inspirert av New Public Management. Hippe og Trygstad (2012, s. 8) skriver at overgangen fra forvaltning til foretak innebar en fristilling av spesialisthelsetjenesten i formell forstand, men ikke i politisk forstand. Den hadde tvert i mot som mål å styrke den statlige styringen av sykehusene. Slik sett kan det sies at reformen hadde en innebygd motsetning.

Statens overtakelse av sykehusene i 2002 er en av de største reformene i norsk samfunnsliv noensinne. 100 000 ansatte fikk nye arbeidsgivere, og milliardverdier ble flyttet mellom fylkeskommuner og stat.



En sentral studie av sykehusreformen er: Søkelys på sykehusreformen (2005), en studie med 12 kapitler om ulike økonomiske-administrative sider ved reformen. I det avsluttende kapittel «Reform på rett vei?», på bokens siste side, spørres det: «Er endringene i det politiske og administrative systemet av en slik karakter at de har styringsmessige konsekvenser for fagfolkene?» Det konstateres samtidig at «Hvordan de mange reformelementene i sum påvirker fagmiljøene, vet vi lite om.» (Opedal og Stigens, 2005, referert i Slagstad, 2012a, s.1). Slagstad (2012a, s.1) mener at dette egentlig er et ganske oppsiktsvekkende spørsmål og en like oppsiktsvekkende konstatering. Her gjennomføres dyptgripende reformer av en av velferdsstatens nøkkelinstitusjoner, men en aner lite om hva reformene betyr for disse institusjonenes profesjonelle identitet, altså institusjonenes kjernevirksomhet. Slagstad ser den som et ganske symptomatisk uttrykk for den nye reformismens faglige trangsyn. Det som stort sett er fraværende, er det sosiologiske perspektiv på sykehusene som samfunnsinstitusjoner: som samfunnsetiske institusjoner som er bærere av kulturelle og faglige verdier som ikke uten videre lar seg fange i økonomiske og organisatoriske modeller. Forskere skriver at politikerne har fortsatt med å gripe så sterkt inn i styringen at modellen mer er foretak i navnet enn i gavnet (Opedal og Stigen 2005, Danielsen m.fl 2004, referert i Grund, 2007).

Grund (2007, s. 2) skriver at ved å samle eier-, finansierings- og driftsansvaret på statlig nivå, og å organisere ansvaret gjennom fem regionale, juridisk selvstendige, helseforetak, skulle vi både få politisk styring, regional samordning og profesjonell drift. Grund konstaterer at flere har fått behandling, at ventelistene har gått ned, at sykehusstrukturen er rasjonalisert og at det enkelte sykehus kan arbeide mer rasjonelt og strategisk gjennom foretaksorganisering. Reformen har bidratt til å sette i gang en rekke endringsprosesser.

## **Sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør og omorganisering av sykehusene i Oslo**

I informasjon fra Helse Sør-Øst står det at sykehusreformen i 2002 tydeliggjorde krav og forventninger til innholdet i spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skulle kombineres med rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar. Siden etableringen har de regionale helseforetakene Helse Sør, Helse Øst og senere Helse Sør-Øst gjennomført omfattende endringer når det gjelder systembygging, organisering, regionale fellestjenester, økonomisk styring og kontroll, strukturendringer, funksjons- og oppgavefordeling med videre (Helse Sør-Øst, 2013)

Grund (2007, s. 3) skriver at etter at Fremskrittpartiet og Høyre hadde kommet med flere forslag om endringer i sykehusreformen, var det nødvendig for regjeringen å vise ”handlingsevne” og vedta å slå sammen Helse Øst og Helse Sør til et regionalt foretak. Helt siden sykehusreformen ble vedtatt har mange ment at det er uhensiktsmessig at sykehusene i hovedstatsområdet er fordelt på to regioner. Grund skriver videre at det var grunn til å tro at en ved å samordne kompetanse, drift og investeringer ved de 15 sykehusforetakene i disse to regionene kan oppnå mye både for pasientene, økonomien og forskningen. Han sier at

gjennom en samordning av aktiviteten ved disse sykehusene burde det være mulig å oppnå synergier slik at utgiftene til hovedstatssykehusene kommer mer på linje med hva det koster å drive sykehusene i hovedstatsområdene i Sverige og Danmark. Ved å samordne satsingen fra de fire universitetssykehusene i Oslo-regionen får en også større forskningsmessig slagkraft i den internasjonale konkurransen i høyspesialisert medisin.

Bedre samhandling mellom sykehusene i helseregionene Sør og Øst vil kunne bringe et norsk svensk samarbeid mellom universitetssykehusene i Oslo-området og Göteborg-området helt frem i verdenseliten med muligheter for betydelige forskningsmidler fra EU, mener flere (Norum og Evensen 2007, referert i Grund, 2007, s.3).

Optimismen om omstillingen var stor i enkelte miljøer og protester ble ikke tatt hensyn til. En lang rekke endringer ble utført.

Slagstad (2012b, s.3) skriver at den store sykehusfusjonen i Oslo – Oslo Universitetssykehus (OUS) - er en fusjon av tre store sykehus (Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål Sykehus) og fisjonen av et fjerde (Aker Sykehus). Parallelt med overføring av en del av pasientgrunnlaget til Akershus Universitetssykehus skulle Oslo-sykehusene smelte sammen til et stort, robust nytt sykehus. Med forventninger om snarlig samlokalisering ble det innført en helt ny organisasjonsstruktur i sykehusene. Klinikker, avdelinger og seksjoner ble organisert på tvers av geografiske lokalisasjoner. Denne nye styringsmodellen skulle gi mulighet for bedre samordning av tjenestene, avvikling av dublerede funksjoner, og derved bedret tilbud og betydelige innsparinger. De sentrale grunnlagsdokumentene for fusjonen, vedtatt i 2008, ble utarbeidet av bl.a. konsultentselskapet McKinsey. Ifølge McKinseys beregninger ville Oslo-fusjonen kunne gi gevinstrealiseringsbeløp på 900 mill. kr. pr. år. – Slik gikk det imidlertid ikke. Ved inngangen til 2012 hadde den antatte gevinstrealiseringsmaskinen OUS et akkumulert underskudd på 2,4 milliarder kr.

## **Tiden etter lovendringene**

Mange har ytret seg for å vise konsekvensene av endringene for helsepersonell. Det har vært mange oppslag i media og tidlig i 2016 var det flere debatter i media omkring temaet frykktkultur i helsevesenet generelt og i sykehus spesielt. Det gjennomføres skjembaserte medarbeiderundersøkelser og det har vært utført studier av arbeidsmiljøet i sykehus. Det er også skrevet flere masteroppgaver om den nye ledelsen.

I FAFO rapporten ”Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus” fra 2012, forfattet av Hippe og Trygstad, analyseres særtrekk ved ledelse, ansvar og samarbeid i helseforetakene sett fra ledernes ståsted ti år etter helseforetaksreformen. Den er utført på oppdrag fra arbeidsgiverforeningen Spekter. FAFO har sendt ut spørreskjema via e-post til ledere. På spørsmålet til lederne om de ”Alt i alt mener at helseforetaksreformen har vært vellykket” ses det et det er stor variasjon mellom ledernivåene. 2864 ledere har svart. I toppledelsen svarer 67% at de er ganske enig eller helt enig, i avdelingsledelsen gjelder dette 29%, mens blant seksjons-/enhetsledere er 19 % enig. Topplederne har altså en helt annen

vurdering av reformen enn nivåene under. Hippe og Trygstad (2012, s. 9) skriver at en naturlig videreføring av deres arbeid vil være tilsvarende undersøkelse blant tillitsvalgte og blant ulike grupper ansatte. En slik er så langt ikke blitt utført.

Når det gjelder konsekvenser for legegruppen har flere ytret seg som individer. Noen leger gikk sammen og gav uttrykk for sitt syn i artikkelen ”Ta faget tilbake” (Wyller m.fl, 2013) dette ble starten på Helsetjenesteaksjonen (helsetjenesteaksjonen.no). I artikkelen ”Ta faget tilbake” tas det til orde for en ny styringsideologi. Nåværende styringsideologi, fundamentert på ny offentlig styring (NPM), har tre kjennetegn. 1) Ekspansjon av markedsmakt og statsmakt samtidig. Ekspanderende kontroll og rapporteringssystemer signaliserer en mistillit til helsearbeiderne. 2) Krav om lojalitet fra fagfolk oppover i linjen. Dette medfører, heter det, at autonome fagfolk omdannes til disiplinerte funksjonærer. De opplever at selvstendige normer, knyttet til medisinsk etikk og vurderinger av medisinsk forsvarlighet, blir fortrent av det som bestemmes i ”linjen”. 3) Delegering av ansvar og dilemmaer nedover. Det fører til at det er fotfolket som må ivareta velferdsstatens forpliktelser, men uten å få tilstrekkelig ressurser til å kunne gjøre det.

De hevder at dagens styringsideologi medfører dårligere kliniske tjenester, økonomisk ineffektivitet, demokratisk underskudd, kompetanseflukt og moralsk forfall i helsesektoren.

En ny styringsideologi er nødvendig, mener forfatterne. De mener verdigrunnlaget som helseprofesjonen forplikter seg til, den kliniske konsultasjonen, møtet mellom pasient og behandler, det å arbeide for den andres helbred, må være kjernen. Dette verdigrunnlaget setter omsorgen for enkeltmennesket i sentrum. De mener nåværende styringsideologi i helsetjenesten bærer preg av kyniske prioriteringsdiskusjoner, der rettferdig fordeling er viktigere enn at man bekymrer seg for at enkeltmennesket lider (Wyller m.fl., 2013).

Legeforeningens forskningsinstitutt har undersøkt overlegenes jobbtilfredshet og fant at 78% av mannlige og 77% av kvinnelige overleger opplever stadig omorganiseringer i helsevesenet som ganske eller svært stressende (Aasland og Rosta, 2011).

Jeg kjenner ingen studie som mer inngående går inn for å studere nyanser i legers erfaringer av og opplevelse av situasjonen.

### 3 Metode og metodediskusjon

Ved bruk av kvalitative metoder er det svært viktig å redegjøre detaljert for hele prosessen slik at man kan følge hvordan kunnskapen er dannet. I dette kapitlet redegjør jeg først for valg av metode, rekruttering av informanter og om utvalget. Deretter beskriver jeg intervjuene og noen etiske avveielser. Jeg nevner bruk av prosjektlogg og hvordan analyseprosessen er utført. Jeg redegjør for mine forutsetninger og min tolkningsramme og mine valg av teori. Til slutt diskuterer jeg spørsmål omkring intern validitet (gyldighet), hva jeg egentlig funnet ut noe om, ekstern validitet (overførbarhet), og reliabilitet (pålitelighet).

#### Valg av metode

Problemstillingene som er valgt leder til spørsmål omkring informantenes erfaringer, tanker, følelser, mestringsstrategier og tanker om samspill. Hensikten med prosjektet er å få mer innsikt og forståelse om informantene. Hvilken metode er beste egnet til dette? Ved bruk av spørreskjema vil en ikke få den dybde og nye innsikt som her er målet. Innledningsvis ble fokusgruppe som metode vurdert, men det kan være vanskelig å få gjennomført med travle overleger fra ulike sykehus og det kan være en risiko for nivellering av hverandres svar, spesielt fordi problematiske forhold skulle være i fokus. Jeg kunne ha valgt observasjon som metode, det å observere samspill i situasjonene, men da ville jeg ikke ha fått den innsikten jeg ønsker omkring tidligere erfaringer, tanker og følelser. Det sentrale var å oppnå forståelse, særlig av samhandling og informantenes selvforståelse. Valget falt på individuelle intervju, fordi intervju gir data om hvordan informanten forstår endringene og deres tanker om ledelse og om deres følelser og mestringsstrategier.

#### Rekruttering av informanter

Siden jeg ønsker å studere overleger, måtte nødvendigvis overleger rekrutteres til studien. Overleger er valgt som gruppe fordi de er spesialister innen sine fagfelt. Jeg valgte to strategier for rekruttering.

Overleger fra somatiske avdelinger ble rekruttert ved at jeg henvendte meg til en overlege med et bredt kontaktnett og spurte om han kunne spre informasjon om studien og spørre overleger fra ulike somatiske avdelinger. Jeg ønsker to kvinner og to menn. Innen kort tid hadde jeg på denne måten fire kandidater fra somatiske avdelinger.

Overleger fra psykiatrien ble rekruttert ved direkte henvendelse fra meg. Fire ble rekruttert på et seminar og alle jeg spurte sa ja, en etter litt betenkningstid. En kandidat jeg hadde spurt, viste seg i ettertid, men før intervjuet, ikke var overlege og ble derfor ikke intervjuet. En fjerde psykiater ble derfor rekruttert via en henvendelse på e-post. Jeg rekrutterte to kvinnelige og to mannlige psykiatere. Jeg ønsket psykiatere med psykodynamisk gruppebakgrunn for at de skulle ordsette egen opplevelse og prosesser i sykehuset slik de forstår det.

Jeg ønsket et materiale med bredde og ulike nyanser. Derfor er overleger fra ulike somatiske og ulike psykiatriske avdelinger valgt. De arbeider ved fem ulike sykehus i Helse Sør Øst.

En enklere strategi hadde vært å velge kun ett sykehus, og spisse problemstillingen mot dette. Min interesse var imidlertid å se om de store omfattende endringene som er utført på nasjonalt nivå har gitt lignede endringer og opplevelse flere steder. Jeg kunne ha valgt å ta med LIS leger, men disse er under utdanning og under ledelse av overlegene. Overlegene pekte seg ut som den mest interessante gruppe for min studie.

## Utvalget

Jeg har tilstrebet informasjonsrikdom i utvalget (Malterud, 2011, s. 56). Overlegene som er intervjuet arbeider, som nevnt, ved forskjellige avdelinger og innen ulike fagfelt. Her er en oversikt over intervjukandidatene, intervjuenes lengde og antall sider transkripsjonstekst:

A: Kvinne 51 år, overlege i psykiatrien, varighet av intervju: 2t, 44 min, 48 sider tekst.

B: Mann 62 år, overlege i psykiatrien, intervju: 2t, 44 min, 41 sider.

C: Mann 60 år, overlege i somatikken, intervju: 2t,15 min, 29 sider.

D: Kvinne 56 år, overlege i psykiatrien, intervju: 1t, 27 min, 22 sider.

E: Mann 41 år, overlege i somatikken, intervju: 1t, 54 min, 31 sider.

F: Kvinne 52 år, overlege i somatikken, intervju: 1t, 38 min, 33 sider.

G: Kvinne 37 år, overlege i somatikken, intervju: 1t, 34 min, 30 sider.

H: Mann 61 år, overlege i psykiatrien, intervju: 1t, 38 min, 29 sider.

Jeg har skriftlig avtalt ved samtykkeerklæringene at intervjuobjektene skal sikres full anonymitet. Ytterligere beskrivelse av intervjuobjektene vil derfor ikke bli gitt. Jeg velger ikke å si hvilket intervjuobjekt som sier hva i resultatteksten. Dette er begrunnet i frykten for at svarene kan summeres, at man kan på den måten tenke seg til hvem som har sagt hva og dermed identifisere informanten.

Det viste seg at to av overlegene hadde vært formelle ledere tidligere. En ønsker å bli formell leder. To er ledere nå, men jobber også klinisk i avdelingen (en kun av og til) og tre har aldri vært formelle ledere over tid. Aldersspennet i utvalget er, som en kan se, fra 37 til 62 år. Gjennomsnitt er 52,5 år, median 54 år.

## Intervjuene

Intervjuene ble foretatt i perioden desember 2014-februar 2015. Jeg fulgte et semistrukturert intervju, med en del hovedgrupper og spørsmål, men valgte å følge intervjuobjektene hvis de kom inn på tema som var viktig for dem, men som jeg ikke hadde i min manual. Jeg hadde

forberedt en rekke underspørsmål under punkt III- Hovedpunkter. De ble brukt som en huskeliste, men var også tenkt som hjelpemiddel hvis samtalen gikk i stå. Før intervjustart ble skriftlig samtykke innhentet og alle samtaler ble tatt opp på lydbånd.

## **Intervjuguiden, oversikt over hovedpunkter**

### **I- Start (Rammesetting)**

1) Løst prat (5 min) - Uformell prat

2) Informasjon (5-10 min) - Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål). -Presentere mitt prosjekt ganske kort, med utgangspunkt i utsendt prosjektbeskrivelse . -Understreke at jeg er ute etter nyanser og dybde og at det er ønskelig med lengre svar og eksempler, egne opplevelse, tanker og følelser. (Det sentrale i kvalitativ tilnærming er å oppnå forståelse, særlig av samhandling og informantenes selvforståelse.) -Minne om at opplysningene vil bli anonymisert. Kun enkeltstående anonymiserte sitater vil bli trykt. -Jeg har taushetsplikt. - Forklare at man når som helst kan trekke seg. -Spør om noe er uklart og om respondenten har noen spørsmål. -Informere om opptak, sørge for samtykke til opptak. -Start opptak.

II- Person. Først ønsker jeg litt fakta om deg: Kjønn, alder, Antall år i den aktuelle spesialiteten. Tittel. Når startet medisinstudiet, studerte hvor?

III- Selve intervjuet (60-70 min), Hovedpunkter: 1. Endringer i sykehuset de siste år, beskrivelser av endringer, hva har de ført til? Hvordan oppleves endringene (Bruke visuell analog skala for å visualisere intensitet, grad av aktivering), håndtering av endringene. 2. Type arbeidsoppgaver og tid brukt på ulike oppgaver (Kort, kun oversikt). 3. Organisasjonsoversikt, avdelinger, enheter, team og andre samarbeidsgrupper (Kort, tegne kart). 4. Ledelse på sykehuset. Beslutningsprosesser. 5. Motivasjon for å ville bli lege? Motivasjon for arbeidet i dag. Etikk, lojalitet. 6. Beskrivelse av legemiljøet på sykehuset. 7. Leger som ledere. Holdninger til ledelse.

IV- Tilbakeblikk, avslutning (10-15 min) -Oppsummere noen funn, -Har jeg forstått deg riktig?, -Er det noe du vil legge til?, -Hvordan var opplevelsen av intervjuet?, -Hvis du ønsker så kan vi ha en samtale på telefon om en stund. Ofte virker intervju aktiverende og tanker settes i gang. Kanskje ønsker du å supplere med flere opplysninger? Avslutte samtalen på en ordentlig måte.

V- Ettetanker. Bruke tid umiddelbart etter intervjuet til å reflekterer over umiddelbare inntrykk, egne opplevelse, kroppsspråk. Formidle rammen for samtalen, stemningen i samtalen, emosjonell tone, omgivelser, forstyrrelser mm.

## **Opplevelse under intervjuene**

Flere av intervjuene ble foretatt på slutten eller etter arbeidstid. Da forløp samtaler relativt uforstyrret, kun avbrutt av en eller to telefonsamtaler. Et par av intervjuene ble foretatt i arbeidstiden og da forekom opptil flere avbrytelser. Ved ett tilfelle måtte vi bytte kontor og

flere kom innom underveis og gav pauser i intervjuet. Intervjukandidaten deler kontor med to andre. De fleste intervjuobjektene var vennlige og interesserte og svarte villig og reflektert på spørsmål. To av deltagerne virket imidlertid skeptiske og de var, om enn ikke direkte fiendtlige, så var de avmålte, spesielt i begynnelsen. Samtalen gikk noe tregt, men bedret seg etter hvert, i begge tilfeller. Det er uvisst hvorfor dette skjedde, om det hadde med meg som person å gjøre eller om det var dette at jeg tar en lederutdanning som spilte inn, vites ikke. Et av intervjuene ble brått avbrutt fordi intervjuobjektet hadde gjort en annen avtale, uten at hun hadde informert meg om at dette skulle skje. Dette intervjuet fikk derfor ikke sin avrundning på vanlig måte.

Mitt inntrykk var at de andre samtalene var balanserte, at det var kolleger som snakket sammen og at ingen hadde noe underdanig forhold til den andre. Selv om flere av intervjukandidatene har lange akademiske merittlister, så ble jeg som forsker i denne situasjonen behandlet med stor respekt. Flere gav uttrykk for takknemmelighet for å få anledning til å snakke mer inngående om temaene i studien, noe de vanligvis ikke får gjort.

## **Etikk**

Intervjuobjektene mottok skriftlig informasjon før intervjuene. Informert samtykke måtte skrives under før intervjuet fant sted og det ble opplyst om at man kunne trekke seg underveis under intervjuet. Jeg informerte informantene om min taushetsplikt og at alle opplysninger ville bli anonymisert.

Malterud (2011, s. 204) skriver at kvalitative data omhandler menneskers livserfaringer og tanker, og har ofte en form der det språklige uttrykket gir materialet en særlig sensitiv og personlig karakter. Vi bruker ofte kvalitative metoder til å utforske saker og relasjoner som er viktige for folk. Viktig kunnskap kan komme frem i situasjoner deltageren er villig til å fremstille seg selv nakent og ærlig, kanskje i et lite flatterende lys. Dette stiller strenge krav til informert samtykke. Enhver datainnsamling representerer en potensiell intervensjon som kan åpne en prosess og kan aktivere psykisk uro. Deltagerne har hatt mulighet for å kontakte forskeren i etterkant hvis nødvendig.

Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter, og gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell som utforskes. Malterud skriver at i slike situasjoner skal vi bruke vårt beste skjønn til å utøve en forsvarlig forskningsetikk i forhold til dem som betror oss sin kunnskap eller sin hverdag (Malterud, 2011, s. 207).

Forskeren skal sørge for at deltageren kan kjenne seg trygg på at anonymiteten blir tilfredsstillende ivaretatt, uten risiko for gjenkjennelse. I noen tilfeller kan personvernet styrkes ved å forandre på noen informasjonen i presentasjonen (Malterud, 2011 s. 204-05).

I transkripsjonsteksten har intervjuobjektene fått pseudonymer i form av å hete en bokstav. Intervjuutskriftene er kun lest av forskeren og veileder og vil ikke bli utlevert til andre. Personidentifiserbare data er kun kjent for forskeren, og har blitt lagret separat i låsbart

arkivskap. Lydopptakene vil bli slettet etter prosjektets avslutning, dvs. ved innlevering av masteroppgaven eller evt. ferdigstillelse av artikkel.

## **Prosjektlogg**

En prosjektlogg ble etablert for å notere veivalg underveis (Malterud, 2011, s.51). Dette ble et dokument der jeg skrev ned hva jeg har gjort og der jeg har notert ned overveieleser omkring for eksempel språk og mer tekniske forhold rundt oppgaveskrivingen i tillegg til andre betraktninger og instruksjoner til meg selv i prosessen med arbeidet.

## **Språk**

Jeg har tatt med informantenes egne formuleringer i resultatteksten for å levendeliggjøre teksten, men også for å vise ”temperauren” i utsagnene. Språket vil derfor få et mer muntlig preg i resultatdelene.

## **Analyseprosessen**

### **Transkripsjonstekst**

Lydfilene har blitt transkribert av en profesjonell transkriptør. Lydfilene er blitt ordrett skrevet ned. Hvis det har vært latter er dette skrevet i parentes. Forøvrig er ingen pauser under samtalene eller varighet av disse blitt notert. Totalt ble det 263 sider tekst med Times New Roman, 12 pkt., enkel linjeavstand, som skulle analyseres.

Alle intervjuobjektene hadde fått en bokstav som navn. Jeg nummererte hvert utsagn fra informanten i transkripsjonsteksten. På den måte visse jeg når et klipp var fra for eksempel B 12, så var det utsagn nr. 12 i intervjuet av person B. Denne nummereringen fulgte med utsagnene/klippene helt til siste versjon av resultatteksten skulle skrives. Slik var det lett å gå tilbake til originalteksten for å sjekke.

### **Bearbeiding av teksten:**

Jeg bestemte meg for å følge metoden beskrevet av Kirsti Malterud i boken Kvalitative metoder i klinisk forskning (2011) når det gjelder sammenskriving og bearbeiding av intervjuobjektens svar.

Transkripsjonene av intervjuene ble kondensert ved at jeg skrev et resymé av de delene av intervjueteksten som bar mening med seg.

Teksten i hvert intervju ble organisert i noen foreløpige tema og disse tekstbitene ble klippet ut. Jeg grovsorterte deretter klipp fra alle intervju etter tema og nummererte klippene inne i hvert tema. Deretter lager jeg underoverskrifter over avsnittene i klippene. Så organiserte jeg underoverskriftene og ytterlige nye tema dukket opp. Disse ble så også gruppert. Til slutt ble



klippene flyttet i henhold til alle tema som var dukket opp. Disse overskriftene ble så kapitler og avsnitt i resultatteksten.

Resultatteksten, eller analyseteksten, er en sammenskrivning av intervjuobjektens utsagn under hvert tema. Jeg har lagt vekt på å få med ulike nyanser. Jeg har lett etter utsagn som kunne motsi hverandre og sørget for at disse ble med. Jeg referer utsagnene, men har også med mange direkte sitater for, som nevnt, å få med ”temperaturen” i uttalelsene.

Fordi hver av ytringene i transkripsjonsteksten hadde fått en bokstav og nummer var det enkelt å gå tilbake til den opprinnelige transkripsjonen for å sjekke om den utklippede biten var tro mot det som var det opprinnelige utsagnet. På den måten fikk jeg validert analyseteksten opp mot originaltranskripsjonen.

Parallelt med prosessen over noterte jeg mine assosiasjoner til diskusjonen i egne diskusjonsdokument til hvert tema.

### **Forskerens forutsetninger og tolkningsramme**

Jeg er psykiater og arbeider for tiden utenfor sykehus. Jeg har imidlertid vært overlege i flere år og har tilhørt den gruppen jeg studerer. Jeg kjenner derfor inngående kulturen og feltet, samtidig har det at jeg nå ikke arbeider i sykehus gitt en avstand til de pågående prosessene og har gjort det enklere å få en nødvendig distanse til problemfeltet.

Malterud skriver at nærheten til feltarbeidet stiller krav til nøkternhet hos forskeren. I møtet med kunnskap som er sterkt følelsesmessig eller politisk ladet, kan forskeren miste den edruelighet som er nødvendig for å håndtere kunnskapen på en vitenskapelig måte. Man kan bli opprørt eller revet med av historier man får høre, slik at alternative versjoner eller tolkninger ikke blir overveid. Det finnes også situasjoner der en får trang til å gripe inn eller ordne opp, som følge av den informasjon som blir overlevert. Det er forskerens ansvar å forvalte inntrykkene på en måte som kan lede til pålitelig og gyldig kunnskap, skriver hun (Malterud, 2011, s. 202).

Når det gjelder teori har jeg valgt å bruke generell ledelsesteori, samt i hovedsak dansk organisasjonspsykologi. Den danske litteraturen har sitt utgangspunkt i Tavistock tradisjonen fra London. Jeg kunne valgt mer amerikansk litteratur, men det er større forskjeller mellom kultur i USA og Norge enn det er mellom de skandinaviske land. Det har betydning innen dette temaet, som blant annet dreier seg om kultur og kunnskap og ulikt nivå i kunnskap innad i en organisasjon og holdninger til dette. I Skandinavia sliter vi for eksempel med Janteloven, noe som jeg ikke har sett i amerikanske akademiske miljøer. Det kan være ulikheter mellom Danmark og Norge, selv om det er mange likheter. Blant annet er mitt inntrykk at dansker er mer direkte og tydelige i sin språkføring. Dette kan ha betydning for eksempel når det gjelder ytringer innad i sykehus og i media, der dansker ser ut til å ha en skarpere tone enn nordmenn. Dette kan i denne sammenheng bety at holdningen til legegruppen kan være noe annerledes i Danmark sammenlignet med Norge.

## **Intern validitet (gyldighet)**

Det å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Hva er resultatene gyldig om, og under hvilke betingelser (Malterud, 2011, s. 181). I følge Malterud leder spørsmålene om gyldighet til et krav om konsistens, en synlig rød tråd, som skal være den logiske forbindelseslinjen mellom den problemstillingen som prosjektet har påtatt seg å belyse, og de metoder og data og teorier som fører til kunnskapen. Relevans kan være et nyttig stikkord for slike overveielser (Malterud, 2011, s. 22).

## **Intervjuforskning**

Kvale og Brinkmann (2009, s.181) beskriver en del standardinnvendinger som ofte fremkommer mot kvaliteten på intervjuforskning, slik som blant andre at forskningsintervjuet er subjektivt, er personavhengig, kan inneholde ledende spørsmål, ulike lesere kan finne ulike meninger og studiene inneholder få intervjupersoner. De skriver imidlertid at intervjuets styrke er dets privilegerte tilgang til objektets dagligverden og at et mangfold av fortolkninger beriker.

Intervjueren er forskningsinstrumentet. I følge Kvale og Brinkmann (2009, s.177) er en dyktig intervjuer ekspert på intervjuemnet og på menneskelig interaksjon. Intervjueren må kontinuerlig foreta raske valg mellom hva det skal spørres om, og hvordan. De lister opp flere kvalifikasjonskriterier for intervjueren: Kunnskapsrik, strukturerende, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, erindrende og tolkende. Forhåpentligvis har mine erfaringer og kunnskap innen kommunikasjon med pasienter i tillegg til den teoretiske ballast jeg har med meg medført at kriteriene ovenfor er blitt oppfylt.

Av kvalitetskriterier for et intervju nevner Kvale og Brinkmann (2009, s. 175) at idealintervjuet blir i stor grad tolket mens det pågår, at intervjueren forsøker i løpet av intervjuet å verifiserer sine fortolkninger av intervjupersonens svar og at intervjuet er selvkommuniserende, det er i seg selv en fortelling som ikke krever særlig ekstra kommentarer og forklaringer.

## **Utvalget**

I litteratur vedrørende kvalitativ forskning snakkes det om at man skal ha et tilstrekkelig stort utvalg til å oppnå et såkalt metningspunkt, at flere intervjuobjekter ikke tilfører ny kunnskap (Malterud, 2011, s. 60). Jeg kan ikke si jeg oppnådde noe metningspunkt. Antallet informanter begrenset seg ut i fra pragmatiske hensyn, hva som er en rimelig mengde informanter for en masteroppgave. Jeg valgte et strategisk utvalg, ut i fra at jeg ønsket en bredde. Jeg ville ha ulike synspunkter og opplevelse fra flere sykehus. Jeg ønsker nyanser og større innsikt, noe jeg oppnådde. Jeg oppfatter at kartleggingen gjort på en måte som er relevant for formålet (Malterud, 2011, s. 22).

## **Transkripsjonsteksten**

Transkripsjon innebærer at en samtale mellom to mennesker blir abstrahert og fiksert i skriftlig form. De er en oversettelse fra talespråk til skriftlig språk. I et intervju skjer et sosialt samspill der tempo, stemmeleie, åndedrett og kroppsspråk fremtrer umiddelbart for deltagerne i samtalen, men ikke for den som leser utskriften utenfor konteksten. (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 187). Transkriptøren skrev ned ordrett det hun hørte på båndet og der hun ikke forsto betydningen av ordet/eller ikke hørte hva som ble sagt, noterte hun i teksten hvor på lydbåndet sekvensen befant seg slik at jeg kunne gå tilbake og lytte på båndet for å korrigere utskriften. Jeg foretok også kontroller av utskriftene og lyttet til sekvenser av lydopptakene for å kvalitetssikre transkripsjonen. På den måten ble kvaliteten på transkripsjonen sjekket.

## **Bearbeiding av teksten**

Jeg har valgt å følge metoden til Malterud for analyse av kvalitative data (Malterud s. 90) Alternative metoder kunne vært valgt, men for meg var det en fordel å følge en foreliggende analyseprosedyre. Metoden var arbeidskrevende, men ledet til nye kategorier som jeg ikke hadde tenkt ut i min prosjektplan før intervjustart. Slik sett åpnet den opp materialet for ny kunnskap.

## **Resultatene**

I følge Kvale og Brinkmann (2009, s. 256) er en vanlig kritikk av forskningsintervju at funnene ikke er valide fordi intervjupersonenes informasjon kan være usanne. Det kan tenkes at intervjuobjekter har snakket usant. Kan de ha overdrevet? Når man er frustrert kan det tenkes at man legger litt på. De kom frem med ting som de ikke snakker så mye om til vanlig og flere uttrykte at det var godt å snakke ut om disse tingene. Man kunne også tenke de kunne ønske å tilsløre, eller dekke over fenomener. Deltagerne kan ha gode grunner til å fortelle en helt spesiell versjon av historien (Malterud, 2011, s. 182). Dette kan en ikke se bort i fra. Feltet er betent. Noen ønsker omfattende endringer. Slik sett kan uttalelsene være ladet i en eller annen retning fordi intervjuobjektet ønsker å oppnå en forandring.

Enhver utveksling av kunnskap representerer muligheter for misforståelser. Jeg kan ha misforstått deltagerens utsagn. Jeg håper imidlertid det er redusert til et minimum ved grundig bearbeiding av transkripsjonsteksten. Jeg utførte også tilleggsspørsmål under intervjuet der jeg spurte om "Har jeg forstått deg rett....". Dette representerer en validering underveis i intervjuet. Slike spørsmål kan bidra til at råmaterialet på lydbåndet i størst mulig grad representerer en felles forståelse (Malterud, 2011, s.182).

I komprimeringen av teksten ligger det en utvelgelse, selv om jeg har vært nøye, kan det være en seleksjon jeg ikke er helt bevisst på, egne blinde flekker. Jeg har imidlertid gjennomgått materialet nøye flere ganger, for å sikre at de argumenter som er fremsatt om de ulike tema er kommet med.

Min oppfatning er at resultatene gir relevante svar på problemstillingenes spørsmål.

## **Tolkninger**

Intervjutranskripsjonene har kun blitt lest av undertegnede og veileder. En videreføring kunne vært at flere leste materialet og kom med ulike tilbakemeldinger, det å utsette materialet for forskjellige blikk, som fra ulike perspektiver kan legge merke til ulike nyanser av kunnskap. Dett ville gitt en mer optimal utnyttelse av materialet (Malterud, 2011, s. 184). Mitt håp er at dette kan oppnås ved å presentere den komprimerte resultatteksten som separate avsnitt. Leserne selv kan gjøre sine egne vurderinger og tolkninger.

Ved tversgående analyse skal vi presentere en sum historier basert på data fra hele materialet. Her er det mulig å komme fram til konklusjoner som ikke nødvendigvis stemmer overens med det som den enkelte deltager har gitt uttrykk for. Forskerens tolkning av materialet kan lede frem mot en annen tolkning enn den som stemmer overens med deltagerens egen selvforståelse. Malterud skriver at det er viktig at man underveis i analysefasen tilbakefører funnene til den sammenhengen den er hentet fra, og vurderer gyldigheten i den rammen. (Malterud, 2011, s. 183). Dette er blitt gjort underveis. Samtidig forsøker jeg å se helheten, se et bilde som tegner seg av informantenes samlede fortellinger. Slik sett kan forståelsen bli utvidet i forhold til den enkelte deltagers selvforståelse.

Jeg har valgt å basere meg på intervjutranskripsjonen og har ikke presentert oppsummerende profiler av intervjuobjektene. Dette ville ha beriket lesingen, men dette er gjort av hensyn til anonymiseringen av deltagerne.

Kjønn har ikke vært et spesifikt tema i analysen. Jeg har ikke sammenlignet menn og kvinners uttalelser. Dette er imidlertid svært relevant og viktig perspektiv og bør utdypes i ytterligere forskning.

Jeg har valgt noe generell ledelseslitteratur samt en psykodynamisk organisasjonspsykologisk tilnærming til den teoretiske forståelsen. Det finnes en stor mengde av ledelseslitteratur tilgjengelig og mange andre perspektiv kunne vært lagt til grunn for å forstå materialet.

## **Ekstern validitet (overførbarhet)**

I hvilken grad kan resultatene overføres til andre utvalg og situasjoner. I følge Malterud (2011, s. 22) er et nyttig stikkord kontekst. Til hvilke sammenhenger kan funnene gjøres gjeldene ut over den konteksten vi har kartlagt dem. På hvilken måte kan resultatene bidra til å opplyse om en lignende problemstilling i en annen sammenheng?

Informantene er ansatt ulike steder i Helse Sør Øst. I hvilken grad er de forhold som beskrives her også er til stede andre avdelinger eller ved andre sykehus, vites ikke. Det som imidlertid kan peke i retning av at lignende forhold også eksisterer i andre helseforetak er ytringer i media de siste årene om ulike forhold.

Dette er en kvalitativ studie med få informanter. Man kan ikke generalisere fra disse resultatene. Men, det er sannsynlig at de funn som fremkommer her også finnes andre steder.

Slik sett har de en overføringsverdi. Jeg har ønsket nyanser og informasjonsrikdom for å se om dette kan gi større forståelse for den situasjonen som finnes i sykehus for tiden, om ikke for alle, så for noen. Noen faktorer kan gjelde enkelt steder, mens andre aspekter kan være mer fremtredende et annet sted.

Det er forståelsen, ikke generaliseringen, som er målet med denne studien. Likevel, Malterud skriver at til syvende og sist er gyldigheten av kunnskapen vi utvikler, avhengig av om noen kan bruke den til noe, at den kan gjøre en forskjell (Malterud, 2011, s. 187).

### **Reliabilitet (pålitelighet)**

Malterud (2011, s. 23) skriver at det å oppnå like resultater ved gjentakelse av forsøket, brukes ofte som mål på pålitelighet i medisinsk forskning. Man kunne tenke seg at dette var et kriterium for etterprøvbarehet. Som regel påvirkes både datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon av forskerens egen person på en eller annen måte. Ved kvalitative forskningsstrategier er det et mål å utnytte det mangfoldet dette representerer, og vi erkjenner at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen. Vi aksepter at ulike forskere kan feste seg ved forskjellige nyanser også når de leser ett og samme materiale. Malterud skriver at repeterbarheten sjelden er et aktuelt kriterium på at pålitelighet er ivaretatt i den kvalitative forskningsprosessen.

## 4 Resultater og resultatdiskusjon

Formålet med prosjektet var å få frem detaljer omkring opplevelsen av å være overleger i sykehus i dag og opplevelse av forholdet mellom legegruppene og ledelsen sett i lys av de endringer som har funnet sted de siste årene. Det vil være en rekke faktorer som spiller inn og en hensikt med prosjektet er å vise bredden og mangfoldet i det som påvirker arbeidssituasjonen, legerollen og forholdet mellom overleger og ledere, ikke å gå i dybden på hvert tema.

### Resultatpresentasjon

I intervjuene tok jeg utgangspunkt i personene selv og de endringer informantene hadde vært utsatt for. Jeg hadde en del hovedkategorier jeg stilte spørsmål om, og formidlingen av resultatene følger delvis disse og delvis nye kategorier formet av svarene til informantene.

Resultatene består av sammenskrivning av informantenes uttalelser. Resultatene følges av et eget diskusjonsavsnitt. Beskrivelsene er inndelt i grupper, avhengig av hvilke grupper som har forårsaket/forårsaker endringene/problemene, slik overlegene ser det. Det vil imidlertid være overlapping mellom gruppene. Først redegjør jeg for ny kunnskap fra dette materialet, deretter går jeg over til ulike tema. Jeg har valgt å inndele resultat- og diskusjonspresentasjonen etter:

-Ledergruppen, som jeg har delt inn i overordede ledere og nærmeste ledere.

-Overlegegruppen, hvor jeg beskriver overleger som arbeidstakere, hvordan overlegegruppen opptrer, hvilke indre forhold som eksisterer i overlegegruppen og -kulturen, hvordan overlegene opplever og mestrer de aktuelle forhold de virker under og til slutt overlegenes tanker om ytringer.

-Andre grupper. Her fremkommer aspekter omkring andre personellgrupper som innvirker på overlegenes arbeidssituasjon.

-Samspill grupper. I dette avsnittet diskuterer jeg forholdet mellom ledergruppen og legegruppen i lys av resultatene.

### Diskusjonsavsnittene

Jeg har valgt å skille resultatpresentasjonen og diskusjonsdelene. Dette er gjort for at man kan skille informantenes utsagn og forståelse fra mine tolkninger. Jeg har valgt å ta med en god del sammenskrevet resultattekst for å få frem så mange nyanser i overlegenes synspunkter som mulig. Intervjuobjektene uttaler seg med høy grad av innsikt og forståelse. Mange av utsagnene kan derfor stå for seg og trenger ikke ytterligere kommentarer.

Når det gjelder ulike nivåer av fortolkning, kan man i følge Kvale og Brinkmann (2009, s. 221-2) tredele tolkningen, nemlig i

- 1) Selvforståelse, det den intervjuede selv oppfatter som meningen med sine uttalelser, slik forskeren forstår dem;
- 2) Kritisk forståelse, en forståelse basert på sunn fornuft; og
- 3) Teoretisk forståelse.

I det siste tilfelle benyttes en teoretisk ramme ved fortolkningen. Med teori menes modeller, temaer, begrepsapparat, definisjoner og forskningstradisjoner som man bruker for å forstå meningen som uttrykkes og til å strukturere forståelsen av materiale og funn. Den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi «leser» vårt materiale og identifiserer mønstre i det (Malterud, 2011 s 42). Jeg bruker informantenes egenforståelse, sunn fornuft og teori fra gruppepsykologi, sosialpsykologi, organisasjonspsykologi, organisasjonsteori, samt generell ledelsesteori i et forsøk på å forstå de forholdene som beskrives. I tillegg bruker offentlige dokumenter og litteratur om helsejus for å redegjøre for det som organisatorisk og juridisk skjer.

Det må presiseres at dette er en kvalitativ studie. Jeg kan derfor ikke si noe om hvor utbredt de fenomener jeg identifiserer er. Jeg har ønsket nyanser og informasjonsrikdom for å se om dette kan gi større forståelse for den situasjon som finnes i sykehus for tiden, om ikke for alle, så for noen. Men slik kan jeg også bidra til å gi premisser for å utvikle hypoteser, både deskriptive og kausale, som kan testes i en kvantitativ undersøkelse.

### **Ny kunnskap fra materialet**

Det er ikke tidligere blitt utført en kvalitativ undersøkelse av overlegers syn på og opplevelse av de omfattende endringer som er utført i spesialisthelsetjenesten i Norge. Ytringer om situasjonen har kommet i media og på internett, via blant annet helsetjenesteaksjonen. Det er utført en studie av leger som har ytret seg om situasjonen og konsekvenser dette har fått for disse personene (Berg, E. 2015). Det er utført kvantitativ forskning omkring noen aspekter (Aasland og Rosta, 2011 og Aasland og Førde, 2008), men en studie der detaljer, altså mer inngående synspunkter blir ytret av overleger ansatt i sykehus er ikke utført. Slik sett representerer resultatene noe nytt.

## 5 Overordnede ledere

Med overordnede ledere menes politiske ledere, forvaltningen og øverste ledere av sykehus fra RHF- til og med klinikknivå. Man kan argumentere for at den overordnede ledelsen er den politiske ledelsen samt forvaltningen, og at alt mellom dette og nærmeste leder kan ses på som mellomledere på ulike nivå. Jeg velger imidlertid å se alle disse nivåene samlet for det er vrient i en del sammenhenger å finne ut på hvilket nivå beslutninger fattes.

Fokus har i de senere år stor grad vært knyttet til økonomi og effektivitet. Den nye rettighetslovgivingen og andre juridiske aspekter og avviksmeldinger spiller også inn. Myndighetene har ønsket å utjevne forskjellene i behandling ved å innføre flere og flere retningslinjer og et stort fokus har vært på kvaliteten i helsetjenestene og bruk av kvalitetsindikatorer for å måle kvalitet. Til slutt omtales endringsprosesser og OUS- prosessen spesielt.

### 5.1 Resultater

#### Økonomi

Fokuset på økonomi og innsparinger i helsevesenet har vært et gjennomgangstema i diskusjonen de siste årene. Hvordan har dette påvirket informantenes hverdag.

En informant sier at han har vært med på å skrive flere artikler i helseøkonomi. Helseøkonomi ligner mer på psykologi enn på medisin, mener han. Det er ikke en eksakt vitenskap. Det var B.-I. Larsen som engang sa at et kvalitetsjustert leveår kan verdsettes til 500.000 kroner. Men det riktige tallet, mente denne informanten, er mellom 300 000 og 900 000 kroner. Det vil helseøkonomen svare hvis du presser han hardt. Helseøkonomer er ikke villige til å bruke P-verdier og til å si at konfidensintervallet går over 0, som egentlig gjør at du ikke kan trekke noen konklusjon. De gir tallene og setter ikke noe krav om at det skal være signifikant på 5 prosent nivå. Økonomi er et veldig usikkert fag, fortsetter han. Du kan analysere ting innenfor en ramme, men så skjer det noe utenfor den rammen som gjør at forutsetningene for din analyse endres.

Vi har fått fler og fler økonomer inn i helsevesenet og dårligere og dårligere er de til å forutsi budsjettene år for år, mener han. Hadde det vært så flott fag hadde de vel klart å gjøre dette mer eksakt enn det de gjør. De har ikke blitt flinkere til å holde budsjettene og forutsi kostnadene det året som kommer. Det er rart de blir hørt i så stor grad som de blir. Men det er jo penger som styrer oss. Uten penger får du ikke gjort det du skal gjøre. Men, vi har ikke et helsevesen for at det skal være lønnsomt. Vi har jo et helsevesen for at vi skal hjelpe folk.

Han mener at fabrikktenkningen ikke har ført til noen bedring.



## **Fordeling av ressurser**

En annen informant sier at når det gjelder fordeling av ressurser så er det ikke mulig å få til rettferdighet over hele landet. En tredje informant sier at presset omkring økonomi står leger i hele tiden. «Du forvalter samfunnets ressurser. Vi kan inkorporere dette i vår helhetlige etikk. En av etikkene i systemet bygger på feil premisser. Hvis vi fordeler det utover så blir det bedre for alle, kanskje det ikke blir bra for noen? Det blir kanskje rettferdig, men ikke godt nok for noen ». En tredje informant sier det har vært mye økonomisnakk på allmøter. Han spør: -trenger alle høre alt? På avdelingen er det økonomisnakk, men også snakk om sykefravær og fornøydhet blant ansatte, legger han til.

## **Snakk om effektivitet, ikke det å bli flinkere**

En annen sier at de må jo snakke om prioritering, men det blir snakket om effektivisering i det vide og brede. «Det er aldri snakk om kunnskap, spesialisering, ja, det å bli flinkere. Jeg synes det er der fokuset skulle vært. Vi er de fremste på forskning, de fremste til å operere». En tredje sier at på hennes arbeidssted snakkes det mye mer om effektivitet enn før, også om timetallet vårt: «at vi må gjøre ting som vi får takster for».

## **Billigere utstyr**

En informant sier at «hvis du sitter der og opererer så får du et eller annet lavmåls utstyr, en eller annen ny kompress som bare loer. De er et nytt tilbud, de her var billigere, så nå skal vi ha de. Så det kommer stadig dårligere ting fordi de er billigere. Altså, det er økonomi over hele linja». En annen sier at alle forstår at sykehuset får en pott med penger. Der han jobber har de lite utstyr som er ekstremt dyrt. «Det er kommet inn profesjonelle innkjøpere. Det har resultert i dårlig utstyr, dårlige hansker og munnbind, intravenøsnåler man ikke klarer å legge inn. Det er tilbud og storinnkjøp». Han tror imidlertid Helse Sør-Øst jobber med å bli flinkere på dette.

## **Kveldsåpent, økonomisk ugunstig**

En informant sier at han har vanskelig for å tro at dette med kveldsåpent skal være økonomisk ugunstig. «Hvis du har to storoperasjoner på en dag og kommer litt sent i gang med den første og den blir litt forsinket, så blir den andre alltid avlyst fordi de må gå hjem. Da vil ikke teamet begynne med nr. to. Så hvis du hadde hatt litt mer fleksibel arbeidstid og hatt en operasjonsstue som var åpen til åtte-ni så ville du alltid ha gjennomført nr to og kanskje en nr tre. Det er ikke sikkert du vil spare noe, men du vil redusere køene, men jeg kjøper ikke at de vil bli dyrere. Det å ha kveldspoliklinikk vil medføre at man kan ta unna mange pasienter, fordi man kan jobbe mer effektivt fordi det ikke er møter om kvelden. Så selv om legene får dobbelt timelønn vil det gå opp i opp med de økte takstene man får».

## **Mindre midler til kurs og lavere lønn**

En annen sier at det nå er lagt begrensninger på kursmidler. «Før var det mer raust i psykiatrien. Lønnen, de er bedre betalt (i psykiatrien) enn kolleger i somatikken, men nå skal det utjevnes. Det er et helt annet system som tres nedover hodet på oss», sier hun. «Vi mister litt det å gjøre psykiatrien attraktiv og effektiv for fagfolk; fordi man blir underlagt de systemene som egentlig er tilpasset somatikken.

## **Reduksjon i sengeplasser**

En informant forteller at det har vært en del mas om å få ned sengeplasser og ha større sykehus på virkedager enn i helgene, «men vi kan jo ikke sende pasientene hjem hvis de er syke. Da får vi overbelegg. Nå får vi betalt for hver pasient og operasjon, så nå er det å sparke dem ut så snart de kan stå på bena».

## **Overbooker operasjonsstuene**

Hun forteller at de overbooker operasjonene, på samme måte som fly overbookes. «Det betyr at vi stryker mange av de planlagte operasjonene. Så har pasienten kommet fra hele landet og hun må fortelle dem at det blir ingen operasjon. Hvis de hadde hatt en operasjonssal til for de akutte tingene og litt mer slakk så kunne alle de planlagte pasientene som har kommet kunnet blitt operert».

## **Ikke så frustrert over økonomien**

En informant sier at hun er ikke så frustrert over økonomien. Hun skjønner at pengene ikke er ubegrenset og at «det må fordeles og vi må være effektive overfor penger». En annen sier at hun ikke kan huske at de har tatt beslutninger om behandlinger grunnet økonomi. «Vi har en del langvarige operasjoner og en del av utstyret vi bruker er dyrt. Men vi prioriterer det som er til beste for pasienten». Hun sier videre at det eneste vi sparer på er taxi til andre byer. «Folk må ta buss, eller ambulanse hvis de ikke kan sitte i bil». En tredje sier at de er så heldige å ha en direktør som er lege. «Han er veldig flink til å si at, hvis det er et overveiende stort medisinsk faglig argument for å gjøre sånn isteden for sånn, så skal vi gjøre det som er medisinskfaglig riktig selv om det koster litt mer». Han fortsetter med å si at de har blitt tilgodesett innen rimelighetens grenser. «Over et visst tidsrom er pengene fordelt på en riktig og rettferdig måte».

## **Fagfolks språk**

En informant sier at på 90-tallet, «når det kom det med enhetlig ledelse og økonomi kom det en til arbeidsplassen som snakket om hvordan det skulle bli». Da tenkte hun, at «der mistet vi språket. Der gikk ordene over fra å være pasienten og behandling til brukere, rettighetshavere og produksjon og ventelister og reservekapital. Det skulle bli så mye bedre, de skulle få betalt

for det vi gjorde isteden for statlige overføringer. Da» tenkte hun, «men da begynner vi jo bare å gjøre det vi får betalt for».

## **Rettighetstankegangen, jussen, avvikssystemet**

«Så har jussen kommet til», fortsetter hun, «rettighetstankegangen er nå nesten viktigere enn økonomien. Og redsel for å gjøre feil og byråkratiet». Hun føler at legene har mistet språket enda en gang. «Når vi hører at en pasient har suicidert, da blir første tanken, åh gud, jeg håper jeg husket å skrive et JSV-notat, et selvmordsvurderingsnotat. Tenk om jeg har gjort en feil. Du blir redd for å bli tatt. Dette tenker du før du tenker på hva skjedde i mitt siste møte med pasienten, hva kunne vært gjort faglig annerledes». «Og avvikssystemet som er nå». Hun blir helt kvalm når hun tenker på det. Det er ikke fordi hun ikke synes man skal kvalitetssikre og gå etter og gjøre det bra. «Men det er opplevelsen av at det tar sånn av. Det er så liten tillit i det. En som heter Tjora som sa at før så hjalp vi pasienten, men nå er vi farlige for pasienten. Det første vi skal gjøre er å informere pasienten om hvor de skal klage hvis vi gjør noe galt». «Alle tingene har begynt fra en god intensjon, sikkert. Men så ser ingen hvordan det på en måte bare vokser og eser ut, så det blir ikke plass til det andre som er det de tror det er det vi holder på med. Det drukner. Ingen har sagt at de skal slutte med å være gode doktorer, sier hun, men dagen flyr og de gjør alle de tekniske juss-sikringstingene. Journalen er ikke et arbeidsredskap lenger, den er et juridisk dokument og man må for all del passe på hva man skriver der, for pasienten og hvem som helst kan jo lese det.

## **Retningslinjer og klinisk skjønn**

Som nevnt i det historiske kapittelet har det vært påpekt fra myndighetshold at det har vært ulik medisinsk praksis på ulike sykehus. For å forsøke å få mer lik behandling av like tistander har derfor retningslinjer for behandlinger blitt utarbeidet. Dette er et forsøk på standardisering og vil kunne bety mindre vektlegging av klinisk skjønn utført av den enkelte lege. Hva er så klinisk skjønn? Hvordan har dette med retningslinjer påvirket arbeidet til informantene?

En informant sier at klinisk skjønn i psykiatrien er at «du har en bred somatisk utdannelse, at du har en psykodynamisk utdannelse og at du har trent på et stort volum av pasienter under veiledning. Da har du klinisk skjønn nok til å jobbe i et psykiatrisk sykehus med 100 senger og vanvittig gjennomstrømning. Det tar mange år». Han fortsetter med å si at «man må fokusere på den mest alvorlige kliniske problemstillingen og gjøre noe med den. Og, da skal du være god. Du skal ha mange år på baken for å se det ved hvert enkelt tilfelle». En annen sier hun tror ganske mye på skjønn. De har «second opinion»-vurderinger med pasienter med uforklarlige medisinske symptomer. Da må man bruke sin erfaring. Det er din erfaring med pasientgruppen som gjør at du skjønner hva det dreier seg om, ikke MR-funn og fravær av ditt og datt på undersøkelser. Noen kan opparbeide seg skjønn på kortere tid. Det kreves noe erfaring, men også individuelle ferdigheter. Retningslinjer er greit å ha når man er

nybegynner, men også når man er mer erfaren for ikke å gå glipp av noen ting. Så det er veldig bra, men det er ikke nok. Man må ha litt ekstra, som kalles skjønn».

«Klinisk skjønn, det er jo det man skal ha leger til», sier en tredje informant. «Klinisk skjønn som er opparbeidet gjennom mange år. Skjønn er basert på kunnskap og viten og erfaring». Retningslinjene er en mistillitserklæring til fagfolk, mener hun. Det er en »underminering av tillitsforholdet lege og pasient. Det kan skyldes tverrfagligheten. Det å følge en oppskrift. Men ofte passer ikke pasienten inn i en diagnose, oppskriften passer ikke. Det blir et spill for galleriet. Et eksempel er veileder for depresjon, den er grei. Med disse pasientene har flere diagnoser og da må man ha flere veiledere, da må du tilpasse». «Veilederne vil være konservative», fortsetter hun, «de er konsensusbaserte. Man kan bruke ett-to år på å nedfelle ting i en veileder All utvikling blir stoppet hvis alle skal gjøre det veilederen sier. Reduksjonistisk, det tar bort skjønnet», mener hun. Hun sier videre at «man må ha retningslinjer, men ting begynner å leve sitt eget liv. For eksempel retningslinjene for selvmordsvurdering, som ble laget med en annen hensikt enn den nå er tatt i bruk som. Det blir en tvangstrøye. Selv om intensjonen var god blir det et selvlevende system. Slik som byråkratier ofte blir. Trygghetsatferd. Alle er helt kneblet av å passe på at de ikke gjør noe galt». «Hvis man protesterer blir man tatt til inntekt for den gamle autoritære legen som bare satt og ga behandling. Hun har aldri vært sånn. Ting blir fort litt polarisert. Det finnes en mellomting. Det går an å ha respekt for faget og gi litt autoritet tilbake til fagutøverne uten at det betyr at de blir supernarsissister. Systemet slik det er nå undergraver legenes autoritet, eller faglighet», mener hun.

En annen informant sier at «man blir aldri 100 % ferdig utdannet innen psykiatri. Noen, heldigvis ikke så mange, tror det går an å manualisere all behandling. Bare du lærer deg de riktige setningene så kan du fikse hva det skal være».

## **Jobbe som en enhet**

En informant sier at de jobber godt sammen som en enhet. «Men hvis du har en avdeling der du har ulike kirurger og de har hver sin metode og mener de er i sin fulle rett til å gjøre akkurat som de selv vil, da har du en vanskelig gruppe å lede. Det finnes noen steder. «Det er jeg som er lege og jeg operer på denne måten», og så er det en annen som sier «jeg gjør det sånn». Informanten mener man er nødt til å lage «best practice»-pasientflyt, integrerte kliniske enheter som driver enhetlig og godt og riktig; og hvor legene da faktisk er nødt til å finne seg i å endre praksis for at de skal jobbe der. Litt mer standardisert, men det er en hårfin balansegang der. Det vil alltid være argumenter for å si, ja, men enkelte ganger må jeg gjøre sånn istedenfor slik. Det er derfor vi har retningslinjer og ikke prosedyrer. Vi har en håndfull retningslinjer for at vi skal gjøre det likt på avdelingen, slik at ikke noen sier, «jeg gjør sånn, jeg bruker den tråden der, jeg har lest en artikkel hvor det sto at man skulle bruke den tråden». Sånne ting er vår egen verste fiende, som legestand. Samtidig skal ikke retningslinjer være så bindende at det blir tvangstrøyer og advokatmat hvis man avviker fra dem». «På kongresser blir det alltid debatt, det er da tydelig en generasjonskløft. Veldig mange av de på 55+ er redde og føler seg litt angrepet; de blir fratatt en frihet til å gjøre det de mener er riktig akkurat

med den pasienten». Han har hørt folk si, «skal vi slutte å være leger nå. Hvor ble det av legekunsten». «Det er nok en redsel der hos mange leger, som tror at alt blir spist opp av stømlinjeforming, pasientflyter og pasientrettigheter, eller, og prosedyrer», sier en informant.

Men, han tror «det er en helt ubegrunnet frykt fordi vi alltid vil være leger, og alltid vil måtte ta avgjørelser som det ikke er mulig å lage prosedyrer eller retningslinjer for». Han mener «du kan lage prosedyrer for så mye det er praktisk mulig å lege prosedyrer for og fortsatt ha et hav igjen av klinisk skjønn til å gjøre legejobben». «Yngre leger applauderer i større grad retningslinjer på for eksempel en akillesseneruptur. Det er ikke noe motsetning mellom retningslinjer og det at medisinen er et erfaringsfag. For hver operasjon man gjør med en problemstilling blir man litt raskere og litt flinkere. Jo flere med pustebesvær du har sett, jo flinkere blir du til å forstå akkurat hva det kan være».

«Yngre leger kunne spørre, hva er dette for noe?», fortsetter han. «Har du mere info, men en primadonna innen faget kunne nok være opponerende til den trygge kirurgi. «Men, hvis du presenterer en ny artikkel i et anerkjent tidsskrift med et eller annet faglig overbevisende, da vil en primadonna si, oj, dette her må vi få til, det her må vi begynne med. Vi må endre praksis. Veldig få primadonnaer vil fnyse av toppforskning, alt handler om hvordan den blir introdusert på. Da den sjekklisten bare ble introdusert på operasjonsstuen, uten forvarsel, da ser kirurgen for seg en komite av sykepleiere som har sittet og funnet på noe han er nødt til å bruke tid på. Han tenker, «hva er dette her for noe? Dette vil jeg ikke bruke mer tid på. Hvem har bestemt dette». Men etter informantens mening ble saken implementert på en dårlig måte. Hvis man tar leger med i en prosjektgruppe som arbeider mot felles mål, så vil ting virke. Men, du har leger som aldri vil være med i prosjektgrupper også. Du har leger rundt omkring som bare vil være, drive seg selv, som en butikk i butikken. Og det er et problem, sier han.

## **Kunnskapssenteret**

En informant forteller at Kunnskapssenteret har de veldig lite kontakt med. De har ikke noen berøringspunkter med dem. De får ikke noen rapporter derfra. De har imidlertid mange retningslinjer. Noen er i regi av legeforeningen. «De er veldig bra, en oppskriftsbok innen alle våre aktuelle diagnoser. De har også en akutt veileder som er bra. Så har de folk som jobber med spesialområder som kan spørres», sier hun. Holdningene til retningslinjer er veldig positive. Mange fra hennes avdeling har vært med på å lage dem. «Det kan imidlertid bli et problem hvis du føler du må forholde deg slavisk til retningslinjene som gis». Informanten har sett analyser fra Kunnskapssenteret der de hadde bommet veldig innen hennes fagfelt. «Man kan miste mye informasjon på veien fordi de setter så strenge krav til hvordan studiene er utført. De hadde mistet mye av essensen, antageligvis på grunn av manglende skjønn».

Nasjonale retningslinjer kommer fra Kunnskapssenteret, og er laget på oppdrag fra departementet. En annen informant sier: «Men når de er på plass, så er det noen som sier, hvem har sittet i den komiteen da, og noen sier, nei jeg kan ikke gi det aktuelle blodfortynnende medikamentet så mange timer etterpå, fordi jeg gjorde det på 10 pasienter og de blødde skikkelig». Han mener at Kunnskapssenteret er profesjonelle på det de gjør. Han

tror ikke det finnes noen kirurg som skryter av at han er «verdensmester i å søke litteratur på Pubmed. Kanskje noen få, som er professorer, men de vil gå og snakke med en bibliotekar for å få litteraturen man trenger til et foredrag. Så, jeg er veldig for profesjonelle som skal lage «best practice», men de bør ha noen leger med i prosessen for et faglig korrektiv eller for et praktisk korrektiv. Men, jeg synes ikke det er noen veldig trussel eller ulempe, tvert i mot, jeg hører til de som synes det er veldig bra».

## **Kvalitetsindikatorerne og kvaliteten på dem**

Administrasjon overordnet fag. En informant sier det er blitt slik at det er det administrative som er blitt det overordnede, ikke det faglige. «Myndighetene er interessert i tall. De vil vite hvor mange konsultasjoner en har. Det kan være vanskelig å finne indikatorer på det som man egentlig burde spørre om, hvor mange som faktisk får hjelp. Altså, du kan gå i tre år hos psykolog eller psykiater uten at det skjer noen endring. Av og til hender faktisk det. Man har ikke gode indikatorer på effektiv behandling», sier han.

Da en sjef på en seksjon skulle ha utarbeidet kvalitetsindikatorer så valgte hun en til å gjøre det som var klinisk dyktig, forteller en annen informant. «Han hadde imidlertid aldri holdt på med forskning, eller med metode. Han skulle fange opp tilstander som kom etter at pasienten hadde forlatt sykehuset. Han visste ikke hvordan han skulle gjøre det. Han skulle fange opp livskvalitet og visste heller ikke (hvordan han skulle gjøre) det. «Det er en del som gjør kvalitetsindikatorjobben som overhode ikke har kompetanse til dette», mener han. «Det er noen sykepleiere som er strålende flinke, men andre har ikke peiling. Men de vil gjerne være med på å bestemme hvordan dette skal gjøres». «Det å kvalitetsregistrere på en ordentlig måte her på seksjonen er veldig vanskelig og det tar tid», sier han, og fortsetter: «Det er nesten umulig å bruke en kvart eller halv sykepleierstilling til å gjøre det uten at du søker om eksterne midler. Du har ikke ansatt noen på sykehuset til å gjøre det. Det er et problem; du må ha penger til å drive disse registrene. Ordet kvalitet er et moteord og det blir misbrukt ganske mye».

Han mener at kvalitetsregistrering er bra. Han sitter i styret for et nasjonalt kvalitetsregister. «Men når man skal lagre kvalitetsindikatorer på sykehuset så blir det noen ganger så dårlig at det ikke er verd det», sier han. «Det er ikke i nærheten av å stille tilfredsstillende kriterier for forskning. Metodene er ikke en gang i nærheten av gode nok til å kunne si at vi har fått svar på det spørsmålet vi stiller. Hvis registreringen ikke er valid og reliabel så er den ubrukelig. Og likevel, trekker de frem disse resultatene som egentlig er; tja, kanskje er det sånn som de viser, kanskje er det helt annerledes. Han sier også at en del av kvalitetsregistreringen har så dårlig kvalitet at man kunne latt være å bruke krefter på den. «Å måle det du gjør er i og for seg viktig», fortsetter han. «Men man skal ikke måle for å måle. Du må gjøre det ordentlig hvis du skal måle noe. Hvis dette meldes oppover i systemet så kan du nok få til svar at de er enige. Du kan få til svar at «da må du ordne opp idet, eller du kan få til svar, ja, men dette er det beste vi kan få til. Det er mye bedre enn ikke noe».

## Det som kan telles

En annen informant sier at kvalitetsindikatorer er jo stort sett det som kan telles. Det telles ventetid, fristbrudd. Hun synes ikke de riktige tingene telles: «Nyhenviste pasienter får tidsfrister, men visse grupper pasienter får ingen tidsfrister på kontroller. (Vi) teller feil ting. «Å måle kvalitet er veldig vanskelig», sier hun. «Ved en gitt diagnose – noen ganger virker medisinene, andre ganger ikke.» Det er jo ikke snakk om infeksjoner eller blødninger etter operasjoner der hun arbeider. Det er andre ting.

## Skille fornuftige fra ufornuftige indikatorer

En informant sier de tar imot fornuftige ting når det gjelder kvalitetsindikatorer og retningslinjer med åpne armer. «Det er et stort felleskapsprosjekt. Men, da må vi skille mellom det vi opplever som nyttig for kvalitet og det som oppleves som rent byråkrati. Så vi er litt i stuss over overstyring, og mye merkelig rapportering», sier han. «Time tildelt i første brev er en kvalitetsindikator», sier han. «Andelen skal være over 70%. En slik indikator er vel ment, men lite gjennomtenkt», mener han. «Hvis vi skal følge den slavisk virker den litt kontraproduktivt, for å si det på en litt annen måte. Vil du ha et brev med en gang om en time om fire måneder, eller vil du ha et brev som sier at vi har fått henvisningen din, du får et nytt brev angående timen din. Så går det en måned og du får da ett nytt brev, om at timen din er om to uker. Hva vil du ha? Du vil ha den timen om seks uker, selv om det var to brev», mener han. Ventelistebrydd, det er noe av det verste, sier en annen informant. «Du har dette med rett til helsehjelpvurderinger. Er det slik at de som ikke tilkjennes rett til helsehjelp ikke egentlig burde få et behandlingstilbud?» Han har registrert at det er en del pasienter som gjennomgående får avslag på DPS. Et eksempel er cancerpasienter. «Hvis de har psykiske reaksjoner og til og med suicidaltanker. Men, nei, ikke rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten; henvises til fastlege. Han husker en kineser han hadde, som hadde vært i fangeleir og sett medfanger bli drept og hadde full skår på PTSD. Han prøvde å henvise han til DPS, men fikk avslag.

Epikrisetid. «Det er ingen tvil om at det er bra at epikriser kommer ut i tide», fortsetter han. «Når det gjelder epikrisetid så er fristen syv dager, men hvis den først er overskredet spiller det ingen rolle for kvalitetsregistergjennomgangen om du skriver epikrisen på dag åtte eller om du venter i et halvt år. Til styret på sykehuset blir det rapportert epikrisetid; hvordan det har gått med epikrisetiden på de forskjellige divisjonene. Ja, det er jo fint at epikrisene kommer fort ut, men vi har ikke noen måte å spørre hva det er som faktisk står i disse epikrisene. En setning kan være nok, ja, av og til er det nok; det (er det) hvis det er rimelig enkel behandling. Hvis du har vært inne og suturert for eksempel. Men hvis du har gjennomført en god behandling, du får folk ut av en depresjon, hjelper dem med PTSD eller angstlidelse eller får en psykose på rett kjøll, det blir noe annet».

«Uferdige oppgaver er en indikator», sier en informant. «De har et elektronisk pasientjournalssystem. I det systemet har vi ikke mulighet for å lage vår egen lille huskelapp, hvis det er ting ved pasienten du skal huske på de neste par månedene. For eksempel ringe

ham/henne ved prøvesvar. Programmet har ikke denne funksjonaliteten, så da må du skrive på en papirlapp, som er en dårlig løsning, eller du kan sende en gul lapp til deg selv i DIPS. Det er bare det at de blir målt på uferdige oppgaver og en slik lapp blir målt på at du har uferdig arbeid og så kommer sjefen og sier at alle må kvitte seg med det uferdige arbeidet i DIPS, og så svarer de (legene) at de trenger disse huskelappene.

En informant sier at overlegene styrer behandlingen og kvaliteten på den der han jobber. «Hvis det er pålegg som de synes er dumme, så retter de seg nødvendigvis ikke etter dem, for eksempel miniteam på alle pasienter eller overordnet behandlingsplan. Men vi holder på spesialistvurdering innen 24 timer, full orden på medisinerings og epikrisetid på 7 dager. Mye av det andre nedprioriterer de. Det er ikke tid til å gjennomføre det heller», sier han. «Når det gjelder kvalitetskontroll har vi implementert mye», fortsetter han. «De har gode kvalitetsmedarbeidere. De har hatt flere revisjoner og har alltid kommet godt ut av dem». En annen informant siterer Svein Friis som sier at når man peker ut en faktor som en kvalitetsindikator, så slutter den å være det. «Da fokuserer man på å få det i orden. Det blir litt sånn som når man på forhånd får melding om revisjon og så vet man hva revisjonene skal gå ut på. Da reiser medisinsk faglig rådgiver ut og «primer» enheten som skal få revisjon. Og da får man ingen anmerkninger for da har man rukket å få sitt hus i orden».

En overlege forteller at de ikke får tilbakemeldinger fra sjefen på kvalitetsindikatorer som registreres; heller ikke på epikrisetid, men de vet de skal prøve å være raske. En annen forteller at de får en liste over hvor alle står og «der er det noen som har vært flinke og noen som ikke har vært så flinke, men sluttresultatet er at de bruker et kvarter på kollektivt å harselere med det systemet vi er underlagt». De ler litt og frustrerer seg i fellesskap over at «dette er regler som vi må forholde oss til. Men det som er fint er at vår sjef kan le litt med oss av litt underlige indikatorer og styringsparametre».

## **Brukerundersøkelser**

De har sånne brukerundersøkelser som stadig kommer, sier et intervjuobjekt. «Det er litt sånn gallupregede undersøkelser. De er sånn halvbra, du får ofte dårlig svarprosent, ofte er de nede i 60 %. Spørsmålene virker ganske hjemmesnekrede», synes han. De har 40 prosent innvandrerpasienter ved hans seksjon. Skal de svare på skjema må de enten ha tolk eller så må de oversette skjemaene til en del forskjellige språk. Det er 60-70 nasjonaliteter. «Sånn er virkeligheten. De kan jo ikke bare spørre de pasientene som er norske». En annen informant omtaler også brukerundersøkelsene. «Pasienten skal rapportere. Men, det er helt selektivt hvem av pasientene som gidder å rapportere. Enten er det de som er kjempefornøyde eller de som er kjempemisfornøyde», sier hun. «Noen pasienter er av den fornøyde type, andre ikke; det er ikke alltid avhengig av hva som skjer».



## Omorganiseringer. Sammenslåing Oslo universitetssykehus (OUS)

En informant sier at det var bestemt politisk at sykehusene skulle slås sammen. «Dette ble fundamentert så grundig at alle ville til slutt gå inn for det. Motargumenter ble ikke hørt på.

«Det ble sagt at vi skulle bli best; Nord-Europas beste, eller Europas beste sykehus. Ja, kanskje de kunne bli gode på forskning når det slås mere sammen», men han tror disse forskningsenhetene hadde fungert like bra der de var uten sammenslåing. Han tror ikke det gjør noe at det er litt forskjellige typer avdelinger i byen. Han fortsetter med å si, at «om de må betale for at noen skal sitte på vakt og ikke ha noe å gjøre så er det, tross alt, ikke engang peanøtter sammenlignet med de store kostnadene med sammenslåingen. For, det var jo sånn det hele startet, med at de ikke ville betale doble vaktskifter på nevrokirurgen på Ullevål og på Rikshospitalet (RH). At de tenkte dette kunne effektiviseres. At det ikke er noen vits at det sitter en på RH og en på Ullevål og venter på de samme pasientene. Det er jo ikke så store kostnader når alt kommer til alt».

«Ingen vil beskrive hva sammenslåingen har kostet. Ingen vil være i nærheten av det. Det som er betalt til det svære amerikanske konsultentselskapet er milliardbeløp. Men, det er ingen som vil rote i det. Han Slagstad har skrevet litt om det. Men, det ble det ikke noe mer ut av».

«Kolossalt med arbeidstimer har gått med til planleggingsmøter. Og, for eksempel det som skjedde med ortopedi. Fra å være en god avdeling på Aker hvor de opererte ankelbrudd innen 8 timer, ellers så må de vente noen dager for at hevelsen skal gå ned. Det første året etter sammenslåingen ble hele 90 % av pasientene sendt hjem fordi de ikke kunne opereres akutt. Så, den akutte kirurgien i Oslo ble jo veldig mye dårligere. Fra å være på linje med de beste i Norge ble de desidert dårligst», hevder han. Han sier det har ikke fått noen konsekvenser for dem som har utført disse beslutningene, annet enn at de har blitt omplassert i systemet. «Plassert høyere opp eller til siden. Det er ikke mange som har mistet jobben fordi de har brukt konsulenter galt. Er det noen i det hele tatt?»

En annen informant sier hun synes mange ting var bedre før sammenslåingen.

«Organiseringen var bedre. RH hadde primæransvar for et område, ferske pasienter. Nå har de «second opinion», og er blitt mer spesialisert. Sammenslåingen med Ullevål har i liten grad ført til bedring i samarbeid», mener hun. «Det er litt samarbeid rundt noen pasientgrupper. Ullevål har ø-hjelp, RH har «second opinion». Ullevål har for få senger, har fullt. De ønsker å føre over pasienter, men de har en annen pasientgruppe. RH har også nedbemanning i helger. RH hjelper litt, men Ullevål synes de på RH er dårlige til å ta imot pasienter», sier hun. «Dette er en typisk konflikt. De føler de må krige veldig mot oss. Vi krangler også om hvem som er best til ditt og datt der man behandler mange av en type problemstillinger», sier hun.

Hun forteller at det var stor konflikt angående ansettelse av ny sjef i forbindelse med sammenslåingen. «Det var ingen åpen søknadsprosedyre. Det ble om å gjøre å vinne posisjonen. Det var en dårlig start på samarbeidet og samarbeidet er fremdeles ikke blitt bra». Hun sier de ser at de er overarbeidet på Ullevål. «De har litt yngre assistentleger og yngre overleger og vi ser de driver med andre utfordringer. Tanken med en felles sjef var å samle,

men man har erkjent at man må ha stedlig ledelse. De måtte reversere». «På forskningsnivå er det delt. Vi driver med helt ulike ting. Avdelingene sliter med en nedarvet konflikt med to professorer som hatet hverandre for flere tiår siden. De gamle sjefene på avdelingene som hadde konflikter seg i mellom er blitt pensjonister, så problemene burde vært borte. Men de sliter med dette ennå. Det er blitt forskjellige kulturer på de to sykehusene. Det ligger i veggene». Tidligere sjef var en vanskelig mann, forteller hun. «Han visste alt best og når noen truet ham faglig la han dem for hat. Metodene var utfrysing, mindre midler til forskning, dupering av folk på morgenmøtet foran de andre kollegene. Dette medførte at mange kompetente folk sluttet. En del av dem begynte på Ullevål og før sammenslåingen hadde de da et dårlig forhold til RH».

En annen informant forteller noe lignende. Også der var det i begynnelsen mye kniving om hvem som skulle bli leder på den sammenslåtte avdelingen hvor hun arbeider. De fikk en leder på hennes seksjon som kom fra Ullevål og det var ikke populært og det ble full krig, forteller hun. «Den nye lederen ville forandre på mange ting og det ble ikke akseptert. Lederen ville bestemme mange kliniske ting og ville ha mye å si for mange pasientgrupper der andre mente at det var deres spesialområde, felter de visste mye mer om enn den nye lederen. Lederen var også personalleder og lederen fordelte oppgaver til de som ble valgt som de nærmeste. Det ble en veldig splitting av de som var på den nye ledernes lag og de som var på gamlesjefens lag. Han (den gamle sjefen) var fremdeles i miljøet». «Folk gikk til avisene med pasienter som var feilbehandlet bare for å sverte hverandre. Det var helt forferdelig», sier hun. «De hadde gruppeterapi med psykiatere. De fikk en leder som ikke var ønsket herfra og denne lederen måtte etter hvert slutte. Det ble en utrenskning. Så nå har de funnet litt tilbake til det som var det gamle RH. De gamle kreftene har overtatt».

Hun kom dit etter at Ullevål og RH var slått sammen, sier hun. «Men vi driver på her som om RH skulle være et eget sykehus. Vi har egne grupper pasienter og egne arbeidsoppgaver her. Men vi har en ledelse som går på tvers. Det har ikke alltid vært så godt forhold mellom disse avdelingene. Så de er slått sammen på tvers av en del motsetninger, ja personstrid. De har stått i mot hverandre i mange saker. Så vi har blitt en enhet som ikke samarbeider så godt. Så vi prøver å tviholde på at vi er to forskjellige avdelinger og har våre forskjellige ting. Så har vi noen overordnede ledere som ikke blander seg så mye inn i vår hverdag. Ullevål og RH bare co-eksisterer uten at vi blander oss opp i hverandres ting».

RH og Ullevål har vært konkurrerende sykehus, fortsetter hun. «I mange av feltene har de hatt to fagmiljøer, både i forskning og i hvem som skal ha mest å si for retningslinjer for behandling. Hvem er best i landet, egentlig? Og så har de hatt litt forskjellig profil. Noen synes det har vært litt sunt, litt sunn konkurranse». «Men det har også vært slik at folk har hatt lyst til å være bedre, og derfor kanskje av og til ville sverte de i det andre fagmiljøet. Sånn er det også for andre sykehus. Særlig Ullevål har hatt lyst til å vise seg som en storebror her oppe». Hun tror ikke de vinner noe faglig på sammenslåingen. «Det blir bare forvirring og økte ventelister. Det eneste jeg tror de tenker de skal vinne på det er at de tror det blir billigere. De er veldig opptatt av å spare penger, men det kommer noen utgifter som de ikke

klarer å få med i det regnestykket. Det må koste veldig mye å flytte om og kurse folk i alt mulig. Å starte på nytt».

### **De starter med ting som ikke blir gjennomført**

Hun sier at i OUS er det hele tiden sånn, «de starter med ting som ikke blir gjennomført. Vi får med jevne mellomrom informasjon at nå skal vi slås sammen med Ullevål. Vi skal få en samlokalisasjon. Vi føler ikke det er så mye vi kan gjøre, vi føler ikke vi har så mye innflytelse i de beslutningene og vi vet ikke helt hvem som tar dem. Og så blir det ikke noe av, da. Så det virker som om det er mye møtevirksomhet og planer og utredninger, men det blir veldig sjelden gjennomført. Så vi tror bare sånn halvveis på det vi får høre». «Så vi vet jo ikke om vi blir flyttet, så tenker alle, vi må bare gjøre det beste ut av det som det er nå og sånn som vi har det. Stemningen her er at vi skulle ønske vi bare fikk være i fred og drive sånn som vi har gjort. Vi er en liten seksjon og vi har jo sånn felles fiende i at vi aldri vet hva som skjer i det store systemet som er utenfor».

### **Konsekvenser for fagfolk**

Hun sier at det føles som om «vi har tatt en risiko ved å bli eksperter på noe så spesielt og å arbeide ved RH. Det er litt skummelt. Hun tenker, hun må huske å kunne noe om de vanlige tilstandene. Hun tenker ikke så mye på det, men det hadde vært helt krise for henne, rent faglig, om de ikke skulle ha denne seksjonen». «Når folk begynner å snakke om sammenslåing, omstruktureringer, da begynner folk å snakke om å jobbe privat og å finne på noe annet. Altså, ikke bli med på det. I noen spesialiteter er det jo slik at man klarer seg godt uten andre. Vi jobber jo i team», sier hun, «men det er også en mulighet å jobbe privat, så det er relevant å tenke på det». Men, hun synes egentlig at «dette skal være et tilbud i det offentlige og at vi skal ha den beste kompetansen der».

«Mange av de eldre kollegene blir redde og de lurer på – hvor mange år har jeg igjen? – skal jeg til en ny seksjon og sette meg inn i ting der? De unge har jo ofte ikke fast jobb, og de spør om det blir plass til alle de unge der, eller, -må noen ut? Ja, det er mye uro». Hun har snakket med en som har en forskerstiling, og hun er redd for at hvis hun kommer til Ullevål så får hun egentlig ikke tid til å forske, da må hun bare jobbe klinisk. Den doktorgraden ser hun da ikke blir noe av. Det som foregår på politisk nivå, det tror hun ikke folk i klinikken har så stor tro på, for det er de som har kommet med dette prosjektet, altså Oslo Universitetssykehus. Det skjedde helt tilbake til Tore Tønne-tiden. «Da ble det begått noen store feil, rett og slett», mener hun.

### **Stor organisasjon**

En annen informant sier at «organisasjonsstrukturen, disse papirkartene. Det er liksom å leke med tinnsoldater. Det ser fint ut, men det genererer ofte mer arbeid enn det gir», mener han. «Man er veldig opptatt av sykehusøkonomi, hele tiden. Men i liten grad har de analysert hvor

mye av disse organisasjonsstrukturene genererer utgifter som de ikke får inntekter av. Det genererer en masse mennesker som ikke har noe med pasienter å gjøre». «Disse menneskene får egne oppgaver. Avdeling for utdanning, for forskning, for klinisk forskning, annen forskning. Disse menneskene må ha sine møter og lage sine bestemmelser. De vil kvalitetssikre. Men så sitter det folk nede i systemet som kanskje er flinkere enn dem, som egentlig ikke behøver å sende ting til dem, men så må det gå den veien likevel. Mange opplever disse hjelpefunksjonene som et hinder mer enn en hjelpefunksjon. Det er en byråkratisering og det fungerer fint for sysselsetting, men noen ganger er det et hinder for videre utvikling. Teknologien i sykehus har imidlertid ført til stor bedring, for eksempel dette med røngtenbildene og journalen. Fordi vi har teknologien skulle vi ikke trenge alle disse personene som ikke jobber med pasienter».

En annen informant sier at «hadde vi jobbet i en mindre organisasjon hadde vi kanskje fått til en endring ved å sende melding til IT-avdelingen; om for eksempel at vi trenger digitale huskelapper. Men her vet vi alle at det ikke går, fordi datasystemet er gigantisk. Veien opp til å melde ting er lang, og det er et lite fleksibelt system. Det har vært prøvd mange ganger å melde inn ønsker om endringer. Men de server jo mange sykehus, så de kan ikke ta hensyn til alles ønsker».

## **Mange nivå**

To av informantene omtaler klinikkledersjiktet og mener at det bør kuttes bort. «Tidligere var det ikke klinikker. Da de ble innført forårsaket det en veldig konflikt på en avdeling, fordi han som ble klinikkleder ikke gikk overens med deres avdelingssjef. Det ble en håpløs konstellasjon. Klinikkledersjiktet er blitt noen rare kloner og burde kuttes», mener de. «Men, det er jo selvfølgelig vanskelig for direktøren å forholde seg til alle avdelingslederne», poengterer de. En tredje informant som arbeider et annet sted mener også at et administrativt nivå bør fjernes. «Det blir en spissere pyramide med større organisasjoner. Det er muligens noen fordeler med å ha fire sykehus sammenslått, men de sliter med å vise fordeler og effekter av det. For eksempel beslutningen om IT-løsninger blir tatt så høyt oppe, på et nivå hvor det ikke er leger igjen. Det blir en fjern etasje».

Han sier at da han jobbet på Ullevål så ble det «fler og fler i den administrative blokka. Fasinerende greie. Og i departementet har det gått fra, hva var det han Wyller sa på TV, fra 1900 til 3600 på mellom fem og ti år. Hva gjør de?», spør han. Disse lagene har en tendens til å ekspandere, sier en annen informant. «Fordi det blir mange og nye oppgaver, så blir det en stor stab på hver klinikk. Og staben på toppen blir ikke mindre av den grunn. Den blir større og større og så splitter de, så lager de kanskje en klinikk til. Så blir det fler og fler mennesker som ikke behandler pasienter».

## **Ansvarspulverisering, mange sjefer**

En av informantene sier det nå er mange nivå i sykehuset. Han sier det blir en ansvarspulverisering. «Noen har snakket om glavasjikt, altså at det skjer noe i kommunikasjonen fra topp til bunn. Det som kan ha vært en god intensjon på toppen, når det kommer gjennom så kommer det feil ut nedover. Det er noe med kommunikasjonen her som blir vanskelig. De ansetter rådgivere, informasjonsmedarbeidere, kommunikasjonsfolk, kommunikasjonsdirektør. Det kommer inn slike folk på klinikknivå også. Det blir mange en skal forholde seg til».

«Noen mennesker er i posisjonene fordi de vil være der og noen fordi de er veldig flinke faglig». Han sier at «de første av og til blir vanskelige å ha med å gjøre fordi de vil ha kontroll over sin posisjon, men de vil også kontroll på avdelingen. Noen er flinke til å delegere, mens andre vil ha kontroll på alle detaljer hele veien». Han fortsetter med å si at vi overleger har studert lenge. «Vi har gått lenge i opplæring for å bli spesialist på et eller annet og så er det noen som sitter på møter og diskuterer ting som vi føler vi kunne gjort på ungdomskolen. De bruker mye tid på prosesser der de kunne hatt sin rolle, men som måtte ledes av folk med en viss minimumskompetanse». Han sier han er av den oppfatning at «leger må ta faget tilbake».

En annen informant omtaler også alle nivåene. Antall nivåer over han er syv: <helseminister, Helse Sør-Øst, sykehusdirektør, klinikk-sjef, avdelingssjef, seksjonsleder, enhets-sjef og meg. Jo større sykehus, jo flere lederledd, jo mer ansvarsdiffusjon. Da kommer det med lojaliteten inn i bildet. Fordi hvis en leder hadde sagt: nei, jeg kan ikke godta dette budsjettkuttet, da er det det samme som å si opp».

En informant sier at han søkte jobben som forskningsleder på denne klinikken. Han som fikk jobben er godt kvalifisert, men han mener at han er like godt kvalifisert og han ikke ble kalt inn til intervju engang. «Da ville ikke klinikk-sjefen svare på min henvendelse, så da ble jeg satt til å snakke med en under han som har med ansettelser å gjøre og da gav hun meg et sånn god dag mann-økseskaft svar, så det var ikke noe vits i å snakke med henne. Det blir en ansvarsfraskrivelse».

En informant sier det er en del rot med e-poster. «Jeg får e-poster fra min avdelingsoverlege, så får jeg den samme e-posten fra andre». Ofte får han tre e-poster om det samme fra ulike personer. «Det er resultatet av det enorme byråkratiet her på sykehuset».

## **Lett å ta upopulære avgjørelser når en er langt unna**

En annen informant sier at «det føles litt latterlig å bli ledet av noen som ikke i det hele tatt vet hvilke pasienter vi har og hvilke vakter vi har, og ja, det føles urettferdig å få tredd nedover seg sånne begrensninger når en ikke først blir verdsatt for det man gjør. Det blir litt lett å ta upopulære avgjørelser når en er veldig langt unna», mener hun, og legger til: »og ikke ser konsekvensene».

## **Mange møter, utredningsrapporter og beslutningsvegring**

En informant sier at «det er de samme personene som sitter på alle møter, som sitter og bestemmer og er med, slik som avdelingsledelsen. De prater om de samme tingene, ulike ting som det ikke blir tatt noen bestemmelser på». «De lager nye grupper, utredningsgrupper; diskuterer behandling av for eksempel en pasientgruppe. De diskuterer frem og tilbake. Det lages rapporter. Fem utredninger om det samme. Leder sa, at vi kan ikke ta frem de gamle rapportene, vi må ha en ny».

Hun mener «det er en meningsløs bruk av tid. Det er mange gamle konflikter om hvor behandlingen av denne pasientgruppen skal være. Det blåses liv i gamle konflikter og ingen tør ta beslutninger. Et eksempel er en lege som lagde en rapport med svært kort tidsfrist. Legen «døgnnet» på sykehuset for å få ferdigstilt denne rapporten. Men resultatet smuldret bort». Informanten oppfatter dette som «et alvorlig maktmisbruk fra ledelsens side». «Slike hendelser er fullstendig demoraliserende. Denne beslutningsvegring fra de som har fått rapportene. Det skyldes ikke manglende informasjon, men uansett hvilken beslutning de tar vil beslutningen bli upopulær fra noen sider».

«Når det gjelder lokalisering av sykehuset så vil noen bli misfornøyd», mener informanten. Beslutningstakerne tåler ikke at noen er kritiske til beslutningen som tas. Hun mener ting vil roe seg en viss tid etter at en beslutning er tatt. «Det er verre at man tar ting opp om igjen og om igjen. Det gir en utrolig tretthet i systemet». Informanten spør, -hva gjør en leder? «Han kan ikke gjøre noe uten at andre gjør noe og rapporterer til han, sånn er vel ledelse, få noen andre til å lage en rapport så han kan evaluere. Da har man gjort noen ting som leder. Men da svikter man sykt når man ikke klarer ta konsekvensen av rapporten», sier hun. De vet ikke hvem disse bestillerne av rapportene er. Ofte sitter de i HR, forskjellige steder. De ser ikke bestillerne. Hun forteller videre at dette med rapportene engasjerer. «Lederne må vise mer respekt eller at de er godt orientert før de ber om at folk skal gjøre noe. For leger så er dagene fylt helt opp. Alt som kommer i tillegg blir en ekstra belastning. Ja, det er litt slitsomt og da skal det hun gjør være viktig, hvis det så havner i skuffen, da føles det meningsløst».

## **Planlegging av store prosjekter**

En informant sier at OUS definitivt er landes største sykehus. «Oslo er visst den 72. største byen i Europa. Nå har vi det største sykehuset i Nord-Europa. Det er noen galemanier ute å går. Og nå dette forslaget om Campus Oslo til 40 milliarder. Jeg følger litt Legeforeningens syn. Først må man være realistisk, ut i fra økonomien». En annen informant synes også Campus Oslo virker «latterlig». En tredje informant sier at «det eksisterer en frustrasjon blant mange og at mange ønsker seg mer handling, moderat handling på kort sikt. Det å fikse ting, både bygningsmessig og organisatorisk på mellomnivå. På saker som disse mellomlederne kunne ha fått mandat til å utføre. Mens det ansatte opplever er at veldig mye av ressursene går med til de store, store plantoppene».

## **HR en sterk styrende kraft, vil frata legene innflytelse**

En overlege forteller at HR er en sterk styrende kraft. For eksempel når det gjelder sommerferieavvikling og vakansvakter. «HR styrer sommerferieplanleggingen, noe legene selv gjorde tidligere. De vil detaljstyre ferietidspunktene. De vil ikke ha vakansvakter. Sykehusdirektøren har en annen mening, men HR gjør noe annet enn det han sier. Er det et samarbeid mellom HR og Spekter, lurer hun på. Nærmeste sjef synes det er greit at legene selv lager ferieplaner selv om det genererer noen vakansvakter. Det viktigste for legene er å få sommerferien når de ønsker det. HR vil spare penger, men de ønsker også å detaljstyre legegruppen. HR vil ikke at vi skal være så autonome slik at vi kan styre og ordne dette selv. Legene skal vite at noen andre bestemmer dette».

## **Ledelsen er ikke i kontakt med bakkeplanet**

«Her på bakkeplan er det kjempebra. Men vi får ikke noe hjelp, akkurat. Det er ikke fordi vi har så god ledelse at det går bra. Ledelsen er helt fjerne i fra det som er vårt arbeid. Så, det føles ikke som de er liksom helt i kontakt med bakkeplanet». En annen informant sier at klinikk sjefen, som var sjef i flere år, «aldri var i avdelingen, ikke på ett morgenmøte. Da kan man ikke vite ordentlig hva man leder når man ikke er til stede». «Et annet sted er det en sykepleierleder over avdelingssjefen som er lege. Hun sitter et annet sted. Hun har vært der veldig, veldig lite. Informanten vet ikke hvor mye hun skjønner av drift i sykehus. Kontroll ovenfra går på ikke å overskride budsjettene og slike ting. De ser i veldig liten grad på den kapitalen som ligger i kompetanse, forteller informanten».

## **Legeforeningen og OUS**

En av informantene sier at hun har «hatt det så dårlig med hvordan Legeforeningen har stått frem i forhold til Oslo universitetssykehus (OUS) at hun har holdt på melde seg ut flere ganger. Hun mener at man bør være organisert. Og i seg selv er det paradoksalt å være medlem av legeforeningen når man sitter som leder. De er fagforeningen». Hun har gremmet seg i forhold til OUS og sammenslåingen. «De kunne like godt ha sagt, dette kommer ikke til å gå bra, for dette vil vi ikke. Hun har ikke hørt én av dem si, vi skal se hva vi kan gjøre, hvordan vi kan få dette til». Hun tenker nå på tillitsvalgte på OUS, sier hun. Og så har hun kjent på at, «dette, dette er mine folk».

## **Informasjonsmøter, ingen ting å diskutere**

Noen steder er det lekedemokrati, mener en informant. «Demokratiet er pulverisert. Altså, du har blitt hørt, jeg har vært demokratisk, jeg har lyttet til deg, så nå er jeg ferdig med det. Det jeg tror noen opplever og spør seg om er hva får jeg ut av den medarbeidersamtalen? Jeg tror det pulveriserer demokratiet litt, at de ikke lytter. Ja, de lytter, men de tar ikke konsekvensene av det de hører. Men det er tross alt bra at de lytter».

«Det vil imidlertid også være meninger du har der du må jenke deg, sånn må det være», sier han. «De misbruker ordet allmøte», fortsetter han. «De har hatt allmøter med tidligere direktør. Direktøren kom og snakket i 40 minutter og så var det fem minutter igjen. Vår klinikk sjef brukte 25 minutter av 30 minutters møte og så var det fem minutter igjen. Dette er et informasjonsmøte, ikke et allmøte. De gir inntrykk av at det er demokratisk, mens det i virkeligheten er ingen ting å diskutere».

### **Store versus mindre sykehus**

En av informantene sier at hun tror ikke det er slik at «en organisasjon fungerer best når den er størst mulig». Hun ser nesten bare ulemper. «Ting tar sånn tid, mat, klær, transport, parkering. Det oppleves fremmedgjørende fordi så mange skal organiseres under den samme administrasjonen. Det er blitt tungvint å drive. Mindre sykehus er bedre. Det er viktig å kjenne folk, mener hun. Dette er en sånn menneskebedrift. Og hvis jeg skal ringe til en spesialist på en annen avdeling eller røntgenlege og spørre noe, så hjelper det veldig mye å vite navnet og de vet hvem som ringer. Sammenlignet med et system der en er bare en liten brikke, der alle bare har lyst til å få minst mulig jobb». «I forhold til ledelsen er det en sånn avmaktsfølelse. Ligner på folks forhold til politikere, det nytter ikke hva jeg stemmer på for det blir ikke som jeg vil».

En informant sier at «tidligere var det færre nivåer og vi hadde sterke ledere. Det var en liten ledergruppe. Det følte som man hadde mye større påvirkningskraft. Topplederne hørte på fornuft. Det var et enklere system. Nå derimot er det mange ledernivå. Mange skal få gjennomslag hos klinikk sjefen som så skal ta det oppover».

En annen informant synes et mindre sykehus, slik som det han arbeider ved, har en ganske optimal størrelse. Det er viktig, mener han. «Det er akkurat korte nok avstander, passe store enheter til at det går an å snakke sammen og få ting til på tvers av enhetene». Han sier at «hans nærmeste leder sitter borti gangen, det gjør sykehusdirektøren også. Lederne er dermed lett tilgjengelige».

### **Flere omorganiseringer**

En informant sier at klinikken der han jobber har blitt omorganisert igjen etter at de ble OUS. De er over 100 overleger i denne klinikken. Blant legene har man registrert mer frustrasjon enn entusiasme for omleggingene. Han tror ikke uten videre de ser noen store fordeler. «Det går mye tid og krefter med til den type prosjektarbeid. Så gudene må vite hvor mange årsverk som er gått med til organisatorisk planlegging, drøfting og sånt. Både i dannelsen av OUS og i tiden etterpå. Både i psykiatrien og i somatikken». «Det utgjør mange årsverk. De sitter i prosjektgrupper, styringsgrupper, ledergrupper og drøfter. Det må være mangfoldig tusen årsverk», gjentar han.

«Det går på tvers av det som beslutningen om å danne OUS ble gjort på, på Helse Sør-Øst-nivå, ministernivå, departementsnivå. Det het seg, det skulle bli så veldig mye mer rasjonelt.



Man skulle spare og omorganiseringen skulle ikke koste noen ting. Og etter det har det vært store frustrasjoner i OUS for alle klinikkene at det har vært vanskelig å få budsjettet til å gå i balanse og ledere har kommet og gått og det har vært mye konflikt rundt dette».

## **Reduksjon av døgnplasser i psykiatrien**

En informant sier at de i løpet av de siste ti år har de lagt ned to døgnseksjoner ved psykiatrisk avdeling. «Mottakelsen i organisasjonen på å ta ned plasser har variert litt. De har laget en matrise og funnet hvilke pasienter som kan klare seg på et lavere behandlingsnivå. Det er de dårligste som har blitt igjen. Det er ikke et tilfeldig utvalg som ble skviset ut når vi la ned en del plasser. Vi må ta ned seks plasser til». En annen informant sier at det legges ned døgnplasser på psykiatriske sykehus og bygges opp døgnplasser på DPSene. Problemet er at de må ha en vaktordning der. Leger på DPS velger seg nok ofte det arbeidsstedet fordi de ikke ønsker vakter. Samtidig bygges det ned døgnplasser på sykehusene som allerede har etablerte døgnvaktssystemer». Han mener at vedtaket om at 60 % av psykiatrisk virksomhet skal foregå på DPS er «idiotisk. Man bruker akkurat samme mal, modell, tvangstrøye i Finmark, Troms og Oslo. Det er som om det er en vederstyggelighet at psykiatrisk behandling skal foregå på sykehus. Det har vært en enorm reduksjon av senger de siste 30 år. Du skal nærmere befolkningen. Det er klart, bor du i Alta så er det meningsløst å skulle dra til Åsgård i Tromsø for å få terapi. Så det er en viss mening der. Men når det gjelder Oslo så er det nok like greit å reise inn til sentrum enn å få behandling lokalt der du kan risikere å møte naboen som kommer fra Kiwi når du går inn på DPSet. Det er jo snakk om noen få kilometer».

Det å legge mye til DPSet begrenser også muligheten for å spesialisere seg, sier han. «Man kan ikke bli veldig god hvis man skal behandle tvangslidelser, schizofreni, bipolar lidelse og post-traumatisk stress. En psykiater eller psykolog kan ikke bli veldig god på alt sammen. Noen DPS har imidlertid spesialisert seg litt. For eksempel Alna DPS med PTSD behandling». Reduksjon av døgnplasser gjennomsyrrer mye av psykiatrien, mener han. «Når du har sommerjobb på psykiatrisk avdeling er det som om det viktigste er ikke å ta imot pasienter. Holde buret rent. Ikke ta inn noen unødvendige innleggelseser. Sånn tror jeg det er mange steder. Når man bygger ned døgnplasser så er det noe som tvinger seg frem. Det er klart at en del psykoselidelser kan man ikke si nei til når de har dekomponert, så det går litt på bekostning av andre som ikke har det man kaller alvorlig sinnslidelse i den forstand».

## **5.2 Diskusjon**

Ved sykehusreformen i 2002 var ønsket å skifte styringsideologi av spesialisthelsetenesten fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering. Målet var å få politisk styring, regional samordning og profesjonell drift. Mye fokus har, som nevnt, vært på økonomi og effektivitet. Men hva er sykehusets hovedoppgaver?

## **Sykehusets hovedoppgaver**

I spesialisthelsetjenesteloven, som trådte i kraft 1. juli 2001 heter det: Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver: 1. pasientbehandling, 2. utdanning av helsepersonell, 3. forskning, og 4. opplæring av pasienter og pårørende.

Det står pasientbehandling, men ved det forstår jeg utredning, diagnostisering og behandling samt pleie. Ved omtale av ledelse i sykehus omtales pasientbehandling i stor grad, mens lite oppmerksomhet vies at man har flere oppgaver, nemlig også utdanning og forskning i tillegg til opplysning. Det at sykehuset har flere hovedoppgaver gjør ledelse av sykehuset ekstra utfordrende.

I Danmark har en forsøkt å beskrive sykehusledelse: ”Ledelse handler om at sette retning, skape visioner og strategier. Ledelse handler om at føre strategierne ud i livet gennem budgetter, planer og handlinger. Ledelse handler om at skabe gode rammer for kerneopgaverne: behandling, forskning og uddannelse. Ledelse handler om at engagere og begeistre. Ledelse handler om at overholde love og regler” (Danske Regioner, 2012).

Grund (2007, s. 5) skriver at som leder i sykehus må man hele tiden balansere mellom fag og økonomi og slite med at sykehus er arbeidsintensive virksomheter med begrensede muligheter til å øke produktiviteten. Sykehusorganisasjonene er preget av desentralisert ansvar til klinikker, avdelinger, sentre, og fagmiljøer samtidig som pasientene beveger seg i behandlingskjeder på tvers av avdelinger og spesialiteter. På et stort sykehus er hver avdeling som et lite sykehus, men er samtidig avhengig av felles funksjoner som røntgen og laboratorier.

Utviklingen av ledelse av sykehus i Norge ved myndighetenes økte fokus på retningslinjer, kvalitetsindikatorer, juss, målstyring og kontroll kan peke i retning av en utvikling som minner om det som er beskrevet som et maskinbyråkrati (Minzberg, 1979, s. 314).

## **Maskinbyråkrati**

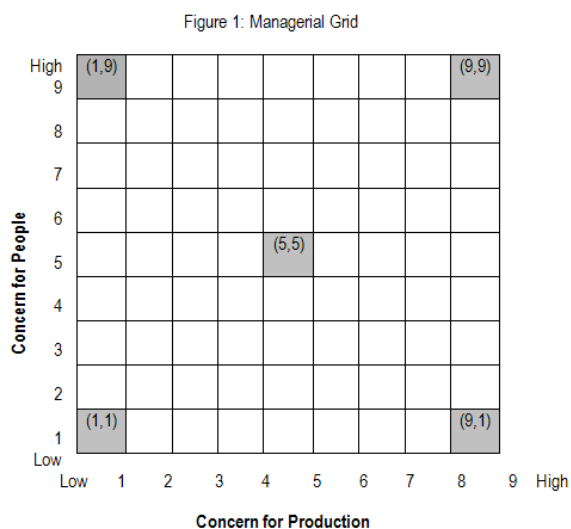
Maskinbyråkratiet kjennetegnes med sentralisert beslutningsmyndighet og høy grad av formalisering: Man styrer og koordinerer mye av virksomheten gjennom skriftlige regler og prosedyrer. Denne organisasjonsformen vil ha en forholdsvis stor teknostruktur, dvs. mange til å utarbeide regler og sørge for at de blir fulgt. I tillegg vil maskinbyråkratiet ofte være funksjonelt spesialisert. Eksempler er bedrifter som masseproduserer enkle produkter, hoteller og postvesen. Fordelene med maskinbyråkratiet er klare ansvarsforhold, stabilitet og forutsigbarhet og standardisering som fremmer produktivitet (lave kostnader per produsert enhet). Ulempene er at virksomheten blir rigid og vanskelig å endre. Det å følge reglene kan lett bli et mål i seg selv. Man får i liten grad utnyttet de ansattes kompetanse og informasjon av relevans for virksomheten. Sentraliseringen av beslutningsmyndighet og standardisering av oppgaveløsninger kan også virke demoraliserende på de ansatte (Jacobsen, 2007, s. 89-90).

## Profesjonsbyråkrati

Et profesjonsbyråkrati (Mintzberg, 1979, s. 349) kjennetegnes ved profesjonalisering, og at de ansatte i den operative kjernen er tildelt mye beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Beslutningsmyndigheten kan desentraliseres fordi den operative kjernen består av profesjonelle som gjennom utdanningen har tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å løse oppgaven på en tilfredsstillende måte. Der maskinbyråkratiet legger opp til koordinering gjennom å standardisere arbeidet til de ansatte, legger det profesjonelle byråkratiet opp til standardisering av oppgaveløsningen gjennom fagfolk som har felles fagkunnskap. I begge organisasjonsformene er resultatet at standardiseringen skaper forutsigbarhet med hensyn til hvordan oppgaven blir løst, noe som er et hovedpoeng i den byråkratiske organisasjonsformen. Eksempler på profesjonelle byråkrati er sykehus og universitet, i alle fall inntil 1980- og til dels 1990-årene. Fordeler ved denne formen for organisering er at delegering av beslutningsmyndighet sikrer et godt faglig arbeid og raskere problemløsning og saksbehandling. Ulempene er at det lett kan oppstå rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper, noe som skaper samarbeids- og styringsproblemer. Det å legge vekt på formell kompetanse gjennom utdanning kan hindre at en utnytter folks realkompetanse. I tillegg kan det være vanskelig å drive økonomistyring fordi profesjonelle som regel vil sette faglige standarder foran økonomiske begrensninger (Jacobsen, 2007 s. 90-91).

## Produksjonshensyn versus menneskelige hensyn

Et kjent forsøk på å illustrere to ulike sider ved ledelsesoppgaven er det såkalte "Ledelsesgitteret" (Blake og Mouton, 1980).



I «gitteret» vises grad av hensyn til mennesker på Y-aksen og grad av hensyn til produksjon på X-aksen. Ved 1,9-stilen er lederen i sitt fokus svært medarbeiderorientert og meget lite produksjonsorientert og beskrives av Blake og Mouton som en omsorgsfull og oppmerksom leder som forsøker å skape en behagelig atmosfære og et ditto arbeidstempo. Motsetningen,

lederen med 9,1-fokus har stor oppmerksomhet rettet mot produksjonen (tjenesteytelsen) og tar svært lite hensyn til medarbeiderne. I sin ledelsesform stiller lederen klare og presise krav, gir ordre og forventer at folk adlyder disse (Blake og Mouton, 1980, referert i Høpner mfl., 2007, s.79). Målet, utopien, er en 9,9 - type ledelse. Ofte faller man imidlertid ned på en 5,5 - type ledelse, hvor mange kompromisser inngås og mange halvdårlige beslutninger treffes (Høpner mfl., 2007, s. 80).

Høy grad av driftsorientering (9.1) nevnes ofte som ”hard” Human Resource Management (HRM), mens menneskeorientert (1.9) personalledelse, som betegnes som ”myk” HRM, legger mer vekt på kommunikasjon, motivasjon og lederskap. Man vil ved slik personalledelse forsøke å fremme engasjement og motivasjon hos medarbeideren (Høpner mfl., 2007, s. 78).

I følge Høpner mfl. (2007, s. 81) kan «gitteret» brukes til å karakterisere en organisasjons grunnleggende holdning til bruk av ressurser. Betraktes medarbeideren som en verdi for organisasjonen, men også som en verdi i seg selv, eller betraktes han eller hun som en omkostning, som alle andre omkostninger? Fokuseringen på kostnader er en livsbetingelse for så godt som alle ledere. Det medfører, spesielt hvis det er dårlige tider for organisasjonen, at medarbeideren betraktes som en omkostning. Dermed presses ledelsen til å bruke ”hard” HRM. Argumentet for ”myk” HRM, er at det er mer hensiktsmessig å betrakte de menneskelige ressursene i organisasjonen som et aktivum, som kan skape konkurransemessige fordeler, men også som individer som har en verdi i seg selv, og dermed bestemte rettigheter. Hvordan forholder det seg i norske sykehus, hvor plasserer linjeledelsen seg, samlet sett, i gitteret når det gjelder ledelse av leger?

## **Linjeledelse på ulike nivåer**

Hva ledere gjør og hvilken effekt lederskap kan ha, varierer mellom de ulike nivåene i organisasjonens hierarkiske struktur. Det stilles ulike krav avhengig av nivå. Hvilke ressurser de har kontroll over, hvilke grupper de må forholde seg til og hva slags funksjoner i organisasjonen de har hovedansvar for, vil variere. På alle nivåer er imidlertid ledelse av mennesker viktig. I følge Jacobsen og Thorsvik (2007, s. 384) er det vanlig å skille mellom tre (linje)ledelsesnivåer i organisasjoner:

**1-Det institusjonelle nivå. Toppledelsen.** Topplederne har ansvar for overordnede mål, langsiktig planlegging og budsjettarbeid og strategisk tilpasning til eksterne aktører. Det er også viktige symbolfunksjoner knyttet til dette nivået. De må gi organisasjonen et verdigrunnlag slik at den fremstår som noe de ansatte kan identifisere seg med. De må sette og formidle de normer de ønsker skal være retningsgivende for virksomheten.

**2-Det administrative nivå. Mellomledelsen.** Mellomlederne har overordnet ansvar for begrensede områder av virksomheten. De viktigste funksjonene er å sette mål for denne delen av virksomheten, organisere, administrere og integrere arbeidet i eller mellom enhetene de har

ansvaret for. De har viktige kommunikasjonsfunksjoner som et bindeledd til det operative nivå. De kan også ha viktige symbolfunksjoner.

**3. Det operative nivå. Operativ ledere.** Ledere med daglig oppsyn med kjernevirksomheten har ledelsesoppgaver som er klart avgrenset til den direkte kliniske, eller støttopregede, virksomheten de har ansvaret for. Dette arbeidet vil som oftest omfatte veiledning og koordinering av arbeidet. Det forutsetter i mange tilfeller at operativ leder må ha spesialisert kunnskap om arbeidet og vite i detalj hvordan oppgavene skal løses. De nære sosiale relasjonene til medarbeiderne vil ofte fylle lederrollen med sosiale funksjoner knyttet til det å oppmuntre, støtte og ikke minst motivere.

### **Ledelse i sykehus, flere ulike former for ledelse**

Ledelse i sykehus innebærer mange ulike oppgaver. Ulike situasjoner krever ulike ledelsesformer. Hovedfunksjonen i et sykehus er den daglige drift. Men i krisesituasjoner må sykehuset kunne omgjøres til et akuttmottak for flere, eventuelt svært mange, pasienter. Man må da ha en type beslutningsform for den daglige driften som kan omgjøres til et beslutningshierarki med tydelige og forhåndstrente roller og med klare kommandostrukturer. I krise er det ikke tid for diskusjon; det må handles. Dette ligner lite på en fabrikk, men minner mer om ledelse i politiet eller i forsvaret. En ”kriselignende” situasjon er en daglig foreteelse i akuttmottak der kritisk syke kommer inn. Der må roller være drillet og man må vite hvem som tar beslutningene og har ansvaret i situasjonen.

Bjartveit minner politiledere om at kriseledelse, og daglig ledelse er to vidt forskjellige ting. En leder må beherske ulike stiler avhengig av situasjonen. Men man bygger grunnlaget for hvordan man håndterer en krise ved hvordan du gjør det i det daglige (Bjartveit, 2009).

### **Rettigheter og økonomiforvaltning**

I lovgivningen er det definert ulike rettigheter som pasientene har og dette får innflytelse på sykehusenes økonomiske drift. Med materielle rettigheter menes krav på materielle goder, slik som penger eller tjenester. I følge Molven (2009, s.44 - 46) er det i helserettlig sammenheng hensiktsmessig å skille mellom 1) Retten til å bli pasient, 2) Rettigheter som pasient, ved oppnådd rett til helsehjelp eller som rasjonert gode og 3) Formelle rettigheter som kan sies å omhandle saksbehandling.

Hvis folk har rett til helsehjelp, der det ikke er tatt økonomiske forbehold i loven, må derfor budsjetter og bevilgninger prinsipielt og praktisk innrettes etter hvor mange som gjør krav gjeldene, og hvor mye de har krav på.

Retten til å konkurrere om rasjonerte/knappe goder (pengeytelser/tjenester), er undergitt styring gjennom budsjetter. De som ønsker godet, får det så langt det er satt av penger til det. Ut fra disse forskjellene er det viktig å fastslå i hvilke situasjoner befolkningen har rettigheter og i hvilke situasjoner de kan konkurrere om rasjonerte/knappe goder.

Molven skriver videre at det ikke er akseptabelt at kommunene eller staten, som forpliktet, unnlater å oppfylle forpliktelser av denne art ved mer eller mindre fordekt å vise til økonomiske vansker eller manglende budsjettdekning, hvis det ikke er tatt forbehold om dette i lov eller forarbeider om mulighet for dette. Det betyr at de som er forpliktet til å yte, hele tiden må sørge for å ha økonomi til å ivareta forpliktelsene. Krav basert på rettigheter har første prioritet.

Rettighetene innebærer derfor at de som er forpliktet, må planlegge virksomheten i forhold til de krav de kan forvente kommer. Helseforetakene og kommunene kan ikke i konkrete situasjoner når rettskravene oppstår, vise til manglende budsjettdekning. Rettighetene må oppfylles ved at budsjetter overskrides, at det etterbevilges, at det skjer en omdisponering av midler, at det tas opp lån, eller at det skjer andre økonomisk relevante tiltak for å ivareta forpliktelsene.

Molven (2015, s. 46) skriver at økonomiforvaltningen prinsipielt må rette seg etter rettighetslovgivningen og ikke omvendt. I realiteten medfører det til dels tvungen budsjettering og en binding av ressursene. Rettighetslovgivningen kan på den måten være kostnadsdrivende.

I materialet kommer det frem at dette med å vurdere hvilke pasienter som har rett til behandling blir viktig. Pasienter som åpenbart burde ha fått rett til behandling får det ikke. Man kjemper for å holde pasientene ute av sykehuset. Våre informanter forteller at mellomledere ofte får beskjed fra toppledere om at prioritering er deres ansvar, når ressursene ikke strekker til. Problemet delegeres altså nedover til operativ leder, selv når pasientene har åpenbare rettigheter til behandling, for eksempel ved alvorlige psykiatriske lidelser, og overlegene ved enhetene rapporterer oppover via linjeleder at økte ressurser er nødvendig for å gi tilfredsstillende behandling.

Helseøkonomer presenterer usikre tall sier en informant, likevel har økonomene de siste årene fått stor innflytelse (jfr. historisk kapittel.). Informantene har ulike holdninger til økonomiske spørsmål, fra å være frustrert over å få billig utstyr, slik som kompresser som loer, og at de må bruke tid under operasjonen til å plukke biter av kompressene og at operasjonsstuer må overbookes samtidig som andre ikke opplever at de får noen økonomiske begrensninger. Det er mye økonomisnakk på sykehusene og det sies at myndighetene kun er ute etter tall og at det er vanskelig å finne indikatorer som sier noe om effektiv behandling. Noen påpeker at aktiviteten vris til det som måles og det argumenteres fra ledelsen med en logikk som ikke aksepteres, for eksempel at kveldsåpent ikke er gunstig. En sier at alle forstår at midlene ikke er ubegrensede, at prioritering er nødvendig og at det er mulig å integrere dette i legers helhetlige etikk.

En informant formidler hvordan leger blir skremt av avvikssystemet: De blir redd for å bli tatt. Det gir sikringsatferd, legene blir «tvunget» til å tenke på å beskytte seg selv. Tiden brukes på sikringstiltak og det viktige, pasientbehandlingen, kan komme i noen tilfeller i annen rekke.

Man ser hvordan jus, altså avvikssystemet, kan gi redsel og ulike former for tilpasningsatferd, en atferd som av og til kan gå utover de primære medisinske hensyn. Det gir også stress.

## **Retningslinjer og klinisk skjønn**

Det lages retningslinjer på løpende bånd. Informantene mener retningslinjer er viktige. De er viktige for nybegynnere i faget og som huskelister i en klinisk hverdag for erfarne. Alle mener imidlertid at retningslinjer ikke er nok; klinisk skjønn, som er opparbeidet gjennom år med erfaring, er også viktig. Veilederne («guidelines») er ofte konservative og all utvikling stopper opp hvis alle skal gjøre det veilederne sier. I tillegg har pasientene flere tilstander og derfor må man ha flere veiledere og veie de ulike mot hverandre. Retningslinjene er en mistillitserklæring til fagfolk mener noen og sier at Kunnskapssenteret kan bomme på veiledning fordi det ikke tar hensyn til det kliniske skjønn. Noen leger er redde for retningslinjer og spør hvor blir det av legekunsten, men de fleste informantene mener de er bra, så lenge de ikke blir tvangstrøyer eller kilder til «advokatmat».

## **Språk**

En av informantene påpeker det fremmedgjørende med skifte av språk. Dette er nevnt som fenomen ved skifte til NPM (omtales i det historiske kapittel). Hein kommenterer at det har vært en debatt i Danmark om dette. Skal de nye lederne snakke sykehusenes språk, altså tilpasse seg den eksisterende kulturen, eller skal sykehusene snakke de nye ledernes nytteetiske og managementpregede språk? Valget er enkelt mener hun. Ledelsen må omsette ledelsesstrategien i praksis, det kan ikke medarbeiderne ta ansvar for. Ledelsen må derfor lære å snakke medarbeidernes pliktetiske språk (Hein, 2013 s. 140).

## **Faglige retningslinjer**

Faglige retningslinjer fra helsemyndigheter og fagmiljøer omtaler hva som faglig skal gjøres i bestemte situasjoner. Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn har utarbeidet retningslinjer og veiledere. Molven (2009, s. 213) skriver at det ikke alltid er klart om det som sies i retningslinjene er uttrykk for optimale/gode tiltak og handlinger, eller om det er å betrakte som minimumskrav.

I følge Helsedirektoratet er retningslinjene ikke direkte rettslig bindende; de er anbefalinger og råd og bør langt på vei være styrende for valg som tas. Ved å følge oppdaterte retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om forsvarlighet. Molven skriver at hvis man avviker fra de nasjonale retningslinjene i vesentlig grad, bør en dokumentere dette og være forbredt på å begrunne sine valg (Molven, 2009, s. 213 - 214).

Nettstedet Helsebiblioteket er etablert i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for å gi helsepersonell og brukere tilgang til oppdatert fagkunnskap.

## **Kvalitet**

På informasjonssiden fra regjeringen kan der leses at helsetjenesten skal tilby befolkningen helsehjelp av god kvalitet. Kjennetegn ved god kvalitet er at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Regjeringen.no, 2015). Videre står det at sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre er viktige for å følge med på helsetilstanden i befolkningen, finne årsaker til sykdom, og å måle effekten av behandling og kvalitet på helsetjenestene. Det er et mål at det skal finnes helseregistre innenfor alle store sykdomsområder for å ivareta pasientsikkerheten, kvaliteten på tjenestene og beredskapsformål. Det finnes i dag 17 sentrale helseregistre og 47 nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helsedirektoratet skal bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og har et lovfestet ansvar for å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere og nasjonale kvalitetsindikatorer (Regjeringen.no, 2015).

Helse Sør-Øst skriver at kunnskapsbasert praksis, altså praksis som bygger på forskning og erfaringer fra fagpersonell og brukere, skal bidra til forbedret kvalitet på tjenestene, og er også et prioriteringsvirkemiddel som skal føre til mer effektiv bruk og rettferdig fordeling av ressursene. Ny kunnskap skal påvirke hvilke nye behandlingsmetoder, medikamenter eller teknologier som skal tas i bruk og bidra til at mindre effektive tiltak erstattes eller fjernes (Helse Sør-Øst, 2013 ).

### **Hva er en kvalitetsindikator?**

En kvalitetsindikator er et mål og gir en pekepinn på kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer kan brukes til å følge med på utviklingen av sykehusets struktur og organisasjon, pasientforløp, og resultatet av helsetilbudet/ytelsen for pasientene. Indikatorer kan sjelden stå alene, men kan brukes som ledd i en samlet vurdering (helsenorge.no).

Helsemyndighetene gjennomfører hver tredje måned en kvalitetssjekk av alle sykehusene i landet med utgangspunkt i nasjonale kvalitetsindikatorer. Hensikten er å synliggjøre kvaliteten overfor pasienter og pårørende. Samtidig er indikatorene tenkt som et viktig redskap i forbedringsarbeidet (helsenorge.no).

### **Virkningsfulle helsetjenester**

Ved god kvalitet ved helsetjenesten skriver regjeringen at tjenestene skal være trygge og sikre. De skal involvere brukerne, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt. Når det gjelder hovedoppgavene til sykehusene, altså behandling, forskning og undervisning og opplæring så nevnes det kun at helsetjenesten skal være virkningsfull. Hva menes med dette?

Det skrives ikke at behandlingen skal være god, optimal eller faglig forsvarlig. For helsepersonell er det av den største betydning at selve behandlingen er av god kvalitet i tillegg



til at det administrative rundt pasientene skal fungere godt og at det gjøres så lite feil som mulig.

For å vurdere kvaliteten av utredning, diagnostisering, behandling av tilstanden(e) og sykepleie er det nødvendig med vurderinger. Noen må vurdere om riktig utredning er utført, om korrekte diagnoser er satt og om selve den medisinske eller annen behandling er gitt etter oppdatert kunnskap på feltet og blitt vurdert som god. Registrering av komplikasjoner, feil og avvik blir kun én av mange vurderinger som må gjøres for å få et helhetlig bilde av nivået av kvalitet ved behandlingen ved et sykehus er. Slike vurderinger krever at eksperter på fagfeltene gjør vurderinger. Dette er både tidkrevende og kostnadskrevende. Dette er selvfølgelig kjent. Men skal man få en sannferdig vurdering av kvaliteten på tjenestene må dette gjøres. Det er i tillegg demoraliserende for fagfolk kun å bli vurdert med hensyn til feil og avvik og administrasjon, når man legger sin sjel i å tilby god behandling, en behandling som så ikke blir vurdert med hensyn på kvalitet av helsetjenesten. Som det nevnes av informantene, kunnskap, det å bli god, det er ikke mot den oppmerksomheten til lederne er rettet.

### **Nivåer for faglig standard**

Hva er så nivåene for faglig standard ved behandlingen? Flere lover omhandler en del plikter for helsepersonellet og helsetjenesten. En viktig plikt er kravet til helsepersonell og virksomheter om å skulle opptre "forsvarlig". Forsvarlighetskravet finnes i Helsepersonelloven § 4, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og Kommunehelstjenesteloven § 1-3, jf 6-3 (Molven, 2009, s. 209).

Molven (2009, s. 209-214) skriver at bestemmelsen om at det skal opptres forsvarlig, omtales å være en "rettslig standard". Det betyr at det er et krav som ikke kan kartlegges ved hjelp av entydige kriterier, men som gir anvisning på en bestemt målestokk når noe, for eksempel kvaliteten på medisinsk behandling, skal bedømmes. Innholdet i kravet vil variere med tid, sted og andre omstendigheter. Forsvarlighetskravet er juridisk å forstå som en minstestandard mht krav til faglig arbeid. Forsvarlighetskravet er dynamisk, ny kunnskap og innsikt endrer kravet. Det innebærer ikke nødvendigvis et krav om å gjøre alt som er mulig for pasienten. Dette er omtalt i Ot.prp. nr 13 (1998-99) s. 37.

Molven (2009, s. 210-211) skriver at kjernen i kravet til forsvarlighet er at det skal handles i samsvar med det faglig optimale eller gode. Før man sier at en handling er uforsvarlig, er det imidlertid prinsipielt plass til å avvike fra det faglig gode. Hvis minstestandarden er fraveket er det handlet uforsvarlig. Det er langt fra alltid opplagt og klart for utøverne i helsetjenesten hvor grensen for minstestandarden ligger.

Kravet om faglig forsvarlighet er også et krav om at virksomheten må organiseres forsvarlig. (Braut og Holmboe, 2010, s. 30).

Hvis man resonnerer fra teksten over, virker det som, i følge Molven, det fra departementet, uttrykt i Ot.prp. nr 13, er tenkt at med begrepet faglig forsvarlig menes god/optimal, mens at det rent juridisk kan forstås som en minstestandard, det vil si rett over grensen til det uforsvarlige.

Man kan ut i fra teksten ovenfor dele nivåene for kvalitet ved behandlingen i fire:

- 1) Tjenestytteren kan praktisere nær forskningsfronten, og gjøre det perfekt, som er den høyeste standard.
- 2) Han/hun kan yte god/optimal behandling, som er akseptabel standard,
- 3) Han/hun kan yte ikke god, men heller ikke uforsvarlig, tjeneste, som er minstestandard
- 4) Han/hun kan yte faglig uforsvarlig behandling.

Hvor grensene går, vil være utrykk for vurderinger og vil variere med hva som er etablert kunnskap og det skjønner den som vurderer utøver

Når regjeringen skriver at helsetjenestene skal være virkningsfulle, hva menes med det? Er det god/optimal? Eller er det minstestandard man vil ha? Den høyeste standard er ikke lenger standarden siden man velger å prioritere bort en del svært kostbare behandlinger.

Det synes å være enighet om at gode indikatorer på kvalitet er flott, men problemet er at det å måle kvalitet er vanskelig og tidkrevende. Kvalitetsregistreringen har for dårlig kvalitet og det er ikke bare de riktige ting som måles. Det harseleres over at personell må bruke tid på underlige indikatorer og styringsparametere.

Behandlingen skal være virksom, men kvalitet fra medisinsk ståsted krever en vurdering. Kun en faglig kyndig lege kan avgjøre om riktig diagnose er satt og riktig behandling gitt. Epikrisetid er kun en del av epikrisekvaliteten. Innholdet må også vurderes for å få en reell kvalitetsskår. Og, igjen, det må gjøres av en kyndig fagperson.

Harseleringen fra noen av informantene kan ses på som en overlevelsesmåte, en måte å redusere stress på, for eksempel stresset ved å bli heftet med ting leger mener er unyttige. I tillegg er ikke datasystemet tilrettelagt. Informantene forteller at de får negative tilbakemeldinger på å bruke gule lapper som de trenger for å gjøre en god jobb. Dette er ytterligere en stressfaktor.

Intervjuene ble foretatt våren 2015, og en kan undre seg over at ledergruppen ikke allerede har ryddet opp i kvalitetsindikatorproblemen. Det virker svært irriterende på arbeidstakere å bruke tid på registreringer som har for dårlig kvalitet og dermed ikke kan brukes til noe, og i tillegg bli overvåket på faktorer som er verktøy de trenger i behandlingen, som skyldes et ikke-tilpasset datasystem. Disse tingene er unødvendige stressfaktorer i en hektisk arbeidsdag.

Det er ikke lett å lede noen som er flinkere enn seg, enten det er betydningen generell intelligens eller i betydningen klinisk dyktighet. Er det noe leger er trent til så er det å skille uvesentlig fra vesentlig i beslutningstakingsprosessen. Når linjeledere ikke lytter, men trer hva klinikerne oppfatter som ukloke beslutninger nedover hodet på dem og forventer lydighet, mister linjelederne autoritet. Beslutningene overhøres, eller de blir fulgt opp, ledsaget av nedtalende latter. Begge reaksjoner er for faggruppen en «overlevelsestrategi».

## Forandringsledelse

Steen Visholm, som er professor i organisasjonspsykologi, formulerer sine erfaringer med forandringsprosesser med at det ofte oppstår en polarisert situasjon mellom toppledelse og medarbeidere. Min vurdering er at han ganske treffende beskriver situasjonen slik informantene formidler den fra OUS. Jeg velger å sitere hans tekst, i min oversettelse:

Toppledelsen, som, som regel er under press ovenfra (styret, politikere etc.), blir utålmodig og sint på medarbeiderne. De føler ikke medarbeiderne ”medarbeider”, men tvert i mot at de stiller tåpelige spørsmål, hefter seg ved unødige detaljer, bekymrer seg unødig og helt mangler sansen for de faktiske forbedringer som kommer ut av det hele. Ettersom forandringer langsomt beveger seg fra fantasiplan til virkelighet, føler medarbeiderne seg lurt og sviktet. Skjønnmaleriene av den nye virkelighet holdt ikke vann. Alle arbeider på livet løs for å få alle løse tråder til å henge sammen, og de klarer snart ikke mer. Toppledelsen fremstår som totalt utroverdig. Den henter sine informasjoner fra egen ønsketenkning og tør ikke komme ut i organisasjonen og se hvordan ting egentlig er i virkeligheten. I en slik situasjon der splitting på organisasjonsplan plasserer optimismen og den positive beskrivelse av forandringen (idealisering og omnipotens) hos toppledelsen, mens medarbeiderne bærer all frustrasjon, skuffelse og negativitet (devaluering og avmakt), oppstår det ofte en ond sirkel av gjensidig mistenkeliggjøring (paranoia) og følelsesmessig avkobling, som presser partene ut i stadig mer urealistiske posisjoner. (Visholm, 2004b, s. 184).

Visholm viser til Krantz, som har beskrevet det han kaller primitiv forandringsledelse. Det er en forandringsledelse som kan vekke schizoide forsvarsmekanismer og som tenderer til å etterlate jeget og objektet i talløse fragmenter – som enten er helt gode eller helt onde. Primitiv forandringsledelse er kjennetegnet ved blant annet ekstreme forventninger om endringer på urealistisk kort tid og inkonsistent ledelse, ofte markert ved skiftende og utroverdige bilder av fremtiden. Den preges også av smarte fraser, økenavn om vanskelige personer, kunstige ideologier som forsvar mot å arbeide med forandringens sammensatte problematikk. Krantz omtaler dette som grandios og selvidealiserende lederskap. Det er uttrykk for benektelse av de menneskelige konsekvenser av endringen og fravær av ivaretagende sammenhenger (Krantz, 2001, s. 152, referert i Visholm, 2004b, s. 183).

Krantz anbefaler å drive forandringsledelse fra «den depressive posisjon», der jeget og objektet integreres, hvor det gode og det onde bringes i forbindelse med hverandre, med ambivalens til følge. Den prosessen er kjennetegnet ved solide investeringer i strukturer som

er utformet for å ivareta hensynet til angst og vanskelige følelser, og autoritet til å ta opp til diskusjon alle typer spørsmål knyttet til prosessen. Det er også viktig at lederen har en realistisk vurdering av den tid endringsprosessen tar. Det er videre av betydning å gi eksplisitt uttrykk for verdsettelse av den tid og de krefter de ansatte bruker på forandlingsprosessen. Det er respektfullt å anerkjenne den angst forandringen skaper og av de tap den påfører medarbeiderne. Mulighet for å uttrykke følelser i forbindelse med forandringen, også de depressive og det sinne man har i forbindelse med tapet av det kjente bør være til stede. Lederen må tolerere at forandring er en læreprosess med uunngåelige feil og løpende justeringer, og kunne artikulere attraktive og realistiske bilder av fremtiden for organisasjonen, bilder som oppleves som felles og forståelige. Lederen må gjøre det klart at forandringen både representerer kontinuitet og diskontinuitet og at prosessen har forbindelse til organisasjonens historie. Det er endelig viktig, sier Krantz, med omhyggelig planlegging og gjennomtenkt utførelse at de menneskelige, økonomiske og tekniske faktorerets betydning for en heldig gjennomført forandring, anerkjennes (Krantz 2001, s. 151, referert i Visholm, 2004b, s. 183).

### **Konflikter mellom organisasjonskulturer som er slått sammen.**

Konflikter kan lett oppstå når ulike organisasjoner med ulike kulturer slås sammen. Fusjoner og oppkjøp begrunnes gjerne med at man ønsker å oppnå stordriftsfordeler, det vil si økt effektivitet, større markedstilgang og større finansielle muskler (Cartwright & Cooper, 1996, referert i Bang, 2011, s. 36). Det er i følge Bang gjort en rekke studier av de faktiske konsekvenser av sammenslåingene og de konkluderer med at 50-80 % er finansielt mislykket, i den forstand at de ikke klarer å realisere de finansielle målene man forespeilet seg (Carleton, 1997; Cartwright, 2005, KPMG, 2000, referert i Bang, 2011, s. 36). I tillegg finner man at sammenslåinger typisk utløser stress, mistrivsel og senket produktivitet en periode, og at en rekke ledere slutter i organisasjonen som følge av sammenslåingen. Det synes å være bred enighet om at man har viet for lite oppmerksomhet til den menneskelige faktoren, og særlig til de kulturelle utfordringene som oppstår når to organisasjoner slås sammen, (Cartwright, 2005, Lodofors og Boateng, Schraeder og Self, 2003, referert i Bang, 2011, s. 36).

I følge Bang har man tradisjonelt vært opptatt av strategisk tilpasning slik at synergier kan utløses, mens man de senere år i økende grad har fokusert på kulturell tilpasning, en faktor som avgjørende for om integreringsprosessen lykkes eller ikke. Man kan tenke seg tre typer utfall av en sammenslåingsprosess (Cartwright og Cooper, 1996, referert i Bang, 2011, s. 37): 1) Sameksistens. De to kulturene eksisterer side om side, 2) Assimilasjon. Den ene kulturen assimileres inn i den andre, og 3) Nyskapning. En ny kultur vokser frem med trekk fra begge de gamle.

Sentrale faktorer for om integreringsprosesser lykkes eller ikke er om de sammenslåtte organisasjonene greier å skape en ny organisasjonsidentitet, og legge fra seg "vi-de" holdningene. Det er en sorgprosess å miste sin organisasjon, og sorgen kan minne om den sorgen man føler når man mister et nært familiemedlem. Det er viktig at organisasjonen håndterer denne sorgprosessen konstruktivt. En annen faktor er i hvilken grad de ansatte

opplever at de behandles rettferdig, særlig når det gjelder stillinger og lønn i den nye organisasjonen. En tredje faktor er i hvilken grad organisasjonen greier å kommunisere åpent og tilstrekkelig mye med medlemmene, både før, under og i etterkant av sammenslåingen. En har funnet at åpen og realistisk kommunikasjon minsker motstand mot forandring i organisasjonen, gjør det lettere å tilegne seg nye måter å gjøre tingene på, reduserer antall rykter og minsker utrygghet og opplevelse av stress hos de ansatte. Klar og ærlig kommunikasjon øker også de ansattes tillit til ledelsens motiver og handlinger i sammenslåingsprosessen (Appelbaum mfl., Cartwright, 2005, referert i Bang 2011, s. 37-38).

Informantene forteller om støy i forbindelse med omorganiseringen av sykehusene, men at ting har utviklet seg til å bli omtrent som de var før. RH og Ullevål arbeider side om side, som før, gamle konflikter henger i veggene, som før. Varsler om ytterligere forandringer henger i luften over dem og folk er redde for konsekvensene for seg. Ingen ser fordeler med sammenslåingen og mener organisasjonen er for stor. Det er for mange nivåer og for mange som arbeider med ikke-pasientrettet arbeid. Det er mye ansvarspulverisering og beslutningsvegring blant lederne. Det er ikke samordnet kommunikasjon og det lages utredning på utredning som ikke får noen konsekvenser. Hele prosessen har kostet enormt. Mange årsverk er brukt på møter og planlegging, men dette vil man ikke snakke om og det har ikke fått konsekvenser for noen. En sier det er lett å ta upopulære avgjørelser når man er langt unna og ikke direkte ser konsekvensene. Det oppleves som om ledelsen ikke verdsetter fag og at den ikke vet hva som skjer på «bakkeplan». Ledelsen er ikke i kontakt med bakkeplanet, og den vil ikke høre på fagfolkene på allmøter.

I psykiatrien desentraliseres det og døgnplasser fjernes. Reduksjonen i døgnplasser i psykiatrien skaper store utfordringer og det gjelder ”å holde buret rent”, altså holde pasienten ute og unngå innleggelse. Det skaper også utfordring med vaktfordelinger på de distriktpsykiatriske sentra (DPS) og faglig sett pulveriseres legegruppen. Psykologene er ansatt i stort monn ved DPSene, ikke mist fordi de er billigere arbeidskraft, men også på grunn av manglede stillingsnummer for leger.

## 6 Nærmeste ledere

(Avdelings-, seksjons-, enhets- og teamledere)

Informantene er ulikt organisert. Nærmeste leder er for noen avdelingsleder, for andre er det seksjonsleder. Noen har lege som sin leder, mens andre har en fra annen faggruppe som leder, som regel en sykepleier, som da innehar posisjonen som seksjonsleder. Flere av informantene har selv vært eller er ledere. De reflekterer både over det å bli ledet og det selv å ha lederroller.

### 6.1 Resultater

#### Lederidentitet

Et av intervjuobjektene nevner at hun tror på ledergrupper, der man bruker tid på å diskutere hvordan det er rundt omkring på avdelingene og hvordan man har det med det. Hun tror på at man skal spille, at man skal gjøre, hverandre gode. Alle sitter på hver sin tue og det kan bli ganske ensomt, forteller hun. Hun oppdaget at etter hvert som avdelingene ble ryddigere og ryddigere i drift, så brukte de mindre tid på ledermøtene på å snakke om administrasjon, som i og for seg hvem som helst kan lære seg, mener hun. Det er vanskelig nok, men det kan mestres med litt erfaring, litt trening sier hun. Hun forteller videre at de etter hvert brukte mer og mer tid på å finne ut hvordan de skulle forholde seg til vanskelige ting som skjedde. Hun tror på det å ta ting opp i et åpent rom, altså, minst mulig av det at "noen har snakket sammen".

Hun mener at folk må få vite hva som forventes av dem. De må få vite hva jobben går ut på. Hun har fått mer og mer sans for betydningen av å definere hovedoppgaven. «Hva er det faktisk vi er her for? Hva er en felles hovedoppgave i forhold til dette her? Og det er noe av problemet med slik det nå er organisert», sier hun. «Overlegene kommer ikke inn i de rommene der dette blir snakket om på en ordentlig måte, for de er ikke ledere».

Hun sier at når hun er leder må hun forholde seg til befolkningen i området som har krav på noen tjenester. «Man kan ikke sitte og tenke at det er bare den pasienten som sitter her, som skal ha tjenestene. Lederen har et samfunnsoppdrag. Vi må sørge for å gi et tilbud til de som vi har fått pålagt å gi et tilbud til». Hun sier det høres veldig idealistisk ut, like idealistisk som at legene bare tenker på pasientene sine. For det gjør de ikke, mener hun. «Det er lett å si at en leder bare tenker på penger, når en leder har fått beskjed om å bruke de pengene man har, og ikke mer». Hun sier det høres veldig lite glamorøst ut, men påpeker at «vi er faktisk nødt til å forholde oss til det budsjettet vi har». Hun forteller at det er viktig å tenke på når man tar på seg en sånn jobb, «at man går ut av å være en av overlegene, går inn i en annen rolle. Man må også ta på seg alle projeksjonene som kommer».

## **Kvinner som ledere**

En av overlegene sier at han tidligere en gang hadde regnet ut at han hadde syv ledd over seg og på et tidspunkt var alle kvinner. Han sier han har veiledet flere doktorgradsstudenter som er kvinner, så han har absolutt ikke noe imot kvinner. Han lo litt av denne feminiseringen, men han sier han så ikke noen feminine trekk i noen av dem. De var kvinner alle sammen, men de var mer menn enn menn, slik han så det, fordi de skulle være så flinke til å gjøre jobben sin. Han fortsetter med å si at Legeforeningen har hatt prosjektet "Frist meg inn i ledelse", for kvinner. Han tror de har rekruttert mange som vil være ledere og da har du fått litt bedre fordeling mellom kvinner og menn. Han sier: "Jenter er jo flinke. De er så redde for ikke å være flinke. Og det kan hende at det er litt uheldig», mener han. «Kanskje vi trenger noen som ikke er så flinke, men som er litt mer rølpete og som tør å si i fra. De er flinke til å følge direktiver ovenfra, flinke til å ha orden på alt, men de er ikke flinke til å lytte som vi egentlig skulle tro kvinner egentlig er. De lytter, men de tør ikke gjøre noe med det de hører".

## **Lederoppgaver og atferd**

Han sier at vi kanskje trenger noen ledere som kan gi litt blaffen i noen oppgaver. Et sted han jobbet var det en sjef som var veldig flink, men han kastet 80 % av den posten han fikk i søppelkassen. For han sa, «jeg kan ikke forholde meg til alt dette tullet». Men, han tok de viktigste tingene. Han var god på det. «Hvis du er flink og skal svare ordentlig på alt da gjør du ikke det. Da er du ikke like flink til å sortere ut de viktigste tingene». Han vet ikke om noen som har mistet jobben for at man har kastet ting i bøtten. Åge Danielsen ved RH mistet jobben fordi det var noe han ikke fylte opp i forbindelse med en utbygging. Det var ikke det som gjorde at han mistet jobben, sier han. «Det var jo det at de ventet på om han gjorde et lite feilskjær så de kunne ta han». Han tror «noen kan miste jobben fort og noen mister ikke jobben, samme hvor mye rart de gjør».

Han sier at han tenker enkelt. Hovedformålet med sykehuset, mener han, er å drive forskning, utdanning og pasientbehandling. Hovedformålet for ledere må være å gjøre sine medarbeidere gode. Ja, det må være den viktigste oppgaven – at medarbeiderne trives og blir gode i sine fag og videreutvikler andre som kan overta videre.

Han fortsetter med å si at «top-down»-ledelse har blitt forsterket i tiden fra 80-tallet og frem til nå. Men han tror de hadde genuine tanker de som startet med lederutdanning i sin tid. De ville at man skulle ha dannede ledere med gode kunnskaper utenom medisinen. De ønsket ledere ut av den autoritære skolen. Han tror ikke de hadde tanker om mer «top-down»-ledelse i hvert fall.

En annen informant sier at det medisinsk-faglige ansvaret har ligget hos henne som avdelingsleder. Hvis legene har hatt noe medisinsk-faglig som de har ønsket å ta opp med ledelsen, så har de kommet til henne. Det gjelder både på den formelle siden og hva faglige problemstillinger angår. For eksempel: hva skal de gjøre med problemstillingen at de har åtte pasienter i overbelegg og alle er for dårlige til å skrives ut? «Du skriver ikke ut for dårlige folk», sier hun.

En tredje overlege sier at overlegegruppen snakker med avdelingssjefen der han arbeider, men de føler ikke alltid at han hører. Sjefen detaljstyrer og sykepleierlederne tør ikke opponere. Han tror sjefen hører hva de sier, men han klarer ikke implementere det. Sjefen utpeker noen assistenter når han er borte, men de tar ingen avgjørelser. Det er blitt en avhengighetspreget kultur, mener han.

### **Krysspress, lojalitet opp og/eller ned**

Krysspress omtales av flere informanter. En forteller at avdelingsoverlegen over han er i «skvis». Hun har sin stil, men er i «skvis» fordi hun har en definert rolle, definert av de over henne i strukturen. En annen informant sier at hun ikke hadde orket å stå i den frustrasjonen. «Man må kutte noen svinger i sjelen, kutte ut noe empati, kutte noen verdier» sier hun.

En tredje informant sier at hans sjef står i krysspress mellom raseri nedenfra og kontroll ovenfra. Og krysspress er vel noe av det farligste du som menneske kan stå i, poengterer han. Det har de største somatiske konsekvensene. «Det er så stressende. Lederen må jo nå følge de veldig strenge kravene til å få holde økonomien på plass. Men samtidig ser han at kolleger lider, pasientbehandlingen lider, at ting ikke fungerer. Og det blir et problem som, kan du si, vil penetrere han. Han er jo permeabel fra alle de prosessene som skjer i institusjonen, så du har misnøye, aggresjon, mistillit og paranoia fra grunnplanet og så har du beinhard kontroll ovenfra. Herregud, det må du bli syk av», sier informanten.

### **Ledernes manglende innflytelse oppover**

En av overlegene sier at de har respekt for de ledere som er nærmest henne, men det er kanskje mere følelsen av at det er egentlig ikke de som bestemmer og de har ikke myndighet til å gjøre sånn som de ser er best. «De (ledere) som egentlig vet hva vi driver med, har ikke så stor innflytelse. En annen informant sier det samme, han sier at hans tidligere sjef «ikke hadde herredømme til å gjøre det han mener man skal gjøre som en leder for en avdeling – fordi det var sperrer oppover».

En informant sier at hvis noen kommer til henne som leder og sier at, «nå må du si ifra at vi må faktisk ha en lege til på vår avdeling. Og hun setter seg i ledergruppa og sier at det er alt for mye å gjøre på avdelingen, så sier man, ja, det er sånn som det er, det kan ikke vi gjøre noen ting med, du får bare ordne opp på egen avdeling, det er ditt ansvar. Og overlegene kan jo ikke vite hvor mye hun har argumentert inn eller hva slags motargumenter som har kommet. Uansett vil det bare være noe som blir referert tilbake og de kan tenke, at hun ikke har sagt noen ting og så går de videre oppover og får samme svaret. Det blir litt sånn at de roper høyere og høyere, men så blir du ikke hørt likevel».

### **Leger som ledere**

En informant mener at ledere bør være leger. Det er nødvendig for forståelsen av den virksomheten man skal lede. Hun kan imidlertid forstå at få leger har lyst til å bli ledere. «De



kommer i skvis mellom det faglige nedenfra og det øvre taket som man ikke kan få gjort noe med. De holder ut å være ledere kun i noen få år, så orker de ikke mer. Enten er man for lojal oppover eller så er man for lojal i forhold til de man leder. Da får man konflikt i forhold til en av gruppene, eventuelt begge», sier hun.

### **Leger som går inn i ledelse endrer seg**

At leger som blir ledere gjennomgår en endring har med leger å gjøre, fortsetter hun. «Vi er flinke til å innordne oss, fleksible. Man innordner seg i det systemet man er i til enhver tid. Man glemmer litt hvordan det var. Så er man leder, så er man det, er man lege på avdeling, så er man det». En av de andre informantene bekrefter at hennes oppfatning om at at leger som går inn i ledelse endrer seg. «Makt korrumpert sier man jo. Hun hevder det er mange belønningssystemer i ledelsessjiktet, mange systemer som leger har personlighet for. Det å være ambisiøs, like å forme og bestemme, ha noe man skal ha sagt». Hun fortsetter med at administrasjon, «det er jo eneste karrierevei i det offentlige systemet. Karrierelegene går vel over dit. Da kutter man vel noen svinger. De skal jo overleve de og».

«De snakker om at leger som blir ledere, de deserterer til lederstillinger. Og det har vært en veldig skuffelse knyttet til at mange av kollegaene, som har blitt oppfattet som kjempegode, dyktige kolleger, går over til ledelse, så (knips), blir de nesten de verste av alle». Hun fortsetter med å si at i organisasjonen er det gjevt å bli leder, men ikke i faggruppen. «Det er fordi det er så stor forskjell på fag og ledelse og at du må ut av faget for å bli leder – fordi det er så stor forskjell på hva faget tenker og hva ledelsen gjør». Hun sier at tidligere var det ganske attraktivt for en lege å bli avdelingsoverlege. I de siste 20 årene, derimot, har få villet være avdelingsoverlege. «Det kan skyldes alt ansvaret, eller dette med deserteringen». Hun sier at «hvis du får mye ansvar, men intet handlingsrom da blir du bare en slave. En uriaspost. Alle blir sur på deg hvis du gjør som de over har bestemt». Hun sier hun ikke skjønner at folk vil være mellomledere i helsevesenet i dag.

En tredje informant sier at hvis man skal være leder må man være lojal mot den rollen man faktisk påtar seg, eller så må man ha en annen jobb. Hun sier hun begynte i topplederprogrammet to måneder etter hun startet som leder og det ble veldig viktig for henne, fordi det ble velig mye fokus på lederidentitet. Hun poengterer at hun og overlegene som hun leder går inn og ut av forskjellige perspektiver hele tiden og at «det noen ganger er vanskelig å komme inn på samme perspektiv. Noen ganger må vi tenke sånn, og andre ganger sånn», sier hun. Hun fortsetter med å si at vi ikke har så mye penger eller ressurser som vi vil. «De har mange flere leger i Oslo per pasient enn vi har her. Det må lederen ta med inn til Helse Sør-Øst og si i fra», mener overlegene. «Men, det gjør ikke inntrykk på noen i Helse Sør-Øst. Men da sier overlegene, da har hun ikke sagt i fra nok. Men hun sier, det som er, er at det kommer ikke mer penger. Og da, er jo spørsmålet, hvor lenge skal man fortsette å snakke om det. Man kan jo ønske seg så mye».

«Men når man sitter her som leder og blir anklaget for bare å tenke på penger, så blir det ikke så gode dialoger», fortsetter hun. «Her svikter kommunikasjonen. Hele tiden ligger det et sånn

– egentlig burde ledelsen ha sørget for flere ressurser, flere leger - se så fullt det er i avdelingen. Vi burde ha..., sånne ting».

En av informantene sier at han har gått på kull med mange ledere. De har hatt et stort ønske om å være med på å bestemme. Han sier de har forandret seg litt. «De går inn i et system hvor de taper litt av sin legebakgrunn. De går inn i et system der de har et styre og det blir veldig viktig at de gjennomfører oppgaven de er satt til. De er flinke til å spille rollene sine. De gjør det de er blitt pålagt å gjøre og jeg tror alle vil si at de har gjort den oppgaven ganske bra. Men det er eksempler på at noen av dem ikke har lyttet nedover. Det er sikkert ikke lett å ha de rollene. De blir utsatt for mediapress og annet press. Det blir viktig å være flink. Men jeg tenker de taper litt det som er viktig». Han fortsetter med å si at det er mange ledere som føler de er i rollekonflikt i dette sykehuset, en rollekonflikt »som gjør at de gjør litt rare ting fordi de føler seg kontrollert ovenfra. De må ha kontroll inne i sitt eget hode og så hører de ikke på hva du sier. De har bestemt seg på forhånd, at dette skal jeg ha, sånn og sånn».

Én forteller at hennes perspektiv har endret seg. Hun er blitt påvirket av denne jobben hun har hatt i flere år. Hun var organisasjonsorientert fra før, sier hun. For henne er det å være leder litt som ingeniørarbeid - det å se hva som får ting til å fungere. Og hun så «så utrolig mye dårlig ledelse tidligere», at hun fikk lyst til å gjøre noe. «Overlegene er mine egne. Dette er et rart tema», sier hun, «for på et åpenbart nivå, så er det slik at rent følelsesmessig er de mine egne, ikke sant. Så har jeg vært nødt til å skyve unna en del ganger fordi det har jeg vært nødt til i min rolle som leder. Det ligger i min rolle å tenke annerledes. Og det er klart, man blir påvirket av rollene. Man må tenke gjennom hva er det for slags funksjon man skal fylle i denne organisasjonen», sier hun. «Hva ligger i denne stillingen?»

Hun fortsetter med å si at det å gå fra å være kollega til å bli leder, det er en veldig spesiell reise. Hun har vært på samme arbeidssted siden hun var assistentlege og hun og de andre som nå er overleger har vært i utdanning sammen. Hun måtte si til overlegene at, nei, hun kommer ikke til å komme på overlegemøtet hvis de ikke inviterer henne som leder. «Sånne ting, som er en ganske dramatisk ting, for min egen del, at dette er kolleger, og si at, jeg er ikke en del av dem lenger». Det kan hun ikke være, hun skal lede alle, legger hun til. Hun sier at det er en av de tingene som gjør det vanskeligere for overleger å bli ledere og som gjør det vanskelig for overleger å være gode ledere fordi de ikke klarer å ta det skrittet og si at «jeg kan faktisk ikke gjøre begge deler. Hvis man ikke gjør det så kommer man i trøbbel fordi lojaliteten din blir så veldig dratt».

Hun mener absolutt at leger bør gå inn i ledelse. «Men (da) man må ta på alvor at det å være leder koster ganske mye i forhold til at man kan ikke fortsette å sitte og være fagforeningsleder. Det tror jeg noen leger i ledelsen blir, de blir legenes representant i ledelsen». Hun sier hun som leder må forholde seg til den ledelsesstrukturen de har. Hennes oppdrag er å lede en avdeling hvor hun er alles leder, ikke bare legenes.

En annen informant foreller, på den annen side, at på overlegemøtene er linjeleder til stede og vil sette agendaen for møtet og vil ha referat.

## Er leger gode ledere

En informant sier at det er ingen automatikk i at leger som blir ledere blir gode ledere, i den forstand at de blir respektert. Han har sett noen konflikter på sykehus der det nettopp er legeledere som har fått masse pepper fra sine legeunderordnende. Han mener det nok har sammenheng med at det er veldig mange forskjellige typer personligheter som søker seg til legeyrket. Ikke minst er det mye narsissisme i legegruppen. Og det borger ikke for noen gode lederegenskaper. Samtidig er det gjerne narsissistene som klatrer til topps, sier han. Han fortsetter med å si at i sin tid hadde overleger i psykiatrien mye makt. «Da var man liksom konge på haugen. Det kunne være fristende for litt maktsyke personer. Den muligheten har man ikke nå, mener han».

Leger er vant til å være flinke fra de begynte på skolen, sier en tredje informant. «De har veldig tro på egne tanker. Og leger vil ha kontroll på alt, fordi de tror at andre ikke er like gode». Han tror det er litt sånn med leger at de kan være dårlige ledere noen ganger fordi de ikke er gode til å lytte og ikke er gode til å se de alternative løsningene. «Den typen personer kan drive faget fremover, men så driver de faget i feil retning fordi de er mer opptatt av sin egen suksess enn at det er det riktige faglige som skal vinne frem». «Hvis ikke lederens mål er å gjøre sine medarbeidere gode, men målet er å speile seg i glansen av dem, så hjelper det ikke hvor mye utdannelse han eller hun har. Det er et vanskelig spørsmål, hvordan kan du få flest mulig ledere til å tenke at min oppgave er å gjøre de jeg leder gode?»

En fjerde informant sier at «i den gamle modellen, var det den flinkeste legen som ble leder for de andre legene, eller kanskje den eldste. Da var det jo mange ledere som ikke hadde noe spesielt gode egenskaper eller interesse for det å være leder».

## Bygge opp rundt lederemner

En av informantene ønsker å bli leder og han sier at grunnen til at han vil bli leder er to ting. Den ene er at de rundt han ønsker han som leder. Den andre er at hvis ingen av overlegene vil være leder så har de et todelt problem. Det ene er at de må ha en medisinskfaglig ansvarlig, og de har ikke noen ekstra stilling. Det annet er at de kan risikere at det kommer en utenfra. Det kan bli bra, men det er uvisst om det blir det. Så de vil helst at det er en av dem. Det tror han er ganske vanlig, sier han, «at man prøver å bygge opp rundt en person andre mener egner seg. Noen steder presses man litt, for egentlig er det ingen som vil».

Han tror de andre heier på han fordi han snakker ganske rett frem. «Ikke noe byråkratisk utenomsnakk». Han «står for at faget vårt er veldig viktig». Han er en praktiker og han har fått ting til, innen forskningsledelsen. Og ting som blir satt i gang, blir det noe av. Det går på å fasilitere da, og få ting til å fungere i tillegg til eller annen personlig faktor som det er vanskelig for han å snakke om. Han sier han har vært speiderleder i 10 år (litt latter). Han har aldri hatt personalansvar og ikke hatt økonomiansvar. Han har ingen lederutdanning. Det må være noe med måten han er på, som gjør, at «folk synes det er all right å skulle ha han som sjef», sier han.

Hvordan det går i praksis gjenstår å se, sier han. Frykten er jo at man blir farget av det man går inn i. At man endrer seg i lederposisjoner. Han er ikke så naiv at han tror han er immun mot det. Han sier han imidlertid har hatt gode forbilder, sjefer som er slik han selv kunne ønske å være, eller håper å kunne være.

## **Faglig innsikt som leder, faglig ledelse**

Det er ikke sant at man er god til å lede alt, sier en av informantene. «Det er viktig å ha faglig innsikt i helsevesenet. Vi som ledere må finne ut av både det faglige, jussen og det etiske. Medarbeiderne trenger noen å snakke med, og hvor man kan si: jeg skjønner hva du snakker om». Så, hun tror vi trenger mange leger som ledere i sykehus.

En annen av informantene sier at «én ting er faglig ansvar for andres handlinger. En annen ting er lederansvar. Inne på en operasjonsstue er det en uskreven regel at hovedoperatøren er lederen i rommet. Men det er ingen i rommet som er ansatt under han, fordi de er ansatt på ulike avdelinger. Slik at faglig sett, så vil en lege bestemme, eller bli etterfulgt, selvfølgelig fordi vi holder på med et fag. Men sånn formelt lederansvar har ikke den kirurgen over de andre på operasjonsstuen». De som samarbeider inne på operasjonsstuen har hver sine ledere når det gjelder fagutvikling og ansvar for at de kan jobben sin. «Dette fungerer fint», sier han. «Du må opp på klinikknivå eller direktørnivå for å finne en felles sjef».

En av overlegene sier at en dyktig faglig leder kan følge med på den innholdsmessige kvaliteten. «Han kan følge med på hva som skjer og gripe inn. Det gjelder alt fra ansettelse til veiledning og til de oppgaver som delegeres til ulike medarbeidere».

En annen sier at hvis systemet vil beholde gode leger må det finnes noen faglige karriereveier og faglige belønningssystemer; for eksempel noen interessante oppgaver hun har brukt år på å utdanne seg til. Hun må fritas fra noe av peset».

## **Legelederstil**

En informant forteller at tidligere hadde hun en sjef som var en vanskelig mann. «Han visste alt best og når noen truet faglig, la han dem for hat. Metodene var utfrysing, mindre midler til forskning, å dupere folk på morgenmøtet foran de andre kollegene. Det medførte at mange kompetente folk sluttet. Han var arrogant, han mente vi var bedre enn andre. Dette omdømme sliter avdelingen fortsatt med», sier hun, selv om nåværende leder er helt annerledes. En del av dem som sluttet begynte på Ullevål og de hadde da før OUS-sammenslåingen et dårlig forhold til avdelingen på RH på grunn av denne tidligere lederen.

«Vi har en leder som er så suveren», sier en annen informant. Lederen er eldre og hvis han forsvinner så er det ingen av de unge som kommer til å ha en sånn rolle. Det er ingen som har den lederstilen blant de unge», mener hun. «Det er ingen som sitter her fra syv om morgenen til seks om kvelden hele året fordi det er sånn de tenker at det skal gjøres. Men sånn tror jeg det var mer av før». Han er alltid tilgjengelig for oss, sier hun. Han gir total «oppbacking» ved

nye oppgaver. Han er på kontoret i tilfelle vi trenger han, og på vaktene kan vi alltid ringe til han, hele døgnet, hele året. Altså, han lever jo normalt, reiser jo til andre plasser som alle andre, men jeg tror han setter jobben foran omtrent alt annet i livet sitt, sånn at han kommer nesten hva det skulle være; så vi er vel litt avhengige av han».

Han har ikke noen skikkelig arvtager, sier hun. «De ser litt på hverandre, så tenker de at det er ingen av oss som har den egenskapen at de kunne lede de andre». Men, hun tror kanskje det er sånn som en vokser litt inn i når en får ansvar. «Han er en sånn far for alle», forteller hun videre. «En som disputerte sa i talen sin at sjefen hadde gjort så utrolig mye fordi han stilte opp både dag og natt i mange år. Da svarte sjefen vår, det som du sier til meg det kunne jeg ha sagt til de som var før meg. Sånn var de for meg, nå er det jeg som har vært sånn for deg, og nå er det din tur å være sånn for de som er unge. Det er ikke noe spesielt med meg, men det er rollen å være litt eldre enn de andre».

## **En fot i klinikken**

En informant forteller at i begynnelsen, da hun ble leder, tenkte hun at hun ikke kunne jobbe klinisk i det hele tatt fordi det ble surr med de ulike rollene. Men etter et par år gikk hun inn og var overlege på en avdeling i perioder fordi de manglet folk. Men det var klart at da visste hun hvem hun var og hvor hun sto. Så det var ikke noe vanskelig å jobbe klinisk samtidig. Hun sier hun ikke skal late som at folk ikke visste hvem hun var; de visste jo at hun var sjefen, så det var greit.

Hun sier at «det å jobbe klinisk, det å ha klinisk kompetanse, det å ta vanskelige avgjørelser, det å skulle rydde opp i ting, det å gjøre et klinisk godt arbeide er en veldig verdsatt oppgave. Det er ikke sånn at man blir børstet bort og sagt at, herregud, hva skal vi ha deg til».

En del legeledere beholder en fot i klinikken, sier en annen informant. Det er det litt ulykksalige ved mange av de sykepleierne som har blitt ledere og mellomledere at de ikke ser pasienter. Mange legeledere vil fortsatt drive litt klinisk virksomhet. Det å ha den kliniske forankringen gjør leger til gode ledere, mener han. «Man kan bruke slike floskler som ”å ha kontakt med grasrota”». Han trekker sammenligningen til noen av disse kompetansesentrene, som Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress. «De skal drive utdanning, kompetanseutvikling og undervisning. Men de skal ikke ha noen pasienter. Hvis man har holdt på med det i 10 år er du da i stand til å undervise klinikere», spør han.

En tredje overlege sier at mange avdelingsledere ser ikke pasienter i det hele tatt. «De beveger seg bort fra det alle andre holder på med og så skal de til syvende og sist ha kontrollen med dem likevel». Han sier videre at han synes at alle med en eller annen medisinsk utdannelse, det være seg sykepleiere, hjelpepleiere, bioingeniører eller leger skulle arbeide med pasienter på en eller annen måte minst en dag i uken – både for å ha pasienter og for å ha kontakt med alle de andre som har pasienter. «Faktisk tror jeg sykehuset ville spare mye penger på det, fordi alle ville behandle pasienter. Det ville være mange årsverk til sammen».

Han mener mange ville sagt ja til dette. «Det å ha pasienter en dag i uken tror jeg mange synes er all right. Direktøren vil kanskje si at dette blir altfor vanskelig, vi kan ikke gjøre det sånn. Jeg tenker ikke at direktøren skal jobbe klinisk, men alle kliniske ledere».

Det at ledere har en fot nede på grunnplanet tror han er lurt, «både fordi de ofte har bra kompetanse som pasienten kan få nytte av og fordi det også ville være bra for de ansatte. De får en annen kontakt med lederen og lederen blir tilgjengelig og de ansatte tør kanskje spørre dem om ting». Et fjerde intervjuobjekt er enig og sier at hvis ledere får en poliklinikkdag i uka tror hun lederjobben blir mye mer attraktiv for leger. Hun vet om flere som har det i sin ledelseskontrakt.

En femte informant, derimot, mener at han ser helt tydelig hvordan organiseringen kunne vært gjort mye bedre. Men, han mener man ikke kan ri to hester samtidig. »Du må bestemme deg for det ene, om du vil lede eller om du vil drive fag».

En sjetten forteller at, «som noen sa, når ting blir vanskelig så gjør man det man kan best; det er det enkleste man gjør. Hvis man da jobber delvis klinisk så går folk inn i klinikken og så lar man lederjobben skli, fordi det er den man kan best og det er det tryggeste». Hun mener man kanskje bør ha en mentor i en overgangsperiode, slik at man kan få hjelp til å sortere.

### **En god ledelse for leger, hva er det**

God ledelse er for det første at man har et ryddig organisasjonskart, sier en informant. «Det er ekstremt nyttig og arbeidsbesparende og kraftbesparende for alle, hvis man vet hvem som bestemmer hva, og at de som det står skal bestemme, faktisk gjør det og tar ansvar for det. Tidligere var det noen sånne grå eminenser rundt omkring som satt med mye makt og så var det andre som satt i lederstillingene som ikke tok myndigheten sin. Det er en viktig ting ved ledelse at de som sitter i posisjonene må ta myndigheten sin. De avgjørelsene de skal ta, må de ta, og de må stå for det. Man skal ikke klusse det til for lederne under seg». «Hvis man har en god leder så skal de som er behandlere slippe å tenke økonomi, men de må forholde seg til rammene sine».

Hun sier at «hvis en lege ønsker seg en god leder, hvis du sier at jeg forutsetter at du som leder skal gjøre sånn og sånn, så kan hun svare at, det kan jeg faktisk tilby deg. Hun kan «backe» legen opp i denne saken, sånn at han kan gå ut og gjøre noe som er vanskelig, og han behøver ikke være redd, han har noen i ryggen. Det har fungert bra her, den faglige delen, de har kommet og de har stolt på meg», sier hun.

En annen peker på at legeledere må bli flinkere til å lede. «Du må gi ros til de du jobber sammen med. Og når du har gitt ros så kan du gi litt ris, og så må du gi litt ros igjen. Hvis du er så selvsentrert at du bare gir ris til andre fordi de ikke gjør jobben godt nok, sett med dine øyne, så er du ikke noen god leder», sier han. Han fortsetter med å si at «det er viktig med høykvalitetsstudier. Det utføres for eksempel mange unødvendige operasjoner. Andre faggrener gjør også en viktig jobb, selv om enkelte av dem ikke er like synlig som det en kirurg eller akuttmedisiner gjør. Det å ha respekt for dette er viktig. Det er viktig hvilke

oppgaver man prioriterer i helsevesenet. Så til syvende og sist har det med helseøkonomi og ledelse å gjøre», sier han.

«På sykehuset der han jobbet tidligere», sier en tredje informant, hadde han «en sjef som var fantastisk tydelig, som skjermet oss for mye økonomisnakk og som aldri brukte tid på snakk om sånne organisatoriske ting som ligger på høyere nivå og som vi ikke kan påvirke. Han var god til ikke å belemre oss med det. Han var vår mann. Vi hadde stor tillit til han. Vi tenkte, han vil oss alt godt. Hvordan han fremsto i ledergruppen vet vi lite om, det kan jo være han var en kranglefant og virkelig sto på for oss. Det vet vi ikke. Men vi opplevde å være godt ivaretatt», sier han. «Han var en tydelig leder som du kunne stole på ville dekke ryggen din hvis det skjedde noe ubehagelig. Han hadde faglig autoritet uten å være autoritær».

Han arbeider på et mellomstort sykehus og understreker betydningen av at lederne er lett tilgjengelige. Han sier at hans nærmeste leder sitter borti gangen, det gjør sykehusdirektøren også.

En informant sier at «en leder skal gjøre de andre gode. Det er litt «back to basics». Hva er egentlig lederutdanning. Kan du utdanne noen til å bli gode ledere. Gode teamledere? Må du da ikke tilbake til det grunnleggende og skjønne hvordan du er som menneske», tenker han. Han forsetter: Det er litt pakket inn, det kommer stadig fine nye ord». Han legger til at «god ledelse ikke bare er knyttet til personlighet, men også noe grunnleggende i din utdanning. Hvis du ikke forandrer på noe av det grunnleggende i din utdanning, så hjelper det ikke hvor mye utdanning du har».

En annen sier at hun opplevde det rart å bli leder og å måtte tenke lederidentitet. Da hun skulle spørre noen av overlegene som hun tidligere hadde jobbet med: «hva forventer du av meg nå som jeg har blitt leder?». Hun oppdaget da at de hadde ingen forventninger. «Og så», tenkte hun, «er det sånn det er for overlegene, de har ingen forventninger til lederne sine? De krever ikke noe av dem og de forventer ikke noe, men klager på dem». De hadde altså ikke noen forventning om at hun skulle være til nytte, for det hadde de ikke opplevd at den tidligere leder hadde vært. De hadde heller ingen forventning om at hun skulle si nei til noen ting og heller ingen forventning til at når noe ble bestemt, så ble det gjennomført. Hun tenker at dette, i organisasjoner, er «veldig ille».

### **Faglig ansvar, når lederen ikke er lege**

Når det gjelder faglig ansvar så heter det at «lederen har et systemansvar», sier en av informantene. Men han tør si det, at «hvis det blir konkludert med at det har skjedd en feilbehandling, så er det en lege som kommer til å bli stilt til det endelige ansvaret for det». Det er linjeleder som har et visst ansvar for rutinene, men når det skjer en feil så tror han øverste faglige person uansett ikke vil slippe unna. Han sier at det å bruke medisinskfaglig rådgivere tilslører. Stillingsinstruksen er uklar. Avdelingslederen har instruksjonsansvar for alle som driver faglig virksomhet, inklusive psykologer. Det har vært noen steder at psykologer ikke har anerkjent dette, selv om avdelingslederen er avdelingsoverlege, sier han.

Han fortsetter med å si at «dersom en psykologspesialist blir leder, da må man anerkjenne at denne personen har et helhetlig ansvar for all faglig virksomhet. I den grad en psykolog mener at her er det bare kognitiv terapi som skal gjelde, så vil han gå i klinsj med vedkommende. Han ville ha problem med en lege også hvis legen sto for samme syn. Så da fikk han finne seg en annen jobb», mener han, «hvis man er veldig uenig med den faglige ledelsen».

### **Vanskelig å samarbeide med overlegegruppen**

Det å samarbeide med overlegene har vært blant det aller vanskeligste som leder, sier hun. Det er mulig at det er en av de tingene hun burde gjort var å gå utenom linjen med overlegene, at det hadde gjort det lettere. «Men når man gjør det så blir det vanskelig i en organisasjon, for man plukker ut en yrkesgruppe».

Informanten synes ofte ting blir veldig historieløse. «Her for noen år siden da de reduserte med 12 plasser ved psykiatrisk avdeling, Ååå, nå er det overbelegg. Ååå, det er så forferdelig. Ja der kan du se hvordan det går når vi reduserer plasser», fikk hun høre. «Hvis du hadde hørt dem to år før så var det det samme. Det var helt grusomt sånn som det var da», sier hun. Hun fortsetter: «Altså, den blandingen av at det er helt forferdelig og det var kjempeprotest fra overlegene da vi skulle redusere plasser. Den tidligere avdelingsoverlegen sa at dere kjører psykiatrien her helt tilbake til middelalderen. Det de sa (var) at det er håpløst sånn som vi har det nå, og det er håpløst det dere har tenkt å gjøre».

Hun fortsetter med å si at når hun som leder sier at «vi tror det blir bedre, så er holdningen fra overlegene at, det tror vi ikke du får til. (Det er) en undertone av at uansett hva man gjør så er det ganske ille. Det er ikke lett å gjøre folk fornøyd. Og man skulle hatt mere penger, hatt mere folk, flere plasser, færre pasienter, mere kurs, altså en sånn type holdning. Og det er litt vanskelig å få dem til å se at dette, det er det vi har, hva skal vi gjøre ut av det?» Dette er det hun har fått til dårligst som leder, sier hun.

«Det er som om, det skulle være et slags nederlag å si, å, så fint (litt latter) at man gir litt slipp på det å stå på krava. Det er som om det for noen personer er en styrke det alltid å stå på barrikadene og slåss for noe, og at det å si, å, så fint, betyr at man er svak eller ettergivende eller et aller annet», sier hun. «Folk oppfører seg rett og slett som drittsekker», fortsetter hun. Se for eksempel på samhandlingen mellom psykiatri og somatikk. «Folk kan sitte og forhandle og si at denne pasienten får vi ikke plass til, selv om man har bestemt hvordan samhandlingen skal være, så kan folk være uenige om hvordan dette skal opprettholdes. Noen ganger oppfører folk seg også dårlig mot hverandre. Man slutter for eksempel å snakke sammen. Dette kan skje på mange nivåer».

«I vår organisasjon har vi tidligere hatt avdelingsoverleger som har gjort som de har villet», sier hun. De hadde veldig lite respekt for, for eksempel direktøren eller noen som har vært utenfor. De har ikke vært noe å bry seg om. Jeg har sett planer lagt av direktøren og så plutselig dagen etter så blir de lagt i skuffen og da hadde noen snakket sammen. Avdelingsoverlegene bare gjorde som de ville. Det har vært en blanding av lederforakt og misfornøydhet», mener hun.



## **Faglige tilbakemeldinger**

En informant forteller at lederen presenterer en oppsummering av aktiviteten på slutten av året. «Vi får veldig mye faglige tilbakemeldinger her», sier hun. «Det er ikke sånn at det hun gjør er helt usynlig for de andre. Sjefen sjekker alt vi gjør. Han går igjennom alle operasjonsmeldingene, går i gjennom alle henvisningene. Det er en faglig sikkerhetsgreie og det fungerer ganske bra». Hun sier hun «ikke får så mye kritikk, men mange positive tilbakemeldinger fra sin leder. Og mye av kritikken er litt sånn, sagt med humor», forteller hun. «Det er en sosialisering inn i tankegangen».

En av de andre informantene sier derimot at leger nesten aldri får skryt av lederen. «Den eneste rosen vi får, og man føler at man er verd noen ting, er i forhold til den enkelte pasient. Der får du ros og du ser at de er fornøyde med deg. Det er i pasientkontakten gleden og det positive er for nesten alle leger», mener hun.

## **Medarbeidersamtaler**

Når det gjelder medarbeidersamtaler mener en informant de er pålagt å holde medarbeidersamtaler, men at det ofte blir et spill for galleriet. «Mange ledere bruker ikke medarbeidersamtalene til det de skal brukes til. Det blir diskusjon om fag og om organisering isteden for å snakke om medarbeideren, hvordan har han det, hva han synes om lederen, hva han synes om det lederen bestemmer for han. Det er bare noen få ledere som tør å legge det opp så åpent at de selv kan få hard kritikk under samtalen», mener han.

## **Enhetlig ledelse**

En av informantene har tidligere vært seksjonsoverlege i flere år, men han har nå gitt fra seg linjelederansvaret til en sykepleier. Han sier at «det er noe med alt det administrative mikkmakket og GAT-registrering og møtene, ledermøter, masse, hele tiden. Mye tid går med til administrative oppgaver som egentlig er uinteressante, slik som melding av ferie, GAT-registrering, fravær, innhenting av sykmeldinger, ledermøter – hvor mye dreier seg om økonomi. Det er greit at sykepleieren tar sånt». Han er vel fremdeles en slags faglig leder, sier han.

På lignende måte forteller en annen informant at alle seksjonslederne der hun er, er sykepleiere. I deres lederstruktur så er det seksjonslederne hun forholder seg til, sier hun. I hennes ledergruppe er ingen leger. «De søker ikke de jobbene. Det hadde vært en veldig dum posisjon å ha for legene, det å lede en avdeling med 20 sykepleiere og to leger, og bruke tiden sin på turnuser og slikt». Hun fortsetter med å si at hun «tror man må være nøye på rollene, hvem som skal gjøre hva. Når man har andre enn legene som seksjonsledere, fratar disse legene mye av fotarbeidet rundt det å drifte. Det har i liten grad vært konflikt om hvilke oppgaver som tilligger overlegen og hvilke oppgaver som tilligger seksjonslederen». «Det praktiske arbeidet gjøres av seksjonslederne, mens legene tar avgjørelsen om hvor pasienten skal og hva slags type behandling som skal gis». Ingen av sykepleierlederne ville prøve, eller

orke, å påta seg det ansvaret som overlegen har i forhold til den medisinske behandlingen, sier hun. Hvem som har myndighet til å ta hvilke avgjørelse er ganske tydelig her, tror hun. Seksjonsledernes jobb hva gjelder det medisinske ansvaret er å sørge for at det er nok leger på jobb. De har ikke noe behandlingsansvar. Hun sier at overlegene er administrert under seksjonslederne på hver sin seksjon.

Hun sier at når hun snakker med avdelingssjefer, så er det mange ting som fungerer, «men når man kommer ned på seksjonsledernivå så får man en del praktiske problemer fordi seksjonslederne sitter og skal utøve noen ting av det praktiske som kan være vanskelig å gjøre og de kan ha fått forskjellige beskjeder som de skal forvalte».

En tredje informant, derimot, som tidligere har vært seksjonsoverlege, er ikke fornøyd med den enhetlige modellen. Han synes ikke den fungerer. Han mener det var mye bedre da de hadde en avdelingsoverlege og seksjonsoverlege og en sidestilt sykepleierledelse. De to samarbeidet og delegerte oppgaver. Det fungerte mye bedre, spesielt hvis de torde være litt uenige og kunne diskutere ting. Den gang ble de små gruppene som fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, sosionomer ivarett på en bedre måte, sier han. Sykepleierne på gulvet er nå misfornøyd med hvordan ting ledes, og det blir litt komplisert. Mot eget laug.

«Vi overlegene har ansvar for undervisningen av LIS legene. Det er spennende arbeid og vi har ansvar for at det er gode faglige forhold i postene».

Han forteller videre at den gang nåværende leder overtok gjorde han mange strukturelle forandringer og han innførte den enhetlige ledelsen. «Da sa fem- seks av overlegene opp og vi andre trakk oss fra alle verv. For vi ble ikke hørt, vi ble bare skjøvet til side. Vi overlegene markerte at vi var veldig uenige. Det var etter hard kamp, men konsekvensen ble at vi abdiserte litt fra våre posisjoner».

### **Overlegene er uformelle ledere**

Han fortsetter: «Men, paradokset er jo at i postene er det blitt mer og mer spesialistarbeid og mer og mer legearbeid. Det er fler og fler avgjørelser vi må ta. Vi er blitt enda mer viktig knutepunkt i organisasjonen. Vi blir uformelle ledere, til de grader. Personalet hører mer på overlegene enn på direktøren eller den sykepleiefaglige ledelsen». Når det gjelder fag, så er overlegene uformelle ledere, sier han. Han føler de er ønsket. «Personalet kommer og spør og de er veldig avhengige av dem. De har en funksjon, en nisje, det går på å ta avgjørelser. Han sier at overlegene er her fra klokken syv om morgen til sent på kvelden og er her mye ved vakt. Vi står sammen med personalet i helger, påsker og jul. Overlegene får en helt annen «impact» i personalgruppen enn lederne».

### **Ledelse i team på seksjoner**

Det virker naturlig å samle autoritet og ledelse, fortsetter han. «Det er lurt. Men du kan være leder i en gruppe. Hvis han skulle ha overtatt ledelsen her så ville han hatt en

kvalitetsrådgiver, og en jurist hadde jeg ansatt øyeblikkelig. For det er så mye helsejus». Han hadde utpekt ledere for hver av yrkesgruppene og en sjefslege med ansvar for LISene. Han skjønner ikke måten de leder ting på i dag.

Sykepleierlederne er kjempeavhengige av overlegene. De er autoritetsmessig litt redd dem, og hvis de er litt for harde, blir kanskje den kvinnelige overlegen syk i tre uker (litt latter). Overlegene har jo ikke så mye ansvar lenger».

Han mener hver seksjon burde hatt en oversykepleier og en overlege, og gjerne også en fagutvikler som godt kunne være psykolog. «De fagutviklerne som er her nå er helt usynlige og de er uenige». Han sier at på en psykiatrisk akuttseksjon med 24 eller 22 sykepleiere bør det være en sykepleierleder og en faglig leder, en overlege. De to burde vært et lederteam med en kvalitetskoordinator og en som passet på det psykososiale miljøet. «Her er det vold, smittefare, nattarbeid, ulidelig arbeidspress for enkelte, de som er gruppeledere, LIS-leger og overlegene. Da kunne du drifte mye bedre, og det ville vært en mye bedre modell. Man gikk bort fra todelt ledelse på grunn av maktkamp mellom ulike yrkesgrupper, mellom leger og sykepleiere og psykologer», mener han.

En av informantene deler synet på at hvis leger skulle motiveres til å gå inn i seksjonsledelse så måtte det være todelt ledelse, en klinisk ledelse og en administrativ ledelse. Hvis hun var klinisk leder og hadde noe linjeansvar i forhold til fag og fagutvikling ville hun hatt med seg en administrativ leder som kunne budsjett og personal osv. Hvis hun hadde hatt faglig linjeansvar, så var det noe hun hadde vurdert, gjentar hun. Det ville gitt mer ansvar og reell myndighet. Hun samarbeider utmerket med den administrative lederen som er der hun arbeider. Hun ville aldri vært avdelingsleder slik det er nå, «med byråkratiet som overøser deg».

Da det var todelt ledelse kunne det være litt ansvarsdiffusjon og vanskelig å håndtere eventuell uenighet eller konflikt, sier en tredje informant. «Men i det regimet, så ble nettopp overlegene anerkjent som ledere. En ting er å styre utviklingen på kort sikt, kjøpe ny MR-maskin eller ikke, men det å ha den faglige langsiktige styringen, hvordan vi skal bygge opp kompetansen, hva slags stillinger er det vi skal satse på... Bare man får de rette legene på plass, så er det bra at noen påtar seg lederoppgaver».

## **Enhets- og teamledelse**

En av informantene er leder for en poliklinikk med flere type fagfolk. Flere av disse samarbeidende fagfolkene er ansatt ved andre avdelinger. De tenker på helheten. Kommunikasjonslinjene fungerer raskere på denne måten. Det er bra for pasienter og for LIS-leger, sier han. Fagfolkene har denne funksjonen en dag i uka, så han er ikke sjefen deres. Han føler han blir en rar leder. Noen gang vet han ikke hva han leder. Men han er fagfolkernes veileder. Han har det tyngste ordet når det er diskusjon. Han er faglig sett den tyngste. «Jeg har et ansvar for at dette går rundt», sier han. «Men jeg kan ikke bestemme når enkelte av fagfolkene kan være her. Det er det min overordnede som bestemmer». Nå har han lite

formell myndighet, eller makt. Men han har mange roller hvor han kan utøve det han kan faglig.

Mange leger er teamledere sier en av informantene. Det å jobbe i team og i enheter gir jo en viss mulighet for styring og kontroll. «Man kan holde fingeren på pulsen med hva medarbeiderne holder på med». Moderne medisinstudium omfatter utdanning i ledelse av team, sier en annen informant. Det blir en utvidelse av den problembaserte læringen.

Det er et generasjonsskifte. «Den yngre halvdel er mer vant til gruppedynamikk, teamfølelse, faglig fellesskap og tverrfaglighet enn den eldre garde», sier en tredje informant. «De eldre kan si, min pasient, min poliklinikk, min operasjon. Vi fleiper litt av og til med sånne eldre amerikanske tv-serier, ”this is my patient”. Dette er min pasient, kom deg unna. Sånn er det jo ikke lenger. Det motsatte ytterpunkt er at ingen vil ha pasienten: Hvem sin pasient er dette, det er i hvert fall ikke min. Vi må bort fra sånn individdyrkning til å dyrke tverrfaglighet og fellesskap og samarbeidspartnere på tvers av lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, klinisk farmasøyt, «you name it». Da blir det bra. Legen kan fortsatt være de høyest utdannede og de med det medisinskfaglige ansvaret og være legen. Den yngre halvdel føler at de vel så mye er leger i kraft å være en del av et større helhetlig system. Legene her har autoritet. Ofte mer enn bromlibassen som ....., for det virker ikke lenger, å være sånn».

## Lære ledelse og organisasjon

En av informantene synes legene er ekstremt dårlig på organisasjonstenkning. Det har vært veldig vanskelig for henne som leder. «Det er store forskjeller i den gruppa», fortsetter hun. «Det er forskjell på å være overlege og å være spesialist i psykiatri. Spesialist i psykiatri er en fagstilling, mens som overlege har du en organisatorisk rolle. Vi utdanner noen som kan bli gode spesialister, men som er ganske dårlige overleger hvis vi ikke passer på å legge inn denne organisatoriske delen i forståelsen av det å ta seg en overlegestilling. Så kanskje burde vi jobbe mer med det å tenke organisasjon for alle. Slike organisasjonsutdannelse er stort sett lederutdannelse, men egentlig burde man ha organisasjonsutdannelse, også. (Det gjelder) i forhold til å forstå dette med roller, intergruppeproblematikk, tilhørighet, forståelse av hovedoppgaven. (Det er viktig med) en rolleforståelse og å se at en leder har en type rolle, en annen lege har en annen rolle».

En annen informant tror det er relevant for leger å lære noe om ledelse. «Det er jo litt sånn at uansett hva slags lege du er så bestemmer du over ganske mange folk», sier hun. «Det kom litt overraskende på henne, da hun begynte å jobbe, at alle, særlig når du skal inn i kirurgi, du kommer inn i rommet i operasjonssalen, og så står all og ser på deg og sier, hva vil du ha og hva vil du gjøre, hva slags utstyr trenger du? Det er du som bestemmer i den kliniske situasjonen. Sånn er det på sengeposten også, på visitt». «Det å kunne mer om ledelse og det å ha et mer bevisst forhold til det, det hadde vært relevant for alle leger. Og sikkert på legekontor og alt mulig».

## Klinisk ledelse, teamledelse, hvordan rekruttere

En utfordring man står i, er å få leger til å ta på seg formelle lederoppgaver. Hvordan ville det være å være leder i tverrfaglige team, der man har ulik kompetanse og roller, men alle spiller på lag og drar i samme retning? Informantene ble spurt om tanker omkring hvordan leger kan rekrutteres til teamledelse. Noen har foreslått en bonusordning som belønning. Informantene ble spurt om hva de tenkte om dette.

En informant sier at veldig mange leger lar seg styre av personlig økonomi. Han har møtt leger som ikke gjør noe hvis de ikke får penger for det. Folk spør, ja, hvis jeg påtar meg den oppgaven hva får jeg i lønns tillegg for det. Og lønnsmidler har vært et effektivt rekrutteringsmiddel for leger. Han tror leger er kjappe med å si at hvis de skal ha noe slags lederfunksjon så må de jo få tillegg. «Risikoen er at hvis du bruker lønn som primært rekrutteringsmiddel så får du leger som er ute etter høy lønn og som ikke nødvendigvis er de faglig sterkeste».

En annen sier at økonomisk bonus tror hun vil fungere. På Volvat ser man at alle i teamet har interesse av få gjort det som er dagens oppgaver. «Alle får godt betalt og sykehuset får godt rykte av at ting er på stell. Det er jo veldig viktig at hver enkelt som skal gjøre en oppgave ser målet, ikke bare oppgaven som skal løses». Men her, når pasienter blir strøket, føler hun litt nederlag over at de ikke får gjort det de skulle, men inne på operasjonssalen har de ingen personlig incitament til å få mest mulig gjort. De vil bare ha en grei dag. Da er det lett for dem å stryke operasjoner. Det er noe av gleden med en mindre enhet, at en kan i lag se målet og å få noe igjen for å være produktive».

En tredje sier at det høres ut om et veldig artig eksperiment, hvor det sikkert vil komme frem veldig mange forskjellige veier til målet, eller mange varianter av lederstiler. Noen kunne jo finnen på å piske folk rundt» (litt latter). Det er veldig interessant, fortsetter han. Hans erfaring fra speideren er at «ledelse av passe små eller store enheter hvor man på en måte kan kontrollere, eller har oversikten og så videre, det fungerer veldig bra. Det å lede en mindre enhet, inne i en større, det er en artig tanke. Og så får du bonus hvis det går sånn eller sånn. Det kunne godt fungert, det». «Den yngre halvparten vil nok motiveres av bonuslønn», tror han. Hvor lett eller vanskelig det er praktisk å gjennomføre det, vil varierer litt, tror han.

En fjerde sier at økonomi er viktig opp til et nivå. «Det er naturlig at man blir betalt noe for ekstra utdanningsår. Men det går en klar grense. For eksempel betaling av døgnvakt er ikke verdt min tid», sier hun. «Over en viss grense», sier hun, «belønner ikke penger mer, da er det andre ting som teller mer, som fritid, kurs, tid til faglig oppdateringer, fleksibel arbeidstid, egne pasienter, mindre tid til å overprøve andres arbeid». Hun synes «leger har solgt seg i mange år og har vært altfor opptatt av økonomi, og kjøpt oss ut av vanlig arbeidsmiljølov og alt. Vi selger alt sammen bare vi får penger for det». Hun synes imidlertid det er en generasjonsendring på gang nå.

Hun sier at, «klinisk ledelse, det må jo være lettere å motivere leger til. Motivet for å bli leger er jo å utøve et fag mot befolkningen, hjelpe pasienter. De ledere vi har nå står jo nærmest i

kontrast til dette. Så det er ikke rart at folk føler de deserterer når de blir ledere». «Det å administrere mest mulig klinikk og gitt behandling til flest mulig, det ville nok gitt status», mener hun.

Hun er glad i å jobbe i team, og hvis det er å utvikle et nytt behandlingstilbud, ville hun synes slikt teamarbeid ville være kjempegøy. Det er derfor hun har sagt at hun vil være 100 % i en avdeling og ikke smøres tynt utover på småtjenester, nettopp fordi hun vil være med i en avdeling og utvikle et behandlingsopplegg og være en del av en helhet. Da tenker hun det ville være en god ide. «Da bygger man et team hvor teammedlemmene er ulike og der man har en fagrolle, fordi man er lege. (Det) høres ut som en veldig god modell».

«Man må da lønnes som den fagpersonen man er selv om man utfører ledelse». Hadde det vært tilfellet kunne hun være motivert for et slikt teamlederansvar. Da ville det nok være mer selve jobben og autonomien i jobben og mulighetene for å bidra og være kreativ igjen og få utløst de kreftene har vært litt fortrent til nå (som ville telt mest). Det ville være belønning i massevis. (Jeg) tror ikke man kan kjøpe leger med høye lønninger i Norge. Men en slik teamlederjobb må nok lønnes høyere enn en vanlig klinikerjobb, for ellers vil man nok velge klinikerjobben likevel». «Det er annerledes i utlandet. Der er på en annen måte karrieremotivasjonen for en del leger er å bli rik».

En informant sier at der han jobber er det faget som rekrutterer, ikke primært lønna. De kollegene han kjenner ville primært søkt seg til et sted hvor det er interessant å være, hvor det er et høyt faglig nivå. En annen informant sier at han ikke tror det er dumt med ledelse i team. Han tror absolutt det kan fungere. «Det er mange oppgaver du kan delegere. Du trenger ikke sitte med psykoterapien selv, eller den farmakologiske vurderingen. Du kan delegere pårørendesamtaler til sykepleieren. Men du må «time» det riktig og ha en grunnleggende forståelse av hva som skal fokuseres på. Hva er diagnosen og hva er behandlingen for denne lidelsen. Hva er det primære kliniske fokus nå».

En slik teamlederoppgave tror han vil være interessant for mange leger. «Du jobber i team, blir stimulert av de andre medarbeiderne. Du har høyest kompetanse og da kan du bruke disse medarbeiderne på en veldig bra måte. Så får du ikke alt ansvaret og blir derfor ikke kjørt helt i senk. Respekt til alle blir jo da viktig. Man drar lasset sammen, det kan kanskje hjelpe på misunnelsen. Det kan det absolutt. Det blir en arbeidsgruppe (Bion), en gruppe som fungerer. Ja, dette med å vende konflikter og motsetninger til å få litt «lagspirit». A la fotballtenkning». Han synes det er en veldig god metafor.

«Du får ikke produktivitet hvis gruppen blir avhengig. Du får ikke produktivitet hvis det blir mye konflikter. Men hvis en slik gruppe blir veldig god kan du få intergruppeproblematikk. En annen gruppe som gjør det dårlig kan prøve å ødelegge; det kan spille seg ut. Det kan bli problematisk hvis de som sitter og regner på belønningen ikke skjønner modellen fullt ut og ikke har blick for at ulike grupper kan konkurrere, og at det kan være konflikter i organisasjonen som ikke bare er individorientert, men som skyldes at det er grupper det er konflikter i, eller mellom.

## 6.2 Diskusjon

### Hva er ledelse?

Jacobsen og Thorsvik (2007, s. 381) skriver at ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd. Når det skjer innenfor rammen av en organisasjon er hensikten med ledelse vanligvis å få andre til å realisere bestemte mål, å motivere dem til å yte mer, og å få dem til å trives i arbeidet. Dette innebærer at ledelse først og fremst er en prosess mellom mennesker, hvor utøvelsen av ledelse tar sikte på å influere andre. Denne definisjonen fokuserer på tre aspekter ved ledelse:

1-Ledelse er en rekke handlinger som utøves av en eller flere personer. I teorier om ledelse får ofte lederen som person stor oppmerksomhet.

2-Ledelse har til hensikt å få andre mennesker til å gjøre noe. Dermed blir ledelse knyttet til teorier om motivasjon, sosiale relasjoner, gruppedannelse og gruppedynamikk. I ledelsesteori har men lagt hovedvekten på å studere hva slags lederatferd og lederstil som er mest effektiv for å påvirke andres atferd og gruppeprosesser.

3-Ledelse skal bidra til at organisasjonen når sine mål. Dette går ut på å fordele arbeidsoppgaver og ressurser mellom enkeltindivider og grupper og legge forholdene mest mulig til rette for løsning av oppgavene. Her knyttes ledelse til teorier om hvordan organisasjoner bør utformes.

Denne definisjonen er i stor grad uavhengig av om en person innehar en formell lederposisjon eller ikke. Ledelse er også noe som kan utøves av personer som ikke sitter i en lederstilling. (Jacobsen og Thorsvik , 2007, s. 381).

### Ledelse som håndverk

Barbogen (2016, s. 161-162) som selv har vært leder i mange år, skriver at kyndig, troverdig ledelse synliggjøres gjennom måten man utfører ledelse på – sitt lederhåndverk. Barbogen argumenterer for at praktisk ledelse kan ses på som et håndverk som med tiden kan foredles til å bli en kunst. Av lederverktøy som er fundamentale er: Hvordan man kommuniserer, lederens grad av offensiv fremferd, hvordan lederen etablerer og beholder autoritet, hvordan man håndterer delegering, lederens forhold til ansvar, hvor tydelig lederen formidler sine forventninger, hvordan lederen utvikler og følger opp mål og hvordan lederen behandler sine medarbeidere. I tillegg må man arbeide med motivasjon, bygging av team og kunne håndtere både kortsiktig og langsiktig tenkning.

## **Rolleforståelse, holdninger og organisasjonskultur**

Steineutvalget påpeker at utfordringen knyttet til utformingen av ledelse i sykehus i stor grad kan knyttes til rolleforståelse, holdninger og organisasjonskultur (NOU 1997:2, s. 134).

Utvalget forstår endringen av den formelle ledelsesstrukturen i sykehus i og med innføringen av enhetlig ledelse, som uttrykk for et ønske om å skape en rollemessig og holdningsmessig endring i sykehusene. Det mener også at faglig og administrativ ledelse bør integreres mest mulig. Det ønsker de ulike fagene skal gripe inn i hverandre slik at pasientens behov for undersøkelse, behandling og pleie blir ivaretatt på en bedre måte. De ønsker også at toppledelsen på en bedre måte integreres med den operative ledelsen i sykehuset (NOU 1997:2, s. 134).

## **Administrasjon**

Administrasjon er å fokusere på produksjon, å løse problemer og å gjøre dette på en effektiv måte. Administrasjon omfatter atferd for å veilede, støtte og gi tilbakemelding på de daglige aktiviteter som utgjør produksjonen i en organisasjon. Administrasjon legger vekt på planlegging, fordeling av ansvar, kontroll/problemløsning, å skape balanse, å skape lydighet, å inngå kontrakter, å utvise rasjonalitet (Jacobsen og Thorsvik, 2007, s. 382).

Thorsvik og Jakobsen presiserer hvordan administrasjon og ledelse er to ulike ledelsesfunksjoner med ulikt innhold. Organisasjoner har behov for begge deler, men behovet er ulikt på ulike nivåer. Nyere forskning påviser også klart at god ledelse er helt avhengig av at det administrative fungerer godt (Jacobsen og Thorsvik, 2007, s. 382).

I NOU 1997:2 (s.124) leser vi at administrasjon handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet til en stilling. Vi leser vi videre at ved administrativt ansvar forstås det helhetlige ansvar som sykehus har for å realisere mål gitt av myndigheter og eiere. Dette innebærer organisering, planlegging og forvaltning av de økonomiske og personellmessige ressurser. Ledere på lavere nivå vil ha det helhetlige ansvaret for den virksomheten/avdelingen som de leder. Dette ansvaret inkluderer også de faglige resultatene. Det helhetlige ansvaret inkluderer alle sider ved driften, budsjettansvar, resultatansvar og personalansvar. Samtidig har man gjennom å representere eier et ansvar for at den prioritering som er politisk bestemt skal gjennomføres. Dette kan gripe inn i den faglige virksomheten (NOU 1997:2, s. 128).

## **Fagledelse og profesjonell ledelse**

Begrepet faglig ledelse peker på et lederideal hvor lederen skal være den fremste fagpersonen i et kollegium. Det er en ledelse som fordrer svært høy grad av det å mestre fagets ferdigheter, gjerne tilegnet gjennom formell utdanning og systematisk praktisk opplæring etter mester-svenn-prinsippet (Byrkjeflot, 1997a, 1997b, referert i Vie, 2012).



Begrepet profesjonell ledelse innebærer at ledelse må sees på som en egen profesjon og et eget fag. Implikasjonen av dette er at faglig kunnskap om ledelse er generell, og at ledelse av virksomheter er uavhengig av fagene virksomhetene bygger på. Dette betyr videre at profesjonelle ledere er mer uavhengige av faglige tradisjoner og heller har lojalitet til organisasjonens mål, som defineres av topplederne. I tillegg skaper ledelse som eget fag større mobilitet av ledere mellom ulike organisasjoner, ettersom en tenker seg at lederferdigheter kan benyttes relativt uavhengig av sektor og virksomhet (Byrkjeflot, 1997, referert i Vie, 2012).

Vie skriver at hvis man ser på utviklingen av de to idealene for ledelse, spiller studier av ingeniører en viktig rolle. Her påpekes det at ingeniørene var den dominerende profesjonen ved gjennombruddet for industrialisering i både USA og Tyskland. Mens ingeniørene i Tyskland klarte å holde på en sterk stilling i toppledelsen av selskapene, kombinert med en enhetlig ingeniørorganisering, forsvant ingeniørene i USA enten inn i lederstillinger eller i ekspert- og stabsposisjoner (Byrkjeflot, 1997, referert i Vie, 2012, s. 3). Amerikanske selskaper har spredt seg på flere markeder og dermed utviklet seg til å bli konglomerater, i kontrast til store produksjonsrettede tyske selskaper. Konglomerater har naturlig nok ført til større behov for koordinering mellom urelaterte enheter og dermed svekket betydningen av det enkelte fagområdet på bekostning av generiske kunnskaper (Byrkjeflot, 1997, referert i Vie, 2012, s. 3). Et annet utslag av det samme fenomenet er at en teoretisk utdanning, som en mastergrad i bedriftsorganisering (MBA), er en vanlig vei inn i en amerikansk mellomlederjobb. Kombinert med et svært klassesdelt samfunn får en som resultat bedriftsorganisasjoner som i liten grad klarer å integrere og utnytte teoretisk og praktisk kunnskap i for eksempel produksjon (Byrkjeflot og Halvorsen, 1997, referert i Vie, 2012, s. 2).

I følge Vie argumenterer Byrkjeflot for at ledelse i Norge har beveget seg bort fra idealene i tysk fagledelse over mot en angloamerikansk forståelse av at ledelse er å anse som en egen og generisk profesjon (Byrkjeflot, 1997, referert i Vie, 2012, s. 3).

### **I teorien profesjonell, men i praksis faglig ledelse**

Det kan imidlertid være forskjell på måten en snakker om ledelse, de teoretiske tilnærmelsene, og hvordan en faktisk utfører ledelseshandlinger (Vie, 2012 s. 3).

Vie skriver at utdannelsen til 3000 ledere i 1999 og 2002 er blitt kartlagt og det viste seg at økonomiske og administrative fag bare var en av mange relevante utdanningsbakgrunner for lederstillinger, til tross for den dominerende posisjonen profesjonell ledelse har fått innenfor teorier om ledelse (Colbjørnsen 2002, referert i Vie, 2012, s. 7). Dette innebærer at mange ledere i Norge befinner seg mellom idealene for faglig og profesjonell ledelse. Spesielt vil dette gjelde for førstelinjeledere og andre ledere i organisasjonen som har utstrakt kontakt med fagspesialister (Vie, 2012).

Vie skriver at ved gjennomgangen av de norske lederstudiene er et relativt gjennomgående mønster av at norske ledere er særlig opptatt av interne forhold i egen organisasjon og medarbeidernes trivsel. Ut fra tidsstudiene av norske ledere ser vi at de bruker mye tid på muntlig kommunikasjon, i stor grad i korte dyadiske møter eller i lengre og større møter (Vie, 2010, referert i Vie, 2012). Formålet er enten å utveksle informasjon, utveksle spørsmål og forespørsler eller vise omsorg, fortrinnsvis overfor egne medarbeidere. Denne ledelsespraksisen er i tråd med ledelsestilnærmingen knyttet til samarbeidstanken etter Thorsrud og er dermed også nærmere idealet om faglig ledelse enn profesjonell ledelse (Vie, 2012, s. 8).

En komparativ studie av lederarbeid i Tyskland og Storbritannia viser at mellomledere i de to landene løser tekniske problemer på ulike måter (Stewart et al., 1994, referert i Vie, 2012, s. 9). Vie skriver at: ”Mens en britisk mellomleder ikke vil være i stand til å løse tekniske problemer, men isteden er avhengig av sette sammen en gruppe med riktig kompetanse for å håndtere dem, er tyske mellomledere så faglig sterke at de kan gå aktivt inn i tekniske problemstillinger og finne løsninger. I forlengelsen av dette ser en også at lederkarrierene i de to landene skiller seg fra hverandre ved at tyske mellomledere er mye mindre mobile enn britiske ledere. Tyske ledere arbeider i samme stilling over lengre tid, arbeider innenfor samme funksjonelle område, gjerne i det samme selskapet og holder seg til samme bransje hvis de finner seg ny stilling utenfor bedriften. Dette forklares med at tyske selskaper både har en mer stabil organisasjonsstruktur, men også at de som regel er organisert i funksjonelle enheter høyt oppover i hierarkiet. Dermed blir også lederstillingen knyttet tettere til et bestemt funksjonelt område enn i Storbritannia, hvor ledelse blir sett på som et fag og en kompetanse i seg selv uavhengig av virksomhetsområde” (Vie, 2012, s. 9).

Når det gjelder faglig og profesjonell ledelse i Norge, er det sannsynlig, i følge Vie, at vi befinner oss i et skjæringspunkt mellom disse to idealene. Gjennomgangen av ledelsesteoretiske tilnærminger viser at ideen om profesjonell ledelse står sterkere enn idealene om faglig ledelse. På den andre siden viser gjennomgangen av hvordan ledere prioriterer og bruker tiden sin, at de i stor grad har oppmerksomheten rettet mot det interne, noe som ligger tettere opp til faglig ledelse og samarbeidstanken etter Thorsrud. Gjennom studiene til både Vie (2010, referert i Vie, 2012, s. 9) og Samdal og Palm (2008, referert i Vie, 2012, s. 9) kommer det frem at lederne er opptatt av å løse faglige og praktiske problemer, for og sammen med sine medarbeidere. Dette illustrerer at jo tettere ledere er på det operative i sin virksomhet, jo større er sannsynligheten for at ledere involveres i dette arbeidet. Dette vil si at muligheten for å følge det profesjonelle ledelsesidealet øker med avstanden til det operative (Vie, 2012, s. 9).

Dette er med stor sannsynlighet også tilfelle i sykehus.

## **Klinisk ledelse**

Ledelse i helsesektoren, utført av helsepersonell, har fått økt oppmerksomhet de senere år. Begrepet klinisk ledelse er introdusert. Klinisk ledelse defineres slik: “The term clinical

leadership is used to encapsulate the concept of clinical healthcare staff undertaking the roles of leadership: setting, inspiring and promoting values and vision, and using their clinical experience and skills to ensure the needs of the patient are the central focus in the organization's aim and delivery. Clinical leadership is key to both promoting high-quality clinical care and transforming services to achieve higher levels of excellence. There is a role for clinical leadership at every level in healthcare organizations and systems. .... Evidence shows that clinical leadership has increasingly been associated with high-performing healthcare organizations, and that effective clinical leadership in an organization leads to both higher-quality care and greater profit" (Jones mfl. 2011, s 1).

## **Makt, inspirasjon og innflytelse**

En leder kan påvirke andre til å handle i samsvar med organisasjonens mål hvis han eller hun kan bestemme hva de skal gjøre som følge av lederens stilling, posisjon, og mulighet for å gi straff eller belønning eller regulere tilgangen på ressurser. Det er de andres avhengighet av lederen som gir ham eller henne makt over dem. Organisasjonshierarkier er basert på denne type makt. Lederne er tildelt det ansvar det er å ha makten over ressurser og beslutninger om bruken av disse. De har slik makt over andre (Bemer, 2005 s. 26).

Ledere kan påvirke andre ved å inspirere, begeistre og skape troverdighet til sine budskap. Begeistring kommer innenfra. Det er noe ledere skaper gjennom kommunikasjon, innlevelse og kraft. Lederen har da makt til å få andre til å følge seg og sine tanker (Bemer, 2005 s. 26).

Innflytelse har en tendens til å være noe mer subtilt, videre og mer generelt enn makt. Innflytelse er svakere og mindre forutsigbart enn makt. Innflytelse er basert på visse typer taktikk og innebærer ofte direkte, gjensidig påvirkning (Vecchio, 1995, s. 246).

## **Maktgrunnlag, kilder til makt**

Hvem som får hva, når og hvordan er viktige anliggender for alle i en organisasjon. Personer på alle nivåer er interessert i og påvirket av fordeling av belønning og ressurser. Makt spiller en viktig rolle i slike fordelingsprosesser i følge Vecchio (1995, s. 247-50):

**1- Belønningsmakt "Gulroten".** Lederen kan belønne.: Han/hun har evne og mulighet til å bestemme hvem som skal få ulike belønninger. Så lenge belønningene verdsettes, kan en person som er i stand til å gi eller holde tilbake belønning ha stor makt over andres atferd. Eksempler er lønnsforhøyelse, forfremmelse eller å tilby ettertraktede arbeidsoppgaver. Den mest effektive måten å kontrollere andres atferd på, er å kontrollere når og hvordan de mottar belønninger.

**2-Tvangsmakt "piskan".** Lederen kan straffe. Tvangsmakt er basert på evnen til å skape frykt hos andre, og trusselen om straff kan være en sterk måte å fremkalle føyelighet på. Eksempler er degradering, lønnsavkortning, suspensjon, fjerning av privilegier, slik som firmabil eller utgiftskonto, og oppsigelse. Men tvangsmakt kan være mer subtil. For eksempel kan kritikk

og mangel på emosjonell støtte og vennskap være effektive former for tvang. Tvangsmakt blir hyppig brukt.

**3-Legitim makt.** Lederen har rett til å bestemme. Legitim makt er basert på andres vilje til å akseptere at de blir ledet av en bestemt person. De føler seg forpliktet til å bli ledet av personen og til å underordne seg vedkommendes autoritet. Legitim makt har to kilder:

1. Autoritetspersoner. Fra tidlig barndom venner vi oss til å akseptere at vi blir ledet av autoritetspersoner. Barn lærer at lærere osv., har rett til å lede og dirigere andre.

2-Tittel eller stilling. En person kan oppnå makt ved å være utnevnt til autoritetsperson av noen som allerede utøver legitim makt.

Legitim makt er bare effektiv dersom den er akseptert av personene den er ment å kontrollere. Hvis de trekker tilbake sin støtte til systemet som danner maktgrunnlaget, vil makten opphøre å eksistere. Dette skjer under opptøyer og revolusjoner.

**4-Referansemakt.** Lederen blir beundret. Personer med tiltrekkende personlighet eller andre spesielle kvaliteter utøver makt. Deres tilstedeværelse, likevekt, personlige fremtreden eller verdier kan vekke beundring og gjøre at andre identifiserer seg med dem. Den resulterende evnen til å påvirke atferd kalles referansemakt. Referansemakt springer ut i fra folks ønske om å identifisere seg med kvaliteter hos en tiltrekkende person. Dette er et prinsipp som brukes i reklame: Den populære personen brukes til å markedsføre et produkt.

**5-Ekspertmakt.** Personer med ekspertmakt er i stand til å lede andre fordi de oppfattes som kunnskapsrike eller talentfulle på et bestemt område. De fleste søker og følger råd fra eksperter. På samme måte har mennesker en tendens til å la seg lede av en samarbeidspartner som anses for å være ekspert på de aktuelle personers fagområde. Denne formen for makt er vanligvis begrenset til et nokså smalt og spesielt fagfelt, og overføres sjelden til andre arenaer for sosial samhandling.

I følge Vecchio (1995, s. 249) antar de fleste underordnede at deres overordnede utøver ekspertmakt i den forstand at de har innsikt i alle arbeidsoppgaver i arbeidsenheten. Generelt vil et høyere erfaringsnivå og jobbrelevant kunnskap gi en leder fortrinn som ekspert. I sammenheng med høyt teknisk nivå hender det at underordnede har mer ekspertkunnskap om visse sider av jobben enn ledere har. Noen ledere kan faktisk være svært avhengige av den tekniske ekspertisen underordnede sitter inne med for å kunne lede sin arbeidsenhet effektivt. I en slik situasjon kan ekspertmakt føre til en atypisk ombytting av forholdet mellom leder og underordnet.

**6. Nettverk.** Bemer (2005, s. 34) tilføyer det å ha et godt nettverk som kilde til makt. Den som har tilgang til en spesiell person som det er avgjørende å påvirke for å få gjennomført eller besluttet noe, har en fordel fremfor dem som ikke har det.

En leder kan ta i bruk de ulike kildene til makt i varierende grad. Maktutøvelse kan fremme effektivitet mens mangel på maktutøvelse kan føre til det motsatte.

Underordnede er også i besittelse av forskjellige typer og grader av makt. For eksempel kan underordnede kontrollere arbeidsflyt og undra seg støtte fra sin leder (Vecchio, 1995, s. 245).

Bemer (2005, s. 53) skriver at for den ansatte er hans/hennes kunnskap makt. Det er avhengigheten av den ansattes spisskompetanse som har endret maktbalansen mellom eiere og ledere på den ene siden og den ansatte som medarbeider på den andre. Lederen blir den som best evner å sette mål og administrere og motivere medarbeiderne til å bruke sin kompetanse for å nå målet. Leder og medarbeider blir slik gjensidig avhengige av hverandre og har dermed også et gjensidig maktforhold. Bemer skriver at den beste løsningen for begge parter er å samarbeide godt.

## **Autoritet**

Autoritet er i følge Vecchio (1995, s. 245): "Rett til å prøve å forandre eller lede andre". Autoritet omfatter også forestillingen om legitimitet. Det betyr retten til å øve innflytelse på andre i arbeidet mot felles mål som flere er enige om.

Autoritetsbegrepet (Obholzer 1994, refert i Visholm, 2004a, s. 84) er et sentralt begrep for å forstå hva som skal til for å få ledelse til å lykkes. Når en leder skal få noen til å gjøre noe, har han bruk for autoritet. Kildene til autoritet kommer dels fra den makt og autoritet lederen er utstyrt med ovenfra, dels fra de medarbeidere som skal ledes. Medarbeiderne skal velge å la seg lede. Til slutt må ledere kunne fylle seg med, eller produsere autoritet fra sitt indre (det at lederen gir seg selv lov til å bestemme). Dette setter fokus på at ledelse er noe som foregår i relasjoner, mer enn som noe som alene kommer fra den person som har ledelsen. Dette nødvendiggjør et fokus på lederens evne til å etablere, inngå i og vedlikeholde relasjoner. (Beck og Heinskou, 2011, s. 178) og (Birkholm, 2011, s. 199).

## **Formell og uformell makt**

Den formelle makten er legitim makt, belønningsmakt og tvangsmakt. Formell makt gir lederen større mulighet for å påvirke atferd umiddelbart. Formell makt kan lokke frem rask respons fra en ansatt, men vil ikke nødvendigvis føre til enighet og tilslutning. Formell makt ligger i stillingen.

Den uformelle makten er ekspertmakt og referansemakt. De uformelle maktgrunnlagene gir lederen en større evne til å berøre ansattes totale trivsel og yteevne. Uformell makt er vanligvis knyttet til en del av en leders personlighet. Uformell makt kan lettere brytes ned sammenlignet med formell makt, siden den er avhengig av tilslutning. En leder kan miste sin ekspertise ved teknologiske endringer, eller respekten for ham/henne kan forsvinne som følge av upopulære beslutninger eller personalendringer.

Veccio (1995, s. 245) skriver at makt er en viktig side ved lederrollen. Uten en viss makt vil en leder ha svært vanskelig å lede underordnedes arbeid. Således hviler en leders effektivitet på makt. Gode ferdigheter i å påvirke andre på en effektiv og konstruktiv måte er avgjørende for å lykkes i en moderne lederrolle, skriver Lai (2009, s. 270), spesielt når man ikke ønsker å basere seg på ordrer eller tvang, men på å motivere og stimulere til ønsket innsats på en positiv og konstruktiv måte.

## **Hvorfor vil mennesker ha makt og innflytelse?**

Bemer (2005, s. 45) skriver at tre grunnleggende behov ligger til grunn for menneskers motivasjon til å søke makt og innflytelse. Avhengig av behovenes styrke hos den enkelte, kan det føre til at det behovet som vektlegges mest er behovet for sosiale relasjoner, for kompetanseutvikling eller for å få gjennomslag for sine budskap.

**1. Troen på ens verden og ens verdier.** Læring og erfaring i løpet av livet danner utgangspunkt for hvordan vi ser på verden. Vårt verdensbilde er igjen grunnlaget for vår integritet og moral og hva vi oppfatter som riktig og galt. De fleste har et sterkt eierskap til sin integritet og moral og ser på disse som de beste. Menneske har behov for å kunne styre sitt liv etter sine verdier og sitt syn på verden. Ens virkelighetsoppfatning gjør at en har sterk tro på sine budskap.

**2. Behovet for å bli sett.** Mennesket er sosialt og søker relasjoner. Vi trenger hengivenheten, kjærligheten og vennskapet sosiale relasjoner gir. Alle har behov for å bli sett, anerkjent og akseptert av andre rundt seg. Arbeidet gir et Eldorado av muligheter til å få dekket behovet for å bli sett. Anerkjennelse er ikke lett å måle. Hva vi mestrer blir et mål på hvor mye vi betyr i arbeidslivet. Vi blir på godt og vondt det vi yter.

**3. Behovet for vekst.** Behovet for kompetanse. Kompetanse er summen av erfaring og kunnskap. Den gir oss vekst og utvikling. Alle har et behov for å få det ut av livet som de føler de fortjener. Det er en av grunnene til at vi ønsker innflytelse (kontroll) over eget liv.

## **Følgeskap**

Følgeskap betyr det å la seg lede, det å følge noen, det å gi sin tilslutning til beslutninger. (Jeg kjenner ikke et godt norsk ord for det å ville la seg lede, jeg velger derfor å bruke det danske ordet følgeskap).

Som nevnt, er legitim makt basert på andres vilje til å akseptere at de blir ledet av en bestemt person. De føler seg forpliktet til å bli ledet av personen og til å underordne seg vedkommendes autoritet. Legitim makt gjelder autoritetspersoner og personer med tittel eller stilling. Legitim makt er bare effektiv dersom den er akseptert av personene den er ment å lede (Vecchio, 1995, s. 248).

En persons evne til å la seg lede kan, i følge Kelman (1961, referert i Vecchio, 1995, s. 246), forklares av:

**1-Føyelighet:** Det er tilfelle hvis en ansatt aksepterer en leders forsøk på innflytelse fordi vedkommende ønsker belønning eller vil unngå straff (ønsker å oppnå spesielle resultater).

**2-Identifisering.** Dette oppstår når en person lar seg lede av en annen fordi vedkommende ønsker å etablere eller opprettholde et personlig tilfredsstillende forhold. Når en underordnet beundrer lederen sin, streber etter å bli akseptert og kanskje prøver å etterligne han eller henne (tiltrekning til maktkilden).

**3-Internalisering.** I dette tilfelle er ansattes reaksjoner forårsaket av en overbevisning om at handlingen samsvarer med verdisystemet deres. Internalisering forekommer når en ansatt aksepterer et forsøk på å influere fordi hun eller han tror at atferden det resulterer i er riktig og hensiktsmessig. Disse arbeidstakerne er ikke motivert av trusler eller belønning eller beundring for sine leder, men snarere av personlig tilslutning til et sett av verdier.

Man kan gi sitt følgeskap til en leder kun på visse områder, altså avgi delvis følgeskap. Hvis leger konfererer med en kollega som er ekspert på et felt, så er man villig til å følge råd når det gjelder behandling av en enkelt pasient eller kategori pasienter. Man følger kollegaens råd: Som ekspert kan han eller hun lede an i dette spørsmålet. Man gir altså sitt følgeskap på ett smalt felt, men ikke nødvendigvis på andre områder.

Betegnelsen avhengighet gir for mange negative assosiasjoner. I et samfunn hvor vi alle vil være selvstendige og realisere seg selv og ta uavhengige valg vil vi ikke så gjerne innrømme vår avhengighet av hverandre. Vi lever med en illusjon om at vi er uavhengige, mens vi i realiteten er svært avhengige av hverandre. (...) Om man er leder eller ikke, så har man mye makt hvis andre mennesker er avhengige av en (Bemer, 2005, s. 27).

Hvordan få ansatte til å følge? Bjartveit trekker frem to perspektiver for å kunne få ansatte til å følge en leder. Det første er at de ansatte må ha en leder som det er verdt å følge, altså en som skaper mening. Lederen må være en klar representant og bli respektert for hva som gjelder. Hvis lederen derimot er en fremmed fugl, og mangler et klart mål - en kongstanke - blir det vanskeligere å få ansatte til å følge. Mister lederen autoritet som leder, er Bjartveits klare råd å overlate roret til andre (Bjartveit, 2009).

## **Verdier, normer, regler og etikk**

Verdier deles i: 1) Grunnverdier, oppfatninger om hva som er viktig å legge til grunn som basis for livet, og 2) Målverdier, oppfatninger om hva som er godt og ondt, hva som er verd og ikke verd å ha som mål for livet.

Normer er nært knyttet til verdier. Det er forestillinger om hva som er rett og galt å gjøre, sett ut fra hva som er tjenelig å gjøre, for å bygge opp om og virkeliggjøre verdiene. Slik er normene handlingsregler, dvs. midler, til å gjøre verdiene til en realitet.

Molven (2009, s. 29 - 32) skriver at våre handlinger i dagliglivet styres blant annet av de forventningene andre har, eller vi tror de har, til hvordan vi skal opptre. Forventningen blir lett til normer for hver enkelt av oss for hvordan vi bør handle. Forventningene/ normene kan være nedtegnet for eksempel gjennom en stillingsinstruks. Det finnes også uskrevne forventninger fra pasienter, kolleger og overordnede for hvordan helsepersonell skal opptre. Når normene har et forholdsvis presist innhold og de er nedtegnet kalles de for regler. Rettsregler er en spesiell type regler, dvs. de er lover, forskrifter og rettsavgjørelser ved domstolene.

Molven (2009, s. 40) skriver at de ulike normene og reglene som gjelder på en arbeidsplass, innholdsmessig kan komme til å kolliderer med hverandre. I følge Molven gir vår rettsorden klar beskjed om hvilke type normer som da skal tillegges størst vekt. Perspektivet er at når det finnes rettsregler som regulerer et aktuelt spørsmål/problem, går disse foran andre normer. For å forstå lovbestemmelser, hvis ordlyden ikke er klar, skal innholdet tolkes via rettskilder. Innstillingene til Odelstinget fra stortingskomiteene (Innst. O) er de viktigste. I odelstingsproposisjonene (Ot.prp.) fremkommer departementets forslag til lover. I enkelte tilfeller ligger en offentlig utredning (NOU) til grunn for proposisjonene. Dersom det blir avsagt høyesterettsdommer på området er de styrende.

Normene i samfunnet springer ut i fra/er innrettet etter menneskerettighetene og etter å virkeliggjøre nasjonale grunnleggende, kulturelle verdier. Lovene gir uttrykk for slike sosiale normer som storsamfunnet har sluttet seg til; de er basert på og skal virkeliggjøre verdier som samfunnet mener er etterstrebellesverdige.

Normer for handling i forbindelse med at det gis helsehjelp, bygger i økende grad på eksplisitt lovgivning. Som basis for økende grad å gi lover på helseområdet, argumenteres det med at helse er et viktig gode for folk. Ytelsene av helsehjelp må derfor bygge på viktige rettslige prinsipper som "rettferdighet", "rettssikkerhet", "likhet" og "rettigheter" (Molven, 2009, s. 92-93).

## **Etikk**

Ordet etikk kommer fra det greske ordet "ethos" som betyr skikk/vane. Det kan også bety lov, men da mer som sedvanerett enn som direkte lovregel. Med etikk forstås til vanlig systematisk refleksjon over moralsk atferd. Moral er oppfatninger av hva som er rett og galt å gjøre i forbindelse med konkrete handlinger/atferd. Etikken er dermed moralteori (Molven, 2009, s. 87).

Med normativ etikk forstås hvordan folk bør handle; hvilke sedvaner som bør gjelde. Den springer ut av refleksjon over hva som er god, rett og rettferdig handling/atferd, og har derfor mye til felles med lover (Molven, 2009, s. 87).

Etiske modeller deles, i følge Molven (2009, s. 87), vanligvis i



**1) Pliktetikk** . Her har faste verdier og normer stor plass. Normene regulerer og styrer, eventuelt i detalj, valg i forbindelse med handlingsdilemma. I realiteten er dett en regelstyrt etikk. Følelser, spontanitet og egen refleksjon rundt den konkrete situasjon har liten plass.

**2) Formålsetikk**, som kan deles i

*a) Sinnelagsetikk.* Her har faste verdier mer beskjeden plass. Her er det større rom for gode hensikter, følelser og spontanitet. Tillit og nestekjærlighet blir ofte omtalt som kildene og drivkreftene i denne etikken, Det gode har en egenverdi, det blir søkt for sin egen skyld og moralen sin primære funksjon er å fremme det gode.

*b) Konsekvensetikk.* Her har faste verdier sin plass. Hovedvekten ligger på refleksjon rundt handlingene og deres virkninger. Lykke- og/eller nyttebetraktninger er sentrale kilder i den tankemessige vurderingen.

### **Nytteetikk (konsekvensetikk)**

Etiske verdier står sentralt i politiske/offentlige dokumenter som omhandler helsehjelp. Ikke sjelden er de da omgjort til politiske mål, målverdier: Menneskeverdet er absolutt. Den enkelte har krav på respekt og medbestemmelsesrett. Likhetsprinsippet er viktig. Helsepersonell skal opptre velgjørende, det vil si, bidra til å realisere det gode for pasienten. Det som gjøres må være nyttig Helsefagene må bygge på faglig forsvarlig grunnlag (Molven, 2009, s.89).

Myndighetene har i 2015 kommet med nye reviderte veiledere for prioriteringer av pasienter. Her kommer det tydelig frem at rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal prioriteres etter hvor alvorlig tilstanden er, helsehjelpen skal være nyttig og den skal være kostnadseffektiv. Man må på det grunnlag si at den etiske basis er nytteetikken, altså konsekvensetikk. Dette er også den etikk ledere må forholde seg til.

### **Pliktetikk**

Helsepersonels yrkesetikk fremheves som en viktig del av det profesjonelle verktøyet. Den består av et uskrevet fellesgods av verdier og normer som anses internalisert av profesjonen og dens medlemmer. Det har skjedd og skjer gjennom utdanningen og bidrar til at utøverne kan skille mellom god/rett og dårlig/gal handling. Yrkesetikken består dessuten av skrevne regler, yrkesetiske retningslinjer som kan sees som en form for pliktetikk, selv om de ikke helt kan plasseres innenfor en bestemt etisk retning (Molven, 2009, s. 90).

Yrkesetikken fungerer som et generelt ideal. Den skal være en inspirator til forbedring av den enkeltes praksis. Samtidig kan slike skrevne regler ha som funksjon å angi hva som er (minste)mål for og eventuelle krav til god praksis. Det siste viser seg ved at brudd på reglene kan klages inn til yrkesutøverens egen fagorganisasjon som kan iverksette reaksjoner. Yrkesetikken fører derfor til selvkontroll. På områder hvor profesjonene på grunn av faget og

omstendighetene ellers i stor grad styrer eller "behersker" klientene, bidrar de yrkesetiske reglene til å legitimere denne virksomheten (Molven, 2009, s. 90).

## **Etiske refleksjoner**

Molven (2009, s. 101) skriver at det ved siden av etiske refleksjoner er flere faktorer som påvirker helepersonellet's handlemåter og valg. Det handles, foretas valg og prioriteres også åpent og/eller skjult ut i fra personellet's egne faglige interesser, generelle profesjonsinteresser og økonomisk/administrative interesser hos arbeidsgiver.

En del av den etiske bevisstgjøringen er å avdekke yrkesinteresser som fungerer som styrende faktorer og som bør ha mindre plass. Molven (2009, s. 101) skriver at den viktigste etiske bevisstgjøringen ligger i å identifisere hvilke følger den økonomiske reguleringen og det økte kravet til lønnsomhet og kostnadseffektivitet har for pasientene. Helsepersonell må løpende analysere dette opp mot lovkravene og formidle betenkelige "funn" til dem som styrer økonomi og foretar (andre) prioriteringer ved arbeidsplassen, og til dem som skal føre tilsyn med helsetjenesten. Lovkrav har forrang for budsjettkrav.

Rettighetslovgivningen kan komme til å vise seg å være en nyttig faktor for å demme opp for eventuelle lite pasientvennlige og etisk problematiske utslag av politisk, styringsmessig eller administrativ unnfallenhet, og "økonomisk tvang" og profesjonell følelse av maktesløshet (Molven, 2009, s. 101).

Steineutvalget påpeker at eier bør føle særlig ansvar for å vurdere om resultatkravene som stilles er tilpasset ressursene som stilles til disposisjon. (NOU 1997:2, s 135).

## **Top-down (administrasjon) og bottom-up (fagledelse)**

Steineutvalget fremholdt at sykehuset styres ovenfra fra eier og forvaltning, Men sykehuset styres også nedenfra, av faglige normer, faktiske prioriteringer og av den selvstendighet som ligger i fagene. Utvalget poengterte at hvis ledelsesfunksjonen i sykehus skal lykkes så må man finne en integrasjon og samvirke mellom de organisatoriske ledelsesnivåene og de utøvende nivåene. Det er nødvendig med delegering, samtidig som man må ta hensyn til det helhetlige ansvaret. Utvalget foreslo at en best mulig integrering skjer gjennom en fokusering på og oppfølging av de overordnede mål for virksomheten (NOU 1997:2, s127).

Steineutvalget mente den administrative ledelsesfunksjonen må prioriteres foran den faglige ledelsesfunksjonen. Det begrunner det med alminnelige organisatoriske retningslinjer. De faglige aktivitetene må tilpasse seg de gitte rammene. Dette gjelder så sant det ikke dreier seg om mulige brudd på de lover, forskrifter og avtaler som arbeidsgivers styringsrett er begrenset av (NOU 1997:2, s. 131).

Slik det er nå, er det i liten grad «bottom-up». Fagledelsen utøves på grunnplan, men blir ikke hørt (fullt ut) oppover.

Hovedoppgaven til sykehuset er pasientbehandling utdannelse og forskning. Hovedoppgaven er ikke en «gymnastisk» øvelse i administrasjon. Men, god administrasjon er viktig for god faglig ledelse.

Sykehusene må ledes faglig, fordi det er fag som skal utøves. En samlebetegnelse er klinisk ledelse, en ledelse som samler de ulike fag. Det trengs både korttidsplanlegging og langtidsplanlegging nåde det gjelder fagutøvelse, utstyr som er nødvendig, kompetanseoppbygging osv. Kun klinikere med høy kompetanse kan utføre dette arbeidet godt.

I vedtaket i Stortinget fra 1995 står det: ”Stortinget ber Regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må være klare ansvarslinjer slik at den som innehar det medisinskfaglige ansvar, også har nødvendig myndighet.”

Molven (2009, s. 234-5) skriver at: ”Formålet med å ha en leder er i følge Ot. prp. nr. 10 (1998-99), pkt. 3.9.6, behovet for å etablere klare ansvarforhold. Dette knyttes også til kravet om å drive forsvarlig virksomhet, jf. § 2-2. Ved å ha en leder ønsker man å fokusere på samordning, helhetlig ledelse og lederholdninger; det vises i proposisjonens pkt. 3.9.6, jf. Pkt. 3.9.3, jf. også NOU 1997:2: «Ledere... må på en bedre måte erkjenne det samlede ansvar som er knyttet til lederfunksjonen, slik som ansvar for den organisatoriske enhetens resultater og kvalitet, personalansvar for alle medarbeidere og ansvar for at det utvikles et godt arbeidsmiljø og en organisasjonskultur som er tilpasset oppgavene som skal løses”.

Legene hadde uttalt at de var enig i behovet for enhetlig ledelse, på alle nivå, men mente at denne lederen måtte være en lege. Aarseth (1996) poengterte at det må være klare ansvarslinjer, at den som innehar det medisinskfaglige ansvar, også har nødvendig myndighet. Han mente også at administrativ lederkompetanse skal være et krav.

I § 3-9 om ledelse i sykehus i spesialisthelsetjenesteloven fra 2001 leser en: "Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere."

Den som er rådgiver har ikke beslutningsmyndighet. Formålet med dette er å sikre medisinskfaglig kompetanse også innen den administrative ledelsen når det vurderes nødvendig for å lede enheten på forsvarlig vis (Molven, 2009, s. 235).

Molven (2009, s. 237) skriver at utgangspunktet for lovgiver har vært beskrivelsen i NOU 1997:2 pkt. 10.4.3: "Å være faglig leder er ikke i konflikt med å være organisatorisk underordnet en avdelingsleder med annen faglig bakgrunn. Dette er faktisk helt nødvendig hvis man skal ha enhetlig ledelse på avdelingsnivå". I avdelingen kan det være flere faglige ledere.

Den administrative lederen har ansvar for at det blir utarbeidet faglige retningslinjer og etablert et system som bidrar til at disse følges, og å sørge for et internkontrollsystem som fungerer. Den administrative leder må sørge for å etablere de nødvendige samarbeidsrelasjoner med de ulike faggruppene.

De enkelte faglige lederne skal utarbeide innholdet i de faglige retningslinjene for sine fagområder, gjennomføre nødvendig konkret opplæring og etablere retningslinjer som bidrar til at det skjer en tilfredsstillende koordinering av fagutøvelse/fagutvikling (systemrettet arbeid) (Molven, 2009, s. 237).

Steineutvalget mente at dersom en avdelingsleder ikke selv har medisinsk faglig kompetanse må det medisinsk faglige ansvaret plasseres hos en annen som har slik kompetanse. Den som innehar det medisinsk faglige ansvaret må også ha nødvendig myndighet. Det må avklares ved ansettelse, eller i stillingsinstruks, hvilke oppgaver som skal ligge til den medisinskfaglig ansvarlige i tillegg til de som er pålagt ved lov eller forskrift, og hvilken myndighet som er tillagt stillingen som medisinskfaglig ansvarlig. I utvalget var det uenighet om hvor stor vekt som skal legges på relevant medisinsk faglig kompetanse i forhold til annen relevant helsefaglig kompetanse (NOU 1997:2, s13).

Her er det naturlig å trekke paralleller til historien og til de administrerende overleger som ble sjefsleger. Den tidligere administrerende overlege gikk fra å ha myndighet, til, som sjefslege, å bli rådgiver for den administrative leder.

### **Stillingsinstruks og titler**

Lenge var det slike at overleger mange steder vegret seg for å søke de medisinskfaglige rådgiverstillingene. Rollen var uklar, både for den det gjaldt og for avdelingens andre leger. Var det en avdelingsoverlege, men uten beslutningsmyndighet? Hvem var faglig leder av legene? Selv om det etter hvert kom presiseringer i stillingsinstruks så forble rollen uklar. Stillingsinstruksene måtte da ligge åpent ute på nett slik at man kunne sjekke hva vedkommende hadde av myndighet eller ikke. Spesielt ukart ble det da rådgiveren sa en ting og lederen, en person med betydelig lavere utdanning, sa noe annet. Det en noe av det som er gunstig med profesjonstitler, man vet hva folk skal kunne, og man vet umiddelbart hva slags myndighet folk har. Nå ble det skapt utydelighet og tvil.

### **Den nye ledergruppen i sykehus, lederidentitet**

En gruppe er en samling individer som er organisert om et felles mål, og som har en eller annen form for samhandling med hverandre. De utvikler etter hvert et sett av normer eller regler som gjelder i gruppen. Etter en viss tid stabiliserer det seg et sett med roller blant medlemmene og det utvikler seg nettverk av gjensidig tiltrekning mellom medlemmene. Gruppen skiller seg stadig mer ut fra andre grupper på grunn av felles kjennetegn (Gjøsund og Huseby, 1998 s.19).

Rolle. Det finnes ulike rolledefinisjoner. Rommetveit definerer rolle som et system av sosiale normer som blir rettet mot en person i egenskap å være gruppelem eller representant for en kategori av individer som i psykologisk forstand lar seg avgrense (Rommetveit, 1968/1954, referert i Underlid, 1997, s. 26)

En av informantene nevner prosessen med å gå fra å være overlege til å bli leder. Hun måtte arbeide med sin forståelse av roller og si til overlegene at hun ikke var en av dem lenger. Hun deltok på topplederprogrammet der det var mye fokus på lederidentitet. Hun oppfatter lederjobben som en type ingeniørarbeid, hun synes det er spennende å få ting til å fungere.

Den nye profesjonelle ledelsesfilosofien har, som nevnt, sin basis i management-tenkning knyttet til den behavioristiske tradisjon. I den behavioristiske tradisjon betraktes individet som styrt av ytre påvirkninger som for eksempel belønning og straff (Hein, 2013, s. 24).

Som mellomleder er man eiers representant og det er forventet at man er lojal mot toppledelsen, sier denne informanten. Eier og øverste ledelse i sykehusene har endret verdigrunnlaget de styrer etter sammenlignet med tidligere. Her er det økonomisk tenkning, prioriteringer, og nytteetikk som er i førersetet. Man har et samfunnsoppdrag, som informanten sier. Man får et budsjett og må forholde seg til dette. Rettferdig fordeling i samfunnet synes viktigere enn lojalitet til faget og den enkelte pasient som er kommet til en. Man lærer også opp til at man er alles leder, ikke kun leder for dem som tilhører ens egen faggruppe.

Informantene i denne studien sier at leger som går inn i lederroller endrer seg., «Man føler», sier de, «at man deserterer». Man går over til fienden og legeledere blir slik ofte de «verste» ledere. Hvordan skal vi forstå dette? Ellers i samfunnet gir det å påta seg lederoppgaver vanligvis høyere status. Blant leger kan det synes som om det ikke er tilfelle. Hva kommer det av?

I klassiske hierarkier kan det at en av medarbeiderne blir forfremmet, gi mange følelser i organisasjonen. Den nye lederen, som er blitt forfremmet blant sine egne, kan bli møtt med mye hat (se tekst under). Dette kan være en medvirkende forklaring, men omtalen av lederne kan også skyldes at de som blir ledere går over til et annet verdsett, en annen tenkning, som faggruppene ikke støtter. Det nevnes også at leger med en spesiell personlighetsprofil, for eksempel med mye narsissisme, har en tendens til å søke seg til lederjobber og det gir, som kjent, ofte ikke det beste utfall.

Den nye lederskoleringen har ført til dannelsen av ny type gruppe i sykehuset med egne verdier og normer, en gruppe som har nytteetikk som sin etiske basis. De definerer sine roller og har sin egen fortolkning av ledernes oppdrag i sykehuset.

## **Hierarkier, psykodynamiske prosesser**

Visholm (2011, s. 166-67) beskriver en psykodynamisk forståelse av noen av prosessene som foregår i hierarkier.

I et tradisjonelt hierarkisk system referer hver enkelt medarbeider til lederen, som igjen referer til ett nivå over, som igjen referer til direktøren. I hierarkiske systemer kan man skille på vertikale og horisontale relasjoner. Relasjonene i kommandorekken er de vertikale, mens medarbeidernes relasjoner til hverandre er de horisontale. Medarbeiderne oppfatter hverandre som likemenn, som står sammen over for autoriteten. Lederen er autorisert til å ta avgjørelse og medarbeideren er ansatt for å rette seg etter disse beslutningene.

Forholdet mellom leder og medarbeider er som regel polarisert. Det oppstår ofte et ubevisst spill mellom to parter, som reguleres av inneforståtte regler som aldri snakkes om. Partene fokuserer på forskjellene og polariserer deres roller, mens det som er felles benektes eller fortrenses. Polariseringen griper ofte om seg, så partene gjensidig tilskriver hverandre en rekke dårlige egenskaper, mens de selv tar patent på de gode egenskapene.

Fra medarbeiderens side, oppfattes denne psykodynamiske rollefordeling som en tvangsinfantilisering (Sievers 1994, refert i Visholm, 2011). Man føler seg behandlet som et barn, overvåket og kontrollert og situasjonen plasserer medarbeideren i en avhengig posisjon. Det oppstår lengsel etter den gode leder, som har omsorg for medarbeideren og som kan forvandle arbeidsplassen til et varmt og lykkelig sted. Da denne i sakens natur, ikke dukker opp, oppstår aggressive og hatefulle følelser, som er rettet mot lederen. Medarbeideren kan i følge Sievers reagere på tre måter, for det første med depresjon, der sinnet vendes inn mot seg selv, for det andre en skizoid tilbaketrekning, der man lukker av for kontakt med følelser og dermed også for kontakt til oppgaven, de andre medarbeiderne og ledelsen, og for det tredje en rebelskhet, hvor man retter aggresjonen utad.

Disse reaksjonene gjør det ikke lett for en leder, som kan komme til å oppfatte medarbeiderne som umulige unger, får angst for å bli angrepet og miste kontrollen, og føler seg avhengig og utlevert til de medarbeidere, som det var meningen han eller hun skulle lede. Som forsvar mot disse avmaktsfølelser begynner lederen å nedvurdere og forakte medarbeiderne og fristes til å bruke stadig mer primitive ledelsesmetoder. Det blir en ond sirkel, der ledere og medarbeidere etter hvert presser hverandre til å ligne deres verste forestillinger om hverandre (Visholm, 2011, s.167).

Som motvekt til disse aggressive og hatefulle relasjoner etablerer leder og medarbeidere tilsvarende varme relasjoner på det horisontale plan. Likeså falsk og sadistisk lederen fremtrer, likeså ordentlige, varme tar medarbeiderne seg ut for hverandre. Tilsvarende hygger lederen og hans kolleger seg med å utveksle historier om hvor tåpelige medarbeiderne er og, hvor dyktige de selv er og ville være, hvis medarbeiderne ikke var så ufattelige barnslige. I dette systemet er det ikke lenger noen hele mennesker til stede, det er kun "de gode" og "de onde". Siverts antar at det tradisjonelle arbeidsliv i vestlige kulturer er splittet i et slikt foreldre-barn mønster (Visholm, 2011, s 167-168).

Mellomlederen kan verken plasseres som barn eller foreldre. Mellomlederen er opprinnelig et medlem i søskenflokk, som, fordi foreldrene ikke kan være til stede i en periode, eller har forsvunnet for bestandig, har fått en særstilling i familien, dvs. har fått og påtatt seg en

foreldrerolle uten å være far eller mor. I følge Michell (2003, referert i Visholm, 2011, s.168) nærer søsken i utgangspunktet et morderisk hat til hverandre. Det å få en lillebror eller lillesøster føles i utgangspunktet som en trussel på livet. Det er derfor det er viktig for foreldre å sørge for at barnet opplever at alle har en plass i familien. Det oppstår som regel også sterke kjærlige følelser mellom søsken, men hat og angst eksisterer fortsatt.

Når et medlem av søskenflokket får en foreldrerolle, oppstår det sjalusi og misunnelse hos de andre. Man kan håpe på at en bror eller søster i foreldrerolle vil bety, at det nå er en av våre som bestemmer så man kan slippe foreldrenes restriksjoner. Hvis boren eller søsteren seriøst påtar seg foreldrerollen, føler man seg dobbelt sviktet. Både det at foreldrene har forlatt en, og av at søsteren eller broren har sviktet gruppen og gått over til fienden. Den forfremmede bror eller søster skaper en øket avstand til foreldrene, som den forfremmede nå har privilegert adgang til, mens de andre kun har indirekte adgang til via den forfremmede. Man håper inderlig de riktige foreldrene skal vende tilbake og hater erstatningen.

Det psykologiske bilde (overføringen) av mellomlederen tegner på den måte en forreder, som har innnyndet seg hos ledelsen, sviktet sine egne for en ussel bestikkelse, føler seg hevet over andre, og tror han/hun er noe spesielt, hva angår evner og dyktighet, men kun adskiller seg fra den gruppen han/hun har kommet fra ved sin dårlige karakter, som er forfalt til bestikkelser og smiger. Dette er tilsynelatende medarbeiderens indre bilde av mellomlederen. Dette gir plass til en idealisering av ledelsen over. Siden man ikke møter denne i konkret samarbeid, blir det god plass til fantasien. Her kan den gode omsorgsfulle mor eller sterke, handlekraftige og rettferdige far plasseres (Visholm, 2011, s.169).

Visholm (2011, s. 171) skriver at en virksomhet er selvfølgelig ikke en familie. Når familiedynamikk utspiller seg i virksomheter, er det fordi vi er tilbøyelige til å gjenta og overføre tidligere opplevelser til aktuelle situasjoner og til å gjøre det ukjent og uoverskuelige kjent og håndterbart ved å få det til å ligne noe kjent. Denne tendensen øker under press. I følge Hirschhorn og Gilmore (1992, referert i Visholm, 2011) er det ledelse via containing det er bruk for i moderne organisasjoner. Containing innebærer at det gis det mening til angstfylte opplevelser og gi opplevelsene realistiske proporsjoner. Når man ikke kan snakke om det man er redd for, containe angsten i en felles samtale, blir den ekstra farlig og demonisk og kan komme til uttrykk som tankeløse aggressive angrep.

## **Leders personlighet**

Hvem blir ledere? Dette spørsmålet reises i materialet. Det er overbevisende forskningsfunn som viser at leders ledereffektivitet er knyttet til deres personlighet. Mye brukt er femfaktormodellen for å skille ut de kandidater som er best egnet til å være ledere (Martinsen, 2014). Det vites ikke om personlighetsundersøkelser er en del av screeningen til lederstillinger i sykehus. I liket med for lederstillinger i samfunnet for øvrig, hvor dette er vel etablert, burde en personlighetskartlegging være en del av utredningen før valg av ledere i sykehus.

## **Budsjett og overskridelser**

En av informantene sier at hennes oppdrag som leder, er en samfunnskontrakt. Midlene skal rettferdig fordeles og man får et budsjett og man må forholde seg til dette.

Jeg forstår henne slik at ledergruppen vektlegger samfunnskontrakten tyngre enn kontrakten den har med innlagte pasienter. Denne kontrakten til samfunnet brukes som begrunnelse for innsparinger, og hun mener at legene (i klinikken) ikke forstår dette; de bare maser, syter og spør om mer ressurser. Hun viser slik liten innlevelse i hvordan legene har det og viser ikke interesse for å forsøke å forstå hvorfor de maser om flere ressurser. Hun sier at man må forholde seg til de budsjettene man har. Hun er leder i psykiatrien og innlagte pasienter der er som hovedregel rettighetspasienter. Som tidligere nevnt, skriver Molven (2015, s. 46) at rettighetslovgivningen veier tyngst. Der pasienter har rettigheter skal budsjetter overskrides, skriver han.

Er ledernes oppdrag en samfunnskontrakt? Hovedoppgaven for sykehuset er behandling av pasienter, forskning og undervisning. Ledernes hovedoppgave må være å holde fokus på dette, legge til retter for at helsepersonell kan gi behandling av god kvalitet til den pasientgruppe som skal tas inn, og som er blitt tatt inn i enheten, på forskning og på undervisning. I tillegg må selvfølgelig alt dimensjoneres etter behovet for tjenestene i opptaksområdet.

## **Når regnestykket ikke går opp**

I NOU 1997:2 (s. 131) står det at de som har stillinger som innebærer at man både skal ivareta faglige hensyn og overordnede styringskrav, vil kunne komme i en lojalitetskonflikt. Lederne kan iblant oppleve en konflikt mellom hva som er en god faglig løsning og hva som må gjøres for at avdelingen skal holde budsjetter. Det kan for den enkelte oppleves som umenneskelig og uetisk å gjennomføre sparetiltak selv om dette er innenfor lovverket og pålegg om forsvarlig virksomhet. Som faglig leder vil forventningene være at den det gjelder kjemper for fag i budsjettdiskusjoner. Som arbeidsgivers representant forventes faglederen lojalt å følge opp rammer og budsjetter.

Når budsjettet ikke strekker til for det overlegene faglig mener er nødvendig, klager overlegene. En leder jeg har intervjuet opplever dette som sutring og mas fra overlegegruppen. Lederen opplever overlegene som vanskelige og forsøker å parkere dem. Overlegene går da høyere opp i hierarkiet for å prøve å påvirke de reelle beslutningstakerne. Dette kan være et tegn på at det er «propper» i systemet. Kjernekompetansen, kompetansen som virksomheten bygger, på settes på sidelinjen ved hjelp av flere mekanismer. Toppledelsen virker også uempatisk siden den ikke gjør nok for å bedre arbeidsforholdene for arbeidstakerne, spesielt i psykiatrien. Mellomledere etterlates med uløselige problemer. Fra høyere nivå blir det gitt beskjed til de nærmeste lederne at ”dette er ditt ansvar”.



Når man har effektivisert innen rimelige grenser ses det at ressursene strekker ikke til. Ledere på toppen er ikke villig til å betale det det faktisk koster av ressurser, midler, personell, senger osv. De dytter problemet nedover istedenfor å se på de faktiske forhold. Er det "hard" HRM som utøves?

Krav om å holde budsjett, krav om flere pasienter, krav om faglig forsvarlig praksis. Kravene går ikke i hop. Øvre ledere sier til underordnede ledere "dette er ditt ansvar", sørg for å rydde opp. Man kan undres. De gjør dette, vel vitende om at regnestykket ikke går opp. De lar på den måten frustrasjonen bre seg i organisasjonen. Tar de ikke situasjonen på alvor?

Personer som kommer med ytringer om situasjonen blir utsatt for sanksjoner, slik som beskrevet av E. Berg (Berg, 2015). Det er blitt dannet en fryktkultur. Evner ikke topplederne bedre? Har de feil skoloring? Er de uempatiske narsissister, slik to av informantens sier. Eller er det uttrykk for at de holdes svært hardt ovenfra, fra RHF eller fra politisk ledelse? Hvor ligger problemet?

### **Svært ulik ledelse**

NOU 1997:2 synes å ha blitt et operativt verktøy for utforming og tenkning omkring ledelse i sykehus ned til avdelingsnivå. Utredningen skisserer ulike modeller for ledelse, men anbefaler at sykehusene fristilles i valg av modell for ledelse. Dette har medført ulikheter mellom sykehus når det gjelder utformingen av lederstillingene og organiseringen av sykehusene.

Dette gjenfinnes i materialet. Her er det på ett sted et sterkt legehierarki, et annet sted mer demokratisk ledelse. Et tredje sted har sykepleierleder, et fjerde har legeleder som "helt har gått over" til NPM-lederstil. Flere påpeker at de har avhengige kulturer der få avgjørelser blir tatt utenom legelederens tilstedeværelse. Det er detaljstyring og lite delegering. Ingen sier at de har ledelse som arbeider i team. Det å arbeide som overlege i Helse Sør - Øst, kan altså være veldig ulikt, med svært ulike arbeidsforhold og ulik ledelse.

Noen arbeider i det gamle hierarkiske legesystemet med "the grand old man" som ivaretar interessene for hele sin enhet. Han er tilgjengelig hele døgnet, gir veiledning, tar beslutninger, gir ros og ris, og sterke føringer. Han dekker andres rygg og tar ansvar når noe går galt. Han underviser og lar medarbeiderne få rikelig med opplæring i form av kurs og fagmøter. Hvis denne «grand old man» har en god personlighetsprofil og er godhjertet kan spesialistkandidater hos ham få opplæring på sitt beste. Han oppdrar de unge i faget slik han selv har blitt oppdratt. Han stiller faget og jobben foran alt privat. Han er som en god far som stiller opp når det måtte være behov for det.

Problemet i dag er at få ønsker å gå inn i en slik altopplukkende rolle. Det fordrer jo en ektefelle som gjør det meste på hjemmebane. Det er ikke forenlig med det moderne liv hvor en leder også vil ha foreldreperm, delta i familieliv og ha en rik fritid. Det er heller ikke lenger mulig for ett individ å ha full oversikt over alle aspekter innen sitt fagfelt. Det er nødvendig å bringe inn kompetanse fra ulike subspecialiteter i ens fagområde. Gruppeledelse

blir mer og mer vanlig. Man er deltager i et legeteam der de enkelte har ulike ferdigheter. Ulike fagaspekter blir drøftet og konkludert i felleskap. Man blir avhengig av fellesskapets innspill i vurderingene. Dette er en av grunnene til at leger trekkes til større fagmiljø. På den måte kan det få stor betydning når legemiljøer fragmenteres, slik en av informantene forteller. De enkelte leger mister da noe av sin kraft til å mene noe i systemet.

Lerum (2009, s. 5) har intervjuet ni overleger som er ledere i sykehus. Han fant tre strategier legelederne brukte for å håndtere kjerneoppgavene (pasientbehandling, forskning og undervisning) i tillegg til de administrative oppgavene.

1. Den kategoriske strategien. Her tillates ikke kompromisser på kjerneoppgavene. De verner om dem og bruer sin faglige autoritet til å lukke ute så mye organisatorisk støy som mulig.
2. Den midlertidige strategien. Her mener man det er en faglig forpliktelse å forankre organisasjonen i faget. Det betyr at man må gjøre kompromisser på kjerneoppgavene og at man tar på seg ledelsesansvar. Tanken er imidlertid å gå tilbake til kjerneoppgavene etter en tid, ikke en karriere i det formelle organisatoriske hierarkiet.
3. Den tilretteleggende strategien. Her tilskrives det en faglig egenverdi å være premissleverandør for andre fagpersoner. Kjerneoppgavene fremstår ikke som like sentrale i denne strategien. Poenget er å lede andre best mulig.

## **Heller sand i maskineriet**

Lederne synes ikke alltid å befordre produksjonen. Det kan oppfattes som om de mer heller sand i maskineriet enn olje. Konsekvensen er at de lager hindringer for medarbeiderne. Eksempler er det å fjerne sekretærhjelp og andre støttedfunksjoner, innkjøp av så billig utstyr at tid må brukes på å plukke biter av kompresser som går i oppløsning i operasjonsfeltet. Fagfolk gjør imidlertid sitt ytterste uansett forholdene, drevet av en indre moral og med ønske om å gjøre det beste for pasienten.

## **Problemstillinger "koker bort" oppover i linjen**

Det synes å eksistere en uklarhet i beslutningsprosessen. Hvem har besluttet hva? Når fagpersoner tar opp problemstillinger forsvinner de oppover i linjen. Argumenter som at, «nei, det kan ikke gjøres noe med», «det er umulig», stopper kreative forslag og medfører murring blant medarbeiderne. Ett eksempel fra materialet at en seksjon ville ha god nytte av å sette opp en eller to vegger for å dele av rom for at de skulle bli mer hensiktsmessige for arbeidet. De ble møtt med at dette lar seg ikke løse, fra nærmeste leder. Hva skyldes dette? Skyldes det uenighet i forslaget, mangler midler til å gjennomføre en slik ombygging – eller at nærmeste leder får nei oppover i systemet? Alle som driver innen eiendom, vet at et slikt ønske lar seg innfri; hva skyldes da problemet? Hvorfor legges det ikke bedre til rette for god yrkesutøvelse?

Som mellomleder er man avhengig av å ha autoritet både oppover og nedover. Man må få følgeskap fra dem man skal lede, men man må også få topplederne til å lytte og få følgeskap til argumenter fra mellomlederen inn i beslutningsprosesser. Det nevnes i materialet at tidligere ledere var dyktigere til dette. Eller kanskje var det slik at toppledelsen den gang var mer lydhør? Det vet vi ikke. Ett spørsmål som trekkes frem i materialet er om kvinner har nok mot. Jeg undrer meg over om de har nok autoritet i topplederfora? Blir de lyttet til? Har de pondus nok? Er menn bedre til å kjempe for sine interesser? Blir kvinner møtt av et «glasstak», også i helsesektoren?

Beck (2004, s. 272) skriver at enkelte toppledere kan uttrykke at, bare vi overholder de avtaler vi har med forvaltningen/politikerene er det godt nok. Derved unngår de selvstendig å ta stilling til de iakttagelser og den informasjon om produksjonen, resurssutnyttelse, trivsel osv, som de nettopp kan se fra deres organisatoriske posisjon. Forklaringen på det manglende mot og lyst til å ta ting videre opp (eller ned eller ut i organisasjonen) er ofte en blanding av konfliktskyhet og eller behagsyke, eller makelighet og et ønske om å bli sett på som en moderne samarbeidsvillig leder, som vil vise at det er forståelse for hva det vil si å være i en politisk styrt organisasjon. Det kan også være at hvis man ytrer seg kritisk så kan man bli uglesett, kanskje sparket, eller ikke forfremmet, eller man kan bli meget upopulær. Det siste er det verste for noen, både for ledere og medarbeidere, skriver hun.

Hun skriver videre at ofte er det også en manglende evne til å ha overblikk over både oppgaver (produksjon) og medarbeidere på samme tid, å kunne tenke både abstrakt og konkret og bevege seg bevisst mellom disse nivåer. Beck skriver at det er ikke spesielt politisk korrekt å si, men det kreves mer enn et alminnelig godt hode for å være leder, og det er ikke alle forunt(Beck, 2004 s, 273).

## **Kontrollspenn**

Hvor mange kan man være leder for, hvor stort kontrollspenn kan man ha? I opplysningene fra FAFO står det at blant de ledere som svarte i studien ”10 år etter” har 52 % av lederne i sykehus personalansvar for over 20-50 mennesker, 16% har ansvar for fra 51 til over 100 mennesker (Hippe og Trygstad, 2012, s. 16). Fayol mente at en leder vanskelig kunne ha oversikt over mer enn seks til åtte, og maksimum tolv, personer (Fayol, 1949, referert i Jacobsen og Thorsvik, 2007, s. 75).

Det bygges ut mange stillinger i byråkratiet, men det knipes på stillinger der de trengs.

## **Leger er fremdeles i ledelse**

Legene er godt representert i avdelingslederstillinger (anslagsvis 67 %) i helseforetakene (Gjerberg og Sørensen 2006, referert i Torjesen, 2007, s...), men også i mer strategiske stillinger som klinikkjefer og divisjonsdirektører (anslagsvis 58 %) (Torjesen 2005, referert i Torjesen, 2007, s...)

## **En fot i klinikken**

Torjesen (2007) skriver at legene fortsatt ser ut til å vegre seg mot å gå fullt og helt inn for ledelse – slik situasjonen ble beskrevet på 1990-tallet (Berg 1996, referert i Torjesen, 2007). Legeledere vil fremdeles helst være i nærheten av klinikken. Selv noen klinikksjefer som er leger arbeider klinisk ved siden av ledelsesoppgaver (Fjeldbraaten og Torjesen 2006, referert i Torjesen, 2007).

I en undersøkelse fra Legeforskningsinstituttet om overleger fremgår det at i deres materiale brukte legeledere 35 % av arbeidstiden på direkte pasientarbeid (Aasland og Rosta, 2011). Dette bekreftes i mitt materiale. Det å arbeide klinisk ved siden av lederoppgaver er viktig for mange legeledere. Forklaringene på at det er slik er sammensatte. En viktig grunn er at det er i pasientarbeidet gleden ligger. En annen grunn er at klinikken er en rettmulighet hvis en ikke lenger ønsker å være leder; men skal rettmuligheten være reell må legen holde kontakt med ”grasrota”. En tredje grunn kan være at en legeleder blir lettere tilgjengelig for sine medarbeidere og at det blir lettere å se hvor skoen trykker. En fjerde grunn kan være at det er i mester-svenn- situasjonen en legeleder kan lære opp de nye legene. Endelig kan en grunn være at det kliniske arbeidet legelederen utfører kan være med på å gi ham eller henne autoritet hos de andre legene på avdelingen og dermed følgeskap på beslutninger.

Det ser ut som om oppfatningen blant mange overleger er at en klinisk leder må ha kontakt med grunnplanet for å forstå hva som foregår. Det å bevare pasientkontakten blir også en metode for å bevare den «rette» etiske grunnholdningen vedrørende hovedoppgaven for sykehuset.

## **Holdninger til ledelse i legegruppen, betydningen av åremål**

Det ikke å anerkjenne betydningen av ledelse og gi legelederen respekt, har medført at leger i liten grad søker linjelederjobber. Ved overgang til enhetlig ledelse har dette spilt en stor rolle, spesielt på seksjonsnivå. Lederoppgavene som tidligere var delt på to, ble nå samlet hos én person og dermed ble det liten tid til faget. Det meste av tiden går med til administrasjon.

Legeforeningen har de senere årene fokusert på at leger bør lære mer om ledelse og har gjennomført kurs. De sier at leger må tilbake i ledelsen på alle nivå i sykehus. For å få leger tilbake til ledelse er det nødvendig å ta inn over seg at en leder av leger også må være dyktig faglig. Følgeskap fra dem som blir ledet er nødvendig for å kunne lede på en god måte.

Steineutvalget drøftet bruk av åremålsstillinger. Flertallet mente at det bør være opp til hvert sykehus å innføre åremålsstillinger for avdelingsledere. Hvis åremål innføres vil det da bli mer naturlig å tre ut av stillingen ”med æren i behold”, og det vil medføre at lederstillinger vil bli mer attraktive for fagfolk (NOU 1997:2, s. 155).

Her kan det være naturlig å sammenligne med universitetet. Her er lederen av de vitenskapelig ansatte, instituttledere, enten valgt eller ansatt i fireårs stillinger. Som bonus er det vanlig at ledene får ekstra driftsmidler til egen forskning mens de er ledere, og

undervisningsfri, altså mer tid til forskning i ett år etter perioden. En slik tidsavgrenset lederstilling med bonusordning med mer tid til forskning ville nok være svært attraktiv for mange overleger, spesielt også hvis en slik lederperiode meritterte i konkurransen om attraktive stillinger. Selv om dette kan føre til mer midlertidighet i lederrollen (Skorge og Svantesen, 2016), så kan det hende at fordelene oppveier ulempene, og hvis det er en godt egnet person, kan jo en leder ta to perioder.

## **Faglig ledelse av leger**

Denne oppgaven omtales i liten grad i litteratur om ledelse i sykehus. Den faglige ledelse skjer i rommet, på morgenmøtet, på visitten, på legemøter, i veiledning av leger under spesialisering og i mange møtepunkter gjennom dagen. Den faglige ledelse er også å evaluere pasienter for inntak, følge utredning, diagnostisering og behandlingsforløp og planene ved utskriving. Det er videre å overvåke, veilede/undervise og korrigere kolleger. I tillegg er det å drive forskning. Gjennom faglig aktivitet av mange slag sender lederen, eksplisitt og implisitt, samtidig ut signaler og hvordan hun eller han vil at avdelingen og de enkelte ansatte skal fungere.

Når det skrives at de tidligere avdelingsoverlegene i liten grad engasjerte seg i ledelse, så er dette ikke korrekt. Det kan være de engasjerte seg mindre i de administrative oppgavene, driften på postene, men de hadde betydelige ledelsesfunksjoner i form av det ovennevnte. De var lederne i den gamle todelte modellen og sykepleierne administrerte, med unntak av ledelsen av pleievirksomheten.

## **Klinisk leder**

Linjeledere har hendene fulle med administrative oppgaver og har ikke tilstrekkelig autoritet i faggruppene. De får ikke følgeskap. Det har utviklet seg et faglig anarki visse steder. En klinisk leder kan samle fagledere og arbeide frem en felles faglig profil.

Det synes nødvendig å ha en klinisk leder som kan avgjøre enhetens faglige profil. En som kan ta avgjørelsen om at slik gjør vi det her, etter visse retningslinjer, en som har myndighet til å beslutte om det faglige på enheten. Det er uheldig for en lege kun å ha en rådgiverposisjon, spesielt når det viser seg at den formelle leder ikke evner å skjære i gjennom og ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ta faglige informerte beslutninger.

Det er bemerket i materialet at en linjeleder, som er lege, skal representere fagligheten. Men en person som er nedlesset i administrative oppgaver vil ikke kunne ha oversikt over hele fagfeltet. Det trengs en klinisk leder som kan fokusere på det totale faglige bilde, og som kan samle faglederne og den faglige utøvelsen på enheten.

## Hvem avgir leger sitt følgeskap til?

Dette er et sentralt spørsmål. Man må studere hvem legene vil følge. For å forstå dynamikken mellom leger og ledere er det viktig å studere hvem det er legegruppen avgir sitt følgeskap til. Hvilket lederskap er legene villige til å la seg lede av?

På nettsiden til Scandinavian Executive Institute (2016) står det at hvis man skal skape følgeskap som leder må man være kompromissløs med hensyn på verdier og etikk.

Når man har fått inn en ledelsesgruppe som har et annet verdisett en grunnplanen så har man skaffet seg et alvorlig problem. De gis ikke følgeskap. De oppfattes som administratorer av budsjetter; de oppfattes ikke som ledere. De administrerer budsjetter og begrensinger, strør sand i maskineriet, utøver ”hard” HRM, med lite hensyntagen til medarbeiderne og bruker enorme summer på planlegging av prosjekter, fremfor å bruke midlene på grunnplanen der de trengs i utøvelsen av kjerneoppgavene.

Informanter uttrykker en resignasjon: «De lederne, de får holde på med sitt, vi holder på med vårt her».

## Sykepleiere som linjeledere

I følge Torjesen (2007) ser sykepleiere i lederstillinger i motsetning til legene ut til å harmonere mer med en lederrolle i tråd med en management-forståelse. Han skriver: ”Her kan sykepleierne vise til lange tradisjoner i administrasjon og ledelse som har vært en del av deres profesjonaliseringsstrategi. Siden sykepleiere i enhetslederstillinger ikke vinner støtte i de medisinske fagkollektiv på samme måte som legelederne, identifiserer de seg sterkere med et New Public Management-relatert styringsunivers, dvs. de er mer resultat-, innovasjons-, fornyelses- og serviceorientert, og de viser større lojalitet til helseforetakenes overordnede ledelse (Fjeldbraaten og Torjesen 2006, referert i Torjesen, 2007). Ledere med sykepleiebakgrunn har på denne bakgrunn langt større oppmerksomhet om å fremstå som ledere innenfor en management-forståelse enn leger i ledelse. Sykepleierne selekterer og reflekterer rundt sitt eget lederskap som en kontinuerlig prosess, mens legeledere «rømmer» tilbake til klinikken.

Torjusen (2007) fortsetter med å skrive at sykepleierne ikke blir anerkjent på andre områder enn det de er gode til som ledere, dvs. organisere daglig virksomhet, service, personale og drift (Kragh Jespersen 2005, s. 5, Mo 2006, referert i Torjusen, 2007). Dette er samtidig oppgaver legene er tilfredse med å slippe (Johansen 2005, referert i Torjusen, 2007). Sykepleiere som enhetlige ledere blir avdelingens «kontorsjefer» der medisinskfaglig ansvar overlates til en overlege. De konturene vi ser av reformen med enhetlig ledelse vitner dermed mer om en kontinuitet av det tidligere parallelle systemet, dvs., det er fremdeles mer snakk om en ledelsesmessig komplementaritet mellom leger og sykepleiere enn konkurranse.

## **Overlegene er uformelle ledere**

I næringslivet er det ofte slik at man rekrutterer en som peker seg som uformell leder i miljøet og bygger opp rundt denne personen med tanke på en formell lederposisjon. Dette har jo to intensjoner, både at personen har personlige egenskaper og personlig autoritet, men også at man får samlet autoritetene i en formell posisjon. Man unngår den splittelse det kan utvikle seg til i miljøet mellom formell og uformell ledelse.

Det ses i materialet at overlegegruppen (som ikke er ledere) flere steder er satt på sidelinjen, rent beslutningmessig. De er ikke inne i de rom der beslutninger tas. Fagråd er fjernet. Der hvor de kan delta i beslutningsprosessen har de så mye klinisk arbeid å gjøre at det ikke er tid til møtevirksomhet og viktige fagbeslutninger blir da tatt uten at de er til stede. De av legene som går over til ledelse endrer seg og forfekter andre verdier enn grunnplanet. De blir ikke lenger representanter for fagfolkene, men alles leder og, ser det ut til, tar minst hensyn til overlegegruppen. Overlegegruppen er nå kun en av flere grupper og vektet likt, ser det ut som, som andre yrkesgrupper med støttefunksjoner. Er vi tilbake til de antiautoritære bevegelsene der professoren skulle høres på, men kun hadde en stemme på lik linje med de andre som hadde noe å si. Det å kunne håndtere ulikhet og ulik verdi i organisasjonen er vanskelig i Norge hvor vi skal være så like, men i sykehussammenheng, der kjernekompetanse og høy vitenskapelighet og kunnskap er av den største betydning, blir atferd og holdninger som dette – uttrykk for en ordning fra «bakvendtland».

Det viser seg at overlegene som ikke er ledere blir uformelle ledere. Pasienter, personalet generelt og andre henvender seg til dem. Personalet kommer fra andre enheter og spør om råd og de formelle lederne blir sinte og mistenkeliggjør overlegens intensjoner når han svarer på spørsmål. Den uformelle og formelle makten er ikke samlet og man ser at de formelle lederne ikke får følgeskap blant personalet. Spesielt problematisk blir det for sykepleiepersonalet som har en formell leder som er sykepleier. Hvis de er uenige i driften og lederholdningene, slik de kan være, går de mot sitt eget laug.

Det kan også kommenteres at noen steder er man tilbake til den gamle todelte modellen: Sykepleierne drifter og administrerer, mens overlegene er fagledere, men nå med uformell makt, ikke formell.

## **Ledelse i team, delegering av lederoppgaver**

Steineutvalget (NOU 1997:2, s. 124) så klart at en leder ikke kan gjennomføre alle oppgavene i tilknytning til sitt lederansvar, og derfor må lederen delegerer en rekke oppgaver. Oppgaver som er preget av praktiske administrative rutiner bør være oppgaver som kan overlates til andre.

Som påpekt i NOU 1997:2 gikk Steineutvalget inn for enhetlig ledelse, under forutsetning av at denne ledelsen ble utført som en ledelse i team. Det er så mange arbeidsoppgaver en generell leder har at de blir for mange for én person. Vedkommende trenger et flerfaglig team

rundt seg. Men, i en situasjon hvor alle har (for) mye å gjøre, hvem skal det da delegeres til? Dessverre overlot Steineutvalget det til det enkelte sykehus å bestemme sin ledelsesform istedenfor å foreslå at ledelse i team skulle bli innført overalt. Resultatet har blitt innsparinger på dette punkt. Det nødvendige antall klinisk og administrative ledere er ikke på plass både på avdelingsnivå og seksjonsnivå flere steder.

Intensjonen kan ha vært at en leder skal kunne mestret det hele, ved bruk av delegering. Men, når man samtidig skal øke behandlingsaktiviteten og effektivisere, bli man nødt til å bruke fagfolk der de trengs. Det er ingen å delegere til. Delegering av oppgaver vil kun bli en ytterligere belastning for dem som får delegerte oppgaver.

Som kommentert av en informant, ledelse i team, der ledelsesoppgavene er delt på flere, vil bedre situasjonen betydelig. Da vil det være tilstrekkelige stillinger avsatt, på heltid eller deltid, til formålet ledelse og administrasjon. Dette er helt nødvendig tiltak, slik det nå ser ut flere steder.

### **Klinisk ledelse**

En informant sier at det må jo være lettere å motivere leger til klinisk ledelse enn til administrativ ledelse. Motivet for å bli leger er jo å utøve et fag mot befolkningen og hjelpe pasienter. «De ledere vi har nå, står jo nærmest i kontrast til dette». Så det er ikke rart at leger føler deres kolleger som blir ledere, deserterer. «Gi mest mulig god behandling til flest mulig, det ville nok gitt status», mener hun.

### **Teamledelse, en treningsarena for ledelse**

Det å lede tverrfaglige team kan sees på som en utmerket måte for leger å tilegne seg praktiske ferdigheter som ledere på. Både økonomiske og ikke-økonomiske belønninger vil være gunstige for å få leger til å ta slike oppdrag. I dette materialet motiveres den yngre garde mer av økonomi, de noe eldre av andre faktorer. Gjennom teamledelse vil både den det gjelder og medarbeidere kunne erfare om ledelse av en tverrfaglig gruppe er noe som passer for akkurat denne legen.

### **Robuste og menneskelige ledere**

Hein (2013, s. 12) skriver at all informasjon man som leder samler inn, er data. Dette er data som skal analyseres og reflekteres over. Hun mener de ledere som i høy grad lykkes med sitt lederskap er de som setter av tid til refleksjon over deres lederskap. Tid til analyse av de data de konstant innsamler. Man har plikt til å se på de data som man samler inn med ydmykhet og med respekt, fortsetter hun. Man må se en gang til, man må føle seg forpliktet til å søke et spadestikk dypere ned for å forstå hvorfor folk agerer som de gjør.

Beck (2014, s. 285) mener lederen er nøkkelen til mange av de forhold som må rettes opp i sykehusene og som må settes i gang. Ledere er kulturbærere. De må bli ansatt etter



omhyggelig utvelgelse, utdanning og fornuftig kontroll. Organisasjonen må innrettes slik at den underbygger den frie, men ansvarsbevisste kritisk reflekterende debatt om det daglige arbeidsliv og dets relasjoner. Man må ansette robuste og menneskelige ledere, som gir plass til refleksjon, feedback og til konstruktive konflikter uten å slippe fokus på oppgaven.

Beck (2004, s. 281) skriver at det er ingen naturgitt sammenheng mellom mengden av diplomutdannelse/mastergrader og evnen til å lede. Den type ledelsesutdanning som virkelig ”rykker” er den som er knyttet et personlig utviklingsarbeid til. Kognitiv innsikt er ikke tilstrekkelig. Beck skriver videre at man kan ikke vurdere om man har en god ledelse ved kun å se på om de overholder budsjettet. Ledelsesoppgavene er først og fremst å ha kontroll med, at den faglige aktiviteten som blir utført, bidrar hensiktsmessig til løsning av hovedoppgaven. Derfor er det en fordel å kjenne hovedoppgaven i detalj. Det gir naturlig respekt og autoritet. Men, man må ha andre kunnskaper i tillegg. Hvis ikke personalet er parat til å avgi autoritet til lederen, er det meget vanskelig å lede. Relasjonen er avgjørende (Beck, 2004, s. 277-8).

Beck skriver videre at den beste investering er å legge oppmerksomheten og energien i legegruppen. Både fordi legene er så sentrale i produksjonen, og at de andre gruppene, som er meget avhengige av legegruppen, vil følge etter, og fordi hvis legene ikke er med på det som skjer, så vil de, betraktet som en helhet, erfaringsmessig være dem som står i veien for reformasjoner. Hun mener fremtidens viktigste tiltak kunne være å rette seg mot rekruttering og utdanning av legeledere. Høykvalitative legeledere er svaret på mange av utfordringen som i dag finnes i sykehusene. Det bør satses på kunnskaper om ledelse i tillegg til personlig (følelsesmessig og erfaringsmessig) læring. Det vil være nødvendig med ledere som kan arbeide med miljøet i avdelingene (Beck, 2004, s. 280).

# 7 Overlegegruppen

## 7.1 Resultater

### Fagmiljø

En av intervjuobjektene sier at de har et sterkt faglig felleskap. De har det sånn i gruppa at hver og en får bestemme litt lite selv, «men så får du litt mindre av det ansvaret som (følger når noe) går galt og hvis en kollega blir syk en dag, så vet alle om pasientene hennes og da kan noen andre ta over». De er veldig kollektive og det synes hun er greit. «Sammen står vi veldig sterkt faglig, fordi vi hele veien diskuterer så utrolig mye faglige ting», sier hun. Det tror hun det er mange som savner på andre avdelinger. «Spesielt når du er fersk og skal prøve å lære deg et fag, så får du for lite tid i lag med de som kan det. Det å diskutere, det å ha felles pasienter og gå visitt i lag, alle sånne ting som gjør at en kan bygge på fleres erfaring, er viktig». Nå synes hun det er fint å jobbe på den måten, men i begynnelsen var det litt overraskende å bruke så mye tid på fellesarbeid.

Hun sier de har morgenmøte med undervisning hver dag for å sikre at alle har lik oppdatering. «Vår leder er flink til å tenke helhet, -hvem kan jeg fordele oppgaven til, hvem kan dette best, hvem kan det passe for og hvilke interesser har du», sier hun. «Så vi får hver våre ting vi skal lese om og reise på konferanser om og være flinke i, og så tar vi det inn i fellesskapet».

Ved en annen avdeling sier en informant at det er veldig lite hierarki. De kan ha faglig debatt og diskusjoner. De er like i alder, men, av og til savner de en ”grand old man”, som de hadde for noen år siden. De har litt ulike spesialfelt, så hver blir litt guru på sine områder. De har fagansvar. De har ingen fast leder av morgenmøtene, det er den som til enhver tid har vakt som er møteleder. Det er en ganske demokratisk avdeling.

En av overlegene sier at da hun ble ansatt hadde hun ikke hatt noe skikkelig intervju, og hadde heller ikke noen plan for sin egen faglige progresjon. Hun gikk igjennom grenspesialiseringen «i fullt kaos». Det virker som om mange av lederne har nok med å holde styr på ventelister og pasienter, sier hun. «Så, har du den gjengen av leger som du får ansatt, de er ikke ressursvake, på atføring heller, ikke sant, de klarer seg, de finner ut av det selv. Du blir kastet ut i det. Du får en personsøker og nå har du vakt så du får bare si i fra i morgen hvordan det har gått (litt latter). Ja, så klarer en seg fordi en er så noenlunde oppegående som person». «Når du er ung, er det jo mange som prøver seg og det er veldig få som får fast jobb. Og så må en både jobbe hardt og kanskje mer enn du egentlig har lyst til og vise deg som en god arbeidstaker, for å bli valgt».

## **Legers kompetanse og autoritet**

Overlegene sitter med masse kompetanse; kjernekompetansen til bedriften sitter i overlegegruppen, sier en informant. Det er det ikke tvil om, legger hun til. Til hverdags, i det kliniske arbeidet, så opplever hun ikke at deres autoritet, altså deres kliniske kompetanse, blir utfordret. «Det er kanskje forskjell på det lille og det store. Det kan kanskje sammenlignes med at Psykologforeningen og Legeforeningen kan stå imot hverandre, men på en avdeling kan samarbeidet mellom psykologer og leger gå utmerket. Det er på systemnivå det blir et større problem», sier hun. Autoriteten er knyttet til realkompetansen og den kliniske jobben de gjør, sier hun. «Men hvis man vil ha noe annet å si i vårt system så må man ta lederstillinger. Man kan naturligvis være tillitsvalgt, da kan man også få innflytelse. Men når du sitter som tillitsvalgt, så er du én blant flere».

«Legeutdannelsen er en kjempegod utdanning til å gjøre nesten hva som helst», sier hun. Vi lærer å ta avgjørelser, vi lærer å stå i vanskelige posisjoner, vi lærer at vi må snakke om vanskelige ting med folk, vi lærer å lese fag, vi lærer oss utrolig mye. Det er få som gleder seg over hvor fantastisk utdanning man har».

## **Den idealiserte forestilling om legen**

En informant sier at «ekte leger, de står på og holder ut og synes bare det er gøy». Det er en idealisert forestilling som hun opponerer litt mot, nemlig «den oppblåstheten som har vært i noe av legemiljøet, kanskje mer før enn nå. Det at jeg ofrer alt for pasienten min og jeg jobber dag og natt, jeg er uutslitelig i min gjerning, og er usårbar». Hun sier hun har aldri følt seg sånn «doktor-doktor». Hun kjente seg langt fra usårbar og hun ble kjempesliten etter nattevakt og tenkte at «dette her, det orker jeg ikke mer. Men det gikk det ikke an å si».

## **Rivalisering og konflikter**

«Jeg tror du vil finne at avdelinger som har ett felles fagfelt har lettere for å være gode, altså at det er god stemning og sånn at man drar i samme retning», sier en informant. Han føyer til: «i motsetning til kirurgiske spesialiteter, der du har seksjon for urologi, seksjon for thoraxkirurgi, kanskje generell kirurgi, kanskje plastikk kirurgi. Da blir det mange inne i samme avdeling som skal fungere sammen. Da blir det lettere disharmoni og sånne albuer på tvers av disse seksjonene. Det var en veldig fin ting å bli en egen avdeling her, hvor vi er en gjeng som jobber med det samme».

En informant snakker om faglig rivalisering som betyr «det å være flinkest mulig på sitt fagområde. Noe devaluering av andre finner sted i miljøet og kan dreie seg om å kritisere vurderinger utført av andre. Fagmiljøet har delt seg, hver har sitt felt som man er dyktig på. Vi spør de som er dyktige på sitt felt, og vi vet hvem de er», sier hun. «Det er de som driver mest med et felt og de holder foredrag om temaet (som er de dyktigste)», sier hun.

En kjenner igjen det at folk kritiserer kollegaer, forteller en annen informant. «Vi får henvist pasienter det har gått galt med andre plasser. Når leger ikke lenger vet hva de skal gjøre så ber de oss om hjelp. Da er det veldig lett å tenke, hvorfor, hvorfor gjorde de noe så dumt i utgangspunktet og, hvem er det som har operert, hvordan kan det ha gått så feil? Men, vi har hatt diskusjoner her om dette. Det blir for dumt å gi en dom over andre, når en vet hvor mye de jobber og hvor mye som er vellykket. Vi må ha raushet til å tenke at, fint at pasienten kommer her, for akkurat det, det kan jo vi».

Hvis det blir konflikt mellom legene går assisterende avdelingssjef inn, forteller en informant. «Det kommer litt an på hva det er som skurrer, eller hva som er konflikten. Da er det den formelle leder som kommer inn. Det var litt gnisninger her i fjor da vi skulle planlegge sommerferien. Det er jo å legge en kabal og da var det noen som ikke fikk det som de ville og da ble det litt murring, men det er ikke slik at man går og grunner og bærer nag, slik at alle lurur på: skal han slutte nå?»

### **Ikke nok overleger til driften, ikke tid til møter**

Der en av informantene arbeider er det en avdelingssjef og -overlege og et lederteam av seksjonssykepleiere. Faglige ledere er noen psykologer og noen leger som innkalles til ledermøtet ved viktige beslutninger i enkeltsaker. Men så er det ikke nok overleger til å dekke driften i posten og arbeidet til kontrollkommisjonen, så det er veldig ofte at overlegene ikke får tid til å møte. Da tas beslutninger uten at overleger er med. «Det ser vi hele tiden», sier han. «Beslutninger som sikkert er lure for å holde driftsbudsjettet nede, men som ikke er smarte beslutninger faglig og med langsiktig perspektiv. For eksempel (gjelder det) når man skal ansette nye spesialister. Da velger man psykologspesialister uten noe somatikk. Og så kommer det inn masse pasienter med epilepsi og som er operert for lymfom og disse spesialistene kan ikke gjøre noe. Så må de hele tiden ha tilgang til en LIS-lege (lege i spesialisering) eller overlege og da havner saken hos overlegen uansett. I stedetfor kunne man ha ansatt en overlege som kunne gjøre det hele.

### **Fagmiljøer, oppsplitting**

«Hva blir det til, med det som vi har bygget opp her?», undrer en av informantene. «Vi har mange pasienter, og et veldig godt tilbud. Vi har flere leger her, og av og til virker det som om de oppe i ledelsen tenker, vi har så og så mange leger, hvis du tar ut to av dem, eller hvis noen av dem ikke vil være med på det nye opplegget så får vi inn to nye og drive videre på samme måte. ...som om vi er bare en sånn produksjonsenhet der du kan kaste ut folk og sette inn noen andre, så skal akkurat det samme bli gjort». «Men vi tenker på oss som en kunnskapsbedrift som har veldig mye erfaring, og da kan man ikke bare riste rundt på alle delene og tro at alt skal fungere som før; at vi skal produsere akkurat det samme og gi det samme tilbudet. Tilbudet blir jo rasert. Se på det ortopediske tilbudet som ble gitt på Aker tidligere. Og så ble det kastet inn i Ahus, og er blitt rotete., Det er en katastrofe, der de hele veien må holde hodet over vann og ikke i det hele tatt får gjort det de fikk til i den gamle

strukturen». «Lederne har ikke respekt for det vi kan. Å bygge opp en fagperson tar jo i alle fall 15 år fra du er ferdig student til du er et fullverdig medlem av kollegiet, der du kan jobbe selvstendig, i hvert fall innen kirurgi. Og hvis du da skal sette folk til å gjøre noe annet, da begynner du liksom litt på null. Vi jobber med veldig spesielle ting. Hvis vi skal begynne å operere vanlige brudd, så er det litt å kaste perler for svin».

### **Endringsmotstand blant legene**

«Vi er en treg masse å forandre», fortsetter hun, men hun synes det er litt godt, den konservatismen i systemet. «Det er ikke sånn at du kan snu alt opp ned på en dag, og det er litt av styrken og». Hun synes av og til at overlegene er veldig vanskelige. «De har hatt noen ledere som har kommet for å informere om de store planene, og folk sitter med en mine, og en innstilling på at, nå skal vi ta dem, nå skal vi slakte dem. Så av og til avslutter lederne møtet uten å tillate spørsmål, fordi folk sitter klare for å slakte dem, og stille masse latterlige spørsmål for å få det til å virke helt tåpelig da. De store planene virker rett og slett ganske tåpelig på oss». Det virker som om lederne tar veldig dårlige valg, synes hun. (Hun) »tenker, skal vi ledes av en sånn gjeng med sånne folk som har gått lederkurs og egentlig ikke vet hva en helsebedrift driver på med? Det har jo vært en del av det der New Public Management-greiene, at alt skal effektiviseres og måles, men jeg føler ikke det passer for den type bedrift vi er. Du tjener ikke penger av å ta deg av syke, det koster noe».

«Men det er klart», fortsetter hun, «vi har hatt det godt. Litt sånn luksusbedrift. Her på RH så hadde man nok ressurser, nok folk, ganske sånn oversiktlig og greit miljø og så plutselig kommer de her effektiviseringskravene som jo er vanskelig å omstille seg til». Hun tror det hadde vært lettere å få vanlige medarbeidere med på forandringer hvis den nærmeste lederen «hadde vært entusiastisk for det (endringene) og hvis vi følte at det som var våre innvendinger ble tatt med i beslutningen; at vi ble hørt. Hvis det var litt bedre kontakt, hadde vi sikkert fått til forandringer, forandringer som vi hadde synes var til det bedre. Sånn som det har blitt, føler vi at alle forandringer skal ødelegge litt for det vi føler har fungert», sier hun.

### **Bryte ned tillitsforholdet lege-pasient**

En av informantene forteller om en kollega ved en annen avdeling som måtte kjempe seg til å være fast lege for en pasient. «Ved fabrikktenkningen vil man bryte ned tillitsforholdet lege-pasient, som leger vet er så utrolig viktig. Det handler om kjennskap. Det er effektivt rent medisinsk å følge opp samme tilstand. Dette vil de ta fra oss. (Det som er) vårt sterkeste verktøy. Fabrikktankegang, det å bryte ned i små deler, tar bort helhetssynet og legekunsten», sier hun videre. Hun blir lei seg. «Det dreier seg om en dannelsesprosess i tillegg til fagligheten. (Det dreier seg om) den gode evnen til å se helhet, som pasientene jo vil ha. Det å kunne etablere et helende tillitsforhold. Alle taper på det (som skjer)», sier hun.

## **De gode tingene er blitt skjellsord**

Hun har blitt en saksbehandler, pasientadministrator og en kvalitetssikrer. Allianse er blitt et skjellsord, sier hun. «Systemet motarbeider det vi vet er de gode metodene. (Det) motarbeider at man får bruke metodene man er utdannet til og spisset for å bruke; det nærer jo oss også - og gleden ved å kjenne at dette, dette får man til. De gode tingene er blitt skjellsord eller ikke-ord. Vi snakker isteden om JSV-notater (selvmordsvurderinger), behandlingsplaner, kvalitetssikring og timer».

En av de andre informantene sier han er heldig. Han jobber innen et felt som er i noen grad er blitt et satsningsområde. Han blir derfor ikke personlig berørt av endringene andre opplever. Arbeidssituasjonen hans trekker i positiv retning. Det er all right å komme på jobb», sier han.

## **Fagrådene er fjernet, fagfolk holdes nede**

Det er veldig stor forskjell på før og nå, sier en informant. «Da psykiatrien var eget HF følte vi det var vårt», sier hun. «Vi var en del av det. Vi kjente hverandre. Vi hadde mulighet for kommunikasjon. Vi følte oss mye mer delaktige. Hun var med i et lokalt fagråd, fagorganet som direktøren og ledere og alle i psykiatrien brukte. Vi forberedte saker og kom og ble hørt og sett. Nå er det blitt mye fjernere, mye mer byråkratisk. (Vi har fått en) følelse av å være en liten brikke i systemet isteden for å oppleve at man var bidragsytende. Fagrådene er nå fjernet. De er blitt unødvendige. Den faglige veien vi har hatt før har blitt borte. Hun som er avdelingsleder skal nå representere fagligheten. Vi har legemøter. Hvor ble det av nødvendigheten av å høre på oss? Tidligere var avdelingsleder ikke lege. Ny legeleder har liksom kuppet det hele. Hun er handlekraftig og effektiv og detaljstyrende og lager systemer. Vi som fagpersoner sitter igjen og har betalt for det». (Vi) er overstyrt.

Hun forteller at de har en medisinskfaglig ansvarlig. Informanten er eneste overlege ved sin seksjon, men henne stilling kalles ikke seksjonsoverlege slik det gjøres andre steder. Hun er ren fagperson, ikke leder.

En annen forteller om det samme, altså at fagrådet er fjernet. Han sier det ikke er på grunn av økonomi. Det er fagpolitisk. «Det er mange subgrupper av ansatte her. Den forrige direktøren hadde et tverrfaglig fagråd, som besto av sjefslege, FOU, sjeffysioterapeut, sjefergoterapeut, sjefsykepleier og sjefpsykolog. De møttes regelmessig. Avgjørelsene ble tatt av direktøren, men det var en ordentlig diskusjon. Nå er det enhetlig ledelse med sykepleieledere. De vil ikke ha den faglige vinklingen på driften. Det virker som om de er litt redd sterk faglighet. De prøvde å ødelegge en del samarbeidsfora som vi hadde for å diskutere faglige problemstillinger».

En annen informant forteller om en kollega som er svært dyktig. «Han har skrevet lærebok i sitt fagfelt. Han føler seg veldig skjøvet til side av lederen. Hun lytter ikke til han og gir han kun oppgaver som hun har bestemt. Han fikk heller ikke undervise i sitt fagfelt der de

arbeider. Men han underviser et annet sted på det medisinske fakultet og der er de strålende fornøyd. Lederne lytter til noe, men så blir det veldig ovenfra og ned».

En informant er ekspert i sitt fagfelt, og professor. Han har skrevet nasjonale og europeiske retningslinjer. Lederen reiser på konferanser der det er faglig naturlig at informanten deltar, men lederen inviterer ham ikke med. Informanten sier at professoren er uredd og tør si det han mener ut fra faglig ståsted og forskning. Lederen, derimot vil ikke at han skal komme med kritiske kommentarer», tror han. «Lederes lønninger har doblet eller tredoblet seg. En professors lønn har nærmest stått stille, sier informanten. Det sier noe om verdsetting».

Lederen overstyrer avdelingsoverlegen et annet sted. Denne informanten sier at avdelingsoverlegestillingen der hun jobber er en uriaspost og står ubesatt. «Det er ikke en 100 % stilling, men man skulle frikjøpe litt tid til å være avdelingsoverlege. Hun mener det er en jobbe deg i hjel-avtale. Det er jo en måte å holde en (fagperson) nede på; begrense stillingsinnholdet, slik at det ikke blir en for sterk fagstilling, for det vil man ikke ha».

### **Mye bestemmes på høyt nivå**

En informant sier at «det er veldig mye i dag som blir bestemt, bestilt og organisert på et litt høyt nivå, som vi ikke har herredømme over. Vi er med.» På hans nivå er man fortsatt med i alle høringsprosesser. Men, han kan ikke huske å ha opplevd en høringsrunde «på noe som helst, som ikke er gigantisk. Det er så mange instanser som skal være med i en høring, så du lurer på hvor liten stemmen min har blitt nå». Han tror høringene om de store og mellomstore avgjørelsene, selv blant ledere på mellomnivå, er bitt så svære og omfattende og tar så lang tid at folk kan miste respekten for høringene, eller har erfart at de går inn i den store bunken som blir tykkere og tykkere. Og så er det færre og færre som opplever at man blir hørt, kanskje». Så han tror en del folk «rundt omkring føler at det ikke er noen vits. Nå driver jeg bare med mitt her og så får jeg se hvordan det går».

### **Tillitsvalgte**

En av informantene er tillitsvalgt. En tillitsvalgt har en viss oversikt og har mulighet for å påvirke. Han føler han blir lyttet til av mange av klinikklederne. Ved et annet sykehus sier en informant også at de tillitsvalgte for legene er på plass der de skal være. «Det er ikke slik her at legene "er for sent ute" der beslutninger tas».

### **Overlegene sitter ikke i de rom der avgjørelser blir tatt**

En annen informant sier at «når ikke overlegene sitter i de rommene der avgjørelser blir tatt så får de ikke vite om det de har sagt til sin leder har blitt argumentert med, eller ikke. De får ikke fulgt sin argumentasjon helt inn». Hvis for eksempel noen kommer til henne og sier at, «nå må du si ifra at vi faktisk må ha en lege til på vår avdeling. Og hun setter seg i ledergruppa og sier at det er alt for mye å gjøre på avdelingen, så sier man, ja, det er sånn som

det er. Det kan ikke vi gjøre noen ting med, du får bare ordne opp på egen avdeling, det er ditt ansvar. Og overlegene kan jo ikke vite hvor mye hun har argumentert inn eller hva slags motargumenter som har kommet. Uansett vil det bare være noe som blir referert tilbake og de kan tenke, at hun ikke har sagt noen ting og så går de videre oppover og får samme svaret. Det blir litt sånn at de roper høyere og høyere, men så blir du ikke hørt likevel. Men hadde de gitt seg med det samme, eller trodd på det i første omgang, kunne man kanskje ha begynt å jobbe på en annen måte. Det blir noe med tillit, eller mangel på tillit».

### **Litt innflytelse så lenge det ikke gjelder penger, utstyr, eller ombygning**

En informant sier at «vi har innflytelse på vårt lille miljø, så lenge det ikke involverer mye penger eller utstyr. (Når det gjelder) organisering av dager, hvor ofte vi ser til pasienter, kontroller, følget opp pasienten, rutiner, da snakker jeg med sjefen, og som regel er det gehør for det». «Hvis det imidlertid gjelder organisatoriske grep, penger, kontorer, ombygning, ulike ting, da er det umulig. Ett nivå høyere opp, da er det umulig. Sjefen har ikke mulighet til å påvirke noe høyere opp», sier hun. «Det er tungrodd å få gjort noe med enkelte ting. De små endringene er det lettere å få gjort noe med, hvis det ikke krever noe utenfor avdelingsnivå. Det er mange ting som er tungt internt, datamaskin, romsituasjon, arbeidsforhold på posten, (og at det er) for få undersøkelsesrom». «Vi har prøvd i 10 år å få delt av noen rom som ville innebære en stor bedring i arbeidssituasjonen, men vi får ikke gjort noe med det. Det er mye som ikke lar seg gjøre», sier hun.

### **Overlegenes klagekultur, de forventer spesialbehandling**

En av informantene sier at overlegene klager mye. Ja, det er blitt sånn. "Åh, det er så mye å gjøre, det er så mange pasienter". Hun tenker litt sånn, det er jo derfor man er her. Så syter folk, åhh, det er så...Ja, så tenker hun, ta deg en annen jobb da, så flytt på deg, eller gjør ett eller annet lissom. Det er litt sånn det blir».

«Vi har et mentorprogram på sykehuset», forteller hun. Hun har vært mentor for noen ledere. «Så var det en seksjonsoverlege som kom. Han synes det var så rart, fordi han hadde fått i oppgave å rydde opp, et eller annet faglig. Og, han hadde fått til det og det hadde gått bra. Og så ble han så overrasket over at noen ble så sure. De ble misfornøyde, kollegene hans. Jeg hørte på han og jeg sa at det er ikke rart. Her har noen gått i 10 år og sagt at dette er vanskelig, og så kommer du inn og sier at det er ikke vanskelig i det hele tatt, det er enkelt og se hva jeg har fått til; kan ikke vente at folk klapper da.

### **Blitt en systemlege, blitt demotivert**

Et intervjuobjekt sier hun ville bli lege fordi hun ville jobbe med folk. Hun var interessert i kropp og hoder. Hun ville lære verktøy for å hjelpe folk slik at de kan få et bedre liv, bli friskere, bli gladere og bli bedre i stand til å ta vare på ungene sine.



«Faget motiverer meg enda», sier hun, «men hverdagen her greier jeg ikke motiverer meg for lenger». Så hvis hun ikke hadde muligheten hun nå har til å jobbe selvstendig (privat) så har hun mange ganger hatt fantasier om rett og slett bryte av og gjøre noe annet. «Men jeg hadde nok ikke gjort det, jeg hadde prøvd å finne andre måter», sier hun. Hun er blitt en «systemlege». Hun har brukt mye energi på å «jule seg selv opp for å ha funnet meg i at det har blitt sånn». Så hvis hun skulle ha blitt i systemet her, måtte hun tenke på at hun kan gå av om 10 år med god pensjon. Hun måtte legge vekk alle ambisjoner og «gjøre en slik jobb de vil ha her, og bli saksbehandler». Men hun kjenner at systemet er blitt så tungt at hun «ikke finner noe rom til å være seg selv her lenger. Da er det vanskelig å finne legemotivasjonen i dette». Hun kjemper litt imot sin egen resignasjon, for hun tenker den er destruktiv, men hun tenker hun redder seg selv litt som lege ved å slutte, sier hun.

Hun tenker hun har sine beste år som lege foran seg fordi hun har brukt mange år på å bygge opp den spisskompetansen og erfaringen hun har. «Det er jo synd for systemet at de taper kompetansen».

Hun forteller at spesialistene, der hun arbeider, må godkjenne de andre medarbeidernes behandlingsplaner. Hun blir misbrukt til å kvalitetssikre de andres arbeid, mener hun. De ansetter billigere arbeidskraft. Og så skal hun gå inn å få skylda hvis noe går galt. Det blir et spill for galleriet. Hun blir irritert. «Det kjennes meningsløst», sier hun. Hun har ikke tid til egne pasientgrupper selv lenger. Hun er jo gruppeanalytiker, og den utdannelsen har hun fått gjennom systemet, og så bruker de den ikke når hun er ferdig fordi hun må fly og godkjenne behandlingsplaner. Hun blir en rådgiver og en kvalitetssikrer. Systemet overkjører også erfarne medarbeidere med det å bruke spesialister til selvmordsvurderinger. Hun sier: «vi vet jo at den beste til å gjøre selvmordsvurderinger er den som har fulgt pasienten over tid».

«Jeg blir så lei og sliten av å få disse stikkene». Hun kan glede seg på jobb og glede seg til behandlingsmøte «og så får du den inn i gnagsåret. Vi snakker om dette som vi synes er helt feil og så må vi likevel bare gjøre disse oppgavene».

«Så har jussen kommet til, rettighetstankegangen er nå nesten viktigere enn økonomien», sier hun. Og redsel for å gjøre feil og byråkratiet (er en del av dette). Hun føler vi har mistet språket enda en gang. «Når vi hører at en pasient har suicidert, da blir første tanken, åh gud jeg håper jeg husket å skrive et JSV-notat, et selvmordsvurderingsnotat. Tenk om jeg har gjort en feil. Du blir redd for å bli tatt. Dette tenker du før du tenker på hva som skjedde i mitt siste møte med pasienten, (og) hva (som) kunne vært gjort faglig annerledes».

«Og avikssystemet som er nå», sier hun... Når hun tenker på det da blir hun helt kvalm. Det er ikke fordi hun ikke synes man skal kvalitetssikre og gå etter og gjøre det bra. Men det er opplevelsen av at det tar sånn av. «Det er så liten tillit i det. Hun siterer en annen kollega som har sagt: Før så hjalp vi pasienten, men nå er vi farlige for pasienten. Det første vi skal gjøre er å informere pasienten om hvor de skal klage hvis vi har gjort noe galt. Dette begynner hun å bli så inderlig sliten og lei av. Alle tingene har begynt fra en god intensjon, sikkert. Men så

ser ingen hvordan det på en måte bare vokser og eser ut, så det blir ikke plass til det andre, som er det vi tror er det vi holder på med. Det drukner».

«Ingen har sagt at vi skal slutte med å være gode doktorer, men dagen flyr og vi gjør alle de tekniske jussikrings tingene. Journalen er ikke et arbeidsredskap lenger, det er et juridisk dokument og vi må for all del passe på hva vi skriver der for pasienten og hvem som helst kan jo lese det», sier hun.

Hvis hun sier det hopper seg opp, så tenker en at «huff nei, nå er hun negativ, en dårlig medarbeider. Det hjelper jo ikke. (Det) blir bare akking. Det gir ikke noen god følelse å gå og sutre». Hun tenker at hvis hun er misfornøyd så går hun inn og endrer det. Hun prøver å gjøre noe med det. Hun føler seg veldig låst i dette. For henne har det blitt «take it or leave it». Før opplevde hun å ha et visst handlingsrom og et visst bestemmelsesrom, men nå er det så mange pålegg at det ikke er rom igjen. «Nå står hun på en prikk ».

## **Resignasjon, frustrasjon**

Det som skjer dreper hennes kreativitet og det dreper etter hvert hennes faglige selvtillit, forteller hun. Så hun er på vei ut. «Kollegaer som blir gående i sykehussystemet er blitt resignerte, mens de som jobber selvstendig ute vil ikke gi fra seg hjemlene sine; de synes det er så spennende med jobb. De siste to årene har det blitt mer og mer resignasjon. Faglig resignasjon. Ja, ja, vi får kjøpe oss båt og ha det hyggelig på fritiden isteden. Man er pliktoppfyllende og trår til, men...». «Det er vel av lojalitet til pasientene, stort sett (vi gjør dette). Man vil jo gjøre en god jobb».

En annen forteller at hun bruker mye krefter på unødvendig belastende ting i løpet av dagen. For å effektivisere så overbooker de operasjonene, på samme måte som fly overbookes. Det betyr at de stryker mange av de planlagte operasjonene. Så har pasientene kommet fra hele landet og hun er den som må fortelle dem at det blir ingen operasjon. Dette er belastende for henne. Hun mener at hvis de hadde hatt en operasjonssal til for de akutte tingene og litt mer slakk så kunne alle de planlagte pasientene som har kommet blitt operert. Hun er også veldig frustrert over dataen. «Det siste halvåret har vi hatt så mye styr med dataen, så vi har sittet halve dager på telefon for å få datahjelp», sier hun. Hun tror ikke de regner sånn type arbeidstid i de regnskapene de driver med. «Det er mange dager som går vekk». Hun sier at «det har vært en del mas om å få ned sengeplasser og ha større sykehus på virkedager enn i helgene, men vi kan jo ikke sende pasientene hjem hvis de er syke. Da får vi overbelegg. De ligger imidlertid i samme seng». Sånne ting prøver hun å tenke minst mulig på. Hun blir helt stressa av det. Nå får de betalt for hver pasient og operasjon, «så nå er det liksom å sparke dem ut så snart pasientene kan stå på bena».

## **Ingen er interessert i etikken din eller fagligheten din**

«Det vil alltid være dilemmaer i hvor mye du kan gjøre for hver enkelt pasient», sier en informant. «Men, når du kan gjøre de prioriteringene ut i fra din egen faglighet og din egen

etikk, så kjennes det veldig annerledes enn når du blir presset inn i et system hvor du føler at ingen er interessert i etikken din eller fagligheten din. Du skal kun produsere og få unna. Ved døgnavdelingen får pasientene nå et utskrivningstidspunkt ved innleggelse. De har en plan for utskrivelse før pasienten blir tatt inn. Vi snakker om hvor fort, hvem skal følge opp. Vi snakker ikke om hva som skal skje, hvilken behandling. Vi bestemmer hva de ikke skal få, istedenfor hva pasienten skal få. Vi sitter på inntaksmøter og bestemmer hvem som ikke skal ha rett til helsehjelp, men ikke om hva som skal skje, innholdet i tjenesten. Vi er mer opptatt av å fordele den og begrense den. Det samme med fagfolkene: fordele og begrense og gjøre billigst mulig, mer enn å se på om innholdet i behandlingen er bra».

### **Gjør papirarbeid på fritiden**

En forteller at «noen dager er hun ...», ja, hun sitter ikke og griner, men det er liksom nummeret før. Hun går rett hjem og legger seg på sofaen og spiser sjokolade for å komme til hektene til neste arbeidsdag. Formen varierer jo. Hun er ikke deprimert på grunn av dette, men hun blir veldig sliten mange dager. «Huff, det har vært ille etter vi fikk det nye datasystemet», sier hun. Etter at det kom har hun hatt mye frustrasjon. Hun føler seg utilstrekkelig. Hun klarer ikke være a jour hele veien. Det er slitsomt. Hun føler, hun skulle ha sittet her lenger, hun skulle ha gjort mer. «Det ligger masse beskjeder, mange ting henger over deg. Alt dette sekretærarbeidet vi har fått. Det er jo det som er gleden med kirurgi, veldig sånn praktisk arbeid som du kan føle; i dag har jeg gjort en skikkelig innsats. Jeg har operert noen som har blitt bedre. Så kommer du på kontoret og der ligger det bunker med beskjeder som tar veldig mye tid».

Mange av kollegene går innom en tur på søndagen, på fritiden, fortsetter hun, og sitter her og gjør papirarbeid og forbereder seg på neste uke og prøver å ha hodet over vann før de begynner igjen på mandag. «Det er fritid; vi skriver ikke overtidsbetaling. Du må bare gjøre det du skal gjøre. Vi har totallønn. På et tidspunkt var den veldig god, men nå har den ikke fulgt med i utviklingen, så nå har vi egentlig ganske dårlig lønn».

En annen forteller at hun kan følge pasienten nøye opp hvis hun vil, hun må da bruke av kontortiden til å ta pasienter. Hun skyver da på papirarbeidet. Hun sier hun «går forholdene på sykehuset av seg». Hun klarer å legge ting bak seg når hun går til fots hjem.

### **Fokus på det kliniske, skylapper**

«Helsetilstanden hos kolleger her er ganske god», sier en informant . Det kan periodevis være enkelte som er slitne og kanskje ikke har det så bra, men han tror de fleste hos dem har noen å snakke med. Det er ingen ensomme ulver i avdelingen. Han tror de er «ganske gode på å dra opp folk i felleskap. De har en god gruppe», sier han.

En annen sier at han gleder seg til å gå på jobb hver dag. Han har alltid noe å glede seg til. Men det er samtidig mye som ikke er like hyggelig. Han fortsetter med å si at han er såpass autonom at han ikke lar seg kue av dette systemet. Han gjør det han synes er riktig å gjøre,

men noen ganger blir han sint. Men, han prøver å tenke seg om ti ganger før han sier noe videre. Det skal mye til for at han er spiss i en «mail». Og det tror han er riktig, sier han. Ja, han sier nok det han mener, men pakker det pent inn.

En tredje sier de på hennes arbeidsplass prøver å jobbe med det de skal holde på med og bruke tiden og energien på pasientene sine og la «de der ledelsesgreiene bare suse sitt eget liv», for det er et godt stykke unna dem i det daglige.

En fjerde er ikke så frustrert over situasjonen. Han tar på seg skylapper. Han blir ikke søvnløs om natten. Iblant blir han imidlertid litt forbanna hvis pasienter blir urettferdig behandlet. Han sier at de har «funnet ut» at deres primære oppgave er den kliniske driften, og så blander de seg minst mulig i det andre. «Det er en overlevelsesstrategi», sier han. Likevel gir det voldsom makt. «Det er oss kontrollkommissjonen vil snakke med, pasientene vil snakke med og pårørende vil snakke med. Disse lederne har tatt på seg oppgaver som er ekstremt krevende. Vi har også fått en uformell struktur som er veldig utfordrende, kombinert med en direktør som er ekstremt detaljstyrende og hierarkisk orientert. Han er mye sykmeldt. Han er overbelastet. Det er ille å se på, men han delegerer ikke oppgaver».

Antallet sykmeldinger blant leger og psykologer har gått mye opp, sier han. «Mange synes ikke det er lystbetont å gå på jobb, eller at ansvaret er for stort. Da får de som er igjen mye overtid og så må det avspaseres, men det er det ikke muligheter for». «Det vil humpe å gå en tid og så skjer det et eller annet», sier han. «I forrige periode var det veldig kaotisk. Da mistet lederen helt grepet på ferier og alt mulig. Så kom det ene suicidet blant pasientene etter det andre. Direktøren kom på avdelingen og var helt hysterisk, ble overinnvolvert og prøvde å slukke branner. Men det var systemsvikt. Det var ikke nok folk. Det vær fælt og direktøren orket ikke mer».

«Skal du overleve som overlege må du bare forsyne deg selv, finne veien i systemet. (Det er) veldig komplekst».

«Såne nasjonale retningslinjer blir for eksempel ikke alltid fulgt», sier han. Hvis de får en behandler som ikke kan psykose, en psykolog som tror det er PTSD eller andre ting» – sånn kan han se de begår feil. Han har sine pasienter og LIS sine. Hvis han skal blande seg borti alt så blir han syk, så han lukker øynene. Det blir ikke hans ansvar heller. Men han ser at behandlingen blir gal. Han ser at pasienten sitter og hoster og han sier at der burde det blitt tatt røntgen thorax, men det blir ikke gjort. Han må ha skylapper for å beholde egen helse og gjøre en god jobb med de pasientene han selv har. «Hvis en psykolog eller sykepleier gjør feil her blir de dratt til ansvar for det. Det blir ikke deg som overlege lenger», sier han.

## **Kommunikasjonskanaler og ytringer**

En informant sier at før kunne de snakke med lederen. Nå er det medarbeiderundersøkelser. «Det er det som blir feil med medarbeiderundersøkelsen», sier hun. «De later som om de kommer og snakker med oss. Men, det blir ingen konsekvens av resultatene». Hun kjenner

frustrasjon over medarbeiderundersøkelsene. «De har kuttet ut det overordnede nivået», sier hun. «Vi skal snakke om vår nærmeste leder og vår avdeling. Jeg er veldig fornøyd med min avdeling. Det jeg blir frustrert over er implementasjonen av ting som kommer ovenfra. Og det får man ikke svart på i undersøkelsen. Så de undersøkelsene blir noe dill. Jeg har ingen arena for å si disse tingene», understreker hun.

En informant, som er professor, sier at lenger oppover i systemet så synes han det er vanskelig og han har egentlig ikke noen kommunikasjonskanal, selv om han kjenner klinikkjefen og kan snakke med ham privat. Men når det gjelder i rollen som klinikkjef, så føler han at han er et hår i suppa. Han er liksom ikke noen, sjefen har så mange oppgaver, han har ikke tid.

Informanten er uredd og tør si det han mener ut fra faglig ståsted og forskning. Klinikkjefen vil ikke at han skal komme med kritiske kommentarer, tror han. Han sier de som kunne ønske seg ting annerledes er litt konfliktsky og trekker seg unna og stiller ikke opp. «Og da får de det mot seg etterpå. Da blir det sånn selvoppyllende profeti. Men, da er de på en måte trykket ned på forhånd sånn at de har mistet gløden».

En annen informant tror sjelden mediautspill er interne kamper overleger har tapt. Han tror det mer skyldes de mange etasjer i hierarkiet, sier han. «Dette er folk som tidligere har opplevd kortere avstander til ledere som kan gjøre ting. Nå er det blitt glavalag det er vanskelig å penetrere. Jeg vet dette er en vanlig følelse på ledere på laveste nivå. Opplevelsen av å bli hørt har gått litt ned hos mange».

«Det er lov å ytre seg, men det blir tatt for faglig syt», sier en annen informant. Det du sier blir skrevet ned ett eller annet sted. Men det får ingen konsekvens. Uttalelsene veier ikke tungt. Et eksempel er nedleggelse av senger på døgnavdelingen. Man kommer med faget sitt, men det faller i gjennom på grunn av alle de andre tingene».

«Jeg får anerkjennelse fra min leder og systemet på at jeg er tydelig, at jeg sier fra, jeg mener ting og melder meg inn og er med på å utforme ting der jeg blir bedt om det». Det blir imidlertid så høyt, så administrativt, alle føringene», mener hun. «Det blir veldig høyt og langt unna. Du må sette deg veldig inn i sakene, det vil koste mye krefter. Det er prisen for de store enhetene. Det blir så langt unna».

Der hun arbeider er legene spredt rent fysisk i ulike lokaler. «Vi mister identiteten til faggruppen og til faget, og dermed kanskje noe av styrken til å mene noe».

”Jeg kunne ønske at denne mikrofonen gikk til ministeren”, sier en av de andre informantene, avslutningsvis.

## 7.2 Diskusjon

### Legen, en høyspesialisert medarbeider

Hein (2013, s. 15) definerer høyspesialiserte medarbeidere til å være medarbeidere som er høyt spesialisert innenfor sitt fag og som er sysselsatt med komplekse arbeidsoppgaver. De setter mye på spill i utførelsen av sine oppgaver. Lojaliteten er i langt høyere grad knyttet til saken, faget, karrieren eller kolleger enn den er knyttet til arbeidsplassen og til lederen. Samtidig er ledelse avgjørende for om medarbeiderne føler de opptrer innenfor noen rammer som tillater dem å yte sitt beste. Ledelse er også avgjørende for om medarbeiderne føler motivasjon, arbeidsglede og mening, for noen også livs-mening. Derfor innebærer ledelse av slike medarbeidere et stort ansvar, skriver Hein.

Hein mener at kontrollforanstaltninger, styringslogikk, tradisjonell maktanvendelse og generaliserte ledelsesverktøy vil medføre at man vil bli utfordret på sitt lederskap av høyspesialiserte medarbeidere som ofte vet mer om faget og om arbeidets utførelse enn lederen (Hein, 2013, s. 15).

Hein skriver at man i Danmark påpeker at kunnskap og kreativitet er faktorer som vestlige land kan hevde seg på og at man som land ikke har råd til ikke å få det beste ut av de høyspesialiserte medarbeiderne (Hein, 2013, s 16).

Ved danske arbeidsplasser har man en utfordring med å holde på de høyspesialiserte medarbeiderne. Det kan skyldes dansk kultur, som har vansker med å romme viss typer kloke og kreative medarbeidere, men det kan også skyldes et ledelsesvakuum. Det er for lite kunnskap om hvordan høyspesialiserte medarbeidere skal ledes slik at man høster det fulle potensial av den arbeidsstyrke en leder har. Det som var god ledelse i industri og servicesamfunnet er ikke lenger god ledelse i kunnskapssamfunnet og i den kreative økonomi (Hein, 2013, s 16).

I følge Hein (2013, s. 11-12) har alle profesjoner historisk sett vært basert på tanken om kall. Som en følge av det har medlemmene av profesjonen vært båret av en sterk pliktetikkk. De etiske spillereglene er forutsetningen for at vi tar profesjonen og dens rolle i samfunnet alvorlig, mener hun. Hein påpeker at det er viktig at alle, ikke minst ledere, politikere og arbeidsmarkedets organisasjoner forstår de vidtrekkende konsekvenser av de beslutninger de treffer og de rammer de setter for høyt spesialiserte medarbeideres utførelse av arbeidet. Hvis man ikke gjør plass til å verne om pliktetikken, er det ikke kun den enkelte arbeidsplass som taper på det, men hele samfunnet.

I ledelsespraksis henger man fast i en utilstrekkelig oppfattelse av arbeidets karakter, mener hun. Det er mye som står på spill når høyspesialiserte medarbeidere utfører sitt arbeid. Arbeidet krever dedikasjon, kamp og mot, og medarbeiderne investerer mye energi. Den eksistensielt motiverte medarbeider deponerer en del av sin sjel og sitt kall hos sin leder og det bør forvaltes med respekt, mener Hein (2013, s. 13). Ved utførelsen av høyspesialisert

arbeid står mye på spill. Man risikerer å møte en mur, man risikerer fiasko. Samtidig koster det noe å nå opp på det spesialiseringsnivå og kunnskapsnivå som er en forutsetning for å løse komplekse problemstillinger. Møtes man med manglende respekt for de omkostningene det har medført, reageres det på dette (Hein, 2013, s 27).

## **Motivasjon og demotivasjon i arbeidet**

Hein (2013, s. 24) skriver at det har skjedd en utvikling fra industrisamfunnet til kunnskapssamfunnet, hvor motivasjon ikke lenger er et middel til å få medarbeiderne til å yte en innsats, men at motivasjon i seg selv er målet for medarbeideren.

I den behavioristiske tradisjon betraktes individet som ytre styrt, styrt av ytre påvirkninger som for eksempel belønning eller straff. (Hein, 2013, s. 24) I teorier om kognitiv dissonans antar man at individet søker likevekt og ønsker å redusere spenning.

I den humanistiske psykologi fokuserer man i høyere grad på indre motivasjonsfaktorer. I Maslows behovsteori tenker man at individet er styrt av et ønske om å dekke en rekke behov, for eksempel fysiologiske behov, trygghetsbehov, sosiale behov, kompetansebehov, autonomibehov, meningsbehov osv. Man fokuserer i den humanistiske motivasjonsteori på at mennesket kan og bør finne sitt optimalnivå, at det er mulig og viktig å realisere sitt fulle potensial, ofte gjennom utførelse av meningsfylt arbeid, som typisk rommer et altruistisk element.

I eksistenspsykologien videreføres dette og man beskjeftiger seg med mening som motivasjonsfaktor. Her hevder man at menneskets vesentlige drivkraft er å søke mening med livet og med tilværelsen. Viten om at man har en mening med livet, skaper mental sunnhet, også i ekstreme situasjoner (Hein s. 25-26).

Hein (2013, s. 29-39) tredeler motivasjon i sin grunnleggende motivasjonsmodell

**1-Motivasjon som emosjonell og psykologisk tilstand.** Den følelse man har når man er særlig motivert.

**2-Styrbare motivasjonsfaktorer og ledelsesmessige dyder.** Det er de faktorer man som leder eller arbeidsplass mer eller mindre direkte har innflytelse på, og som medvirker til å skape motivasjon hos medarbeidere.

*a) Ytre motivasjonsfaktorer*, slik som lønn, bonusordninger, frynsegoder, målsettinger osv.

*b) Miljø.* Det å skape et miljø hvor medarbeidernes indre drivkrefter kan trives. Det kan være å formulere en meningsfull visjon eller fjerne faktorer som hindrer de indre drivkrefter, for eksempel kontrollsystemer, møter, eller andre ting som tar tid og oppmerksomhet fra det som reelt sett driver medarbeiderne. Det å utøve en ledelse der lederen fremstår som autentisk og at lederne besitter de karaktertrekk og dyder som er nødvendig for at lederskapet kan kvitteres med følgeskap, er derfor viktig.

**3-Eksistensielle motivasjonsfaktorer.** Det er de medarbeiderne som betrakter arbeidet som en vesentlig kanal til å skape mening i livet. Det gir en slik mening når man kan gjøre en forskjell i en høyere saks tjeneste.

Innenfor motivasjonsteorien har man for lengst erkjent, ifølge Hein, at anvendelsen av ytre motivasjonsfaktorer har begrenset effekt på medarbeideres motivasjon, spesielt gjelder dette høyspesialiserte medarbeidere.

### **Motivasjonsprofiler**

Hein har levert et interessant bidrag til forståelsen av det hun kaller høyspesialiserte medarbeidere. Ved bruk av en såkalt ”grounded theory”-metode har hun funnet at høyspesialiserte medarbeidere har fire ulike motivasjonsprofiler som ligger til grunn for utøvelsen av deres arbeid. Hennes hovedpoeng er at disse profiler må forstås av ledere og man må legge opp sin ledelse i tråd med denne forståelsen. Først da kan man få ut det fulle potensial fra disse medarbeiderne (Hein, 2013, s. 16).

Hun deler motivasjonsprofilene inn i de fire grunnprofilene primadonna, prestasjonstripper, pragmatiker og lønnsmottaker (Hein s. 38-41).

**Den eksistensielt motiverte (primadonna).** Når det gjelder primadonnaen så er det for henne en medarbeider som har et eksistensielt forhold til arbeidet. Han går på arbeid for å gjøre en forskjell i en høyere saks tjeneste. Han betrakter arbeidet som et kall og er villig til å ofre mye for arbeidet. Han føler en plikt til å yte etter den høyeste standard innenfor sitt felt. Han får en sterk lykkefølelse når han lykkes og den er kombinert med en følelse av mening med livet. Den eksistensielt motiverte er drevet av et sterkt verdisett som fungerer som et slags moralsk kompass som en etisk rettesnor både profesjonelt og privat. Autentisitet og integritet er nøkkelord (Hein, 2013, s. 84).

Begrepet primadonna er negativt ladet. Man kan forstå hvorfor betegnelsen brukes, men jeg velger ikke å bruke den videre. Jeg ønsker å bruke det fenomen som ligger under, nemlig at det dreier seg om eksistensielt motiverte medarbeidere.

**Prestasjonstripperen** henter sin energi fra det å prestere på et høyt nivå. Han kan også ofre mye for sitt arbeide. Den ekstroverte prestasjonstripper er styrt av et ønske om å prestere i andres øyne. Han ønsker å ha prestasjoner på et nivå som høster respekt og anerkjennelse og får lykkefølelse av dette. Han betrakter arbeidet som en konkurranse; han konkurrerer med andre. Den introverte prestasjonstrippen henter energi innenfra og søker prestasjoner for sin egen skyld. Han er i konkurranse med seg selv. Han elsker å utfordre seg selv og får følelsen av å ha prestert når han har knekket en faglig nøtt med høy vanskelighetsgrad. Arbeidet betraktes som en søken; han er prosessorientert. Det ligger en stor nytelse i denne prosessen, en tilstand av «spenningsflow» forbudet med det å løse komplekse oppgaver.

**Pragmatikeren** betrakter sitt arbeid som nettopp et arbeid. Arbeidet utgjør en side av vektskålen og privatlivet og fritiden utgjør den andre delen. Disse skal være i balanse.



Pragmatikeren er pliktoppfyllende og ønsker å utføre et godt stykke arbeid ut i fra kriterier som er fastsatt av andre. Det kan være standarder, veiledninger basert på ”best practice” og hviler på en konsensus om hva som er et godt stykke arbeid og hva god faglighet er. Pragmatikeren er tilfreds når balansen mellom privatliv og arbeid er i balanse over en lengre periode. Pragmatikeren søker ofte jobber der han har stort fellesskap med andre; han får dermed også oppfylt et sosialt behov.

**Lønnsomtakeren** ser arbeidet som et middel til å nå noen mål som ligger utenfor arbeidet. Lønnsomtakeren går på arbeid for å få en lykkefølelse på fritiden. Lønnsomtakeren ønsker å få så stor belønning som mulig, typisk målt i kroner og øre og å bidra med så lite som mulig, slik at han eller hun kan spares energi for å få lykkefølelse i fritiden. Lønnsomtakeren legger vekt på å gjøre det som skal gjøres, men ikke mer enn det. Lønnsomtakeren kobler fullstendig av fra arbeidet i fritiden.

Disse grunnmønstre er dynamiske, skriver Hein, Med unntak av for lønnsomtakeren, er de noe man er, men de beskriver også en atferd. En som er eksistensielt drevet kan i faser måtte opptre som pragmatiker, for eksempel i den perioden han eller hun har små barn, fordi det ikke er tid eller energi nok til alt. Dette gir sjelden anledning til destruktiv motivasjon fordi det er selvvalgt. Den eksistensielt motiverte kan i lange perioder opptre som introvert prestasjonstripper. Han eller hun kan opptre som pragmatiker og lønnsomtaker omkring visse oppgaver og prioritere sin energi til de oppgaver han eller hun anser som vesentlige. Grunnatferden kan også endre seg når man går inn i team der man må fylle ulike funksjoner (Hein, 2013, s. 44-52).

Konsentrasjonen av medarbeidere som er eksistensielt motivert er høyere innenfor profesjonene enn innenfor andre grupper høyspesialiserte medarbeidere. Gjennom den fagprofesjonelle pliktetikk har disse etablert en etisk kodeks for hvordan de som medlemmer av profesjonen skal agere i utførelsen av arbeidet. Profesjonens etiske normer og verdier gir grunnlaget for denne kodeks. Man skal, som profesjonsmedlem, arbeide på en særlig samvittighetsfull måte og man skal arbeide til klientens beste og ikke (primært, eller i stor grad) for egen vinning. Dette er historisk knyttet til et kall som er et ikke-kommersielt høyere formål med arbeidet. (Hein, 2013, s. 77-78).

## **Demotivasjon og frustrasjonsregresjon**

I følge Hein vil alle representanter for de beskrevne grunntyper oppleve at motivasjonen blir påvirket hvis man i gjennom lengre tid ikke får sin lykkefølelse som følge av arbeidsoppgavene. Man kan godt avfinne seg i perioder med å gjøre arbeidsoppgaver som ikke gir en slik følelse. Hvor hyppig man trenger disse opplevelsen for å holde motivasjonen opp vil variere, men på ett tidspunkt vil man reagere. Det vil manifestere seg som en grunnleggende utilfredshet med arbeidet og en stigende grad av frustrasjon. De kan resultere i at medarbeideren utviser en annen type atferd enn den som knytter seg til hans eller hennes grunnmønster (Hein, 2013, s. 53).

Dette kalles frustrasjonsregresjon. Det er en følelse av frustrasjon som resulterer i regresjon. Regresjon er et psykologisk begrep som beskriver at man utviser en atferd som hører til på et lavere modenhetsnivå, dvs. at man utviser mer primitiv og mindre moden atferd enn den som svarer til ens modenhetsnivå. (Hein, 2013, s. 53-54). I den modellen Hein har utarbeidet mener hun at regredierende medarbeidere beveger seg over til å utvise lønnsinntakeratferd fra å ha utvist atferd knyttet til de andre gruppene.

Hun fortsetter med å beskrive at frustrasjonsregresjon betraktes som en slags behovsfrustrasjon. Det er en følelsesmessig reaksjon på at noe står i veien for at man kan få dekket sine høyereliggende behov. Reaksjonen er uttrykk for en frustrasjon over arbeidet som stikker langt dypere enn bare jobbutfredshet (Hein, 2013, s. 54). Frustrasjonsregresjon er en overlevelselsesmekanisme og det er avgjørende, mener Hein, at lederen sørger for å dekke de behov medarbeideren har regrediert fra og ikke de behov han har regrediert til (Hein, 2013, s. 57).

De hyppigste årsaker til frustrasjonsregresjon er, i følge Hein,

1- Arbeidspolitikk og reglement som forhindrer medarbeiderne i å arbeide effektivt samt kontroll og minutttyranni.

2-For mye arbeid som skal utføres på for kort tid,

3-Dårlig arbeidsutstyr,

4-Fremmedgjørende suksesskriterier, som ofte er definert innen nytteetikken. Et eksempel på det siste kan være forskere som måler lengden på publikasjonslisten fremfor kvaliteten på de enkelte publikasjoner.

5- En uhensiktsmessig ledelse og organisasjonskultur.

6- Ledere som forsømmer å gi «feedback».

Jo større betydning man tillegger arbeidet jo større konsekvens vil frustrasjonsregresjonen få både for arbeidet og privatlivet (Hein, 2013, s. 58).

Tegnene på frustrasjonsregresjon kan være mange. Eksempler kan være at medarbeidere begynner å komme for sent på arbeidet, melder seg syke uten å være syke, sier opp og finner arbeid annet sted. Man kan se medarbeidere som holder seg strikt til reglene og som bruker reglene som et vern mot å gjøre mer enn høyst nødvendig. Latskap kan opptre, arbeidsoppgaver kan trekkes i langdrag og man kan se lengre og hyppigere pauser (Hein, 2013, s. 59).

## **Etiske regler for leger og legeløftet**

Hvilke etiske regler er gjeldende for leger? De nåværende etiske regler for leger ble vedtatt av landsstyret i Legeforeningen i 1961 og senere har de blitt revidert flere ganger, senest i 2015.

Legeforeningen har et Råd for legeetikk som kan gi kritikk av eller gi en irettesettelse til en lege hvis han eller hun har overtrådt de etiske regler for leger.

Omkring 1980 var ordlyden i punkt I. Alminnelige bestemmelser, § 1: En leges oppgave er å verne om menneskets helse. Han skal utøve sin gjerning omhyggelig og samvittighetsfullt, hjelpe syke å gjenvinne sin helbred og sunne til å bevare den (DNLF, 1980).

I siste versjon fra 2015 leser vi i punkt I. Alminnelige bestemmelser, § 1: ”En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn” (DNLF, 2015).

Ritualet med legeløftet, den hippokratiske ed, brukes i flere land og ble lenge brukt også i Norge. Legeløftet var ikke juridisk bindende, men avleggelse av løftet ble ansett som en betingelse for at den nyutdannede kandidat kunne kalle seg lege og utføre sin legegjerning (Skatvik, 2013). Legeløftet er imidlertid blitt fjernet fra avgangsritualet for medisinstudenter i Norge. Ved henvendelse til Det medisinske fakultet i Oslo bekreftes dette. I følge Ole Berg (e-post, 13. mai 2016) var begrunnelsen at den ble oppfattet som gammelmodig i formen og ble til dels sett på som standsinteresseforsvarende. Eden var nokså ”medikratiske” og forutsatte stor grad av legelig autonomi og gjensidig kollegialitet. Dette kunne bli oppfattet som ”en sammensvergelse” av kritikere.

Endringer i de etiske regler og fjerning av legeløfte kan forstås som et forsøk på å endre etikken i legegruppen. Fra å ha all fokus på sine pasienter, skal legen også å trekke inn samfunnet. Vi beveger oss her i retning av myndighetenes rettferdighets- og fordelingslogikk. Berg (e-post, 13. mai 2016) skriver at etikken også i stor grad er gjort til offentlige lover og blitt en form for ytre pålagt plikt for legene.

## **Oppgaveorienterte og dedikerte medarbeidere**

Et hovedtrekk ved helsearbeidere er deres motivasjon for arbeidet. De er drevet av en sterk faglig etikk. Gleden i arbeidet ligger for de fleste i kontakten med og det arbeid de gjør direkte for pasienten. Det viser seg at medarbeiderne utfører oppgaven tilfredsstillende, selv under svært utilfredsstillende arbeidskår. Ansatte i helsesektoren, og leger spesielt, har en sterk indre justis; de presser seg.

Det kan faktisk se ut til at arbeidsgiveren enkelte steder utnytter dette. De nærmest ”tyner” sine ansatte i visshet om at de ansatte er svært lojale overfor hovedoppgaven. Der det er totallønn pøser man for eksempel på med oppgaver og så må medarbeiderne arbeide i fritiden, i helgene, og gjøre arbeidsoppgaver som tidligere ble utført av sekretærer. Denne praksisen går selvfølgelig kun inntil et «visst» punkt. Kvaliteten vil synke, arbeidstakere vil slutte eller «hangle». Noen vil også bli sykmeldt.

Hvor mange i legegruppen som hører til i de ulike motivasjonsgruppene som beskrives av Hein, vet vi ikke, men mange hører til de eksistensielt motiverte, og mange er prestasjonstrippere, både ekstroverte og introverte, med svært høye krav til seg selv for utførelse av arbeidet. De ønsker den høyeste standard. Noen er også pragmatikere, og i følge Hein kan dette være en atferd som kan tvinge seg frem i faser av livet der man har mange andre belastninger, for eksempel i periodene med etablering og med små barn. Tiden strekker ikke til til å utføre arbeid på et det nivå leger flest ønsker å være på, i slike perioder (Hein, 2013).

Vi hører fra informantene om hvordan leger resignerer og om hvordan de begynner å tenke som man gjør når man er frustrasjonsregrediert. Man tenker at man gjør arbeid, man holder ut, men hovedsiktemålet er å ha det bra i fritiden. Man får lønnsmottakeratferd.

Når vi så tenker på grunnlaget i den nye managementorienterte ledelsen med sitt utspring i behavioristisk teori så ser vi at dette ikke passer spesielt godt for legegruppen. Det er andre ting enn økonomiske bonusordninger og incitamenten som motiverer. Det er faget, fagutøvelsen, inkludert konkurransen innen faget og det dypt etiske som motiverer, selv om økonomi spiller inn. I materialet var noen informanter for økonomiske belønninger, mens andre sa at økonomi spiller en rolle kun opp til et visst nivå. Faglige belønninger teller etter det mer.

## **Reduksjon av kvalitet av behandling**

Viktig er også aspektet med kvaliteten av selve behandlingen. Hvis myndighetene presser systemet hardt vil det kunne gå ut over nivået på behandlingen. Den vil kunne synke fra det optimale/gode nedover til et lavere nivå og også til under grensen for det faglig forsvarlige. Både de eksistensielt motiverte og prestasjonstripperne ønsker å prestere på det høyeste nivå. Det å måtte (bli tvunget til) å yte behandling med lavere kvalitet vil gi økende grad av frustrasjon. Det er uforenlig med deres etiske verdier. Det er noe som kan aksepteres i ekstreme tilfeller, eksempelvis ved arbeid på et feltsykehus under krig, men som vanskelig tåles i daglig drift hjemme. Hvis politikerne sier, nå må vi senke behandlingskvaliteten på grunn av økonomi, vil det kunne få følger. Vi ser tendenser til dette i media når det gjelder svært kostbare kreftbehandlinger, selv om leger flest nok aksepterer at det må settes noen økonomiske begrensninger.

## **Legemiljø og kollegialitet**

Man kan forstå en del av de som har skjedd med legegruppen i sykehus som en del av en modernisering eller demokratiseringsprosess i samfunnet. Men holdninger innad i sykehuset og i samfunnet formes også av hvordan leger opptrer, både individuelt og samlet. Viktig er det hvordan de opptrer overfor sykepleiere, pasienter og andre inne i sykehuset og hvordan de ytrer seg i samfunnet. Både sykepleiernes kamp og seier kan forstås på dette plan; holdninger til leger i samfunnet kan også forklare noen av de politiske beslutningene.

Legegruppen er i stor forandring. Kvinner har kommet inn i stort monn, vi har utenlandske leger som arbeider ved norske sykehus og norske leger med ulik etnisk opprinnelse.

Magne Nylenna (1996) skriver at det er tid for å gjenreise ordene kollega og kollegialitet som stolte og positive begreper. Jo mer det stormer rundt legene som yrkesgruppe, desto viktigere er samhold og fellesskap.

Nylenna fremhever at kollegialitet er et ord med mange valører, og har i manges ører et tvilsomt innhold. Kollegialitet blant leger er iblant blitt oppfattet som et fordekt system av beskyttelse og fortielse, og nærmest som en trussel mot både pasienter og andre medarbeidere. Slike høyst uønskede forhold må motarbeides, skriver Nylenna.

Nylenna skriver videre at kollegabegrepet symboliserer et fellesskap som verdsetter normer og en profesjonell rolleforståelse. I en stadig mer spesialisert og fragmentert legestand gir den allmenne kollegialitet en felles faglig tilhørighet som det er god grunn til å ta vare på. De etiske regler for leger regulerer forholdet mellom kolleger, og det er mange, og gode, grunner til både å lese og følge disse reglene, skriver han.

Men ved søk på nett er lite skrevet i Tidsskrift for Den norske legeforening om dette temaet, med unntak av Høye (2002) som i artikkelen Legekultur og kollegialitet under press omtaler Den Alminnelige Danske Lægeforenings (DADL) arbeid med temaet.

Den Danske Lægeforening har tatt spørsmålet om legekultur og kollegialitet alvorlig. I 2001 utarbeidet den et debattokument (DADL, 2001) der den stilte en rekke spørsmål og i 2002 ble politikk- dokumentet Lægekultur og Kollegialitet, utarbeidet (DADL, 2002). Senere har Lægeforeningen vedtatt reviderte Kollegiale regler for læger (2010) og i 2016 er et beslutningsopplegg til legemøtet utarbeidet der tittelen er "Læger skal gøre sig fortjent til tilliden", der tilliten fra pasienter og samfunnet skal styrkes ved endringer i legestandens selvjustis (DADL, 2016).

Fler og fler beslutninger innen medisin tas blant grupper av leger, fordi medisinen er blitt så spesialisert og komplisert, fordi ett individ ikke kan overskue det hele, men også på grunn av skjerpede kvalitetskrav og jussens inntreden er det viktig å kvalitetssikre beslutninger. Dette medfører at leger mer enn før må jobbe sammen i grupper. For å bedre teamarbeidet, bedre opplæringen av leger på avdelinger og bedre arbeidsmiljøet, mente danskene at kollegialiteten måtte arbeides aktivt med på avdelingene og ute i praksis (DADL, 2001, s. 3).

Medisinstudiet former de unge kandidatene. Studentene blir selektert til studiet basert på gode karakterer fra videregående skole. De formes gjennom studiet ved å se lærere som blir rollemodeller og av hva som vektlegges i undervisningen. Etter studiet kommer de ut på sykehusavdelinger og der møter de klinikere som rollemodeller i en mester-lærling situasjonen. I tillegg formes de unge av å prøve seg på oppgaver. Det er mye god læring i de kliniske situasjoner der den yngre kan bli med den eldre. Det læres også mye i plenumsdiskusjoner i gruppen av leger. Danskene ønsker at senioren skal bli mer bevisste hvordan de fremstår som rollemodeller både i handling og tale. I rapporten diskuteres det

fenomen at leger fremstår mer som individualister enn som kolleger i et felleskap. De spør om legene oppfatter sin ervervede kunnskap som sin egen og ikke som en del av et felleskaps kunnskap (DADL, 2001).

Teamarbeide kan skape et tettere samarbeide mellom leger på forskjellige kompetansenivåer i det daglige arbeidet. Et viktig formål med teamarbeid er å sikre undervisning og veiledning. En god arbeidstilretteleggelse for legene skal, i følge danskene, legge til rette for hyppige kontakter med henblikk på «feedback» mellom leger i utdanning og leger som kan gi «feedback», veiledning og undervisning (DADL, 2001).

God legekultur, mener danskene, er å betrakte hverandre som kolleger som skal respekteres og i mindre grad som konkurrenter. Det skal skapes grupper der det kan oppnås trygghet og samhörighet, slik at roller kan diskuteres og den enkelte kan bygge opp sin identitet som lege. De mener også at helsevesenet skal være et romslig arbeidsmarked for leger, det vil si et arbeidsmarked der det skal være plass til forskjellighet. Kollegialiteten og legekulturen skal sikre denne romsligheten. Den medisinske faglighet skal naturligvis oppfylle de til enhver tid gjeldende krav (DADL, 2002, s. 9-10).

Beck skriver at overlegegruppen er av stor betydning fordi de på mange måter er svært synlige og toneangivende på avdelingen. De er faglige ledere, ledere av behandlingsforløpet ved pasienten. Det er de som er tettest på kjerneoppgaven, og det er de som via sitt arbeid, setter rammene for mange av de andre medarbeiderne. Tonen blant overlegene er meget normsettende for hele avdelingen (Beck, 2004, s. 280).

Det er konkurranse og rivalisering mellom leger. Dette skaper engasjement og fremdrift, men rivaliseringen medfører også en del skittent spill. Det å kritisere kolleger når de ikke er tilstede og devaluere dem i andres påhør er ingen sjeldenhet. I følge danskene fremsettes kritikken ofte overfor andre, og ikke først direkte til kollegaen. Danskene spør hvordan leger kan bli flinkere til å gi konstruktiv kritikk direkte til vedkommende og slik sikre en god læringskultur (DADL, 2002, s.6).

Merittering har vært svært viktig som konkurranseparameter ved søknader til stillinger. Siden leger mer og mer må arbeide sammen, mener danskene at fremvist god kollegialitet også må merittere, både i den jobb man er ansatt i og ved søknader til stillinger. God kollegialitet bør belønnes (DADL, 2002).

## **Sterke faggrupper**

I materialet er det et par informanter som arbeider i sterke faggrupper. En arbeider i et mer tradisjonelt legehierarki og en arbeider i et mer moderne demokratisk legemiljø. For begge er gruppen svært viktig, ikke minst faglig sett. En av overlegene i psykiatrien beskriver også hvordan overlegene har gått sammen og laget en felles strategi for hvordan de skal overleve med systemet slik det er. En annen informant arbeider et sted i psykiatrien der legegruppen er spredt utover og har blitt fragmentert og hun påpeker at dette svekker kraften til legene og

deres synspunkter. Dette illustrerer betydningen av å ha et godt fagkollegium på arbeidsplassen.

Noen synes å ha det syn at en lege er en lege. De ser ut til å glemme at det er etter den basale legeutdannelsen spesialiseringen tar til og at den tar mange år. Ytterligere år etter spesialiseringen, med erfaring og subspecialisering og eventuelt doktorgrad, er nødvendig for å ha tilstrekkelig kompetanse til å lede en legegruppe. Det er stor forskjell i kompetanse på en overlege med mange års praksis og en nyansatt lege i spesialisering (LIS).

### **Forskjell på å være overlege i psykiatrien og somatikken**

I dette lille materialet ses tydelig store forskjeller mellom det å være overlege på somatisk sykehus og det å være overlege i psykiatrien. Hos de informanter jeg har intervjuet evner ledere i somatikken å skjerme sine medarbeidere bedre slik at de kan fokusere på det de er gode til, fagutøvelsen. I psykiatrien ser det annerledes ut. Noen har utviklet en overlevelsesstrategi som går ut på å sortere bort det de synes er uvesentlig, ha skylapper og lukke øynene. En informant er ufrivillig blitt fratatt de fagfunksjoner hun har brukt år på å tilegne seg, og hun er helt nedkjørt og på vei ut til privat praksis. Bildet som tegnes et par steder er alarmerende.

### **Legenes arbeidsmiljø**

Den Almindelige Danske Lægeforening definerer arbeidsmiljø slik: ”Arbeidsmiljø omfatter de samlede betingelser arbeidet foregår under. Betingelsen for et godt arbeidsmiljø er arbeidsglæde. Dette kræver bl.a. tilfredsstillende fysiske rammer, tryghed i arbeidet, gode utviklingsmuligheder, indflydelse på eget arbejde og mulighed for refleksion i hverdagen”. Det påpekes at belastende vakter, og opplevelsen av manglende innflytelse på egne arbeidsforhold, er medvirkende årsaker til et dårlig arbeidsmiljø og skrantende kollegialitet (DADL, 2002).

I Norge stiller arbeidsmiljøloven i § 4-2 krav om at arbeidet skal tilrettelegges for den enkelte arbeidstaker slik at: arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling, det tas hensyn til den enkeltes arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger, det legges vekt på å gi arbeidstaker mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar, det gis mulighet til variasjon, og gis tilstrekkelig opplæring, særlig ved endringer som berører den enkeltes arbeidssituasjon (Arbeidsmiljøloven, 2006).

I NOU 1997:2 leses det at et godt arbeidsmiljø er ofte kjennetegnet ved åpenhet, god kommunikasjon, godt humør, trygghet, anerkjennelse og respekt. Den direkte effekten av et godt arbeidsmiljø er at et godt arbeidsmiljø stimulerer hver enkelt til en ekstra innsats, slik at den enkelte yter bedre. Et godt arbeidsmiljø vil kunne bedre rekrutteringen til sykehus, forhindre «flukt» fra sykehusene, legge grunnlag for økt fleksibilitet og mindre konflikter. Arbeidsmiljøet er dobbelt, på den ene siden består sykehusene av attraktive arbeidsplasser med utfordrende arbeidsoppgaver og et faglig godt miljø. På den andre siden kan

arbeidsmiljøet oppleves som belastende, med stort fysisk og psykisk press. (NOU 1997:2, pkt 9.4).

I Den norske legeforenings Veileder om arbeidsmiljø i sykehus står det at mye tyder på en negativ utvikling av arbeidsmiljøet i sykehus. Mange ansatte i sykehus opplever i dag usikkerhet når det gjelder egen arbeidssituasjon, dårlig psykososialt arbeidsmiljø og/eller et stadig økende tidspress i arbeidssituasjonen (DNLF, 2011)

Det foregår omfattende omstillingsprosesser i sykehusene og disse prosessene berører svært mange ansatte. Prosessene kommer i tillegg til et vedvarende fokus på innsparing og uten ekstra budsjettmidler til å finansiere de store endringene som skal gjennomføres (DNLF, 2011, s. 9)

I veilederen leses det at arbeidstilsynets "God vakt"- kampanje i 2005 avdekket en rekke kritikkverdige forhold. Dette har Arbeidstilsynet fulgt opp i 2008. Arbeidstilsynet har påpekt at misforhold mellom ressurser og oppgaver er en stor utfordring. I sykehusene i dag oppleves fokuset på økonomisk innsparing som nærmest enerådende. Dette får konsekvenser for arbeidsmiljøet. For mange preges hverdagen av stort tidspress, stadige omorganiseringer med usikkerhet om ansettelsesforhold, manglende registrering av arbeidstid (og mye overtidsbruk), utstrakt bruk av midlertidige ansettelser og til dels svært korte vikariater (ned mot 3 måneder) (DNLF, 2011).

Ledere på alle nivåer har for lite tid til å arbeide med utvikling av arbeidsmiljøet, da rapportering, omorganisering og innsparing tar svært mye tid. Riksrevisjonen påpekte noe av de samme tendensene i sin rapport om sykehusene og økonomistyring fra november 2009, men med vekt på sviktende involvering på alle ledelsesnivåer i sykehus og overfor ansatte. (DNLF, 2011, s.10)

## **Arbeidsbelastning og stress**

Legeforeningen skriver at stor og uforutsigbar arbeidsbelastning rapporteres som en utfordring for legegruppen. Tidligere var det lite oppmerksomhet om arbeidstid, noe som ble "styrt" gjennom behov og dialog mellom overlege og pasient. Mange leger hadde former for "totallønn", der arbeidstiden ikke ble regulert og kontrollert i særlig grad, annet enn ved fordeling av vakter. I en situasjon med stadig og vedvarende ensidig press mot leger når det gjelder arbeidstid, er det viktig med vern av arbeidstidsbegrensningene (DNLF, 2011, s. 11).

Legeforeningen skriver at behovet for vern øker når dialog og avtaler mellom ledelse og ansatte leger erstattes av styring, kontroll og pålegg. Det gir legene et legitimt og nødvendig behov for beskyttelse. Et tiltak er registrering av overtid for leger og da særlig overleger. I en situasjon med vedvarende press på arbeidstid vil registrering av overtid og et fokus på at overtidsbruk skal være i overensstemmelse med arbeidsmiljølovens regler, være nødvendig for å sikre de ansattes helse (DNLF, 2011, s. 11).



Et godt arbeidsmiljø for leger som arbeidstakere og arbeidsgiverrepresentanter er en avgjørende faktor for å sikre god pasientbehandling. Det vil også gi en økt livskvalitet for den enkelte lege, øke muligheter for god rekruttering i fremtiden, og bidra til en bedre fungerende helsetjeneste (DNLF, 2011, s. 13).

Arbeidsmiljøloven gjelder for leger, skriver Legeforeningen. Leger er kun unntatt fra arbeidsmiljøloven i den grad Legeforeningen har avtalt unntak. Opplevelsen av behov for vern varierer også med arbeidsoppgaver, selvstendighet, fleksibilitet og dialog med arbeidsgiver. Situasjonen i sykehus har utviklet seg i retning av et økende behov for vern (DNLF, 2011, s. 25).

### **Hva er særskilt med arbeid i sykehus**

Koefoed og Visholm (2013, s. 72 - 73) skriver at under utsagnet ”Først og fremst aldri skade, stundom helbrede, ofte lindre, men alltid trøste” (Hippokrates ca 460-370 f.Kr.) har helsevesenet en uutalt samfunnsmessig oppgave, det å romme både pasienter og samfunnsborgeres angst for døden. I følge Koefoed kan mange organisatoriske vanskeligheter stamme fra at man unnlater å beskjefte seg med den ubevisste psykologiske innflytelse som døden har på pasienter, personale, på administrasjonen og på politikere. Hvis man glemmer å ta høyde for denne angstrommende funksjon, vil angsten økes, mener han. I det organisatoriske arbeidet kommer man derfor uvergelig til ha med en understrøm av angst, avmakt og aggresjon å gjøre. I psykiatrien skal man i tillegg romme angsten for egen og andres galskap (Psykose, (selv)destruktivitet og aggresjon). Psykiatrien skal legemliggjøre håpet om at det er noen som kan berolige, samle, beskytte den gale mot seg selv og andre. Disse følelsene spiller inn i møtet mellom behandlere og den enkelte pasient og pårørende.

Beck (2004, s. 267) skriver at helsepersonell håndterer noen av livets grunnleggende eksistensielle vilkår, det at vi kan bli syke, at vi skal dø, og at vi er alene i denne situasjonen. Fagpersonene i dagens sykehus har spesialisert seg på de oppgaver som de fleste andre mennesker, bevisst eller ubevisst, holder avstand til. Det gjelder sykdom, mangelfullhet, sårbarhet, det skjøre, det avvikende, det unormale, ensomhet, kulde og død. Det daglig å beskjefte seg med slike utfordringer krever en personlig styrke, evne til abstraksjon, en grunnfestet etikk og profesjonalitet. I utviklingen og under vedlikeholdet av disse personlige kompetanser spiller det miljø som omgir oppgaveløsningen, arbeidsmiljøet og de organisatoriske rammer, en stor rolle

Dette arbeidet gjør noe spesielt med legen, noe som krever bearbeiding, følelsesmessig overskudd, evne til å skille pasientens liv fra eget liv, osv.

Det er ikke likegyldig hvor nært hovedoppgaven man er. Det er forskjell på kirurgen, laboranten og økonomens nærhet til kjernen (pasienten). Legene og pleiegruppen er i særlig grad avhengige av arbeidsmiljøets evne til å styrke og reparere den enkeltes evne til å bearbeide de opplevelser som er knyttet til tjenesteytelsen, løsningen av hovedoppgaven. Når det psykiske arbeidsmiljø svikter er det oftest to typer reaksjoner. Den ene er utbrenthet

(Maslach 1989, referert i Beck, 2004, s. 267), et meget velbeskrevet fenomen. Behandlerne blir selv behandlingstrengende på grunn av vilkårene for og avsmitting fra deres arbeid. Den annen er avstumpethet, altså følelsesmessig rigiditet, kulde og manglende evne til å være empatisk (Beck, 2004, s 267).

Det er derfor av avgjørende betydning at tiltak overfor helsesektoren respekterer og erkjenner oppgavens helt særlige karakter. Det er ikke tilfeldig at stress, utbrenthet og selvmord forekommer hyppigere i yrker i helsesektoren enn i andre yrker (DADL, 2000, DNLF, 1997, referert i Beck, 2004, s. 269).

Beck skriver at arbeidsmiljøet kan være svært dårlig uten at helsepersonell gjør anskrik. Det er ingen tradisjon for å være oppmerksom på dette. «Tarzansyndromet» gjør at klager over dårlig psykisk arbeidsmiljø undertrykkes. Begrepet tarzansyndromet brukes for det fenomen, at leger tenker de kan klare alt alene, at de er sterke, gode i sin profesjon, og verken har bruk for ros, tilrettevisninger eller trøst. Mange leger er også benektende overfor sine symptomer eller sykdommer. De er dårlige til å være pasienter (Beck, 2004, s 269).

### **Vender fokus mot pasienten**

Beck skriver at på grunnplan registreres en stor endringstretthet. Mange melder om manglende tro og tillit til de som har ledelsesmakten og til systemets evne til å fremme helhetens interesser. I stigende grad føler de seg avmektige og de føler, at den eksistensielle mening er truet. Resultatet er ofte at problemstillinger som er oppstått i organisasjonen, blir til personlig innkapslede problemer og lukkethet. Det er stor forskjell på hvordan man har det inni og hvordan man ser ut på utsiden. Det gjelder om ikke å bli oppdaget (jfr. Tarzansyndromet). Man vender seg mot seg selv, individualiseringen tar fatt. En yndet reaksjon er å ”vende” seg bort fra alt det organisatoriske og mot pasientene. ”Det er det jeg kan, og det er det, som gir glede”. Det kan være en god personlig løsning, men ikke for organisasjonen, som kun kan løse hovedoppgaven i fellesskap, skriver Beck (Beck. s. 274-5).

### **Legene har blitt ”proletarisert”**

Legenes status i samfunnet har sunket. De har blitt ”proletarisert”. Det kan ses på som en del av den demokratiseringsprosess eller moderniseringsprosess som samfunnet går gjennom (Beck, 2004, s. 268). Man er blitt redusert til en fabrikkarbeider (med all respekt for reelle fabrikkarbeidere) som står vet et samleband (pasientforløp) og skal gjøre en avgrenset deloppgave ved «båndet». Nå er pasienten ikke bare redusert til kasus og organer, men helsepersonellet skal gjøre biter av oppgaver uten å skulle knytte seg til pasienten. Alliance er blitt et skjellsord, som en informant uttrykte det. Det er ironisk at dette er enden på den prosess som sykepleierne startet og som vant gehør hos politikerne og som ligger til grunn for omstillingene, at man skulle se pasienten som et helt menneske. Man har oppnådd det motsatte, at de gode verktøyene blir tatt fra legene, nemlig det å følge en pasient og et forløp, de tingene leger vet virker, og som både leger og pasienter vil ha.

## De emosjonelle belastningene ved å være lege

Legeforeningen arrangerte høsten 2014 seminaret "Tiden sårer alle leger" og i tittelen poengterer nettopp belastningen det er for et individ å ha legeoppgaver og -ansvar.

Christiansen (2014) påpeker at ca. 17 % av leger i legekårsstudien har trivselsproblemer, problemer med jobb, problemer hjemme, motivasjonsproblemer, tretthet, mestringsproblemer og senket stemningsleie. Selvrapporterte psykiske problemer blir oftere rapportert hos leger enn hos den øvrige befolkningen. Leger er imidlertid sjeldnere sykmeldte (Rø, 2015) enn andre. De har kun 1/3 så mye sykefravær som befolkningen forøvrig. De oppsøker sjeldnere bedriftshelsetjeneste, men driver utstrakt bruk av selvbehandling, korridorbehandling og selvhenvising. Blant fastleger er det funnet at 80 % av fastlegene hadde sykmeldt pasienter for øvre luftveisinfeksjoner som legen selv gikk på jobb med (Bjertnes, fastlegeundersøkelsen, referert av Christiansen, 2014).

I følge Christiansen bruker leger alkohol og vanedannende medisiner som "stress-mestring" og komorbiditet til rus er depresjoner og suicid (Christiansen, 2014).

Disponerende faktorer er personlighetstrekk som blant annet perfektjonisme. Dette kombinert med mange krav samtidig, og til dels motstridende krav, høye krav til nøyaktighet, høye krav til tempo og sammenhengende konsentrasjon, svekket autonomi. Svekket status, gratifikasjon og autoritet, endret rolle og forventninger om høy funksjon også utenom jobben, bidrar til å øke presset på leger (Christiansen, 2014). Kombinasjonen av store krav og liten kontroll og støtte er farlig i følge Øyen (Myrbakk, 2002).

Det er gjort studier av «work-home conflicts» (WHC) i USA av over 7000 leger, og disse viste at 44 % opplevde situasjoner ukentlig der man følte man skulle ha vært både på jobb og hjemme samtidig. 28 % løste det ved å prioritere jobben, 11 % prioriterte hjemmet. Det er funnet at WHC dobler risikoen for utbrenthet (Dyrbye, 2011, referert av Christiansen, 2014).

Man vet at høyt nivå av selvkritikk disponerer for utvikling av depresjon. Leger må være nærmest tvangsmessig nøyaktige og selvkritiske for å unngå faglig feilbehandling, unnløtelser og tilfeldige feil.

For å være en god lege, må han eller hun make å engasjere seg i pasienten på en empatisk og human måte. Samtidig trenger vedkommende en viss distanse til pasientens smerter og lidelse, for å kunne overleve emosjonelt. Christiansen (2014) skriver at tradisjonelt har leger, i mindre grad enn andre helsearbeidere, maktet å innse/godta at deres ansvar for den enkelte pasient eller den enkelte avdeling er avgrenset. Dette gjelder både tid og kompetanse. Leger kan dermed ha vanskeligere for å sende problemene over til en annen instans, eller henge dem fra seg sammen med den hvite frakken.

Aasland og Rosta (2011, s. 54-56) har skrevet om overlegens helse. På spørsmål om hvor god helsen er svarte 17 % av overlegene og 6 % av legelederne i sykehus at helsen var "ikke helt god" eller "dårlig". Tilsvarende tall for LIS-leger var 9 % og 10% for privatpraktiserende spesialister. 38 % av kvinnelige overleger, 29 % av mannlige overleger og 33 % av legeledere

rapporterte at de ”nokså ofte” eller ”ofte” arbeidet under et uakseptabelt press. Ca. 77 % i alle tre grupper opplever stadige omorganiseringer som ”ganske stressende” eller ”svært stressende”. Overlegene har i tillegg til ordinær arbeidstid, en del timer tilstedevakt på sykehuset i tillegg til et betydelig antall timer hjemmevakt per måned. I tillegg brukte overlegene ca. tre timer per uke av fritiden til faglig oppdatering.

## **Kommunikasjonskanaler**

I materialet kommer det frem at kommunikasjonskanaler oppover nærmest er blokkert. Ledere på høyere nivåer viser seg ikke i avdelingene, på allmøter levnes nesten ingen tid til diskusjon, i medarbeiderundersøkelsene er de øvre ledelseslag ikke med slik at man ikke får gitt sin vurdering der. Fagutsagn blir tatt som syt og fagråd er fjernet.

En informant nevner at overlegene maser og maser og slår seg ikke til ro med at man ikke kan få mer, helt nødvendige, ressurser. Når lederen argumenterer i topplerfora får hun beskjed om at det er hennes ansvar; hun må ordne opp i situasjonen. Overlegene får ikke detaljert nok referat fra beslutningsmøtene og vet tydeligvis ikke hvordan ulike faktorer er blitt vektet. Kanskje vet de heller ikke om eller hvordan saken har blitt fremlagt. Resultatet er at de forsøker å gå direkte til ledelsen. Det gjør de kanskje fordi de ser at linjelederen ikke har gjennomslagskraft (autoritet oppover) hos toppledelsen. Situasjonen hadde blitt betydelig bedre med mer detaljerte og grundige referater fra beslutningsmøter. Gjennom slike referater kunne legene se hvilke argumenter som hadde blitt tatt hensyn til ved avgjørelsene og hvordan argumentene var balansert mot hverandre. Man kunne slik også sett hvordan det planlegges, detaljert, på kort og lang sikt. Det ville ha dempet mistenksomheten i organisasjonen.

## **Ytringer og legers omdømme**

De fleste leger er ytterst varsomme med å ytre seg offentlig – for varsomme kan man si, sett i forhold til den ekspertise og kunnskap de besitter. Ved å være aktive og synlige i den offentlige debatt bidrar leger til å synliggjøre kunnskap og til å skape tillit til legegruppen.

Leger har undertiden sett seg nødt til å gå til media fordi de interne kommunikasjonslinjene er blokkert. Ledelsen lytter ikke, den møter ikke til diskusjon og argumenter «nedenfra» tas ikke med opp i linjen. Slik sett blir ledelsen indirekte medvirkende til mediautspillene, og iblant ser kanskje ledelsen seg tjent med oppslagene. Ved oppslagene kommuniserer man direkte med folket, eierne av sykehusene og også dermed den politiske ledelsen

I Legeforeningens veileder i arbeidsmiljø fra 2011 kan vi lese at i Norge er utgangspunktet at man kan ytre seg fritt. En ytring skal verken sensureres i forkant eller møtes med sanksjoner i etterkant. Ytringsfriheten har sin forankring i Grunnloven og er i tillegg en grunnleggende menneskerettighet. En vid ytringsfrihet er ansett som en forutsetning for et levende demokrati. Ytringsfriheten stimulerer til deltakelse i samfunnsdebatten. Den er nødvendig for at vi skal få

frem kritikk og meningsytringer, særlig når det gjelder spørsmål om bruk og prioritering av fellesskapets ressurser (DNLF, 2011).

Enkelte ganger må hensynet til det frie ord vike til fordel for vern av interesser som i det konkrete tilfelle veier tyngre. Reglene om taushetsplikt utgjør de viktigste og mest absolutte begrensninger av ytringsfriheten. Ansatte leger er underlagt en lojalitetsplikt overfor arbeidsgivere. Utgangspunktet er at arbeidstakere må underordne seg arbeidsgiverens styringsrett innenfor myndighetsområdet til arbeidsgiver. Styringsretten er imidlertid begrenset av lovgivning og av avtaler. Meldeplikten om forhold som er uforsvarlige eller om andre forhold regulert i lov og avtaler begrenser arbeidsgiverens styringsrett (DNLF, 2011).

I materialet kommer det fram at ulike motiver kan ligge bak ytringer. En hensikt kan være å stille kolleger i et dårlig lys. Det er viktig at kritikkverdige forhold kommer frem, men utspill som dette kan slå tilbake på legene som gruppe. Legenes omdømme kan svekkes.

Legenes individualisme kommer også til uttrykk ved medieutspill der man fremhever for eksempel sin egen forskning, og der mange slike utspill med mange ulike resultater fører til forvirring blant befolkningen og ytterligere svekker omdømmet til legegruppen som helhet. Man profilerer seg som individualister, som konkurrenter, ikke som medlemmer av legestanden der man veier sine ord og også tenker på helheten.

# 8 Andre grupper

## 8.1 Resultater

Det er mange faktorer som spiller inn på sykehusavdelingene når det gjelder arbeidsoppgaver som skal utføres og hvem som bestemmer. Ett fenomen vi har sett de siste tiår er at flere og flere andre yrkesgrupper overtar oppgaver som tidligere var legearbeid. Det skjer en oppgaveglidning. Eksempler er at sykepleiere og psykologer overtar legeoppgaver. Oppgaveglidning kan også skje den andre veien, ved at leger må utføre det som tidligere var sekretær oppgaver. Informantene omtaler noen av disse eksemplene med oppgaveglidning og de sier at avdelingene har mange sjefer, både formelle og uformelle og at disse sjefene ikke alltid ”sparker mot samme mål” for å bruke en fotballmetafor.

### Sykepleiere

Sykepleierne er numerisk «utrolig mange» sier en informant. «De er en veldig sterk gruppe og de styrer jo mye her, også faglige ting som de ikke bør blande seg så mye inn i. Og så har du psykologgruppen, som ikke er så stor, men som strever veldig etter å få posisjoner. Ja, så har du overlegegruppen, hvor det er veldig mange gamle erfarne overleger som er opptatt med klinisk arbeid på sine poster. Så man må gi fra seg en del oppgaver til psykologer og sykepleiere for å få det til å gå rundt».

En annen informant sier at der han arbeider kan godt en sykepleier overta en del av kontrollene, for eksempel seks måneder etter noen operasjoner. Det vil gå fint. Legen kan se på røntgenbildet og sykepleierne kan snakke med pasienten og se på arret. Så kan legen se på de fem prosent av pasienten det er noe med, eller som spesifikt ønsker å snakke med en lege. Da vil man spare ganske mange legetimer. De har en sår sykepleier som er gull verdt, forteller han. En tredje sier at det er godt samarbeid med sykepleiere med spesialfunksjoner. Hun mener de ikke går utover sin kompetanse. Den jobbglidningen går greit, mener hun. Det er verre på røntgenavdelingen, der radiografer ønsker å gjøre ultralyd. Det mener hun virker farlig.

### Sekretærer

Leger gjør nå sekretær oppgaver i datasystemet, fortsetter hun. Det å fylle ut konvolutter og adressat, legge inn henvisninger, det er sekretærfunksjoner. Det samme er det å fylle ut koder, kryptiske koder leger ikke skjønner, sier hun. Brevene går av og til feil adressat fordi legene ikke kan systemet, og det er en sikkerhetsrisiko. Tidligere sekretærarbeid er på denne måten blitt (mer utrygt og kostbart) legearbeid.

Der hun arbeider har ikke sekretærene tilgang til det legene skriver i datasystemet Dips, men hun vet at Dips fungerer annerledes andre steder. Der gjør sekretærene Dips-inntastingen.. Vi

har mange ganger tatt denne saken opp oppover, også via tillitsvalgt, sier hun. Sekretærene ønsker heller ikke å gjøre tilretteleggingsarbeid for legene, slik som å fylle på papir og undersøkelsesmateriell. Legene må også bruke tid på å fly rundt for å lete etter utstyr.

En annen informant sier også at de ser at ledelsen endrer sekretær- og hjelpeapparatet, slik at leger får flere oppgaver som de skal utføre, for eksempel registrering av polikliniske ting. De skal selv registrere koder og diagnoser i pasientjournaler. Det tar mye tid, både å lære det og så å få noen til å sjekke det for dem. «Det er blitt for mange kokker og for mye søl, sier hun. Hun tror i hvert fall ikke det er billig. Hvis hun hadde vært leder, hadde hun ansatt fem knallgode sekretærer som kunne ha hatt styr på mye av det praktiske arbeidet, sånn at legene bare kunne «kjøre på med pasienter». Hun tror det hadde lønt seg. Vi bruker veldig mye tid på papirarbeid, sier hun.

En informant på et annet sykehus forteller at hos dem fungerer sekretærarbeidet utmerket. De har flinke og raske sekretærer og de har digital diktering.

## Psykologer

En av informantene sier at legegruppen har diffundert på hennes arbeidssted. Når hun er i det konspiratoriske hjørnet tenker hun at det har vært hensikten. Mye av det som har skjedd har jo gått i retning av å detronisere legene. Det kan ha hatt gode grunner, men kan man ha skutt litt over målet, spør hun? «Vi som leger har hatt en unik posisjon». Hun er glad for den medisinske kunnskapen og det å jobbe selvstendig, men hun har tenkt at hun heller ville vært psykolog, da hadde hun sluppet «mye av drittarbeidet vi leger må gjøre». Det er vel litt psykiatriens problem, vi jobber mye tverrfaglig, sier hun.

En annen informant sier at det har vært mye profesjonskamp mellom psykologer og leger (i psykiatrien).

En tredje sier at dette er et litt betent tema, men det er påfallende mange leger som søker jobb i psykiatrien som ikke kan norsk eller kjenner norsk kultur. Mange og nitti prosent av pasientene har norsk som hovedspråk. Legene som søker kommer fra Nederland, Tyskland, Øst-Europa, Balkan, Afrika og Asia. «Da står vi i fare for å bli overkjørt av psykologene som yrkesgruppe. Man kan tenke seg, hvis man havner i en depresjon eller havner i en alvorlig livskrise. Da vil man jo heller snakke med en norsk psykolog som kan kommunisere godt enn en ikke-norsk talende lege.

En av informantene bekreftet at det er en tendens til at en del erfarne overleger i psykiatrien nå velger å slutte på sykehusene og går over til privat virksomhet. Der han arbeider blir imidlertid flere værende.

En annen forteller at hos dem har problemer med antall leger vært tvangstrøya med disse stillingsnumrene. «Man kan kun ansette når man har legenummer. De har ikke hatt grå stillinger. Men de ansetter leger nå, så nå drypper det inn. De trenger leger fremfor psykologer her inne på sykehuset. Det er annerledes på DPS'ene. Der har det blitt ansatt veldig mange

psykologer i stedet for leger. Fordi det er de man har kunnet ansette når man ikke har hatt legenummer. Men, de sier også at de har for få leger». Hun hører ingen som sier at vi ikke trenger legene. Vi har vært ganske gode til å rekruttere, fortsetter hun. «Det er mest fordi vi har mange, for leger kommer dit hvor det er flere (leger)».

Når det gjelder psykiaterne, er det viktig at de opprettholder terapikompetansen, fortsetter hun. «De må skaffe seg realkompetanse når det gjelder terapi hvis de vil være terapeuter. Det er fare for at psykiaterne blir sittende igjen med et smalt fagfelt omkring medisiner, spesielt på poliklinikkene». Hun synes det hadde vært all right å jobbe igjen som psykiater, men hvis hun skulle jobbe klinisk så ville hun hatt hele bredden. «Man må ha realkompetanse. Det er det samme med lederjobben, hvis man skal være leder så er man nødt til å skaffe seg lederkompetanse».

En annen informant sier at det ansettes yngre psykologer på sykehusavdelingene. De er veldig hjelpeløse, mener han. «De kommer løpende og spør om alt, og så spør de LISene og sykepleierne om alt. Og så er de så usikre at de ikke kan ta noen avgjørelser. Dette er jo så tungvint og det går så tregt. For de har ikke kompetanse. For pasienten har hepatitt C, tilbakevendende depresjoner, det er kaos i medisineringen, promillen er 1,42, skjønner du, og de har kuttet seg. Og psykologen ser jo ikke at pasienten har hepatitt C. Og så blir personalet sinte på meg og sinte på psykologen. Men så», sier informanten, «denne pasienten er ikke min pasient. Men det er klart hvis du hadde hatt en overlege til og en LIS til, hadde alt flytt mye bedre. Det er veldig selekterte pasienter som kommer it. En psykolog på poliklinikk vil sikkert gå mye bedre der de kan gjøre terapioppgaver».

«Paradokset er at i postene er det blitt mer og mer spesialistarbeid og mer og mer legearbeid. Det er fler og fler avgjørelser overleger må ta». «Psykiatrien utvikler seg nå til å bli et mye mer medisinsk fag enn det har vært, sier han. Fordi man vet så mye mer om hjernen. Man ser at schizofreni og bipolare lidelse og alle demensene kommer inn her i avdelingen og de kognitive psykosene. Og alle medikamentene. Det er som om medisinen i psykiatrien har blitt oppgradert. Psykiatrien har blitt litt viktigere igjen, fra ikke å ha vært så viktig», mener han.

## **Sykepleierledere**

Der en av informantene arbeider er det sykepleiere som er ledere på postene. Sykepleiersjefen for posten skal ikke ha medisinsk faglig ansvar, men de påvirker likevel den faglige utøvelsen på seksjonen, mener informanten. «Et eksempel er en pasientgruppe som legene mener hører hjemme på avdelingen, faglig sett. Pasientene tar opp plass på en annen avdeling.

Sykepleierlederen sier nei; sykepleierne må læres opp og mye må gjøres i staben slik at det blir umulig å ta i mot disse pasientene. Slik settes det en stopper fra sykepleiestaben». Dette har de sett gjentatte ganger. «Det har hendt vi har tatt inn slike pasienter likevel, men da kommer det avviksmeldinger fra sykepleierne, fordi de ikke følte seg komfortable. Det har vært sånn lenge, men tidligere var de mer lydige for medisinske argumenter». Hun mener sykepleierne sier nei fordi de får mer å gjøre og får et større arbeidsfelt. Det går ikke på at de mangler opplæring. De har snakket om dette i legegruppen, men ikke tatt dette opp til felles



diskusjon. Hun mener avdelingssjefen burde «ta litt mer grep». Han er interessert i samarbeid og han er hyggelig, men lite bestemmende.

En annen sier at han som overlege får henvendelser fra personalet på andre poster. «Hvis du snakker med en annen post er du overløper», i følge sykepleierlederne. «De kjemper om marginelle ressurser, både personellmessig og når det gjelder penger. Det er tøffe arbeidsforhold og mye konflikter. Du får fight-flight-grupper eller ekstremt avhengige grupper (Bion)», mener han.

Mange seksjoner her drives veldig hierarkisk, fortsetter han. «Personalet er veldig avhengig av overlegen». Han, derimot, går bare på seksjonen for å gjøre vurderinger og går på møter og så lar han personalet jobbe selvstendig. De må komme for å spørre. Han griper imidlertid inn der han ser grove feil.

### **Sekretærgruppen**

En informant forteller om dataprogrammet Dips. Sekretærgruppen der hun arbeider, består av mange som ikke har utdanning. «De kommer rett fra videregående. Det er veldig mye vikarer og utenlandske sekretærer. Sekretærene kunne profitert på få høyere status og høyere lønn, men noen er kjempeflinke», sier hun. De vil ikke være tilretteleggere, hevder hun. Det vil de ikke gjøre. Det er legene sin jobb mener sekretærene. «Alle er blitt helt like, det er jo litt rart. Det å finne adresser, det å ordne, tilrettelegge, det er på en måte mindreverdige funksjoner. Det er ting man ikke vil gjøre og da får du gjøre det. Det er jo ingen respekt for det arbeidet de gjør. Mindreverdige funksjoner».

«Det er mange sjefer her. Mange sjefer her som skaper sand i maskineriet. De drar ikke nødvendigvis sammen. De står opp for sin egen gruppe», sier hun.

### **Misunnelse og konflikter mellom yrkesgrupper**

Det er misunnelse mellom yrkesgruppene sier en annen informant og misunnelsen utløser en intens skamfølelse. Den forrige lederen, der han arbeider, hadde alle yrkesgrupper representert i lederteamet og gav mye oppmerksomhet til alle grupper. «Han hadde fora hvor vi møttes, han var veldig bevisst på hvordan han fordelte ressurser og oppmerksomhet». Informanten tror du kan gjøre mye strukturelt for å rydde opp i misunnelsen.

Det er ikke lett, da for sykepleierlederne. «Legene tjener mer, kanskje har de storebrødre som har gjort det bedre akademisk, ja da kan man få mye misunnelse. Og så spiller det seg ut i samarbeidet. Overlegene er fokusert på den kliniske driften og lar sykepleierne bare holde på».

Subgruppene kjemper om makten, sier han. «Da blir det konflikter. Seksjonene ligger i krig om pasienter som trenger KO (kontinuerlig oppfølging), om hvem som skal ha disse

pasientene, som kan medføre beltelegging og dårlige statistikker. De koster mye og de gjør derfor alt for ikke å få denne pasienten ved innleggelser».

Så kommer personalet løpende til han for råd og samtale. Siden han snakker med en annen post blir det paranoia, fordi de tror han tar beslutninger over hodet på sykepleierlederne. «Istedenfor å snakke om konfliktene blir det regresjon i miljøet. De klarer ikke håndtere de emosjonelt ustabile pasientene, de skjønner ikke hva som foregår. Det utspiller seg som aggresjon. Det er fortvilende å se på. Det går ut over pasienten. Det gjelder mange sykepleierledere. Det er en veldig skjev faglig styring av sykehuset», mener han.

Overlegene er blitt et enda mer viktig knutepunkt i organisasjonen, fortsetter han. «Vi blir uformelle ledere. Til de grader. Folk hører mer på overlegene enn på direktøren eller den sykepleiefaglige ledelsen».

«Ulike grupper i organisasjonen kan konkurrere og at det kan være konflikter i organisasjonen som ikke bare er individorientert, men som skyldes grupper det er konflikter mellom».

«Man kjenner det igjen». Vi har tre akuttavdelinger, og hvis informanten er virkelig sur på noen på den avdelingen så håper han de får inn den verste pasienten. Han kan jo kjenne på slike følelser. Så vil du liksom den avdelingen noe vondt fordi ett eller annet irriterer eller frustrerer deg.

Det er mye rivalisering mellom leger og psykologer. Han sier rett ut hva han mener: »Det er vanskelig med rollen til en psykolog på en akuttavdeling. Han vet at de på psykologistudiet lærer hvordan de skal fremme sine synspunkter og snakke ned medikamenter. Bevisst strategi». Det merker han med en gang. Hvis de bruker slike strategier overser han vedkommende. Han nuller vedkommende ut. Han går ikke i kampmodus, men sier at «det der vil jeg ikke være med på, for det går på bekostning av pasienten. Vi har nasjonale retningslinjer å følge. For eksempel en maniker, du kan ikke sitte med terapi og gi de permisjoner og så drar de hjem og drikker. Det går ikke. De trenger skjerming og medikamentell behandling. Ingen ting annet funker. De gir feil behandling, men de er selvstendige. Ja slik har det blitt. Men det er en rolle som ikke passer driften av sykehuset, fordi det er ikke de behandlingsmetodene vi benytter. Det er slik kulturen mange steder er i helsevesenet hvor de sitter med veldig lange terapier på ikke-indikasjon. Det kan gjelde flere yrkesgrupper. Og så blir det ansatt ledere som skal ordne opp. Men det er veldig vanskelig å få til i dag».

### **Lære seg å håndtere prosesser blant personalet**

Hen er gruppeanalytiker og sier han har veldig nytte av den pasientgruppa han har. Han holder seg mer tilbake, lar dem diskutere, og «tar kanskje en avgjørelse til slutt når jeg har hørt alt». Når det er krise i avdelingen og maligne prosesser, så er han der og stopper det. «Du ser sånne ting veldig fort og du tenker da ikke med en gang syndebukk eller individ, men tenker mye mer systemer, subgrupper, konflikter og aggresjon. Veldig viktig å ha

psykodynamisk bakgrunn, da kjenner du ting igjen. Du greier å fange opp det latente budskapet, finner kanskje lettere fokus, finner den psykodynamiske diagnosen, og ser individet bak».

## 8.2 Diskusjon

### Fagene i sykehus er ikke likestilte

I NOU 1997:2 (s. 117) leser vi at arbeidsmiljøet mange steder ikke er så godt som det burde være. Forhold ved arbeidsmiljøet som ofte trekkes fram i negativ sammenheng er stress og oppjaget arbeidstempo, et gap mellom forventninger som stilles og de ytelser som gis, liten mulighet for å påvirke egen arbeidssituasjon, utrygghet i systemet og at ledelsen ofte viser en manglende omsorg for sine medarbeidere.

Det vil også være stor forskjell mellom yrkesgrupper, og forskjell mellom ulike personer, med hensyn til betydning og sentralitet. Rent generelt vil derfor noen yrkesgrupper ha større grad av frihet og faglig utfordring i hverdagen, mens andre yrkesgrupper utfører rutinepreget og tildels tungt arbeid. Det er derfor en meget stor utfordring å utvikle et arbeidsmiljø som i størst mulig utstrekning oppleves som godt for hver enkelt, uavhengig av yrkesgruppe og oppgaver (NOU 1997: 2, s 117).

Konflikter mellom personer og yrkesgrupper har en negativ effekt på arbeidsgleden og trivselen blant ansatte i sykehusene. Samarbeidsproblemer og høyt konfliktnivå kan være energikrevende og destruktive. Samarbeidsordninger som bidrar til økt gjensidig forståelse og respekt må derfor prioriteres, skriver Steine-utvalget. Utvalget vil også understreke betydningen av at ledere griper fatt i eventuelle konflikter mellom enkeltpersoner eller grupper, og sørger for at disse er innenfor et akseptabelt nivå. Utvalget mener at det trengs en holdningsendring innen alle yrkesgrupper for å utnytte personellressursene bedre, og at tverrfaglig samarbeid må bygge på respekt, anerkjennelse og omsorg mellom kollegaer (NOU 1997: 2, s.118).

I NOU 1997:2 (s. 132) står det at fagene i sykehus ikke er likestilte. Det medisinskfaglige ansvaret står i en særstilling. Det gjør det fordi formålet med sykehuset er medisinsk, altså undersøkelse og behandling av pasienter. Imidlertid delegerer leger i stor utstrekning oppgaver til andre yrkesgrupper som også har sitt eget faglige ståsted. Videre står det at i dagens sykehus er legene helt avhengige av at andre helsepersonellgrupper kan ta på seg slike oppgaver for å kunne løse de oppgaver som sykehuset har. På bakgrunn av dette vil det også være behov for at den som ivaretar det systemmessige medisinskfaglige ansvar griper inn på andre fags områder.

En av informantene ytrer at i ledelsessammenheng kan legenes syn komme frem via tillitsvalgte, men der er legen én av flere. Man kan tolke dette som at overlegegruppens tyngde til å uttale seg reduseres ved at man sier at overlegene nå er en av mange

yrkesgrupper. Det er som om man ikke tør si at noen hensyn må veie tyngre enn andre. Nå fortsøker man å la alle stå på like fot. Alle er her for å hjelpe pasientene og den ene rollen er like viktig som den andre, heter det. Hvis det er slik at sekretærgruppen for eksempel gis samme betydning som høyspesialiserte leger med opp til 15 års utdanning etter legeeksamen, vil det ta seg underlig ut, både innad og utad.

Man må tørre å rangere viktighet eller betydning i et system, men det kreves godt diplomati for å håndtere det slik at det ikke skaper en dårlig samarbeidsatmosfære. Man må ha fokus på at alle utfører viktige oppgaver mot felles mål, men at de som først og fremst har kompetanse innen kjerneområdene av hovedoppgaven må ha en særstilling som premissgiver for den virksomhet som utøves.

### **Hvor mye koster en time med legearbeid**

Beløpet kjenner vi ikke, men man kan se på samfunnets investerte kapital i en lege. Selve legeutdanning er svært kostbar, spesialiseringen og eventuell subspecialiseringen koster mye. Stipender og vitenskapelig arbeid koster, konferanser og etterutdanning like så. Det at en lege går dobbelt med en eldre kollega i læreøymed koster. I tillegg er det den aktuelle lønnen legen har den tiden vedkommende arbeider på sykehuset. Hvis man summerer den investerte kapital med lønnen blir timelønnen samfunnet betaler svært høy. Så brukes personer med slik investert kapital også til arbeid som noen med få års utdanning kan gjøre. Dette er sløsing.

### **Avdelingslederen har ikke nok autoritet og får ikke følgeskap**

Den flate strukturen flere steder har gjort at det er kommet mange (leder)kokker og blitt en del kaos. Man sparker ballen i ulike retninger, ikke mot samme mål.

Så selv om det formelle er på plass, så kan man få en situasjon med mange fagpersoner som ikke følger avdelingens behandlingslinje, eller som ikke er tilstrekkelig kompetente til å gjøre oppgavene som skal gjøres. Enkelte steder og enkelte ganger kan det da bli kaotiske forhold i en kortere eller lengre periode. Selv om avdelingsledelsen er gitt instruksjonsmyndighet overfor alle faggrupper, så har ikke avdelingsledelsen i sin nåværende form autoritet hos alle.

Faggrupper gjør av og til i noen grad som de vil. Det kan for eksempel gjelde psykologer, som ikke retter seg etter en "slik gjør vi det her"-type tenking. Fagpersoner utøver sin fag, men iblant på tvers av det som er overordnet målsetting på avdelingen. Dette kan skyldes at avdelingslederen ikke har oversikt, ikke har nok fag- eller personlig autoritet blant medarbeiderne eller er overbelastet med administrative gjøremål. Kontrollspennet kan også være (for) stort.

Det er blitt en myriade av fagledere. Det er ikke en samlende klinisk ledelse som har autoritet nok til å si "slik gjør vi det her". Konsekvensen kan bli dårligere pasientbehandling. Det ansettes også billigere arbeidskraft som ikke har nødvendig kompetanse for å gjøre arbeidet

som skal gjøres for pasienten. Resultatet blir mer belastning for de legene som er på avdelingen.

Spørsmålet om ledelse i team kommer inn igjen her. Som en av informantene påpeker kan man drive mye bedre hvis man hadde en ledelse i team. Det er nødvendig med en klinisk leder i tillegg til en administrativ leder, siden den administrative lederen er overbelastet. Den kliniske ledelsen bør være nærme medarbeideren slik at fagutøvelsen kan følges med på og justeres.

For å samle faggruppene på en avdeling eller enhet er det nødvendig med en samlende faglig ledelse. Det er ulike fag som skal samles og det vil variere hvilken faggruppe som skal være klinisk leder. I en pleieavdeling vil en klinisk leder være sykepleier, på en gruppeterapienhet må det gjerne være en psykolog. Der det drives medisinsk behandling utført primært av leger må den kliniske leder være lege. Denne må ha nok fagautoritet til å få følgeskap av alle faggrupper slik at behandlingen kan få en enhetlig profil. Dette inkluderer også støttefunksjonene. Det er i denne sammenheng viktig å vise respekt og anerkjennelse for det bidrag alle gir for å nå målet.

# 9 Samspill grupper

## 9.1 Diskusjon

Mennesker som deltar i grupper har også fellesoppfatninger som gruppe-medlemmer, ikke bare oppfatninger som enkeltindivider (Underlid, s.76-77). Bang skriver at kultur er de virkelighetsoppfatninger, verdier og normer som råder innenfor en gitt gruppe (Carlsson, 1984, s.4, referert i Bang, 2011, s. 21). Verdier foreskriver hva som oppfattes som viktig, verdifullt og som man etterstrever. Den inneholder normer som forskriver hvordan man bør oppføre seg, og hva som er akseptable og uakseptable handlinger og holdninger (Forsyth, 2010, referert i Bang, 2011, s. 23). Virkelighetsoppfatninger hjelper medlemmene til å forstå hva som er sant og usant, og hvordan de skal forstå det som skjer rundt dem (Bang, 2011, s. 23).

Med subkultur menes en delkultur som preger en undergruppe innenfor en organisasjon. Innenfor et sosialt system vil det alltid finnes undergrupper som utvikler kulturelle særtrekk. De ulike subkulturene vil stå i en eller annen relasjon til hverandre. Det kan oppstå konflikt mellom ulike subgrupper ved at to eller flere gruppers normer, verdier og virkelighetsoppfatninger står i motsetning til hverandre (Bang, 2011, s. 27-30).

Gruppesamhold (gruppekohesjon) er gruppe-medlemmers tiltrekning til gruppen og til hverandre. Gruppesamhold minner om fenomen som ellers blir omtalt som solidaritet, kameratskap, team spirit, gruppeatmosfære, vi-følelse, gruppeorientering, «belongingness» (Hogg 1992, referert i Underlid, 1997, s.79). Gruppesamhold kan også forstås som forpliktelse («commitment») til gruppen. Gruppesamholdet er en forpliktelse, ikke en tiltrekning. Gruppesamholdet blir påvirket av dynamikken i gruppen og den endrer seg. (Underlid, 1997, s.80).

Fellesskapsopplevelse («sense of community») blir definert som en følelse av å høre til, en følelse av at medlemmene betyr noe for hverandre og for gruppa, og en felles tiltro til at medlemmenes behov vil bli tilfredsstillt fordi de forplikter seg til å holde sammen (Underlid, 1997, s.81).

### **Konflikter mellom yrkes- eller profesjonsgrupper i organisasjonen**

I helsevesenet kan ganske kraftige subkulturkonflikter utspille seg mellom leger, psykologer, sykepleiere og andre yrkesgrupper og mellom disse og ledere.

Skjørshammer, som har som har studert en kirurgisk avdeling og skrevet om konflikthåndtering i sykehus, forteller at konflikter i sykehus er et normalfenomen, men uløste konflikter som lever i miljøet er farlige både for personalet og pasientene. De senker terskelen for vandrefortellinger og nye konflikter. De blir som gift i et arbeidsmiljø. Mange profesjoner

arbeider sammen og aktivitetene er preget av tidspress og effektivitetskrav, pasientene sendes fra hånd til hånd og fra avdeling til avdeling. Slike omstendigheter gir den beste grobunn for konflikter. Skjørshammer fant at konflikter med overordnet var relatert til personlighetstype hos leder. Konflikter, som også kunne komme til uttrykk som raseriutbrudd, var svært vanlige. De fleste konfliktene foregikk mellom leger og sykepleiere i hans materiale, men konflikter mellom leger var omtrent like vanlig. Det var da kampen om ressurser og faglig uenighet om behandling og gjennomføring av denne som var grunnene. Skjørshammer har, som organisasjonspsykolog, utviklet en prosedyre for konflikthåndtering som ble benyttet under hans ledelse på Diakonhjemmet sykehus (Husom, 2002).

### **Konflikt mellom ulike sjikt i organisasjonen**

En vanlig konflikt i arbeidslivet er konflikten mellom lederne og arbeiderne. Ledernes fremste mål og idealer dreier seg om å få mest mulig ut av minst mulig ressurser. Verdier som oppstår i kjølvannet av dette er lojalitet overfor bedriftens mål, produktivitet og lønnsomhet foran trivsel, og endringsvillighet når bedriften har behov for å gjøre endringer.

Arbeiderkulturen har vokst frem som et forsvar mot ledelsens krav om lønnsomhet, og reoresenterer helt andre verdier og normer enn dem ledelsen verdsetter (Lysgaard, 1961, referert i Bang, 2011, s. 31).

I ledelseslitteraturen har det vært vanlig å si at topledere ha en helt egen kultur, med et maktspill, en samling personligheter og en dynamikk som skiller seg fra den man finner i resten av i organisasjonen. Førstelinjeledere vil ofte identifisere seg mer med medarbeidere uten lederansvar enn med topledelsen (Bang, 2011 s. 32).

Vertikale konflikter er konflikter mellom representanter for ulike sjikt i organisasjonen. Ofte går de ut på at medarbeiderne ikke lenger har tillit til lederen, og ønsker ham eller henne ut av organisasjonen. Lederen, og gjerne ledergruppen, deler ikke denne oppfatningen, og synes på sin side at de ansatte er urimelige, sytete og konfliktskapende. Medarbeiderne og ledelsen opplever organisasjonens utfordringer og dilemmaer på ulike måter, og kan ende opp med å danne seg svært ulike virkelighetsoppfatninger om hva som er «sant» og ikke, eller fornuftig og ufornuftig. Når man opplever at den andre parten ikke kategoriserer og vurderer verden slik en selv gjør, kan dette både være opprørende og tillitsnedbrytende (Bang, 2011, s. 32-33).

Et eksempel er konflikten mellom ledere og helsepersonell i Stockholm. Slagstad (2012b, s. 10) viser til Chois (2011) studie av sammenslåingen av Karolinska sjukhuset og Huddinge universitetssjukhus. Der var det ikke først og fremst kulturkollisjon mellom klinikkene på de to sykehusene som skapte fusjonsproblemer, men avstanden mellom ledelse og helsepersonell, altså konflikten mellom ”managerialism” og ”proffesionalism”. I følge Slagstad studerte hun to klinikker med ulik strategi: Den ene (H) hadde en ”top-down” management-ledelse, og mislyktes, den andre (K) en ”bottom-up” ”ledelse”, preget av ”professionalism”, og lyktes.

I dette materialet gjenkjennes konflikten som er beskrevet over, mellom ledergruppen med sin nytteetikk og overlegegruppen med sin fagetikk.

## **Arbeidsgruppe og grunnantakelsesgruppe**

Wilfred R. Bions bok *Experiences in Groups* fra 1961 har hatt stor betydning for forståelsen av grupper, både når det gjelder terapigrupper og grupper i organisasjoner. Hans fremste bidrag har vært observasjonen av at en arbeidsgruppe ("work group") som ønsker å arbeide med en definert oppgave, kan bevege seg fra denne posisjonen til å bli det han kaller grunnantakelsesgruppe ("basic assumption group") på grunn av irrasjonelle krefter. Dette er fenomener som oppstår når for eksempel noe truer gruppens fortsatte eksistens eller samhold (Heinskou, 2004, s. 53), og/eller som forsvar mot angst (Andersson, 2004, s. 240).

De irrasjonelle kreftene, observerte han, organiserte seg på bestemte måter i tre tydelige grupper: 1- Kamp/flukt-gruppen, 2-Avhengighetsgruppen, 3-Pardannelsesgruppen.

Disse gruppene har en "som om" - karakter. Gruppene har et gitt formål, men oppfører seg som om formålet var et annet. Når gruppene opererer ut fra grunnantakelsen kamp/flukt ser det ut som om de har kommet sammen for å bekjempe noe(n) eller flykte fra noe(n). I avhengighetsgruppen er det som om de er kommet sammen for å bli forsynt av en omnipotent leder. Pardannelsesgruppene opptrer som om de har kommet sammen for å dyrke et par som kan avføde en frelsende idé eller person (Karterud, 1999, s. 102).

Karterud skriver (1999, s. 103): "Samarbeidet i arbeidsgruppen krever rasjonelle anstrengelser i motsetning til grunnantagelsesgruppene. Det er ingen spesielle ferdigheter eller kompetanse som skal til for "samarbeid" i grunnantagelsesgruppene. Det foregår intuitivt og ubevisst. Det er som om alle kan spillereglene for en aggressiv mobb eller en ydmyk menighet". Han fortsetter: "Noen tiltrekkes mer av en form for grunnantagelsesgruppe enn en annen. Bion kaller tilbøyeligheten til å tre inn i en grunnantagelsesgruppe for valens". Man er bærer av sin valens og denne valensen gjør at man tiltrekkes av en bestemt gruppemodus". Mange er, i følge Karterud, enige i at Bion treffende har beskrevet primitive gruppefenomener som er av intuitiv art og griper tak i individet, og at det i grupper foregår en uopphørlig dynamisk prosess, i hovedsak ubevisst, som kretser rundt rasjonalitet, irrasjonalitet, medlemskap og lederskap.

## **Subgruppe- ( intergruppe-) konflikter**

Hvilke prosesser finner gjerne sted når to subkulturer kommer i konflikt med hverandre? Bang (2011, s. 39 - 40) skriver at for det første vil man sannsynligvis oppleve en polarisering. Medlemmer av de to subkulturene vil ha en tendens til å betrakte og kategorisere hverandre ut i fra en stereotyp oppfatning av hverandre. Medlemmene vil ha en tendens til å legge merke til hva som skiller gruppene fra hverandre, og så overforenkle forskjellene, i stedet for å se at det eksisterer nyanser. Stereotypene kan ha elementer av sannhet i seg, men de er alt for unyanserte til å kunne skape en fruktbar dialog mellom gruppene. For det andre vil



medlemmene gjerne oppleve en tendens til å være evaluerende i stereotypiene – de vil for eksempel si at ”vår gruppes egenskaper er primært positive, mens den andre gruppens egenskaper er primært negative”. De kan beskrive medlemmene av den andre gruppen med ord og uttrykk som har negativ valør. For det tredje vil medlemmene av gruppene ofte ha en tendens til å være etnosentriske i sin tilnærming til den andre gruppen og dens medlemmer. De oppfatter den andre gruppen og dens medlemmer gjennom de briller, kategorier og standarder de har utviklet i sin egen gruppe, i stedet for å betrakte de andre på deres egne premisser. Medlemmene av gruppene er kanskje heller ikke villige til å forsøke å sette seg inn i den andre gruppens måte å tenke og resonnerer på. Ved eksperimenter kan en se at disse prosessene fort kan lede til en vinne - tape situasjon, der målet ikke er å finne den beste løsning, men å få trumfet gjennom sin egen gruppes forslag (Bang, 2011, s. 40).

I materialet kan en se tegn til polarisering og eskalering. For eksempler at man benevner hverandre ufordelaktig, stereotyp og lite nyansert. Medarbeidere omtales som ”drittsekker” og overlegene er ”vanskelige” fordi de maser og maser og ikke retter seg etter organisasjonsreglene, og ledere omtales som ”uempatiske narsissister”, toppledelsen kommer med ”dumme” forslag og ” de forstår ikke hva en helsebedrift er”. Toppledere vil ikke møte til diskusjon og medarbeidere går til media for å sverte toppledelsen.

En mulig forklaring på hvorfor subkulturkonflikter oppstår, er gruppenes behov for å forsvare, opprettholde og forsterke egen gruppekultur. En subkultur gir medlemmene av gruppen en sosial identitet som blir en viktig del av medlemmenes individuelle identitet og selvbylde (Hogg og Abrams, 1988, referert i Bang, 2011, s 41). Det å sammenligne seg med, konkurrere med og være i konflikt med andre grupper har en funksjon ved at det hjelper gruppen til å bygge, opprettholde og forsterke egen kultur (Bang, 2011, s. 41).

Intergruppeforskjeller kan skyldes forskjeller i mål eller verdier mellom to parter, forsøk hos den ene parten på å få kontroll over den andre og motstridende følelser overfor hverandre (Flagstad, 2005).

Intergruppekonflikter kan føre til mye frustrasjon, ytterligere eskalering, fremmedgjøring, ressursløsning og destruksjon. De kan være meget skadelige for en organisasjon. Det er derfor viktig å forstå mekanismene som skaper dem og finne løsningsmuligheter (Flagstad, 2005).

### **«Containe», det å romme**

Hvilken kapasitet har de, de mennesker som midt under press og frustrasjoner klarer å arbeide langsommere, bevare roen og fastholde overblikket, og som samtidig oppnår mer, får skapt flere nye løsninger og tør å tenke og agere annerledes? Kapasiteten må i alle fall matche de paradoksale utfordringer som arbeidslivet byr på. Det er på den ene siden å kunne være i en tilstand av uvisshet og under press og på den annen side å ha en reseptiv kapasitet til å være kreativ og nytenkende. Grunnleggende for denne kompetansen er å kunne suspendere, altså sette det ut av kraft, som vi normalt, tenker og gjør. På engelsk brukes begrepet ”negative capability” (Keats, 1817, referert i Johansen og Nielsen, 2011, s. 86). Begrepet kan forstås

som en passiv kapasitet. Poeten John Keats karakter utfolder seg gjennom en suspensjon av selvet. Han gir avkall på seg selv, for å være og for å forstå andre objekter, enten det er mennesker, dyr eller fenomener. Bion (1970, referert i Johansen og Nielsen, 2011, s. 87-88) henter inspirasjon fra Keats og snakker om terapeutens negative kapasitet, altså terapeutens kapasitet til å suspendere seg selv for å oppnå samstemthet med pasienten i samtalsituasjonen. Det er terapeutens oppgave ved hver ny sesjon å forberede seg og gjøre seg åpen for det ukjente i møtet med pasienten. Terapeuten må hensette seg i en tilstand av ikke-viten, ikke-begjær og ikke-forståelse. Bion kaller denne tilstanden ”patience”, tålmodighet. Det er en tilstand hvor terapeuten skal kunne romme pasientens og situasjonens uklarhet og usikkerhet. Her må situasjonens mangel på støttepunkter utholdes, inntil mønsteret, tanken og erkjennelsen oppstår. Det hjelper ikke å gripe til kjensgjerninger, fornuft, forståelse eller ønske om å hjelpe. Den psykiske funksjon å romme, å bære og å bearbeide mottatt psykisk materiale i en mellommeneskelig situasjon kaller Bion ”containment”. Terapeuten skal tåle frustrasjonen, ”containere” den, utvide kapasiteten til tenkning og skape plass for nye muligheter.

Aktiv lederkapasitet, som er vel beskrevet hos ledere, er det å kunne sette mål, beslutte, handle, motivere, kontrollere, forandre og iverksette.

Passiv lederkapasitet betyr det å være tålmodig, vente, lytte, observere, være tilsynelatende indifferent, trekke seg tilbake, gi seg tid og å forestille seg. Disse egenskapene skal ikke oppfattes som negative, men mer som et positivt fravær eller fravalg av de synlige og aktive lederegenskapene.

Passiv lederkapasitet antyder en spesiell evne til å romme, det vil si en kapasitet til å leve med og tolerere flertydighet og paradokser og være tilfreds med halv viten, til å tolerere angst og frykt, og å forbli i en tilstand av usikkerhet, for å tillate fremkomsten av nye tanker og forestillinger. Det innebærer kapasiteten til å delta på en ikke-forsvarsmessig måte i forandringer uten å bli overveldet av det stadig nærværende press mot å reagere (French m.fl., 2002, referert i Johansen og Nielsen, 2011, s. 90).

Det er balansen mellom aktiv og passiv kapasitet, eller den passende kombinasjon mellom disse to kapasitetene, som gir mulighet for å utøve det kreative lederskap. Hvis man som leder er for aktiv, står man i fare for å handle uten å tenke, og man kan være tilbøyelig å gjenta tidligere handlingsmønstre, som ofte fører til å fastholde kjente, men kanskje ikke formålstjenelige rutiner og kontroll. En leder som kun har passiv kapasitet vil imidlertid ha vanskeligheter med å skape fremdrift. Den kreative mulighet ligger i kombinasjonen av de to former og bevisstheten om å kunne gjøre bruk av dem begge i den aktuelle situasjon (Johansen og Nielsen, 2011, s. 90).

En leder eller ledergruppe som blir følelsemessig oversvømmet og som henfaller til forklaringer og analyser, eller som gir seg i kast med å handle raskt og ureflektert, sprer de ikke-bearbeide følelsene og frustrasjonen i organisasjonen og setter en kjedereaksjon av destruktive krefter i gang (Johansen og Nielsen, 2011, s. 92).

Det å delta i refleksjonsgrupper for ledere kan styrke lederes kapasitet til å tenke, ut i fra et større overblikk, og å fremme den nødvendige tålmodighet, slik at initiativer blir gjennomtenkt og iverksatt på de riktige tidspunkt (Johansen og Nielsen, 2011, s. 101).

## **Mentaliseringsevne**

Mentaliseringsevne (Bateman og Fonagy, 2004, s. 58, referert i Koefoed og Visholm, 2011, s. 50) er evnen til å forstå og fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle uttrykk for indre liv. Mentalisering er en førbevisst mental aktivitet, der man forestiller seg, hvilke intensjoner som ligger bak ens egne og andres atferd (Allen og Fonagy 2006, referert i Beck og Heinskou, 2011, s. 179). Mentaliseringsevnen er et ”indre kompass”. En velutviklet mentaliseringsevne hos et menneske gjør det i stand til både å forstå egne reaksjoner, å relatere seg til andre og å forstå andres perspektiver, det være seg ønsker, følelser eller overbevisninger. Mentaliseringsevnen er en relasjonell evne, som muliggjør dialog om hva som umiddelbart kunne synes være fremmed hos en selv, og det som er annerledes hos den andre. Mentalisering er en prosess som løpende setter et menneske i stand til å kunne revurdere dets bilde av omverdenen, og som utvikler mulighetene for å se nye perspektiver (Beck og Heinskou, 2011, s. 179).

Mentaliseringsevnen er avgjørende i sosiale relasjoner for å forstå en selv utenfra, og andre innenfra, og for å føle og merke på ”en klarere måte” (Beck og Heinskou, 2011, s. 181).

Begrepet mentalisering er nært beslektet med begreper som empati, selvrefleksjon, “mindfulness” og emosjonell intelligens. Men det spesielle er, at det kombinerer det selvreflekterende element med et mellommenneskelig element. Forskningsmessig er det forankret i både kropp og psyke (Koefoed og Visholm, 2011, s. 50).

Speilnevronene spiller en rolle. De fyrer, både når individet selv utfører en handling, men de fyrer også når man betrakter et annet individ som utfører en handling. Denne mekanisme er avgjørende for opplevelsen av at man, iblant automatisk, kan forstå andres handlinger, intensjoner og følelser. Speilnevronsystemet inngår i, og er medansvarlig for, fenomener som imitasjon, speiling, resonans, empati, sympati, identifikasjon, internalisering, intersubjektivitet og mentalisering. De spiller også en rolle i fenomener som emosjonell smitte og sammensmeltningfenomener. Speilnevronene avbalanseres av ulike bremse- og grensesettingsmekanismer (Koefoed og Visholm, 2011, s. 50).

## **Smitte**

Ved speiling markeres atskillelsen mellom avsender og mottaker, mens man ved smitte blir innfanget av avsenderens følelse og gjentar den uten å markere at følelsen er en annens. Ved smitte fungerer mentaliseringsevnen dermed mindre godt (Jørgensen, 2006, referert i Koefoed og Visholm, 2011, s. 52). Ved utforskning av speilnevronene tegner det seg konturer av en forståelse for hvordan andres følelsesmessige tilstander baner seg vei inn i en, og hvordan ens

egen tilstand kan forplante seg til andre, uten at man nødvendigvis er bevisst det (Koefoed og Visholm, 2011, s. 52).

## **Tilknytning**

Hvis man er trygg nok i ens basale tilknytning til andre mennesker kan man erfare og undersøke, og gjennom det, utvikle evnen til å forstå at det kan være mange innganger til virkeligheten. Man kan bli mer nyansert og forstå en selv og andre ut i fra flere perspektiver og dimensjoner. Med denne mentaliseringsevnen blir det mulig for en å inngå fleksibelt i en verden med mange livsanskuelser og livsformer (Beck og Heinskou, 2011, s. 175).

I en åpen og gjensidig respektfull atmosfære vil det være mulig å undersøke rasjonelle prosesser og gruppeprosesser, så det ikke skjer en fastlåsing av en bestemt forståelse av hverandre, men at det etableres et mer nyansert bilde (Beck og Heinskou, 2011, s. 182).

## **Mentaliseringssvikt**

Hvis mentaliseringen svikter i sosiale systemer, er det handlinger og ikke - verbal kommunikasjon eller dialog som kommer i forgrunnen. Det kan føre til ordløse tiltak og autoritær praksis. Manglende evne til mentalisering vil kunne bane vei for fikserte bilder av andre, og derfor fastlåse forståelsen av at det kan være andre følelser og forklaringer til stede i en situasjon, som man ikke har fått øye på i første omgang (Beck og Heinskou, 2011, s. 179).

Under press og stress forringes ens mentaliseringsevne, men under vilkår med større balanse og behovtilfredsstillelse kan man utvikle og utnytte ens fulle mentaliseringsevne. Spesielt ved forandringsprosesser vil endringen kunne oppleves skremmende og iverksette et psykologisk forsvar som er unyansert. Ofte vil det være basert på en god/ond dikotomi, med idealisering av en del av omverdenen (for eksempel den gamle organisasjon), og devaluering av andre deler (for eksempel den nye organisasjon, den politiske ledelse, styrets krav etc.). Den respektfulle dialog vil motarbeide en slik utvikling og vil kunne medføre en mer avbalansert, fleksibel forståelse av verden (Beck og Heinskou, 2011, s. 181 - 182).

Mentaliseringsevnen er ikke konstant. Dels utvikler den seg gjennom livet gjennom tilknytning og samhandling og dels er den situasjonsavhengig. Høy "arousal" (emosjonell aktivering) i forbindelse med kamp/flukt situasjoner og andre situasjoner som skaper stress, skam og angst svekker mentaliseringsevnen. Gode mentaliseringsprosesser foregår best der hvor tilknytningssystemet er aktivert, men ikke for intenst, og "arousal" ikke er for høy eller for lav (OPU, 2015).

## **Det potensielle rom**

Det potensielle rom (Winnicott 1971, referert i Beck og Heinskou, 2011, s. 176) er et undersøkende rom hvor man kan gi plass til samtale omkring erfaringer og oppdagelser, der virkeligheten undersøkes og ulike opplevelser kommer til uttrykk av både ledere og ansatte.

Dette kan brukes for å sikre mentalisering og dynamisk interaksjon mellom subgruppene i systemet.

I organisasjoner der lederen utviser mentaliseringsevne og inndrar berørte medarbeidere i en respektfull dialog der lederen klarer å romme («containere») ambivalensen, og der man kan nyansere og forstå egne og andres følelser, handlinger og forståelse av virkeligheten, vil det være langt lettere å gjennomføre nødvendig beslutninger, også beslutninger som kan ramme noen hardere enn andre, fordi medarbeideren har opplevd den anerkjennelse der er å bli sett og forstått, og å ha blitt inndratt i dialogen og blitt tatt alvorlig (Beck og Heinskou, 2011, s. 182).

Lederen kan ri stormer av og finne løsninger, ved at lederen er tilgjengelig, stiller seg til rådighet for forklaringer, forholder seg undersøkende og fleksibelt, anerkjenner den følelsemessige tilstand hos alle parter og respekterer grenser. Løsningen som ledere kommer frem med må regulere samarbeidet, anerkjenne personalets faglige identitet og fastholde hovedoppgaven. Lederen må oppfylle sentrale behov hos personalet for «containment» og oppbevare det besværlige i organisasjonen i seg, og «kompostere det», så det kan gis tilbake i en åpen og modifisert form (Beck og Heinskou, 2011, s. 187).

Organisasjoner med høyt mentaliseringsnivå er ikke karakterisert ved at de er konfliktfri eller konfliktunnvikende, men ved at konflikter avgjøres sivilisert, basert på hovedoppgaven og gjensidig respekt mellom deltagerne. Mentaliseringsevnen kan trenes opp (Allen, Fonagy og Bateman 2010, referert i Beck og Heinskou, 2011, s.193). Dette krever imidlertid motivasjon og trygge omstendigheter, for å sikre basale betingelser for tilknytning. Ledere har, i følge Beck, en spesiell forpliktelse, ved at de er rollemodeller, for å skape og vedlikeholde det åpne og undersøkende arbeidsmiljø (Beck og Heinskou, 2011, s. 193).

### **Løsninger på konflikter**

Flagstad (2005) skriver at det ofte er gunstig at en dyktig, upartisk og tillitskapende tredjepart bistår i prosesser med å finne løsning på konflikter. En forsoning forutsetter analyse, forståelse og dialog. En analyse av konfliktsituasjonen må identifisere interesser, verdier og behov hos begge parter. Deretter kan man forsøke å skape en produktiv konfrontasjon, det vil si en konfrontasjon basert på en åpen og korrekt gjengivelse av standpunkter, og hvor man forsøker å fremme forståelse for de forskjeller som eksisterer mellom gruppene. Skal konfrontasjonen bli produktiv må den i tillegg, være basert på opprettholdelse av målet om å komme frem til gjensidige akseptable løsninger og fastholdelse av en overordnet strategi om samarbeid fremfor konkurranse.

# 10 Konklusjoner og videre arbeid

Ikke ett aspekt, men samspillet av mange forhold skaper den situasjonen vi ser i dag i sykehus. For å få en bedring av situasjonen er det mye som må tas tak i. Dette er et ledelsesansvar.

Medarbeiderne er lederens viktigste ressurs (Stewart, 1986). Helt grunnleggende er at arbeidstakerne i helsevesenet må behandles med respekt. Man må forstå det helt særlige ved arbeidet i et sykehus og medarbeidere må gis gode arbeidsforhold. Medarbeideres kompetanse må verdsettes både i holdninger og i beslutninger. Toppledere må ned på grunnplan for å få vite hva som foregår og for grundig å kunne evaluere konsekvensen av sine beslutninger. Det kun å basere seg på skjemabaserte medarbeiderundersøkelser og andre tall er ikke tilstrekkelig. Tid må brukes på å opparbeide gjensidig forståelse og tillit, og det krever dialog.

Samtidig synes det som om legegruppen bør arbeide innad med egne holdninger til ledelse. Leger er fagledere, de er beslutningstakere i det kliniske arbeidet og de har autoritet i personalgruppene. Etter mitt syn, må de kjenne sitt ansvar. Kanskje er klinisk ledelse på åremål noe som kan friste overlegene. De må læres seg å arbeide bedre i team, å være teamledere, og de må skaffe seg bedre kunnskap om organisasjon. De må, kort sagt, lære å se sitt arbeid mer som en del av en helhet. Det må også arbeides med kollegialiteten.

Et vesentlig problem er ulikheter i etikken i ledelsesgruppen og i faggruppene. En kan spørre seg om en tilnærming er mulig. Allerede har en modifisering av de etiske regler for leger skjedd. Må det forhandlinger til? Viktig er det at ledere og medarbeidere har samme verdier og etikk. Ledere skal holde verdiene og etikken høyt; de skal lede an. Dette er nødvendig, hvis de skal få følgeskap.

Mer forskning er nødvendig for å avdekke flere forhold og omfanget av problemene. Dette er en kvalitativ studie. Funnene kan imidlertid med stor sannsynlighet overføres til andre steder og andre leger enn de studerte, men hvor utbredt problemene som er identifisert er vites ikke. Kjønnaspekter når det gjelder ledelse i sykehus bør også studeres. Ved arbeidsmiljøstudier bør en studere miljøet mer detaljert og se på de ulike yrkesgrupper for seg.

Studier av ledelse i andre virksomheter kan ofte ikke direkte overføres til forhold i sykehus. Sykepleiere har i mange år studert seg og sitt virke med tanke på ledelse. Legegruppen ligger langt etter på dette punktet. Håpet er at leger i tiden fremover finner interesse i å studere i mer detalj hvordan de kan bli dyktige teamledere, fagledere, klinisk ledere. Det er også viktig å studere hvilke faktorer som gir et godt fagmiljø og en god kollegialitet.

Politikere må rydde opp. De overlater uløselige dilemma til helsepersonell. De gir lover som gir pasienter rettigheter. Det heter at kvaliteten på helsetjenesten skal være god og at behandlingsstandarden skal være faglig forsvarlig (god/optimal?), og hvis legen gjør en feil blir han eller hun tatt. Men, når det er prioritert riktig etter nye veiledere og effektivisert innen rimelige grenser, så går ikke regnestykket opp. Stresset, frustrasjonene og de etiske kvaler

overlates til nærmeste ledere og fagfolk på grunnplan. Dette går ut over pasientene, og helsepersonell blir selv pasienter. Ansvarer bærer de besluttende myndigheter.

Til slutt, et bilde. Man kan forstå historien slik, at man har kullkastet den gamle faglige ledelsen og innsatt en ny administrasjonsledelse (management-ledelse). En kan reflektere over, at noen ganger er det bedre å velge den gamle kapteinen med kjent los som klarer å holde skuta på stø kurs i kjent farvann, enn å velge ny kaptein, med ukjent los. Det kan hende man støter på undervannsskjær.

# 11 Referanser

Aarseth, H.P. (1996) Ledelse i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1996 (116), s. 1015.

Antiautoritær (2014). *Wikipedia*, [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<<https://no.wikipedia.org/wiki/Antiautorit%C3%A6r>> [Lest 2. desember 2014].

Asland; O.G. Førde, R. (2008) Legers faglige ytringsfrihet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2008 (128), s. 1838 - 40.

Aasland, O.G, Rosta, J. (2011) Hvordan har overlegene det? *Overlegen*, nr. 1, s. 51-59.

Aasland, O.G. Hagen, T.P. Martinussen, P.E. (2008) Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2007 (127), s. 2218 - 21.

Allen, J.G. og Fonagy, P. (2006) *Handbook of Mentalization - Based Treatment*. Chichester: Wiley & Sons. Referert i Beck, U.C. og Heinskou, T. (2011) Ledelse og mentalisering. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 179).

Andersland, G.K. (1990) Ledelse i sykehus. Rapport fra en arbeidsgruppe. Sosialdepartementet. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Appelbaum, s.h., Gandell, j., Yortis, A., Proper, s., og Jobin, F. (2000) Anatomy of a merger: Behaviour of organizational factors and processes throughout the pre-during-post stages (Part 1). *Management decision*. 38. s. 649 - 661. Referert i Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Arbeidsmiljøloven (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv*. 01.01.2006.

Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Barbogen, B. (2016) *Hjelp! Jeg er blitt leder. En praktisk guide for førstegangsledere*. Oslo: Hegnar Media as.

Bateman, A. og Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment*. New York University Press. s. 58. Referert i Koefoed, P. og Visholm, S. (2011) Følelser i organisasjoner - psykodynamiske perspektiver. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 50.

Beck, U.C. (2004) Organisationspsykologiske kommentarer til tidens sykehusvæsen. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk Organisationpsykologi. På arbejde under overfladen*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 265.



Beck, U.C. og Heinskou, T. (2011) Ledelse og mentalisering. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 175.

Bemer, A. (2005) *Makt og innflytelse. Om påvirkningens kunst*. J.W. Cappelens Forlag AS.

Berg, E.(2015) *Hold munn eller gå! Makt og avmakt i helsevesenet*. Oslo: Emilia Press AS.

Berg, O. (1996) Meta-Medicine: The Rise and Fall of the Norwegian Doctor as Leader and Manager. I: Larsen, Ø. red. *The Shaping of a profession. Physicians in Norway. Past and Present*. Canton, USA: Science History Publications. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Berg, O. (2010) Sykehusene og den legelige selvstendighet. Innledende betraktninger om hvordan den faglige suksess førte til politisk nederlag: Historien fra ca. 1900 til ca. 2000. I: Finseth, A. mfl. Red. *Utfordring og mulighet: en helsetjeneste i endring*. Oslo: Unipub. s. 48 - 74.

Bion, W. R. (1961) *Experiences in Groups*. London: Tavistock Publications. Referert i Karterud, S. (1999) *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Birkholm, T. og Aarkrog, P. (2011) Køn, lederskap og følgeskap. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag. s. 199.

Bjartveit, S. (2009) *Hvorfor har jeg lyst til å bli leder?* Foredrag. [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.politiforum.no/>> [Lest 14 mai 2015].

Blake, R.A. og Mouton, J.S. (1980) *The versatile manager. A grid profile*. Homewood, Ill: Dow Jones - Irwin Publ. Referert i Høpner, J, Jørgensen, T.B, Andersen, T, Sørensen, H.B. (2007) *Modstillinger i organisations- og ledelsesteori*. Århus: Academica., s.79.

Braut, G.S, Holmboe, J. (2010) Den norske helsetjenesten - struktur og kultur i et sikkerhetsperspektiv.I: Aase, K. red. *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget, s.30.

Byrkjeflot, H. (1997a) *Fra ledelse til management?* I: Byrkjeflot, H. red. *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget. Referert i Vie, O. E. (2012) *Ledelse på norsk. Magma*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.magma.no>>. [Lest 11. juni 2015].

Byrkjeflot, H. (1997b) *Institusjonelle forutsetninger for faglig og profesjonell ledelse - industriledelse i Tyskland og USA*. I: Byrkjeflot, H. red. *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget. Referert i Vie, O. E. (2012) *Ledelse på norsk. Magma*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.magma.no>>. [Lest 11. juni 2015].

Byrkjeflot, H. (1999) Modernisering og ledelse - om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap. Rapport 9905. Bergen: LOS - senteret. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Byrkjeflot, H. og Halvorsen, T. (1997) Ledelse og kunnskap - angloamerikanske og tyske kontraster. I: Byrkjeflot, H. red. Fra styring til ledelse. Bergen: Fagbokforlaget. Referert i Vie, O. E. (2012) Ledelse på norsk. *Magma*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.magma.no>>. [Lest 11. juni 2015]. s. 2).

Carlsson, Y. (1984) Du skal ikke stå på krava. Arbeidsnotat nr. 226. Universitetet i Oslo: Institutt for sosiologi, s. 4. Referert i Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget, s. 21.

Cartwright, S. (2005) Merges and acquisitions: An update and appraisal. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20. s. 1-38. Referert i Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T og Lægreid, P. (2002) Reformen og lederskap: Omstilling i den utøvende makt. Oslo: Universitetsforlaget. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Christiansen, Ø.M. (2014) *Tiden sårer alle leger*. [Upublisert foredrag] Seminar: Tiden sårer alle leger. Legehelse, helstjeneste og kollegastøtte. 11 september 2014. Den norske legeforening.

Choi, Soki (2011) Competing logics in hospital mergers - The case of the Karolinska. [Doktorgrad] Stockholm: Karolinska Institutet, 2011. Referert i Slagstad, R. (2012b) Helsefeltets strategier. *Tidsskr Nor Legeforen*, 132, s. 1479 - 85.

Colbjørnsen, T. (2002) Ledere og lederskap: AFF lederundersøkelser. Bergen: Fagbokforlaget. Referert i Vie, O. E. (2012) Ledelse på norsk. *Magma*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.magma.no>>. [Lest 11. juni 2015]. s. 7.

DADL (2000) Den alminnelige danske lægeforening: Arbejdsvilkårsundersøgelse. Referert i Beck, U.C. (2004) Organisationspsykologiske kommentarer til tidens sygehusvæsen. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk Organisationpsykologi. På arbejde under overfladen*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 269.

DADL (2001) *Lægerollen og lægekulturen under forandring*. Diskussionsoplæg . Den Almindelige Danske Lægeforening. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.dadlnet.dk/laegemoede2001/oplaeg/laegerollen/indhold.htm>> [Lest 16. mai 2015].

- DADL (2002) *Lægekultur og Kollegialitet*. Den Almindelige Danske Lægeforening. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.dadlnet.dk/laegemoede2001/oplaeg/laegerollen/indhold.htm>> [Lest 16. mai 2015].
- DADL (2016) *Læger skal gøre sig fortjent til tilliten*. Beslutningsoplæg legemøtet 2016. Den Almindelige Danske Lægeforening. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[www.laeger.dk](http://www.laeger.dk)> [Lest 26 april 2016].
- Dagsland, H. (1958) "Hva gjør oversøster? Analyse av en administrerende sykepleiers arbeid". Stensilert materilae fra Norges Høyere Sykepleieskole. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].
- Danielsen, Å., Hagen, T. og Sørensen, R (2004) Den norske sykehusreformen. Hva som er galt, og hvordan den kan forbedres. Økonomisk Forum nr. 8. Refert i Grundt, J. (2007) Styring og ledelsesutfordringer i norske sykehus. *Civita*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.civita.no/2007/06/01/styring-og-ledelsesutfordringer-i-norske-sykehus>> [Lest 14. juni 2015].
- Danske Regioner. (2012) *Fra Sund ledelse, 19 bud på god sykehusledelse*. København: Djøf Forlag.
- DNLF (1980) Etiske regler for leger. Vedtatt av landsstyret 1961 med endringer senest 1969 og 1975. Den Norske Legeforening. *Årbok* 1980-81.
- DNLF (1997) Den norske legeforening. Legekårsundersøkelse. Oslo. Referert i Beck, U.C. (2004) Organisationspsykologiske kommentarer til tidens sykehusvæsen. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk Organisationpsykologi. På arbejde under overfladen*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 269.
- DNLF (2015) *Etiske regler for leger*. Vedtatt av landsstyret 1961 med endringer senest 2015. Den Norske Legeforening.
- DNLF. (2011). *Arbeidsmiljø i sykehus. En veileder for tillitsvalgte og medlemmer*. Oslo: Den norske Legeforening
- Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Satele, D., Sloan, J., Freischlag, J. (2011) Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Arch Surg*. 2011 Feb;146(2):211-7. Referert av Christiansen, Ø.M. (2014) *Tiden sårer alle leger*. Foredrag seminar: Tiden sårer alle leger. Legehelse, helsetjeneste og kollegastøtte. 11 september 2014. Den norske legeforening.
- Erichsen, V. (1996) Reformen i helsetjenesten: Profesjonsstatens sammenbrudd? s. 85. I: Lian, O.S. red. *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug. Referert i

Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Fause, Å og Micaelsen, A. (2002) Et fag i kamp for livet: Sykepleiefagets historie i Norge. Bergen: Fagbokforlaget. s. 294, Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014]. S. 279.

Fayol (1949) *General and Industrial Management*. London: Pitman. Referert i Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2007) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget. s. 75

Fjeldbraaten, E. og Torjesen, D.O. (2006) Changing roles and identities among clinical managers. Does a health enterprise reform make any difference? Paper Nordic Workshop on Health Management and Organization. København, 7. - 8. desember 2006. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Flagstad, I. *Intergruppekonflikt*. Forelesningsmaterieell [Internett] Tilgjengelig fra: <[www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/](http://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/)>. [Lest 15. mai 2015].

Forsyth, D.R. (2010) *Group Dynamics*. Belmont: Wadsworth, Centage Learning. Referert i Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget. s. 23.

Gammelsæter, H. og Torjesen, D.O. (2005) Ledelse mellom autonomi og innsyn i helseforetaket. *Norske Organisasjonsstudier*, 7, s. 77-95. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Gjerberg, E og Sørensen, B. Å. (2006) Enhetlig ledelse - fortsatt en varm potet. *Tidsskr Nor Legeforen*, 126, s. 1063 - 66. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Gjørund, P. Huseby, R. (1998) *To eller Flere. Basiskunnskaper i gruppepsykologi*. NKS-forlaget.

Grund, J. (2000) Sykehus - hvordan bør de styres? *Magma*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.magma.no/sykehus-hvordan-boer-de-styres>> [Lest 12. juni 2015].

Grund, J. (2007) Styring og ledelsesutfordringer i norske sykehus. *Civita*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.civita.no/2007/06/01/styring-og-ledelsesutfordringer-i-norske-sykehus>> [Lest 14. juni 2015].

Hagen, Helge (1992): Pasienter i psykiatriske institusjoner, NIS-rapport 6/92, Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning. Referert i NOU 1997:2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.*

Hagen, R. (2006) Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene. Oslo: Universitetsforlaget. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Hein, H.H. (2013) *Primadonnaledelse. Når arbeidet er et kald.* København: Gyldendal Business.

Heinskou, T (2004) Den lille gruppe på arbejde. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk Organisationpsykologi. På arbejde under overfladen.* København: Hans Reitzels Forlag, s. 53.

Helse Sør - Øst. *Plan for strategisk utvikling 2013-2020.* [Internett]. Tilgjengelig fra: <[www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)>. [Lest 7. april 2015].

Hippe, J.M. og Trygstad, S.C. (2012) *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus.* Faforrapport: 57.

Hirschhorn, L og Gilmore, T. (1992) The New Boundaries of the Boundaryless Company. *Harvard Business Review*, 70 (3), s. 104-115. Referert i Visholm, S. (2011) Uklare roller i postmoderne organisationer - om ledelse og selvstyrende grupper. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne.* København: Hans Reitzels Forlag, s. 153.

Hogg, M.A, Abrams, D. (1988) *Social Identifications. A Social Psychology of Intergroup Relations and Group Processes.* London: Routledge. Referert Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur.* 4.Utgave. Oslo: Universitetsforlaget, s. 41.

Husom, N. (2002) Det var en gang 101 historier om sykehuskonflikter. *Tidsskr Nor Lægeforening* 122, s.1422-3.

Høie, I.M. (2002) Legekultur og kollegialitet under press. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2002 (122), s. 2928 - 30.

Høpner, J, Jørgensen, T.B, Andersen, T, Sørensen, H.B. (2007) *Modstillinger i organisations- og ledelsesteori.* Århus: Academica.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2007) *Hvordan organisasjoner fungerer.* 3. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, B.F. (2004) Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering. Working paper 22 - 2004. Bergen: Rokkansenteret.

Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Johansen, B. og Nielsen, L.N. (2011) Negativ formåen og kreativitet. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 84.

Johansen, M.S. (2005) Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske helsevesenet. Notat 16 - 2005. Bergen: Rokkansenteret. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Johansen, T.E, Bjerklund, G, Hopen, Hole, K.H. (1992) Medisinsk og sykepleiefaglig ledelse i sykehus. Oppgaver og opplevelser. *Tidsskr Nor Legeforen*, 112, s. 518 - 23. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014]. s. 278.

Jones, S, McCay, L, Keogh, B. (2011) The importance of Clinical Leadership. I: Swanwick, T og McKimm, J. red. *ABC of Clinical Leadership*. West Sussex: Blackwell Publishing Ltd.

Jørgensen, C.R. (2006a) Personlighetsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling av borderline - lidelser. København: Akademisk forlag. s. 327. Referert i Koefoed, P. og Visholm, S. (2011) Følelser i organisationer - psykodynamiske perspektiver. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 52.

Kalleberg, R. (1991) Kenning - tradisjonen i norsk ledelse. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 8, s. 218 - 44. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Karterud, S. (1999) *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Keats, J. (2002) *John Keats Selected Letters*. Oxford World's Classics. Oxford: Oxford University Press. Referert i Johansen, B. og Nielsen, L.N. (2011) Negativ formåen og kreativitet. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 86.

Kelman, H.C. (1961) Processes of Opinion Change. *Public Opinion Quarterly*. 25. s. 57 - 78. Referert i Vecchio, R.P. (1995) Makt, politikk og innflytelse. I: Martinsen, Ø.L. red. *Perspektiver på ledelse*. 3. Utgave. (2009). Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 246.

Kjekshus, L.E. (2004) *Organizing for Efficiency: A study of Norwegian Somatic Hospitals*. Oslo: Department of Political Science, University of Oslo. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Koefoed, P. og Visholm, S. (2011) Følelser i organisasjoner - psykodynamiske perspektiver. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 46.

Kragh Jespersen, P. (2005) *Mellem profession og management*. København: Handelshøjskolens Forlag. s. 5. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Krantz, J. (2001) *Dilemmas of Organizational Change: A Systems Psychodynamics of Organizations*. London: Karnac Books. s. 151, Referert i Visholm, S. (2004) Modstand mot forandring - psykodynamiske perspektiver. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk Organisationpsykologi. På arbejde under overfladen*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 183.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lai, L. (2009) Lederens påvirkningskraft. I: Martinsen, Ø.L. red. *Perspektiver på ledelse*. 3. Utgave. (2009). Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 270.

Legeloven (1980) *Lov av 13. juni 1980 nr. 42 om leger*.

Lerheim, K. (1986) *Fra høyskole til universitetsinstitutt - Norges Sykepleierhøyskole 1925 - 1984. En vitenskap under utforming*. Oslo: Norges Sykepleierhøyskole. s. 153. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014]. s. 280.

Lerheim, K. (2000) *Et perspektiv på sykepleierforskningen i Norge i fortid og nåtid*. Oslo: Forlaget Sykepleien. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014]. s. 280.

Lerum, S.V. (2009) *Formelle og uformelle føringer på sykehus. En undersøkelse av 9 overlegers forhold til fag og organisasjon*. [Masteroppgave i Sosiologi]. Universitetet i Oslo.

Lian, O. S. (1996) *Helsegodenes fordelingsogikk*. I: Lian, O. S. red. *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug. Referert i Torjesen, D.O. (2007)

Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Light, D.W. Aasland, O.G. (2003) Den nye legerollen - kvalitet, åpenhet og tillit. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2003 (123), s. 1870 - 3.

Lodorfos, G. og Boateng, A. (2006) The role of culture in the merger and acquisition process: Evidence from the European chemical industry. *Management Decision*. 44. s. 1405-1421. Referert i Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Lysgaard, S. (1961) Arbeiderkollektivet (5. opplag 1981). Oslo: Universitetsforlaget. Referert i Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget. s. 31.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. 3. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Martinsen, Ø.L. Glasø, L. (2014) Lederes personlighet: Hva sier forskningen? *Magma*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.magma.no>> [Lest 20. mai 2016].

Maslach, C. (1989) Burnout: udbændthed som prisen for pleie og ansvar. København: Hans Reitzels Forlag. Referert i Beck, U.C. (2004) Organisationspsykologiske kommentarer til tidens sygehøvsvesen. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk Organisationspsykologi. På arbejde under overfladen*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 267.

Melby, K. (1990) Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie. Oslo: Cappelen Forlag. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014]. s. 280.

Mintzberg, H. (1979) *The Structuring of Organizations*. Englewoods Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Mitchell, J. (2003) Siblings, Sex and Violence. Cambridge: Polity Press. Referert i Visholm, S. (2011) Uklare roller i postmoderne organisationer - om ledelse og selvstyrende grupper. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 153.

Mo, T. (2006) Ledelse til begjær eller besvær - om reformer, fag og ledelse i sykehus. Doktorgradsavhandling. Trondheim: NTNU. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014]. s. 278.



Molven, O. (2009) *Helse og jus. En innføring for helsepersonell*. 6. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Molven, O. (2015) *Helse og jus. En innføring for helsepersonell*. 8. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Myrbakk, T. (2002) Leger er for strenge mot seg selv. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2002 (122), s. 2941.

Mørch, W.T. (2011) Den gode viljens utilstrekkelighet. Bokanmeldelse, Grimen, T. Terum, L.I. red. Evidensbasert profesjonsutøvelse. 2009. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48 (7) s. 686 -687.

New Public management (2014) *Wikipedia*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://no.wikipedia.org/wiki/New\\_public\\_management](http://no.wikipedia.org/wiki/New_public_management)> [Lest 2. desember 2014].

NOU 1997:2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*.

NOU: 1989:5. En bedre organisert stat. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Nylenna, M. (1996) Kollega og kollegialitet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1996 (116), s. 1059.

Obholzer (1994) Authority, power and leadership: contributions from group relations training. I: Obholzers og Roberts. red. *The unconscious at Work*. London: Routledge. Dansk utgave. (2003) Det ubevidste på arbejde. Virum: Psykologisk Forlag. Refert i Visholm, S. (2004) Autoritetsrelationen. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk Organisationpsykologi. På arbejde under overfladen*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 84.

Olsen, B. (1997) Legerollen i endring. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1997 (117), s. 3631 - 2.

Opedal, S. og Stigens, I.M. (2005) Helse-Norge i støpeskjeen. red. Bergen Fagbokforlaget 2005. Referert i Slagstad, R. (2012a) *En ny profesjonsstrid*. Tilgjengelig fra: <[http://www.hioa.no/Om-HiOA/SPS/node\\_1356/Nyhetsbrev/SPS-Nyhetsbrev-nr.-2-2012/En-ny-profesjonsstrid](http://www.hioa.no/Om-HiOA/SPS/node_1356/Nyhetsbrev/SPS-Nyhetsbrev-nr.-2-2012/En-ny-profesjonsstrid)> [Lest 7 november 2014].

OPU (2015) *Mentalisering i grupper og organisationer*. Grupperelationskonferanse Mai 2015. Organisationspsykologisk Uddannelse. Institut for gruppeanalyse. København.

Ot.prp. nr. 66 (2001-2002) *Om lov om helseforetak*. M.m.

Regjeringen. no (2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/kvalitet/id536789/>>. [Lest 7 april 2015].

Rommetveit, R. (1968/1954) *Social norms and roles*. Oslo: Universitetsforlaget. Referert i Underlid, K. (1997) *Gruppepsykologi*. Bergen - Sandviken: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Rø, K.I. (2015) Trenger leger mer sykmelding? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 20015, 135 s. 364.

Samdal, S. og Palm, L. (2008) Ledelse i Elkem. Samspillet mellom hovedkontoret og et produksjonssted i Elkem ASA: Hvilke oppgaver former lederne hverdag og hva oppleves som de største utfordringene? Trondheim: NTNU. Referert i Vie, O. E. (2012) Ledelse på norsk. *Magma* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.magma.no>>. [Lest 11. juni 2015].

Samuel, S., Dirsmith, M.W og McElroy (2005) Monetized medicine: from the physical to the fiscal. *Accounting, Organization and Society*, 30, 249-278. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Scandinavian Executive Institute (2016) Hva venter deg som deltager på executive management programme, INSEAD. [Internett]. Tilgjengelig fra <<http://www.se-institute.dk/no/utdannelse/topplederutdanning/utdannelsesloep/>> [Lest 15. mars 2016].

Schraeder, M. og Self, D.R.(2003) Enhancing the success of mergers and acquisitions: An organizational culture perspective. *Management Decisions*. 41. s. 511 - 522. Referert i Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur*. 4.Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Sievers, B. (1994) *Work, Death and Life Itself*. New York: Walter de Gruyter & co. Referert i Visholm, S. (2011) Uklare roller i postmoderne organisasjoner - om ledelse og selvstyrende grupper. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 153.

Skatvik, Frida. (2013) Den Hippokratiske Ed. *Store norske leksikon*. [Internett] Tilgjengelig fra <[https://snl.no/Den\\_hippokratiske\\_ed](https://snl.no/Den_hippokratiske_ed)>. [Lest 7. november 2014].

Skorge K.M, Svantesen, S.M. (2016) Ledelse i akademia: Når vitenskapelige ansatte blir ledere. I: Døving, E, Elstad, B. og Storvik, Å. red. *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Slagstad, R. (2012a) *En ny profesjonsstrid*. Tilgjengelig fra: < [http://www.hioa.no/Om-HiOA/SPS/node\\_1356/Nyhetsbrev/SPS-Nyhetsbrev-nr.-2-2012/En-ny-profesjonsstrid](http://www.hioa.no/Om-HiOA/SPS/node_1356/Nyhetsbrev/SPS-Nyhetsbrev-nr.-2-2012/En-ny-profesjonsstrid)> [Lest 7 november 2014].

Slagstad, R. (2012b) Helsefeltets strategier. *Tidsskr Nor Legeforen*, 132, s. 1479 - 85.

Solstad, K, og Mo, T.O. (1993) Stykkprisbetaling - økonomi eller medisin? Rapport nr. 4. Trondheim: SINTEF/NIS. Referert i Torjesen, D.O. Kunnskap, profesjoner og ledelse.

*Tidskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

St meld nr 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m v i et regionalisert helsevesen*.

Stewart, D. (1986) *Medarbeiderne. Lederens viktigste ressurs*. Norsk Management Forlag.

Stewart, R., Barsoux, J.-L., Kieser, A., Ganter, H. -D. og Walgenbach, P. (1994) *Managing in Britain and Germany*. Basingstoke: Palgrave. Referert i Vie, O. E. (2012) *Ledelse på norsk*. *Magma*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.magma.no>>. [Lest 11. juni 2015].

Terry, D.J. (2003) A social identity perspective on organizationa merges: The role of group status, permeability and type. I: Haslam, S.a. Knippenberg, van, Platow, M.J. og Ellemers, N. red. *Social identity at work: Developing theory for organization practice*. Philadelphia: Psychology press. Referet i Bang, H. (2011) *Organisasjonskultur*. 4.Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Torjesen, D. O. (2005) Er sykehus suverene individ eller flerhodede troll? Statlig eierskap og foretaksmodell - nye rammemodeller for ledelse i norske sykehus. Paper: The 18th Scandinavian Academy of Management (NFF). Århus.290. Referert i Torjesen, D.O. *Kunnskap, profesjoner og ledelse*. *Tidskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Torjesen, D.O.(2007) *Kunnskap, profesjoner og ledelse*. *Tidskrift for samfunnsforskning*. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<[http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](http://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)> [Lest 8. april 2014].

Trygstad. S.C. (2004) *Fra rettighet til nytte? Det kommunale bedriftsdemokratiet møter New Public management*. Trondheim: Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. NTNU. Referert i Hippe, J.M. og Trygstad, S.C. (2012) *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Faforapport: 57. s. 9-10.

Underlid, K. (1997) *Gruppepsykologi*. Bergen - Sandviken: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vecchio, R.P. (1995) *Makt, politikk og innflytelse*. I: Martinsen, Ø.L. red. *Perspektiver på ledelse*. 3. Utgave. (2009). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vie, O. E. (2012) *Ledelse på norsk*. *Magma*. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<<http://www.magma.no>>. [Lest 11. juni 2015].

Vie, O.E. (2010) Have post - bureaucratic changes occurred in managerial work? *European Management Journal*, 28(3), s. 182 - 194. Referert i Vie, O. E. (2012) *Ledelse på norsk*. *Magma*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.magma.no>>. [Lest 11. juni 2015].

Visholm, S. (2004a) Autoritetsrelationen. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk Organisationpsykologi. På arbejde under overfladen*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 84.

Visholm, S. (2004b) Modstand mot forandring - psykodynamiske perspektiver. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk Organisationpsykologi. På arbejde under overfladen*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 174.

Visholm, S. (2011) Uklare roller i postmoderne organisationer - om ledelse og selvstyrende grupper. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 153.

Winnicott, D.W. (1971) *Playing and Reality*. London: Tavistock. Referert i Beck, U.C. og Heinskou, T. (2011) Ledelse og mentalisering. I: Heinskou, T. og Visholm, S. red. *Psykodynamisk organisationspsykologi. Bind II. På mere arbejde under overfladerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 176.

Wyller, V.B. Gisvold, S.E. Hagen, E. Heggedal, R. Heimdal, A. Karlsen, K. Mellin-Olsen, J. Størmer, J. Thomsen, I. Wyller, T.B. (2013) Ta faget tilbake!, *Tidsskr Nor Lægerforen*, 2013 (133), s. 105.

# 12 Vedlegg

## 12.1 Oppsummering

Brekke, A.T.B. (2016) *Overleger og deres ledere. Beskrivelser av og drøftelser omkring den aktuelle situasjonen i sykehus*. Masteroppgave ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

### Metode

Åtte overleger ansatt ved somatiske og psykiatriske avdelinger er intervjuet i en kvalitativ studie, for å undersøke konsekvenser av endringer gjennomført de senere årene for dem og deres syn på ledere og ledelse generelt.

### Historien

Sykehusene utviklet seg på 1900 - tallet til å bli komplekse matriseorganisasjoner som ble stadig mer krevende å administrere. På 1980 - tallet hadde det utviklet seg en todelt ledelse, med fagledelse utført av leger og der mye av det administrative arbeidet rundt drift av seksjoner og avdelinger ble utført av sykepleiere. I tillegg fantes en direktør og etter hvert en stab med oppgaver knyttet til personal- og økonomihåndtering.

Fra 1980 var sykehusene finansiert ved rammefinansiering, men i 1997 ble ISF innført, der sykehusene får refundert deler av utgiftene basert på DRG, i tillegg til rammetilskudd. På 1990 - tallet rykker andre faggrupper inn i tillegg til og istedenfor leger som helsepolitisk ekspertise i reformarbeidet i helsetjenesten, blant annet økonomer og andre samfunnsvitere. Etikken endres fra en faglig etikk til en etikk basert på nyttebetraktninger. Det ble nå også lagt vekt på management-tenkning i ledelse, inspirert fra NPM, som et alternativ til den tidligere fagbaserte ledelsen. På 90 - tallet kom det også et økt fokus på kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten.

I 1995 anbefaler Stortinget at det innføres enhetlig ledelse i sykehus og i 2001 trer fire nye lover i kraft som omhandler helsetjenesten. Her fjernes tidligere særlover for helsepersonell. Det kommer en ny lov om pasientrettigheter og den nye spesialisthelsetjenesteloven lovfester prinsippet om enhetlig ledelse.

I 2002 gjennomføres sykehusreformen, der staten overtar ansvaret for og eierskapet til spesialisthelsetjenesten og sykehusene blir organisert i foretak. Ønsket var å skifte styringsideologi fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering, en organisering inspirert av NPM. Målet var å få politisk styring, regional samordning og profesjonell drift. Stor vekt har vært lagt på økonomi og effektivitet. Siden etablering av de regionale helseforetak har

Helse Sør og Helse Øst, senere Helse Sør - Øst gjennomført omfattede endringer med den store sykehusfusjonen og fisjonen i Oslo som den største.

## **Ny kunnskap**

Det er ikke tidligere blitt utført en kvalitativ undersøkelse av overlegers syn på og opplevelse av de omfattende endringer som er utført i spesialisthelsetjenesten i Norge.

## **Overordnet ledelse, resultater**

Administrasjon er blitt det overordnede organ. Det er altså overordnet det faglige. Myndighetene er interessert i tall og økonomidiskusjoner har hatt mye plass på sykehusene. Det innføres billigere, og dårligere utstyr, reduksjon i sengeplasser, overbooking av operasjonsstuer, og stryking av operasjoner og det er reduksjon i kursmidler for ansatte. Noen merker ikke så mye frustrasjon når det gjelder økonomi; de har blitt tilgodesett innen rimelige grenser. Det bemerkes at man begynner å gjøre det man blir betalt for; språket er blitt fremmedgjørende. Det er blitt en økt redsel for å gjøre feil, personellet er redd for å bli «tatt». Informantene setter pris på retningslinjer, så fremt de ikke blir tvangstrøyer. Den kliniske virkelighet passer imidlertid ikke alltid godt inn i retningslinjene; man må tilpasse ved bruk av skjønn. Kvalitetsindikatorer kan være bra, men en del indikatorer har for dårlig kvalitet og kvalitetssikringen har tatt helt av; det er liten tillit i det.

Sammenslåingen av OUS har medført en del konflikter, ikke minst initialt i forbindelse med ansettelse av ledere. Senere har det utviklet seg slik at man driver som før, Rikshospitalet for seg og Ullevål for seg. Flere fremhever ulempen med en så stor organisasjon, så mange nivåer, dårlig og ikke koordinert informasjon, at de informeres om ting som ikke blir noe av og at det settes i gang utredning på utredning som ikke får noen konsekvenser. Alt blir en merbelastning i en fra før travel hverdag. Det er langt opp og det sies at det er lett for toppledere å ta beslutninger når man er langt unna og ikke ser konsekvensene av beslutningene. Stadige meldinger om endringer gir engstelse på grunnplan. Topplederne viser ikke at de verdsetter den kompetanse overlegene besitter. Det snakkes om økonomi og effektivisering, men ikke om kunnskap, spesialisering og det å bli flinkere.

## **Overordnet ledelse, diskusjon**

Etter foretaksreformen har myndigheter og toppledelsens fokus vært mye rettet mot økonomi, effektivitet, retningslinjer og kvalitetsindikatorer. En kan peke på at administreringen av spesialisthelsetjenesten synes å bevege seg fra et profesjonsbyråkrati over mot et maskinbyråkrati (Mintzberg). Sykehusenes hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring. Ledelse i sykehus vil være ulik avhengig av situasjon og nivå i organisasjonen og ledelsesgitteret trekkes frem som et bilde på at en virksomhet kan ha sterkt fokus på produksjon eller sterkt fokus på medarbeiderne, eller optimalt, sterkt fokus på begge deler.

Lederne har innført stram økonomistyring, men sykehusets økonomiske drift styres også av rettigheter pasientene har fått. I materialet kommer det frem at pasienter som burde ha fått rett til behandling ikke får behandling. Når budsjettet ikke går opp får mellomledere får vite at dette er deres ansvar. Toppledere dytter ansvaret nedover, men økonomiforvaltningen må rette seg etter rettighetslovgivningen og ikke omvendt, der pasienten har rett til behandling, i følge Molven.

Kvalitetsindikatorer er et mål og kan gi en pekepinn om kvaliteten på det som måles. Men for å vurdere kvaliteten på hovedoppgaven ved sykehuset, nemlig utredning, diagnostisering, og behandling av tilstandene og sykepleie i tillegg til forskning og undervisning, er det nødvendig med kvalifiserte vurderinger. Skal man ha en sannferdig vurdering av kvalitet må dette gjøres. Det er demotiverende å bli målt kun på komplikasjoner, feil og avvik i tillegg til administrative indikatorer, som kanskje selv holder lav kvalitet.

Nivåer for faglig standard kan deles inn i fire nivåer. Tjenesteyteren kan: 1) Praktisere nær forskningsfronten, gjøre det perfekte, og gjøre det etter den høyeste standard. 2) Gi god/optimal behandling, etter en akseptabel standard, 3) Yte en ikke god, men ikke uforsvarlig, tjeneste; altså holde seg til en minstestandard, 4) Yte en faglig uforsvarlig behandling. Regjeringen skriver at helsetjenestene skal være virkningsfulle, men det er uklart hva som menes. Hvilken faglig standard legger myndighetene seg på?

Forandringsledelse er komplisert. Ekstreme forventinger om endringer på urealistisk kort tid setter i gang ugunstige prosesser i organisasjonen. Man vier for lite oppmerksomhet til de menneskelige faktorene. Man gir ikke tilstrekkelig tid til drøftinger og har for lite fokus på de kulturelle utfordringene som oppstår når fagmiljø slås sammen eller splittes opp.

## **Nærmeste ledere, resultater**

Forming av lederidentitet er nødvendig. Man går inn i en rolle og det å definere hovedoppgaven er da viktig. Det sies at lederne har et samfunnsoppdrag fordi de er nødt til å forholde seg til det budsjett de har. En informant undrer seg over kjønnsforskjeller når det gjelder ledere. Er kvinner for flinke og for lydige oppover? De lytter nedover, men tør ikke gjøre noe med det de hører. Linjeledere må kunne sortere ut det viktigste. Et annet sted er personalet helt avhengig av en detaljstyrende sjef. De tør ikke opponere. Ledere mangler innflytelse oppover. De får mye ansvar, men lite handlingsrom. Ledere står i krysspress med raseri nedenfra og kontroll ovenfra, noe som oppleves svært stressende.

Få leger har i dag lyst til å bli ledere og flere sier at leger som går inn i ledelse ender seg. De som blir ledere må være lojal mot den rollen de påtar seg. Det er en spesiell reise å gå fra å være kollega til å bli leder. Lojaliteten blir dratt.

Det er ingen automatikk i at leger blir gode ledere. Flere påpeker at de ser at leger med mye narsissisme i sin personlighet klatrer oppover. Leger er vant til å være flinke, de vil ha

kontroll med alt. Noen ganger er de ikke like flinke til å lytte og ikke gode til å se alternative løsninger. Som leder skal man gjøre de andre gode.

Flere mener det er viktig at leger blir ledere, bare man velger de riktige legene. Tidligere var det en del legeledere som oppfylte kriteriene til ”The grand old man”. En fagleder som er faglig suveren, er eldre og har rikelig med erfaring, en erfaring som deles med andre og som er tilgjengelig døgnet rundt hele året. Det er imidlertid slik at få vil ha en slik altoppslukende arbeidsbelastning i dag, selv om det fremdeles finnes noen som vil det. Flere steder praktiseres imidlertid en variant av faglig gruppeledelse; legene er eksperter på hver sine felt.

Leger er faglige ledere. Når en lege kommer inn i rommet forventes det at han/hun tar ledelsen. En dyktig faglig leder kan følge med på den innholdsmessige kvaliteten av hovedoppgaven, den faglige standarden. Legeledere ønsker å arbeide klinisk en del av tiden, både for å holde kontakten med faget og fagutviklingen, for å beholde autoriteten i legemiljøet, men også fordi mye av gleden i arbeidet for en lege ligger i pasientkontakten.

Overleger kan være vanskelige å samarbeide med. De kommer stadig med krav om mer penger, flere sengeplasser, mer folk, mer kurs osv. De gir lite anerkjennelse til linjeledere og viser liten tillit til det linjeledere sier. Overlegene sitter ikke i de rom der avgjørelser blir tatt og får ikke fulgt argumentene opp til toppen av hierarkiet.

Noen får mange tilbakemeldinger på sitt arbeid, andre får ingen. Medarbeidersamtaler brukes til andre ting enn medarbeideren, hvis de overhodet blir avholdt.

Flere er kritiske til systemet med enhetlig ledelse; ting fungerte bedre før, synes de. En har overlatt alt linjelederansvaret og det administrative til en sykepleier og fungerer som en faglig leder, riktignok uten tittel. Andre ser at linjelederne er overbelastet med administrative oppgaver og at linjelederne skyver fagfolk til siden. Flere sier at en todelt/flerdelt ledelse i team hadde vært mye bedre.

Leger bør utdannes mer til teamarbeid og bør stimuleres til å bli teamledere og dyrke tverrfaglighet og samarbeid. Leger bør også kunne mer om organisasjon og system.

### **Nærmeste ledere, diskusjon**

Ledelse er en prosess mellom mennesker, en prosess der man skal få andre mennesker til å gjøre noe. Ledelse er knyttet til teorier om motivasjon, relasjoner og gruppedynamikk. Administrasjon er å fokusere på produksjon, planlegging, forvaltning av økonomiske og personellmessige ressurser, drift, kontroll og problemløsning. Sykehusene i dag administreres ovenfra og fagledes nedenfra. Linjeledere opplæres i ny ledelsesideologi med en rolleforståelse etter management-tenkning og har en nytteetikk som basis. De er tildelt formell makt gjennom den stilling de har og bruker ofte belønningsmakt og tvangsmakt (ref. oppslag i media) i sin ledelsesutøvelse. Overlegegruppen, som styres av sin fagetikk, besitter ekspertmakten og har stor uformell makt i sykehusene. Linjelederne får ikke, eller i liten grad, følgeskap fra overlegegruppen.



Lederes personlighet har betydning og ledere bør derfor velges med omhu, men deres atferd er også preget av at de tvinges inn i en rolle. Holdninger til ledelsen kan også skyldes mer ubevisste psykologiske forhold hos medarbeiderne.

Er lederens oppdrag i et sykehus definert ut i fra en samfunnskontrakt? Hovedoppgaven i sykehus er lovdefinert. Politikere bestemmer lover og fordeler samfunnets midler. Overfor helsevesenet gis flere signaler samtidig, gjennom lover og bevilgningsvedtak. På grunnplan går ikke alltid «regnestykket» opp. De nærmeste ledere og medarbeidere blir sittende med umulige oppgaver og sterke etiske konflikter. Det kjempes for å holde pasientene borte, operasjoner overbookes, pasienter skrives for raskt ut, medarbeiderne stresses med bruk av utstyr med dårlig kvalitet, tempo øker, osv. Det ser ut som om det er en «hard» Human Relations Management (HRM) som utøves fra politisk nivå. Er det 9,1 på skalaen i ledelsesgitteret?

Ledere i linjen synes å ha lite autoritet oppover. Signaler oppover blir ikke hørt, eller får ikke gjennomslag i toppledelsen. Dette synes å være en endring sammenlignet med tidligere. Ledere har også et stort kontrollspenn, langt mer enn det som er anbefalt i ledelseslitteraturen.

Steineutvalget drøftet åremål som en mulighet for ledere i sykehus. Mye taler for at dette kan være en god løsning, på lik linje med ledelse i universitet, spesielt for å rekruttere leger til ledelse.

Ledere på overordnet nivå synes ikke alltid å være godt koordinert. Virkningene av beslutningene kan fragmentere klinikken; det ene tiltaket kan undergrave det annet. Tiltakene beforder ikke alltid produksjonen, undertiden hindrer den den heller. Slik stresses medarbeiderne.

Linjeledere nedleses i administrativt arbeid. Der linjeledere er sykepleiere er det de som administrer driften, mens overlegene er faglige ledere, om enn ofte uformelt. Dette minner om den gamle todelte ledelsen, bare at fagledelsen flere steder er skjøvet til side og spiller liten rolle der beslutninger tas. Man vil ikke ha faglig vinkling på ledelse av sykehuset, selv om det er den faglige virksomheten som representerer kjernevirksomheten. Begrepet klinisk ledelse ville kunne samle de ulike faglederne ved seksjoner og avdelinger.

Ledelse i team, som også ble omtalt som en forutsetning for enhetlig ledelse i NOU 1997:2, vil med all sannsynlighet gi bedre ledelse og drift på seksjons- og avdelingsnivå.

### **Overlegegruppen, resultater**

Et godt fagmiljø er svært viktig for overlegene, men det er ikke slik at alle har det. Der det fungerer best i materialet, har informanten en sterk faggruppe der hver har sitt spesialfelt som han og hun bringer inn til hele legegruppen. De kan være organisert i et strengt hierarki eller mer demokratisk. Der legene ikke har et sterkt fagmiljø svekkes de, og de får ikke tyngde overfor systemets forvaltere.

Introduksjonen til fagmiljøet kan være brutal. De unge leger blir kastet ut i ting og må herdes underveis i utdannelsen. Lederne er for travle til å kunne ta vare på utdanningskandidatene på en god måte.

Legenes kliniske autoritet er anerkjent, men når en lege er tillitsvalgt er han eller hun kun én representant blant flere.

Den idealiserte forestilling om legen er fremdeles levende innad i legekulturen, og utsagn om at man er sliten, ikke orker mer, eller at man er sårbar, blir opplevd som uakseptable. Leger skal ikke vise sårbarhet utad, heller ikke overfor kolleger.

Faglig rivalisering, kritikk og devaluering av kolleger forekommer. Det skjer både mellom leger innad i en avdeling og mellom avdelinger og sykehus.

Ledelsesbeslutninger tas ofte uten at overleger er til stede, enten fordi overlegene ikke er invitert til beslutningsforumet, eller fordi de ikke har tid til å møte. Fagråd er fjernet fordi man ikke vil ha den faglige innretningen på driften. Beslutninger er blitt fjernere, mye mer byråkratiske. Fagfolk høres ikke og holdes nede.

Overlegene oppfatter at ledelsen ikke har respekt for kunnskapen og ikke forstår oppbygningen av og dynamikken i et medisinsk fagmiljø. Ved oppsplitting av fagmiljø kan det ta lang tid før samme kvalitet på produksjonen er gjenetablert. En oppfatter at en del av endringene skal ødelegge det som har fungert. Holdningene til endringene ville vært annerledes hvis de opplevde at deres innvendinger var blitt tatt med i beslutningen og hvis nærmeste leder var for endringene. Overlegene skal kun produsere og få unna, og det oppleves som at ingen er interessert i etikken deres eller fagligheten.

Fabrikktenkningen bryter ned et av legenes viktigste verktøy, tillitsforholdet mellom pasient og lege. Allianse er blitt et skjellsord. Journalen har gått fra å være et arbeidsredskap til å bli et juridisk dokument. Rettighetstenkingen og jussen har medført sikringsatferd. Folk er blitt redde for å bli tatt. Intensjonen kan være god, men ting bare eser ut.

En av overlegene har motvillig blitt en saksbehandler, pasientadministrator og kvalitetssikrer. De bestemmer på møter hvilke pasienter som ikke skal få behandling, hva de ikke skal få, hvor fort de skal ut, istedenfor å snakke om hva slags behandling pasientene skal motta mens de er innskrevet. De er mer opptatt av å fordele og begrense, enn om den faglige standarden er bra.

Overlegene overlenses med arbeid. Der de har totallønn kommer overlegene på fritiden for å få papirarbeidet unna. Tidligere sekretæroppgaver er flyttet til overlegene.

Når ting demmer seg opp prøver man å gjøre noe med det, men flere føler seg låst. Ved ulike avdelinger er leger blitt resignerte. En av informantene er på vei ut til privat praksis, andre tenker på kun å gjøre en god jobb av lojalitet til pasientene, og en informant ”går ting av seg”. Andre overlever ved å ta på skylapper og fokuserer på sine pasienter. Antall sykmeldinger har

gått opp ett sted, og det medfører merbelastning for de som er igjen. For flere er det å ha en god og sterkt legegruppe vesentlig for å mestre situasjonen. Man kan frustrere ut sammen. En av informantene har det bra fordi han jobber innen et satsningsområde og merker lite til endringene.

Begrepet ansvar forstås ulikt, en sier at det er ikke deg som overlege som blir dratt til ansvar lenger, psykologer og sykepleiere har individuelt ansvar, hvis feil begås. En annen sier at en lege vil nok bli stilt til ansvar uansett, og en tredje informant tildeles ansvar for de andres arbeid ved, motvillig å måtte godkjenne behandlingsplaner, selv om hun ikke er leder eller seksjonsoverlege.

Overlegene klager mye, sier en informant. Overlegene roper høyere og høyere, men blir ikke hørt. De har litt innflytelse på det lille, i forhold til pasienter, men det er umulig med litt større ting, organisatoriske grep, penger, kontorer, ombygning, da er det umulig.

Tidligere var det kortere avstand til ledere som kunne utrette ting. Nå er det mer byråkratisk. Overlegene kan ytre seg, men det blir tatt for faglig syt og ytringer får ingen konsekvenser. Man kommer med faglige argumenter, men uttalelsene veier ikke tungt, det faller i gjennom på grunn av de andre tingene. Kritiske kommentarer blir ikke hørt på.

En påpeker at systemsvikt kan føre til kaos og at dette går ut over pasientene. Ved psykiatriske institusjoner kan en se suicid av pasienter under slike omstendigheter.

## **Overlegegruppen, diskusjon**

Overlegene er høyspesialiserte kunnskapsmedarbeidere med distinkte motivasjonsprofiler. For å lede legegruppen godt, må man vite hva de motiveres av, og legge til rette for at de kan få ytt sitt beste. Når frustrasjonen rundt arbeidsforholdene stiger kan man se en frustrasjonsregresjon med resignasjon der atferden endres over til lønnsinntakeratferd, sykmeldinger og at man slutter i arbeidet. Dette beskrives i materialet.

Leger er drevet av en sterk pliktetik. De etiske regler for leger er imidlertid blitt endret gjennom årene og legeløftet er blitt fjernet som ritual fra avslutningssermonien. Dette kan forstås som forsøk på å endre legenes etikk (fra myndighetene?). Man skal nå også tenke samfunn og rettferdighet (og prioritering). Etikken beveger seg i retning nytteetikken.

Leger er dedikerte medarbeidere med stor lojalitet til pasientene. Arbeidsgiver gir stadig forverrede arbeidsforhold, men legene opprettholder sin standard, på tross av dette. En kan undre seg over om arbeidsgiver utnytter dette. De pøser på med arbeidsoppgaver, vel vitende om at legene må utføre oppgaver med god kvalitet, for ellers blir de tatt, individuelt. Hvor empatisk er dette? Er dette "hard" HRM?

En del av de gode legeverktøyene fjernes, allianse er blitt et skjellsord, man er ikke interessert i faget, fagargumenter veies ikke inn, man fordeler og begrenser men snakker ikke om kvalitet på behandling. Her ses en dreining av atferd i henhold til det myndighetene forventer. Man

gjør det man får betalt for, man kjemper for å holde kostbare pasienter ute og man avtaler utskrivelse ved innskrivelse.

Arbeidsmiljøet i sykehus kan være svært dårlig uten at leger gjør anskrik. Mange i legegruppen lider av ”Tarzansyndromet”. Derfor, når klager kommer fra leger, må de tas på alvor og forholdene må undersøkes.

Det er rapportert økt stress på grunn av omstillingene, og endringstretthet ses. Ofte kan problemer individualiseres og det å vende seg bort fra det organisatoriske, og ha fokuset på pasientene være en vanlig reaksjon.

Det å være overlege i norske sykehus er svært ulikt. Noen har gode kår, mens andre sliter. I materialet ses et tydelig skille mellom psykiatrien og somatikken, der overleger i psykiatrien er særlig presset.

Arbeidstakere i Norge har lovforankrede rettigheter når det gjelder arbeidsmiljø. I de senere år har det kommet rapporter om stadig forverrede arbeidsforhold for legene. Legeforeningen argumenterer for et behov for vern av leger, og anbefaler registrering av all arbeidstid (overtid) for å synliggjøre arbeidsmengden og å sikre at overtidsbruken er innenfor arbeidsmiljølovens regler.

Legemiljøet er i endring og en kan spørre om legemiljøet bør granske seg selv, kanskje etter modell fra Danmark. Kollegialiteten bør på dagsorden og en må arbeide for et sterkere legefelleskap, fordi fremtidens leger må arbeide mer sammen i gruppe. Man bør se hverandre mer som kolleger som skal respekteres, enn som konkurrenter. Overlegegruppen har et særlig ansvar når det gjelder kollegialitet, fordi de er toneangivende på avdelingene og materialet illustrerer hvor viktig en god legegruppe er på arbeidsplassen.

Det er viktig at tiltak mot sykehusene erkjenner oppgavens helt spesielle karakter. Et sykehus håndterer oppgaver som er knyttet til sykdom, lidelse og død. Det er knyttet mange følelser til slike omstendigheter og i et sykehus vil det være en understrøm av angst, avmakt og aggresjon. Det daglig å beskjefte seg med dette krever en personlig styrke, en grunnfestet etikk og profesjonalitet. For å håndtere alt dette, spiller arbeidsmiljø og de organisatoriske rammer en stor rolle. Det er særlig viktig for leger og pleiere å ha et miljø hvor man kan bearbeide opplevelser som er knyttet til hovedoppgaven. Når det psykiske arbeidsmiljøet svikter kan man se utbrenthet, men man kan også se rigiditet og manglende empati.

Leger rapporterer psykiske problemer oftere enn den alminnelige befolkningen. De driver med selvbehandling, blant annet med alkohol og annen rus. De er imidlertid sjeldnere sykmeldte, på tross av symptomer. Det er mer sykenærvær enn sykefravær.

Ytringer om situasjonen i linjen er nærmest blokkert. Ledelsen lytter, men uttalelsene får ingen konsekvenser. Fagvurderinger og ytringer om arbeidsforhold tas ikke/i liten grad med i beslutningene hos toppledelsen. Ytringer i media må sees som en konsekvens av dette.

## **Andre grupper, resultater**

Oppgaveglidning i sykehusene skjer etter hvert i større omfang. Leger har overtatt en del tidligere sekretær oppgaver og bruker mye tid på papirarbeid. Andre eksempler er at spesialsykepleiere overtar tidligere legearbeid, og psykologer overtar tidligere legeoppgaver i psykiatrien. Psykologer er kun kvalifisert til en del av arbeidet som skal gjøres med pasientene på avdelingene. Det skjer feilbehandlinger som følge av dette og situasjonen gir merarbeid for legene som må serve de andres pasienter i tillegg til sine egne. Det pågår fremdeles rivalisering mellom leger og psykologer.

Alle er blitt ”like” og ingen vil gjøre ”mindreverdige” funksjoner. Det er mange fagsjefer, som ikke nødvendigvis drar i samme retning når det gjelder hovedoppgaven og som skaper ”sand i maskineriet”.

Det er en misunnelse mellom yrkesgruppene som ikke blir håndtert godt av ledelsen. Det er subgrupper som kjemper om makten. Det blir konflikter. I stedet for å snakke om konfliktene blir det regresjon i miljøet og det går ut over pasientene.

En av informantene poengterer betydningen av å kunne håndtere prosesser i avdelingen, det å se systemer, subgrupper og konflikter og ikke kun tenke individ og syndebukk. Når man ser kriser og maligne prosesser mellom personell og subgrupper må de håndteres og stoppes.

## **Andre grupper, diskusjon**

Leger utfører mer og mer sekretær oppgaver noen steder. Dette kan synes ulogisk, hvis målet er å spare penger, siden en legetimelønn er mye høyere enn en sekretærtimelønn. Der hvor legene har totallønn har en mengde sekretær oppgaver blitt overført til legene, slik at de må gjøre disse på fritiden. Dette kan ses på som en kynisk utnyttelse av legene.

Faggruppene i helsevesenet er ikke likestilte. Det medisinskfaglige ansvaret står i en særstilling. Det delegeres arbeidsoppgaver til andre yrkesgrupper og det er behov for en samlende klinisk ledelse som kan overstyre alle fagområder. Det er tenkt utført av den som har systemmessig faglig ansvar, men materialet illustrerer at dette ikke skjer flere steder. Linjeleder kan være nedlesset i administrative arbeidsoppgaver, ikke ha autoritet nok i faggruppene til å få følgeskap, eller ikke ha kompetanse nok.

Det kan synes som en oppfatning er, at man er likestilt, at når man er tillitsvalgt, da er man en blant flere. Det er som om man ikke vil si at noe veier tyngre enn noe annet. Nå står vi alle på like fot.

Det er krevende å lede avdelinger med ulike faggrupper, man må kunne håndtere misunnelse og subgruppekonflikter. Man må tørre å rangere betydning i et system, men det må håndteres riktig for å balansere at personellgrupper er ulike. Alle utfører viktige oppgaver mot felles mål.

Avdelingsledere har ikke nok autoritet, faggrupper gjør som de vil. En kan drifte bedre med ledelse i team der en har en klinisk leder og en administrativ leder i tillegg til andre ledere hvis nødvendig. Klinisk leder kan ha ulik fagbakgrunn, avhengig av avdelingens profil.

Hvis lederen ikke har nok autoritet kan rivaliseringen mellom faggruppene dukke opp. Ledelse via containing er en metode der refleksjon over ulike aspekter benyttes, og der aktuell dynamikk undersøkes.

## **Samspill grupper, diskusjon**

Grupper har et samhold som kan minne om solidaritet, kameratskap, team spirit og kan inneholde en forpliktelse. En fellesskapsopplevelse kan gi en følelse av å høre til, at medlemmene betyr noe for hverandre.

En organisasjon vil alltid inneholde ulike subgrupper, som utvikler sine særtrekk basert på sine verdier, normer og virkelighetsoppfatninger. Subgruppene kan komme i konflikt med hverandre, typisk i helsevesenet finnes horisontale konflikter der ulike faggrupper er i konflikt, men konfliktene kan også være vertikale mellom ledere og arbeidstakere.

Ledergruppen utvikler sine mål og idealer og har sin etikk som ikke alltid stemmer med verdiene, normene og etikken på grunnplan. Vi har i helsevesenet fått en konflikt mellom gruppen med profesjonell management-ledelse og faggruppene. En subgruppekonflikt mellom en ny ledergruppe med sine nye lederroller og sine verdier, normer og etikk og de gamle faggruppene med sin etikk og normer.

Når man er under press og stress og ved økt nivå av angst, så svekkes mentaliseringsevnen. Mentalisering er avgjørende for å forstå seg selv utenfra og den andre innenfra. Ved endringer vil disse kunne oppleves skremmende og kunne aktivere et psykologisk forsvar som kan være unyansert. Når angsten øker i organisasjonen kan arbeidsgrupper omformes til grunnantagelsesgrupper. De irrasjonelle krefter kan ta over og kan organisere seg i kamp/flukt-, avhengighet- eller pardannelsesmodus. Flere beskrivelser fra materialet kan tyde på at både legeguppen, men også ledergruppen har tidvis havnet over i grunnantagelsesmodus. Ofte er det kamp/flukt som gjelder, men også avhengighet blant personalgrupper beskrives.

De ulike gruppene kan ende opp med svært ulike virkelighetsoppfatninger. Typisk ved intergruppekonflikter får du en polarisering, der man kan devaluere den andre gruppen og opphøyer samtidig sin egen gruppe og sine egne ideer. Man får også ofte en eskalering og en tendens til å opprettholde og forsterke egen gruppekultur. Intergruppekonflikter kan imidlertid føre til mye frustrasjon, ytterligere eskalering, fremmedgjøring, ressursløsing og destruksjon. De kan være meget skadelige for en organisasjon.

Det å containe, det å romme, er en metode for å mestre den emosjonelle dynamikken. Aktiv lederkapasitet, det å vise handlekraft, er mye beskrevet og ofte ønsket. Men, den passive lederkapasiteten, det å være tålmodig, vente, lytte, observere, gi seg tid, er ikke like oppskrytt.

I mange sammenhenger er det å ha den riktige balansen, mellom å bruke sin passive kapasitet, når nødvendig, men også bruke sin aktive kapasitet når det trengs, veien til å mestre ledelsen. Det er dette som beskrives som det kreative lederskap, det å kunne tåle å vente, ikke umiddelbart å handle, til å tåle angst og frykt, å forbli i en tilstand av usikkerhet for å tillate fremkomsten av nye tanker og forestillinger. At man ikke ved rask aktiv handling kun gjentar sine tidligere mønstre. Noe som ofte fører til kjente, men kanskje ikke formålstjenelige rutiner og kontroll.

Det potensielle rom er et undersøkende rom, der man kan gi plass til samtale omkring erfaringer og tanker, der virkeligheten kan undersøkes mer nyansert og ulike opplevelser kan komme til uttrykk både hos ledere og hos ansatte. Dette kan brukes for å sikre høyere nivå av mentalisering og god dialog mellom subgruppene i systemet.

## **Konklusjoner og videre arbeid**

Ikke ett aspekt, men samspillet av mange forhold skaper den situasjonen vi ser i dag i sykehus. For å få en bedring av situasjonen er det mye som må tas tak i. Dette er et ledelsesansvar.

Medarbeiderne er lederens viktigste ressurs (Stewart, 1986). Helt grunnleggende er at arbeidstakerne i helsevesenet må behandles med respekt. Man må forstå det helt særlige ved arbeidet i et sykehus og medarbeidere må gis gode arbeidsforhold. Medarbeideres kompetanse må verdsettes både i holdninger og i beslutninger. Toppledere må ned på grunnplan for å få vite hva som foregår og for grundig å kunne evaluere konsekvensen av sine beslutninger. Det kun å basere seg på skjemabaserte medarbeiderundersøkelser og andre tall er ikke tilstrekkelig. Tid må brukes på å opparbeide gjensidig forståelse og tillit, og det krever dialog.

Samtidig synes det som om legegruppen bør arbeide innad med egne holdninger til ledelse. Leger er fagledere, de er beslutningstakere i det kliniske arbeidet og de har autoritet i personalgruppene. Etter mitt syn, må de kjenne sitt ansvar. Kanskje er klinisk ledelse på åremål noe som kan friste overlegene. De må læres seg å arbeide bedre i team, å være teamledere, og de må skaffe seg bedre kunnskap om organisasjon. De må, kort sagt, lære å se sitt arbeid mer som en del av en helhet. Det må også arbeides med kollegialiteten.

Et vesentlig problem er ulikheter i etikken i ledelsesgruppen og i faggruppene. En kan spørre seg om en tilnærming er mulig. Allerede har en modifisering av de etiske regler for leger skjedd. Må det forhandlinger til? Viktig er det at ledere og medarbeidere har samme verdier og etikk. Ledere skal holde verdiene og etikken høyt; de skal lede an. Dette er nødvendig, hvis de skal få følgeskap.

Mer forskning er nødvendig for å avdekke flere forhold og omfanget av problemene. Dette er en kvalitativ studie. Funnene kan imidlertid med stor sannsynlighet overføres til andre steder og andre leger enn de studerte, men hvor utbredt problemene som er identifisert er vites ikke.

Kjønnsaspekter når det gjelder ledelse i sykehus bør også studeres. Ved arbeidsmiljøstudier bør en studere miljøet mer detaljert og se på de ulike yrkesgrupper for seg.

Studier av ledelse i andre virksomheter kan ofte ikke direkte overføres til forhold i sykehus. Sykepleiere har i mange år studert seg og sitt virke med tanke på ledelse. Legegruppen ligger langt etter på dette punktet. Håpet er at leger i tiden fremover finner interesse i å studere i mer detalj hvordan de kan bli dyktige teamledere, fagledere, klinisk ledere. Det er også viktig å studere hvilke faktorer som gir et godt fagmiljø og en god kollegialitet.

Politikere må rydde opp. De overlater uløselige dilemma til helsepersonell. De gir lover som gir pasienter rettigheter. Det heter at kvaliteten på helsetjenesten skal være god og at behandlingsstandarden skal være faglig forsvarlig (god/optimal?), og hvis legen gjør en feil blir han eller hun tatt. Men, når det er prioritert riktig etter nye veiledere og effektivisert innen rimelige grenser, så går ikke regnestykket opp. Stresset, frustrasjonene og de etiske kvaler overlates til nærmeste ledere og fagfolk på grunnplan. Dette går ut over pasientene, og helsepersonell blir selv pasienter. Ansvarer bærer de besluttende myndigheter.

Til slutt, et bilde. Man kan forstå historien slik, at man har kullkastet den gamle faglige ledelsen og innsatt en ny administrasjonsledelse (management-ledelse). En kan reflektere over, at noen ganger er det bedre å velge den gamle kapteinen med kjent los som klarer å holde skuta på stø kurs i kjent farvann, enn å velge ny kaptein, med ukjent los. Det kan hende man støter på undervannsskjær.



