

Sykehusets floker i møte med reformer

Michael 2017; 14: Supplement 19, 86–94.

Hva karakteriserer helsevesenets problemer, og hvordan kan ulike reformer ses som svar på disse problemene? Dette kapitlet tar utgangspunkt i sykehusenes uløselige problemer forstått som floker, og setter nyere forvaltningsreformer inn i et analytisk rammeverk. Reformene presenteres innen områdene organisering, ledelse og arbeidsliv og viser hvordan reformene er svar på sykehusenes uløselige problemer med koordinering og kostnadskontroll. De harde grepene som tas, vil forverre situasjonen.

Innledning

Utgangspunktet for reformer i helsevesenet er opplevde problemer med hvordan tjenestene blir utført i dag og antagelser om fremtidige endringer. Analyser av reformer har til hensikt å se om reformene gjør oss i bedre stand til å håndtere helsevesenets utfordringer. Charlotte Haug og Ole Berg skrev en artikkel for 20 år siden som nå ble relansert i 2014 i *Nytt norsk tidsskrift* (1). Artikkelen med tittelen «helsevesenets floker» beskriver helsevesenets utfordringer som floker istedenfor problemer. Problemer som er mer komplekse og vanskeligere å løse. Alle som har sittet med et garn eller fiskesnøre vet at en floke er ikke noe du løser bare ved å ta grep – en floke løser du ved forsiktig å trekke i en og en tråd for så å løse den opp. Strammer du til blir floken bare verre (1). Helsevesenet generelt og sykehusene spesielt er fullt av slike floker. Med utgangspunkt i Berg og Haugs artikkel skal jeg beskrive floker innen tre områder der særlig forvaltningsreformer har gjort seg gjeldene: Organisering (pasientforløp, fagspesialisering, fragmentering), ledelse (flerfaglig profesjonsnøytral helhetlig ledelse) og arbeidsliv (arbeidsgiveransvar, arbeidstidsordninger og rekrutering). Det som kan se ut som enkle gode grep i sentrale reformer ender med utilsiktede effekter og enda flere floker. Men skyldplassering og revitalisering av profesjonsstyret vil sannsyn-

ligvis skape flere floker. Jeg vil argumentere for at vi trenger mer innsikt i politiske og institusjonelle beslutningsprosesser og større organisasjonsforståelse for hvorfor floker oppstår.

Om floker og flokedannelser

Ole Berg og Charlotte Haug skiller mellom floker og problemer og sier at floker skiller seg fra problemer ved at de ikke har enkle tekniske løsninger, men at flokene ofte oppstår som en konsekvens av løsningene i seg selv. Floker blir i organisasjonslitteraturen omtalt som «wicked problems». Horst Rittel og Melvin Webber populariserte begrepet allerede i 1973 i artikkelen «*Dilemmas in a General Theory of Planning*». Her blir floker definert som komplekse problemer som ikke lar seg avgrense og som ikke har en enkel løsning (2).

«The search for scientific bases for confronting problems of social policy is bound to fail, because of the nature of these problems. They are «wicked» problems, whereas science has developed to deal with «tame» problems. Policy problems cannot be definitively described [... T]here are no «solutions» in the sense of definitive and objective answers.» (2, s. 155).

Særlig er Robert Merton kjent for å ha studert utilsiktede effekter og hvordan problemene ofte bare tiltar med reformer (3). Typisk for litteratur som beskriver organisering av sykehus er at de tar utgangspunkt i en variant av «wicked problems» eller flokemetaforen. Professor Jan Grundt beskrev det som helsevesenets dilemmaer (4). Ole Berg har tidligere omtalt det som helsevesenets ulike logikker (5). Da blir særlig forholdet mellom økonomisk administrativ ledelse og fagledelse problematisert og sett på som årsaken til mistilliten som oppstår mellom førstelinjen i sykehuset og toppledelsen. Dette blir spesielt synlig i endringsprosesser slik Soki Choi viser i sin avhandling om fusjonsprosessen til Karolinska sykehus i Stockholm (6).

Typisk for sektorer som er preget av floker er kompleksitet, divergerende interesser, og at policyområdet strekker seg ut over mange aktører med uklare beslutningsstruktur. Når flokene ses utenifra og til dels nedenifra oppfattes de som mer enkle og prinsipielle, slik det meste virker med den tilstrekkelige distanse og løsningene virker intuitivt tekniske.

Flokene har det til felles at de ikke forsvinner. Således er flokene i sykehuset påfallende stabile selv om de endrer form ettersom de blir utsatt for nye reformforsøk.

Reformer som svar på manglende kostnadskontroll og koordinering

Sykehuset har to grunnleggende sentrale organisasjons-, ledelse og arbeidslivsutfordringer: Manglende *kostnadskontroll* og manglende *koordinering*. Manglende kostnadskontroll er det som tidligere helseminister Sylvia Bru-

stad omtalte som et *demokratisk* problem, ved at en sektor tiltar seg mer enn det den er tiltenkt (regnskap versus budsjett). Grunnproblematikken i dette er at våre behov for mer helse og lengre liv er umettelig og det medisinske faget utvikler seg og oppnår stadig nye suksesser som bredder grunner for videre ekspansjon. Det er et demokratisk, styrings- og ledelsesproblem at sektoren ekspanderer mer enn planlagt.

Koordinering er et *organisatorisk* problem ved at den medisinske suksess er avhengig av stadig mer spesialiserte og oppdelte tjenester, etterhvert som kunnskapsstilfanget øker og legene kan stadig mer om stadig mindre. Mer spesialisering krever mer koordinering.

Sektorens manglende koordinering og manglende kostnadskontroll er årsaken til en utømmelig og kontinuerlige flom av reformer med håp om å få bukt med sektorens demokratiske og organisatoriske problem. Og stadig flere og mer omfattende reformer vil komme, men trolig uten at flokene vil løses.

Sett utenifra kan problemene fremstå som enkle og mane til nye reformer. Hvordan floken knyter seg blir ofte først synlig i ledelsen av sykehuset og mindre forståelig lengre ut i organisasjonen – i møte med pasientene. Jeg vil illustrere dette med eksempler innen tre områder ved sykehusdrift; organisering, ledelse og arbeidsliv. Tabell 1 gir en skjematisk oversikt over

Tabell 1 Oppsummerende beskrivelse av floker innen organisering, ledelse og arbeidsliv i sykehus og fordeling av reformer som har som hensikt å løse sykehusenes utfordringer med koordinering og kostnadskontroll.

Floker	Reformer som svar på manglende koordinering:	Reformer som svar på manglende kostnadskontroll:
<i>Organisering</i>		
Funksjonell versus programorganisering (Fag versus drift)	Pakkeforløp og matriseorganisering	Fusjoner og sentraliserte funksjoner
<i>Ledelse</i>		
Faglig autonomi versus organisasjonslojalitet	Flerprofesjonsbasert ledelse	Enhetlig ledelse
<i>Arbeidsliv</i>		
Lokale tilpasninger versus nasjonale standarder og behov	Nasjonal behovsmodell	Arbeidsgiveransvar, styringsrett til den enkeltes arbeidstid

de områdene og flokene som blir belyst og viser hvordan de enkelte reformene kan sorteres under henholdsvis koordinering og kostnadskontroll.

Organisasjonsfloker

Organisatorisk har sykehuset en stor utfordring i å organiseres seg etter fagspesialiteter på den ene siden og etter pasientforløp på den andre siden. Sykehusets suksess er tuftet på at det stadig har spesialisert seg og dyktiggjort seg på stadig mindre områder. Den medisinske spesialisering, og etter hvert grenspesialisering, er grunnstrukturen i sykehusets organisering. Sykehuset deler opp pasientene etter diagnose og plasserer ansvaret etter hoveddiagnose. Dette blir av Mintzberg omtalt som «pigeonholing» og beskriver hvordan klassifisering og kategorisering danner basisen for sykehusets grunnstruktur (7). Etter hvert som sykehuset har blitt mer spesialisert blir det vanskeligere å plassere pasienten hos bare én spesialitet. Flere spesialister må samarbeide om samme pasient, og pasienten har ofte flere diagnoser. Dette gjør at spørsmålet om en ikke skal organisere seg rundt pasienten istedenfor dukker opp med gjentagende kraft. Sykehuset løser dette med ulike varianter av matriseorganisering, som igjen gir store ledelsesutfordringer fordi samme arbeidstaker får flere ledere å forholde seg til.

Denne organiseringsfloken er opphav til mange reformer. Da sykehusene gikk fra fylkeskommunalt til statlig eierskap og fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering valgte de regionale foretakene å fusjonere de aller fleste sykehus til større foretak – den største kom i 2008 og omfattet fusjonering av Ullevål, Aker, og Rikshospitalet-Radiumhospitalet med nærmere 22 000 ansatte. Fusjonene skulle sikre større fagmiljø som et svar på at den stadig økte spesialiseringen skapte mange små fagmiljø. Sykehusene var faglig sett for små, men driftsmessig ble de for store. Studier av sykehusfusjoner har vist at sykehus i liten grad blir mer kostnadseffektive (8) og at dette påvirker arbeidsmiljøet og sykefraværet negativt (9).

De store og fragmenterte helseforetakene har strammet til floken ytterligere, og behovet for koordinering har økt innad i foretakene. Den aller nyeste reformen som treffer sykehus i alle de skandinaviske landene er såkalt «pakkeforløpsorganisering». Dette er en utvidelse av ventelistegarantiene som skal sikre at pasientene får behandling i tide. I nasjonal helse- og sykehusplan omtales reformen som at her er det pasientene som er endringsagenter og pakkeforløpene vil tvinge sykehuset til å organisere på tvers av fagspesialister og fagseksjoner. Det opprettes egne pakkeforløpskoordinatører og pakkeforløpsledere som skal koordinere hele pasientforløpene slik at hele behandlingsforløpet gis etter en forutbestemt avtale om tid, omfang og kvalitet (10).

Ledelsesfloker

En stor utforing innen ledelsesområdet ved sykehus er å få fagpersonell til å ta et *helhetlig* ledelses ansvar. I tråd med at det er faget som er sykehuset grunnstruktur har det også vært vanlig at det er en profesjonsdelt ledelsesstruktur – primært mellom leger og sykepleiere der avdelinger har vært ledet av en lege, en sykepleier og ofte en med administrativ bakgrunn (kontorsjef). Dette blir i Danmark omtalt som troikaledelse. I Norge ble dette beskrevet som problematisk fordi det ble vanskelig å se hvem som hadde budsjett- og personalansvar og hvem som hadde fagansvar. «Enhetligledelse» ble vedtatt av stortinget i 1999 og påla sykehusene å innføre dette ledelsesprinsippet ved alle sykehusavdelinger innen 2001. I 2003 hadde 90 % av sykehusene dette (11).

Intensjonen bak enhetlig ledelse er at det ikke skal være tvil om hvor ansvarslinjene går og skal sikre et helhetlig ansvar for pasientene. Ved mange enheter er reformen fornuftig. Dette er særlig ved de tverrprofesjonsbaserte¹ enhetene, det vil si enheter som består av flere yrkesgrupper. Pasienten møter alltid en rekke ulike yrkesgrupper i sykehuset. Det betyr at skal sykehusene organisere seg med pasienten i sentrum så må de organisere seg i tverrfaglige team som består av både sykepleiere og leger og andre yrkesgrupper. Utfordringene er der vi ser at lovanvendelsen har før til større skott mellom yrkesgrupper i sykehuset ved at sykehusene har organisert seg bort fra det helhetlige ansvaret som følge av reformen ved at hver enhet kun har en leder.

Tilsynelatende ledes nå alle sykehusavdelinger av en profesjonsnøytral leder. Tittelen avdelingssykepleier og avdelingsoverlege er erstattet med tittelen avdelingsleder og tilsvarende heter det ikke lenger sjeflege og sjefsykepleier men det heter medisins- og helsefaglig leder. Riktig nok rapporterte 61 prosent av sykehusene i 2009 at de fortsatt hadde titlene avdelingssykepleier og her er det også antagelig mørketall (12,13).

Til å begynne med oppstod det store konflikter da loven skulle innføres. Enkelte sykehus og avdelinger tolket loven slik at avdelinger nå skulle ledes av en profesjonsnøytral leder og ved enkelte avdelinger ble det ansatt ledere med helsefaglig bakgrunn også ved kliniske og legedominerte avdelinger. Dette var i stor grad unntaket og etter ti-tolv år stilnet konfliktene og sykehusene tilpasset seg reformen. For å tilpasse seg loven som kom i 1999 laget flere av sykehusene egne legeenheter og egne sykepleierenheter. Dermed kunne legegruppene fortsette å lede seg selv, mens sykepleierne ledet seg.

1 En mer vanlig betegnelse ville være tverrfaglig, men siden flerfaglig eller tverrfaglig oppfattes av leger som å bestå av ulike medisinske spesialiteter som kirurgi og indremedisin, bruker jeg her betegnelsen «flerprofesjonsbaserte» for å understreke at dette inkluderer også andre yrkesgrupper enn bare leger.

Disse enhetene er forskjellig både i omfang og innhold. Legeseksjonene er små og bygd opp rundt legespesialitetene. Sykepleieenheter er store med mange ansatte og bygd opp rundt sengepostene med fokus på driften av disse. Altså er ikke ledelsen av disse enhetene profesjonsnøytrale, snarere tvert imot. Profesjonsledelsen er styrket og enhetene ledes nå i enda sterkere grad side om side. Legeenheter og sykepleieenheter befinner seg i de samme lokalene men med ulike oppgaver. Før 1997 ble disse ledet av en lege og en sykepleier i felleskap.

Floken er der fortsatt og bivirkningene har vært store. Bivirkningene gjør seg særlig gjeldende etter at tilnærmet alle sykehus nå er fusjonert og som oftest består av to eller flere sykehusbygg på ulike lokalisasjoner. Resultatet er at for eksempel en kirurgisk klinikk eller divisjon består av en til to store sykepleierenheter med mange ansatte og et kontrollspenn for den enkelte sykepleieleder fra 30 til 120 medarbeidere, mens legeenheter er mange og små og da gjerne fordelt på flere geografiske enheter (14). Problemet for legene er at de da ikke får stedlig ledelse. En legeleder kan lede fire leger på en lokalisasjon og fem leger ved en annen lokalisasjon.

Matematikeren ville straks regne seg frem til at om vi innførte flerprofesjonsbasert ledelse og delte disse ansatte opp i like store grupper så ville vi ha løst både kontrollspennet og stedlig ledelse i en smekk. Men dette forutsetter profesjonsnøytral ledelse og er det motsatte av det revitaliserte profesjonsbaserte styre.

Arbeidslivets floker

Flokene i arbeidslivet i sykehuset omfatter særlig rekruttering, medbestemmelse og partssamarbeid, arbeidsgiveransvaret og styringsretten til den enkelte arbeidstakers arbeidstid. Årsaken til flokene er særlig mangel på arbeidskraft.

Det er en økende etterspørsel etter helsetjenester, og vi ser med enkle modeller at vi i all overskuelig framtid vil få mangel på helsepersonell – spesielt hvis vi utelukkende baserer oss på dagens produksjonsmodeller og framskriver dagens bruk av helsepersonell til morgendagens behov (15). Sykehusets utfordring er å rekruttere tilstrekkelig kompetent personell, samtidig som det klarer å legge om dagens arbeidsrutiner og produksjonsmetoder for å redusere fremtidens behov.

Nasjonalt arbeides det med å lage fremskrivningsscenarioer slik at det skal bli mulig å estimere de fremtidige behovene for helsepersonell og at myndighetene kan ta de nødvendige grepene for at de fremtidige problemene ikke skal bli så store. Utfordringen er forståelsen av at dette ikke er en teknisk øvelse men et verdispørsmål om hva slags helsevesen vi skal ha i frem-

tiden. Sykehusene vil, med nødvendighet, uansett tilpasse seg det tilbudet det er av helsepersonell (16). Nasjonalt legges det føringer på om helsesektoren skal være lege- og sykepleierdominert utfra hvor mange studieplasser det opprettes ved universiteter og høyskoler. Norge har tradisjonelt hatt relativt mange leger i forhold til annet helsepersonell (16).

De lokale tilpasningene i arbeidslivet er særlig knyttet til kampen om arbeidstiden. Dette griper ledelsesmessig inn i kjernen av profesjonens opplevelse av autonomi som motsetning til arbeidsgivers styringsrett. Legene ønsker både høy lønn og å kunne bestemme over egen arbeidstid og dette er også hovedkampen for lønnsoppgjøret i 2016. Lokalt har man ønsket lønnsglidning og unntak fra arbeidsmiljøloven som har gitt store spillerom for både arbeidsgiver og leger som har ønsket høy lønn. Kampen har gjerne oppstått sentralt.

Fagorganisasjonene er hjørnesteinen i drift og organisering av sykehuset. Uten et godt forhold til fagorganisasjonen er det svært vanskelig å drifte sykehus. Dette har mange toppledere erfart og flere direktører ved sykehus har gått nettopp på grunn av at det strammer seg til i samarbeidet med fagorganisasjonene ofte på grunn av krav fra eiere, arbeidsgiverforeningen og politikere. Da direktøren ved Ahus skulle bruke sin styringsrett til å pålegge sykepleierne tre ekstra helgevakter i året ble samarbeidsklimaet så vanskelig og det samme styret som hadde bedt direktøren om å bruke sin styringsrett ba direktøren om å gå (17). Arbeidsgiverforeningen varsler strammere linje i forhold til fagorganisasjonen og selv små kommentarer i kommentarfelt blir konfrontert (som da en lege i kommentarfeltet til Dagens Medisin hadde foreslått å nekte å kode DRG (18). Flokene strammes til.

Avslutning

Felles for flokene er at de oppstår ved at sykehuset blir utsatt for inkonsistente mål. Sykehuset blir bedt om å levere resultater som sammen ikke er kompatible. De skal både tenke økonomisk og holde budsjett samtidig som de skal drive faglig utvikling og ubegrenset service til pasientene. Løsningen blir det Professor Nils Brunsson har skissert som organisert hykleri (19). Organisasjonen tvinges til å si en ting men gjøre noe annet. Toppledelsen og politikkenes vesen er å håndtere floker – noen ganger uløselige floker. Hvis det strammes til blir hykleriet mer nødvendig. Sykehuset skal både oppfylle lovens krav om enhetlig profesjonsnøytral ledelse samtidig som daglig operativ drift er preget av profesjoner som ikke vil ledes av hverandre og med ulike forventninger til ledelse. Sykehuset skal redusere midlertidige stillinger samtidig som dets eier utlyser forskningsmidler som forutsetter ansettelse av midlertidige stipendiater og postdoktor stillinger. Sykehuset

skal balanser å ha et godt og nært samarbeid med tillitsvalgte og samtidig være lojal til arbeidsgiverforeningens kompromissløse styringslinje.

Strammes det til blir floken bare verre. For å løse floker er det nødvendig å håndtere tvetydighet. Klar tale kan stramme til floken og gjøre den uløselig. Flokene gjør derfor at ansatte opplever ledere som distanserte og utydelige og derfor etterlyses ledere som tar grep og som forstår klinikken. Gjerne ledere som har minst halve tiden sin i klinikken slik at de er mest mulig i kontakt med «gulvet» i organisasjonen. Jeg tror kontakten med gulvet i organisasjonen er helt grunnleggende i en organisasjonsforståelse, men det i seg selv gir ikke ledere som forstår flokenes opphav og som ser konsekvensene av flokene i den daglige driften. Sykehusets største utfordring er å få ledere som klarer å se hele floken og forsiktig trekke i de rette trådene. Dette er frustrerende langsomme prosesser og tilnærmet utålelige for en som er vant til å ta kjappe beslutninger i direkte møte med pasienter.

Stor takk til Trond Tjerbo for gode kommentarer på et tidligere utkast.

Litteratur

1. Berg O, Haug C. Helsevesenets «floker». *Nytt Norsk Tidsskrift* 1997; 14(4):326-39.
2. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4(2):155–69.
3. Merton RK. The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *Am. Sociol. Rev.* 1936;1(6):894–904.
4. Grund J. *Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
5. Berg O. *Medisinens logikk : studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
6. Choi S. *Competing Logics in Hospital Mergers. The case of the Karolinska University Hospital*. Stockholm: Medical Management Centre, Department of Learning, Informatics, Management and Ethics, Karolinska Institutet, 2011.
7. Mintzberg H. *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1983.
8. Kjekshus LE, Hagen TP. Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *J Health Serv Res Policy.* 2007;12(4):230–5.
9. Kjekshus LE, Bernstrøm V, Dahl E, Lorentzen T. The effect of hospital mergers on long-term sickness absence among hospital employees: a fixed effects multivariate regression analysis using panel data. *BMC Health Serv Res.* 2014;17:50.
10. Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.
11. Kjekshus LE, Byrkjeflot H, Torjesen DO. Organisering og ledelse av sykehus etter NPM – legenes tilbaketrekning? I: Tjora AH, Melby L. (red.) *Sammen for helse: kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenestens samhandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013.

12. Kjekshus LE. Norske sykehus er geriatriske pasienter. I: Melberg HO, Kjekshus LE. (red.) *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
13. Kjekshus LE, Bernstrøm VH. *Helseforetakenes interne organisering og ledelse INTORG 2009:4*. Oslo, Universitetet i Oslo, 2010.
14. Kjekshus LE. (red.) *Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus*. Oslo: Oslo universitetssykehus, 2015.
15. Melberg HO, Kjekshus LE. Innledning. I: Melberg HO, Kjekshus LE. (red.) *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
16. Kjekshus LE. Nasjonale strategier og lokale tilpasninger, fra legemangel til legeoverskudd. I: Botten G, Frich J, Hagen TP, Iversen T, Nordby H. (red.). *Helsetjenestens nye logikk*. Oslo: Akademika forlag, 2014:149–158.
17. Gjerding ML. Derfor går Ahus-direktør av. *Verdens Gang (VG)* 2013. <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/sykehus-norge/derfor-gaar-ahus-direktoeren-av/a/10144390/> (lest 02.11.2016)
18. Storvik AG. Foreslår kollektiv DRG-nekt. *Dagens Medisin* 2014. <http://www.dagens-medisin.no/artikler/2014/09/10/foeslar-kollektiv-drg-nekt-/> (lest 02.11.2016)
19. Brunsson N. *The organization of hypocrisy: talk, decisions and actions in organizations*. Chichester: Wiley, 1989.

Lars Erik Kjekshus

Professor

Programleder masterprogrammet i organisasjon, ledelse og arbeid

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Universitetet i Oslo

l.e.kjekshus@sosgeo.uio.no