

Masteroppgave

TILSTANDSRAPPORT FRA ET SYKEHUS

**EN RAPPORT OM SYKEHUSREFORMENS PÅVIRKNING PÅ
SYKEFRAVÆRET OG ARBEIDSMILJØ**

Av

Olav Beitrusten Myhre

Masteroppgaven er gjennomført som et ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som sådan. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Veileder:
Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, Kristiansand

3.Desember 2007

TILSTANDSRAPPORT FRA ET SYKEHUS

**EN RAPPORT OM SYKEHUSREFORMENS PÅVIRKNING PÅ
SYKEFRAVÆRET OG ARBEIDSMILJØ**

Olav Beitrusten Myhre

Masteroppgave:

Offentlig politikk og ledelse

Universitet i Agder

Fakultetet for økonomi og samfunnsfag

Høsten 2007

Forord:

Denne oppgaven avslutter et lang og spennende studietid. I denne masteroppgaven har jeg fått anvendt kunnskaper fra skolebenken og erfaringer fra samfunnet for øvrig. Jeg har også fått arbeidet med et tema som interesser meg og jeg synes er relevant.

Sykehussektoren er en sektor med høyt sykefravær. Det har også vært store konflikter og store nedskjæringer innen sektoren. Jeg er derfor interessert i å skrive om hvordan sykehusreformen har påvirket de enkelte ansatte på et sykehus, samtidig som det foreligger lite forskning på hvilke tiltak de ansatte selv mener kan få ned sykefraværet. Et interessant fenomen er om sykefraværet har økt etter innføringen av sykehusreformen? En annen motivasjonsfaktor for valg av tema er min faglige interesse for koblingen mellom reformarbeid og motivasjon.

Jeg vil takke min veileder Dag Olaf Torjesen for informativ og konstruktiv veiledning. Mine informanter på Sykehuset Innlandet divisjon Lillehammer og sentralledelsen fortjener en stor takk for at de tok seg tid til å besvare mine spørsmål og at de delte sin informasjon med meg. Denne oppgaven hadde ikke vært noe uten deres velvillighet til å stille opp.

Innhold

Innholdsfortegnelse

<i>Forord:</i>	3
Hva vil bli sett på i denne oppgaven:	7
<i>Innledning:</i>	8
Kapitelinndeling:	9
2.0- Tema, problemstilling og begrepsavklaring	10
2.1- <i>Oppgavens fem underproblemstillinger</i>	10
2.2- <i>Definisjonsavklaringer</i>	11
2.2.1- <i>Arbeidsmiljø</i>	11
2.2.2- <i>Sykefravær</i>	12
2.2.3- <i>Inkluderende arbeidsliv</i>	12
2.2.4- <i>Profesjon</i>	12
2.2.5- <i>Omstilling</i>	13
3.0- <i>Bakgrunnsinformasjon</i>	14
3.1- <i>Kort historisk oversikt:</i>	14
3.2- <i>Sykehusreformen:</i>	16
3.3- <i>Sykehuset Innlandet</i>	17
3.4- <i>Funksjonsfordeling</i>	18
<i>Modell 3.4- Sykehuset Innlandets ledermodell:</i>	19
3.5- <i>Sykefraværet:</i>	20
<i>Tabell 3.5a- Sykefraværet på Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer 2004-2007, 3 første kvartal (%)</i>	21
<i>Tabell 3.5b- Sykefraværsprosent for de fem yrkesgruppene Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer- Oktober og Mars måned (2004-2007):</i>	22
3.6c- <i>Totale gjennomsnitt i tidsperioden 2004-2007 tre første kvartal for de fem yrkesgruppene (%)</i>	22
<i>Tabell 3.5e- Statistikken viser kun sykehusene i Helse Øst fra 2002-2006, og sykehusene i hele Helse Sør-øst i 2007</i>	24
Teoridelen:	25
4- New Public Management:	26
4.1- <i>Generell innføring av NPM</i>	26
4.2- <i>NPM sett i et kritisk perspektiv opp mot sykehussektoren:</i>	28

4.3- Oppsummering av NPM-teorier og hva vi venter å finne i empiridelen som bærer spor av teorien:	32
5. Human Resource Management (HRM)	34
<i>Tabell 5.1- de fire ideene Human Resources Management -retningen legger til grunn:</i>	34
5.1- Deltakende ledelse	35
6. Motivasjon.....	37
6.1- Kognitiv Teori.....	38
6.1-1- Forventningsteori.....	38
6.2- Sosiale teorier	38
6.2.1- Likeverdsteorien	38
6.3- Jobbkarakteristikamodeller.....	39
6.3.1- Herzbergs to-faktorteori.....	39
<i>Tabell:6.3.1- Herzbergs to-faktorteori.....</i>	40
<i>Oppsummering av motivasjonskapitlet</i>	41
7.0- Endringsledelse	42
8.0- Metodedel for datainnsamling	44
<i>Tabell 8.0- Oppgavens informantgrupper.....</i>	45
8.1- Valg av kvalitativt forskningsdesign	45
8.2- Grunnlaget for valg av Lillehammer sykehus som case	46
8-2.1- Valg av avdelinger	47
8.3- Valg av enheter	49
8.4- Intervjuprosessen	50
8.5- Analyseteknikk.....	52
9.0- Presentasjon av data:.....	54
9.1- Underproblemstilling 1.....	54
9.2.-Underproblemsstilling 2	56
9.3- Underproblemstilling 3.....	57
9.4- Underproblemstilling 4.....	59
9.5- Problemstilling 5:	61
Hvilke tanker har de ansatte fra de ulike informantgruppene om fremtiden som ansatt på Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer	61
10.0- Analyse og drøfting	63
<i>Tabell 10.0a- Hovedspørsmålene fra presentasjon av data sett i tabell:.....</i>	64
<i>Tabell 10.0b- Grupperinger av enheter i tilfredshet med sykehusreformen (N=21)</i>	65
10.1- Teoretisk analyse av hovedfunnene	65
10.1.1- Funnet sett ut fra endringsledelse	65
10.1.2- Funnet sett ut fra New Public Management.....	67
10.1.3- Funnet sett ut fra Human Resource Management (HRM).....	70

10.1.4- Funnet sett ut fra motivasjonsteori.....	71
10.2- Stor utilfredshet med reformen og siste års endringer	73
Figur 10.2- Syn på reformen og om reformen var nødvendig:	73
10.3- Misnøyen sett i lys av sykefraværet.....	75
10.4- Tiltak for å få ned sykefraværet	80
10.5- Oppgavens hypoteser og forskningsspørsmål for videre studier.....	83
11. Konklusjon.....	84
11.1- Kritisk drøfting.....	88
Etterord.....	93
Kilde og Referanseliste:	94
Vedlegg 1: NøkkellInformanter	105
Vedlegg 2- Intervjuguide og det formelle brevet til avdelingene	106

Hva vil bli sett på i denne oppgaven:

Dette studiet vil se på erfaringer sykehusansatte har med sykehusreformen. Utgangspunktet for valg av denne oppgaven er at reformen er en radikal endringsreform (Stigen og Opedal 2005). Interessen er derfor stor på hvilke konsekvenser den har hatt for arbeidsmiljø og sykefravær. Helsesektoren har også hatt et høyere sykefravær enn resten av befolkningen. Det vil derfor være interessant å se om hvilke tiltak ansatte selv har for å få ned sykefraværet.

Studiet vil bli belyst i lys av teoriene: Motivasjon, New Public Management, Human Resource Management og endringsledelse.

Innledning

Sykehusreformen ble vedtatt gjennomført i 2001 av Arbeiderpartiregjeringen med Tore Tønne som helseminister. Fra og med 1. januar 2002 ble eierskapet av norske sykehus og annen spesialisthelsetjeneste samlet under statlig eierskap. Dette medførte at sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten. Sykehusene ble organisert i regionale helseforetak. I dette studiet vil konsekvensene av sykehusreformen og de siste års endringer bli belyst. Konsekvensene vil bli sett opp mot arbeidsmiljø og sykefraværet for ulike yrkesgrupper på Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer. Oppgavens problemstilling vil være:

”Hvilke effekter kan omstillinger i forbindelse med sykehusreformen ha hatt for ansatte på Lillehammer sykehus?”.

Sykehusreformen blir ofte kalt en New Public Management-reform. Dette er en reformbevegelse som kom særlig på 80-tallet med Thatcher og Reagan. Reformbevegelsen kan i korte trekk beskrives: *”Med større fokus på markedsøkonomisk effektivitet, samt import av ledelsesverktøy som er utviklet til bruk i private virksomheter også kan anvendes i offentlige virksomheter (Jespersen 2005).”* Flere argumenterer at den norske sykehusreformen bærer preg av ideer hentet fra denne reformbevegelsen (Johansen 2005; Stigen og Opedal 2005). New Public Management er en tvetydig reformbevegelse og en kan derfor mene det finnes to ulike former for endringsstrategier med denne bevegelsen. I denne oppgaven vil det bli argumentert for at det er den ”harde” varianten som er blitt anvendt på Sykehuset Innlandet Divisjon Sykehus.

Reformen har fra sin begynnelse vært kontroversiell og den har møtt mye motstand fra både fagfolk og lokalsamfunn. I en nylig publisert undersøkelse blant sykehusleger fremkommer det at en av to sykehusleger erfarer negative konsekvenser som følge av reformen (Hagen m.fl 2007, Tidsskrift for legeforeningen). Viktige konfliktlinjer har handlet om introduksjonen av markeds mekanismer som sykehusreformen legger til rette for, og mangelen på demokrati i forbindelse med vidtrekkende strukturtiltak om sykehusnedleggelse og endret oppgavefordeling (De Facto 2006).

Avsnittene ovenfor viser relevansen av å se videre på sykehusreformens konsekvenser for sykefravær og arbeidsmiljø. Studiet vil være en casestudie fra Lillehammer Sykehus, der målet ikke vil være å generalisere til andre sykehus eller ansatte. I stedet er målet å trekke frem de enkelte informanters synspunkter og se om det er noen fellestrekk i synene innad og mellom de ulike yrkesgruppene.

Det er to faktorer for å belyse sykehusreformens påvirkning av arbeidsmiljø og sykefravær. For det første er det interessant å se hvilke konsekvenser omstillinger har for arbeidsmiljøet på avdelingene og for den enkelte ansatte. For det andre har sektoren historisk hatt et høyt sykefravær. Det er derfor interessant å få belyst om sykehusreformen har forårsaket et høyere sykefravær. Et ønske med studiet er at de ansatte selv skal få komme med forslag til hvordan få ned sykefraværet på sykehuset. Jeg har ikke funnet andre studier som har gjennomført en lignende tilnærming. Det er dette som er studiets særegenhet. Undersøkelsen vil derfor både se på fortid, nåtid, og fremtid.

Kort oppsummert er hensikten med oppgaven å komme med ideer som kan redusere sykefraværet, høre de ansattes meninger om prosessen fra 2004 og frem til i dag og se dette i et teoretisk perspektiv. Et annet interessant element vil være om det er noen informantgrupper som er mer tilfreds med reformen enn andre. Problemstillingen vil bli sett i lys av teoriene; New Public Management, Motivasjon, Human Resource Management og Endringsledelse.

Kapitelinndeling:

Denne oppgaven vil være oppbygd i elleve kapitler. Kapittel 2 tar for seg oppgavens problemstillinger og sentrale begreper. Kapittel 3 vil gi leseren bakgrunnsinformasjon om sykehusreformen, sykehussektoren, opprettelse av Sykehuset Innlandet som Lillehammer er en del av og sykefraværet på sykehussektoren. Kapittel 4-7 vil studiets teorier bli gjort rede for. Kapittel 8 vil metodevalg for datainnsamling bli gjort rede for. Kapittel 9 vil de empiriske dataene bli sett på opp mot oppgavens problemstillinger. Kapittel 10 vil studiets hovedfunn bli sett i lys mot teorier og andre studier. Kapittel 11 vil inkludere både en konklusjon og en kritisk metodisk drøfting av oppgaven.

2.0- Tema, problemstilling og begrepsavklaring

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for oppgavens problemstillinger og hypoteser som vil bli sett i lys av undersøkelsens teoretiske rammeverk. Sentrale begrep vil også defineres i denne delen.

I introduksjonen ble oppgavens hovedproblemstilling gjort rede for:

”Hvilke effekter omstillinger i forbindelse med sykehusreformen kan ha hatt for ansatte på Lillehammer sykehus?”

Opgavens problemstilling er valgt på grunnlag av et ønske å se hvilke konsekvenser sykehusreformen og de siste års endringer har hatt for ansatte på et sykehus. Hovedfokuset vil være hvilke konsekvenser dette har hatt på sykefravær og arbeidsmiljø. Problemstillingen vil besvares ved hjelp av fem underproblemstillinger. Oppgavens populasjon er 21 informanter som er Sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter og leger på Lillehammer Sykehus. De fem underproblemstillingene er valgt med grunnlag i de teoretiske rammeverkene studiet blir sett i lys av:

2.1- Oppgavens fem underproblemstillinger

1. *Hvordan erfarer informanter fra de ulike yrkesgruppene ved Sykehuset Innlandet divisjon Lillehammer sykehusreformen?*
2. *Hvordan har sykehusreformen påvirket det administrative arbeidet blant de ulike yrkesgruppene?*
3. *Hvilke konsekvenser erfarer de ansatte reformen har hatt for arbeidsmiljøet?*
4. *Hvilke tiltak skal til for å få ned sykefraværet på sykehuset i Lillehammer?*
5. *Hvilke tanker har de ansatte fra de ulike informantgruppene om fremtiden som ansatt på Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer*

I avsnittene nedenfor vil jeg gjøre rede for hvorfor de ulike underproblemstillingene har blitt valgt og hvilke teoretiske perspektiver de vil bli sett opp mot. Det er her viktig å påpeke at skillene mellom teoriene ikke er absolutte, de kan derfor ikke bli sett på isolert. Dette vil også bli redegjort for i teorikapitlet.

Første problemstillingen vil besvare hvilke erfaringer informanter har hatt med sykehusreformen og opprettelsen av Sykehuset Innlandet. Sykehuset Innlandet er en av de synlige konsekvensene av sykehusreformen. Dette kom frem i pre-intervjufasen jeg hadde med representanter fra ledelse og tillitsvalgte, herav kalt nøkkelinformanter (Vedlegg 1). I denne problemstillingen vil teoretiske elementer fra New Public Management, endringsledelse og motivasjon være sentrale. Det er viktig å påpeke at erfaringene med sykehusreformen ikke kan bli sett på isolert.. Jeg har derfor også tatt med endringer som ble gjort før reformen som enhetlig ledelse og stykkprisfinansiering. Dette som følge av at disse kom noen år før sykehusreformen og ble av flere av de jeg intervjuet i pre-intervjufasen (Vedlegg 1) oppfattet som en av sykehusreformens konsekvenser.

Den andre problemstillingen vil se på eventuelle administrative endringer sykehusreformen har medført for de ulike informantgruppene. Her vil dette bli sett opp mot New Public Management. Den tredje problemstillingen ser på hvordan arbeidsmiljøet har blitt påvirket av sykehusreformen. Her kommer elementer fra motivasjon og endringsledelse til å bli anvendt. I den fjerde problemstillingen vil de ansatte få komme med forslag til tiltak for å få ned sykefraværet. Denne teorien bærer ideer hentet fra Human Resource Management.

Til slutt vil den femte problemstillingen se hvilke tanker informantene har om fremtiden som ansatt på Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer. Dette spørsmålet er aktuelt for å gi en indikasjon på hvordan motivasjonen er blant de ansatte. I analysen vil det også bli satt spørsmålsteget om endringene skyldes sykehusreformen eller andre forhold. Oppgaven vil i tillegg ha noen hypoteser som vil bli gjort rede for utover i oppgaven.

2.2- Definisjonsavklaringer

I oppgaven er det fordelaktig å definere en del relevante begreper. Disse begrepene vil bli nevnt utover i oppgaven. Andre begreper vil bli gjort rede for underveis i oppgaven.

2.2.1- Arbeidsmiljø

Jaekhelln (1996) definerer arbeidsmiljø som:

”Arbeidsmiljø omfatter alle de faktorer i en virksomhet som kan ha innvirkning på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd (Jaekhelln 1996)”.

2.2.2- Sykefravær

Sykefraværet kan være et barometer på hvordan arbeidsmiljøet er på de ulike avdelingene. I oppgaven vil sykefravær definert som:

”Vil i denne oppgave bli definert som fravær fra arbeidsforhold grunnet egen sykdom, det være seg legemeldt eller egenmeldt (SSB 2007a).”

2.2.3- Inkluderende arbeidsliv

Inkluderende arbeidsliv (IA) stammer fra Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv, som ble inngått mellom partene i arbeidslivet og regjeringen i 2001. Avtalens hovedmål er å gi plass til alle som kan og vil arbeide. Virksomheter som inngår en samarbeidsavtale med NAV blir IA-virksomhet med tilgang til spesielle tjenester og virkemidler. Hovedmålet er å senke sykefraværet med minst 20 prosent. Et tiltak for å få dette til er å følge opp den sykemeldte med møter. Sykehuset Innlandet er en IA-bedrift (NAV 2007).

2.2.4- Profesjon

Hva er en yrkesgruppe? I en bok om profesjoner og offentlig sektor omtaler Ulf Torgersen (1994) ”*høyt utdannede yrkesgrupper*” som profesjoner. Torstein Eckhoff (1972) anvender en mer bred definisjon; en yrkesgruppe er ”*en akademisk utdannet yrkesgruppe*”. Det stilles noen krav for å bli kategorisert som en yrkesgruppe (Abbot 1988). I dette studiet vil disse kravene kort bli definert som juridikasjon og krav om basert på akademisk vitenskap.

Den klareste juridisikasjon er når yrkesgruppen har beskyttelse i lovverket. Dette inkluderer autorisasjons- og lisensieringsordninger og beskyttede titler. Av de fire yrkesgruppene inkluderer dette sykepleiere, leger og fysioterapeuter gjennom Helsepersonelloven. Denne

loven gir bestemmelser om autorisasjon for yrkesgrupper som leger, sykepleiere og fysioterapeuter i Norge, og tildeling av lisenser til personer som har utdanning fra utlandet.

Et annet krav er at profesjonen skal være basert på vitenskap. For å bli kategorisert som en profesjon kreves det derfor en høyere utdanning. Hjelpepleiere kan derfor ikke defineres som en profesjon. De har verken høyere utdanning og kontrollerer ikke egen utdanning. Hjelpepleierne er derfor et utdanningsbasert yrke. I oppgaven vil jeg derfor anvende informant- og yrkesgrupper i stedet for profesjoner.

Et spørsmål er om det er noen av yrkene som føler deres posisjon er svekket de siste årene. Mine hypoteser går på at fysioterapeutene er mer tilfredse med reformen, grunnet at de har fått et sterkere fagmiljø på tvers av sykehusene gjennom Sykehuset Innlandet, mens hjelpepleierne er mindre tilfredse enn de andre yrkesgruppene. Jeg antar at hjelpepleierne er mindre tilfredse grunnet at de føler seg mer truet nettopp fordi de ikke er en ”*høyt utdannet profesjon*”. En antagelse er derfor at deres yrke blir marginalisert i et mer spesialistutdannet utdanningssamfunn. Disse hypotesene vil besvares senere i oppgaven

2.2.5- Omstilling

I dette studiet vil begrepet omstilling og endring bli benyttet om hverandre. Omstilling vil bli definert som skifte av organisasjonsformer på Lillehammer Sykehus. Denne definisjonen dekker oppsplitting, fusjonering og eierskifter av virksomheten (Arbeidstilsynet 2007b).

3.0- Bakgrunnsinformasjon

Avsnittene nedenfor vil inneholde en kort historisk gjennomgang av sykehussektoren, innføring av sykehusreformen og Sykehuset Innlandet. Til slutt vil kapitlet ha en gjennomgang av sykefraværet på Lillehammer Sykehus de siste 5 årene.

3.1- Kort historisk oversikt:

Veksten i sykehussektoren har de siste tiårene vært enorm, hvor de økonomiske overføringene til sykehusene fra staten og antall ansatte har økt formidabelt. I 1990 var utgiftene til sykehusene i underkant av 20 milliarder, mens det hadde steget til 55 milliarder kroner i 2002 og til 68 milliarder i 2006 (Sørås 2007:139). Dette betyr en tredobling av overføringer til sykehusene på 16 år uten å ta hensyn til prisindeksen. Samtidig med økende ressursoverføringer har de ulike helseforetakene et stipulert underskudd i 2007 på totalt 4.3 milliarder kroner og voksende akkumulert underskudd på 17,9 mrd. siden 2002 (Aftenposten 06.09.07, SSB). Driftbudsjettet har på den andre siden blitt fordoblet fra 42 mrd. i 2000 til 70 mrd. i 2005 (Kjekshus 27.09.07)

Fylkeskommunen ble tillagt ansvaret for sykehusene gjennom sykehusloven i 1969. Etter hvert ble det en økende kritikk mot det fylkeskommunale eierskapet. Norge har vært karakterisert som et land med mange små sykehus og store demografiske variasjoner mellom fylkene. Et ankerpunkt for å gjennomføre sykehusreformen var at det ble stilt spørsmål om tjenestene var likeverdige mellom de ulike regionene. I stortingsmeldingen fra st.meld.24 1996/7 ble det redegjort for at debattene etter hvert dreide seg om

”hvilke nivå som var ansvarlige for krisene i sykehusvesenet; om det var sykehusene som ikke jobbet hardt nok, fylkeskommunen som ikke bevilget nok penger, eller om det var staten som ikke ga fylkeskommunen gode og forutsigbare rammebetingelser”.

I samme stortingsmeldingen var konklusjonen at: *”Det trengtes koordinering og samarbeid på tvers av fylkesgrensene (St.meld.nr.24, 1996/7).* Grunnlaget for at det ikke i større grad ble lagt til rette for å koordinere mellom fylkesgrensene, var hensynet til ønske om gjenvalg for de ulike partiene på fylkestingene og at resultatet ble en stadig mer aktiv stat, der statens styringsambisjoner var økende, men også tvetydige (Vareide 2001, Opedal og Stigen 2002).

Årsaken til kritikken var deriblant at fylkeskommunen ikke prioriterte sykehusene sterkt nok, lange ventelister og lang ventetid, samt tvilen om hvor hensiktsmessig den interne organiseringen av sykehusene har vært. I de 30 årene fylkeskommunene eide sykehusene ble de beskyldt for å være mer opptatt av å bevare alle sykehusene enn å skape en mer effektiv arbeids- og funksjonsfordeling dem imellom. Ut ifra statens myndigheters ståsted fremstod fylkeskommunene som forsvarere av en foreldet og desentralisert sykehusstruktur. Den desentraliserte sykehusstrukturen var formet av mellomkrigstidens bosettingsmønster, vanskeligere kommunikasjonsforhold og datidens behandlingsformer (Opedal og Stigen 2005). Særlig ble de økonomiske problemene i helsesektoren et stadig mer tilbakevendende tema.

Oppfatningen var at myndighetene hadde for liten kontroll med kostnads- og aktivitetsveksten og store budsjettunderskudd ble en gjenganger i mediene (Opedal og Stigen 2005). En årsak til de økonomiske problemene var at spesialiseringens kostnadsside medførte at det ble dyrt å opprettholde heldøgnberedskap for mange små fagmiljøer ved de enkelte sykehus. For å bøte på disse problemene vokste det frem ønske om mer sentraliserte tjenester med en funksjonsfordeling (Opedal og Stigen 2005).

I boka "fra Politikk til økonomikk" skriver Berg (2006) om helsepolitikken klimaskifte fra "økonomenes fokus på Keynes økonomiske politikk til et mer markedslignende tankesett". Dette viser hvordan sykehussektoren de siste tjue årene har fokusert mer på hvordan effektivisere sykehussektoren (Opedal og Stigen 2005). Flere offentlige utredninger og meldinger har blitt gjennomført med forslag til endringer i styring og organisering av spesialisthelsetjenesten. Det har også vært en kritisk debatt innen forskning og i medier, hvor det har blitt stilt spørsmål om sykehussektoren er tilfredsstillende organisert. Sektoren har slitt med uakseptabelt store ventelister, ressursmangel og for store regionale forskjeller med hensyn til tilgjengelighet, kvalitet og medisinsk praksis av sykehustjenester (Opedal og Stigen 2005). En annen forklaring på sykehussektorens finansielle problemer er at de har hatt problemer med å imøtekomme et økende press fra omgivelsene, i form av pasientenes og helsemyndighetenes stadig mer voksende og krevende behov (Botten og Skaset 1999).

3.2- Sykehusreformen:

Konsekvensen ble sykehusreformen, som er en omfattende endring, hvor både eierskap og driftsansvar for sykehusene ble erstattet av regionale sykehusregioner underlagt statlige nivå med en betydelig statlig faglig styring (Jespersen 2005).

1 januar 2002 overtok staten fylkeskommunes eieransvar for sykehusene og organiserte disse i helseforetak. Beslutningen om å gjennomføre sykehusreformen, kom som følge av et flertall på stortinget inneholdende representanter fra Fremskrittpartiet, Høyre og AP. Disse tre partiene støttet opp om regjeringen Stoltenbergs forslag om at staten skulle overta fylkeskommunenes eieransvar for sykehusene (Stigen og Opedal 2005). Dette blir av Sørås (2007) karakterisert som en historisk omlegging av sykehussektoren fra fylke til stat.

New Public Management-bølgen blir trukket fram som grunnlag og inspirasjon for de fleste moderniserings- og fristillingsinitiativene i offentlig sektor de siste tiårene, og dette er tilfellet også med sykehusreformen (Johansen 2005). Hovedtanken til denne reformbevegelsen er at sykehusene, som andre offentlige institusjoner, bør og kan reformeres og moderniseres i tråd med de prinsipper som New Public Management idealet representer (Vrangbæk 1999).

I Odelstingsproposisjonen 66 redegjøres det for reformens formål og virkemidler:

”Endringene har til hensikt å utgjøre en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling, at det på den måten skal legges bedre til rette for både politisk styring og for virksomhetens produksjon av helsetjenester.

”Med et helsepolitisk mål om likeverdig tilgang til viktige helsetjenester vil det fremdeles være et sterkt behov for nasjonal styring av helsetjenesten. Utdfordringen ligger i å finne former for slik styring som også tar hensyn til at virksomhetene skal være myndiggjort og de vil virke i en situasjon med mye sterkere innslag av brukerstyring (Ot.prp.66 (2000-01) s.10-11).”

Disse sitatene hentet fra proposisjonen viser grunntanken i reformen som innebærer ”å samle” eierskapet på det statlige nivået, samtidig som man organiserer eierskapet gjennom egne rettssubjekter (Vareide 2002).

Få reformer er blitt gjennomført med en tilsvarende innholdsendring og hastighet som sykehusreformen (Stigen og Opedal 2005:15). Det gikk kun 13 måneder fra Arbeiderpartiet fattet vedtak om at staten burde overta fylkeskommunens eieransvar for sykehusene på landsmøte i november 2000, til reformen trådte i kraft med støtte fra Høyre og Fremskrittspartiet (Stigen og Opedal 2005:15). Dette var rekordraskt sett opp mot andre reformer som har blitt gjennomført. Det er ikke bare hastigheten som er interessant her, men også innholdet i reformen som best kan sammenlignes med mer reformvillige land som England, New Zealand og Australia (Stigen og Opedal 2005, Johansen 2005).

De nye regionale helseforetakene som ble opprettet som konsekvens av sykehusreformen går på tvers av fylkeskommunene. Det ble vedtatt å ha fem helseforetak (RHF), som 1. juni 2007 ble redusert til fire, da helse Øst og Sør ble sammenslått til Helse Sør-Øst. I de regionale helseforetakene (HF) er de ulike geografiske områdenes offentlige sykehus organisert i regionale sykehusenheter.

3.3- Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet er organisert som et av sykehusselskapene under det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst som har sitt hovedkontor på Hamar. Sykehuset Innlandet er sammen med de andre helseforetak selvstendige virksomheter med arbeidsgiveransvar for sine medarbeidere, men blir driftet av Helse Sør-Øst. Til sammen inkluderer Sykehuset Innlandet alle de offentlige sykehusene i innlandsfylkene Oppland og Hedemark. Disse to fylkene er i både areal og befolkningsmessig forholdsvis like, men har vært organisert i ulike antall sykehus. Til sammen er det seks somatiske sykehus og to psykiatriske sykehus. Av disse er to somatiske sykehus i Oppland fylke (Lillehammer og Gjøvik), samt et psykiatrisk sykehus (Grindsvoll). Hedemark har fire somatiske sykehus (Hamar, Elverum, Tynset og Kongsvinger), der Elverum har fungert som hovedsykehus. Hedemark har i tillegg et psykiatrisk sykehus (Sannerud). Disse to fylkene ble som påpekt i 2004 organisert til å bli et sykehusforetak som del av tidligere Helse Øst. De to fylkenes sykehus fungerer derfor i dag under et Sykehusforetak. Etter 2004 har det vært diskusjon å bygge et stor-sykehus og redusere tilbudene på de ulike sykehusene. Dette har skapt stor debatt (Selstad, Grefsrud og Hagen 2005).

Sykehuset Innlandet har 6287 årsverk, hvorav overtid, ekstrahjelp og vikarer utgjør 917 (Faktarapport av Sykehuset Innlandet). Sykehuset Innlandet fire største sykehus Hamar, Elverum, Lillehammer og Gjøvik er omtrent like store i form av sengeplasser og budsjett (Sykehuset innlandet rapport september 2006). Sykehuset Innlandet divisjon Lillehammer har 1400 ansatte i ca.1000 årsverk, og er per dags dato det største sykehuset i regionen (Faktarapport av Sykehuset Innlandet).

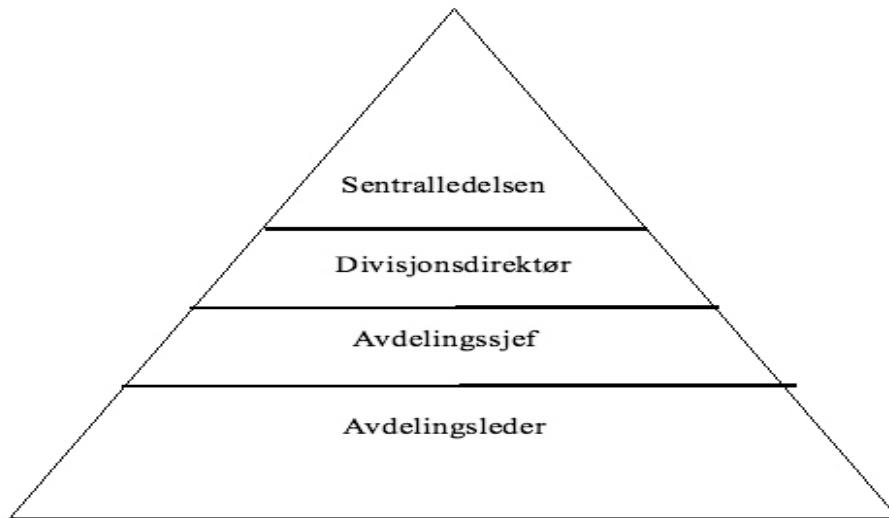
Målet med helseforetakene er å sørge for best mulig drift innenfor de helsepolitiske mål og økonomiske rammer som eierne og Stortinget har satt (www.helse-sorost.no). Sykehuset Innlandet hadde i 2006 et budsjett på 4.9 milliarder kroner (fakta om Sykehuset Innlandet), hvorav 75 prosent er lønnskostnader.

3.4- Funksjonsfordeling

En konsekvens av sykehusreformen er en arbeids- og funksjonsfordeling, der funksjonene er fordelt mellom sykehusavdelinger, institusjoner, helseforetak og helseregioner. Dette kan ha to former; Enten kan man spre det til flere eller man kan konsentrere det til færre enheter (Opedal og Stigen 2005). En tendens etter sykehusreformen har vært å divisjonalisere enhetene i mer sentraliserte enheter. Dette har ofte medført flere ledernivåer, og dermed større avstand fra der behandlingen utføres til der beslutningen blir tatt (Opedal og Stigen 2005). På Sykehuset Innlandets ble sykehusenes enheter funksjonsfordelt i 2004. I 2004 ble også hovedadministrasjonen samlet til et en lokalisering (Brummundal). Sykehuset Innlandet reverserte funksjonsfordelingen 1. januar 2007, hvor de igjen gikk delvis tilbake til geografisk lederskap.

Funksjonsfordelingen er en trend i tiden med mer divisjonalisering av enhetene (Stigen og Opedal 2005). Divisjonaliseringen har medført flere ledernivåer i forhold til tidligere. Organisering gjennom fagenheter er ikke noe særtilfelle av organisering i norsk helsevesen. Samme organisering er gjort på flere av de andre helseforetakene (Stigen og Opedal 2005, Sykehuset Innlandet rapport 2006). Ved en funksjonsfordeling er de organiserte enhetene organisert i ulike poster rettet mot fagfelt og ikke etter geografiske enheter. Det var derfor ikke en samlet leder for hvert av sykehusene, men i stedet en divisjonsdirektør for hver av de forskjellige fagenhetene på tvers av sykehusene. Sykehusets ledelsesmodell kan grafisk illustreres med modellen 3.4:

Modell 3.4- Sykehuset Innlandets ledermodell:



Modellen viser systemet både under funksjonsfordeling og dagens situasjon. Eneste skillet er at ledernivå to (Divisjonsdirektøren) var direktører for hver av fagenhetene under funksjonsfordelingen. Med dagens lederstruktur har noen av divisjonsdirektørene fått ansvar for sine respektive sykehus, mens noen fagenheter har fortsatt divisjonsdirektør på tvers av sykehusene. Dette ble gjort rede for i forrige avsnitt. Av mine informanter er fysioterapeutene del av medisinsk service, mens de andre valgte avdelingene er under divisjonsdirektøren på Lillehammer Sykehus.

Flere avdelingsposter ble som følge av funksjonsfordelingen flyttet mellom de ulike sykehusene. Dette har medført at ortopedi ble samlet som storavdeling på Lillehammer, mens Gjøvik mistet denne delen. Lillehammer Sykehuset mistet til gjengjeld avdelingsposter som Gastrologi og Urologi til henholdsvis Gjøvik og Hamar. Flere ansatte har opplevd å bli flyttet fra ulike avdelinger og sykehus, og flere nedskjæringer har forekommet i denne perioden.

Et av formålene med funksjonsfordelingen var å bidra til å samarbeide på tvers av de geografiske sykehusene og å støtte opp om et sterkere fagmiljø innad i Sykehuset Innlandet. I perioden var det som påpekt ikke lokal direktør på de forskjellige sykehusenhetene (Tjerbo 2006). Ledelsen for enhetene satt derfor på tvers av de ulike sykehusene. De ulike geografiske fagenhetene hadde seksjonssjefer og de ulike divisjonsdirektørene hadde hovedbase på et av de fire geografiske enhetene. Denne organisasjonsformen varte fra sommeren 2004 til januar

2007. Divisjonsdirektørene for de ulike enhetene har ukentlig møte med sentralledelsen, mens på de ulike geografiske sykehusene er det ukentlig møte med den lokale direktøren og avdelingssjefene (ledernivå 3). De ansatte kommuniserer kun opp til avdelingssjefene.

Etter 1. januar 2007 fikk de ulike geografiske lokaliseringene igjen en direktør på huset, men med visse modifikasjoner. I dag er direktøren på Lillehammer Sykehus kun ansvarlig for visse avdelinger på sykehuset, da fire fagområder fortsatt har fagorientert divisjonsstrukturen med ledelse på tvers av sykehusene. Dette betyr at direktøren på Lillehammer sykehus Eystein Brandt er ansvarlig for enhetene kirurgi, kvinnebarn, indremedisin og anestesi. De fire enhetene som fortsatt er organisert i fagdivisjoner er psykisk helsevern, rehabilitering, medisinsk service og pre-hospitale tjenester.

I dette studiet vil det være interessant på om det er noen skiller i synspunktene mellom de ulike yrkene i deres forhold på hvordan funksjonsfordelingen fungerte. I avsnittene nedenfor vil se om det er noen skiller i sykefravær før og etter sykehusereformen. Spørsmålet er om det har vært en nedgang eller økning?

3.5- Sykefraværet:

I denne oppgaven har jeg definert sykefravær til kun å gjelde kort- og langtidssykefravær, jeg har derfor ikke regnet med andre årsaker til gyldige fravær. Jeg har valgt å utelate med årsak at de ikke sees som relevante i forhold til oppgavens problemstilling. I avsnittene nedenfor vil tre spørsmål bli besvart:

1. Har sykefraværet på Lillehammer sykehus økt etter at sykehuset Innlandet ble en realitet i 2003?

Tabell 3.5a- Sykefraværet på Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer 2004-2007, 3 første kvartal (%)

Årstall:	Sykefravær (kort-og langtids)
2002	7,9
2003	8,0
2004	7,7
2005	7,8
2006	7,6
2007	7,4

(Kilde Sykehuset Innlandet Virksomhetsrapport per 31.10.07, Lillehammer Sykehus HR-avdeling)

Denne statistikken viser at sykefraværet har gått ned 0,3 prosent siden 2004. Det er viktig å påpeke at dette gjelder sykefravær på Lillehammer Sykehus tilbake til 2002. Det inkluderer alle yrkesgrupper på sykehuset, og ikke kun de undersøkte yrkesgruppene. Jeg har ikke tilgjengelig statistikk fra lengre tilbake og dette kan derfor være en feilkilde.

1. Hvordan er sykefraværet for de fem ulike informantgruppene (sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, leger og avdelingsledere)?

Tabell 3.5b viser sykefraværet for de ulike informantgruppene i januar, mars og oktober fra Sykehuset Innlandet ble opprettet i 2004. En konsekvens av at jeg har gitt informantene lovnad om full anonymitet, kan jeg ikke utgi statistikk for de enkelte avdelinger. Statistikken viser derfor det totale sykefravær for de ulike yrkesgruppene på Lillehammer Sykehus. Årsaken til at jeg har med en statistikk som viser spesifikke måneder, er å se om det er noe mønster i sykefraværet.

Tabell 3.5b- Sykefraværspersent for de fem yrkesgruppene Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer- Oktober og Mars måned (2004-2007):

	2004	2004	2005	2005	2005	2006	2006	2006	2007	2007	2007
	Mar	Okt	Jan	Mar	Okt	jan	Mar	Okt	Jan	Mar	Okt
Hj.pleiere	10,5	11,8	10,6	14,0	9,7	10,6	11,5	6,8	11,4	10,3	9,2
Sykepleiere	9,4	9,5	8,8	8,7	8,6	7,4	9,2	6,6	10,6	10,5	7,4
Fysio	10,5	5,5	3,1	2,1	6,7	5,5	11,7	3,2	4,2	2,1	6,4
Leger	0,9	2,1	1,0	5,8	2,3	3,1	2,6	0,8	2,6	3,1	2,5
Avd.Ledere	4,9	11,2	7,3	6,9	3,1	7,6	8,6	7,1	6,2	7,1	1,2

(Kilde: Sykehuset Innlandet HR-avdeling)

Denne tabellen viser skiller mellom de ulike yrkesgruppene. Hjelpepleiere har høyest sykefravær i samtlige av månedene, mens legene har et lavt sykefravær. Avdelingsledere og fysioterapeuter er en liten gruppe på sykehuset og dette medfører store avvik i sykefraværstatistikken. Fysioterapeutene har eksempelvis kun 14 årsverk, og har i en lengre periode hatt en av sine ansatte borte på grunn av alvorlig sykdom. På sykefraværstatistikken tilsvarer dette 6 prosent sykefravær. Tabellen viser også avvik i sykefravær mellom de ulike månedene. I tabellen nedenfor viser gjennomsnittet blant de ulike yrkesgruppene.

3.6c- Totale gjennomsnitt i tidsperioden 2004-2007 tre første kvartal for de fem yrkesgruppene (%)

	%
Hjelpepleiere	10,9
Sykepleiere	8,7
Fysioterapeuter	5,5
Leger	2,5
Avd.ledere	6,3
Totalt Lillehammer Sykehus	7,8

(Kilde: Sykehuset Innlandet HR-avdeling, SSB)

Tabell 3.6c viser store avvik mellom de ulike yrkesgruppene. Hjelpepleierne og sykepleierne har høyest sykefravær, mens leger, fysioterapeuter og avdelingledere har et sykefravær som er under det nasjonale sykefraværstallet for samtlige næringer på 6,5 prosent 2.kvartal 2007 (SSB 2007a). I avsnittene nedenfor vil sykefraværstatistikken på Lillehammer Sykehus bli sett opp mot Sykehuset Innlandets andre sykehus, og innen Helse Sør-Øst.

3. Er sykefraværet på Lillehammer Sykehus høyere enn på andre sykehus Sykehuset Innlandet og Helse Sør-Øst?

Tabellen 3.5d viser en utvikling av sykefraværet på de ulike sykehusene i Sykehuset Innlandet årets tre første kvartaler 2004-2007.

Tabell 3.5d- Utvikling av sykefravær per divisjon, sykefraværspersent årets 3 første kvartaler 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Elverum-Hamar	8,1	7,3	8,0	7,4
Gjøvik	7,9	8,3	7,9	8,0
Kongsvinger	8,0	8,6	7,6	8,6
Lillehammer	7,7	7,8	7,6	7,4
Tynset	5,3	5,9	5,9	6,2

Kilde: Sykehuset-Innlandet

Tabell 3.6d viser at Sykehuset Innlandet divisjon Lillehammer ikke har et høyere sykefravær enn de andre sykehusene i Sykehuset Innlandet. Modellen viser at bortsett fra Tynset Sykehus, er det små skiller mellom sykehusene. Statistikken viser også at det har vært små forskjeller fra 2004 og frem til 3.kvartal 2007. Interessant er det å se at det tre av de fem sykehusene har hatt en økning i sykefraværet mellom 2004-2007. Det er kun Lillehammer og Hamar-Elverum som har hatt nedgang.

Tabell 3.5e viser sykefraværstatistikken på sykehusene i Helse Sør-Øst. Dette for å se om nedgangen på sykehuset Innlandet er en generell trend i sykehussektoren. Det finnes ikke

nasjonal statistikk å oppdrive på kun sykehussektoren hos SSB, derfor har jeg tilgjengelig kun statistikk for Helse Sør-Øst som Sykehuset Innlandet er en del av.

Tabell 3.5e- Statistikken viser kun sykehusene i Helse Øst fra 2002-2006, og sykehusene i hele Helse Sør-øst i 2007

Årstall	Det totale sykefravær kort- og langtids (%)
2002	8,9
2003	8,8
2004	8,4
2005	8,3
2006	8,5
2007	8,4

(Kilde Helse Sør-Øst)

Denne tabellen viser at sykefraværet totalt har gått ned innad i Helse Sør-Øst. Det er viktig å påpeke at denne statistikken viser kun sykehusene i tidligere Helse-Øst, som Sykehuset Innlandet var en del av frem til 2006. I 2007 inkluderer også statistikken tidligere Helse Sør. Nedgangen fra 2004-2007 er på 0,5 prosent. Sykefraværet på Lillehammer var de tre første kvartalene 2007 på 7,4 prosent. Dette er langt under gjennomsnittet i hele Helse Sør-Øst. I empiridelen vil nedgangen i sykefraværet bli sett opp mot hvilke erfaringer de ulike informantene har med sykehusreformen og opprettelsen av Sykehuset Innlandet.

Teoridelen:

I denne delen vil oppgavens teoretiske rammeverk bli gjort rede for. Oppgavens empiriske funn og problemstillinger vil bli sett i lys av hovedsaklig fire ulike teorier. Analysen vil også trekke inn andre teorier, men disse vil bli gjort rede for underveis i analysen. Oppgavens fire teorier vil bli gjort rede for i kapittel 4-7:

- 4. New Public Management**
- 5. Human Resource Management**
- 6. Motivasjon**
- 7. Endringsledelse**

Det er også viktig å se teoriene i sammenheng, men teoriene vil bli kort redegjort for separat. Ved siden av vil det være en kort drøfting om New Public Management. Dette som følge av denne teorien blir kalt ”*Reformens arvegods*” av deriblant Johansen (2005) og Byrkjeflot og Neby (2004). Jeg mener derfor det er hensiktsmessig å vurdere denne teorien i hvilken grad disse reformtiltakene vil fungere i sykehussektoren. Gjennomgangen av NPM vil derfor også være for å gi deg som leser bakgrunnsinformasjon om fundamentet bak Sykehusreformen.

4- New Public Management:

I dette kapitlet vil begrepet New Public Management (heretter kalt NPM) defineres, og de underliggende reformtiltakene vil bli redegjort for. Bevegelsen vil bli debattert med kritiske øyne opp mot sykehussektoren. I innledningen ble det argumentert for at sykehusreformen kan bli betraktet som en "hard" variant av New Public Management-retningen. Kapitlet vil derfor også inneholde en diskusjon av hva jeg legger i begrepet "harde" og "myke" varianter av NPM-retningen. Kort fortalt kobles dette til endringsledelse, som vil bli redegjort for senere. Den "harde" varianten av NPM er sterkt økonomisk orientert, mens den "myke" er orientert mer mot HRM. Disse to idealtypene er valgt å bli tatt med for å vise at NPM er en tvetydig reformbevegelse.

I norsk sykehusvesen har det de siste to tiårene vært en debatt om hvordan man bedre utnytter ressursene (Skaset 2003). Dette er en debatt som har blitt knyttet opp mot de raskt økende kostnadene i sykehusvesenet. Et krav har vært at behandlingsskapiteten skal opp uten påfølgende utgiftsvekst (Johansen 2005). Et middel har vært økt effektivisering ved hjelp av en reformert ledelsesstruktur og sterkere vekt på økonomiske incentivsystemer. Denne utviklingen kan sees i lys av "New Public Management". Denne teorien blir av flere kalt "*reformens rammeverk*". Reformbevegelsen har stadig fått mer interesse innen både den offentlige sektor generelt og sykehussektoren spesielt (Johansen 2005). Sitatet nedenfor kan illustrere påvirkningskraften flere hevder denne reformbevegelsen har hatt for sykehussektoren de siste tjue årene:

"En sentral antagelse bak disse reformene har derfor vært at også sykehus, som andre offentlige institusjoner, bør og kan reformeres og moderniseres i tråd med prinsipper som New Public Management-idealet representerer (Johansen 2005:7)."

4.1- Generell innføring av NPM

Starten på denne bevegelsen regnes å være på 1950- og 60-tallet. Store amerikanske selskaper gjorde de forskjellige avdelingene selvstendige. Hver avdeling skulle vise sin avdelings

uavhengige ”levedyktighet”. Retningen ble på 80-tallet adoptert av det offentlige. På 80-tallet ble markedskreftenes ”usynlige hånd” sett på som ”mantraet”, samtidig som at offentlig forbruk og staten ble sett på som problemet. Dette gjaldt i særlig grad på New Zealand og Australia (Christensen 2001). Norge har på den andre siden blitt kalt en ”*nøylene reformator*” (Christensen og Lægred 2002).

New Public Management blir ofte betegnet som ”*moderne*” reformer i offentlig sektor (Christensen 2001). I denne logikken blir kostnadseffektivitet tatt som viktige informasjonsbærere og folk blir oppfattet som bruker eller forbruker, og ikke som borger av staten som de ble tatt som i den mer tradisjonelle tankegangen. Vrangbæk (1999) kategoriserer NPM som; ”en fellesbetegnelse på en reformbølge, der hovedmålet er kostnadseffektivisering av offentlig forvaltning gjennom avbyråkratisering og rasjonalisering, og økt bruk av økonomiske insentiver”. Jespersen (2005) har en lignende betegnelse på reformbevegelsen med dets fokus på driftsøkonomisk effektivitet gjennom anvendelse av markedslignende styringsformer og import av ledelsesverktøyer utviklet til bruk i private virksomheter. Flere har gått så langt som å kalle inntoget av NPM som et brytningspunkt når det gjelder styring av den offentlige sektoren. Tiltak som gjennomføres i det private kan derfor også utføres i det offentlige (Øgård 2000).

Det er viktig å påpeke at NPM ikke kan kategoriseres som et ”*strømlinjeformet*” sett av reformer. Det blir i stedet karakterisert som en ”*salatbolle*” eller en ”*shopping basket*” av ulike reformelementer, som ikke behøver å være spesielt konsistente (Koike 2000, Christensen:2003). Flere av hovedelementene står i en reell motsetning til hverandre. Dette gjelder eksempelvis ledelsesorientering med stort fokus på desentralisering, delegering og økt autonomi fra sentral styring. Disse ville kunne stå i motsetning til ideer hentet fra nyere institusjonell økonomi som har sentraliserende elementer i form av kontroll-, kontrakts- og økonomiske insentivsystemer som tema (Christensen 2003).

Ved at ideer innen denne reformbevegelsen er tvetydige, og ikke en ”*strømlinjeformet*” reformbevegelse medfører at det finnes ulike former for NPM-lignende reformer. I dette betyr det ikke at NPM er en aktør, men at reformbevegelsen kan som gjort rede for i forrige avsnitt ha ulike endringsstrategier. I denne delen har jeg kategorisert de som ”*harde*” og ”*myke*” varianter av reformbevegelsen. I den ”*harde*” varianten er prosessen mer struktur-institusjonelt orientert. Dette medfører en typisk toppstyrt beslutningsprosess med et

markedsøkonomisk fokus (Johansen 2005). I denne tankegangen blir en NPM-reform fort kategorisert som tøff og hard. En kan også benytte mer ”myke” varianter av bevegelsen og se at reformtiltakene bærer ideer hentet fra Human Resource Management (kapitel 5). I denne tankegangen benyttes desentralisering og delegering som viktige prinsipper i NPM-tankegangen. Dette benyttes for å få de ansatte med i prosessen. Medbestemmelse er også et viktig begrep i denne retningen. Med dette utgangspunktet blir det en viktig rolle for organisasjonen hvordan kunnskap overføres mellom og innen enhetene (Jakobsen 2004). Kort fortalt benytter den ”myke” varianten mer samarbeid og kommunikasjon mellom enhetene, hvor enhetene får større autonomi og rom for å nå målene som blir satt av sentralledelsen. Vi vil i neste kapittel se at dette ligner på Human Resource Management retningen (Herav kalt HRM). Det er derfor viktig å se på teoriene med en pragmatisk tilnærming hvor man kan koble opp NPM - og HRM- tankegangen. I endringsledelse vil den ”myke” og ”harde” varianten bli sett med et endringsperspektiv.

I dette studiet vil mine informanternes syn bli sett opp mot fire elementer som Hood (1991) gjør rede for i sin artikkel. Dette er trekk som ofte blir trukket frem som elementer i New Public Management:

- Vektlegging av privat sektors ledelsesidealer og praksis
- Profesjonell, synlig ledelse
- Eksplisitte standarder og suksessmåling, helst uttrykt i kvantitative termer
- Vektlegging av output kontroll, der man vektlegger resultatene fremfor prosessen som fører til resultatene

4.2- NPM sett i et kritisk perspektiv opp mot sykehussektoren:

I de siste tjue årene har det blitt gjennomført flere tiltak som har fokusert på effektivisering av sykehussektoren (Opedal og Stigen 2005). Dette kan bli sett i tilknytning til NPM-tankegangens økonomiske logikk, som foretar sine vurderinger i form av et nytte-kostnadsperspektiv. Et perspektiv som kan bli sett som kollektivistisk i den forstand at spørsmålet er hva kommer ”*samfunnet til gode*”, i motsetning av ”*hva kommer individet til gode*” som er mer pliktetikken, som det fagbyråkratiske medisinske miljøet styrer etter på sykehusene (Johansen 2005). Legenes pliktetikk går i første rekke på å redde pasienten

uavhengig av hvilke kostnad dette har. Det er dette som kjennetegner den medisinske logikk som er basert på pliktetikk (Johansen 2005). Det er ikke vanskelig å se at dette kan ha vanskeligheter med å samsvare med en kostnadsøkonomisk tilnæringsmåte.

Reformbevegelsen innebærer bestemte former for ledelsesfilosofier og tenkning om hierarki. Forvaltningspolitikken fra de siste ti år er svært optimistisk når det gjelder nytten av administrative reformer. Dette innebærer at organisasjonsformer antas å ha stor betydning for effektivitet og kvalitet i offentlig sektor (Brunson og Olsen 1990; Berg 1995). Med fokus på sykehussektoren har spesielle trekk med New Public Management som vekt på ”nye styrings- og ledelsesformer” som er et virkemiddel til å effektivisere og rasjonalisere norsk sykehussektor, blitt implementert. Andre sentrale reformtiltak er innføringen av enhetlig ledelse, samt økt vektlegging av konkrete økonomiske incentivsystemer som DRG og innsatsstyrt finansiering som finansiering av sykehusene (Johansen 2005). Diagnose Relaterte Grupper (DRG) skal kort fortalt gi mulighet til beskrivelse av aktiviteten på sykehusene. Systemet skal i prinsippet gjøre det mulig å sammenligne sykehus, selv om de skulle behandle ulike pasientgrupper. DRG bør sees i sammenheng med Innsatsstyrt finansiering ved at sykehusene mottar stykkprisbetaling for hver pasientbehandling, som bestemmes av hvordan pasientene klassifiseres i DRG-systemet.

Et fokus i NPM-teorien er enhetlig organisasjonskultur, hvor det ikke er noen forskjell på hva som skal ledes, for eksempel om det er privat bedrift eller offentlig avdeling. Ulikhetene måles her i forhold til en kvantitativ måling av resultater og objektive suksesskriterier (Ferlie 2006; Johansen 2005). Historisk har helsefaglig utdanning og kvalifikasjoner vært en forutsetning for å kunne bekle ledende stillinger i den norske helsesektoren (Berg 1987). Med opprettelsen av enhetlig ledelse i 1999 tilspisset debatten om hvem som skal lede norske sykehus. En sentral kontrovers har vært om det er lederkvalifikasjoner og i mindre grad helsefaglige kvalifikasjoner som skal legges til grunn ved rekruttering av ledere i helseforetaket (Torjesen 2007b). En følge av enhetlig ledelse er at andre enn medisinsk personell kan være ledere på de ulike avdelingene på sykehusene. Dette betyr at sykepleiere kan ha ledervervet på avdeling, og ikke som det gamle systemet med parallelle ledernivåer for sykepleiere og leger (Torjesen 2007b). Erichsen (1996) konkluderer med at legenes retrett fra fagstyrets posisjoner på sykehusene kan kalles "*yrikesgruppestatens sammenbrudd*".

Et mål med enhetlig ledelse er å ha en mer ansvarliggjort ledelse. Et eksempel er ansvarliggjøringen av avdelingslederne i form innkjøp og mediehandtering (Kjekshus 27.09.07). Et viktig spørsmål er om den økonomiske og administrative logikken og ledelsestankegangen som NPM bygger på, går overens med den eksisterende kontekst innen sykehusvesenet som er preget av et sterkt fagbyråkrati.

Legene har innen sykehussektoren hatt kunnskapsmonopol og således vært svært autonome og selvstyrte. Resultatet i sykehusvesenet har i stor grad vært preget av en medisinsk logikk (Johansen 2005). NPM legger på den andre siden til grunn at den som er best egnet til å lede skal lede uavhengig av yrkesgruppe og utdannelse. Lederrollens egenskaper er derfor generiske. Dette betyr at det ikke er noen forskjell på hva ledelse og styring dreier seg om i ulike sammenhenger (Klausen 2001). En motsetning er at en må ta i betraktning de særegne spenningene som ligger i hver av de ulike Mintzbergs strukturkonfigurasjoner (Bolman og Deal 1998). Sykehussektoren er et eksempel på Mintzbergs definisjon av et profesjonelt byråkrati, ofte betegnet som et fagbyråkrati eller innen helsesektoren et "mediokrati". Et medokrati betyr at medisinerne, det vil si legene, sitter i en sterk maktposisjon (Torjesen 2007b; Berg 1991). Ledelsen på sykehusforetak møter derfor ofte motstand og har lite anledning til å styre fagprofesjonene av årsakene at de ulike yrkesgruppene er tilknyttet svært desentraliserte enheter hvor selve arbeidet utføres. Dette gir relativt begrenset beslutningsmyndighet for toppledelsen (Jakobsen 2004).

Utfordring for den økonomiske tankegangen i sykehussektoren er at dette kan medføre motstand og krysspress for de faglige ansatte på sykehusene. På den ene siden har man den medisinske logikk og på den andre siden den økonomiske logikk. Llewellyn (2001) legger fram i artikkelen "*Two-way windows*" at den nye retningen med økonomisk fokus gir rom for et mer "*mulighetsskapende arbeid*", der ledere i norske sykehus fungerer som "*medical managers*". I denne tankegangen jobber ansatte med parallelle ideer både fra den tradisjonelle medisinske logikken og fra den økonomiske logikken. I Llewellyns artikkel brukes "*two-way windows*" som en metafor på at de ansatte ser tingene klarere, noe som kan bidra til en gjensidig forståelse mellom de to logikkene (Johansen 2005). I dette perspektivet ser man på den økonomiske tilnærmingen i to perspektiv: problem- og mulighetskapende perspektiv. Denne tankegangen åpner for at den økonomiske nyttetankegangen bidrar å gi lederne på sykehusene et mer ansvarlig forhold for sykehusets drift og styring. God ledelse er et av hovedprinsippene for å ha god effektivitet innen NPM-tankegangen. En god leder skal bidra

til å skape en mer synlig, målrettet og effektiv organisasjon (Hood 1991). I den forbindelse må en god leder være tospråklig. Å være tospråklig inkluderer både fagkompetanse, og forståelse for de overordnede finansielle og samfunnsmålene sykehusene styres etter (Johansen 2005, Llebelyns 2001).

Argumentet for å ha NPM-lignende tiltak i sykehussektoren er at det har blitt hevdet at det er stort innsparingspotensiale med å ta i bruk flere av NPM-tiltak. Christensen (2001) henviser i sin artikkel til en studie som viser besparelser helt opp til 15-20 prosent i form av økt effektivitet ved bruk av NPM-lignende tiltak. Et av besparelestiltakene er nedskjæringer for å spare personalkostnader. Dette er en utfordring innen sykehussektoren der ca.70 prosent av Sykehuset Innlandets kostnader er lønnskostnader (Fakta om Sykehuset Innlandet 2006). Dette er også et tiltak som har blitt gjort innen sykehussektoren i Norge. I motsetning viser andre studier at nedbemanninger medfører ofte et høyere sykefravær og flere som blir uføretrygdet (Christensen 2003; FAFO 2006¹).

NPM-lignende tiltak skjer ofte i et struktur-instrumentalt perspektiv, hvor beslutningene blir tatt på toppen og medfører effektiviseringstiltak. I et struktur-instrumentalt perspektiv skal de underliggende organene være lojale mot beslutningstakernes beslutninger. En kan argumentere for at problemet ved store endringsprosesser hvor ansatte ikke har hatt medbestemmelsesrett, vil medføre frustrasjon og høyere sykefravær.

Et spørsmål en kan stille seg med reformbevegelsen i et norsk perspektiv er om nedskjæringer innen offentlige sykehus, kan være stimulerende for et arbeidsmarked som har stort behov for endringsforskyvninger av arbeidskraft. En kan på en annen side argumentere for at sykehusene er en meget viktig del av lokalsamfunnene, og i flere småbyer vil nedleggelse av avdelinger eller hele sykehuset påføre store samfunnsøkonomiske konsekvenser. Et eksempel er forslaget fra Sykehuset Innlandet om å ha kun et stor-sykehus på Innlandet, og nedlegge de andre enhetene. En samfunnsvitenskapelig rapport konkluderte med at dette ville ha svært uheldige konsekvenser på de fleste av "sykehusbyene" å få et stor-sykehus, For fem av seks byene ville det gi en negativ økonomisk vekst på mellom 5-15 prosent (Selstad, Grefsrud og Hagen 2005).

¹ FAFO 2006: "Den nye staten"

Sykehusreformen i Norge bærer preg av både desentralisering og sentralisering. Staten har ved og tatt over eierskapet sentralisert eieransvaret. Det har på den andre siden vært en desentralisering fra politisk til administrativt hold i form av at styrene i helseforetakene har fått større autonomi. En av konsekvensene av sykehusreformen var sentraliseringen av helseregioner til å bli større regioner. En av ulempene med et sentralisert system er den lengre avstanden fra beslutningsstedet og til hvor tjenesten utføres. Dette medfører både flere ledd av beslutningsnivåer, og mindre forståelse for demografiske forskjeller mellom de ulike regionene. Dette blir særlig gjeldende når man ser på sykehusene i sykehusforetaket som en enhet gjennom en funksjonsfordeling.

Et av hovedargumentene til tilhengerne av NPM-tilnærmingen er at den offentlige sektor er en ueffektiv sektor, og at man må kutte kostnader. Dette kommer deriblant frem i ”public choice skolen”. Public Choice- skolen argumenter for at offentlige tjenester ikke åpner for at kan produseres på et konkurrerende ”åpent” marked, der konkurransen medfører at tjenestene blir produsert både mer effektivt og med bedre kvalitet (Bhatta 2001, Christensen 2003). En normativ problemstilling er hva skal markedet produsere og hvilke tjenester bør utelukkes å legges ut på det åpne marked? Her kommer også spørsmålet om sykehussektoren er et område som skal åpnes for markedsmessige tiltak.

4.3- Oppsummering av NPM-teorier og hva vi venter å finne i empiridelen som bærer spor av teorien:

Det som er interessant å ta med seg til analysen er om informantene på m de ansatte mener det er NPM-lignende tiltak som ligger bak beslutningene. Dette spørsmålet vil bli besvart ved hjelp av elementer Hood (1991) bruker for å kategorisere NPM:

- Vektlegging av privat sektors ledelsesidealer og praksis
- Profesjonell, synlig ledelse
- Eksplisitte standarder og suksessmåling, helst uttrykt i kvantitative termer
- Vektlegging av output kontroll, der man vektlegger resultatene fremfor prosessen som fører til resultatene

Dette kapitlet har også vist at det er viktig å ha ett pragmatisk syn på de ulike teoriene. NPM ble argumentert å ha både en ”myk” og en ”hard” variant. Den myke varianten kobler teorien med Human Resource Management som gjennomgås i neste kapitel. Disse to variantene vil også bli belyst videre i endringsledelsekapitlet (Kapitel sju).

5. Human Resource Management (HRM)

I Human Resources Management er hovedtanken at ”*Menneskene i organisasjonen er den viktigste ressursen*” (Bolman og Deal 2004). Denne strategien for å utføre endring kan beskrives som inkrementell eller en deltakende tilnærming til endring. Den kan også kalles en organisasjonsutvikling (Jakobsen 2004). Det finnes flere eksempler på suksessfulle bedrifter som har fokusert på å investere i bedriftens ansatte og organisasjon i stedet for å nedskjære. Dette har gitt gode resultater ved å ha en mer motivert og dyktig arbeidstøkk (Bolman og Deal:2004). Det er dette som er den vesentlige faktoren for denne teorien; Organisasjonens betydningen av menneskelig kapital er å investere i mennesker kan gi større økonomisk utbytte enn å investere i maskiner (Bolman og Deal 2003).

Et annet karakteristisk trekk ved teorien er at samspillet mellom organisasjoner og mennesket avgjør hvordan samspillet blir. HRM bygger på visse ideer som bygger på at det krever innsikt i og forståelse av forholdet mellom enkeltindividet og organisasjonen. Bolman og Deal (2003) gjør rede for fire ideer denne teorien er basert på.

Tabell 5.1- de fire ideene Human Resources Management -retningen legger til grunn:

1. Organisasjoner eksisterer for å oppfylle menneskelige behov og ikke omvendt.
2. Enkeltmennesker og organisasjoner trenger hverandre. Organisasjoner trenger ideer, energi og talenter, mens mennesker trenger karrieremuligheter, lønninger og framtidsutsikter.
3. Når den enkelte og systemer er dårlig tilpasset hverandre, vil den eller begge parter lide under det. Den enkelte blir utnyttet eller vil selv prøve å utnytte organisasjonen- eller det går utover begge parter.
4. En god tilpasning er til gagn for begge parter. Den enkelte finner et meningsfylt og tilfredsstillende arbeid, og organisasjonen får det menneskelige talentet og den energien den har bruk for.

HRM setter forholdet mellom den enkelte og organisasjonen i sentrum. Når forholdet er godt medfører dette at begge parter nyter godt av hverandre. Den enkelte ansatte finner tilfredsstillelse og mening i arbeidet, og organisasjonen gjør effektivt bruk av den enkeltes evner og krefter. Hvis tilpasningen er dårlig kan dette føre til frustrasjon for de ansatte i form av tilbaketrekking, motstand eller opprør. I siste instans vil alle parter lide under en slik utvikling (Bolman og Deal 2003). Med fokus på oppgavens problemstillinger vil høyere

sykefravær og mistro til ledelsen være symptomer på dårlig tilpasning. Hypotesen om at sykehusreformen har medført et høyere sykefravær er tatt med av denne årsak.

Flere organisasjoner har utviklet en rekke involverende strategier for å forbedre forvaltningen av menneskelige ressurser internt. Noen av disse tilnæringsmåtene styrker båndene mellom den enkelte og organisasjonen ved gode lønnsvilkår, trygge ansettelsesforhold og deltakende ledelse. Et av dette studiets oppgaver er å komme med tiltak for å få ned sykefraværet. De nevnte tiltakene kan være forslag som vil bli belyst og kunne anvendes på Lillehammer Sykehus. I avsnittene nedenfor vil deltakende ledelse bli gjort kort rede for, som oppgavens empiriske funn vil bli sett opp mot:

5.1- Deltakende ledelse

I HRM er *deltakende ledelse* et viktig kriterium. Deltakende ledelse forutsetter gruppediskusjoner. Hver gruppe burde være liten nok til at alle kan delta. Gruppen er opptatt av saker som har betydning for alle. På Sykehuset Innlandet bør derfor ikke sentrallledelsen drøfte forandringer på de ulike avdelingene uten å involvere avdelingspersonalet. Deltakende ledelse er demokratisk, men også meget kostbart både målt i kroner, tid og ressurser (Bolman og Deal 2004). Det er også dette som er problemet for denne ledelsesformen og den er derfor lite anvendt i sykehussektoren med dårlig økonomi.

Ved å inngå et kompromiss kan man sikre at staben allikevel får være med å bestemme. Man kan bruke *medbestemmende ledelse*, hvor et utvalg ansatte sitter i grupper og tar avgjørelser i saker som angår den daglige driften i sykehuset. Ved å bruke denne metoden oppnås mange av fordelene fra *deltakende ledelse* samtidig som man unngår noen av problemene. Man oppnår også ansvarlighet, som i deltakende ledelse har lett for å pulveriseres (Bolman og Deal 2004). Dessverre er ansvarsfragmentering noe man lett får i større gruppediskusjoner og komiteer.

I NPM- delen ble det redegjort for at de to teoriene NPM og HRM ikke nødvendigvis skal bli sett som motsetninger. Det ble påpekt i kapitlet om at NPM ikke er en ”strømlinjeformet” reformbevegelse. En kan derfor tenke seg at en trekker inn HRM og NPM i utarbeidelser fra ledelsen. Dette kan inkludere en mer deltakende ledelse og større jobbsikkerhet blant de ansatte. Dette vil bli en mer ”mykere” variant av NPM. Endringsledelse vil bli gjort rede for

senere. Endringsledelse kan ha ulikt fokus og vil kunne både være en endring knyttet til HRM og NPM. Endringsprosessen vil også påvirkes av de ansattes motivasjon.

Kort oppsummert er den sentrale antagelsen til HRM å fokusere på å motivere de ansatte. Dette vil gi organisasjonen større avkastning enn å ha et mer tradisjonelt markedsøkonomisk fokus. Denne teorien bærer med seg mange elementer til motivasjonsteori som blir redegjort for i det neste kapitlet.

6. Motivasjon

Motivasjon er nært knyttet opp mot HRM og deltakende ledelse. Man kan ikke skille motivasjon fra en persons mål, verdier, psykisk behov og livserfaring. Hva som motiverer én, trenger ikke å være motiverende for en annen. Folk flest modifierer sine personlige mål etter hvert som en beveger seg gjennom livet. Lønn kan være en kraftig motivasjonsfaktor i arbeidslivet, i alle fall for en stund. Ledere bør derfor behandle ansatte rettferdig, men allikevel belønne for spesielt god innsats. Belønning kan være ros og anerkjennelse, ikke nødvendigvis penger. Å holde kommunikasjonskanalene åpne kan løse en sak før den blir et problem. Flexibilitet er også viktig som motivasjonsfaktor; alle kan ikke behandle eller handle likt hele tiden. Teoretisk sett skal en motivert stab yte service av høy kvalitet, gi innspill i planlegging og avgjørelser, og akseptere forandring og ansvarsdelegering lettere (Bolman og Deal 2004).

Motivasjon ligger med dette som en del av tankegangen i HRM. I de siste 30 år har spesialister innen ledelse undersøkt faktorer som motiverer og tilfredsstillende arbeidstakere. Spørsmålet er hva er den beste måten å motivere de ansatte på? Er målet å oppnå et høyest mulig produksjonsvolum og kvalitetsnivå på det utførte arbeidet, samtidig som man unngår problemer ansatte imellom?

I dette kapitlet vil motivasjonsteorier som berører dette temaet bli redegjort for. Motivasjonsteorier er valgt å bli belyst i om hvordan endringene som har blitt gjennomført i sykehussektoren har påvirket de ansatte på Lillehammer Sykehus.

Hva betyr å motivere?

Årsaker til gode resultater, høy motivasjon og ytelse er spørsmål som man kan stille om hva som motiverer folks arbeidsadferd? Arbeidsmotivasjon er et stort forskningsfelt som ikke har vært fokusert på i stor grad innen offentlig sektor og forvaltning (Berg 1995). I organisasjonsteori er det vanlig å skille mellom fire teorier for motivert atferd i arbeidslivet. Disse teoriene er behovsteorier, kognitive teorier, sosiale teorier og jobbkarakteristikamodellen. I avsnittene nedenfor vil tre av disse teoriene bli kort redegjort for. De ulike motivasjonsteoriene utfyller hverandre, og kan betraktes som ”biter i et stort og

komplisert samspill”. Årsaken til at jeg gjør rede for kun tre av de fire teoriene er at disse vil bli benyttet i analysen.

6.1- Kognitiv Teori

En kognitiv teori blir av (Kaufmann og Kaufmann 2003) definert som at individet motiveres av bevisste og rasjonelle valg. Til forskjell fra behovsteoriene blir mennesket betraktet som bevisste, rasjonelle, resonnerende og kalkulerende beslutningstakere. Nedenfor gjør jeg rede for forventningsteori som er en av de mest karakteristiske kognitive teoriene. De empiriske dataene vil bli sett i lys av denne teorien.

6.1-1- Forventningsteori

Forventningsteori er en kognitiv teori som bygger på at motivasjon er resultat av forventning om å oppnå det en ønsker av sitt arbeid. Belønning blir her brukt i vid forstand, det kan dreie seg om ytre belønning som lønn og materielle verdier, men også indre tilfredsstillelse med å utføre et arbeid (Kaufmann/Kaufmann 2003).

6.2- Sosiale teorier

I behovsteorier og kognitiv teori fokuseres det på individets forhold til oppgaven. I *sosiale teorier* ser man på hvordan individene opplever sitt forhold til andre individer. Teorien legger særlig vekt på hvordan vi individer ser på rettferdighet. Hvordan individene opplever sitt forhold til medarbeiderne kan virke motiverende eller de-motiverende på den enkelte. Sosiale teorier setter fokus på individets opplevelse av likhet og ulikhet, samt rettferdighet og urettferdighet i forhold til medarbeidere og prosedyrer for fordeling av goder på arbeidsplassen (Kaufmann og Kaufman 2003). Rettferdighet spiller derfor en sentral rolle i sosiale motivasjonsteorier. Nedenfor vil likeverdsteori bli gjort rede for:

6.2.1- Likeverdsteorien

Likeverdsteorien er utviklet av Stacy Adams. Teoriens grunnleggende prinsipp er at belønning ikke er utelukkende en absolutt størrelse, det er i høyeste grad også en relativ størrelse (Kaufman og Kaufman 2003). De ansatte vil sammenligne egen jobbinnsats

(innskudd) og jobb-belønning med det andre gir og får. Kjernen i likeverdighetsteorien er at mennesker spør seg hva de får igjen av sin egen innsats og sammenligner dette med andre. Dersom det er misforhold resulterer dette i et behov for å gjenopprette balansen. Teorien tar med andre ord for seg at likeverdighetsfølelse med sine medarbeidere og motivasjon er resultat av rettferdighetsopplevelse basert på sammenligninger med det andre får og gir.

Vurdering av innsatsfaktoren er en subjektiv prosess, og kan resultere i en *opplevd* skjevhet. Det er således vanskelig for virksomhetens ledelse å ta hensyn til en medarbeiders innsatsfaktor, siden denne ikke er tilgjengelig. Medarbeideren kan også vurdere innsatsfaktorer langs andre dimensjoner enn virksomhetens ledelse er klar over (Kaufmann/Kaufmann 2003).

6.3- Jobbkarakteristikamodeller

Det finnes ulike jobbtillfredshetsmodeller. Noen kjente modeller er Fredrik Herzbergs to-faktor teori, Einar Thorsruds demokratiprogram og Hackman & Oldhams jobbkarakteristikamodell. I denne oppgaven vil empirien bli sett i lys av Fredrik Herzberg to-faktorteori. I avsnittene nedenfor vil Herzbergs to-faktorteori redegjøres for.

6.3.1- Herzbergs to-faktorteori

I Herzbergs tofaktorteori er trivsel og mistrivsel ikke to motsetninger av hverandre. I stor grad bygger teorien på Maslows behovsteori, men har også satt inn en del nye ideer (Kaufman og Kaufman 2003). Grunnprinsippet er at en medarbeider som trives vil også være produktiv. Herzbergs studie på 50-tallet viste at informantene nevnte to situasjoner, hvor den ene har ført til trivsel og en annen situasjon til mistrivsel på jobben. Herzberg fant med dette ut at det var andre faktorer som ble nevnt å føre til mistrivsel enn faktorer som ga trivsel. Han delte dette opp i to ulike faktorer; *hygiene- og motivasjonsfaktorer*.

Motivasjonsfaktorer er faktorer som virker fremmende på jobbtrivsel, mens hygienefaktorer utøver sin effekt ved fravær av negative arbeidsbetingelser. Det spesielle med modellen er at i motsetning til vanlig oppfatning hvor mistrivsel har blitt sett på motsatsen til trivsel ser Herzbergs det som to uavhengige dimensjoner (Kaufman 2003; Woolfolk 2001; Bolman og

Deal 2004). I undersøkelsen identifiserte Herzberg følgende årsaker til motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer:

Tabell:6.3.1- Herzbergs to-faktorteori

Motivasjonsfaktorer	Hygienefaktorer
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestasjoner tilfredsstillelsen ved å fullføre en jobb, løse problemer og se resultater av eget arbeid 2. Anerkjennelse eks. ros for utført arbeid 3. Involvering - glede over arbeidet i seg selv fordi det er interessant, varierende, utfordrende 4. Ansvar- kontroll over egen arbeidssituasjon 5. Forfremmelse - ved stillingsopprykk 6. Vekst: muligheten å lære nye ting og oppøve nye ferdigheter 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Politikk og administrasjon i bedriften- som har innvirkning på arbeidsforholdene 2. Ledelse- om ledere har den rette yrkesfaglige kompetansen, er villig til å delegere 3. Fysiske arbeidsforhold- som lys- og temperaturforhold, plass til å utføre arbeidet 4. Mellommenneskelige forhold, i form av dårlige sosiale relasjoner mellom de ansatte og mellom ledelse og ansatte 5. Lønnsforhold- tilfredsstillende og rettferdig avlønning 6. Status- som statussymboler 7. Sikkerhet i jobben- at bedriften er solid og ansienniteten er høy 8. Privatliv- i form av positive forhold ved arbeidet som påvirker privatlivet, i form av kolleger som er gode venner eksempelvis i privatlivet

Kilde: Kaufman og Kaufman 2003:64)

Hovedkonklusjonen til Herzberg etter å ha sett på mønsteret av sammenhenger i skillene mellom motivasjons- og hygienefaktorer er at; motivasjonsfaktorer skaper trivsel i den grad de er til stede, men ikke mistrivsel dersom de ikke er til stede. Hygienefaktorer skaper mistrivsel i den grad de ikke er til stede, men ikke trivsel om de er tilstede (Kaufman og Kaufman 2003; Bolman og Deal 2004).

Når vi snakker om jobbkarakteristika er det individets subjektive opplevelse som er viktig. Med oppgavens problemstilling i bakhodet, kan eksempelvis to sykepleiere på samme avdeling med samme type oppgaver og bakgrunn ha to vidt forskjellige meninger om jobben. Den ene kan oppleve jobben som tilfredsstillende varierende, mens den andre synes jobben er ensformig og kjedelig. Dette kan ha med individuelle forskjeller i motivasjon, evner og kompetanse å gjøre. (Kaufman og Kaufman 1998).

Oppsummering av motivasjonskapitlet

I denne teoretiske delen om motivasjonsteorier har vist at det er ulike perspektiver å se på hvordan man blir motivert i en arbeidssituasjon. Hovedessensen er at mens behovsteorier og kognitiv teori fokuserer på indre faktorer som behov og forventninger, betrakter sosiale teorier og jobbkaraktistika de mer ytre faktorene som sosiale, miljø og oppgavefaktorer.

Det er viktig å se motivasjon i sammenheng med de andre teoriene. Det neste kapitlet vil være endringsledelse. Motiverte arbeidere kan øke muligheten for at endringsprosessen blir suksessfull.

7.0- Endringsledelse

Sykehusreformen og opprettingen av Sykehuset Innlandet kan bli sett i lys av endringsledelse. Endringsledelse vil som det har blitt gjennomgått for tidligere ha linker til de tre andre gjennomgåtte teoriene. Endringsledelse kan defineres som:

”Endringsledelse handler om en antagelse og tro på at det går an å lede endringer. Det dreier seg om hvordan du kan virkeliggjøre ideer og planer for en ny organisasjonsvirkelighet” (Hennstad, Revang og Strønen: 2006)”

Endring kan kort defineres å være at man observerer en tilstand som har endret seg mellom to tidspunkter (Jacobsen 2004). I denne endringsprosessen skal lederen skape en ny organisasjonsvirkelighet med utgangspunkt i det bestående samspillet mellom menneskene i organisasjonen. Ledelsen har en sentral rolle for å vise vei og skape oppslutning (Hennstad, Revang og Strønen: 2006). Den enkelte organisasjon motiveres til å søke nye løsninger som følge av at man står overfor problemer. Et eksempel er synkende inntjening og økonomiske underskudd som var og er gjeldende i sykehussektoren (Røvik 1998; Stigen og Opedal 2005).

Det sentrale med endringsprosessene er at det berører mennesker (Jacobsen 2004). For å forstå endringsprosesser bør en derfor betrakte det med ulike innfallsvinkler. For det første vil en endring som fungerer – det vil si at endring gir endring av adferd – medføre å få mennesker til å *”gå med på endring”*. For det andre kan det forstås med en prosess bestående av hendelser som finner sted i løpet av et tidsrom. For det tredje må endringen forstås som politiske og emosjonelle prosesser preget av motstand av mange ulike grunner (Jacobsen 2004). En endringsprosess kan derfor bli sett i et politisk perspektiv. I et politisk perspektiv ser man endringen i lys av at noen *”tjener”* og noen *”taper”* på en endring. I denne oppgaven vil dette bli belyst opp mot de ulike yrkesgruppene. Er det noen yrkesgrupper som er mer tjent med de siste års endringer?

En skiller ofte mellom to hovedstrategier for endringsledelse (Beer og Nohria 2000). Den første strategien kalles strategi Økonomi (Strategi E). Denne strategien har som formål *”å skape økt økonomisk verdi. Den er drevet fram av toppledelsen med bruk av finansielle*

incentiver” (Jacobsen 2004:185). Den andre strategien kalles for strategi Organisasjonsutvikling (Strategi O). Formålet med denne strategien er:

”er å videreutvikle organisasjonens menneskelig ressurser slik at de blir i stand til å iverksette strategi og å lære fra de erfaringer man har fra endringstiltak. Strategiens fokus er utvikling av kultur for å skape stort engasjement (Jacobsen 2004:185)”.

Et problem som ledelsen ofte står ovenfor er at beslutninger som er tatt på et tidspunkt legger sterke følelser på hvordan de ansatte oppfatter nye tiltak. Valg av endringsstrategi kan skape en form for ”historisk avhengighet” eller ”stiavhengighet”. Dette har ført til at enkelte hevder at beslutninger henger sammen, og at tidligere beslutninger ofte legger begrensninger på hvilke beslutninger man kan fatte på et senere tidspunkt (Jacobsen 2004).

Kort oppsummert:

Disse to gjennomgåtte strategiene har ulikt fokus. I det fjerde kapitlet ble det gjort rede for at en kan se ”hard” og ”myke” varianter av New Public Management. Disse to variantene kan sees i sammenheng med endringsledelse. De to gjennomgåtte strategiene kan derfor kort betraktes som en ”hard” og ”myk” variant av endringsledelse. Den harde varianten benytter markedsøkonomiske virkemidler og er topp-styrt. Den ”myke” varianten har som mål at de ansatte i organisasjonen skal lære av prosessen, og prosessen er derfor mer ”bottom-up orientert”, der de ansatte selv skal være motiverte for å gjennomføre endringen. Denne varianten bærer preg av gjennomgåtte deltakende ledelse og medbestemmende ledelse. I analysedelen vil dette være skillene mellom ”harde” og ”myke” varianter av NPM og endringsledelse.

8.0- Metodedel for datainnsamling

Oppgavens problemstillinger ble gjort rede for i kapitel to. I denne delen vil oppgavens metodiske valg bli begrunnet. Hensikten med dette er å vurdere styrker og svakheter ved datainnsamlingsprosessen, samt å forhindre at de resultatene jeg får ikke er ”skapt” av undersøkelsen, men at de skyldes virkeligheten (Jacobsen 2000). Oppgavens pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet) vil bli drøftet i en kritisk vurdering av mine metodiske valg etter konklusjonen. Dette av den årsak at jeg vil vurdere hele studiet, og derfor er det hensiktsmessig å ha dette etter konklusjonen.

Studiet er en kvalitativ studie med 21 informanter fra fire ulike avdelinger og fem ulike informantgrupper. Informantene (herav kalt oppgavens informanter) vil være studiets populasjon. Studiet har ikke som mål å generalisere til å gjelde andre enn de utvalgte informantene. Eneste måten å se om studiet har høy ekstern gyldighet er om det er intersubjektivitet med andre studier. Intersubjektivitet betyr kort fortalt at flere studier oppfatter samme fenomen på samme måte (Jacobsen 2000)

I tabellen 8.0 nedenfor ser vi antall og kjønn på de ulike informantgruppene. Det er tydelig overvekt av kvinner i undersøkelsen. Dette av flere årsaker. For det første var det kun kvinnelige avdelingsledere, og på de undersøkte avdelingene var det nærmest 100 prosent kvinner. Det var kun blant legene det var både mannlige og kvinnelige informanter. Totalt sett viser statistikken fra Sykehuset Innlandet at 73 prosent av de totale ansatte er kvinner (Faktahefte om Sykehuset Innlandet). Det er særlig overvekt av kvinner i stillinger med mindre enn fire års utdanning. Dette gjelder alle informantgruppene med unntak av legene i studiet. Legene er den eneste gruppen hvor mannlige informanter er blitt intervjuet. Mitt utvalg er derfor skjevt fordelt, med unntak av legene, men studiet har ikke som mål å generalisere funnene til å gjelde andre enn de valgte informantene.

Tabell 8.0- Oppgavens informantgrupper

Yrkesgruppe	Antall informanter
Leger	6
Sykepleiere	5
Hjelpepleier	3
Fysioterapeuter	3
Avdelingsledere	4
TOTALT:	21

8.1- Valg av kvalitativt forskningsdesign

Valg av metodisk tilnærming er noe som har store konsekvenser for undersøkelsens gyldighet (Jacobsen 2000: 73). Tabell 8.0 viste at dette er en studie med få informanter. Dette er en av årsakene til at studiet er en kvalitativ studie. Dette valget ble tatt på grunnlag av at jeg mener det gir best svar på oppgavens problemstilling. Valget av kvalitativt studie ble gjort ved å stille spørsmål om undersøkelsesopplegget man velger, egner seg til å belyse problemstillingen en vil undersøke. I dette studiet har jeg valgt å gjennomføre en eksplorativt studie. Med en eksplorativ studie er målet å komme med forskningsspørsmål til fremtidige studier innen sykefraværsforskning. Årsaken for at jeg har betegnet studiet som eksplorativt er at jeg ikke har funnet lignende dybdestudier på hva de ansatte selv mener kan medføre lavere sykefravær. Målet er derfor å komme med forslag til både Sykehusets ledelse og til fremtidige studier.

En annen årsak for valg av kvalitativt data er fleksibiliteten en har i det kvalitative forskningsopplegg som er viktig for å sikre gode og gyldige data. Kvalitativt studie viste seg å være et viktig valg underveis i studiet som følge av at det ble gjort endringer som valg å ta med en ekstra avdeling, tilføre nye spørsmål, samt tilføyelse av nye informanter på en av avdelingene. Dette hadde vært vanskelig under en kvantitativ studie (spørreundersøkelse) som bør ha mer fastlagte spørsmål på forhånd.

8.2- Grunnlaget for valg av Lillehammer sykehus som case

I foregående avsnitt ble det gjort rede for at dette studiet er en kvalitativ studie, hvor målet er å komme i dybden på den utvalgte populasjon. I oppgaven har jeg valgt å undersøke Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer (fra herav kalt Lillehammer Sykehus). Før vi går videre med hvorfor det ble valg av dette sykehuset vil jeg avklare hva jeg legger i begrepet casestudie:

”Betegnelsen ”case” kommer av det latinske casus og understreker betydningen av det enkelte tilfelle. Terminologien vektlegger derfor at det dreier seg om ett eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Ofte er idealet å gå i dybden og presentere en helhetlig analyse som står på egne bein. Undersøkelsesenheten ses som et komplekst hele, der mange underenheter og deres forhold til hverandre pensles ut (Andersen (1997), Jacobsen 2000:76)”

I oppgaven hadde det vært interessant å sammenligne ulike sykehus innad i et sykehusforetak eller mellom ulike sykehusforetak, men grunnet tidsbegrensinger ble valget kun å se på et sykehus. Mine funn kan som påpekt bli ført videre i en kvantitativ studie. Valget av kun å ta for seg ett sykehus kan også forsvares med at det er et eksplorativt studie som har som mål å komme med ny kunnskap.

Det var flere faktorer som gjorde at Lillehammer sykehus ble valgt. Det første er om sykehusreformen har medført et høyere sykefravær. Den andre er at jeg selv er fra Lillehammer-distriktet og interesserer meg for hva som skjer på distriktets sykehus. Den tredje årsaken er at sykehuset er en særdeles viktig institusjon i samfunnet. Jeg mener derfor det er i lokalbefolkningens interesse å ha oversikt over de store endringene som har funnet sted. Den fjerde årsaken er at Sykehuset Innlandet hadde en funksjonsfordeling med fagenheter i stedet for geografiske enheter mellom 2004-2006. Funksjonsfordelingen ble kort gjort rede for i kapittel tre. Jeg er interessert i å se hvordan dette fungerte sett fra de ansattes ståsted. Studiet kan betraktes som en tilstandsrapport fra sykehuset sett fra mine informanternes øyne.

8-2.1- Valg av avdelinger

I de forestående avsnittene har jeg gjort rede for valg av Lillehammer Sykehus som case. I de neste avsnittene vil det bli gjort rede for valg av avdelinger. I hovedsak ønsket jeg å ta for meg avdelinger fra både medisinske og kirurgiske avdelinger på Lillehammer sykehus. Ved siden av ønsket jeg å ta for meg fysioterapiavdelingen. Dette som følge av at fysioterapeutene er tilknyttet ulike avdelinger. De kan derfor kunne se endringene fra et annet ståsted enn ansatte på avdelingene.

Fysioterapeutene tilhører en annen divisjon av Sykehuset Innlandet, og har derfor ikke felles ledelse med de andre avdelingene. Fysioterapeutene har heller ikke hatt nedbemanninger etter at Sykehuset Innlandet ble opprettet. De er en liten yrkesgruppe på sykehusene, og det er derfor interessant om de opplever at funksjonsfordelingen har styrket deres posisjon med samarbeid på tvers av sykehusene. De er også relevante å ha med for å se hvilken grad omstillingene på de ulike avdelingene har påvirket deres egen arbeidssituasjon.

Neste steg i prosessen er å velge hvilke avdelinger man skal undersøke. Valg av avdelinger har konsekvenser for hvilke funn studiet kan få. Derfor valgte jeg ikke å ta for meg medisinske avdelinger. Det som følge av at det de store nedbemanninger på de medisinske avdelingene våren 2007. Jeg vurderte derfor at valg av tidspunkt for undersøkelsen ville påvirke både den interne gyldigheten på oppgaven, samt reliabiliteten (herav kalt pålitelighet) på funnene. Jeg valgte derfor å konsentrere meg om kirurgiske avdelinger. Dette kan ha påvirket funnene mine. De medisinske avdelingene er en del av de ”myke” avdelingene, mens kirurgiske avdelinger kan i større grad ta for seg planlagte inngrep. Planlagte inngrep gir større inntjening enn øyeblikkelig hjelp etter utarbeidelsen av DRG-systemet (Rønning 2007). DRG-systemet er kort fortalt er stykkprisfinansiering av hver behandling sykehuset utfører. En hypotese er derfor at ansatte på medisinske avdelinger er mer kritiske enn de på kirurgiske avdelinger. Dette er noe jeg ikke kan svare på i oppgaven, men er en hypotese for fremtidige studier.

Avdelinger ble valgt i samråd med ledelse, tillitsvalgte og verneombud. Mitt ønske var at avdelingene skulle enten ha gjennomført store endringer, eller ikke ha blitt påvirket i stor grad

av både funksjonsfordeling og nedbemanninger. I stor grad mener jeg at de ikke har opplevd nedbemanninger og ikke fått tilført nye sengeposter eller blitt sammenslått med andre avdelinger siden 2004.

Studiet er som påpekt en case, og valg av avdelinger kan ha innflytelse på hvilke funn jeg vil finne. Det er en tidsmessig lang prosess å få innpass på ulike avdelingene. Jeg valgte derfor ut fire avdelinger som jeg mente ville være interessante å se på og arbeidet for å få innpass på disse avdelingene. Det er forskjellene mellom yrkesgruppene som er hovedfokuset i oppgaven. Derfor vil jeg kort gjøre rede for valg av avdelingene. De fire avdelingene er tre kirurgiske avdelinger og fysioterapeutavdelingen på Lillehammer Sykehus. Avdeling A er den største av de undersøkte avdelingene og er også blant Lillehammer Sykehus største avdelinger, Avdeling B og C er jevnstore avdelinger, og er avdelinger som har vært sammenslått med andre avdelinger i flere perioder både før og etter at Sykehuset Innlandet ble etablert. Fysioterapiavdeling er den fjerde avdelingen som er undersøkt. I oppgaven blir de kalt fysioterapeuter, dette selv om avdelingen også inkluderer ergoterapeuter. Dette av den årsak at samtlige av mine informanter fra denne avdelingen er fysioterapeuter.

De kirurgiske avdelingene har opplevd flere nedbemanninger og sammenslåinger etter sykehusreformen, mens fysioterapiavdelingen ikke har opplevd nedbemanninger og sammenslåinger med andre avdelingene etter at Sykehuset Innlandet ble en realitet. Fysioterapeutene har derfor ikke mistet ansatte, men spørsmålet er hvordan omstillingen på de andre avdelingene har påvirket deres arbeidshverdag?

Videre i oppgaven vil sitatene kun bli identifisert etter hvilken informantgruppe informantene tilhører, og ikke navn på avdelingen. Dette av to ulike årsaker. For det første er lovnaden om anonymitet. Den andre er at det er skillene mellom informantgruppene, og den enkelte informants egne syn som jeg vil analysere i oppgaven og ikke hvilken avdeling vedkommende er tilknyttet. Konsekvensen er at jeg stenger av analyse av likheter og ulikheter mellom de ulike avdelingene. Jeg ser det likevel mer hensiktsmessig å foreta analysen på yrkesgruppenivå og ikke på avdelingsnivå. Dette grunnet at det er få personer jeg har intervjuet på de ulike avdelingene. Jeg har derfor ingen kontroll om dette samsvarer med de andre ansatte på samme avdeling

I oppgaven har jeg begrenset studiet til å intervju informanter fra fire ulike informantgrupper. I tillegg er avdelingsledere også blitt intervjuet. Her har jeg avgrenset til og ikke å se på andre yrkesgrupper og ledelsesnivåer. Jeg har kun konsentrert meg om laveste ledernivå (nivå 4) og de fire valgte yrkesgruppene på sykehuset. Valg av de fire yrkesgruppene ble valgt på grunnlag av hvilke yrkesgrupper som hadde flest ansatte på sykehuset. Andre ansatte som portører, spesialsykepleiere, avdelingssekretærer, administrasjon og ledernivåer over avdelingsledere er derfor ikke definert som målgruppe.

8.3- Valg av enheter

Neste steg i prosessen er å velge informanter som skal dekke problemstillingen best mulig, med andre ord de som er best egnet for oppgaven (Ryen 2000:85). Et problem er at man sjelden får undersøke alle man ønsker (Jacobsen 2005: 170). Det utvalget en velger vil dermed få konsekvenser for påliteligheten og troverdigheten på studiet. Valgene av enheter kan derfor også ha konsekvenser på undersøkelsen. Det var derfor viktig å ha informanter fra ulike avdelinger for de ulike informantgruppene for å se om det var noen likheter og ulikheter i de ulike yrkesgruppene.

I undersøkelsen ble valg av avdelinger gjort i samråd med tillitsvalgte, verneombud og representanter fra ledelse (se vedlegg 1). Valg av informanter ble gjort i samråd med avdelingsledere. Dette kan ha medført føringer på den interne validiteten, med at de kunne anmodet meg å intervju de som støttet deres sak.

Avdelingssjefene på de ulike postene introduserte meg for de ansatte på avdelingene etter at jeg i møte med avdelingsledere gjorde rede for hvilke kriterier som var viktig for valg av informantene fra de ulike yrkesgruppene. Det var her tre kriterier jeg ville velge mine informanter ut fra. Dette var alder, kjønn og at vedkommende skulle ha jobbet innen sykehussektoren siden 2001. Grunnlaget for krav om det sistnevnte var at det var viktig at de hadde kjennskap til hvordan det var før reformen. Dette for at de skulle ha et sammenligningsgrunnlag på hvordan sykehusreformen har påvirket deres arbeidshverdag.

Ved siden av var kjønn og alder utvelgelseskriterier. Jeg måtte akseptere at det ble noen avvik i forhold til mine ønsker på forhånd. For det første så jobber det nærmest bare kvinner på de fleste avdelingene på sykehuset som henholdsvis sykepleiere, hjelpepleiere og fysioterapeuter.

Det var svært få menn å oppdrive på avdelingene. Dette kriteriet måtte derfor velges bort. Dette kan kategoriseres som lite ønskelig, men jeg tar det som viktigere at de to andre kriteriene ble fulgt. Det er derfor kvinner som har blitt intervjuet på avdelingene, mens blant legene var de mer likt fordelt hvor det var 2 kvinner og 4 menn. Aldersmessige forhold har informantene vært fra 25-62 år.

Ved at avdelingslederne valgte ut informanter i samråd med mine krav kan ha medført at avdelingslederen har påvirket valg av informanter. Dette er en potensiell undersøkelseeffekt, men et valg jeg måtte akseptere med at jeg selv ikke hadde oversikt over alle ansatte på de ulike avdelingene, antall år de har jobbet og hvilke tider de ulike ansatte var på jobb. I tillegg har jeg intervjuet informanter fra fire avdelinger og det er de ulike informantenes syn på reformen som er i hovedfokus. I tillegg er det blitt gjort rede for at det er skillene mellom yrkesgruppene jeg ser på og ikke skillene mellom avdelinger. Undersøkelseeffekten har derfor blitt prøvd og blitt tatt hensyn til. Studiet har som påpekt heller ikke som mål å generalisere til å gjelde andre enn de valgte informantene.

Jeg valgte i tillegg å ha et oppfølgingsintervju med avdelingslederne, dette av to årsaker. Den ene for å få ekstra statistikk om sykefraværet og den andre for å ta oppfølgingsspørsmål som jeg tok som hensiktsmessig. Disse oppfølgingsintervjuene ble tatt i november, nærmere et halvår etter intervjuprosessen av informantene.

8.4- Intervjuprosessen

I dette studiet er det ”åpne intervjuet” blitt benyttet. Jeg foretok alle intervjuene ansikt til ansikt med unntak av et med en hjelpepleier: Med denne respondenten ble intervjuet gjort per telefon.

En av fordelene med å foreta intervjuet med respondenten ansikt til ansikt er at det skaper relasjoner mellom intervjueren og respondenten og jo større trygghet informanten opplever desto mer åpen og ærlig vil antakelig svarene være. Dette kan også debatteres å være problematisk, da det også er et ønske å ha distanse til intervjuobjektet. Jeg mener likevel at denne formen for intervju var en fordel i dette studiet. Dette som følge av at det var lettere å kommunisere med informantene underveis, samtidig at jeg kunne observere deres

kroppsspråk. Jeg fikk også tilgang på statistikk og annen informasjon umiddelbart enn hvis jeg hadde foretatt intervjuet over telefon eller via post.

I intervjuene brukte jeg en fleksibel intervjuguide. Dette medførte at jeg hadde noen hovedspørsmål og noen forberedte oppfølgingsspørsmål. Jeg fulgte ikke detaljert spørsmålsskjemaet. Jeg konsentrerte meg at informantene hadde svart på samtlige av spørsmålene til slutt. Dette åpnet opp for at informantene selv skulle svare improvisert og kunne snakke fritt under intervjuet uten mange avbrytelser fra min side. Tilleggs spørsmål ble stilt informantene da jeg anså dette som nødvendig. Intervjuguidene ble brukt fleksibelt, hvor vi endret spørsmål og tilføyde nye relevante spørsmål underveis, men hovedsakelig har partene innen samme kategori blitt stilt samme spørsmål.

Jeg valgte ikke å bruke diktafon på intervjuene. Dette på grunnlag av at det var for mange av informantene ubehag å snakke om egen ledelse. Jeg antar derfor at en diktafon hadde svekket påliteligheten og gyldigheten på deres svar.

Intervjuene ble renskrevet og deretter sendt tilbake til den enkelte informant. Den enkelte informant hadde anledning til å gjøre endringer, hvis de følte seg feilsitert eller om de ikke ønsket at jeg skulle ha med noe av deres kommentarer med videre til analysen. Informantene hadde tilbud om å trekke seg når som helst i prosessen, men ingen gjorde dette. Avdelingslederne hadde noen tilleggs spørsmål om sykefravær og ledelsesorienterte spørsmål. Intervjuguiden er med som vedlegg 2.

Oppgavens intervjuguide ble valgt med fokus på oppgavens teoretiske rammeverk. Jeg foretok noen pilot- intervjuer med representanter som var ansatt på Sykehuset-Innlandet for å kvalitetsjekke at spørsmålene var forståelige for målgruppen. Ved siden av spurte jeg informantene etter hvert intervju om hvordan de syntes spørsmålene var, og om de mente de hadde fått svart på det de ønsket. Var det elementer det var behov for flere spørsmål om ble dette tilføyd underveis i prosessen. Dette er en fordel med valg av kvalitative studier, som det ble påpekt i et avsnitt ovenfor er mer fleksibelt enn en kvantitativ studie.

8.5- Analyseteknikk

Etter å ha gjennomført et åpent intervju sitter man igjen med svært mye informasjon som må struktureres og forenkles. Etter at intervjuet var gjennomført ble de renskrevet. Deretter startet innholdsanalysen. Det er ikke all informasjon som er relevant for svar på oppgavens problemstillinger og hypoteser. Jeg reduserte derfor informasjonsmengden til å gjelde informasjon som var interessant å bli tatt med videre. Problemet er at nyanserikdommen blir mindre, men informasjonen blir desto mer oversiktlig.

I oppgaven har jeg brukt sitater fra de ulike informantene, men som følger av at jeg har lovt mine informanter anonymitet, har jeg verken skrevet avdeling de er på eller dato på intervjuet. De har kun blitt kategorisert som hvilken informantgruppe de tilhører.

Ved at intervjuene ble sammenstilt kan man påpeke mønstre, likheter og forskjeller. Når systematisering av data var gjennomført var neste steg å fortolke data, lete etter meninger, synspunkter og utsagn som kan være med å beskrive de undersøkte temaene. Dataene ble systematiserte med "konvoluttmetoden". Her klassifiserte jeg materialet etter emner som går igjen, og samlet temaene i store konvolutter. Denne konvoluttmetoden var en svært tidkrevende prosess, men var til stor fordel for det senere analysearbeidet. Disse "konvoluttene" eller temaene var i min oppgave:

- Endringer som følger av sykehusreformen
- Arbeidsmiljøet
- Tiltak å få ned sykefraværet
- Framtidstanker

Noen av spørsmålene er retrospektive. Dette gjør at en rekke skjevheter og feilkilder kan melde seg (Repstad 2004). Dette er noe jeg var oppmerksom på i analysedelen av studiet. Et av problemene som retrospektive spørsmål har er at folk glemmer hendelser, og ikke minst følelser og meninger fra tidligere tider. Folk husker konkrete hendelser bedre enn hva de tenkte og følte, og naturlig nok husker de best ting som har betydd mye i deres liv (Repstad 2004). Det var dette som var grunnen til at jeg valgte å fokusere på sykehusreformen. Dette av den årsak at i pre-intervjuet (Nøkkelinformantene) viste det seg at dette var noe samtlige

hadde sterke assosiasjoner til. I kritiske metode drøftingen etter konklusjonen vil dette bli ytterligere redegjort for.

9.0- Presentasjon av data:

Jeg har delt den empiriske delen i to deler. I dette kapitlet vil oppgavens underproblemstillinger bli besvart. Jeg vil trekke inn noen studier som samsvarer med hva mine informanter gir uttrykk for. I det neste kapitlet vil mine informantere svar bli sett i lys av oppgavens teoretiske rammeverk og oppgavens hovedproblemstilling.

Valgene av underproblemstillingene ble redegjort for i kapitel to. Flere av problemstillingene bygger på hverandre, men jeg vil først gå gjennom problemstillingene hver for seg. Dette til tross for at det vil bli noen gjentakelser. Gjentakelsene vil være med å underbygge hovedfunnene. For ordens skyld repeterer jeg oppgavens underproblemstillinger:

1. *Hvordan erfarer informanter fra de ulike yrkesgruppene ved Sykehuset Innlandet divisjon Lillehammer sykehusreformen?*
2. *Hvordan har sykehusreformen påvirket det administrative arbeidet blant de ulike yrkesgruppene?*
3. *Hvilke konsekvenser erfarer de ansatte reformen har hatt for arbeidsmiljøet?*
4. *Hvilke tiltak skal til for å få ned sykefraværet på Sykehuset i Lillehammer?*
5. *Hvilke tanker har de ansatte fra de ulike informantgruppene om fremtiden som ansatt på Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer*

9.1- Underproblemstilling 1

“Hvordan erfarer informanter fra de ulike yrkesgruppene ved Sykehuset Innlandet divisjon Lillehammer sykehusreformen?”

I intervjuene med samtlige av informantene stilles det kritiske spørsmål på måten reformen har blitt gjennomført. Opprettingen av Sykehuset Innlandet var i første rekke hovedkonsekvens av sykehusreformen påpekte informantene. Informantene gir uttrykk for at de har ingen identitetsfølelse med Sykehuset Innlandet.

Informantene er samstemte og viser en sterk misnøye med sentralledelsen av Sykehuset Innlandet. Et sitat fra en lege kan illustrere denne misnøyen med at de siste års endringer har hatt mer fokus på økonomisk inntjening; ”Det er *flere økonomer som styrer sykehuset enn helsefaglige utdannet personell. Lederne i dag har ingen forståelse på hvordan et sykehus fungerer*”. De mener ledelsen er inkonsistente og lite troverdige, samtidig som kommunikasjonen nedover til de ansatte blir betegnet som ”*ekstremt mangelfull*”. *Flere informanter* hevder sentralledelsen har holdt igjen informasjon og ikke har ”spilt” med åpne kort. Kritikken fra de ansatte kan illustreres i et sitat; ”*Nå er alt styrt som om vi er en fabrikk. Alt måles ut fra penger. De eneste som ikke måles etter resultater er ledelsen, hvis så hadde skjedd så hadde de måtte gått på dagen*”.

En av årsakene på at de er kritiske mot sentralledelsen, er at de i liten grad opplever å bli hørt i omstillingsprosessene. Kritikken retter seg i første rekke mot sentralledelsen. To av hjelpepleierne gir også avdelingslederne og avdelingssjefene kritikk for dårlig kommunikasjon til ”*vi som jobber på avdelingene*”.

Svarene fra samtlige av informanter viser at endringer har vist seg å være dramatiske i jobbsituasjonen og de er meget kritiske. Det er likevel forskjeller mellom yrkesgruppene. Det skal også tillegges at samtlige informanter påpeker at det var negative endringer også før reformen. Avdelingslederne er negative over at de opplever å befinne seg ”mellom barken og veden”. De skal være både lojale ”*oppover og nedover i systemet*”. Samtidig som de ”erfarer at de har fått svært liten hjelp fra sentralledelsen i de tunge nedbemanningsprosessene”.

Hjelpepleierne og sykepleierne gir uttrykk for frustrasjon over endringene som sykehusreformen og opprettelsen av Sykehuset Innlandet har medført for deres jobbsituasjon. De opplever stor usikkerhet om de vil ha jobb i fremtiden. De uttrykker også sorg over at flere av deres kollegaer har måtte slutte som følge av nedskjæringer. Hjelpepleierne uttrykker frustrasjon at yrkesgruppen har blitt marginalisert de siste tjue årene, det er alltid ”*vi som går først*”.

Fysioterapeutene var i utgangspunktet kritiske til sykehusreformen og opprettelsen av Sykehuset Innlandet. I ettertid ser de at deres eget fagmiljø har blitt styrket med god divisjonsledelse, og godt samarbeidsklima på tvers av sykehusene. Det skal tillegges at de er

kritiske til både de nedbemanningene på de andre avdelingene og mot sentralledelsen som de mener er ”vinglete og inkonsistente”.

Legene og avdelingslederne mente det var grunnlag for endringer i sykehussektoren ved at det alltid er en ”fare å bli for vaneorienterte”, men de er kritiske til hvordan reformen er blitt gjennomført. Legenes frustrasjon retter seg særlig mot sentralledelsen i Sykehuset Innlandet ved at funksjonsfordelingen har svekket kompetansen på sykehusene. Legene er kritiske til funksjonsfordeling som medførte at flere fagenheter ble flyttet fra sykehuset. Denne misnøyen kan illustreres med et sitat: ”Når vi mistet urologi og gastrologi var sykehuset nærmest i knestående”. Legene uttaler også usikkerhet om funksjonsfordelingen har medført en svekkelse av tilbudet til befolkningen. Samtlige informanter, også fysioterapeutene er glad at det ble reversering av funksjonsfordeling, men fysioterapeutene er fornøyde med at de selv ikke er en del av Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer, de er som det påpekt i kapittel tre fortsatt fagorganisert i medisinsk service.

Informanter kommenterer at det har blitt et økt fokus på økonomiske krav. Et sitat som kan illustrere dette er et sitat fra en sykepleier: ”Nå er alt styrt som om vi er en fabrikk. Alt måles ut fra penger. De eneste som ikke måles etter resultater er ledelsen”

9.2- Problemstilling 2

”Hvordan har sykehusreformen påvirket det administrative arbeidet blant de ulike yrkesgruppene?”

Samtlige informanter påpeker at reformen har medført større effektivitetskrav. Det er særlig endringene om større krav om rapportering, lavere bemanning, større avdelinger og økt fokus på å få ned liggedøgnstatistikken de poengterer. Disse endringene kan også sees i sammenheng med DRG og stykkprisfinansieringen, som kanskje forklarer mer av disse endringene enn sykehusreformen i seg selv.

Det er forskjeller i hvilken grad de ulike yrkesgruppene har erfart hvordan de administrative endringene har påvirket deres arbeidshverdag. Hjelpepleierne erfarer at sykehusreformen i liten grad har medført administrative endringer. Den eneste administrative endringen hjelpepleierne mente reformen hadde medført var lavere bemanning på avdelingene. Dette er

kanskje lite overraskende gitt deres lave plassering i det administrative hierarkiet. De andre informantene erfarer derimot at sykehusreformen har medført mer krav om dokumentering, sentraliserte pålegg, krav til økonomisk inntjening og effektivitetskrav.

Fysioterapeutene uttrykker samtidig frustrasjon over at eneste kvalitetsmåling av deres arbeid er hvor lang tid det tar fra behandling til rapporten er ferdigskrevet. De synes i stedet at de burde ha målt antall ”svingdørspasienter”, dette betyr de som kommer tilbake til sykehuset umiddelbart etter at de har vært der, og pasienter de ikke har tid til å behandle. Dette ”sier mer om kvaliteten enn tiden det tar å skrive ferdig rapporten”.

Interessant i denne undersøkelsen, og kanskje overraskende, er at alle yrkesgrupper, med unntak av fysioterapeutene, ikke erfarer at funksjonsfordelingen har medført et økt fokus på faglig samarbeid på tvers av sykehusene. En lege påpeker at en ikke må være sammenslått for å samarbeide; ” *Vi har samarbeidet med sykehus i de andre fylkene i alle de 30 årene jeg har vært her. Jeg kan ikke se at funksjonsfordelingen og opprettelsen av Sykehuset Innlandet har medført noe mer samarbeid* ”. Tjerbo (2006) skriver at større faglige avdelinger og samarbeid på tvers av sykehusene var en av de viktigste årsakene til opprettelsen av funksjonsfordelingen innad i Sykehuset Innlandet. Overraskelsen er derfor stor at informantene uttaler at dette ikke har skjedd.

9.3- Underproblemstilling 3

”Hvilke konsekvenser erfarer de ansatte reformen har hatt for arbeidsmiljøet?”

Fysioterapiavdelingen er den eneste avdelingen som ikke har vært sammenslått eller har opplevd nedskjæringer etter sykehusreformen. De mener deres arbeidsbelastning har økt på tross av dette. De mener de ikke har fått tilført tilstrekkelig antall årsverk selv ved utvidelser av mer pleietrengende avdelinger, som eksempelvis nevrologisk stor-avdeling på sykehuset. Fysioterapiavdelingen er en egen avdeling, men hver fysioterapeut er tilknyttet en av de andre fagavdelingene på sykehuset.

Fysioterapeutene svarer at de har to ulike arbeidsmiljøer, henholdsvis avdelingen de er tilknyttet og fysioterapeutavdelingen. Det var forskjeller på arbeidsmiljøet mellom

fysioterapeutavdelingen og avdelingen den enkelte fysioterapeut var tilknyttet i perioder med omstillingen. Dette kan illustreres med en kommentar fra fysioterapeut:

”for på avdelingen jeg er tilknyttet som fysioterapeut, var det mye tårer og frustrasjon å spore på pauserommet, og jeg er glad at jeg hadde anledning å gå fra i pausen. Jeg tenker på de som var bundet å bli der oppe hele dagen. Det må ha vært tungt. Arbeidsmiljøet bar preg av en enorm frustrasjon og flere ansatte var nærmest apatiske under nedbemanningsprosessene.”

Sykefraværet kan være en indikator på dårlig arbeidsmiljø som følge av omstillinger (Grimsmo og Sørensen 2001). Hjelpepleierne og sykepleierne mener arbeidsmiljøet er bra innad på avdelingene, og det er derfor de har ”overlevd” den tøffe perioden. Legene og fysioterapeuter erfarer et godt arbeidsmiljø innad i egen yrkesgruppe, men i relasjon til den formelle organisasjonen og de avdelingene de er knyttet mener de omorganiseringen har medført problemer.

Informantene på avdelingene viser til at sykefraværet har vært høyt i perioder med omstillingen, og svarer at dette vesentlig skyldes nedbemanninger og stor usikkerhet om fremtiden. Deres synspunkt samsvarer med hovedfunnene i Arbeidstilsynets ”God Vakt-kampanjen”², som kort kan oppsummeres med at arbeidsforholdene på sykehus har medført høyere sykefravær, Sykefraværstatistikken i kapitel viser at det var store avvik mellom de ulike månedene i sykefraværet. Høyt sykefravær i omstillingsperiodene samsvarer med ”God Vakt-kampanjen” og FAFO (2006) ”den nye staten”. Statistikken på Sykehuset Innlandet viser høyere sykefravær i noen kvartaler, men sykefraværet har gått ned i perioden etter at Sykehuset Innlandet ble en realitet.

Leger, sykepleiere, avdelingsledere og fysioterapeuter forteller om ”håpløse” rutiner som skal være like på alle sykehus. Ledelsen tar ikke høyde for at det er forskjeller både på størrelse og kulturer mellom de ulike sykehusene. Denne kritikken kan illustreres med et sitat fra en fysioterapeut:

² Arbeidstilsynet- <http://www.arbeidstilsynet.no/c26967/artikkel/vis.html?tid=28766>

”Fysioterapeutene illustrerte dette med at kravet fra sentralledelsen er at vi skal ha like rutiner på sykehusene, men det er jo forskjell på oss her med 14 fysioterapeuter og Hamar med to ansatte på måten vi organiserer vår virksomhet på, det kan da ikke være så vanskelig å forstå?”.

9.4- Underproblemstilling 4

”Hvilke tiltak skal til for å få ned sykefraværet på Sykehuset i Lillehammer?”

Denne problemstillingen ser på hvilke tiltak som ble foreslått av de forskjellige informantene for å få ned sykefraværet. De ulike tiltakene er foreslått både av enkelte og av flere av informanter. Forslagene blir redegjort for her uavhengig om det er en eller alle som har kommet med forslaget, men jeg vil spesifisere hvis det kun kom fra en informant. Jeg vil avslutningsvis oppsummere tiltakene som de ansatte har foreslått. Disse vil bli tatt videre med i analysen.

Informantene etterlyser bedre kommunikasjon mellom ledelsen og de ansatte. De mener bedre kommunikasjon vil kunne redusere usikkerhet og uro. Dette kan dermed medføre lavere angstnivå og sykefravær. Det er tydelig at informantene vil ha en mer deltakende ledelse og ønsker en organisasjonsutviklingsprosess. Med bedre kommunikasjon mener de at; *”de ønsker å bli tatt med i prosessene der bestemmelsene skjer”*. De er tilfredse med å få *”direktør tilbake på huset”*, de mener tiden under funksjonsfordelingen var frustrerende med at *”det ble for uoversiktlig og var for mange ledernivåer”*.

Samtlige informanter fra fysioterapeutene, hjelpepleierne og sykepleierne fremmet et ønske om at avdelingslederne i større grad ble tatt mer med på råd; *”det er disse som er våre talsmenn”* ble det påpekt.

Avdelingslederne blir innkalt til møter, men de stiller spørsmålet i hvilken grad de blir hørt i beslutningsprosessen, eller om det allerede er bestemt før de blir tatt med på råd. Et sitat fra en av avdelingsledere kan illustrere dette synet; *”Det er vi som vet hvor skoen trykker ble det påpekt. En styrket kommunikasjon med oss vil også kunne medføre mindre usikkerhet, større trygghet og eventuelt et lavere sykefravær”*.

En bedre kommunikasjon ned til avdelingslederen ble kommentert som viktig. I dag ble det påpekt av avdelingslederne at de sitter mellom ”*barken og veden*”, samtidig som de ansatte erfarer at de ikke får all informasjon som de ønsker. Informantene påpeker at det har blitt mer uoveroversiktlig etter at sykehuset er tilknyttet sentralledelsen i Brummundal. Dette ble særlig påpekt av avdelingslederne selv, og av legene. Synlighet fra ledelsens side, der de eksempelvis kommer på våre avdelingsmøter og informerer hadde vært mer ønskelig.

I hvilken grad prosessene virker ”*åpne*” kan være en påvirkningsfaktor på sykefraværet ble det påpekt av flere av informantene. Dagens situasjon har vært ”lite åpen” for oss ansatte. Et sitat fra en sykepleier kan illustrere noe som flere av hjelpepleierne og sykepleiere kommenterte: ”*Jeg har flere ganger lest om endringene på sykehuset og min egen avdeling i avisa før ledelsen har informert oss ansatte*”.

Informantene mener at grunnbemanningene avdelingene bør økes. De mener ikke bare at det er lav bemanning som er problemet, men også at de i for stor grad henter inn vikarer.

En hjelpepleier påpekte at det er ønskelig å få tilbake seniorpolitikk på sykehuset. Et system de hadde på det gamle fylkessykehuset. Dette ga de ansatte over 55 år en mer tilpasset arbeidshverdag. Den samme informanten påpekte: ”*Jeg har aldri jobbet så mye nattestid som det jeg har gjort etter 2004, litt ironisk at dette er etter at jeg ble 55 år og jeg som har jobbet på sykehuset i over 30 år*”.

Et annet forslag er å styrke bedriftshelsetjenesten med å få tilbake en fungerende bedriftshelsetjeneste, som har en mer utvidet rolle enn dagens 1.5 årsverk. I dag er bedriftshelsetjenestens oppgave å gi de ansatte vaksinasjon. Tenk om sykehuset hadde hatt en sykehuslege og fysioterapeut med de ansatte som ansvarsområde ble det påpekt av informantgruppene: fra hjelpepleiere, sykepleiere og fysioterapeutyrkesgruppene.

Kort oppsummert er det seks tiltak informanter på Lillehammer Sykehus mener kan redusere sykefraværet. For det første bør kommunikasjonen mellom ledelse og de ansatte styrkes. Dette er det viktigste forslaget fra samtlige av informantene. I dette ligger det at endringsprosessene burde være mer åpne, og at de ansatte tidligere burde bli tatt med på råd, særlig gjennom avdelingslederne. For det andre var det et ønske å styrke ”apparatet” rundt

avdelingslederne. Det tredje tiltaket var å øke trivselen gjennom motivasjonstiltak. I dette forslaget ligger det også å gi de ansatte en følelse at de er viktige og at de gjør en god jobb. Det fjerde forslaget var å styrke bedriftshelsetjenesten, der en sykehuslege og fysioterapeut hadde vært ønskelig. Det femte forslaget er å gjenopprette en seniorpolitikk for å holde de eldre arbeidstakere i jobb. Disse tiltakene vil bli tatt med videre i analysen. Et sjette forslag er å øke grunnbemanningen.

9.5- Problemstilling 5:

Hvilke tanker har de ansatte fra de ulike informantgruppene om fremtiden som ansatt på Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer

Flere leger, sykepleiere og hjelpepleiere vurderer å bytte jobb i fremtiden. Et sitat som kjennetegner svar fra samtlige av hjelpepleiere, samt sykepleierinformanter over 45 år er; ”*jeg vurderer å bytte jobb, men grunnet alderen blir det at jeg blir værende*”. En lege stiller seg selv det samme spørsmålet:

”Hvor lenge man orker å jobbe med en ledelse som en hele tiden møter motstand fra, og store endringsforsøk som gjør at våre egne syn på god medisinsk behandling for pasienten ikke går overens med sykehusledelsens krav og endringen, kan en stille spørsmål om ”

Sitatene ovenfor viser noe av den uroen informanter har med hva fremtiden vil bringe for egen jobbsituasjon. De er meget skeptiske til effektene de mener sykehusreformen har medført og særlig etter at Sykehuset Innlandet ble opprettet. De frykter at nedbemanning og omorganisering vil forsette også i fremtiden. Samtlige informanter opplever et press av å holde budsjettene som konsekvens av effektiviseringen på sykehuset. Sykepleiere og hjelpepleiere frykter i tillegg for egen jobbsituasjon.

Skillet mellom de ulike yrkesgruppene er, at mens legene og fysioterapeutene setter spørsmål til om de orker å jobbe under ledelsen i Sykehuset Innlandet, er informantene fra hjelpepleierne og sykepleierne frustrerte på hvilke konsekvenser dette vil ha for egen jobbsituasjon. For hjelpepleierne og noen sykepleiere uttrykker usikkerhet om de i hele tatt har

jobb i fremtiden. Fysioterapeutene frykter konsekvensene om avdelingene de er tilknyttet blir ytterligere nedbemannet, som vil medføre en mer slitsom og vanskeligere arbeidssituasjon.

Selv om de ansatte er skeptiske til fremtiden svarte samtlige at de er mer positive i dag enn det de var for seks måneder siden. Det er to årsaker de gjør rede for som gjør at de er mer positive. For det første er at det igjen har blitt en "direktør på huset" etter tilbakestillingen av funksjonsfordelingen, og for det andre er det tilføring av nye avdelinger.

.

10.0- Analyse og drøfting

I det forrige kapitlet presenterte jeg hva de ulike informantene svarte på oppgavens underproblemstillinger. I dette kapitlet vil hovedfunnene bli sett opp mot oppgavens fire teorier som ble gjennomgått i kapitel (4-7) og oppgavens hovedproblemstilling. Jeg vil først gjøre rede for tabell 10.1, som gir en kort beskrivelse av hva det er redegjort for i det forrige kapitlet. Her vil de ulike yrkesgruppene bli sett opp mot oppgavens fire hovedspørsmål. Analysen vil utarbeides sett i lys av denne tabellen.

Dette kapitlet vil først inneholde en teoretisk analyse av de ulike hovedfunnene. Deretter vil hovedfunnet bli satt opp mot en figur som kan illustrere de ulike informantgruppenes syn på sykehusreformen. Videre vil studiet komme med tiltak for å få ned sykefraværet. Til slutt vil analysen utarbeide noen hypoteser og forskningsspørsmål til fremtidige studier. Dette av den årsak at studiet er en eksplorativ studie.

Det er viktig å understreke at en ikke kan se på sykehusreformen isolert. Stykkprisfinansiering og enhetlig ledelse kan være en av forklaringene til misnøyen som flere informanter har gitt uttrykk for. Disse tiltakene kom flere år før sykehusreformen. Det blir derfor lite hensiktsmessig å kategorisere det til hva de mener om sykehusreformen. Dette på tross av at informantene relaterer det til sykehusreformen og opprettelsen av Sykehuset Innlandet. Jeg har derfor i analysen valgt å analysere det mot sykehusreformen og de siste års endringer.

Tabell 10.0a- Hovedspørsmålene fra presentasjon av data sett i tabell:

	Synet på sykehus-reformen?	Syn på funksjons-fordelingen	Syn på arbeidsmiljøet	Har sykehus-reformen medført administrative endringer?
Hjelpepleiere	Er meget kritiske mot alle endringer de siste årene. De mener de ikke kan se en eneste positiv effekt av sykehusreformen	Meget negative	Meget godt, men var høyt sykefravær i omstillings-periodene	Lavere grunnbemanning
Sykepleiere	Meget misfornøyde. Deler synet til hjelpepleierne	Meget negative	Meget godt, men var høyt sykefravær i omstillings-periodene	-Lavere grunnbemanning -Mer dokumentering -Mer krav om effektiv drift
Leger	Meget frustrert over måten den har blitt gjennomført på, men mente at det var behov for endringer	Meget negative	Godt miljø, men så det var tøft på de avdelingene de var tilknyttet med høyt sykefravær og stor frustrasjon	-Mer dokumentering -Mer krav om effektiv drift
Avdelingsledere	Meget frustrert over måten den har blitt gjennomført på, men mente det var behov for endringer	Meget negative	Arbeidsmiljøet har vært bra innad på avdelingene, men stor frustrasjon og høyt sykefravær i omstillings-prosessen.	lavere grunnbemanning mer dokumentering mer krav om effektiv drift
Fysioterapeuter	Var i utgangspunktet negative, men mener den har styrket deres fagmiljø med å jobbe i større grad på tvers av sykehusene	Er svært kritiske på at funksjons-fordelingen har medført at sykehuset har mistet flere avdelinger, men mener det har styrket deres fagmiljø innad i organisasjonen med større samarbeid på tvers av sykehusene	Har to arbeidsmiljøer. Innad blant fysioterapeutene er det bra, men har vært stor frustrasjon på de avdelingene de er tilknyttet	-Større gjennomtrekk av pasienter medfører merarbeid -svingdørs-pasienter -Lavere bemanning på avdelingene medfører merarbeid for oss -kvalitetskrav -større krav om rapportering

Tabell 10.1a kan utvikles til en tabell for å vise skillene til informantene i hvilken grad de er tilfredse med sykehusreformen og de siste års endringer. Av de 21 informantene er alle enten lav eller middels tilfreds, med en lege som unntak, som kan betegnes med høy tilfredshet til reformen. Dette funnet må tolkes med varsomhet, siden det kun er snakk om en person og studiet har få informanter.

Tabell 10.0b- Grupperinger av enheter i tilfredshet med sykehusreformen (N=21)

Kategori	Definisjon	Hvilke respondenter mener dette
Lav tilfredshet	Er meget negative til reformen	-4 hjelpepleiere -6 av Sykepleiere -5 leger -4 avdelingsledere
Middels tilfredshet	Er negative, men ser også positive aspekt med reformen	-4 fysioterapeuter -1 sykepleier
Høy tilfredshet	Er positive til reformen	1 lege

10.1- Teoretisk analyse av hovedfunnene

Tabell 10.0b viser en sterk misnøye med sykehusreformen og opprettelsen av Sykehuset Innlandet. I de neste avsnittene vil funnene bli drøftet opp mot oppgavens fire teoretiske teorier. Det er viktig å koble de ulike teoretiske perspektivene. Teoriene vil derfor ikke bli sett på isolert.

10.1.1- Funnet sett ut fra endringsledelse

I kapitlet om endringsledelse redegjorde jeg for at en endringsprosess vil være en politisk og emosjonell prosess (Jakobsen 2002). Med å se misnøyen i et politisk perspektiv kan man analysere om noen vil "vinne" og "tape" på en endringsprosess. Mine funn tyder på at fysioterapeutene er den eneste yrkesgruppen som mener de har tjent på endringene. Dette kan forklares med at fysioterapeutene er i utgangspunktet en liten yrkesgruppe innad på de ulike sykehusene. De opplever derfor at de siste års endringer har styrket deres posisjon med å ha

en felles ledelse på tvers av sykehusene. Dette mener de har medført at deres stemme har blitt sterkere ved at fagmiljøet er styrket. Fysioterapeutene har heller ikke opplevd nedbemanninger på egen avdeling og har lavt sykefravær, noe som kan være forklaringer på hvorfor fysioterapeutene har en mer positiv holdning til endringene enn de fire andre informantgruppene. Hypotese om at fysioterapeutene skulle være mest tilfredse viste seg derfor også å samsvare med mine empiriske funn.

Hjelpepleierne er i en annen posisjon; de har ikke den samme følelsen, heller tvert imot. De opplever å ha "tapt" på de siste endringene. Dette skyldes hovedsakelig at flere fra deres yrkesgruppe har blitt nedbemannet som konsekvens av de siste års endringer. De har derfor stor frustrasjon og avmaktsfølelse med at de mener deres yrkesgruppe har blitt ytterligere marginalisert som følge av sykehusreformen. De har høyt sykefravær, den høyeste av informantgruppene. Sykefraværet kan ha flere årsaker, men usikkerhet med egen jobbsituasjon kan være en av forklaringene.

Informanter fra hjelpepleierne erfarer at deres posisjon gradvis har blitt svekket de siste tjue årene. Denne marginaliseringen kan derfor ikke bare bli sett i lys av sykehusreformen. Dette kan også belyses sett fra et profesjonsteoretisk ståsted, ved at hjelpepleierne ikke er profesjon, slik som de andre undersøkte yrkesgruppene. Dette kan videre forklare hvorfor deres posisjon kan ha blitt ytterligere svekket i et stadig mer utdannings- og høyteknologisk samfunn. Denne tendensen forsterkes også i en tid med nedbemanninger, hvor hjelpepleierne selv påpeker at *"det er vi som må gå først"*. Liggetidene og sengetallet reduseres også i norske sykehus noe som bidrar til at senge- og omsorgspersonale reduseres i spesialisthelsetjenesten (sykehusene). En annen forklaring kan være at sykepleierne har blitt en sterkere yrkesgruppe (profesjon) som derfor *"presser"* ut hjelpepleierne fra deres fagområde. Hjelpepleierne påpekte selv at de siste 20 årene har opplevd å bli *"presset mer og mer ut fra sykehussektoren som yrkesgruppe"*.

Den andre hypotesen om at hjelpepleierne skulle være minst tilfredse med reformen samsvarte med mine empiriske data. Figur 10.2 viste at sykepleierne var nærmest like misfornøyde som hjelpepleierne, men blant sykepleierne var det noen som hadde et mer positivt syn på reformen. Mange sykepleiere har gjennom lang tid også orientert seg sterkere mot ledelse. Etter at reformen om å introdusere enhetlig ledelse i 1999 har sykepleierne i prinsippet blitt likestilt med legene om adgang til lederstillinger som enhetsledere på alle nivå i sykehusene (Torjesen 2007b). Hjelpepleierne har på denne bakgrunn relativt sett ikke hatt de

samme muligheter i kjølvannet av reformene. Sykepleierne har derfor hatt større muligheter for opprykk enn hjelpepleierne, men denne fordelene er blant mine informanter blitt ”visket” ut av stor jobbusikkerhet.

Informantene gir uttrykk for at endringene er en ”hard” variant av endringsledelse, også kalt Strategi E. Denne endringsledelsen er topp-styrt og meget økonomisk orientert. Dette sammenfaller med argumentet i innledningen at sykehusreformen og endringene er sterkt NPM-orientert.

10.1.2- Funnet sett ut fra New Public Management

Svarene på oppgavens to hypoteser kan tyde på at skillene mellom yrkesgruppene og deres syn på reformen viser hvem som opplever de har ”tjent” og ”tapt” på de siste års endringer. Både legene, sykepleierne og hjelpepleierne mener de har tapt som følger av reformen, mens fysioterapeutene erfarer de selv har ”tjent” på endringene.

Det mest overraskende var at sykepleierne var nesten like negative som hjelpepleierne. Denne overraskelsen skyldes enhetlig ledelse som i gjennomgangen av New Public Management er et tiltak som kan argumenteres for har åpnet for at sykepleierne har større muligheter til å ”rykke oppover i systemet”. Deres negative ståsted kan forklares med at flere sykepleiere har blitt nedbemannet i prosessen. Dette samsvarer med en studie gjort på vegne av sykepleierforbundet november 2007, der hovedkonklusjonen var at ”5000 sykepleiere vurderer å søke seg ny jobb” (Sykepleierforbundet 2007³).

Informantenes syn kan bli sett i lys av Hoods (1991) tre elementer som ble gjort rede for i NPM-delen (kapittel fire). For det første ble vektlegging av privat sektors ledelsesidealer kommentert med at det var ”flere økonomer som styrer sykehuset nå enn helsefaglig utdannet personell”. Et sitat som kan illustrere hva samtlige informanter påpekte var: ”Nå er alt styrt som om vi er en fabrikk. Alt måles ut fra penger. De eneste som ikke måles etter resultater er ledelsen”. For det andre er enhetlig ledelse et trekk som viser til en mer profesjonell, synlig ledelse. For det tredje ble det uttrykt for kvantitative målinger som liggedøgnstatistikk og pasientfaktor. Fysioterapeutene viste også frustrasjon over at eneste måten Sykehuset

³ Sykepleierforbundet (2007): <http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=17174>

Innlandet måler kvaliteten på, er hvor lang tid det tar fra behandling, til rapporten er ferdigskrevet..

I fjerde kapittel står det: *kontrollmekanismene som legger opp til kontrolltilsyn fra sentralmakten*. Dette kan bli sett opp mot hva informantene mener de siste års endringer har medført. I forrige kapittel ble det gjort rede for at informantene mente at det var sentralisering av regler som de kalte for ”håpløse”. Denne misnøyen kan bli sett i sammenheng med at på generelt grunnlag viser litteraturen (Jespersen 2005) at NPM-inspirerte reformer ikke så lett fanges opp i det ”profesjonelle byråkrati”. Etter Mintzberg definisjon er sykehussektoren et profesjonelt byråkrati, hvor beslutningsmyndigheten er desentralisert til de som utfører arbeidet, noe som gir relativt begrenset beslutningsmyndighet til toppledelse og stab (Jacobsen 2004; Mintzberg 1983). Dette kan forklare misnøyen til sykehusreformen og særlig informantenes syn på funksjonsfordelingen, som kommentareren: ”håpløse sentrale regler som skal gjelde for alle sykehus”. Denne misnøyen kan skyldes at de tidligere ”medikratiske sykehusene” som var sterkt legestyrt, til dagens system hvor sykehusene er endret til å være mer markedstyrt. Noe som kan indikere en opplevelse at sykehuset går fra å være et profesjonelt byråkrati (medikrati) til et maskinbyråkrati. Et maskinbyråkrati er en av de fem andre konfigurasjonene til Mintzberg, dette byråkratiet er som regel i store og gamle organisasjoner som utfører produksjon av standardiserte varer og tjenester. Det viktigste kjennetegnet er utstrakt bruk av regler og rutiner (Jacobsen 2004).

I utgangspunktet støttet legenes fagforening opp om sykehusreformen, og mente den var nødvendig (Legeforeningen 2002). Dette studiet avdekker at legene er kritiske til ledelsen i Sykehuset Innlandet. De mener samtidig at endringene har medført et dårligere tjenestetilbud til distriktets befolkning. Dette støttes opp av rapporten ”*Sykehuslegenes syn på sykehusreformen*” utgitt av Legeforeningen (2007⁴). Denne rapporten samsvarer med min undersøkelse, der legene mener at endringene går på akkord med egen legetikk, som ble gjennomgått i NPM-kapitlet. I undersøkelsen er derfor ikke legene kritiske til at sykehusreformen ble en realitet, men på hvilke måte reformen har blitt gjennomført på i Sykehuset Innlandet. Legenes misnøye kan forklares utfra flere forhold.

⁴ Tidsskriftet for den Norske Legeforening (2007):

<http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa lt.visSeksjon?vp SEKS ID=1575072>

Sykehusreformens endringer har hatt preg av å trekke inn mer markedsliknende styringsformer i sykehussektoren. Dette har til en viss grad medført at ikke-medisinsk utdannet personal har fått større innpass i ledelsen, i tillegg til at det er blitt større krav om økonomisk inntjening. Videre har det blitt diskutert at den økonomiske nytte-tenkningen som informantene mener de siste år endringer har medført, bryter med legenes pliktetikk (Lian 1996). Enhetlig ledelse kan også ha svekket legenes posisjon ved at sykepleiere har anledning til å arbeide som avdelingsledere, en post som tidligere kun var besatt av leger (Sykepleielederen nr 3/2007⁵; Torjesen 2007b⁶). Disse to funnene kan argumentere for en svekkelse av legenes maktposisjon på sykehusene. Misnøyen med sykehusreformen blant sykehuslegene støttes også opp av en nylig publisert undersøkelse blant sykehusleger, hvor det fremkommer at 1 av 2 sykehusleger erfarer negative konsekvenser med reformen (Hagen m. fl. 2007, Tidsskrift for Den Norske Legeforening 2007).

Nye NPM-inspirerte styringsteknikker kan også ha bidratt til å svekke legenes selvstyre på sykehusene. Dette samtidig med at helseyrkesgruppenes pliktetikk om å bekjempe sykdom- ”koste hva det koste vil”- utfordres av en ny type logikk basert på økonomiske nyttebetrakninger (Hagen 2006). NPM-inspirerte styringsteknikker og profesjonell ledelse kan også ha bidratt til å svekke legenes selvstyre på sykehusene. Dette relateres seg i helsesektoren med at nyttemodellene blir klare premisser for pasientprioritering, der behandling målt opp i kroner og ører blir utslagsgivende (Torjesen 2007b; Samuel, Dismith og McElroy 2005).

Denne delen kan kort oppsummeres med et spørsmål. I NPM-delen ble det stilt spørsmålet om de ansatte mener sykehusreformen har medført flere NPM-lignende tiltak. Mine empiriske funn viser at informantene mener det har blitt større fokus på økonomiske forhold og en lavere grunnbemanning. De gir tydelig uttrykk for at det har vært en tendens fra å være en ”medikratisk” sykehuskultur til et mer ”ytre” styrt sykehus med en markedsøkonomisk tankegang. Det er her viktig som det ble påpekt i starten av analysen å ikke se sykehusreformen isolert. Dette som følge av at informantene husker endringen sykehusreformen medførte som følge av Sykehuset Innlandet, mens enhetlig ledelse og stykkprisfinansiering kom noen år i forveien. Disse elementene kan ha påvirket deres syn på sykehusreformen.

⁵ Sykepleielederen: <http://www.polis.no/sykepleielederen0307.pdf>

⁶ Dag Olaf Torjesen (2007b): http://www.samfunnsforskning.no/files/tfs_2007_2_fulltekst.jpg.pdf

10.1.3- Funnet sett ut fra Human Resource Management (HRM)

I Forskningsrådets (2006) ”Resultatevaluering av sykehusreformen” konkluderer med at de ansatte opplever:

*”Liten grad av medbestemmelse under omstillingsprosesser som har blitt gjennomført, hvor ansatte selv opplever å ha vært lite involvert i de prosessene (Forskningsrådet 2006)”.*⁷

Dette funnet samsvarer med mine empiriske funn. Et funn som også kan bli sett i lys av Human Resource Management. Misnøyen til reformen og siste års endringer kan tyde på at organisasjonen og de enkelte informanter er dårlig tilpasset hverandre. Det ble redegjort for i kapitel fem at dette ville medføre at begge parter vil lide under dette. Den enkelte ansatte har lav identitetsfølelse med Sykehuset Innlandet. Denne lave identitetsfølelsen medfører at ledelsens beslutninger har lite forståelse og gir økt motstand fra de ansatte. En av de viktigste årsakene til dette er at de opplever å ha liten medbestemmelse. Informantene har en følelse av at beslutningene blir tatt før representanter for de ansatte blir tatt med på råd.

Samtidig som sykehuset sliter med store driftsunderskudd og må foreta innsparinger, er dilemmaet at perioder med store endringstiltak som skal gi kostnadsbesparelser, medfører høyere sykefravær i disse periodene. Omstillinger har med andre ord store menneskelige kostnader. Dette samsvarer med FAFOs rapport (2006⁸) ”den nye staten” som viser at det er en tendens til høyere sykefravær i organisasjoner som har langvarige omstillinger. I innledningen ble det argumentert at Sykehuset Innlandet har lagt seg på en ”hard” variant av endringsledelse som bærer preg av sterke sentraliserte NPM-tiltak. Motargumentet er at sykefraværet har gått ned. Til diskusjonen om Sykehuset Innlandet har gjennomført en ”hard” variant av endringsledelse og om deres reform har vært preget av økonomisk orienterte NPM-tiltak kan det argumentere mot dette, at sykehusets ledelse og beslutninger av myndighetene har medført større oppfølging av de sykmeldte. Dette kan ha medført en nedgang i sykefraværet. Det er derfor vanskelig å konkludere om Sykehuset Innlandet har

⁷ Forskningsrådet 2006: Resultatevaluering av sykehusreformen- tilgjengelig, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse”, Norsk Forskningsråd

⁸ FAFO 2006): <http://www.fafo.no/pub/rapp/530%20og%20537/537.pdf>

gjennomført en ”hard” eller ”myk” endringsprosess. Det skal likevel sies at sykefraværstatistikken er høyere enn andre næringer i Norge. Gjennomgangen av presentasjon av data viste også at de ansatte opplever å ha ”*blitt lite hørt i prosessen.*” Det er tydelig at informantene opplever endringene som en ”hard” variant.

En kan derfor argumentere for at Sykehuset Innlandet bør innføre en mer HRM-orientert endringsprosess, hvor de ansatte blir mer involvert. Her kan *deltakende ledelse* eller medbestemmende *ledelse* være et av tiltakene. Deltakende- og medbestemmende ledelse ble gjort rede for i kapitel fem og kan kort oppsummeres ved at de ansatte bør bli tatt med i beslutningsprosessen. Deltakende ledelse vil involvere alle ansatte, mens medbestemmende åpner for at flere ansatte blir tatt med i beslutningsprosessen.

10.1.4- Funnet sett ut fra motivasjonsteori

Medbestemmende ledelse kan være et virkemiddel i motivering av de ansatte, for å styrke identitetsfølelsen med Sykehuset Innlandet. Denne formen har et motivasjonsteoretisk utgangspunkt, med å involvere de ansatte. Misnøyen er viktig å belyses opp mot et motivasjonsteoretisk ståsted. Dette som følge av at flere informanter er lite tilfredse med sykehusreformen. I avsnittene nedenfor vil misnøyen bli sett opp mot dette funnet, samtidig vil det gode arbeidsmiljøet informantene gir uttrykk for bli sett i lys av Gruppepolariseringsteorien til Brown (1986).

Ved anvendelse av sosiale sammenligningsteori er det tydelig at informanter sammenlignet seg med andre. Dette gjelder både andre sykehus, avdelinger og yrkesgrupper som de mener får mer enn de selv. Funnene viser stor frustrasjon med at opprettelsen av Sykehuset Innlandet har medført at hedemarksiden og særlig Hamar Sykehus, har blitt tilgodesett av ledelsen. Informantene mener at endringene og særlig funksjonsfordelingen har medført et ønske om å svekke sykehusene i Oppland for på sikt skape et sentralsykehus i Hamar. Denne frustrasjonen blir i sterkest grad påpekt av legene. Dette viser at informanter sammenligner seg med de andre sykehusene, mens hjelpepleierne viser også stor frustrasjon med å sammenligne seg med sykepleierne som de mener vinner i konkurranse med egen yrkesgruppe.

Misnøyen med ledelsen bærer også preg av lave og negative forventninger til endringer som kommer fra ledelsen. Ved å anvende forventningsteori, påpeker informanter at nye tiltak blir sett i lys av tidligere endringer, og når disse endringene historisk har vært negative for informantene bærer dette preg av lav motivasjon i gjennomføringen av nye tiltak. Endringsprosessen består av en negativ ”sti-avhengighet” som ble gjennomgått i endringsledelse.

En kan også velge å se hovedfunnet i lys av To-faktorteorien til Herzberg. Kort oppsummert går denne teorien på at trivsel og mistriivsel ikke er motsetninger av hverandre. Av punktene som ble gjennomgått i tabell 6.3.1 viser informantene tilfredshet med arbeidsmiljøet innad på avdelingene. Samtidig har de ansatte en følelse av at jobben bidrar med både prestasjonsfølelse og at de gjør en jobb som er nyttig. De opplever jobbhverdagen som motiverende i form av at de har mye pasientkontakt. Misnøyen er særlig på hygienefaktorene ledelse, samt for sykepleierne og hjelpepleierne også sikkerhet i jobben. En kan forklare høyere sykefravær i kvartal med omstilling hos sykepleiere og hjelpepleiere med at det er mangel på disse to hygienefaktorene. Det er disse yrkesgruppene som i størst grad har opplevd nedskjæringer og blitt omflyttet etter sykehusreformen. Sykefraværstatistikken viser at sykefraværet ikke har økt årlig etter at Sykehuset Innlandet ble en realitet. Dette kan skyldes at motivasjonsfaktorene som involvering og prestasjon er noe som de ansatte mener er tilfredstilt. En forklaring er at de ansatte har et godt arbeidsmiljø innad på sine avdelinger, og frustrasjonen mot ledelsen fører bare til at de står mer opp for Lillehammer Sykehus og sin avdeling (Brown 1986). Det kom allikevel frem at representanter fra fire av de fem informantgruppene vurderer å bytte til jobber utenfor sykehuset

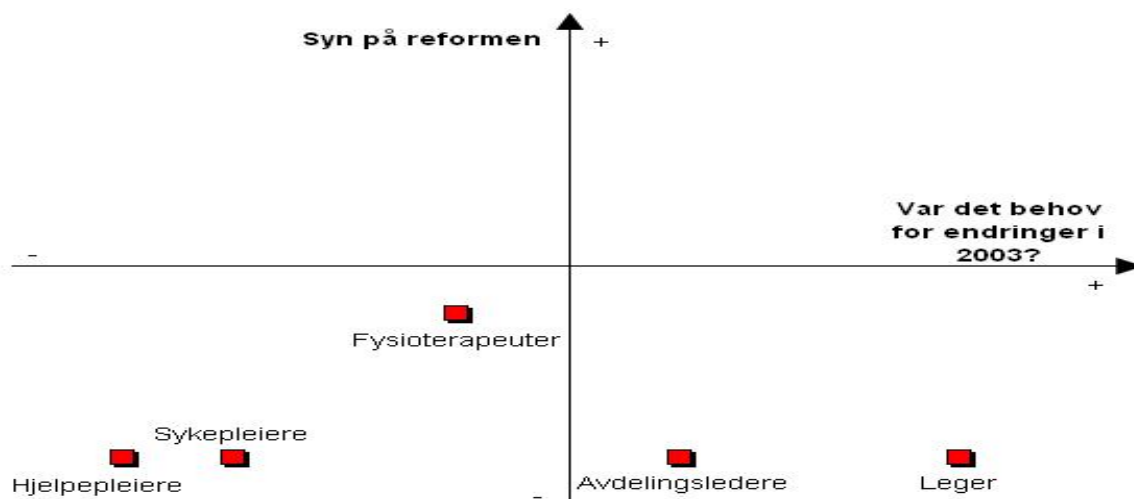
En kan hevde at mine empiriske funn ikke samsvarer med Herzbergs teori. Dette som følge av at i Herzbergs to-faktorteori er tesen at når ikke hygienefaktoren er tilstede fører dette til mistriivsel. Mine empiriske funn samsvarer ikke helt med denne teorien ved at hjelpepleiere og sykepleierne ikke mistrives i jobben, men de er minst tilfreds av de ulike yrkesgruppene. Her vil misnøyen kunne bli sett i lys av jobbusikkerhet som er en av Herzbergs hygienefaktorer. Deres gode arbeidsmiljø og følelse av tilfredshet med involvering kan være årsaker som visker bort denne misnøyen.

Kort oppsummert viser denne delen at de ansatte opplever å bli urettsferdig behandlet, lave forventninger, og i tillegg opplever at de blir lite hørt og at det er store effektiviseringstiltak. Effektiviseringstiltakene medfører at det går på akkord med hva de mener er ”god medisinsk tjeneste”. Det er tydelig at informantene mener endringene bærer preg av en ”hard” variant av endringsledelse. Misnøyen er stor. I de neste avsnittene vil det utarbeides en tabell og en modell av hvilket syn de ulike yrkesgruppesgruppene har på reformen og de siste års endringer.

10.2- Stor utilfredshet med reformen og siste års endringer

I de forrige avsnittene har misnøyen blant informantene blitt sett i lys av ulike teorier. I de neste avsnittene vil jeg se hvilke likheter og forskjeller det er mellom de ulike informantgruppene. Tabell 10.0b viste at det er misnøye blant de fleste av yrkesgruppene. Videre vil årsaken til misnøyen bli analysert hos de ulike yrkesgruppene.. I Figur 10.2 samler erfaringene til de ulike informantgruppene om de mente om reformen var nødvendig i 2003 og hvilket syn de har i dag. Året 2003 er valgt for det var da beslutningene om at Sykehuset Innlandet skulle bli etablert:

Figur 10.2- Syn på reformen og om reformen var nødvendig:



Kort oppsummert viser denne figuren at hvor lavere informantgruppene er på den vertikale siden; Hvor mindre tilfreds er de i dag. På den horisontale siden er hvor lengre til høyre; desto

mer positive var de til at det skulle skje endringer i 2003, når Sykehuset Innlandet bestemte å slå sammen fylkesykehusene til et sykehusforetak. I figuren fremkommer at sykepleierne, hjelpepleierne og fysioterapeutene var kritisk til endringer i utgangspunktet. Avdelingslederne og legene mente det var i 2003 behov for endringer innen sykehussektoren.

I hvilket syn de har på reformen i dag er det kun fysioterapeutene som kan betegnes som middels tilfreds, mens de andre intervjuobjektene inkludert legene er misfornøyde. Avviket er som det ble gjort rede for i tabell 10.0b, en lege som blir kategorisert med høy tilfredshet til reformen. Dette sammen med at det ikke er et representativt studie gjør at figuren skal leses med varsomhet.

Figur 10.2 samsvarer med i hvilken grad yrkesgruppene har opplevd omstillinger på egne avdelinger de siste årene. Legene har opplevd omstillinger som følge av funksjonsfordelingen hvor fagmiljøer har blitt forflyttet fra Lillehammer til andre sykehus. Hjelpepleiere har både opplevd å bli omflyttet og degradert til andre oppgaver enn hva de mener er yrkesgruppens arbeidsoppgaver. Dette gjelder deriblant å bli overflyttet til å arbeide som kjøkkenmedarbeider, rengjørere og servicekontormedarbeider på sykehuset. De opplever å bli dårlig behandlet. Sykepleiere har opplevd å bli omplassert til andre fagavdelinger, mens avdelingsledere er meget frustrerte over reformen. Dette av den årsak at det har medført større arbeidspress og frustrasjon at de står mellom ”barken og veden” i omstillingsprosessen. Avdelingslederne skal både være lojale ”oppover og nedover i systemet”, i tillegg mener de det økonomiske effektivitetskravet går på akkord med hva de mener er forsvarlig drift på avdelingene.

Avdelingslederne og legene mente det var behov for sykehusreformen, mens de kan kategoriseres som meget negative på hvordan reformen er blitt gjennomført på Sykehuset Innlandet. Hjelpepleiere og sykepleiere var negative i utgangspunktet, og kan betegnes som negative på begge linjene. Fysioterapeutene ga uttrykk for at de var kritiske til grunnlaget for reformen, men kan kategoriseres som den eneste informantgruppen som er ”nokså tilfreds”. Dette skyldes i første rekke at deres yrkesgruppe har styrket fagmiljøet med fagmiljø på tvers av sykehusene. Avdelingen har heller ikke vært gjennom nedbemanning og sammenslåinger med andre enheter.

Fire av de fem informantgruppene er dermed kategorisert som meget kritiske til reformen. Misnøyen blant informantgruppene kan forklares av tre ulike årsaker:

- **Jobbusikkerhet**
- **Frustrasjon over ledelsen**
- **Følelsen av å stå ansvarlig uten hjelp fra sentralledelsen.**

Hjelpepleiere og sykepleiere er svært kritiske grunnet stor jobbusikkerhet. Disse er derfor frustrerte grunnet usikkerhet om de har jobb i fremtiden. Grunnlaget for denne misnøyen uttrykte er på grunn av at de selv har opplevd både å bli overflyttet og flere nedbemanninger for sin yrkesgruppe.

Legene viser stor misnøye overfor ledelsen og de er negative til måten reformen er blitt gjennomført på. De setter særlig spørsmål om det er forsvarlig opp mot egen yrkesgruppes etikk. Avdelingslederne mener de siste års endringer har medført at de står ”mellom barken og veden”. Ledelsen har vært lite synlige og ”*det er oss avdelingsledere som har tatt mesteparten av ”støyten” i kommunikasjonen med de ansatte i de tunge nedbemanningstidene*”.

10.3- Misnøyen sett i lys av sykefraværet

Et spørsmål som er stilt tidligere i oppgaven er om New Public Management- lignende tiltak vil gi et høyere sykefravær. Informantene ga uttrykk for flere forhold som kan koble deres synspunkter mot Johansen (2005) påstand om sykehusreformen er økonomisk orientert. På spørsmålet om det i perioden etter sykehusreformen har vært et høyere sykefravær viser det seg kanskje noe paradoksalt at sykefraværet faktisk har gått noe ned. Sykefraværet har i perioden fra innføringen av sykehusreformen og frem til i 3.kvartal 2007 hatt en nedgang på 0,3 % i perioden 2004-2007. Det skal sies at nedgangen er marginal, men misnøyen til mine informanter og funnene i ”God Vakt” skulle tilsi at sykefraværet hadde gått opp. God Vakt konkluderte med at endringene sykehusreformen medfører et økende sykefravær (Arbeidstilsynet 2005). Ved at sykefraværet har gått ned kan man stille spørsmålet om misnøyen ikke alene har noe med sykehusreformen og Sykehuset Innlandet å gjøre?

Det er stor misnøye, personalet i avdelingene opplever økt press, mye frustrasjon, nedbemanning og økt arbeidsbelastning, men sykefraværet går likevel ikke opp. Dette kan betraktes som meget overraskende etter at hovedfunnet viser en lav tilfredshet til både sykehusreformen, opprettingen av Sykehuset Innlandet og med sentralledelsen. Spørsmålet er hvordan dette kan forklares.

Arbeidsmiljøet på den enkelte avdeling blir av informantene kategorisert som godt. Dette kan være en årsak til at sykefraværet ikke har steget. En annen forklaring er at i perioder med nedbemanning og omstillinger er arbeidstakere redde for å bli overflødige og engster seg for å ”vise svakhet” (Pedersen 2007). Imidlertid kan belastningene komme til uttrykk på et senere tidspunkt ved at sykemeldinger og uføretrygding hopper seg opp og kommer med høykonjunkturer når folk ikke lenger er engstelige for å miste jobbene sine. Sykehussektoren kan defineres som en lavkonjunkturbransje, av den årsak at det har blitt gjennomført flere kutt og nedskjæringer de siste årene.

”omstillinger innebærer en helserisiko for de ansatte som kan slå ut i både høyere sykefravær og tidlig avgang fra arbeidslivet. Det er derimot ikke utenkelig at en reform under visse betingelser kan gi en slags disiplineringseffekt fordi den skaper usikkerhet om jobb og posisjon i den reformerte organisasjonen (Pedersen 2007). ”

Påstanden at omstillingene har medført at ansatte er redde for å ”vise svakhet” kan verken verifiseres eller falsifiseres. Sykefraværet har vært høyere i noen kvartaler, men det er i like stor grad årstider som kan være årsaken. Det har også vært nedgang etter at Sykehuset Innlandet ble en realitet. En kan derfor stille seg spørsmålet om det var enda større behov å ”ikke vise svakheter” før sykehusreformen?

Informantene gir uttrykk for at det er flere vikarer nå enn før. Det skal tillegges at sykefraværet blant vikarene ikke regnes som del av Sykehuset Innlandets sykefravær. Den enkelte vikar har vikarbyrået som sin arbeidsgiver. Sykefraværstatistikken blant vikarer regnes derfor ikke inn i sykefraværstatistikken. Jeg fant ikke tall på antall vikarer, men HR-avdelingen i Lillehammer Sykehuset svarte at det var flere vikarer nå enn det var før sykehusreformen. En antagelse er at flere av disse er sykepleiere og leger, hvor sykefraværstatistikken fra

Sykehuset Innlandet har vist at det er forskjeller mellom de fire ulike yrkesgruppene på Lillehammer Sykehus. En forklaring kan være at nedbemanningene har rammet i første rekke ufaglært arbeidskraft med et høyt sykefravær, og dette har gitt seg utslag i en lavere sykefraværstatistikk. Dette kan være et annet perspektiv å se nedgangen i sykefraværet., hvorv leger gjerne arbeider overtid, en får inn vikarer for å ta unna toppene. Det er ikke samme vikarmuligheter blant ufaglærte. Liggetiden går ned i norske sykehus, økt produksjon skjer gjennom kortere pasientopphold som gir ”mer penger i kassa”. Økt produksjon tas ut med flere leger, og av færre ansatte som pleiepersonal. Dette kan bli sett i sammenheng med statistikken som viste at legene var den yrkesgruppen med lavest sykefravær.

Nedgangen i sykefraværet kan også være utslag av beslutninger som IA-avtalen og sykefraværordninger nasjonalt. Sykehuset Innlandet er en IA-bedrift. En rapport fra Nova (2007) har undersøkt i hvilken grad IA-bedrifter skiller seg fra andre bedrifter når det gjelder organisering og personalpolitikk. De fant relativt små forskjeller mellom bedrifter med og uten avtale, men IA-bedriftene har i større grad gjennomført tiltak for langtidssykemeldte og arbeidstakere med sviktende helse. En kan derfor ikke kategorisk konkludere med at nedgangen i sykefraværet skyldes inngåelse av IA-avtale.

En kan også sette spørsmålstegn til hvordan det var før reformen. Var det større misnøye eller er det andre forhold som kan forklare at sykefraværet har gått litt ned? Det ble diskutert i metodedelen at det er problematisk å ha retrospektive spørsmål. Dette som følge av at folk glemmer og filtrerer fortiden gjennom et filter av betraktningmåter (Repstad 2004):

”Vi mennesker husker konkrete hendelser bedre enn hva de tenkte og følte. Vi mennesker husker også best de ting som har betydd mye i våre liv (Repstad 2004:78).”

Misnøyen til informantene kan bli sett i lys av en ”glorieeffekt” med et motto at ”alt var bedre før”, ved at informantene har foretatt en bedømmelse at det var bedre som det var, de husker derfor det de vil huske ut fra dette ståstedet. Denne påstanden blir støttet opp av en studie Nova (2007) gjorde med endringene i sykefraværet fra 2003 til 2004. Dette året falt sykefraværet i Norge for første gang på 10 år og mange tilskrev denne nedgangen effekten av IA-avtalen. Nova (2007) fant ingen støtte for en slik antagelse.

Nedgangen i sykefraværet kan forklares med andre faktorer enn sykehusreformen. Fysioterapeuter har et lavere sykefravær enn sykepleiere. Dette samtidig med at det kan argumenteres at fysioterapeuter har like store fysiske løft i jobbhverdagen som sykepleiere og hjelpepleiere. En undersøkelse viser at fysioterapeuter er yrkesgruppen med nest høyest arbeidsbelastning av alle norske yrkesgrupper (Holm 2007). ”Den nye staten” en rapport utarbeidet fra FAFO, konkluderer med at stor omstilling over tid medfører høyere sykefravær. Et spørsmål blir da om det er andre årsaker som kan gi svar på denne problemstillingen. Kan arbeidshverdagen til de ulike gruppene være grunnleggende forskjellige? Mine empiriske funn viste at fysioterapeutene svarte de hadde to avdelingsmiljøer, og at de var meget glad de kunne trekke seg tilbake til sin egen fysioterapiavdeling i lunsjpausene. Dette samtidig med at de i forhold til sykepleiere og hjelpepleierne har større autonomi i jobbhverdagen med anledning til å bestemme antall pasienter de kan behandle. Autonomien i arbeidshverdagen kan etter Lipsky (1980) oppfattes som begrenset for sykepleierne og hjelpepleierne til sammenligning med fysioterapeutene. Fysioterapeutene kan selv om Sykehuset Innlandet har klare ”kommandolinjer” med de ulike ledernivåene, ha en autonom arbeidsdag. Dette i form av at de selv velger antall pasienter de mener det er forsvarlig å behandle. Denne retten har ikke sykepleierne og hjelpepleierne, pasientene som er på deres avdeling må få behandling. Til en videre studie kan det være interessant å se videre på denne problemstillingen om hvorfor fysioterapeutene har et lavere sykefravær enn sykepleierne.

I samtale med personalsjefen i Sykehuset Innlandet Kjell Haugen (16.11.07) ble det presentert at sykefraværstiltakene var viktigst på at det ble satt større fokus på temaet, på sykehusets enheter. Han mente med at det ble satt fokus på ”*kan ha medført en hawthorneeffekt*”. Hawthorneeffekten er et begrep etter at Elton Mayo (1945) gjennomførte en studie på en fabrikk i Chicago. Konklusjonen var at det var ledelsens tilstedeværelse som kunne forklare den økte effektiviteten. En derfor kunne argumentere at nedgangen i sykefravær kan være at ledelsen har fokusert på å få den ned, og vist dette til de ansatte.

Gjennomgangen av sykefraværstatistikken kvartalsvis viser at tider med store nedbemanninger og omstillingsprosesser har ført til et høyere sykefravær. Dette kan skyldes omstillingen, og vil da samsvare med andre studier som FAFO (2006) ”Den nye staten” og Arbeidstilsynets (2005) ”God Vakt undersøkelse”. Det er allikevel et interessant fenomen i denne oppgaven som ikke samsvarer med disse studiene. De store omstillinger over tid medfører høyere sykefravær var en hovedkonklusjon til FAFO-rapporten ”Den nye staten”.

Dette samsvarer ikke med Lillehammer Sykehus og Sykehuset Innlandet. Sykefraværet har vært høyere i perioder, men dette kan ikke kategorisk konkluderes opp mot omstillingene. Det stemmer heller ikke med sykefraværet i Helse Øst i perioden etter sykehusreformen tabell 3.5e.

En kan også forklare nedgangen i sykefraværet sett i lys av Exit. Dette betyr at ansatte slutter. Flere ansatte har sluttet etter sykehusreformen. Dette skyldes både frivillig og tvang med årsak i nedskjæringene. En påstand kan være at dette er årsaken til at sykefraværet har gått ned, at det er færre på jobb og de ansatte som er igjen vet at konsekvensen ved å være borte kan forårsake at de blir de neste som må gå.

Informantene viser en svært lav motivasjon blant de ansatte på endringer besluttet av sentralledelsen. Bildet er likevel ikke entydig, men komplekst og sammensatt. Det skal nevnes at de ansatte trives i jobben på avdelingene både med sine medansatte og i kontakten med pasienter. Dette kan ha årsak i at det indre samholdet styrkes i perioder med kriser og ”ytre” trusler og der en står overfor en ”ny fiende”. Den ytre trusselen er en distansert ledelse som oppleves fjern fra helsefaglig innsikter og normer fra de tradisjonelle helsefaglige yrkesgrupper (Brown 1986). Gruppetilhørigheten kan styrkes med å holde sammen mot en ”ytre fiende”. Det gode arbeidsmiljøet som informantene gir uttrykk for innad på avdelingene og misnøyen de har mot ledelsen, kan bli sett i dette perspektivet. Sentralt i teorien er *gruppe polarisering*, også kalt *Risky Shift*. *Gruppe polarisering* betyr at en innad i en gruppe får en felles oppfatning (Brown 1986).. De siste års endringer kan ha medført en *gruppe polarisering*, med at det er en felles oppfatning av situasjonen på sykehuset. Den sterke gruppetilhørigheten kan bli sett på som positiv med at de står sammen og arbeider hardt for sykehuset, men kan også være et faresignal med stereotypiseringen av andre grupper. I dette tilfellet mot sentralledelsen spesielt og ansatte på Hamar Sykehus. Sykefraværet kan derfor ha blitt holdt lavt av ønske om å stå opp for avdelingen og Lillehammer Sykehus i omstillingsperioden.

Mine empiriske funn tyder på at Sykehuset Innlandet vil være tjent med å bedre kommunikasjonen med sine ansatte i omstillingsprosesser. Andre studier som Fafo (2006) og God vakt (2005) viser at store omstillinger kan bidra til å øke sykefraværet. Denne Undersøkelsen har vist et høyt frustrasjonsnivå på bakgrunn av helseforetaksreformens omstillingspress. Dette er en felleserfaring blant alle yrkesgruppene jeg har undersøkt. Det gir

grunnlag for å tro at ansatte ved Sykehuset Innlandet må bli tatt med på råd og i sterkere grad bli involvert i fremtidens omstillinger, hvis også Sykehuset Innlandet oppleve økning i sykefraværet.

Kort oppsummert har jeg gjort rede for åtte ulike årsaker til hvorfor sykefraværet har gått ned selv om misnøyen er stor. Det har blitt gjort rede for ulike momenter som kan forklare nedgangen i sykefraværet. En nedgang som var overraskende.

- **Glorieffekt- ”alt var bedre før”**
- **IA-avtalen**
- **Tiltak gjennomført av Sykehuset Innlandet**
- **Godt arbeidsmiljø innad på avdelingene**
- **Det var verre før sykehusreformen**
- **Sterk identitetsfølelse med Lillehammer Sykehus**
- **Flere vikarer- Vikarer er ikke en del av sykefraværet på Sykehuset**
- **Exit- at folk slutter**

Sykefraværet er fortsatt som påpekt høyere enn andre næringer i Norge. I avsnittene nedenfor er det gjort rede for ulike tiltak informantene mente kunne få ned sykefraværet.

10.4- Tiltak for å få ned sykefraværet

Dette studiet er en casestudie. Dette betyr at jeg ikke kan eller har til hensikt å generalisere funnene til å gjelde alle ansatte på Lillehammer Sykehus eller på de avdelingene jeg har gjort mine undersøkelser. Det eneste jeg kan forklare er mine informanternes svar. En av hensiktene med dette studiet var å komme med forslag på hvordan få ned sykefraværet. I problemstillingen som omhandlet forslag fra de ansatte om tiltak å få ned sykefraværet, er orientert mot et Human Resource Management- perspektiv, der de ansatte selv skulle få komme med forslag om hvordan få ned sykefraværet. Forslagene fra informantene vil her bli sett i lys av oppgavens teoretiske rammeverk.

Informantene mener sykehusreformen og de siste års endringer er økonomisk orientert endringsprosesser. Det har blitt argumentert tidligere i analysen at Sykehuset Innlandet har anvendt en "hard" variant av endringsledelse, denne varianten samsvarer med et sentralisert orientert New Public Management-perspektiv, som i dette studiet ble kategorisert som en "hard" variant. Dette stemmer med svarene fra intervjuobjektene, som påpekte at det er blitt høyere effektivitetskrav og større nedskjæringer etter 2004, og lavere medbestemmelsemuligheter, som følger av at det er "flere ledernivåer og større distanse fra ansatte til ledelsen". De ansatte ønsker å blitt tatt mer med på råd tidligere i prosessen. Dette samsvarer med Forskningsrådets (2006) konklusjoner med at sykehusets ansatte mener de har liten medbestemmelsesrett. Informantene mener ved å bedre kommunikasjonen ville gitt et positivt utslag på sykefraværet. Dette støttes opp av andre studier. En rapport utarbeidet av svenske Arbeidslivsinstituttet i 40 svenske kommuner konkluderer med:

"Uro for omstilling og i hvilken grad dette skal få følger for egne arbeidsoppgaver har sammenheng med høyt sykefravær. Dersom de ansatte har innflytelse på omstillingene demper dette uroen (Statens Arbeidsmiljøinstitutt 2007:1)"

Det kom tydelig frem at mine informanter ønsker en mer synlig ledelse. Med synlig ledelse mener de at sentralledelsen viser seg i større grad på avdelingene og på sykehusene. En reversering av funksjonsfordelingen ble vurdert som positivt fra samtlige av de ansatte. Med å ha lokal direktør har dette både medført mer synlig ledelse, og større tiltro til at lederen arbeider til det beste for de ansatte.

Et forslag fra de ansatte er at ledelsen er mer delaktig i å informere de ansatte, her inkluderer det å være en støtte for avdelingslederne i omstillingen. Informantene gir uttrykk for mer medbestemmende ledelse, som ble gjort rede for i kapitel seks. Medbestemmende ledelse kan kort defineres som at de ansatte blir tatt med i beslutningsprosessen.

I Figur 10.2 ble avdelingslederne kategorisert som svært misfornøyde. Grunnlaget for deres misnøye var i første rekke at de følte seg "mellom barken og veden". De følte seg veldig alene under omstillingsperiodene, og hadde et stort ønske om at sentralledelsen deltar mer i

prosessen med å informere de ansatte på et tidligere tidspunkt. Særlig frustrasjon var det blant avdelingslederne over at de ansatte trodde de satt på mer informasjon enn de gjorde.

Å gjennomføre en organisasjonsutviklingsprosess, der de ansatte i større grad blir tatt med på råd, kan styrke tilhørigheten blant de ansatte på sykehusene. Med å ta med de ansatte på råd vil dette medføre en større sikkerhetsfølelse. Sykehuset Innlandet i dag bærer preg av at flere av Herzbergs hygienefaktorer ikke er tilstede blant informantene. Særlig gjaldt dette sikkerhet for å ha jobb og ledelsesorienteringen. Et spørsmål er hvilke muligheter ledelsen har til å gi de ansatte mer trygghet med at de har jobb også i fremtiden. I hvilken grad er de bare en del av prosessen? Dette er et spørsmål som vil stå ubesvart grunnet fordi det er utenfor oppgavens tema.

Et annet forslag fra de ansatte er å ha høyere grunnbemanning og innføre seniorpolitikk på sykehuset. Dette er tiltak som koster penger, men spørsmålet er om det kunne medført lavere sykefravær.

Tiltakene informantene mente kunne få ned sykefraværet kan kort oppsummeres i fem tiltak: De seks tiltakene er:

- 1. Mer synlig ledelse**
- 2. Styrke av apparatet rundt avdelingslederen**
- 3. Styrke bedriftshelsetjenesten**
- 4. Seniorpolitiske tiltak**
- 5. Høyere grunnbemanning**
- 6. Medbestemmende ledelse**

Med stor sannsynlighet vil disse tiltakene medføre at endringer fra ledelsen vil få større legitimitet blant de ansatte. I avsnittene nedenfor vil studiets forskningsspørsmål bli gjort rede for.

10.5- Oppgavens hypoteser og forskningsspørsmål for videre studier

Denne analysen har trukket fram fem hypoteser eller forskningsspørsmål som det er grunnlag å forske videre på. Oppgavens hovedhypotese til videre forskning er at fysioterapeutene er mer tilfredse med reformen enn de andre yrkesgruppene. Dette ble illustrert i figur 10.2 Denne modellen bør brukes i en større kvantitativ studie som kan gi grunnlag til å falsifisere eller verifisere den nevnte hypotesen.

Det andre forskningsspørsmålet er om funnene er forskjellig på medisinske avdelinger. En hypotese er at det er større misnøye på medisinske enn på kirurgiske avdelinger som følge av finansieringssystemet.

Et tredje forskningsspørsmål er overraskelsen over at sykefraværet ikke har gått opp, samtidig som denne undersøkelsen og andre studier har vist en stor misnøye til sykehusreformen og dens konsekvenser. Dette er et forskningsspørsmål som bør ha et økt fokus i fremtidige studier. For det første er hvilke tiltak som har medført et lavere sykefravær. For det andre hvordan sykefraværet er på norske sykehus sammenlignet med nabolandene. Dette kan være viktig for å se om det er et særtilfelle med Norge at det er et høyere sykefravær i sykehussektoren enn i andre sektorer. For det tredje finnes det sammenligningsmateriale med hvordan det var før reformen? Var det like stor misnøye? Dette skulle sykefraværstatistikken tilsi.

Til slutt hadde det vært interessant å undersøke hva som er årsaken til høyere sykefravær blant sykepleiere enn hos fysioterapeuter. Her er det interessant å se om sykefraværet blant de to yrkesgruppene samsvarer med andre sykehus. Min antagelse er at fysioterapeuter har et lavere sykefravær på grunn at de har større autonomi i arbeidshverdagen.

11. Konklusjon

Dette er en omfattende studie og i denne konklusjonen vil hovedtrådene fra de forrige kapitlene bli samlet. Konklusjonen vil se på hvordan oppgavens problemstillinger er blitt besvart. Samtidig vil oppgavens hovedfunn bli gjort rede for. Studiets forskningsspørsmål vil også gjentas. Til slutt vil det være en kritisk gjennomgang av oppgaven. Dette for å se på styrker og svakheter med studiet. Her vil også påliteligheten og gyldighet til mine funn og konklusjoner bli diskutert.

Det har ikke vært noe mål å generalisere undersøkelsen til å gjelde andre sykehus og avdelinger. Jeg kan derfor ikke uttale meg om hvilke nasjonale konsekvenser sykehusreformen har medført. Funnene kan kun knyttes opp mot de 21 informantene ved fire avdelinger på Lillehammer Sykehus som har deltatt i studiet. Det vil imidlertid være relevant å sammenligne studiet med lignende forskning og se om det er noen likheter og ulikheter.

Ved at studiet er eksplorativt innebærer at målet er å komme med nye hypoteser og forskningsspørsmål til fremtidige studier. I tillegg til å foreslå tiltak om hvordan få ned sykefraværet. Oppgaven har blitt strukturert med fem underproblemstillinger, i tillegg har studiet besvart tre hypotesene. Disse har vært med og besvart oppgavens problemstilling; *”hvilke konsekvenser sykehusreformen har hatt for de ansatte på Lillehammer Sykehus”*. Problemstillingen har gitt anledning til å se funnene opp mot fortid, nåtid og fremtid.

Det er viktig å påpeke at sykehusreformen ikke kan bli sett på isolert. Det finnes flere endringer som har påvirket informantene. Det har derfor vært lite hensiktsmessig å kategorisere svarene kun til oppfatninger av sykehusreformen. Dette til tross for at informantene relaterer endringene til sykehusreformen og opprettelsen av Sykehuset Innlandet. Stykkprisfinansiering og enhetlig ledelse kan som det ble gjort redegjort for i analysen være en av forklaringene til misnøyen og dette kan ikke forklares med sykehusreformen.

Opgavens hovedproblemstilling har blitt besvart med fire teoretiske perspektiver. I teoridelen ble det redegjort for at det er viktig å se disse teoriene i sammenheng. Det ble derfor gjort rede for to idealtyper av endringsledelse, disse ble kalt strategi Economic

(”harde”) og Strategi Organisasjonsutvikling (”myke”). Den ”myke” varianten hadde samsvar med Human Resource Management (Herav HRM) og den ”harde” hadde sterkt samsvar med New Public Management (herav NPM). På spørsmålet om Sykehuset Innlandet har benyttet en ”hard” variant av endringsledelse viser studiets empiriske funn at informantene mener at dette er tilfellet. Dette som følge av at de har opplevd flere økonomiske kutt, nedbemanninger og liten grad av medbestemmelse. Den ”harde” varianten av endringsledelse bærer preg av å være topp-styrt og økonomisk orientert. Dette sammenfaller med en ”hard” variant av NPM. I kapitlet fire ble det redegjort for at NPM ikke er en strømlinjerettet reformbevegelse. Jeg redegjorde for to ulike former av reformbevegelsen, hvor den ”myke” trakk inn elementer fra HRM.

NPM blir kalt sykehusreformens ”teoretiske rammeverk” (Johansen 2005; Opedal og Stigen 2005). Informantene trekker særlig frem tre elementer som Hood (1991) karakteriserer som NPM elementer. Disse var økt fokus på økonomiske krav, vektlegging av output kontroll og suksessmålinger med kvantitative målinger. Informantene er meget kritiske **til** samtlige av disse tiltakene. Et sitat som ble brukt er *”i dag er det kun fokus på penger og kontroll. Pasienten og de ansatte er mindre relevant”*.

En kan se funnene opp mot de tre andre hovedteoriene som ble gjennomgått i teorikapitlet. Misnøyen i funnene er hensiktsmessig å bli sett opp mot både forventningsteori, sosiale teorier og Hertzbergs to-faktorteori. Videre kan innføringen av Sykehuset Innlandet og funksjonsfordelingen bli sett i et politisk perspektiv; med hvem som mente de har tjent og tapt på endringsreformen. Hovedfunnet viser at fysioterapeutene mener de har tjent og de andre yrkesgruppene mener de har tapt på de siste års endringer.

Ved å se misnøyen til reformen og siste års endringer opp mot Human Resource Management, kan man konkludere med at det er tegn på at organisasjonens sentralledelse og de enkelte informanter er dårlig tilpasset hverandre. Det ble redegjort for i kapitel fem at dette ville medføre at begge parter vil lide under dette. Den enkelte ansatte har lav identitetsfølelse med Sykehuset Innlandet. Denne lave identitetsfølelsen med Sykehuset Innlandets ledelsesbeslutninger møtes med liten forståelse, og lav tilfredshet. En av de viktigste årsakene til dette er at de opplever liten medbestemmelse.

Den første problemstillingen omhandlet hvilke erfaringer de ulike yrkesgruppene har hatt med sykehusreformen. Dette studiet har påpekt en sterk frustrasjon og misnøye blant fire av de ulike informantgruppene. Det er kun fysioterapeutene som kan betraktes som ”middels tilfreds”. Dette stemte overens med oppgavens første hypotese om at fysioterapeutene skulle være mest tilfredse. En av hovedårsakene for fysioterapeutenes tilfredshet er at de har fått styrket fagmiljøet på tvers av sykehusene etter funksjonsfordelingen på Sykehuset Innlandet.

De andre informantgruppene ble i Figur 10.2 rangert til å være svært misfornøyde med både opprettelsen av Sykehuset Innlandet og funksjonsfordelingen. Deres misnøye skyldes tre ulike årsaker. Sykepleierne og hjelpepleierne uttrykker en stor usikkerhet for sin fremtidige jobbsituasjon. Avdelingslederne føler seg ”klemte” mellom ”barken og veden”, de skal være både lojale ”oppe og nedover i systemet”. De opplever å være alene uten støtte fra sentralledelsen i kommunikasjonen med de ansatte i nedbemanningsperiodene. Legenes misnøye knyttes hovedsakelig til beslutninger tatt av sentralledelsen som bryter med hva de mener er ”god medisinsk tjeneste”. Med unntak av fysioterapeutene vurderer flere informanter å slutte i jobben på sykehuset som følge av alle endringer. Den andre hypotesen om at hjelpepleierne skulle være mest kritiske til endringene samsvarer med mine empiriske funn. Dette ble visst i figur 10.2.

Den andre problemstillingen omfattet hvordan sykehusreformen påvirker det administrative arbeidet blant de ulike informantgruppene. Frustrasjonen er stor blant samtlige informanter. Sykepleierne, avdelingslederne, legene og fysioterapeuter mener de siste års endringer har medført større krav til rapportering og mer administrative ansvarsoppgaver. Hjelpepleierne mener det eneste sykehusreformen har ført til av administrative endringer er lavere bemanning. Endringene har ifølge informantene ført til økonomiske effektivitetskrav og etter deres mening mindre fokus på pasienttilbudet. Om dette skyldes sykehusreformen eller andre forhold knyttet til finansieringssystemet er vanskelig å svare på. Uansett viser denne undersøkelsen et høyt frustrasjonsnivå.

Den tredje problemstillingen omhandlet hvilke konsekvenser de ansatte erfarer reformen har hatt for arbeidsmiljøet. Til tross for usikkerhet – med pågående og stadig nye forslag til omstillinger fra sentralledelsen, viser undersøkelsen stor jobbtilfredshet. De ansatte både trives med sine kollegaer og med pasientkontakt. Dette gjelder for samtlige av informantgruppene. De viser samtidig stor frustrasjon over ledelsen som blir brukt som

”syndebukk” på alle endringene som sykehusreformen har medført. De ansatte mener arbeidsmiljøet innad på avdelingene er bra, men nedskjæringer og sammenslåinger med andre avdelinger har medført en utrykt svekkelse av arbeidsmiljøet i perioder. Sykepleierne og hjelpepleierne har ”ikke” anledning å forlate avdelingene, og de påpeker at det er det gode arbeidsmiljøet som har gjort at de har ”overlevd” i nedskjæringstidene.

Det gode arbeidsmiljøet kan være en av årsakene at sykefraværet ikke har steget til tross for den store misnøyen. Dette var studiets tredje hypotese ”sykefraværet har økt etter sykehusreformen” og er studiets paradoks. Selv om det har blitt påvist sterk misnøye både i dette studiet og i andre sammenlignende studier har ikke sykefraværet økt etter at Sykehusreformen og Sykehuset Innlandet ble en realitet. Sykefraværet har både på Lillehammer Sykehus, Sykehuset Innlandet og i Helse Sør-Øst hatt en liten nedgang siden 2004. I analysen ble det ikke gitt noe svar på hvorfor sykefraværet har gått ned, men arbeidsmiljøet på de ulike avdelingene fremstår som årsaken de ansatte legger til grunn for at sykefraværet ikke har økt for de ansatte. Sykefraværet på Lillehammer Sykehus er også lavere enn på de andre sykehusene i Sykehuset Innlandet med unntak av Tynset Sykehus. En årsak til et lavere sykehus enn de andre sykehusene kan være stor tilhørighetsfølelse med sykehuset. Det skal også nevnes at sykehuset har flere vikarer nå enn før, og disse regnes ikke inn i sykefraværstatistikken.

Til tross for usikkerhet – med pågående omstillinger og stadig nye forslag til omstillinger fra sentralledelsen, uttrykker informantene stor jobbtilfredshet. De trives både med sine kollegaer og med pasientkontakt. Dette gjelder for samtlige av informantgruppene. De viser samtidig stor frustrasjon over ledelsen, og det er de som blir brukt som ”syndebukk” på alle endringene som sykehusreformen har medført. En forklaring kan være at indre samhold blir styrket når en står overfor en felles ”ytre trussel” som forslag til ny struktur og funksjonsfordeling som forslagene fra sentralledelsen representerer. (Brown 1986). Dette er noe som bør forskes på i fremtidige studier. Funnet er interessant ved at det ikke samsvarer med andre studie som påviser at omstillingsprosesser medfører høyere sykefravær.

Selv om det har vært en nedgang i sykefraværet har sykehussektoren høyere gjennomsnitt enn landets totale sykefravær. I tilknytning til den fjerde problemstillingen kom derfor informantene med forslag til hvordan sykefraværet kan reduseres. Det er dette som skiller

dette studiet fra andre sammenlignbare studier. Studiet kom opp med seks forslag på hvordan få ned sykefraværet på Lillehammer Sykehus;

- 1. Mer synlig ledelse**
- 2. Styrking av apparatet rundt avdelingslederen**
- 3. Styrke bedriftshelsetjenesten**
- 4. Seniorpolitiske tiltak.**
- 5. Høyere grunnbemanning**
- 6. Medbestemmende ledelse**

Den femte problemstillingen tok for seg hvilke tanker de ansatte fra de ulike informantgruppene hadde om fremtiden som ansatt på Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer. Her ble det påvist stor usikkerhet med henhold til hva fremtiden vil bringe, og representanter fra samtlige informantgrupper med unntak av fysioterapeutene vurderer å slutte i jobben. De kommenterte likevel at de var mer positive nå enn det de var under funksjonsfordelingen.

Besvarelsen av oppgavens hovedproblemstilling har medført at oppgaven har kommet opp med fire nye forskningsspørsmål og hypoteser, som det er grunnlag å forske videre på. Oppgavens hovedhypotese til videre forskning, er at fysioterapeutene er mer tilfredse med reformen enn de andre informantgruppene. Det andre forskningsspørsmålet er om funnene kan være annerledes på medisinske avdelinger enn på kirurgiske avdelinger. Et tredje forskningsspørsmål omhandler overraskelsen om at sykefraværet ikke har gått opp, samtidig som denne undersøkelsen og andre studier har vist stor misnøye til sykehusreformen og dens konsekvenser. Til slutt hadde det vært interessant å undersøke hva som er årsaken til høyere sykefravær blant sykepleiere enn hos fysioterapeuter.

11.1- Kritisk drøfting

Oppgavens gyldighet og pålitelighet:

Det er viktig å kunne sette kritisk søkelys på eget forskningsarbeid. Hvordan er kvaliteten på data som er samlet inn? De fleste undersøkelser har gyldighets- (validitets) og pålitelighet-

(reliabilitets) problemer. En kritisk drøfting er nødvendig for å vurdere om konklusjonene er gyldige og til å stole på.

I denne oppgaven har jeg stått overfor flere problemer. Det er en forskjell mellom den verden som blir presentert i metodebøker, og hvordan det er i virkeligheten. I forskning generelt benyttes ofte begrepene gyldighet og pålitelighet på hvor god kvalitet det er på forskningen (Repstad 2004). Begrepet pålitelighet ser på hvor presise og gode måleinstrumentene er, og om informasjonen i undersøkelsen er pålitelig. Videre blir det ofte skilt mellom to former for gyldighet; Den ene er den interne gyldigheten, som går på at man har fått med seg riktig informasjon fra de enkelte informantene. Den andre er den eksterne validiteten som viser til i hvor stor grad funnene kan generaliseres til å gjelde andre enn informantene (respondenter). Denne oppgaven har som påpekt ikke hatt som fokus å generalisere funn til å gjelde andre populasjoner enn de undersøkte informanter. Mine funn har likevel samsvar med lignende studier, med unntak av FAFO-rapporten som konkluderte med at stor omstilling medfører høyere sykefravær.

Oppgavens interne gyldighet vurderer hvorvidt resultatene oppfattes som *riktige* eller hvorvidt ulike begrep er beskrevet riktig. Mitt hovedfokus for å kontrollere om den interne gyldigheten er ivaretatt er kritisk gjennomgang av kilder og informasjon fra kildene, og sjekke om mine konklusjoner samsvarer med annen empiri. Jeg vil i denne oppgaven hevde at jeg har ivaretatt den interne gyldigheten. Jeg valgte å ikke bruke diktafon under intervjuene. Dette av den årsak at det var for mange av informantene som følge ubehag ved å snakke om sin egen ledelse og jeg antar derfor at bruk av diktafon hadde svekket påliteligheten og gyldigheten av deres svar. Den interne validiteten har derfor blitt håndtert ved at informantene har fått tilsendt utskrift av intervjuet og bedt om å komme med tilbakemelding om de mente seg feilsitert eller misforstått. Dette har gjort at jeg har kvalitetssikret intervjuet med den enkelte informant. I tillegg har representanter fra ledelse som administrerende direktør og kommunikasjonsdirektør, og tillitsvalgte for de fire yrkesgruppene, avdelingslederne og verneombud blitt tilsendt sluttrapporten uken før jeg leverte den inn. Mine resultater samsvarer dessuten i stor grad med andre studier, med unntak av påstanden at sykefraværet skulle gått opp med lange omstillinger.

Spørsmålet om påliteligheten er ivaretatt er et vanskeligere spørsmål å besvare. Jeg ser svakheter med studiet. Et spørsmål jeg må stille meg er om informantene kan ha blitt påvirket

av undersøkelsen og konteksten undersøkelsen ble utført i? Studiets pålitelighet kan betegnes som god i den forstand at informanten selv har fått anledning å lese det renskrevde intervjuet, og selv påkalle der de mente de var feilsitert eller misforstått. Dette samtidig med at jeg i metoddelen har gjort rede for alle valg jeg har gjort i løpet av undersøkelsene, noe som bidrar til god etterprøvbarehet på studiet. Jeg har også levert rapporten til representanter fra de ulike partene (ledelse, tillitsvalgte og avdelingsledere), og de kjente seg igjen med mine hovedfunn.

En annen utfordring for oppgavens pålitelighet er at jeg har skrevet om sykehuset i min hjemby. Dette kan ha gitt meg en del forutinntatte meninger. Det har derfor vært viktig å se mine funn opp mot andre studier. Jeg har også unngått å kommentere lokaliseringsspørsmål.

En annen utfordring vedrørende påliteligheten er at valg av informanter har blitt gjort i samarbeid med tillitsvalgte, ledelse på sykehuset og den enkelte avdelingsleder på de ulike avdelingene. Dette kan ha påvirket valg av informanter. Jeg tror likevel ikke denne muligheten har skadet mine funn. Dette av to årsaker. Den viktigste er at jeg i pre-intervjuet intervjuet både ledelse, tillitsvalgte og avdelingssjefer. Disse tipset meg om avdelinger som jeg skulle se på. De ulike partene hadde derfor mulighet å komme med forslag om avdelinger. For det andre har jeg sammenlignet ulike yrkesgrupper på ulike avdelinger.

Målet med oppgaven er som nevnt ikke å generalisere. Etersom kvinner er overrepresentert i sektoren har det i hovedsak vært kvinner jeg har intervjuet, men jeg har gjort forsøk på å få ulike alderstrinn med i undersøkelsen. Det er kun på legesiden mannlige informanter har blitt intervjuet. Blant legene var det likevekt mellom kvinner og menn. Kjønnssammensetningen blant de andre gruppene kan forsvares med at det på de ulike avdelingene har vært nærmest hundre prosent kvinner fra de fire andre informantgruppene. Hos legene var det overvekt av menn. Jeg ser likevel at det har vært ønskelig med flere menn, men de fantes rett og slett ikke på noen av de valgte avdelingene.

Noen av spørsmålene er retrospektive. Dette gjør at en rekke skjevheter og feilkilder kan melde seg (Repstad 2004). Dette er noe jeg var oppmerksom på i analysedelen av studiet. Et av problemene med retrospektive spørsmål er at folk glemmer hendelser, og ikke minst følelser og meninger fra tidligere tider. Folk husker konkrete hendelser bedre enn hva de tenkte og følte på det aktuelle tidspunktet, og naturlig nok husker de best ting som har betydd

mye i deres liv (Repstad 2004). Det var dette som var grunnen til at jeg valgte å fokusere på sykehusreformen. Dette fordi at i pre-intervjufasen viste det seg at dette var noe samtlige hadde sterke assosiasjoner til. Funnene kan derfor bli sett i lys av at informantene husker det de vil huske. En kan derfor som det ble gjort rede for i analysekapitlet stille spørsmål om informantene var mer tilfreds med det gamle systemet.

En utfordring er valg av tidspunkt for gjennomføring av studiet. Jeg foretok mine intervjuer i tidsperioden mars-juni 2007. Dette var rett etter at Sykehuset Innlandet tilbakestilte funksjonsfordelingen, samtidig reduserte medisinske avdelingene med flere stillinger. Hendelser i forkant av og i løpet av studiet kan ha påvirket mine svar.

Oppgaven har blitt levert til ledelsen i Sykehuset Innlandet i uka før den ble innlevert, hvor ledelsen har fått mulighet til å komme med innspill de har fått. Jeg har også kvalitetssikret oppgaven med at avdelingsledere, verneombud og tillitsvalgte har fått tilgang til oppgaven. Ved siden av har jeg diskutert mine funn med ansatte på andre sykehus, samt veileder for å kunne se om det er trekk som jeg burde belyse ytterligere og om Sykehuset Innlandet skiller seg fra andre sykehus. Dette har vært en måte å styrke oppgavens gyldighet og påliteligheten ved at funnene har blitt diskutert med annet fagpersonell.

Jeg ser flere grunner til feiltolkninger i studiet. For det første; et av hovedfunnene er at sykefraværet har gått ned. Samtidig viser undersøkelsen at det har blitt flere innleide vikarer som ikke regnes i sykefraværstatistikken. Sykefraværet på Lillehammer Sykehus var også fra 2004-2007. Dette er tidspunktet etter at sykehuset Innlandet ble etablert. En skal derfor være forsiktig med å konkludere at det har blitt et lavere sykefravær. For det andre kan tidspunkt av studiet være en feilkilde. For det tredje kan jeg ha hatt en undersøkelseeffekt. Jeg kan ha hatt en undersøkelseeffekt i form av at jeg er ekstern og ikke har jobbet på sykehuset. For det fjerde kan valg av avdelinger og informanter påvirket hvilke funn jeg ville finne. Et femte problem kan være at jeg har hatt våre fordommer, om funn en ventet å finne. Dette er aldri noe man kan sikre seg imot, men som vi både ser i presentasjonen av data, analysen, og i konklusjonen, så har funnet blitt sett opp mot andre studier, som viser stor intersubjektivitet. Jeg mener også selv at jeg har foretatt datainnsamling med et åpent sinn

Anonymitetens sårbarhet for etterprøvbarehet:

Jeg har i mine intervjuer gitt mine informanter lovnad om anonymitet. Grunnlaget for valg av anonymisering av avdelinger er av den årsak at det finnes få alternative informanter innen samtlige av yrkesgruppene på noen av avdelingene. Studiet er også en case, og er ikke et representativt utvalg. De kan derfor ikke generaliseres til å gjelde de enkelte avdelinger. For funnene har dette hatt små konsekvenser.

En kan likevel argumentere for er at dette svekker troverdigheten til undersøkelsen. Dette fordi jeg ikke gir til kjenne hvilke avdelinger jeg har vært i kontakt med, noe som svekker etterprøvbareheten. Jeg mener likevel dette er en avveining som jeg kan stå inne for. Jeg har også lagt ved min intervjuguide (Vedlegg 2) og gjort rede for alle mine valg underveis. Det er derfor mulighet å gjøre en lignende studie i fremtiden.

Etterord

Det har vært en lang, intensiv og til tider hard prosess. Det må likevel sies at det har vært en svært meningsfull, og ikke minst interessant og lærerik erfaring. Oppgaven jeg har brukt dag og kveld på i flere måneder er nå ferdig. Hva sitter jeg så igjen med etter at arbeidet er fullført?

Jeg har lært mye om en sektor som berører oss alle, hvor jeg har koblet motivasjon og endringsprosesser. I forordet takket jeg min veileder og mine informanter. Jeg vil i tillegg takke Dr. Annekke Aasen i Nederland. Dette studiet ble påbegynt på slutten av mitt utvekslingsopphold i Nederland. Dr.Aasen bidro til at jeg kom i kontakt med representanter fra det Nederlandske sykehus. Dette har vært fruktbart for utarbeidelsen av denne oppgave. Særlig viktig har det vært for å se på hvordan de har fått ned sykefraværet.

Jeg vil også takke Oppland Fylkekommune som har bidratt med finansiell støtte. Takk også til forskere og sykehusledere som jeg møtte på Polis Vest- konferansen på Høgskolen i Molde, oktober 2007. Ved siden vil jeg gjerne takke mine gode venner Ane Wigenstad Kvamme, Tomas Holmestad, Tore Hovemoen, Magnus Olsen og Anders Seland Sundsdal for god hjelp. Til slutt vil jeg takke min familie som har vært til stor moralsk støtte under min studenttilværelse.

Kilde og Referanseliste:

Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Aftenposten: ”dårligere etter sykehusreformen- legene bekymret for kvaliteten og mener økonomene styrer for mye”, 06.09.07

Aftenposten: ”Her fødes en ny helsegigant-Helse Sør-Øst”, 22.09.07

Andersen, Svein (1997): ”CASE-studie og generalisering- Forskningsdesing og strategi”, Fagbokforlaget Bergen

Andersen, Idar R. (1999): ”Arbeidsmiljø og samarbeid”, Oslo, Cappelen Akademisk forlag

Andersen, Gøsta Esping (2002): “Why we need a New Welfare State”, Oxford ISBN 0-19-925642

Arbeidstilsynet (2007a): “God Vakt kampanjen”, (online), 30.03.07, URL: <http://www.arbeidstilsynet.no/c26967/artikkel/vis.html?tid=28766>

Arbeidstilsynet (2007b): ”Hva er omstilling”, (online), 10.10.07, URL: <http://www.arbeidstilsynet.no/c26976/faktaside/vis.html?tid=28227>

Arnold, John m.fl (2004): ”Work Psyckology, Chapter 9 Approaches to work motivation and job design”, gjengitt i Kompendium ORG 422, Høyskolen i Agder 2006

Andersen, Ingelin Kolsrad (2006): ”Motivasjon og Ledelse”, Masteroppgave Pedagogikk, Universitetet i Oslo

Askildsen, Jan Erik/ Haug, Kjell (2001): ”Helse, Økonomi og Politikk- utfordringer for det norske helsevesenet”, Cappelsen Akademisk Forlag

Berg, Anne Marie (1995): "Vellykket forvaltning- god organisasjon og ledelse i staten", Tano ISBN 82-518-3347-7

Berg, Ole (1987): "Medisinens logikk- Studier i medisins sosiologi og politikk, Universitetsforlaget, Oslo

Berg, Ole (2005): "Fra politikk til økonomikk- den norske helsepolitikk utviklings siste sekel", Oslo,

Bjorvatn, Kjetil (2007): "Halvorsen advarte mot Norskesyken", (online), 22.10.07, URL: <http://paraplyen.nhh.no/cgi-bin/paraplyen/imaker?id=20765>

Bleiklie, Ivar (1997): "Services regimes in Public welfare administration", Tano Aschehoug

Bolman, Lee G/Deal, Terrence E (2004): "Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse"- struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler, 3 utgave, Gyldendal Akademisk

Botten G, Skaset (1999): "Utviklingen i norsk helsevesen og norsk helsepolitikk i lys av målsetningen om likhet", Tidsskrift for velferdsforskning. 1999;2, 215-228

Brandi, Søren/ Hildebrandt, Steen m.fl (2004): "Inkluderingsledelse- utnyttelse av mangfold i arbeidslivet", 264 sider, Universitetsforlaget ISBN 82-15005233

Brown, Roger (1985): "Social Psychology", Pearson Education Limited, New York

Brunson, N (1986): "The organization of hypocrisy, talk, decisions, and actions in organizations", Chichester, Wiley

Bryman, Alan (2004): "Social Research Methods, Second Edition, Oxford University Press

Busch, Tor/Vanebo, Jan Ole (2000): "Organisasjon, ledelse og motivasjon", Universitetsforlaget

Byrkjeflot, Haldor(1999): "Modernisering og ledelse- om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap, Rapport 9905, LOS-Senteret, Bergen

Byrkjeflot, Haldor/ Neby, S (2004): "The decentralized path revisited. Nordic health care reforms in a historical-comperative perspective

Christensen, Tom (1998): "Den modern forvaltning-. Oslo. Tano :Ashehoug

Christensen, Tom (2003): "Regionale og distriktspolitiske effekter av New Public Management",

URL: <http://www.dep.no/filarkiv/190801/newpublicmanagement.pd>

Christensen, Tom/Lægreid, Per (2001): "New Public Management i Norsk sentralforvaltning", I Tranøy, B.S/Østeruds, Øyvind (red): "Den framgenterte stat", Ad Notam Gyldendal

Christensen, Tom/Lægreid, Per (2002): "Reformer og lederskap: Omstilling i den utøvende makt - Omstilling i den utøvende makt", Oslo: Universitetsforlaget

Deci, Edward L/ Flaste, Richard (1995): "Why we do what we do", Understanding self-motivation, New York: Penguin Books

Einarsen, Ståle/ Anders Skogstad (red): "Den dyktige medarbeider", Fagbokforlaget,

Ericsen, Vibeke (1996): "Reformer i helsetjenesten- Yrkesgruppesstatens sammenbrudd, i Olaus Lian (red); "Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys", TANO, Oslo

Evans, G. Edward (2000). "Management basics for information professionals / G. Edward Evans, Patricia Layzell Ward, Bendik Rugaas. - New York : Neal-Schuman

Fafo (2006): "Den nye staten- omfang og effecter av omstillingene I staten 1990-2004" (online), 28.10.07, URL: <http://www.fafo.no/pub/rapp/530%20og%20537/537.pdf>

Fakta om Sykehuset Innlandet HF: "nøkkeltall per 21.12.06", Sykehuset Innlandet, Helse Øst

Fimreite, Anne Lise/ Grindheim, Jan Erik (2001): "Offentlig forvaltning", Universitetsforlaget, Oslo

Freidson, Eliot (2001): "Professionalism, the Third Logic", Blackwell Publishers

Forskerforbundet.no: "Analyse av omstilling i staten", (online), URL:
<http://www.forskerforbundet.no/Lonn-og-personal/Forskningsrapporter-om-lonn-og-lonnsforhandlinger/17859/>

Forskningsrådet (2007): "Resultatevaluering av sykehusreformen- tilgjengelig, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse", Norsk Forskningsråd, URL:
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Sykehusreformen%20endelig%20rapport%20evaluering.pdf>

From, Johan (2003) "Hvor moderne? –Konkurransetsetting i offentlig sektor", Abstrakt forlag, Oslo

Gay, Paul Du (2000): "In praise of bureaucracy", Sage publication, London,

Gjerberg, Elisabert/ Sørensen, Bjørg Aase (2006): "Enhetlig ledelse- fortsatt en varm potet", Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening

Grimsmo, Asbjørn/Sørensen, Bjørg Aase (2001): "Varme og kalde konflikter", 233 sider, Tiden Norsk Forlag

Greenwood, R/Hinings, C.R (1996): "Understanidng Radical Organizational change: Bringing Together the Old and new Institutionalism". Academy of Management Review, vol 21: 1022-1054

Hagen, Roar (2006): "Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene" Univsersitetsforlaget Oslo

Hennestad, Bjørn W/ Revang, Øivind/Strønen, Fred H (2006): "Endringsledelse og ledelsesendring", Universitetsforlaget

Herzberg, Frederick (1968): "One more time; how do we motivate the employees", 4.9.07, URL, http://www.motivatoren.de/pdf/Herzberg_One-more-time.pdf

Holm, Else Marie (2007): "I samtale", Avdelingssjef, Divisjon For medisinsk service

Holme, Idar Magne/Solvang, Bernt Krohn (1996): "Metodevalg og metodebruk" 3.utg, 334s, TANO-Oslo- ISBN 82-518-3427-9

HORN (2007): "Forskningsprogram for organisasjon og organisering av helsesektoren-fremdriftrappport 01.10.06-30.09.07", et forskningsprogram av SINTEF HELSE og Helseøkonomi Universitetet i Oslo, online, 15.11.07, URL: http://www.med.uio.no/heled/HORN/HORN_framdrift_okt_07.pdf

Hood, Christopher (1991): "A public managemnt for all seasons?", Public Administration, 69 (spring):3-19

INTORG (2006): "Organisasjon og ledelsesstrukturer på norske sykehus", (online), 12.11.07, URL: https://wo.uio.no/wo-data/hfagsinnlevering/helse/2007/55129/HORN_2007_1.pdf

Kaufman, H (1997): "Administrative decentralization and political power". I J.M. Shafritz&A.C Hyde (red), Classics of public administration (4th ed., pp.289-301). Belmont, CA:Wadsworth

Kaufman, Geir /Kaufman, Astrid (1998): "Psykologi i organisasjon og ledelse", 2 utgave, Fagbokforlaget

Kaufman, Geir/ Kaufmann, Astrid (2003): "Psykologi i Organisasasjon og ledelse", 3 Utgave, Fagbokforlaget

Kjekshus (2007): Foredrag på POLIS-konferanse, Høyskolen i Molde, 27.09.07

Koike, Osamu (2000): "New Public Management in Japan and Southeast Asian Countries: A Magic Sword for governance reform" (online), URL:

<http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~iam/httpdocs/pdfdownloads/bologna00-paper1.pdf>

Kotter, J.P (1995): "Leading Change: Why transformation Efforts Fail. Harvard business Review, March/April: 59.67

Kvale, Steinar (1997): "Det kvalitative forskningsintervjue", Oslo: AD Notam Gyldendal

Larsen, Torodd (2001): "Ledelse, organisasjon og kultur", Fagbokforlaget Bergen

Legeforeningen (2002): "Legene må gi reformen et innhold", Online, 20.11.07, URL:

<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=10134&subid=0>

Lian, Olaug S 1996) "Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys", Tano Aschehoug Oslo

Lian, Olaug S. (2003) Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Høyskoleforlaget Kristiansand

Lipsky, Martin S (1980):"Street-level Bureaucracy-dillemaes of the individuals in the public services, New York, Sage Publication

Llewellyn, Sue (2001): "Two-way Windos: Clinicaians as Medical managers", Organization Studies, 22 (4):593-623

Jacobsen, Dag Ingvar (2000): "Hvordan gjennomføre undersøkelser", Høyskoleforlaget, Kristiansand

Jacobsen, Dag Ingvar (2004): "Organisasjonsendringer og endringsledelse", 1.utgave, 331 sider, Fagbokforlaget Kristiansand

Jacobsen, Dag Ingvar (2005): "Hvordan gjennomføre undersøkelser"; Høyskoleforlaget, Kristiansand

Jakhelln, Henning (1996): Oversikt over arbeidsretten, 2 utgave. NKS-Forlaget
Jespersen, Peter Kragh (1999): "New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sykehusorganistionen", i Bentsen, Borum, Sahlin-Anderson m.fl (red): "Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstillingen af sykehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige, Munksgaard: Handelshøyskolens Forlag.

Jespersen, Peter Kragh (2005): " Mellem Profession og management", Handelshøjskolens forlag København

Johansen, Monica Skjøld (2005): "Penga eller livet- lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet", Notat 16 (2005), URL: <http://www.ub.uib.no/elpub/Rokkan/N/N16-05.pdf>

Mayo, Elton (1945): "Hawthorne and The Western Electric Company", Harvard University, Boston, 1945

Mintzberg, Henry (1983): "Structure in fives. Designing effective organizations".
Prencie/Hall International

NOVA Rapport (2007): " Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv i praksis-
Personalpolitikk i bedrifter med og uten IA-avtale", NOVA rapport 14/07

Ness, Ewa (2000): "Ta ledelsen- en innføring i sykehusledelse", Universitetsforlaget Oslo

NOU (1996:2): "Hvem skal eie sykehusene"

NOU (1997:2): "Pasienten først"

NOU (2003): "Mellom stat og marked. Selvstendige organisasjonsformer i staten."

Opedal, Ståle/ Inger Marie Stigen (2002): "Evaluering av regionalt helsesamarbeid".
Sluttrapport. NIBR-Rapport 2002:22.

- Opedal, Ståle/ Inger Marie Stigen (2005): "Helse-Norge i Støpeskjeeen- søkelys på sykehusreformen", Fagbokforlaget Oslo
- Ot.prp.6 (2000-2001): "Om lov om helseforetak (helseforetaksloven)"
- Pedersen, Axel S (2007): forsker NAVO, i emailkorrespondanse, 21.11.07
- Pollitt, C (1990): "Managerialism and The Public service" Basil Blackwell, Oxford
- Pollitt, C/ Bouchaert, G. (2000):"Public Management Reform: A comparative analysis. Oxford: Oxford University Press
- Polis.no- Vike, Halvard (2007): Kvinnelig bemanning og dugnaden i veldferdsstaten, URL: <http://www.polis.no/sykepleierlederen0207.pdf>
- Jerry I. Porras; Stewart Emery; Mark Thompson (2006): "Success Built to Last", Pearson Education Limited
- Repstad, Pål (2004): "Mellom nærhet og distanse- Kvalitative metoder i samfunnsfag", 4 utgave, Universitetsforlaget, ISBN 9788-215011233
- Ryen, Anne (2002): "Det kvalitative intervjuet, fra vitenskapsteori til feltarbeid", Bergen, Fagbokforlaget
- Rønning, Roar (2007): i pre-intervju samtale, Avdelingsjef for kirurgi og ortopedi, Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer
- Røvik, Kjell Arne (1998): "Moderne organisasjoner-: trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet", Bergen, Fagbokforlaget
- Selstad, Tor/Grefsrud, Reidun/ Hagen, Svein Erik (2005): "Sykehuset og samfunnet- Regionale virkninger av omstrukturering i Sykehuset Innlandet HF, Forskningsrapport Høgskolen I Lillehammer nr 124/2007

Sletta, Olav (1996): "Gruppeprosesser- Læring og samarbeid i grupper", 3.utgave, Universitetsforlaget Oslo

Skaset, Maren (2003) "Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985", I Schiøtz, Aina: Folkets helse- landets styrke 1850-2003. Oslo, Universitetsforlaget

SSBa (2007): "Om sykefraværstatistikk", (online,) 04.06.97, URL:
<http://www.ssb.no/sykefra/om.html>

SSBb (2007): "Sykefraværstatikk tabell 3, etter næring og type sykefravær", (online), URL:
<http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/tab-2007-09-21-03.html>

Statens Arbeismiljøinstitutt (2007): "Frykt for omstilling på arbeidsplassen kan gi høyt sykefravær", online, 22.11.07, URL:
<http://www.stami.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=931>

Ståhlberg, Krister (1989), "decentralisering av förvaltningen- ett diskussionsinlägg, Åbo akademi, Åbo,

Sykehuset Innlandet (2006): "Rapport fra arbeidsgruppe- organisasjon- og ledelsesmodell", September 2006, intern rapport for sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet (2007): "Virksomhetsrapport per 30 September 2007"

Sykepleierforbundet.no (2007): "5.000 sykepleiere vil ut av helsetjenestene", (online), 06.11.07, URL: <http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=17174>

Sørås, Irene (2007): Organisasjonsutvikling i sykehus- forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis", Universitetsforlaget Oslo

Sørås, Irene (2007b): "Foredrag på Polis Konferanse 2007, Høyskolen i Molde, 27.09.07

Sørensen, Bjørg Aase (2001): "Et nytt Helse-Norge? En panelstudie fra somatiske sykehus, rapport 5/2001, Arbeidsforskningsinstituttet

Sørensen, Rune m.fl (1999): "Effektivitet i offentlig tjenesteyting", Fagboksforlaget, Oslo

Tidsskriftet.no: om helsetjenesten (2005): Befolkningens tilfredshet med sykehusene før og etter sykehusreformen, URL: <http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2005/2034-7.pdf>

Tidsskriftet.no (2007): "Sykehuslegenes syn på sykehusreformen", (online), 28.10.07, URL: http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1575072

Tjerbo, Trond (2007): "Målkonflikter og styringsdilemmaer- Utviklingen i Sykehuset Innlandet etter etableringen", Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitet i Oslo

Torjussen, Dag Olaf (2004): Forelesninger i Org 200, Høyskolen i Agder, Kristiansand, Høsten 2004

Torjesen, Dag Olaf (2007a): "Mer helse gjennom økt tillitt", Fedrelandsvennen, papirutgave 07.05.07, URL: http://www.polis.no/fedrelandsvennen_torjesen.pdf

Torjesen, Dag Olaf (2007b): "Kunnskap, yrkesgruppe og ledelse", Tidsskrift for samfunnsforskning, utgave 2/2007, URL: http://www.samfunnsforskning.no/files/tfs_2007_2_fulltekst.jpg.pdf

Torjesen, Dag Olaf (2007c): I samtale under veiledning, Kristiansand, 27.10.07

Torjesen, Dag Olaf (2007d): I samtale under veiledning, Kristiansand, 17.11.07

Trygdeetaten.no (2006): "hva er inkluderende arbeidsliv", (online), 09.05.06, URL: http://www.trygdeetaten.no/default.asp?strTema=arbeidsliv&path=inkluderende&path_sub=hva_mrer_mria

Van de Ven A.H/Poole, M.S (1995): "Explaining Development and Change in Organizations. Academy of Management Review, vol 20: 510-540

Van de Ven A.H/Poole, M.S (2005): "Alternative Approaches for studying Organizational Change. Organization Studies, vol 26:1377-1404

Vareide, Per Kristian (2002): "Statlig overtakelse av sykehusene: Nytt innhold eller ny innpakning?", Sintef unimed

Vrangbæk, Karsten (1999): "New Public Management i sykehusfeltet -udforming og konsekvenser", I Bentsen, Eva Qeuthen, Finn Borum, Budbjørg Erlingsdottir, Kerstin Sahlin-Anderson (red): Når stryingsambisjoneer møder praksis. Den svære omstilling af sygehus og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige. Munksgaard: Handelshøjskolens Forlag

Vroom, Victor H (1964): "Work and motivation", New York: John Wiley&sons

Wagenaar, Pieter (2004): Symposium: Caught between polis and empire: On Centralization and Decentralization in Public Administration Theory

Woolfolk, Anita (2001): "Educational Psykology", 8.utgave, Allyn and Bacon

Øgård, Morten. (2000): "New Public Management – markedet som redningsplanke?"
Kapittel 2 i: Baldersheim, H. og Rose, L. E. (red): "Det kommunale laboratorium". Bergen: Bokforlaget.

Vedlegg 1: Nøkkellinformanter

1. **Torbjørn Almlid**, Administrerende Direktør, Sykehuset Innlandet
2. **IngerLise Ski**, Kommunikasjonsdirektør, Sykehuset Innlandet
3. **Eystein Brandt**, Divisjonsdirektør, Sykehuset Innlandet divisjon Lillehammer
4. **Trine Stenberg Sommerfelt**, Personalsjef, Sykehuset Innlandet Divisjon Lillehammer
5. **Janne Kvernø**, Bedriftshelsetjenesten og tidligere hovedtillittsvalgt av Sykepleierforbundet
6. **Stein Tore Kaldhussæter**, Hovedvernombud, Sykehuset Innlandet divisjon Lillehammer
7. **Ole Jonas Rolvstad**, Tillittsvalgt for Legeforeningen, Avd Lillehammer
8. **Kari Kvislien og Barbro Mørk**, tillittsvalgte for Fysioterapeutforbundet, avd.Lillehammer
9. **Ingunn Holmklampen**, tillitsvalgt for Sykepleierforbundet, avd.Lillehammer
10. **Liv Smenæs**, tillittsvalgt for Fagforbundet, avd.Lillehammer

Vedlegg 2- Intervjuguide og det formelle brevet til avdelingene

Til avdelingene på Lillehammer sykehus

Jeg vil våren 2007 foreta et studie på Lillehammer sykehus. Hvor fokuset er hvordan sykehusreformen har påvirket arbeidshverdagen for de ansatte. I dette arbeidet vil jeg ta for meg fire avdelinger på Lillehammer sykehus.

Jeg vil der foreta intervjuer med leger, sykepleier, hjelpepleier, samt avdelingslederen på avdelingen. Jeg skal også intervju representanter fra Fysioterapeutene og ledelsen. Intervjuene er beregnet å ta omtrent 45 minutter.

Dette studiet inngår som min masteroppgave i offentlig politikk og ledelse på Høyskolen i Agder. Masteroppgaven vil bli levert høsten 2007. Fokuset med studiet er å se på hvilke effekter sykehusreformen har medført for de ansatte. Dette skal sammenflettes med motivasjon, sykefravær, arbeidsmiljø og endringsledelse.

Mitt arbeid på din avdeling er klarert med ledelsen ved Direktør Eystein Brandt og Personalsjef Trine Sommerfelt Stenberg. Jeg har underskrevet taushetspliktsbrevet fra ledelsen.

Med vennlig hilsen

Olav B.Myhre

INTERVJUGUIDE

Yrke

Avdeling

Alder

Kjønn

Hvor lenge jobbet på Lillehammer sykehus

Hvor lenge på denne avdelingen med fokus på dette fagfeltet, inkluderer omorganiseringen med sammenslåinger med andre avdelinger.

Stillingsbrøk:

Hva mener du om sykehusreformen?

Hvordan føler du opprettelsen av endringene har påvirket din avdeling siden det ble Sykehuset Innlandet?

-pleiemetodikk,
-administrativt arbeid
effektivitet
-arbeidsmiljø

Hvilke eierforhold har du til de endringer som har blitt gjort?

Hvilket sykehus jobber du for?

-identitet til sykehus Innlandet

Hva er bra med det nye og gamle systemet, dette betyr før og etter 2004?

Hvordan har du blitt hørt i endringsprosessen?

Har din avdeling blitt hørt i endringsprosessen?

Hvordan ?

Har du fått tilbud om etterutdanning eller kurs siste to årene av arbeidsgiveren?

Har du vært på det?

Har du blitt tilbudt det før 2004?

Hva er god ledelse for deg?

Arbeidsmiljø:

Hvordan vil du betegne arbeidsmiljøet på din avdeling

Sykefravær

Har du selv vært sykmeldt mer enn 1 måned sammenhengende siden 2004?

Hvordan er sykefraværet på din avdeling?

Tiltak for å få ned sykefraværet?

Verneombudets rolle:

Hvordan fungerer verneombudet på din avdeling?

-Hvilken rolle bør verneombudet ha?

Hvordan burde sykehus Innlandet vært organisert?

Hvordan ser du fremtiden for ditt yrke

Alt i alt, hvor fornøyd er du med dagens sykehusstruktur i Innlandet?

Hvordan ser du Lillehammer sykehus om 5 år

Vurdere du å bytte jobb med tidshorisont på 3 år fra idag?

Hvordan ser ditt drømmesykehus ut?
-hvor er Lillehammer sykehus?

Hvor fornøyd er du med dagens jobbsituasjon?
-forsette?
-arbeidsmiljø?
-ledelse?

Andre ting å tilføre?
