

Merkantil fagledelse ved Kirurgisk klinikk, forbedring eller utfordring?

Evaluering av en strukturell endring ved Kirurgisk klinikk,
Sørlandet Sykehus HF

Marianne Fidje Mjåland

Line Ingvill Berhus

Veileder

Dag Tomas Sagen Johannesen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2015

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelse

Sammendrag

Dette studiet gjennomføres som en evaluering av den strukturelle endring som ble gjennomført ved Kirurgisk klinikk, Sørlandets sykehus HF våren 2014. Det ble vedtatt å opprette en merkantil avdeling med hovedansvar for det administrative fagområdet i klinikken. Et av hovedansvarsområdene for avdelingen er å sikre kvalitet i det pasientadministrative arbeidet.

Bakgrunnen for at klinikken så det som nødvendig å vurdere organiseringen av den merkantile tjenesten var blant annet resultatet fra konsernrevisjonen "Intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet". Revisjonen avdekket flere risikoområder. Det var også et ønske fra avdelingsledere om mer lederstøtte i forhold til det administrative fagområdet.

På bakgrunn av revisjonen og det innmeldte behovet for mer lederstøtte ble det i august 2013 utarbeidet et mandat og nedsatt en prosjektgruppe - "Organisering av merkantile tjenester i kirurgisk klinikk". Vi har gjennomført en dokumentanalyse for å kartlegge prosessen i prosjektet og den vedtatte endringsprosessen. Endringsprosessen ved kirurgisk klinikk framstår som en planlagt endring, med elementer fra både strategi E og strategi O. Den strukturelle endringen som ble gjennomført framstår som akseptert og hensiktsmessig i forhold til at det har vært liten grad av motstand blant de merkantilt ansatte og blant de øvrige profesjonene i klinikken.

For å kartlegge de merkantilt ansattes opplevelse av den strukturelle endringen har vi analysert resultatet fra 12 hovedtema fra Medarbeiderundersøkelsen 2014 og 2015. For å gjennomføre en hensiktsmessig analyse har vi valgt å koble prosjektets målsetninger opp i mot et teoretisk grunnlag som kan gjenspeiles i hovedtema i medarbeiderundersøkelsen. Dette er vårt analytiske rammeverk. Det kan se ut til at de merkantilt ansatte opplever at mye er ved det samme, men et viktig funn er at målene for den merkantile avdelingen framstår nå som tydelige. Det kan og se ut til at man har klart å opprettholde motivasjon og arbeidsglede på tross av en strukturell endring.

Grad av måloppnåelse i forhold til målsetningene i prosjektet er vanskelig å vurdere på grunn av deres generelle karakter. Vi mener likevel å ha vist at grad av måloppnåelse har bedre forutsetninger ved den nye organiseringen.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn og hensikt for oppgaven	5
1.2 Kontekst – Organisering og ledelse ved Kirurgisk klinikk	7
1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	8
1.4 Oppgavens disposisjon	9
2.0 TEORIDEL	11
2.1 Organisering og ledelse i offentlig sektor	11
2.1.2 Historisk tilbakeblikk på organisering og ledelse av norske sykehus	12
2.1.3 Organisering og ledelse i sykehus etter NPM	13
2.1.4 Organisasjonsstruktur og endrede betingelser for fagledelse ved sykehus	15
2.2 Merkantil ansatte ved norske sykehus	18
2.2.1 Arbeidsprosesser og oppgaver	18
2.2.2 Endrede arbeidsprosesser som følge av den teknologiske utviklingen	20
2.3 Organisasjonsendring	21
2.3.1 Endringsstrategier	23
2.4 Analyse av tema i medarbeiderundersøkelsen	25
2.4.1 Mål	27
2.4.2 Forbedring	28
2.4.3 Faglig utvikling og kvalitet	29
2.4.4 Motivasjon og Arbeidsglede	30
2.4.5 Medvirkning, Rolleklarhet og Rollekonflikt	31
2.4.6 Arbeidsbelastning og Egenkontroll	32
2.4.7 Opplevd lederadferd	33
3.0 METODE DEL	35
3.1 Forskningsmetode og undersøkelsesdesign	35
3.2 Datagrunnlag	36
3.2.1 Dokumentundersøkelse	38
3.2.2 Statistiske tall fra Medarbeiderundersøkelsen	38
3.3 Dataanalyse	41
3.4 Etske avveininger	42
4.0 ANALYSEDEL	43
4.1 Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk klinikk	43
4.1.1 Prosjektets mandat og sammensetning	44
4.1.2 Prosjekt prosessen	45
4.1.3 Opprettelse av arbeidsgrupper og utvikling av modeller	46
4.2 Analyse og evaluering på grunnlag av medarbeiderundersøkelsen	47
4.2.1 Mål	48
4.2.2 Forbedring	49
4.2.3 Faglig Utvikling og kvalitet	50
4.2.3 Motivasjon og Arbeidsglede	51
4.2.4 Medvirkning, Rolleklarhet og Rollekonflikt	52
4.2.5 Arbeidsbelastning og Egenkontroll	54

4.2.6 Opplevd lederadferd	56
5.0 DRØFTING AV FUNN.....	57
5.1 Endringsprosessen	57
5.1.1 Fase 1: Diagnose - erkjennelse av behov for endring	58
5.1.2 Fase 2: Løsningen – beskrivelse av en ønsket framtidig tilstand	59
5.1.3 Fase 3: Gjennomføring av planlagte tiltak i organisasjonen	62
5.1.4 Fase 4: Evaluering av om tiltak virker som planlagt	62
5.1.5 Avsluttende drøfting av endringsprosessen	63
5.2 Prosjektets målsetninger.....	64
5.2.1 God forvaltning av tilgjengelige ressurser.....	64
5.2.2 Hensiktsmessig oppgavefordeling	66
5.2.3 Tydelige ansvarslinjer.....	67
5.2.4 Økt fleksibilitet	69
5.2.5 Robuste enheter	70
5.2.6 Støtte opp under klinisk kjernevirksomhet og lik lederstøtte.....	71
5.2.7 Kvalitet i det pasientadministrative arbeidet.....	72
6.0 KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE	74
6.1 Oppfølging av konsernrevisjonen og resultat.....	74
6.2 Endringsprosessen ved kirurgisk klinikk.....	75
6.3 De merkantilt ansattes opplevelse av den strukturelle endringen	75
6.4 Måloppnåelse	77
6.5 Veien videre	79
7.0 Litteraturliste	79
Vedlegg 1.....	84
Vedlegg 2.....	85

1.0 INNLEDNING

Spesialisthelsetjenesten har det siste 10 årene vært preget av omfattende endringer. Flere store reformer har satt sitt preg på tjenesten, og reformene som har blitt gjennomført omfatter alt fra pasientrettigheter, finansieringsordninger til krav om enhetlig ledelse. Krav til kvalitet og økonomisk balanse er en stadig utfordring for alle helseforetak i landet. På grunn av en rivende teknologisk og medisinsk utvikling fremstår spesialisthelsetjenesten som svært kompleks og ressurskrevende. Kompleksiteten og den medisinske utviklingen er en utfordring i forhold til rammebetingelsene. Spesialisthelsetjenesten fremstår som svært kostnads-krevende organisasjoner, og lønnskostnadene utgjør ca. 70 prosent av driftskostnadene ved de somatiske sykehusene.

Utfordringene i forhold til kvalitet og økonomi er felles for alle helseforetak i landet. Det har i løpet av de siste årene blitt gjennomført utallige omorganiseringer for å søke å oppnå en mer effektiv drift. Mest kjent i den senere tid er vel OUS prosessen. Debatten i media i forbindelse med denne prosessen er preget av konflikt og uenighet mellom fagprofesjonene og den administrative ledelsen.

Det har de siste årene vært flere medieoppslag der pasienter er ”glemt” av sykehuset eller ikke har mottatt behandling i henhold til den rettigheten de har. Helse Sør-Øst iverksatte på bakgrunn av dette et prosjekt kalt ”Glemt av sykehuset”, der man fokuserer på økt pasientsikkerhet gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid. Det pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerheten ved sykehusene.

Helsedirektoratet skal føre kontroll med kvaliteten i spesialisthelsetjenesten og gjennomfører tilsyn og revisjoner ved helseforetakene. Det har i løpet av de siste årene vært et økende antall revisjoner med fokus på pasientbehandlingen og det pasientadministrative forløpet. I 2010 startet konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst en revisjon av helseforetakenes interne styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet, på oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst.

Også for Sørlandet sykehus HF er kvalitet og økonomisk forsvarlighet fokusområder. I den vedtatte Strategiplanen 2012–2014 omhandlet to av fem strategiske satsningsområder kvalitet (Strategiplan SSHF 2012 – 2014). Resultatet av revisjonen ”Intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet” ved Sørlandet Sykehus HF avdekket flere forbedringsområder

og mangler. Dette var utgangspunktet for at Kirurgisk klinikk opprettet prosjektet ”Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk Klinikk”, parallelt med øvrig forbedringsarbeid.

1.1 Bakgrunn og hensikt for oppgaven

Bakgrunnen for revisjonen ”Intern styring og kontroll” er at det pasientadministrative arbeidet i pasientforløpet har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerheten i sykehusene. Med pasientforløp menes prosessen fra henvisning mottas i foretaket til pasientene er ferdig behandlet og eventuelt fulgt opp gjennom kontroll (Konsernrevisjon Helse Sør-Øst, Rapport 6/2011).

Konsernrevisjonen ble gjennomført ved to klinikker i Sørlandet Sykehus, Kirurgisk Klinikk og Klinikk for psykisk helse. Resultatet av revisjonen kan oppsummeres som følgende.

”Med intern styring og kontroll menes prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at Sørlandet sykehus HF når sine målsettinger.

Gjennomgangen har vist at foretaket har mangler og/eller svakheter innenfor flere av områdene som er undersøkt, og hvor det enten bør eller må utvikles tiltak for å forbedre områdene. Når det gjelder styrings- og kontrollmiljø er konsernrevisjonen oppfatning at det på et overordnet nivå er fokus på å få god styring og kontroll på det pasientadministrative arbeidet. Konsernrevisjonen er imidlertid samtidig av den oppfatning at det gjenstår et arbeid med å få en felles innretning på det pasientadministrative arbeidet for hele foretaket og forankre dette nedover i organisasjonen. Det er videre enkelte utfordringer vedrørende tydeliggjøring og forankring av ansvar, roller og oppgaver, samt utfordringer knyttet til DIPS kompetanse. I forhold til etablering av målsettinger og risikostyring har gjennomgangen vist at det er utfordringer med å forankre dette ned på alle nivåer i foretaket” (Konsernrevisjon Helse Sør-Øst, Rapport 6/2011, s 7).

Når det ses på tiltak for styring og kontroll er det utfordringer ved at prosedyrer og rutiner benyttes ulikt. Det er videre utfordringer i forhold til hvilke rapporter som skal tas ut, av hvem og hvor ofte. Foretaket må i tillegg styrke ledernes kompetanse på DIPS (elektronisk pasientjournal) slik at dette benyttes som et ledelsesverktøy (Konsernrevisjon Helse Sør-Øst, Rapport 6/2011).

Det ble på bakgrunn av dette etablert en arbeidsgruppe under fagdirektøren som skulle koordinere de igangsatte prosesser som følge av revisjonen. Videre igangsatte Kirurgisk klinikk, som et resultat av disse prosessene, prosjektet ”Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk Klinikk”.

Følgende fokusområder for forbedringsprosessen ble fremlagt og vedtatt av styret ved Sørlandet sykehus HF 29.9.11:

1. *Gjennomgang av organisering av det pasientadministrative arbeidet som sikrer standardisering av alle lokasjoner i SSHF, jfr. satsningsområdet ”En kultur for helhet”*
2. *Bedre kontrollrutiner*
 1. *Forbedre system/ IKT-verktøy for å lette tilgjengeligheten av styringsparameter i PAS*
 2. *Etablere rutiner for regelmessig rapportering av styringsrelevante prosessindikatorer på alle organisasjonsnivåer.*
3. *Kulturendring i alle faser i i det pasientadministrative arbeidet*
4. *Tydeliggjøre ansvar som fører til større ledelsesfokus på alle nivåer, med tydelig ansvarsforankring for alle deler av arbeidsprosessene.*
5. *Etablere mer effektive opplæringsprogrammer, felles for alle avdelinger, og som sikrer tilstrekkelig kompetanse om prosessene på alle nivåer, og hos alle som har oppgaver eller ansvar for hele eller deler av prosessene.*
6. *Utrede om DIPS skal settes opp i forhold til riktige systemparametere og arbeidsflyt som gjør at systemet fungerer optimalt. Ved påviste mangler må disse utbedres i samarbeid med leverandørene (Sørlandet sykehus HF, referat styremøte 29.9.2011, sak 094-2011).*

Prosjektet ”Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk klinikk” ble igangsatt i august 2013. Det ble etablert en prosjektgruppe og denne prosjektgruppen skulle i utgangspunktet levere sin innstilling i løpet av november 2013.

Arbeidet med prosjektet viste seg å være så omfattende at frist for gjennomføring ble utsatt til april 2014. Prosjektets innstilling til prosjekteier innebar opprettelse av en ny avdeling ved Kirurgisk klinikk, Merkantil avdeling. Opprettelse av en ny avdeling i klinikken medfører en strukturell endring og omorganisering innad i klinikken. Dette prosjektet er utgangspunktet for vår studie. Gjennom vår studie vil vi sette søkelys på den endring som ble igangsatt i Kirurgisk klinikk etter at Helse Sør-Øst hadde gjennomført revisjonen, ”Intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet”. Vi vil gjennom dokumentanalyser studere prosessen Kirurgisk klinikk gjennomførte. Prosjektrapporten beskriver i tidsplanen at prosjektet skal evalueres i september 2015, og denne oppgaven skrives som en evaluering av prosjektet. I et evalueringsperspektiv var det for oss viktig av de ansattes opplevelse av strukturendringen ble belyst, og derfor anså vi det som hensiktsmessig å bruke Medarbeiderundersøkelsen (MU) som grunnlag i en del av vår evaluering.

1.2 Kontekst – Organisering og ledelse ved Kirurgisk klinikk

Sørlandet sykehus HF har i likhet med de andre helseforetakene tilpasset sin organisasjonsstruktur til krav om enhetlig ledelse og øvrige New Public Management reformer. Organisasjonsstrukturen har endret seg og blitt tilpasset i henhold til reformer og trender i helsepolitikken, vi vil i neste kapittel redegjøre for dette. Kirurgisk klinikk er organisert på følgende måte:

Kirurgisk klinikk

Klinikksjef

Stabsfunksjoner:

Ass. Klinikksjef
Klinikkøkonom
Klinikkøkonom
Kvalitetsrådgiver
Rådgiver

Rådgiver

Adm.konsulent

Om klinikken

Øye, ØNH og Merkantil avd. er tverrgående avdelinger. De øvrige er selvstendige avdelinger i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord.

Avdelinger:

Kirurgisk avd SSA Avdelingsleder	Kirurgisk avd SSK Avdelingsleder	Ortopedi SSA Avdelingsleder	Ortopedi SSK Avdelingsleder
Kirurgiske senger SSA Avdelingsleder	Kirurgiske senger SSK Avdelingsleder	ØNH avdeling Avdelingsleder	Øyeavdeling Avdelingsleder
Anestesi SSA Avdelingsleder	Anestesi SSK Avdelingsleder	Operasjon SSA Avdelingsleder	Operasjon SSK Avdelingsleder
Avd for kirurgiske fag SSF Avdelingsleder	Kvinneklinikken Avdelingsleder	Gyn/obst SSA Avdelingsleder	Prehospitale tjenester Avdelingsleder
Fra oktober 2014 Merkantil avd Avdelingsleder			

Kravet om enhetlig ledelse ivaretas av klinikksjef, under klinikksjefen er det 17 avdelingsledere, disse utgjør sammen med klinikksjef ledergruppen.

Ut i fra det gjeldende organisasjonskartet oppfatter vi det slik at det i enkelte avdelinger har vært to parallelle ledelseshierarkier innad i klinikken, sykepleiefaget og sengepostene er organisert under felles avdelingsleder, mens legefaget er organisert med egne avdelingsledere for de forskjellige spesialitetene. Hver enhet hadde frem til oktober 2014 støttefunksjoner under sitt ansvarsområde. Sørlandet Sykehus HF har tre lokasjoner, Sørlandet sykehus, Arendal (SSA), Sørlandet sykehus, Kristiansand (SSK) og Sørlandet sykehus, Flekkefjord (SSF). Klinikksjef har ansvaret på tvers av de tre lokalisasjonene, mens det er stor variasjon i organiseringen av ansvarsområdene for avdelingslederne. Noen avdelinger har avdelingsledere med ansvar på tvers av lokasjoner, andre har det ikke.

1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Utgangspunktet for studiet er å evaluere strukturendringen som ble vedtatt og implementert ved Kirurgisk klinikk i løpet av 2014. I prosjektrapporten under punktet Veien videre fremgår

det at det skal gjennomføres en evaluering i løpet av september 2015. Det foreligger ingen føringer på oppsett og fremgangsmåte for å gjennomføre en evalueringsprosess.

Vi har valgt å gjennomføre evalueringen som et case studie.

Vi har valgt følgende problemstilling:

”Hvordan fulgte Kirurgisk klinikk opp revisjonsrapporten ”Intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet”, og hva ble resultatet av dette?”

Vi vil og gjennom studiet belyse følgende forskningsspørsmål:

”Hvilke endringsprosesser ble vektlagt?”

”Hvordan opplever merkantilt ansatte endringen i den formelle strukturen i Kirurgisk klinikk?”

Studiet gjennomføres som en casestudie der datagrunnlaget i hovedtrekk er dokumentundersøkelser knyttet til prosessen (se tabell 1 s 38) og sekundærdata fra Medarbeiderundersøkelsen 2014 og 2015 (se tabell 2, s 38). Studiet begrenses til å studere de formelle trekkene ved organisasjonen ved at vi fokuserer på en strukturendring.

1.4 Oppgavens disposisjon

Vi vil i kapitel 2 gi en beskrivelse av den historiske utviklingen av spesialisthelsetjenesten i forhold til organisering og ledelse (Torjesen, 2007). Spesialisthelsetjenesten har vært preget av sterke profesjoner og har tradisjonelt blitt sett på som en ekspertorganisasjon. Via ulike New Public management reformer har profesjonslogikken blitt utfordret av en mer organisasjonsrettet logikk, dette vil vi belyse i teoridelen via et organisasjonsteoretisk perspektiv (Jacobsen og Thorsvik, 2013 / Strand, 2007 / Scott 2000). Vi vil benytte et konfigurasjonsperspektiv (Mintzberg, 1983) for å beskrive spesialisthelsetjenestens utvikling. Endrede betingelser for fagledelse vil ha betydning for organiseringen av merkantilt personell i sykehus, dette blir belyst i slutten av kapitlet (Torjesen, Byrkjeflot, Kjekshus, 2013).

For å belyse de merkantilt ansattes arbeidsprosesser og arbeidsoppgaver ved sykehus har vi tatt utgangspunkt i teori og empiri fra en dansk undersøkelse (Bertelsen, 2005). De nordiske landene har en relativt lik utforming av spesialisthelsetjenesten og oppgaven som utføres av merkantilt ansatte er sammenlignbare mellom Norge og Danmark. For å beskrive de merkantilt ansattes rolle i forhold til øvrige profesjoner og i forhold til det pasientadministrative arbeidet tar vi utgangspunkt i et studie gjennomført ved Sørlandet sykehus HF, av Ilebekk i 2007.

Som vi har beskrevet ble det gjennomført en strukturell endring ved Kirurgisk klinikk, for å forankre prosessen i teori vil vi kort presentere organisasjonsendring, med vekt på hva som preger en endringsprosess og deretter skissere strategi E og Strategi O (Jacobsen, 2011).

Siden studiet gjennomføres som en evaluering av strukturendringen ved Kirurgisk klinikk har vi tatt utgangspunkt i å evaluere prosjektets målsetninger. I siste del av kapitlet vil vi presentere vårt analytiske rammeverk. For å kunne belyse måloppnåelse tar vi utgangspunkt i sekundærdata fra medarbeiderundersøkelsen 2014 og 2015 og diskuterer hovedtema i undersøkelsen opp i mot organisasjonsteori.

I kapittel 3 presenteres den metodiske tilnærming til studiet.

I kapittel 4 presenterer vi funn fra analysen av dokumentstudiene basert på en narrativ metode. Funn fra medarbeiderundersøkelsen presenteres og diskuteres i forhold til teori presentert i teoridelen. Vi har valgt å ta utgangspunkt i 12 av 18 hovedtemaer fra medarbeiderundersøkelsen.

For å belyse problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål vil vi i kapittel 5 drøfte funn fra dokumentundersøkelsen i forhold til teori om organisasjonsendring sett i forhold til fire sentrale faser i en endringsprosess og de to endringsstrategiene E og O (Jacobsen, 2011). Vi vil videre drøfte i hvilken grad målsetningene er oppnådd eller mulige å oppnå i forhold til teori og funn fra medarbeiderundersøkelsen.

På grunn av studiets hovedkarakter, å gjennomføre en evaluering, vil vi avslutningsvis i siste kapittel søke å konkludere om opprettelsen av en merkantil avdeling ved Kirurgisk klinikk var en forbedring, og gi vår anbefaling i forhold til veien videre.

2.0 TEORIDEL

Organiseringen av helsetjenester og sykehusdrift har i løpet av de siste 10 årene vært igjennom store endringer. Som vi har nevnt tidligere har den teknologiske og medisinske utviklingen vært en driver for kostnadsvekst. I tillegg består spesialisthelsetjenesten av store og komplekse organisasjoner som krever mye samhandling og koordinering. Utallige reformer og prosjekter er igangsatt og gjennomført i søken etter den optimale organiseringen for å utnytte økonomiske og faglige ressurser mest mulig kostnadseffektivt, og for å sikre best mulig kvalitet i pasientbehandlingen.

For å belyse problemstillingen i vil i dette kapitlet beskrive og diskutere den historiske utviklingen av organisering og struktur i spesialisthelsetjenesten. Dette for å kunne belyse hvilke utfordringer spesialisthelsetjenesten står ovenfor i forhold til å imøtekomme krav om forbedring og optimalisering av drift. Endringskrav i spesialisthelsetjenesten vil ofte resultere i strukturelle endringer.

Ledelsesstrukturen i spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt sett hatt en faglig forankring i legeprofesjonen. Likevel ser vi at det ved økt størrelse og kompleksitet vil det være behov for flere faghierarkier. Vi vil forsøke å belyse dette historisk og i forhold til nyere studier og forskning på temaet. Vi vil og beskrive hvilken rolle og hvilke arbeidsoppgaver som blir ivaretatt av merkantilt ansatte.

På slutten av kapitlet vil vi presentere teori om endringsledelse, endringsprosesser og endringsstrategier.

2.1 Organisering og ledelse i offentlig sektor

Det er gjort mange forsøk på å definere ledelse, og det er etter hvert stor enighet om at;

”Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd” (Jakobsen og Thorvik, 2013, s 416).

Denne definisjonen fokuserer på tre aspekter ved ledelse; Ledelse er en rekke handlinger som utøves av en eller flere personer, ledelse har til hensikt å få andre mennesker til å gjøre noe og

ledelse skal bidra til at organisasjonen når sine mål. Som leder er man en aktør som har ansvar for andres arbeid eller funksjonsmåte og man har et mandat fra oppdragsgiver.

Ledelse i offentlig sektor generelt har andre krav enn ledelse i en privat virksomhet. Det er en rekke kjennetegn ved ledelse av offentlig sektor. Offentlig sektor er politisk styrte organisasjoner, og man må forholde seg til politisk vedtak og endringer. Oppdraget kan være tvetydig. Organisasjonene er komplekse, flertydige og kan ha skiftende mål. Mye av ledelsen handler om å balansere disse målene. Oppgavene er sammensatte og komplekse, og gjelder også de oppgaver som det ikke er enkle løsninger på. Offentlig sektor er mer innrettet mot allmennheten og den er også utsatt for innsyn fra media og andre tilsynsmyndigheter.

2.1.2 Historisk tilbakeblikk på organisering og ledelse av norske sykehus

Legenes innflytelse i ledelse av helsetjenesten kan trekkes langt tilbake i tid. I tråd med den medisinske og teknologiske utvikling, og at medisinsk virksomhet ble sterkere knyttet til sykehus, kom legene til å spille en viktig rolle i forhold til ledelse av sykehus. Fram til 1970-tallet styrte overlegen ved de fleste sykehusavdelinger. Etter hvert som 1970-tallet skred fram gjorde andre ulike profesjoner sitt inntog i sykehusets administrative verden, og det var ikke lenger noen automatikk i at sykehusdirektøren var lege. Etter at sykehusloven kom i 1969, og fylkeskommunene etter hvert overtok eierskapet i 1976, vokste det fram en ekspanderende sykehusadministrasjon. Sykehusene vokste i størrelse og kompleksitet. Virksomheten ble i økende grad spesialisert, og i stadig større grad ble deler av legearbeidet delegert til andre som for eksempel sykepleiere, radiografer og bioingeniører. Behovet for samhandling internt på sykehuset aktualiserte ledelsesspørsmålet. Den etablerte ordningen der den best faglig kvalifiserte legen også ledet avdelingen, var ikke lenger tilfredsstillende. De ledelsesmessige utfordringene var store, og det var ikke lenger nok med bruk av medisinsk innsikt og sunn fornuft i ledelsesoppgaven (Torjesen, 2007).

Samtidig ble sykepleiefaget i økende grad utviklet som en egen profesjon, og sykepleierne så ikke lenger på seg selv som legens underordnede, men fagutøvere med egen identitet. Dette førte til at de fikk en mer likeverdig posisjon i forhold til legene. Sykepleierne frigjorde seg dermed i økende grad fra det medisinske hierarkiet. Styring og kontroll økte og den medisinske autonomien ble gradvis svekket. Derfor begynte sykehusene på denne tiden og innføre en såkalt todelt ledelse der avdelingsoverlege og oversykepleier hadde det enhetlige

ansvar for avdelingens drift, administrasjon og budsjett. I denne todelte modellen tok sykepleielederen hånd om pleiefunksjoner og pleiepersonale, men også mesteparten av de administrative oppgaver. Avdelingsoverlegen brukte størstedelen av tiden til pasientrettet virksomhet. Man ser med dette at helsefaglige kvalifikasjoner historisk sett har vært en forutsetning for å kunne bekle ledende stillinger i den norske sykehus (Torjesen, 2007).

Det er de fagspesifikke, ekspert og profesjonsrelaterte kvalifikasjonene som har vært nøkkelen til å forstå hvordan ledelse har blitt konstituert i helsesektoren. Helsefagene og profesjonenes kunnskapsproduksjon har dermed legitimert faglig ledelse innenfor sitt område. Det har ut i fra dette utviklet seg parallelle faghierarki, ett medisinsk, ett sykepleiefaglig og ett tredje hierarki med faglige støttefunksjoner. Denne strukturen opprettholdes i stor grad frem til 1999, ved introduksjon av enhetlig ledelse i sykehusene (Torjesen, 2007, s 275-290).

2.1.3 Organisering og ledelse i sykehus etter NPM

New Public Management (NPM) er en samlebetegnelse på en markedsfokusert reformbølge som har hatt stor betydning for utformingen av offentlig sektor, og også da i stor grad i det norske helsevesen fra 1980-90-tallet. NPM reformer kan kort beskrives med; mer tro på ledelse, mer indirekte styring og mer brukerfokusering. Disse reformene har dannet grunnlag for helt nye rammebetingelser for ledelse i sykehus. I Karl Evangs ånd har norske leger tradisjonelt dominert sentrale områder i helsevesenet. Legene har hatt hevd på sentrale posisjoner i helseforvaltningen. De har ledet helsevesenet fra bunn til topp og blitt sett på som en naturlig og integrert del av styringen av norsk helsevesen (Skaset, 2006). Posisjonen til legene har likevel blitt utfordret av nyere styringsideologier.

Richard Scott (2000) har beskrevet dette som en utvikling fra et profesjons dominert helsevesen til det han kaller ”managed care” - det beskrives som et inntog av økonomiskadministrative aktører og strukturer. Ikke bare legenes makt, men også politikernes makt er på vikende front i dette tilfellet, hevder Scott.

Det som kan beskrives som et viktig tidsskille i norsk helsevesen fant sted i 1997, der Steineutvalget i sin rapport ”Pasienten først” dannet utgangspunkt for en ny lovregulering av ledelse i spesialisthelsetjenesten. Denne lovendringen innebar at norske sykehus skulle ha fagnøytral ledelse og en styringslinje med bare en leder på alle hierarkiske nivå.

Lovendring i 1999 påla alle sykehus å innføre enhetlig ledelse innen 2002. Hensikten var å erstatte de tidligere parallelle ledelseshierarkiene med ett enhetlig hierarki. Linjeledelsen i sykehusene ble med dette styrket, og det ble gitt et betydelig større totalansvar for personal, fag, økonomi og budsjett til den enkelte leder. Selv om prinsippet om fagnøytral ledelse ligger fast står helsefaglig ekspertise sterkt blant sykehusledere, og da spesielt legefaget. De skjerpede kvalitetskrav fra pasienter og tilsynsmyndigheter gjorde og gjør at man fremdeles er avhengig av helsefaglig ekspertise for å kunne fatte beslutninger (Kjekshus, Byrkjeflot, Torjesen, 2013)

De NPM – inspirerte ledelsesformene som er tatt i bruk i norsk spesialisthelsetjenesten vil likevel kunne utfordre den tradisjonelle fagtenkningen og påvirke måten spesielt legene reagerer og posisjonerer seg på i forhold til ledelse i organisasjonen. I boken Profesjonsmakt (1996) hevdet Erichsen at det ikke er gitt hvilken posisjon som gir legene mest makt, det kan tenkes at de faktisk kan oppnå mer makt ved å stå utenfor forvaltningen og at dette er en strategisk vurdering. Det vi likevel kan stadfeste er at det har utviklet seg et sett av mellomliggende institusjoner for styring mellom det politiske styringsnivået og det utførende nivået. Friedson (1985) hevder i sin restruktureringstese at de profesjonsinterne skillelinjene mellom medisinere forskyves fra medisinske spesialiteter til en tredeling mellom produsenter, en kunnskapselite og en administrativ elite (1985). Montognery (2001) hevder at den administrative eliten forutsettes å balansere administrative styringshensyn og medisinsk faglige hensyn på en slik måte at det beskytter medisinen mot økonomisk press. Man kan spørre seg om dette er mulig under påvirkning av NPM bølgen, der produktivitet og effektivitet er helt sentrale prinsipper. Hasselbladh, Bejerot og Gustafsson (2008) hevder at det kan oppstå et nytt styringsregime som følge av nytt sett av mellomliggende styringsverktøy og institusjoner, der det kan tenkes at fagprofesjonene kan spille en sentral rolle.

I 2002 ble eierskapet til sykehusene overført fra fylkeskommunene til staten. Med helseforetaksreformen overtok staten eierskapet, og det ble en mer overordnet sentralisert styring. I forkant av at helseforetaksreformen trådte i kraft, hadde andre sentrale endringer i sykehusenes rammebetingelser gjort seg gjeldende. De mest sentrale endringene var overgang fra rammefinansiering til innsatsstyrt finansiering (ISF) og involvering av brukere blir også i større grad vektlagt. Dette gir seg uttrykk gjennom Lov om pasientrettigheter og fritt sykehusvalg. Disse endringene har bidratt til å endre fokuset i

sykehusene fra en fagprofesjonell logikk med vekt på kyndighet til en organisatorisk logikk med sterkere vekt på oppgaver, ledelse og hierarkisk kontroll. (Torjesen, Byrkjeflot, Kjekshus, 2011, s 4).

2.1.4 Organisasjonsstruktur og endrede betingelser for fagledelse ved sykehus

Norske sykehus har blitt drevet etter faglige prinsipper. Etter hvert som den medisinske utviklingen har blitt mer og mer spesialisert har organiseringen også blitt mer spesialisert. Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver at enhver organisasjon kjennetegnes ved organisasjonsstrukturen som definerer hvordan arbeidsoppgaver i organisasjonen skal fordeles, grupperes og koordineres, og hvordan beslutningsmyndighet skal fordeles mellom ledere og medarbeidere i organisasjonen. Organisasjonsstruktur har tre generelle effekter på atferd; spesialisering, koordinering og stabilitet i atferden. Fordeling av oppgaver legger til rette for spesialisering ved at man kan fokusere på færre oppgaver, og bli mer spesialisert på de oppgavene man skal utføre. Spesialisering er fremdeles den viktigste faktoren for å fremme effektivitet og produktivitet i organisasjoner. Når man avgrenser ansvar og oppgaver blir den enkelte bedre på det avgrensede område som er sitt kompetanseområde. Stabilitet i atferd skapes ved at personer som innehar en stilling har mer eller mindre faste oppgaver som løses på mer eller mindre bestemte måter. Organisasjonen blir også forutsigbar for omverdenen og man vet hva man kan forvente.

Sykehusorganisasjoner har hatt mange felles kjennetegn med den idealtypiske organisasjonsformen ”profesjonsbyråkratiet” (Mintzberg 1979), også kalt ”ekspertorganisasjon” (Strand 2007). Ekspertorganisasjonens kjennetegn er at den har lavt hierarki, at den er arena for fagspesialisering og fagautonomi, at den behandler komplekse problemer og at den er orientert mot løsninger for eksterne parter. Det koordinerende prinsippet er først og fremst standardisering av ferdigheter samtidig som de ansatte i den operative kjernen er tildelt mye beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Beslutningsmyndigheten kan desentraliseres fordi den operative kjernen består av profesjonelle som gjennom sin utdanning har tilegnet seg nødvendige kunnskaper og ferdigheter (Jacobsen, Thorsvik 1996). Lederskapet er basert på tillit til at arbeidet som blir utført holder høy kvalitet og er innenfor nasjonale standarder og målsettinger. Denne autonomien førte til store forskjeller fra sykehus til sykehus etter hvert som kompleksiteten økte utover 1990 tallet.

Etter at sykehusene ble organisert i foretak, kan man se en organisasjonsform som ligner mer på den divisjonaliserte organisasjon, kombinert med en mer hierarkisk modell. I den divisjonaliserte struktur er de ulike avdelingene/divisjonene i all hovedsak uavhengig av hverandre, og drives nærmest som egne bedrifter. Strukturen er ofte kompleks, og den viktigste måten å koordinere på er standardisering (Jakobsen og Thorsvik, 2013).

I sykehusstrukturene vil det nok være et mer gjensidig forhold mellom divisjonene enn i en klassisk divisjonalisert organisasjon. Dette fordi det ved økt spesialisering har utviklet seg behov for samarbeid på tvers av divisjonene for å kunne ivareta pasientbehandlingen. Med mer kompliserte og avanserte koordineringssystem mellom divisjonene/klinikkene har det utviklet seg en økt hierarkisering. Torjesen m fl. beskriver i sin artikkel at man nå kan se sykehuset som mer industripreget virksomhet - med tiltakende standardisering av arbeid, så vel som blant faglig ekspertise som blant ledere. Med andre ord står vi overfor en annen organisasjonslogikk enn det vi normalt finner i ekspertorganisasjoner. Sørlandet sykehus er organisert i en klinikkstruktur med 4 ledelsesnivåer, og nasjonalt er dette det mest vanlige.

Den divisjonaliserte organisasjonsstrukturen ved norske sykehus er ofte er inndelt i avdelinger og seksjoner som følger medisinsens subspecialiteter og grenspecialiteter. Dette ser vi spesielt ved de store sykehusene, som for eksempel universitetssykehusene. I sykehus vil fagdivisjonene eller klinikkene i liten grad være autonome, slik Mintzberg skisserer i grunnmodellen. Divisjonene/klinikkene er som vi har nevnt ofte gjensidig avhengig av hverandre. Ved Sørlandet Sykehus HF arbeider kirurger og medisinerer sammen ved gastrolaboratorium som er lokalisert ved medisinsk avdeling. For å kompensere for klinikkens sterke avhengighet av hverandre har det blitt etablert rutiner som bygger opp under en utfører – og bestiller – modell i organisasjonen, f.eks. ved Sørlandet Sykehus baserer røntgenavdelingen sin drift på internfakturering av de øvrige avdelingene. Felles for alle sykehus er at organiseringen er komplisert og styres med avanserte koordineringssystemer og regelverk. Det fører til at ren fagledelse ikke strekker til og gir et behov for økonomisk- og administrativ kompetanse.

Dagens sykehus hevder Kjekshus, Byrkjeflot og Torjesen (2013), er et resultat av en mer oppdelt avdelingsstruktur. Nye organisasjonsformer har derfor blitt etablert, uten at noen form er rendyrket. Norske sykehus består i stor grad av hybride løsninger med mange ulike organisasjonselementer. Likevel er den dominerende formen en avart av det Mintzberg (1983)

skisserer som den divisjonaliserte organisasjonen kombinert med en mer hierarkisk modell med flere ledernivåer.

Kompleksiteten og spesialiseringen har også ført til et enormt koordineringsbehov som gjør at sykehus som organisasjon er vanskelig å styre. Dette har vist seg å kreve en mer profesjonalisert ledelse. Denne profesjonaliserte ledelse som støtte til den faglige ledelsen har fått forskjellige former ved sykehusene. Ved for eksempel Sørlandet sykehus HF har det blitt bygget opp staber med økonomisk- administrativ kompetanse (Reitan 2011). Ved andre sykehus styrer avdelingslederne mer eksplisitt i henhold til evidensbaserte retningslinjer og prioriteringsforskrifter. Divisjon- eller klinikklederne er i enda større grad en avdelingslederne leder for mange ulike faggrupper og er helt avhengig av å bygge relasjoner til ressurspersoner (Kjekshus, Byrkjeflot og Torjesen, 2013).

Man kan ofte få inntrykk av at det eksisterer to ulike og konkurrerende logikker i sykehussektoren, dette er med på å opprettholde myten om at det eksisterer en oss-dem-situasjon mellom fagprofesjonene og den økonomisk-administrative elite, representert ved f.eks. klinikkleder og hans stab eller avdelingsledere som ikke deltar i det kliniske arbeidet (Kjekshus, Nordby 2003). Denne splittelsen kan vi finne igjen i ytringer fra leger i sykehusene, for eksempel hevder Wyller i en Kronikk i Tidsskriftet, mars 2013, at innføringen av NPM reformene har ført til en forvaltning preget av en kombinasjon som butikk og byråkrati, der butikken kjennetegnes av liberalistisk tankegodt og byråkratiet av ekspanderende kontroll- og rapporteringssystemer. Han hevder videre at det i dag er flere administratorer en leger ved sykehusene.

Bruk av medisinske retningslinjer, resultatrapportering og fokus på de pasientadministrative rutiner som sentrale styringsredskaper, utfordrer organisasjonsformene ved norske sykehus (Kjekshus, Byrkjeflot og Torjesen, 2013). Ved dagens organisering er det et flytende ansvar for disse styringsredskapene mellom klinikere representert ved sykepleiefaget og legefaget og den administrative ledelsen.

2.2 Merkantilte ansatte ved norske sykehus

Merkantilte ansatte i spesialisthelsetjenesten er ikke en ensartet gruppe, gruppen består i hovedsak av sekretærer som har varierende utdanningsnivå. Noen har kun realkompetanse mens andre har autorisasjon som helsesekretær i henhold til Lov om helsepersonell, 1999. Dette gjør at gruppen har en svært spredt og lite homogen utdanningsbakgrunn. Det er gjennomført få studier på denne gruppen innenfor spesialisthelsetjenesten som beskriver deres rolle, posisjon og hvilke arbeidsoppgaver de utfører. I 2007 gjennomførte Kari Ilebekk, en masteroppgave med tittelen ”Helsesekretærer i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF”, vi tar utgangspunkt i dette studiet og danske studier for å beskrive rollen til merkantilte ansatte i spesialisthelsetjenesten. Merkantilte ansatte vil i det videre i dette kapitlet bli omtalt som helsesekretærer.

2.2.1 Arbeidsprosesser og oppgaver

I 2005 gjennomførte Bertelsen en studie i Danmark med fokus på hva sekretærene ved sykehus faktisk gjør. Denne studien mener vi er sammenlignbar med i forhold til hvilke oppgaver helsesekretærer i norske sykehus utfører. Oppgavene kan kort skisseres i 7 hovedpunkter:

1. **Pasientforløp:** Arbeidsoppgaver som bidrar til at pasienten kommer gjennom et forløp.
2. **Personaloppgaver:** Oppgaver som støtter opp om det øvrige sykehuspersonalets virke.
3. **Diverse administrative oppgaver:** Diverse kontoradministrative oppgaver.
4. **Forskningsoppgaver:** Arbeidsoppgaver som relaterer seg til forskning på sykehusene.
5. **Data-input til journal:** Blant annet skriveoppgaver.
6. **Data-output til journal:** Blant annet dataregistreringsoppgaver, koding, ventelister.
7. **Annen journalhåndtering:** Blant annet arkivering, prioritering, kopiering (Bertelsen, 2005).

Mangfoldet i helsesekretærenes arbeidsoppgaver viser at de er delaktige på flere områder i pasientforløpet, og hvordan de ved dette opprettholder kontinuitet i det pasientadministrative arbeidet. De aller fleste av arbeidsoppgavene er rutinepregede. Denne typen arbeid kan ha et

kvalitetssikringselement i seg selv, ved at helsesekretærenes oppgave faktisk er å følge rutiner og prosedyrer, og så lenge dette blir gjort, blir også jobben utført på riktig måte. Kari Ilebekk som selv har arbeidet som helsesekretær ved Sørlandet sykehus legger vekt på at når man utfører denne typen rutinepregede oppgaver kreves det både perfektjon og stadig kontroll for å sikre en god kvalitet. Hun hevder at dette gjør at mentaliteten blant helsesekretærene synes å være sterkt knyttet til arbeidsrutinene, hvilket medfører en viss distansering fra helheten i organisasjonen og en sterk identifisering med sine arbeidsrutiner. I sammenheng med at helsesekretærene synes å ha relativt liten innflytelse på overordnede beslutninger i organisasjonen, er deres fokus tilsynelatende helst rettet mot spesifikke arbeidsoppgaver og kontinuitet i pasientforløpet (Ilebekk, 2007).

Helsesekretærene utfører en rekke avledede og uformelle arbeidsoppgaver. Disse er ikke i tilstrekkelig grad formalisert og dokumentert (Bertelsen, 2005). Dette gjør at det er vanskelig å kartleggederes nøyaktige rolle i organisasjonen, og det er vanskelig å kartlegge deres faktiske kompetanse. Helsesekretærene fungerer også i stor grad som tilretteleggere for andre yrkesgrupper, og mye av dette arbeidet består av oppgaver som er vanskelig å planlegge, men som dukker opp etter hvert som andre yrkesgrupper trenger hjelp. Som et resultat av dette har helsesekretærene liten mulighet til selv å kontrollere og planlegge daglige arbeidsprosesser, rollen som tilrettelegger gjør at arbeidsprosessene i stor grad er styrt av andre grupper (Ilebekk, 2007).

Helsesekretærenes arbeid er både av formell og uformell karakter. Den formelle delen er lett synlig og nedfelt i arbeidsbeskrivelser, prosedyrer og rutiner. Imidlertid finnes det også en rekke uformelle oppgaver som ikke er systematisert og standardisert. Slike oppgaver kan være kommunikasjon, kontinuitet og koordinasjon. Disse oppgavene konsumeres eller forbrukes i det øyeblikk de utføres. En del arbeidsoppgaver kan og være avledet av andre yrkesgruppers handlinger, for eksempel endringer i en poliklinisk timebok fordi en behandler er syk. Helsesekretærene fremstår som det koordinerende elementet i pasientforløpet. Dette skaffer helsesekretæren et overblikk over aktiviteter ved sykehuset, hvilket gjør henne i stand til å yte service til pasienter på best mulig måte (Bertelsen, 2005).

Det at helsesekretæren har oversikt over hva som skjer ved sykehuset gjør henne også i stand til å yte helsepersonell god service og å være en koordinator. De uformelle elementer i arbeidsprosessen til helsesekretærene utgjør derfor en like viktig del som formelle rutiner og prosedyrer. Denne kunnskapen henger ofte sammen med erfaringer og evne og mulighet til å

ha overblikket over pasientforløpet, denne kunnskapen kan defineres som ”taus kunnskap”. Ilebekk (2007) hevder at helsesekretærens arbeid fungerer som ”limet” i organisasjonen. Da de tilrettelegger for at den medisinske kjerneaktiviteten som utføres av leger og sykepleiere skal fungere koordinert og sammenhengende.

De fleste avdelinger i sykehuset har helsesekretærer, både sengeavdelinger, poliklinikker og serviceavdelinger. I tillegg til oppgaver som å skrive journaler og innkalle pasienter, består helsesekretær arbeidet også av pasientkontakt. Dette fører til at helsesekretærene ofte fremstår ovenfor pasientene som sykehusets ansikt utad. Pasientkontakten kan være i form av telefonkontakt ved timebestillinger, utsendelse av brev og øvrige henvendelser til avdelingen fra pasienter og andre aktører. Likevel kan svært mye av arbeidet som utføres av helsesekretærene betraktes som rutinearbeid.

2.2.2 Endrede arbeidsprosesser som følge av den teknologiske utviklingen

Gjennom nye organisasjonsrutiner, prosedyrer og på grunn av den teknologiske utviklingen, kan det se ut som helsesekretærens rolle har endret seg. Fra å ha fokus på journalbehandling, dokumentasjon via skriving og arkivering dreies rollen mer over til kontroll og koordinering. Ved innføring av talegjenkjenning og elektronisk pasientjournal (EPJ) var det mange som mente at helsesekretærene ville bli overflødige (Ilebekk, 2007). Det har likevel vist seg at økte dokumentasjons og registreringskrav har ført til at klinkere ofte hevder at det administrative arbeidet stjeler tid i forhold til pasientarbeidet, og at dette arbeidet bør ivaretas av for eksempel helsesekretærer. I en artikkel i Dagens Næringsliv sier visepresident i legeföreningen John Helle at mangelen på helsesekretærer og andre støttefunksjoner er et ”langsgående gnagsår” i norsk helsevesen. (DN, 01.07.2014)

En dansk undersøkelse gjennomført av Olesen og Østergaard i 2004 viste at færre sekretærer enn antatt måttet slutte som følge av den teknologiske utviklingen ved sykehus i Danmark. Dette skyldes at det i kjølevannet av utviklingen oppsto og ble tilført andre oppgaver som det var hensiktsmessig at ble ivaretatt av helsesekretærer. I overensstemmelse med dette synes det som sykehusene også i fremtiden vil ha behov for helsesekretærer, først og fremst fordi en aldri kan overflødig gjøre deres bidrag til organisasjonens kontinuitet og koordinering. Fordi disse bidragene dannes av uformell kommunikasjon, er det vanskelig å kalkulere inn disse ”tapene” i et regnestykke i forhold til implementering av datateknologi (Bertelsen, 2005).

Ilebekk (2007) viser i sin studie til at det er bred enighet blant helsesekretærene, men også i ledelsen av sykehuset om at helsesekretærene utfører en svært viktig oppgave. De bidrar til å sikre kontinuitet i organisasjonen ved sin besittelse av praktiske ferdigheter og ”taus kunnskap”. Samtidig er helsesekretærer tradisjonelt sterkt underordnet andre sterke profesjoner i sykehus, som leger og sykepleiere.

Ifølge Berg (1987) er helsesekretærenes medisinske tilknytning i ferd med å bli sterkere, og dette vil kunne heve deres status. Autorisasjon av helsesekretærer er et eksempel på dette, selv om gruppen nok aldri vil kunne oppnå status som en profesjon. Dette først og fremst fordi de mangler det abstrakte kunnskapsgrunnlaget som Abbott (1988) bruker i sin definisjon av profesjoner. Denne formelle kompetansen som profesjoner har ervervet seg er det fremste skillet mellom profesjoner og yrker. Blant profesjoner er det de teoretiske kunnskaper som legitimerer status, i yrker som helsesekretær er det i større grad praktiske ferdigheter. Ved å styrke sin kompetanse blant annet i forhold til teknologiske ferdigheter, kan helsesekretærene ha mulighet til å posisjonere seg sterkere i organisasjonen.

I følge Mintzbergs organisasjonsteori vil sterke profesjoner, som leger, ha stor innflytelse i endrings- og beslutningsprosesser i organisasjonen i motsetning til grupper med relativt liten ekspertise, som helsesekretærene. På grunn av at sykehus tradisjonelt har blitt betraktet som et profesjonelt byråkrati, har også lavstatusgrupper som helsesekretærene tradisjonelt sett fått stadfestet sin posisjon som en gruppe med liten grad av innflytelse.

2.3 Organisasjonsendring

Organisasjoner består av formelle og uformelle elementer. De formelle elementene knyttes til mål, strategi, struktur og teknologi, og de uformelle elementene knyttes til organisasjonskultur og interne maktforhold. Alle disse elementene er viktige for å forklare ulike typer atferd i organisasjoner. Man må også ta med at organisasjoner inngår i et avhengighetsforhold til sine omgivelser, noe som skaper usikkerhet og muligheter for at aktører i omgivelsene kan legge press på organisasjonen (Jakobsen og Thorsvik, 2013).

Organisasjonsendring er ett stort, komplekst og sammensatt fagfelt. Organisasjonsendring medfører omstilling og endring, og man kan på et generelt grunnlag si at ”*organisatorisk endring har skjedd når en organisasjon utviser forskjellige trekk på to ulike tidspunkter*”(Jakobsen og Thorsvik, 2013, s 385). For å fastslå at en endring har funnet sted i en organisasjon, må man kunne sammenligne samme organisasjonen på to ulike tidspunkt. På den måten måles endring ut i fra empirisk observasjon fra et tidspunkt til et annet (Jacobsen, 2011).

Jakobsen og Thorsvik (2013) beskriver at endring kan omhandle flere forhold. Det kan være endring av oppgave og teknologi, det kan være endring i organisasjonens struktur eller kultur, og det kan være endring av organisasjonens demografi og/eller prosesser knyttet til produksjon, kommunikasjon, beslutning og læring. Strukturell organisasjonsendring omhandler endring i organisasjonens struktur, altså at man endrer på hvordan arbeidsoppgaver deles opp og koordineres og hvordan man styrer og kontrollerer en organisasjon. En endring i organisasjonens kultur innebærer endrede grunnleggende antakelser, normer og verdier. Disse formene for endring kan føre til at interne maktforhold i organisasjonen endres, men også at organisasjonen endrer sitt forhold til omgivelsene.

For å forstå hvorfor organisasjoner vil endre seg eller bryte ut av en kjent tilstand og forsøke å skape noe nytt gjennom endring, ser man på årsaker eller motiv som står bak endringsprosesser. Endringens drivkrefter kan deles i eksterne og interne. Eksterne endringsdrivere kan være endringer i omgivelsenes betingelser, slik som endringer i markedet, teknologiske endringer og/eller politiske endringer. Interne endringsdrivere kan være forhold som skaper en opplevelse av at ikke organisasjonen fungerer godt nok.

Endring kan finne sted på flere måter, og ikke all endring er planlagt endring. Jakobsen (2011) beskriver fem modeller for endring; planlagt endring, endring som livssykluser, endring som evolusjon, endring som dialektisk prosess og maktkamp og endring som en tilfeldighet. Som vi ser her, kan også endring finne sted uavhengig av hva mennesker gjør. Men planlagte endringer bygger på at endringer skjer ved at mennesker, ofte ledelsen, handler ut i fra bestemte mål. Jakobsen (2011) beskriver fire sentrale faser i en endringsprosess, diagnose, løsning, gjennomføring og evaluering.

Endringsprosessen kan betraktes fra tre innfallsvinkler. Man kan forstå den som en prosess av hendelser som finner sted i løpet av et tidsrom. Endringer kan også betraktes som en oversettelsesprosess der abstrakte ideer forsøkes omgjort til konkrete handlinger og objekter,

som rutiner og prosedyrer. Man kan også forstå den som politiske og emosjonelle prosesser preget av motstand av mange ulike grunner. En endringsprosess berører mennesker og for å få endringen til å fungere må man få flere mennesker til å endre atferd. Endring er ikke noe abstrakt for den enkelte, men et krav om at man må begynne å gjøre noe nytt og annerledes (Jakobsen, 2011).

De aller fleste endringsprosesser vil møte en eller annen form for motstand. I de tilfeller hvor endringen ikke skaper stor motstand kan årsaken være at man har klart å skape en forståelse for hvorfor man må endre noe i organisasjonen. Ulike type organisasjoner reagerer forskjellig på endring, noen endrer seg enklere enn andre. Jakobsen (2011) beskriver at motstand mot endring kan deles i fire faser, fra apati, likegyldighet og manglende interesse i første fase til siste fase som beskrives med aktiv motstand, der man direkte undergraver og ødelegger og hvor man nekter å iverksette endringstiltak. Årsakene til motstand mot endring er mange. Den kan strekke seg fra individuelle forhold som for eksempel faglig uenighet, frykt for det ukjente og for ikke å strekke til, sosiale forhold som tap av positive sosiale relasjoner og endring av maktforhold. Videre kan også motstand begrunnes i teknologiske og strukturelle forhold. Motstand mot endring har ikke bare negative konsekvenser. Jakobsen (2011) beskriver at den positive motstand kan være en konstruktiv, ved at man aksepterer at det finnes ulike oppfatninger, og at man på den måten kan forene synspunkter gjennom en åpen og kritisk debatt. Sannsynligvis vil flere alternativer og konsekvenser bli belyst, og dermed øke rasjonaliteten i beslutningen.

2.3.1 Endringsstrategier

Organisasjonsendring fører ofte med seg et behov for ny eller endret strategi. Vi tar utgangspunkt i to grunnleggende og forskjellige strategier for endring. Disse hovedstrategiene beskrives som strategi E og strategi O. Strategi E står for "Economic" og strategi O for "Organization". Teorien om strategi E og O er basert på forskjellige forskere og teoretikere sine oppskrifter på hvordan de ulike dimensjonene i endringsprosesser kan håndteres ut i fra et økonomisk eller organisatorisk ståsted (Jakobsen, 2011).

Strategi E fokuserer på de formelle elementene i en organisasjon, struktur og strategi. Motivasjonen for endring skapes gjennom sentrale aktører og belønning. Det grunnleggende ved den strategien er ideen om at det er en liten gruppe mennesker, som regel den formelle toppledelsen som vurderer at det foreligger et behov for endring. Det er en liten gruppe som

utarbeider forslag på hvordan disse utfordringene skal møtes og hva som er løsningen. Løsningen eller endringen blir så implementert i organisasjonen.

Endringen utføres ut i fra grunnleggende erfaringsbaserte og rasjonelle handlingsmønstre som kan illustreres som sekvensielle prosesser ut fra bestemte modeller samt godkjente rutiner og prosedyrer (Jacobsen, 2011). Generelt sett kan vi si at en forutsetning for at strategi E skal lykkes er når en organisasjon kan løse en utfordring ved å endre på formelle elementer i organisasjonen. En forutsetning for dette er at ledelsen har tilstrekkelige intern og ekstern støtte til å gjennomføre endringen (Jacobsen, 2011).

Strategi O fokuserer på de uformelle elementene i organisasjonen, individuell kompetanse, samhandling og kommunikasjon og organisasjonskultur. Motivasjon for endring skapes gjennom indre drivkrefter, gjennom utvikling og man forsøker å gi følelse av eierskap til endringsprosessen. Ledelsen er delegerende og støttende, skaper engasjement blant de ansatte og det blir dem som blir drivkraften.

Gjennom ledelse av endringsprosessen, bruker man maktbaser knyttet til sosial identitet, personlig utstråling og felles verdigrunnlag. Innflytelsesteknikker er knyttet til inspirasjon, ros og personlig henvendelser, og man ønsker å endre atferd gjennom ansattes verdisystem. Altså det man kaller for myk endringsledelse. Det grunnleggende med denne teorien er at man ser på endringen som kontinuerlig og interaktiv prosess, og ikke en engangshendelse. Man kan i større grad bruke betegnelsen utvikling, i stede for endring. Strategi O har også en tilnærming som er rasjonell, med det forstås at man analyserer problemet, setter seg mål og iverksetter løsninger (Jakobsen, 2011)

Strategi O legger som sagt større hovedfokus på de uformelle elementer, og med det tenkes det at man først må endre atferden, for deretter tilpasse de formelle elementene til den endrede atferden (Jakobsen, 2011)

2.4 Analyse av tema i medarbeiderundersøkelsen

For å kunne evaluere resultatet av den strukturelle endringen ved kirurgisk klinikk vil vi som nevnt ta utgangspunkt i resultatet av medarbeiderundersøkelsen 2015 målt mot resultatet fra 2014, før den strukturelle endringen.

MU undersøkelsen gjennomføres årlig i hele Helse Sør-Øst, og undersøkelsen er primært et verktøy for å initiere gode prosesser for forbedring av lokalt arbeidsmiljø. Videre vil også data fra undersøkelsen være et verktøy for organisasjonsutvikling på overordnet nivå og for å skaffe seg styringsinformasjon.

Undersøkelsen har definert 18 hovedtemaer. Vi har valgt å ta utgangspunkt i 12 av disse hovedtemaene:

- MÅL - FAGLIG UTVIKLING - FORBEDRING – KVALITET – MOTIVASJON – ARBEIDSGLEDE – MEDVIRKNING – ROLLEKLARHET – ARBEIDSBELASTNING – EGEN KONTROLL – ROLLEKONFLIKT – OPPLEVD LEDER ADFERD

Fokuset for evalueringen er måloppnåelse i henhold til målsetningene som er presentert i prosjektrapporten. Sammenhengen mellom mål og tema i medarbeiderundersøkelsen samsvarer ikke direkte. For å kunne gjennomføre en hensiktsmessig analyse har vi valgt å benytte følgende analytiske rammeverk.

Vi tar utgangspunkt i målsetningene som vi kobler opp i mot et teoretisk grunnlag som kan gjenspeiles i tema i medarbeiderundersøkelsen. I tabellen under har vi satt opp en skjematisk oversikt over koblingen:

Prosjektet målsetninger	Teoretisk grunnlag	Tema medarbeiderundersøkelsen
<ul style="list-style-type: none"> • God forvaltning av tilgjengelige ressurser • Robuste enheter • Lik lederstøtte • Støtte til klinikkens kjernevirksomhet • Kvalitet i det pasientadministrative arbeid 	Resultat og utviklingsfokus	<ul style="list-style-type: none"> • Mål • Faglig utvikling • Kvalitet • Forbedring
<ul style="list-style-type: none"> • Tydelige ansvarlinjer • Hensiktsmessig oppgavefordeling 	Arbeidsglede og motivasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Motivasjon • Arbeidsglede
<ul style="list-style-type: none"> • Hensiktsmessig oppgavefordeling • God forvaltning av tilgjengelige ressurser • Økt fleksibilitet 	Arbeidsmiljø og samspill	<ul style="list-style-type: none"> • Medvirkning • Rolleklarhet • Arbeidsbelastning • Egenkontroll • Rollekonflikt
<ul style="list-style-type: none"> • Tydelige ansvarlinjer 	Lederadferd	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevd lederadferd

Hovedtema i medarbeiderundersøkelsen er avledet av enkeltspørsmål med graderte svaralternativ. Under hvert hovedtema gjør vi rede for disse spørsmålene.

2.4.1 Mål

- Enhetens mål er godt kjent for alle ansatte
- Jeg vet godt hvordan jeg kan bidra til at enheten når sine mål
- Vi evaluerer jevnlig hvordan vi ligger an i forhold til enhetens mål

Generelt kan vi si at et mål er ”en beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand”(Etzioni, 1982). Strategi er en beskrivelse av hva man tenker å gjøre for å realisere målene.

Organisasjoner setter seg mål og utformer strategier ut i fra en antakelse om at det har en effekt på hvordan ansatte handler og tenker. Mål og strategi i organisasjoner har en motiverende effekt på ansatte. De vil også kunne ha en styrende funksjon ved at det gir retningslinjer for arbeidet og virker styrende på de ansattes adferd. Ved internalisering av mål og strategier som fremmer kjernevirksomheten, vil man oppnå ønsket atferd av de ansatte. Mål og strategier kan også være premissgivende i beslutningsprosesser. Generelt kan man si at effektivitet er knyttet til i hvor høy grad en organisasjon når sine mål og med hvilken ressursbruk. Derfor kan mål og strategier fungere som evalueringskriterier (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Flere hevder at det er uklare sammenhenger mellom mål og middel i tjenesteytende organisasjoner som spesialisthelsetjenesten (Lipsky, 1980). Det vil dermed kunne være vanskelig å finne sammenheng mellom mål – middel- hierarkiet i offentlig sektor. En grunn til dette kan være at offentlig sektor er preget av en kamp om knappe ressurser som igjen vil påvirke hvilke mål den enkelte ansatte anser for å være av størst betydning. Definisjonen av effektivitet er ”*grad av måloppnåelse i forhold til ressursbruk*” (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s 49). Begrepet produktivitet er tett knyttet til begrepet effektivitet. Mye tyder på at den strategiske tenkemåten er tilpasset og oversatt til offentlig sektor via NPM tankegangen for å forbedre og effektivisere produksjonen av tjenester.

I organisasjoner kan det ofte oppstå målforskyvning, ved arbeidsdeling og spesialisering kan de ansattes oppmerksomhet konsentreres så sterkt omkring det avgrensede arbeidsområdet de selv har at organisasjonens overordnede mål blir ignorert (Pfeffer, 1981). Dette kalles for sub optimalisering av organisasjonens mål.

2.4.2 Forbedring

- I min enhet er vi flinke til å melde og følge opp avvik
- I vår enhet er det trygt å varsle om kritikkverdige forhold
- Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem
- Vi oppmuntrer hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre i min enhet

Som vi tidligere har beskrevet vil organisasjonsstrukturen ha innvirkning på hvordan arbeidsoppgavene grupperes, fordeles og koordineres. Et av målene for den strukturelle endringen er å sikre robuste enheter, vi antar at med robuste enheter mens å sikre en best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser og hensiktsmessig oppgavefordeling.

Dette beskriver et strukturelt perspektiv på organisasjoner (Bolman og Deal, 2009). Vi erfarer likevel at ansatte i organisasjonen ikke alltid handler slik den formelle strukturen pålegger dem. Den faktiske atferden uttrykkes ofte via organisasjons kulturen definert som:

”Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som her fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene” (Schein, 1985).

Organisasjonskulturen bygger på grunnleggende antakelser, oppfatninger og meninger som gjennom felles fortolkninger i sosiale gruppe etableres som sannheter, som igjen er forankret i de verdiene og normene som er dominerende i organisasjonen. Dette igjen gir seg uttrykk i artefakter, som vil si alle uttrykk som representerer de underliggende kulturelementene. Joanne Martin (2002) har presentert tre ulike og komplementære perspektiver på organisasjonskultur:

- 1) Integreringsperspektivet
- 2) Differensieringsperspektivet
- 3) Fragmenteringsperspektivet

I denne sammenhengen vil vi trekke frem differensieringsperspektivet, kulturelle manifestasjoner tolkes ulikt av forskjellige grupper i organisasjonen, på denne måten etableres det sub kulturer som lever side om side i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Målet for prosjektet er å fremme likhet i lederstøtte og en god forvaltning av tilgjengelige ressurser. En differensiert kultur vil i så måte kunne være en utfordring.

SSHF har som overordnet målsetning og satsningsområde ”Kultur for helhet”, når en organisasjon klarer å skape felles organisasjonskultur, vil det bety at de ansatte forstår helheten av organisasjonen og kan uttrykke hvordan de som ansatte i organisasjonen inngår i en større sammenheng for å realisere organisasjonens mål.

2.4.3 Faglig utvikling og kvalitet

Faglig utvikling

- Får utvikle meg faglig gjennom jobben
- Får tilstrekkelig undervisning og veiledning til å kunne gjøre en god jobb
- Legges det til rette for at du kan få utvikle dine ferdigheter
- Får du konstruktiv tilbakemelding på arbeidet du utfører

Kvalitet

- I min enhet samarbeider forskjellige yrkesgrupper godt
- I min enhet arbeider vi effektivt
- I min enhet ivaretas høy faglig kvalitet

I forhold til hovedtema faglig utvikling og kvalitet vil vi og vise til det foregående punktet som omtaler organisasjonsstruktur og organisasjonskultur. Likevel mener vi at læring er sentralt i forbedringsarbeid i organisasjoner. En definisjon av læring i organisasjoner kan være:

”Læring er altså en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen” (Levitt og March, 1988).

For å fremme læring i organisasjoner hevder Peter Senge (1990), forutsetningen ligger i at det på ledelsesnivå utvikles en bevist læringsstrategi for hele organisasjonen, forankret i systemtenkning. March (1991) hevder at det er et skille mellom to typer kunnskap, Utnyttelse

(”exploitation”) og Utforskning (”exploration”). Vi legger vekt på utnyttelse i forhold til temaet faglig utvikling. Denne kunnskapen bidrar til at man kan utnytte ressurser man har til rådighet bedre. Denne kunnskapen gjør at man kan forbedre eksisterende arbeidsprosesser. Denne typen kunnskap er tilnærmet lik enkeltkretslæring, som vil si at det er målene eller verdiene som styrer atferden. Man er opptatt av å endre atferd for å oppnå forbedring (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

2.4.4 Motivasjon og Arbeidsglede

Motivasjon:

- Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte
- Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg
- Jobben er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende

Arbeidsglede

- Gleder du deg til å gå på jobben?
- Hvor ofte fører misnøye til at du ønsker å bytte arbeidsgiver?
- Hvor fornøyd er du samlet sett med den jobben du har nå?

De menneskelige ressurser er en stadig viktigere ressurs for mange organisasjoner. Motiverte medarbeidere betyr at de ønsker å yte noe ekstra for organisasjonen. De ønsker at de får ta i bruk sine ferdigheter og har selv et ønske om å gjøre det godt for organisasjonen. De finnes mange teorier på hva som motiverer mennesker. Richard Hackmann og Greg Oldham (1976, 1980) har utviklet en av de mest innflytelsesrike teorier om hvordan jobben bør utformes hvis man skal legge til rette for at mennesker kan anvende sine ferdigheter. Forenklet kan man si at følgende tilstander må være tilstede for å fremme motivasjon. Det første er følelsen av å ha meningsfulle arbeidsoppgaver, den andre er følelsen av personlig ansvar for resultatene av arbeidet og den tredje er kunnskap om resultatene som gjør det mulig for den enkelte å bestemme om resultatet er godt eller dårlig. Motivasjon er med andre ord langt på vei et

spørsmål om hvordan arbeidsoppgavene er utformet, og hvilke muligheter de ansatte har for å evaluere resultater av egen innsats.

Tett knyttet til motivasjon er arbeidsglede. Einar Thorsrud (1981) var en sentral aktør i utviklingen av det som har blitt kalt sosioteknisk teori, der variasjon i jobben, mulighet for læring, autonomi, helhetlige oppgaver og tilbakemelding er helt sentrale elementer for å skape jobber som tilfredsstiller både ansatte og eierens ønsker (Jakobsen og Thorvik, 2013).

2.4.5 Medvirkning, Rolleklarhet og Rollekonflikt

Medvirkning

- Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?
- Oppmuntres du til å si ifra når du har en annen mening?

Rolleklarhet

- Vet du hva som er ditt ansvarsområde?
- Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben?

Rollekonflikt

- Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes
- Får du oppgaver uten tilstrekkelig hjelpemidler og ressurs til å fullføre dem
- Mottar du motstridene forespørsler fra to eller flere personer

Det er en tett forbindelse mellom struktur, kultur og makt. Den formelle strukturen i en organisasjon fordeler makt til posisjoner og gjennom hvilke arbeidsoppgaver som tildeles den enkelte avdeling og ansatt. Strukturen vil og ha betydning for hvilke forhold som anses for å ha betydning på dagsordenen og hva som systematisk ikke blir tatt opp.

Organisasjonsstrukturen vil favorisere systematisk noen grupper (Pfeffer 1992).

Organisasjonskultur er som vi tidligere har beskrevet også en form for dominans. Den eller de som har makt til å utforme organisasjonskulturen, vil kunne utøve betydelig sosial og normativ makt (Etzioni 1982).

Det at organisasjoner må forholde seg til dynamiske omgivelser har ført til en klar tendens til å desentralisere makt i organisasjoner (Spreitzer, 2008). Vi ser at ansatte i alle deler av organisasjonen får mer ansvar for resultatene og at beslutningsmyndigheten desentraliseres. Bemyndiggjøring betyr i praksis at tradisjonelle måter å fordele makt på i organisasjoner endres til fordel for ansatte som har kontroll på kjernevirksomheten. Det forholdet som er bestemmende for hvor stor makt og kontroll man gir til de ansatte, er kompetansekravene knyttet til arbeidsoppgavene (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Mintzberg har i forlengelsen av sin typologisering av organisasjoner også utviklet typologier for maktforhold i organisasjoner (Mintzberg 1983). Spesialisthelsetjenesten vil falle inn under typologien Meritokratiet som kjennetegnes ved høyt utdannede ansatte. Dette fører til desentralisering av makt. Ulike profesjoner og faggrupper vil kunne føre til konflikter og maktkamp som utspiller seg internt i organisasjonen.

2.4.6 Arbeidsbelastning og Egenkontroll

Arbeidsbelastning

- Er den fysiske arbeidsbelastningen for stor i arbeidet ditt?
- Er arbeidstempoet ditt belastende?
- Er arbeidsmengden din belastende?
- Må du utføre arbeidsoppgaver du opplever at du ikke behersker?

Egenkontroll

- Kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg?
- Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?

Enhver organisasjon kjennetegnes ved organisasjonsstrukturen som definerer hvordan arbeidsoppgavene i organisasjonen skal fordeles, grupperes og koordineres, og hvordan beslutningsmyndighet skal fordeles mellom leder og medarbeider. Strukturen har effekt på de ansattes atferd.

Fordeling av arbeidsoppgaver legger til rette for spesialisering ved å fokusere oppmerksomheten og begrense hva den enkelte skal arbeide med. Organisasjonsstrukturen er et virkemiddel til å koordinere ulike spesialiserte aktiviteter. Når man rekrutterer nye ansatte går de inn i en stilling med mer eller mindre faste oppgaver som løses på mer eller mindre bestemte måter. Slik skapes stabilitet. Et grunnleggende trekk ved organisasjoner er at man deler en helhetlig arbeidsoppgave opp i mindre deloppgaver, og at man spesialiserer seg innenfor de enkelte oppgavene (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Generelt sett kan vi si at jo større organisasjonen blir, desto mer kompleks vil den bli både vertikalt og horisontalt. Økende størrelse fører til mer formalisering og en mer utstrakt bruk av regler, rutiner og standard prosedyrer for å kontrollere de ansatte (Child, 1973). Et annet trekk ved store organisasjoner er at beslutningsmyndighet blir desentralisert. Noen mener denne desentraliseringen er mulig også på grunn av den høye graden av formalisering (Hall 1972).

2.4.7 Opplevd lederadferd

- Min nærmeste leder er tilgjengelig når jeg har behov for det
- Min nærmeste leder er flink til å informere om det som skjer i vår virksomhet
- Min nærmeste leder stiller tydelige krav til mine arbeidsprestasjoner
- Min nærmeste leder følger opp det vi har blitt enig om
- Dersom jeg ble utsatt for vold/trusler på jobb, ville jeg få god oppfølging fra nærmeste leder
- Dersom jeg ble syk over en lengre periode, ville jeg få god oppfølging av nærmeste leder

En hyppig brukt og anerkjent definisjons på ledelse er:

”Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd” (Yukal, 2013).

Når ledelse skjer innenfor en organisasjon er hensikten med ledelse vanligvis å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål, å motivere dem til å yte mer, og få dem til å trives i arbeidet. Ledere kan påvirke medarbeidernes atferd både direkte og indirekte.

Direkte ledelse omfatter alle former for samhandling og kommunikasjon mellom leder og ansatt. Indirekte ledelse omfatter alle måter som leder kan påvirke medarbeidernes atferd på uten å samhandle direkte. For det første kan leder påvirke ansatte indirekte ved å bruke formelle organisasjonstrekk, det vil si mål og strategi, organisasjonsstruktur og etablerte rutiner for sosialisering. En annen form for indirekte ledelse er påvirkning i form av utvikling av kultur, enten ved å styrke verdier og normer blant ansatte eller ved å forsøke å forandre dem.

Fiedler en av de mest innflytelsesrike ledelsesteoriene. Han hevder at for å fremme effektivitet blant ansatte må lederen ha innflytelse. Innflytelse er ikke et spørsmål om personlige egenskaper, men om sosiale relasjoner. Sentralt i slike relasjoner mellom leder og ansatt er alltid dynamikken mellom konflikt forankret i egeninteresser og makt til å realisere egeninteresser (Fiedler,1996). LMX (leader – member – exchange) teorien fokuserer og på relasjonen mellom leder og den enkelte medarbeider (Graen 1989) denne teorien påpeker at leder må skape godt fungerende relasjoner til medarbeiderne. Godt fungerende relasjoner fører til at de ansatte tenker mer positivt både omkring arbeidsoppgaver og organisasjonen, presterer mer for å bidra til å realisere organisasjonsmessige mål, og velger å bli i organisasjonen.

3.0 METODE DEL

I dette kapitlet presenteres den metodiske tilnærmingen til studiet. Begrepet metode refererer til ulike måter å tilnærme seg og utføre studier på. Det er en måte man går fram på for å samle inn empiri. I dette kapitlet blir det redegjort for studiets design og metoder som er brukt, samt gitt begrunnelser for valg knyttet til forskningsprosessen. Sist i kapitlet vil det bli gitt en kort fremstilling av etiske problemstillinger som er relevante for dette studiet

3.1 Forskningsmetode og undersøkelsesdesign

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene ble casestudie valgt som forskningsstrategi i denne studien/evalueringen. Casestudier er en intensiv forskningsstrategi, hvor man går i dybden på et problem. Dette skiller seg fra ekstensive forskningsstrategier, hvor man går i bredden. Jakobsen (2013) beskriver at en case studie setter fokuset på en bestemt undersøkelsesenheter, og at det kan være ulike nivåer på undersøkelsesenheter. Nivået kan være en spesiell enhet eller det man kan kalle en kollektiv enhet. En kollektiv enhet kan således være en organisasjon eller en gruppe. En case kan også være en spesiell situasjon, for eksempel en spesiell beslutningsprosess i en organisasjon. I slike tilfeller avgrenses casen i tid. Felles for alle casestudier er at studieobjektet er avgrenset i tid og rom (Jakobsen, 2013). Man kan kort si at caseundersøkelser består i å samle så mye informasjon (data) som mulig om et avgrenset problem. Det som kjennetegner studier som passer til case studie strategi er når forskningsspørsmålene har et "hvordan" eller "hvorfor" spørsmål (Yin, 2014). Casestudiestrategien er velegnet når man ønsker å studere et eller noen få tilfeller inngående og helhetlig, og vi har i denne oppgaven valgt casestrategien fordi vi ønsker en dypere forståelse av en spesiell hendelse. Vår "hendelse" er å se på hvordan kirurgisk klinikk fulgte opp Konsernrevisjonsrapporten, og hva resultatet av dette ble. Yin (2014) mener at det finnes to primære måter å designe case studier på. Disse kalles for enkelt eller flernivå case studier (singel case/multiple case studies), og holistiske eller studier av enkeltelementer i case studie (holistic /embedded case studies). Den ene gjelder altså spørsmålet om hvorvidt man arbeider med en enkeltcase eller flere caser.

Den andre dimensjonen vedrører spørsmålet om hvorvidt man anvender en eller flere analyseenheter (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2011). Forskningsdesignet vårt er et flernivå case studie, hvor vi bruker flere kilder på ulike nivå. Vi studerer Helse Sør Østs revisjonsrapport (mesonivå), SSHF prosjektrapport med tilhørende dokumenter (mesonivå) og ansattes opplevelse gjennom svar i MU (mikronivå) (se tabell s 38). Casen vi studerer i denne oppgaven er prosessen og endringene kirurgisk avdeling igangsatte etter at revisjonsrapport, ”Intern styring og kontroll” forelå. Enheten vi studerer er merkantile tjenester i kirurgisk klinikk, heretter merkantil avdeling.

Studien gjennomføres som en evaluering av den strukturendringen som ble vedtatt og gjennomført i 2014. Klinikksjef ved kirurgisk klinikk og avdelingsleder i merkantil avdeling støtter opp under evalueringen. Formelt ble det sendt søknadsskjema til Enhet for forskning og utvikling ved SSHF, om tillatelse til å gjennomføre studien og at man i tillegg kunne bruke statistiske tall fra medarbeiderundersøkelsen 2014 og 2015. Søknaden ble godkjent. Det ble videre testet på om prosjektet var meldepliktig hos Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Siden det ikke skal registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt til NSD, og man trenger derfor ikke sende inn meldeskjema.

3.2 Datagrunnlag

Valg av datagrunnlag vil være avhengig av emnet og studiets problemstillinger. Case studier baserer seg på metodetriangulering og datatriangulering (Yin, 2014). Man kan benytte seg av mange datakilder slik som dokumenter, arkivmateriale, intervju, direkte observasjon, deltakende observasjon og fysiske gjenstander (Yin, 2014, s 106). Datagrunnlaget i denne oppgaven er dokumenter presentert i tabell 1 (s 38) og statistiske tall fra medarbeiderundersøkelsen. Vår studie vil sette søkelys på den endring som var igangsatt i kirurgisk klinikk etter at Helse Sør-Øst hadde gjennomført revisjonen, ”Intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet”. På et overordnet nivå vil vi gjennom dokumentanalyse av prosjektrapporten og andre aktuelle dokumenter studere hvorfor kirurgisk klinikk gjennomførte en strukturendring for å imøtekomme utfordringene klinikken ble forelagt i revisjonsrapporten. Klinikken ønsket videre at denne strukturendringen skulle evalueres etter ca. et år, og denne oppgaven skrives som en evaluering av prosjektet.

Prosjektrapporten beskriver i tidsplanen at prosjektet skal evalueres i september 2015. I et evalueringsperspektiv var det for oss viktig av de ansattes opplevelse av strukturendringen ble belyst, og derfor anså vi det som hensiktsmessig å bruke medarbeiderundersøkelsen som grunnlag i vår evaluering.

Tabell 1: Oversikt over aktuelle dokumenter og rapporter knyttet til dokumentundersøkelsen

Kilde:	Type:	Utgitt:	Navn:
Konsernrevisjon Helse Sør-Øst	Rapport	2011	Revisjon intern styring og kontroll av pasientadministrative arbeidet i Sørlandet sykehus HF
Sørlandet sykehus	Prosjektrapport	2014	Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk klinikk
Sørlandet sykehus	Referat	2013/14	Referat fra styringsgruppe 1-3
Sørlandet sykehus	Referat	2013/14	Referat fra prosjektgruppemøter 1-13
Sørlandet sykehus	Referat	2014	Referat fra klinikk møte, 29.04.14
Sørlandet sykehus	Pro-kontraanalyse	2014	Pro-kontra-vurdering merkantile funksjoner SSHF
Sørlandet sykehus	Notat	2015	Oppsummering/høringsuttalelser

Tabellen viser hvilke dokumenter som danner grunnlag for vår studie.

Tabell 2: Oversikt over resultatrapporter knyttet til medarbeiderundersøkelsen

Kilde:	Type:	Utgitt:	Navn:
Sørlandet sykehus	Resultatrapport	2014	Medarbeiderundersøkelsen
Sørlandet sykehus	Resultatrapport	2015	Medarbeiderundersøkelsen

Tabellen viser de resultatrapportene fra medarbeiderundersøkelsen.

3.2.1 Dokumentundersøkelse

Dokumentundersøkelser spiller en sentral rolle i all datainnsamling når man benytter seg av casestudie som forskningsmetode. Jakobsen (2013) beskriver en dokumentundersøkelse som ”en studie av dokumenter – tekster, statistikker, og lignende - utarbeidet av andre enn forskeren selv”. Av dette fremgår det at man har med sekundærdata å gjøre, og man benytter seg av data som andre har samlet inn. Slike data kan være offentlige dokumenter, rapporter, statistiske tall og lignende. Jakobsen (2013) trekker fram tre situasjoner der kildegransking vil være spesielt godt egnet:

- når det er umulig å samle inn primærdata
- når vi ønsker å få tak i hvordan andre har fortolket en viss situasjon eller hendelse
- når vi ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort

For vår oppgave vil punkt to være spesielt gjeldende. Vi benytter oss da av prosjektrapporten som ble utarbeidet etter revisjonen, og av tilhørende dokumenter relatert til dette prosjektet (jmf tabell 1).

Når dokumentstudier brukes må det tas hensyn til at dokumentene kan være utarbeidet til et helt annet formål enn til vår egen undersøkelse. Det kan legge begrensninger på bruken av dataene at det er andre som har samlet dem inn. Det kan oppstå feilkoblinger mellom den opprinnelige meningen og det dokumentet blir benyttet til. For at man skal kunne bruke sekundærdata, er det derfor viktig at man er kritisk til opphavet for dokumentet. Man må være sikker på at dokumentet er pålitelig, og at det kan brukes i den aktuelle kontekst. I følge Jacobsen (2014) er de viktigste valgene ved dokumentundersøkelser knyttet til hvilke dokumenter man velger ut, og hvor stor troverdighet de enkelte dokumentene har. Den delen av dokumentundersøkelsen som gjelder rapporten og tilhørende referater og analyser, er utarbeidet med det formål om forbedring av merkantile tjenester. Derfor er alle disse dokumentene relevante å studere i vår undersøkelse.

3.2.2 Statistiske tall fra Medarbeiderundersøkelsen

Andre dokumenter som vil danne grunnlag for evalueringen vår er statistiske tall som er hentet ut fra Medarbeiderundersøkelsen 2014 og 2015. Medarbeiderundersøkelsen (MU) i Helse Sør-Øst har en historikk tilbake til 2008. Den baserer seg på medarbeiderundersøkelser som ble gjennomført i Helse Sør og Helse Øst i perioden 2004 til 2007, og disse er igjen

videreutviklinger og utvidelser med utgangspunkt i QPS-Nordic (General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work)(Svendsen, Flemmen, 2009).

Det at vi valgte denne metoden, har flere begrunnelser. For det første ville dette gi oss et datagrunnlag på hvordan utgangspunktet var før endringen trådte i kraft, det vil gi oss et sammenligningsgrunnlag. At man har et slikt grunnlag, anses som hensiktsmessig i en evaluering. For det andre er medarbeiderundersøkelsen en validert undersøkelse, og vi anså det som svært nyttig redskap vi kunne benytte oss av. Medarbeiderundersøkelsen er validert som en arbeidsmiljøundersøkelse, og man kan se endringer fra år til år. Med validitet menes gyldighet, og gjenspeiler hvor godt dataene representerer fenomenet (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2011). Validiteten til et spørreskjema sier noe om hva som måles, hvor godt denne målingen utføres og hvorvidt undersøkelsen virkelig måler det den har til hensikt å måle. Validiteten i MU' en er testet i 2009, og det beskrives at man *"alt i alt har et valid og reliabelt spørreskjema uten store svakheter, men det er rom for forbedringer og undersøkelsen bør valideres ytterligere og egenskapene bør følges opp videre gjennom fremtidige testinger"* (Svendsen, Flemmen, 2009). Medarbeiderundersøkelsen er som sagt validert som arbeidsmiljøundersøkelse, og vi benytter den i evalueringen for å se på om det er endringer fra 2014 til 2015. For det tredje kunne vi ta med hele populasjonen, altså alle ansatte i merkantil avdeling i kirurgisk klinikk. Dette gir oss bredere innsikt, enn om vi skulle benytte oss av intervjuer. Siden utvalget består av alle ansatte som er organisert i den nye merkantile avdeling, mener vi det er grunnlag for å trekke noen overordnede slutninger i forhold til opplevelsen av den strukturelle endringen.

Medarbeiderundersøkelsen sendes elektronisk ut som et spørreskjema til alle ansatte i helseforetaket. Spørreskjema består av 66 spørsmål, og er et lukket spørreskjema. I et lukket spørreskjema gis respondenten kun svaralternativer, og ikke gir mulighet for åpne svaralternativer der respondenten kan svare med egne ord. Svaralternativene på spørsmålene benytter en fem punkts Likert-skala. En likert-skala er en graderingsskala hvor svaret på hvert enkelt spørsmål graderes (0-5), i motsetning til en skala med kategoriske svaralternativer (ja/nei)(Store Norske leksikon). I MU er svaralternativene gradert med tallene 1-5, hvor 1 er "det minst ønskelige/mest belastende og 5 er det "mest ønskelige/minst belastende". De fleste spørsmålene er positivt formulert, men enkelte har en negativ formulering (Flemmen, Svendsen, 2009). I MU undersøkelsen er svarene anonyme, og kan ikke spores tilbake til den enkelte respondent.

Når medarbeiderundersøkelsen er gjennomført og behandlet, blir den presentert i en rapport knyttet til hver enhet. Det er disse rapportene som danner vårt grunnlag for sammenligning mellom 2014 og 2015, og mellom de forskjellige enheter i merkantil avdeling. I rapporten presenteres resultatene med en graf og en tabell. Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema. Eksempel på dette kan være at under hovedtema mål, så er det svart på 3 spørsmål og det presenteres svarresultat på hvert enkelt spørsmål. Rapporten presenterer altså enkelt svar og svar samlet under ett tema. Vi vil i vår presentasjon av funn bruke hovedtemaene. Rapporten presenterer også resultatet fra foretaket totalt sett (SSHF referanse) og referanse basert på Helse Sør-Øst totalt i fjor. I presentasjon av funn bruker vi kun Sørlandet Sykehus HF sin referanse.

Utvalget til vår studie er ca. 120-142 respondenter, og anonymiteten kan svekkes ved at enkelte er knyttet til små enheter. Vi har i studien valgt at alle merkantilt ansatte ved kirurgisk klinikk er representert i utvalget. Gjennom arbeidet med problemstillingen ble det over tid viktig å kartlegge opplevelsen til alle ansatte, ikke bare et lite utvalg. Vi mener et begrenset utvalgs subjektive opplevelse vil være lite representativ for gyldigheten av en evaluering.

Respondentene i utvalget representerer merkantile enhetsledere og medarbeidere i kirurgisk klinikk, fordelt på tre lokalisasjoner i Sørlandet Sykehus. Medarbeiderundersøkelsen 2015 i merkantil avdeling har en total svar på 91 %, og flere enheter har 100 % svar. Antall mulig respondenter var 142 personer. Ved gjennomføring av undersøkelsen i 2014, var utvalget organisert i flere avdelinger. Enkelte merkantile medarbeidere var knyttet sammen med andre faggrupper. Ved opprettelse av en felles merkantil avdeling ved årsskifte 2014/2015, startet arbeidet med å overføre medarbeidere til ny avdeling. Dette medfører at utvalget 2014 og 2015 ikke er helt identisk, og at ikke alle enheter har sammenlignbare tall fra 2014 til 2015. Det er også tilført flere merkantile stillinger i 2015. Utvalget består i all hovedsak av kvinner. Det er ikke spørsmål om kjønn i undersøkelsen. Det er stort aldersspenn i gruppen, ca. 22-67 år. Utdanningsnivå på respondentene er varierende, fra realkompetanse til universitetsutdanning på masternivå. Jakobsen (2015) påpeker viktighet av at spørsmålene i et spørreskjema er utformet slik at alle som svarer oppfatter spørsmålet tilnærmet likt. Den største forskjellen blant respondentene er alder, erfaring og utdanningsnivå, og dette kan føre til at respondentene oppfatter spørsmål forskjellig.

3.3 Dataanalyse

Hensikten med dataanalysen er å organisere dataene tematisk og analysere og tolke datamaterialet (Johannessen, Tuft, Christoffersen, 2011). I denne evalueringen har vi gjort en grundig dokumentanalyse av dokumentene presentert i tabell 1 (s 38). Denne dokumentanalysen presenteres i empirikapitlet. Vi har basert analysemetoden på en narrativ analyse. Jakobsen (2005) presenterer denne metoden, og dette blir vårt videre utgangspunkt. Narrativ analyse fokuserer på prosessen, og er dermed dynamisk i sin form. Man antar at virkeligheten bedre kan deles opp i frekvenser enn i kategorier som man i større grad vektlegger i en innholdsanalyse. Sekvensene kan gjerne være tidspunkt eller milepæler. En narrativ analyse vil ofte følge noen faste steg. Disse stegene beskrives slik. Først identifiserer man sentrale hendelser og tidspunkt for disse. Videre identifiseres de sentrale aktørene i fortellingen. Til slutt defineres den konteksten for de ulike hendelsene.

I denne studien har den narrative analysen foregått i to steg. Først en sekvensiell og kontekstuell inndeling hvor hendelse og sentrale aktører er førende for narrativet. Vi har utarbeidet en tabell (eller tidslinje), der disse sentrale hendelsene er satt inn sammen med sentrale aktører. Ved å bruke denne metoden, får man en god kronologisk oversikt over prosessen. Deretter gjøres en teoretisk narrasjon hvor typiske faser i en planlagt endring er sentrale for en videre organisering og drøfting av funn (Jacobsen, 2011).

Vårt analytiske rammeverk for analyse av data fra MU undersøkelsen er presentert i kapittel 2.4. Innenfor denne rammen har vi forsøkt å koble sammen målsettingene i prosjektet opp i mot de relevante tema i medarbeiderundersøkelsen. Temaene i medarbeiderundersøkelsen er så koblet til teori knyttet til de spesifikke temaene. Vi skal videre sammenligne svar fra medarbeiderundersøkelsene i 2014 og 2015. Vi søker å belyse om det kan være endringer i ansattes svar i MU, som kan kobles opp imot målsettingen i prosjektet.

3.4 Etiske avveininger

Etikk omhandler regler, prinsipper og retningslinjer for å vurdere om handlingen er riktig eller gal (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2011). Disse reglene og prinsippene må det tas hensyn til i forskningsstudier. All forskning stiller krav til bevissthet rundt forskningsetiske spørsmål. Som forsker skal man i størst mulig grad være uavhengig og nøytral i forhold til de tema som man undersøker, både i selve forskningsprosessen, og i presentasjon av funn i en oppgave. Vår studie/case er identifiserbar, siden vi evaluerer en helt konkret case. Dette gir flere etiske utfordringer. For det første beskrives sykehuset og klinikken inngående i oppgaven, slik at både klinikk og personer i klinikken er identifiserbare. For det andre så bruker vi sekundærdata fra en undersøkelse, der respondentene svarer i en annen ”kontekst”. Generelt blir alle informert om at MU er frivillig, og at den skal brukes til forbedringsarbeid i organisasjonen. For det tredje ønsker klinikken at vi ikke anonymiserer avdelingene når vi presenterer svarene fra MU. Ved at vi ikke anonymiserer avdelingene, kan små enheter være sårbare med tanke på identifisering av enkeltpersoner eller små grupper. Begrunnelsen for at vi skal bruke navn på avdeling, er at dette betegnes som en evaluering, og at klinikken ønsker å bruke resultatene konkret videre. Siste etiske utfordring kan være at vi begge er ansatt i samme klinikk som vi forsker i. At man er ansatt i samme klinikk som man forsker på, kan ha innvirkninger man som forsker bør være ekstra bevisst på. Man kan mulig overse noe fordi man tror man kjenner organisasjonen godt, og man kan være farget av noe i forkant av prosessen. På en annen side kan det være en fordel at man kjenner organisasjonen, og kjennskapen kan benyttes til å få en dypere forståelse av materialet man innhenter. Det viktigste vil være at man er bevisst den rollen man er i, at man nullstiller seg og går inn i rollen som nøytral forsker.

Totalt sett vurderes disse etiske utfordringene opp imot nytteverdi man har av forskningen. Denne forskningen er på organisasjonsnivå, og man anser en evaluering av en prosess som svært nyttig.

4.0 ANALYSEDEL

Resultatet av revisjonsrapporten førte til, slik vi har beskrevet tidligere, opprettelsen av en prosjektgruppe som skulle vurdere organiseringene av merkantile tjenester ved Kirurgisk klinikk. I det følgende vil vi presentere organiseringen før og etter opprettelsen av den nye Merkantile avdelingen. For å få kjennskap til grunnlaget som ble vedlagt ledergruppen presenterer vi en analyse av prosjektprosessen, med utgangspunkt i dokumenter presentert i kapittel 3.2. Videre vil vi presentere en analyse av 12 hovedtema fra medarbeiderundersøkelsen sett i forhold til hovedmålene som presenteres i prosjektrapporten. For å belyse disse hovedtemaene tar vi utgangspunkt i organisasjonsteori.

4.1 Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk klinikk

Kronologisk oversikt over hendelser og sentrale aktører i prosessen:

Hva	Når	Hvem
Opprettelsen av prosjektgruppe	August 2013	Klinikksjef
Beslutning om å utvikle forslag til modell for egen merkantilavdeling med avdelingsledere	Januar 2014	Styringsgruppen
Enighet om prosjektgruppens forslag til org.modell, modell X	April 2014	Styringsgruppen
Beslutning om opprettelse av merkantil avdeling og ansettelse av avdelingsleder	Mai 2014	Kirurgisk klinikk ledergruppe
Ansettelse av merkantil avdelingsleder	Oktober 2014	Klinikksjef

Klinikksjef ved kirurgisk klinikk vedtok i august 2013 å nedsette en prosjektgruppe som skulle komme med forslag til organiseringen av merkantil tjeneste i klinikken. Bakgrunnen for prosjektet beskrives som ett behov om mer lederstøtte som er formidlet av flere avdelingsledere. Det legges og vekt på utfordringen klinikken har i forhold til gjennomføring

av pasientforløp med god kvalitet. Det pasientadministrative arbeidet utføres forskjellig fra avdeling til avdeling og fra lokalisasjon til lokalisasjon. Det er uklare ansvarlinjer og organiseringen fører til at informasjonsflyten i organisasjonen ikke er godt nok ivaretatt. Det merkantile faget, altså det økonomisk- administrative faget har ulikt fokus og det er stor variasjon i kompetanse i de forskjellige avdelingene.

4.1.1 Prosjektets mandat og sammensetning

Prosjektets mandat defineres som følgende:

- Kartlegge de merkantile funksjonene i Kirurgisk klinikk, herunder kvantitet, arbeidsoppgaver og kompetanse
- Foreslå/ beskrive ny oppgavefordeling og organisering av disse
- Vurdere konsekvensene av ny oppgavefordeling og organisering
- Beskrive eventuelt kompetansebehov som klinikken mangler

Prosjektets mål er å sikre at de merkantile funksjonene i Kirurgisk klinikk støtter opp under klinikkens kjernevirksomhet, og organiseres slik at den er med å bidra til at klinikken står godt rustet til å møte framtidige utfordringer og omstillinger. I dette ligger en enhetlig merkantil tjeneste med fokus på daglig drift og klinikkens samlede pasientadministrative arbeid (Sørlandet sykehus, Prosjektrapport: Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk klinikk, 2014)

Organiseringen skal sikre robuste enheter, økt fleksibilitet og lik lederstøtte og kompetanse til avdelings- og enhetsledere i kirurgisk klinikk. Organiseringen skal og sikre at pasientforløpet herunder det pasientadministrative arbeidet kvalitetssikres og opprettholdes som en kjernevirksomhet.

I mandatet til påpekes viktigheten av bred involvering og prosjektgruppen bestod av 14 medlemmer. Alle tre lokasjoner var representert i gruppen. Prosjektets leder er personalsjef. Det ble og nedsatt en styringsgruppe bestående av 8 medlemmer inkludert klinikkledelsen, hovedverneombud og tillitsvalgt. Det ble i løpet av prosjektperioden gjennomført åpne informasjonsmøter ved alle lokasjoner. Det ble og publisert informasjon via SSHF's intranett.

4.1.2 Prosjekt prosessen

Prosjektgruppen gjennomførte en kartlegging av funksjoner og oppgaver og kompetanse blant de merkantile ansatte ved Kirurgisk klinikk. Gjennomgangen viste at merkantilt ansatte utfører mange ulike oppgaver og at det var stor variasjon i organisering og oppgavefordeling ved de tre lokasjonene. Ut i fra dette ble det synliggjort at det ligger en risiko for utydelige ansvarslinjer, uhensiktsmessig arbeidsfordeling og risiko for ulikt fokus på det merkantile faget ved de tre lokasjonene. Kartlegging av kompetanse viste at det er stor variasjon på formal- og realkompetanse. Kompetansen spenner fra kun realkompetanse til universitets grad på masternivå.

Vi vil i det følgende gi en kort presentasjon av organiseringen som ble kartlagt av prosjektgruppen:

Sørlandet Sykehus Flekkefjord SSF, de merkantile ressursene er organisert sammen med Medisinsk klinikk. Leder for den merkantile enheten er ansatt i Medisinsk klinikk.

Sørlandet Sykehus Arendal SSA, den merkantile tjenesten ved kirurgisk klinikk SSA har ikke en enhetlig struktur. Enkelte medarbeidere er knyttet tett opp til en avdeling, mens andre er knyttet opp mot flere avdelinger. Det er ikke entydig bruk av titlene enhetsleder, kontorleder og administrasjonskonsulent.

Sørlandet Sykehus Kristiansand SSK, her er de største avdelingene organisert med en nokså enhetlig struktur. Avdelingene er organisert med en administrativ enhetsleder med ansvar for alle merkantilt ansatte innfor gjeldende avdeling. Anestesiavdelingen har merkantile ressurser knyttet til avdelingsledelsen, mens skrivertjenesten ved Akuttmottaket som server alle klinikkene ved SSHF er organisert under egen enhetsleder. Operasjonsavdelingen og avdeling for Kirurgiske senger har ubetydelig merkantil ressurs knyttet til sin avdeling.

Tverrgående avdelinger, Øre Nese Hals avdeling ØNH og Øyeavdelingen er tverrgående avdelinger hvor også de merkantile ressursene har tverrgående Administrativ enhetsleder.

PTSS, prehospitaltjenester er lokalisert på Fyresmoen i Lillesand. Avdelingen har egen administrasjonskonsulent og sekretær. Avdelingen organiserer og gir støtte til 11 ambulansestasjoner.

Kodekontoret, består av fire årsverk og er organisert i stab ved Kirurgisk klinikk (Sørlandet sykehus, Prosjektrapport, Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk klinikk, 2014, s.6).

4.1.3 Opprettelse av arbeidsgrupper og utvikling av modeller

Prosjektgruppen ble delt i to arbeidsgrupper som fikk i oppgave å utarbeide forslag til organisasjonsmodeller for den merkantile tjenesten. Det kommer ikke frem i rapporten om arbeidsgruppene baserte utviklingen av disse modellene på bakgrunn av empirisk forskning eller organisasjonsteoretisk litteratur. Arbeidsgruppene skulle i løpet av en relativt kort periode legge frem forslag på to modeller hver. Disse modellene ble så vurdert av styringsgruppen.

I løpet av høsten 2013 ble det gjennomført en pro/ kontra analyse med en utvidet prosjektgruppe av de tre modellene styringsgruppen hadde anbefalt det ble arbeidet videre med. Resultatet av denne analysen er ikke presentert i prosjektrapporten, men vi finner i referatet nr. 6 (23.10.13) at gruppen istedenfor å gjennomføre en SWOT analyse velger å gjennomføre en pro/kontra i henhold til prosjektets målsetninger. Resultatet av denne analysen blir lagt fram for styringsgruppen. Det fremgår av referat nr 8 (10.01.14) at prosjektgruppen reduserer til to modeller, og arbeider videre med disse (Sørlandet sykehus HF, referat fra prosjektmøte). Prosjektgruppen kan ikke enes om en modell. I prosjektmøte nr 10 (13.03.14), blir det lagt frem en modell X av prosjektleder. Det fremgår ikke ut i fra dokumentene hvem som har utviklet denne modellen og om den er forankret i empiri eller teori. Denne modellen samler prosjektgruppen seg bak og kan kort beskrives som følgende.

- Opprettes egen merkantil tverrgående avdeling, ledet av en Avdelingsleder.
- Administrative enhetsleder på hver lokalisasjon på hvert fag.
- Det opprettes merkantilt fagråd som skal sikre et forpliktende samarbeid på tvers av lokasjonene for hvert fag, inkludert lederstøtte.
- Det legges opp til at lederstøttefunksjoner kan dekkes på tvers av fag/lokasjon (Sørlandet sykehus, Prosjektrapport, Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk klinikk, 2014, s. 11)

I henhold til referat ble det gjennomført en pro-kontra analyse sett i forhold til prosjektets mandat. Modell X ble fremlagt styringsgruppen og vedtatt som ønsket modell for

organiseringen av den merkantile tjenesten (Sørlandet sykehus HF, referat prosjektmøte 11, 24.03.14). I klinikk møte 29.04.14 blir modell X presentert for ledergruppen i Kirurgisk klinikk, og prosjektrapporten sendes ut på høring til avdelingsledere. Etter høringsuttalelser skal klinikksjefen fatte en beslutning (Sørlandet sykehus HF, referat klinikk møte 29.04.14). Klinikksjefen beslutter i mai 2014 at det opprettes en egen merkantil avdeling i henhold til modell X som er beskrevet tidligere.

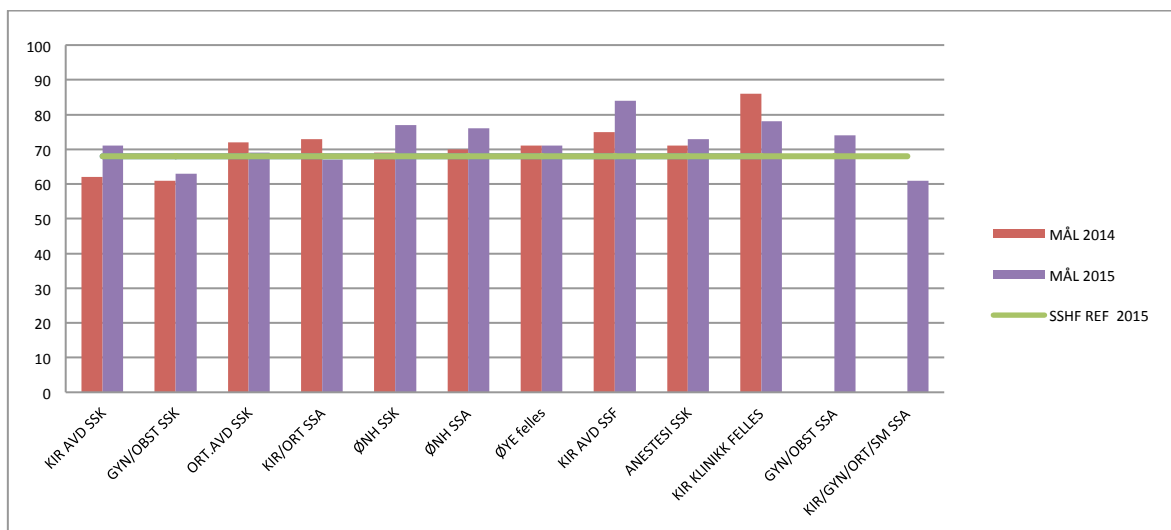
Det fremgår av prosjektrapporten at det skal gjennomføres en evaluering av implementeringen av strukturendringen i september 2015. Det blir i forbindelse med kompetansekartleggingen iverksatt et prosjekt som vil tilby de merkantilt ansatte autorisasjons som helsesekretærer via eget utdanningsløp. Dette prosjektet gjennomføres sammen med andre klinikker i sykehuset.

På forespørsel fra Kirurgisk klinikk gjennomføres vår studie som en evaluering av strukturendringen. Det ble på vårparten 2014 noe utsettelse med opprettelsen av ny Merkantil avdeling. Avdelingsleder merkantil ble først ansatt i oktober 2014, men startet da umiddelbart arbeidet med overføring av merkantil ansatte og omstrukturering i henhold til vedtatte modell.

4.2 Analyse og evaluering på grunnlag av medarbeiderundersøkelsen

For å analysere og presentere funn ut i fra medarbeiderundersøkelsen 2014 og 2015 vil vi benytte oss av det analytiske rammeverket vi har presentert i kapittel 2.4. Vi presenterer funn fra totalt 12 merkantile enheter, av disse er det 2 enheter som ikke har sammenlignbare tall fra 2014. Disse enhetene blir derfor bare vurdert i forhold til referansen i 2015. Referansen er resultatet for foretaket totalt sett, for Sørlandet sykehus HF vil dette si ca. 5500 ansatte. Kirurgisk klinikk felles (kirurgisk klinikk ledergruppe) består av enhetsledere. Vi vil redegjøre for funn under hvert hovedtema.

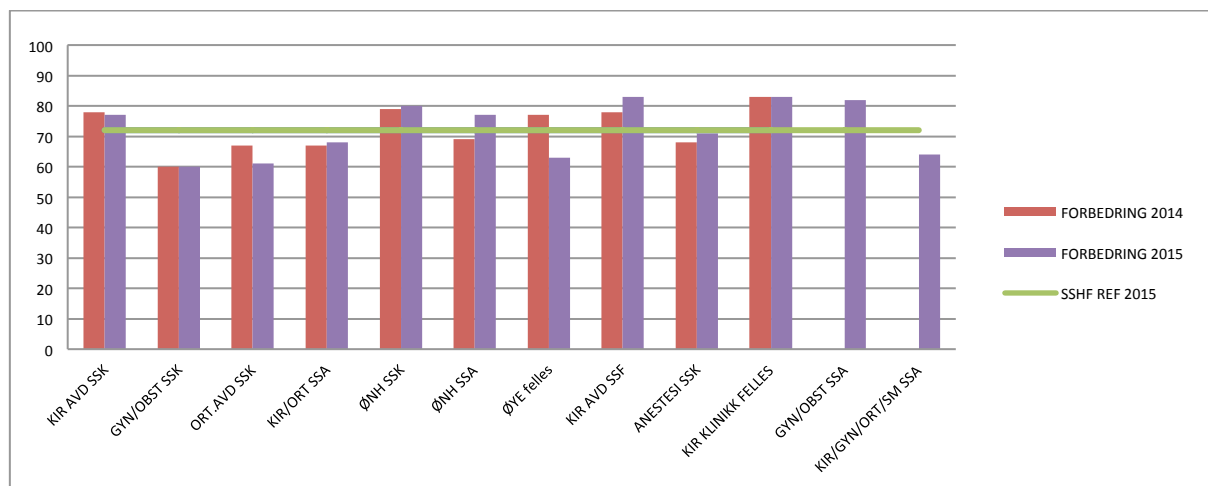
4.2.1 Mål



Som vi har beskrevet i kapittel 2.4.1 vil enhetens mål gi retning og virke styrende på de ansattes atferd. Som et resultat av konsernrevisjonen ble det etablert flere arbeidsgrupper som utformet overordnede prosedyrer og rutiner for det pasientadministrative arbeidet. I følge teorien kan effekten av internalisering av mål som fremmer kjernevirksomheten føre til ønsket atferd hos de ansatte. I henhold til mål ser vi at av 12 enheter ligger 9 av dem over eller på referansen. Videre kan vi se at 7 enheter har en forbedring i forhold til 2014. Ut i fra dette antar vi at ved å samle merkantilt ansatte under en avdelingsleder har de ansatte fått en tydeligere forståelse for hva som er avdelingens mål. Likevel ser vi at konsernrevisjonen har ført til at organisasjonen som helhet har satt fokus på det pasientadministrative arbeidet. Som vi har beskrevet er offentlig sektor preget av kamp om knappe ressurser, dette kan føre til målforskyvning og at man konsentrerer seg omkring avgrensede arbeidsområder. Vi antar at det å samle merkantilt ansatte i en avdeling fører til en større forståelse for de overordnede målene.

Vi kan og se at en enhet kirurgisk klinikk felles som består av enhetslederne har en nedgang fra 2014 til 2015. Selv om merkantilt ansatte er samlet i en avdeling har enhetsledere et tett samarbeid med lege/sykepleie avdelingsledere på øvrige avdelinger. Vi antar at dette vil kunne være en utfordring i forhold til hvilke mål som skal prioriteres. Mye av organisasjonens beslutningsmyndighet ligger i den operative kjernen, dersom det oppstår en målforskyvning for enhetslederne kan dette føre til en sub optimalisering av merkantilt avdelings mål.

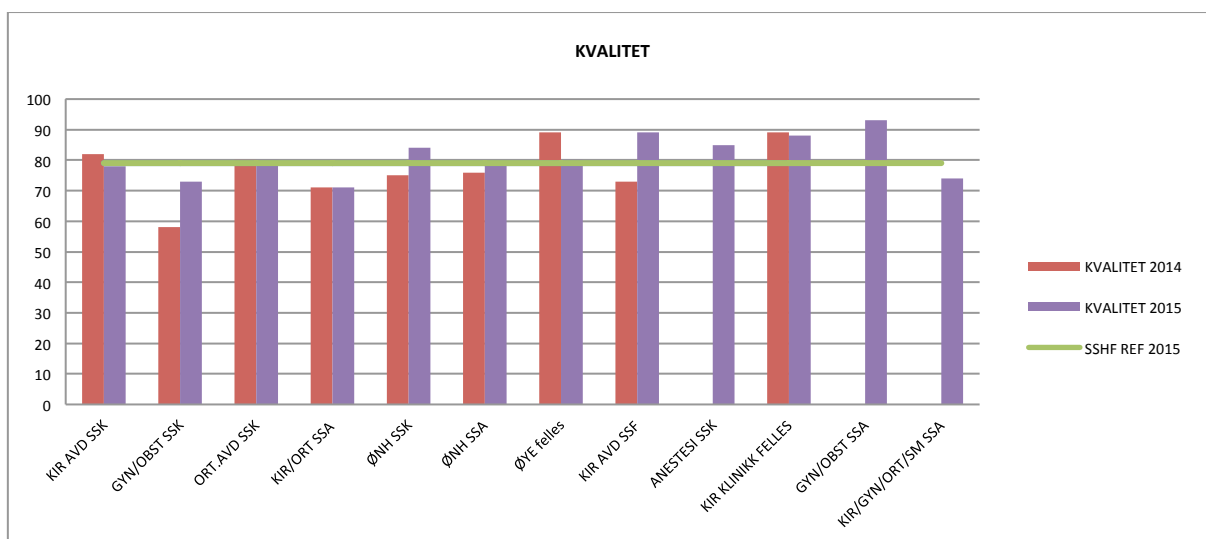
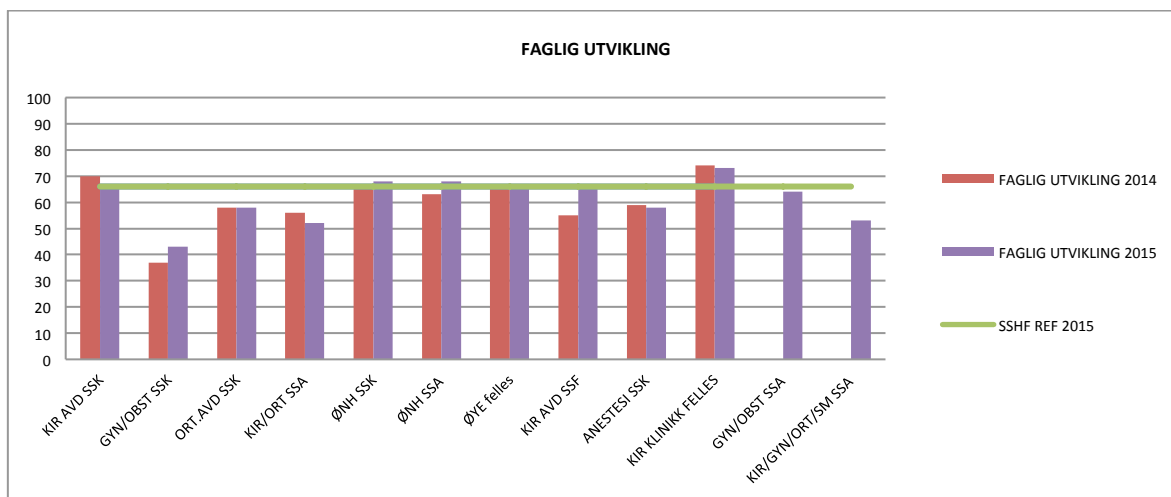
4.2.3 Forbedring



Et av målene for å samle merkantilt ansatte i en avdeling er å sikre robuste enheter. Som vi har beskrevet i kapittel 2.4.2 vil strukturen ha en effekt, men den faktiske atferden bestemmes mye av kulturen. Vi ser at det stort sett er liten variasjon på de enkelte enhetene fra 2014 til 2015. Hvordan man utfører arbeidsoppgaver og melder forbedringspotensialer vil være knyttet til grunnleggende holdninger og verdier på den enkelte enhet. Opplevelsen av ”hvordan vi gjør det her”, antar vi vil ligge sterkt selv om merkantilt ansatte har blitt samlet i en avdeling. For eksempel har ventelister blitt registrert på forskjellig måte, ofte vil man fremme det man anser som riktig måte å gjøre ting på. Kulturelle manifestasjoner kan tolkes ulikt i de forskjellige enhetene og dermed fremme subkulturer. Muligheten for en mer enhetlig kultur vil være tilstede ved å samle de ansatte i en avdeling, men endring i kultur vil ta tid og dette utfordrer muligheten for å fremme ”best practis”.

Vi ser videre at det er 6 enheter som ligger på eller under referansen, ut i fra dette mener vi det ligger en utfordring i merkantil avdeling for å fremme felles antakelser og oppfatninger i forhold til forbedringsarbeid.

4.2.2 Faglig Utvikling og kvalitet



Et annet hovedmål i prosjektet for å samle merkantilt ansatte i en avdeling, er at det skal forbedre kvaliteten i det pasientadministrative arbeidet. I forhold til faglig utvikling ser vi at de ansatte svarer tilnærmet likt i 2014 og 2015 på den enkelte enhet. Der det foreligger en endring er det en relativt liten endring.

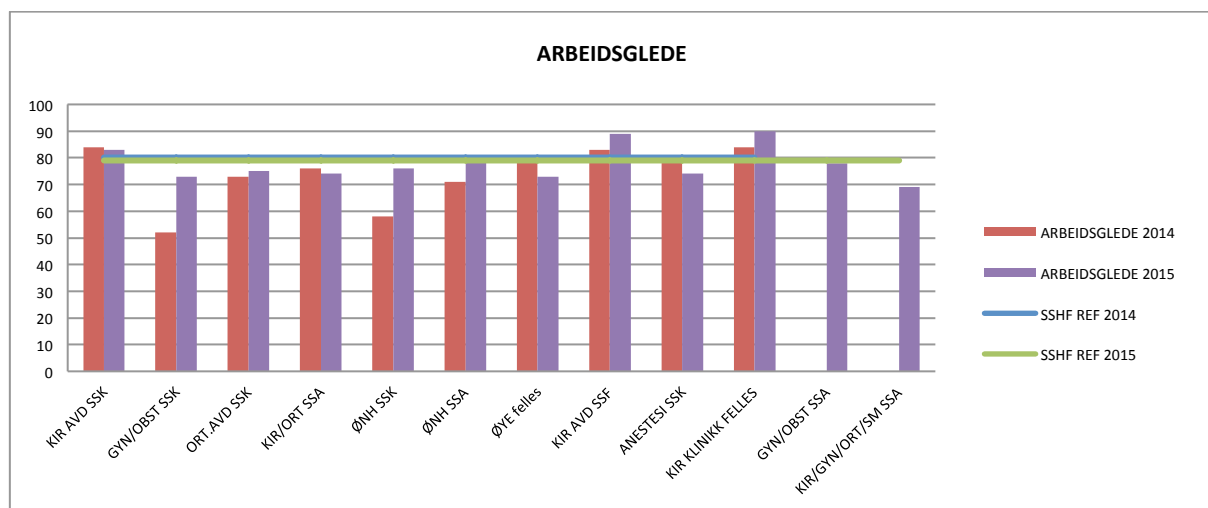
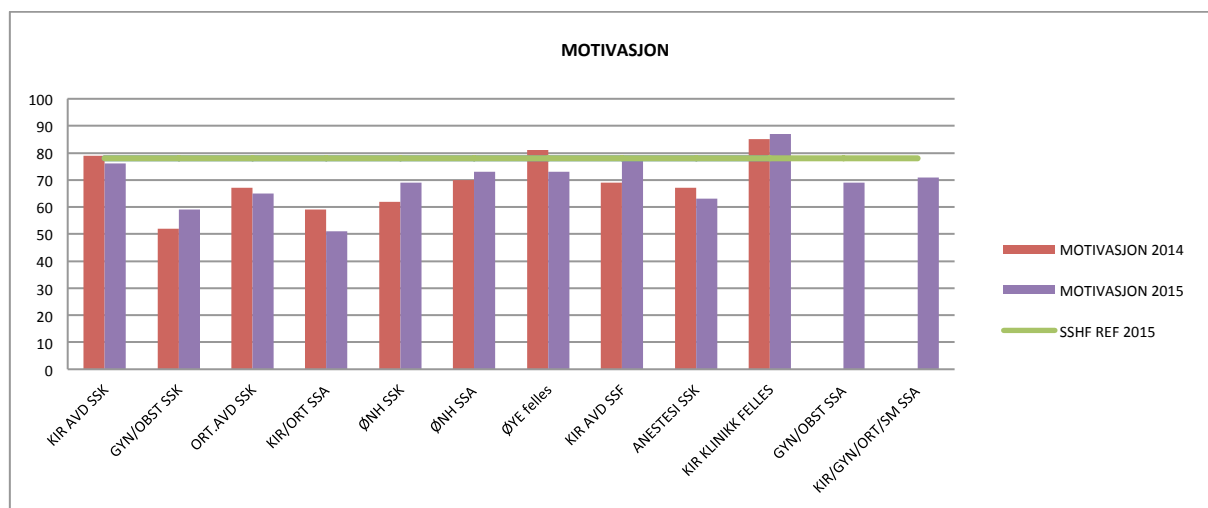
I forhold til kvalitet, kan vi også her se at flere enheter har liten endring fra 2014 til 2015. Likevel ser man at hovedtrenden her er en forbedring fra fjoråret. Vi ser at kirurgisk avdeling SSF skiller seg ut med en betydelig forbedring både på faglig utvikling og kvalitet.

Som vi har nevnt medførte konsernrevisjonen etableringen av nye prosedyrer og rutiner, dette har i større og mindre grad medført fokus på nye og endrede arbeidsrutiner i forhold til det pasientadministrative arbeidet. I punkt 2.4.3 defineres læring, et element i definisjonen er at læring kan anses som en prosess og dermed krever tid.

Selv om det ikke kan vises til en markant forbedring, vil vi hevde at de merkantilt ansatte har en opplevelse av god oppfølging og veiledning. Vi vil anta at utfallet ville være mer betydelig i negativ retning dersom dette ikke forelå. Man ser at hovedtrenden likevel er i en positiv utvikling i forhold til kvalitet på arbeidsprosesser og oppgaver på den enkelte enhet.

Likevel vil vi påpeke ovenfor avdelingsleder at flere enheter ligger under referansen. En begrunnelse for dette kan være arbeidets art, som i noen enheter kan være svært rutinepreget. I forbindelse med opprettelsen av merkantil avdeling ble det etablert 3 stillinger som kvalitetskoordinator. Hovedoppgaven er å koordinere oppfølging arbeidet i henhold til revisjonsrapporten. På grunn av tidsaspektet antar vi at effekten av dette arbeidet ikke er synlig ved årets MU.

4.2.3 Motivasjon og Arbeidsglede

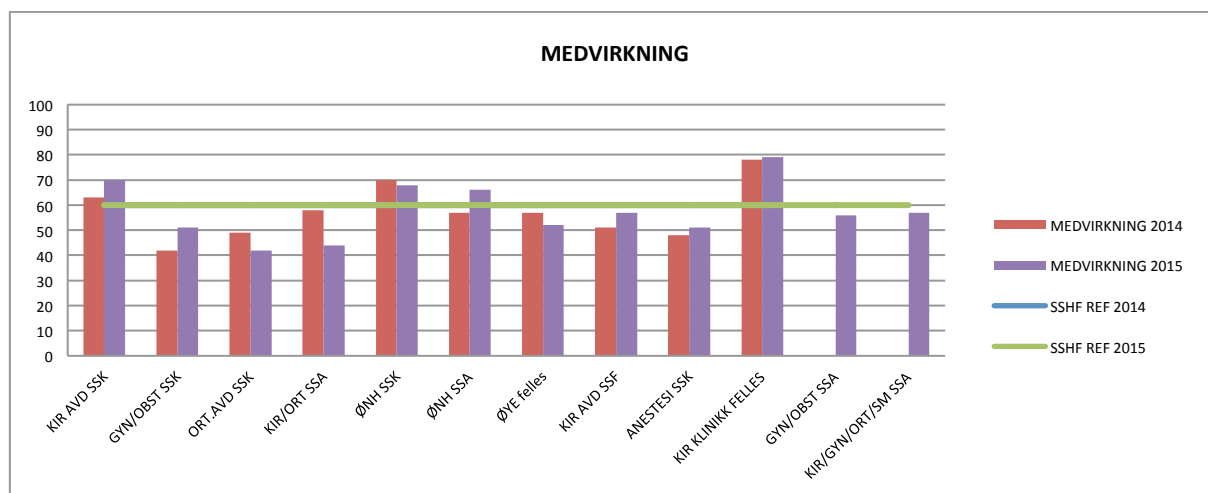


Som vi har beskrevet i kapittel 2.4.4 vil motiverte arbeidstakere yte ekstra for organisasjonen. Viktige elementer for motivasjon er meningsfulle oppgaver og ansvarsfølelse for resultat. Hovedfunn ved både motivasjon og arbeidsglede er at de merkantilt ansatte som helhet ligger på eller under referansen, utenom kirurgisk klinikk felles som representerer enhetslederne og kirurgisk avdeling SSF. Ut i fra dette framstår merkantilt ansatte som mindre motiverte og med mindre arbeidsglede en øvrige ansatte som representerer referansen. Til en hvis grad kan dette begrunnes i at arbeidet har karakter av å være rutinepreget. Ilebekk (2007) hevder at de merkantilt ansatte identifiserer seg med sine arbeidsoppgaver og derfor opplever at de har liten innflytelse på resultat.

Ut ifra tabellene kan man se at det er variasjon mellom enhetene i forhold til motivasjon. Ved 5 enheter kan vi se en positiv utvikling og ved 5 enheter ser vi en negativ utvikling. I forhold til tema arbeidsglede ser man noe av samme trend, 6 enheter har en positiv utvikling og 4 enheter har en negativ utvikling. Det som skiller seg ut her, er at flere av de enhetene som har en forbedring har en relativt markant forbedring.

Slik vi har beskrevet tidligere vil de aller fleste endringsprosesser møte en form for motstand. Vi vil anta at dersom det ikke foreligger en forståelse for endringen som blir iverksatt, vil det gi seg utrykk i opplevelsen av motivasjon og arbeidsglede.

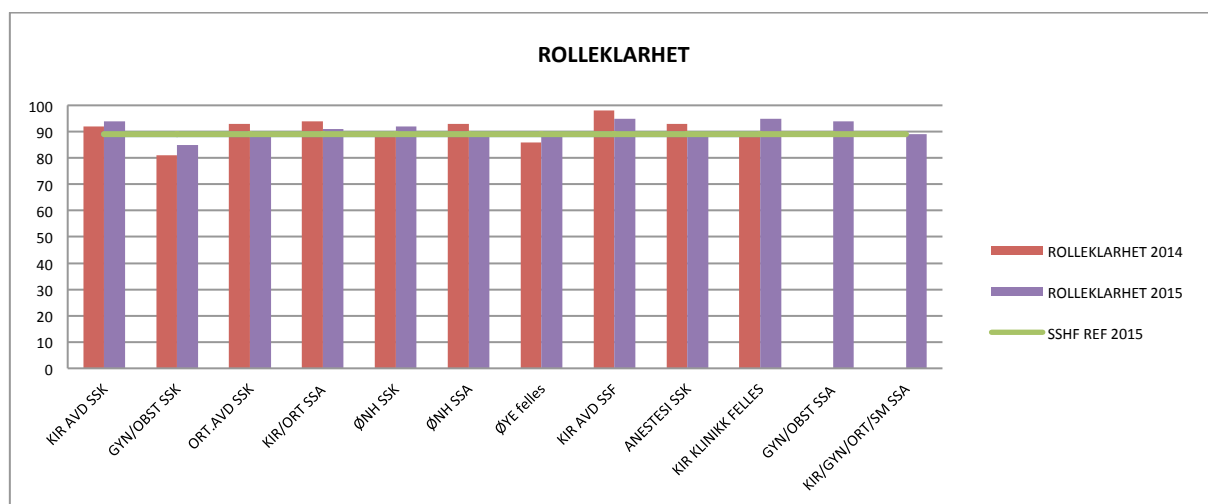
4.2.4 Medvirkning, Rolleklarhet og Rollekonflikt

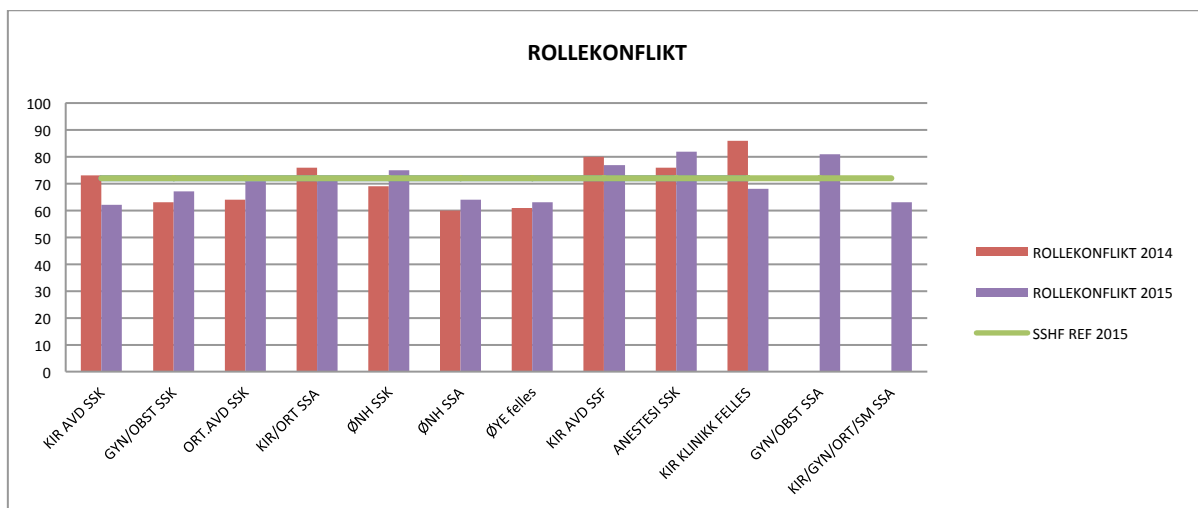


Jacobsen og Thorvik (2013) påpeker at hvor stor makt og kontroll man gir de ansatte er knyttet til kompetansekrav i forhold til arbeidsoppgavene. Sykehus har med leger og

sykepleiere profesjoner som vil ha mye makt og derfor er beslutningsmyndigheten i stor grad desentralisert. For merkantilt ansatte vil de som Ilebekk påpeker være en støttefunksjon for de utøvende profesjoner. Vi mener dette kan vær en årsak til at man under medvirkning i stor grad ligger under referansen. Kirurgisk klinikk felles som består av enhetsledere skiller seg ut i forhold til øvrige enheter. Det er ingen helt klar tendens, 6 enheter har en positiv utvikling og 4 enheter har en negativ utvikling. Både positive og negative endringer er relativt store på flere enheter.

Ut i fra dette vil vi anta at grad av involvering av de ansatte varierer i den enkelte enhet. Opplevelsen av å sette dagsorden og å kunne påvirke i forhold til beslutninger avhenger av kultur, struktur og maktforhold på enheten og øvrige avdelinger.

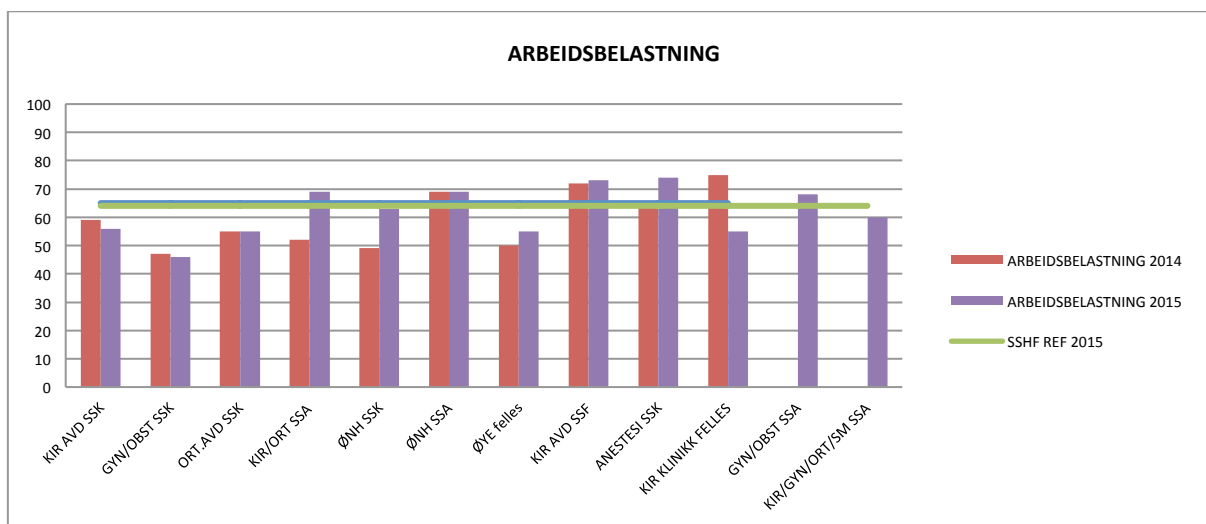




I forhold til rolleklarhet ser man at det er liten endring på alle enheter fra 2014 til 2015, ut i fra dette mener vi at de merkantilt ansatte har en klar oppfatning av ansvarsområde og hva som forventes av dem. Enhetene ligger også jevnt i forhold til referansen. Selv om de ansatte har en annen avdelingstilhørighet fra 2014 og 2015, er rollen avklart.

I forhold til rollekonflikt er det en positiv utvikling fra 2014 til 2015, 8 enheter ligger jevnt eller over referansen. Det er 6 enheter som ligger under referansen, men av disse er det kun kirurgisk avdeling, SSK og kirurgisk klinikk felles som har en negativ utvikling fra 2014 til 2015. For kirurgisk klinikk felles antar vi det har betydning at det kan foreligge forskjellig forventninger fra nåværende avdelingsleder og tidligere avdelingsledere.

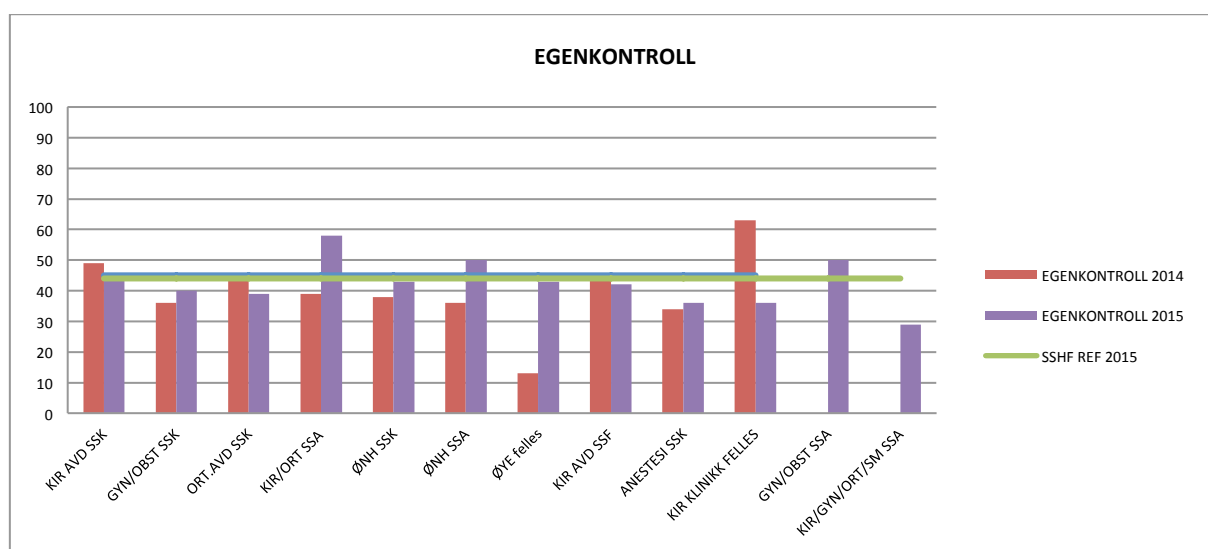
4.2.5 Arbeidsbelastning og Egenkontroll



Organisasjonsstrukturen kjennetegnes ved å skulle definere, fordele og koordinere arbeidsoppgaver, man deler helhetlige arbeidsoppgaver i mindre deloppgaver for å fremme effektivitet og produktivitet. I forhold til arbeidsbelastning er det 6 enheter som ligger under og 4 som ligger over referansen. Dette vil si at halvparten av enhetene opplever en stor arbeidsbelastning i forhold til referansen. Ut i fra dette kan det se ut som det ikke er en hensiktsmessig fordeling av arbeidsoppgaver og resurser mellom de forskjellige enhetene.

Ved at merkantil ansatte er organisert i en avdeling, vil det kunne gi avdelingsleder mulighet til å fordele arbeidsoppgaver og utnytte ressursene mer hensiktsmessig.

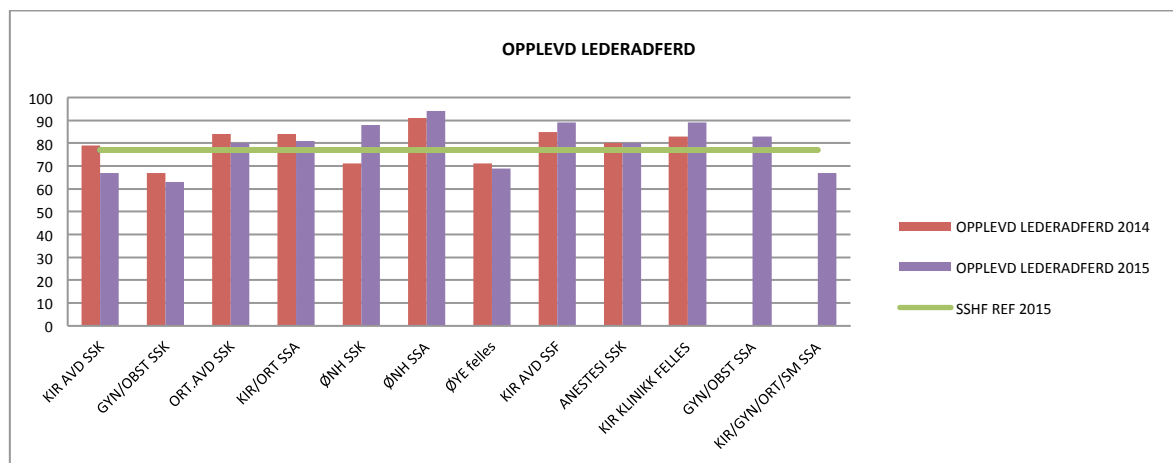
Den enheten som skiller seg mest ut er kirurgisk klinikk felles, det kan se ut som arbeidsbelastningen har hatt en markant økning fra 2014 til 2015.



Egenkontroll henspeiles i denne sammenhengen på muligheten til å påvirke arbeidsmengde og arbeidstempo. Vi ser at de samme enhetene som opplever minst arbeidsbelastning har en positiv utvikling i forhold til egenkontroll. Det er 4 enheter som har en negativ utvikling, 9 enheter som ligger relativt tett opp i mot referansen. Kirurgisk klinikk felles har også her en negativ utvikling og vi antar dette har sammenheng med ulike forventninger fra avdelingslederne.

Likevel ser vi at 3 enheter har en markant positiv utvikling.

4.2.6 Opplevd lederadferd



I henhold til opplevd lederadferd vil svarene vise til den enkelte enhetsleder. Leders funksjon er å påvirke de ansatte for å fremme ønsket atferd i forhold til organisasjonens mål. Vi ser at det på de fleste enheter er liten endring i opplevd lederadferd fra 2014 til 2015. Ved kirurgisk avdeling SSK er det en nedgang og ved øre-nese-hals SSK er det en oppgang, vi antar at dette har direkte sammenheng med den enkelte leders engasjement og tilstedeværelse.

Vi vil også påpeke at det er en liten positiv utvikling på kirurgisk klinikk felles. Det kan ha sammenheng med opprettelsen av egen avdelingsleder for merkantil avdeling.

Videre vil vi påpeke at gynekologisk/obstetrik SSK ligger under referansen på alle 12 tema, kirurgisk/gynekologisk/ortopedisk/smerte SSA ligger under referansen på 11 av 12 tema. I tillegg er det flere avdelinger som ligger under referansen på 6 til 7 hovedtemaer. Dersom referansen er et mål for avdelingen bør dette være et fokusområde. Vi mener og det ligger et potensial i bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser i forhold til funn på arbeidsbelastning mellom de enkelte enhetene.

5.0 DRØFTING AV FUNN

For å belyse problemstillingen har vi valgt å dele drøftingsdelen i to, vi vil i første omgang drøfte funn i prosjektrapporten opp i mot endringsteori. For å strukturere drøftingen har vi valgt å fokusere på endringsprosessens fire sentrale faser. Vi vil videre drøfte prosjektets målsetninger opp imot teori og funn fra medarbeiderundersøkelsen.

5.1 Endringsprosessen

Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver at organisasjonsendring medfører omstilling, og at man kan fastslå at det har funnet sted en organisatorisk endring når en organisasjon utviser forskjellige trekk på to ulike tidspunkter. Ved kirurgisk klinikk kan man bare ved å se på organisasjonskartet fastslå at det har skjedd en endring fra 2014 til 2015. Klinikken har opprettet og lagt til en ny avdeling. Ut i fra dette kan vi fastslå at det har funnet sted en strukturell endring.

En strukturell endring innebærer endringer i hvordan arbeidsoppgaver utføres, fordeles og koordineres (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Det kommer frem i prosjektrapporten at klinikkens sjef ønsker å nedsette en prosjektgruppe som skal komme med forslag i forhold til organiseringen av merkantilt personell. I mandatet til prosjektgruppen omhandler tre av fire punkter de merkantilt ansattes arbeidsoppgaver, gruppen skal kartlegge oppgavefordelingen, forslå ny oppgavefordeling og vurdere konsekvensen av ny oppgavefordeling.

Flere elementer peker mot at det foreligger en planlagt endring, som forstås som når ”*noen mennesker ønsker endring for å nå et nytt mål*” (Jacobsen, 2011, s 20). Klinikksjefen ønsker bedre kvalitet i det pasientadministrative arbeidet og flere avdelingsledere ønsker mer enhetlig lederstøtte i forhold til administrative oppgaver ved den enkelte avdeling.

Slik vi har beskrevet i kapittel 2.3.1 er det to grunnleggende forskjellige strategier for endring, strategi E og strategi O. Vi anser prosessen ved kirurgisk klinikk for å være en planlagt endring. Vi vil i det videre drøfte endringsprosessen og endringsstrategier med utgangspunkt i

fire faser som Jakobsen (2011) beskriver som sentrale ved en planlagt endringsprosess. Disse fasene er diagnose, løsning, gjennomføring og evaluering.

5.1.1 Fase 1: Diagnose - erkjennelse av behov for endring

Klinikkssjef beslutter opprettelse av en prosjektgruppe som skulle arbeide med ny organisering og oppgavefordeling for merkantilt ansatte. Det ble etablert en prosjektgruppe, altså en liten gruppe i forhold til organisasjonen, som skulle fremme forslag til løsning. Prosjektgruppens deltakere var fra flere nivå i organisasjonen, personalsjef, avdelingsledere og enhetsledere, i tillegg til tillitsvalgt og verneombud. Alle de tre sykehuslokasjoner var representert i gruppen. Med dette vises et ønske om bred deltakelse i prosessen.

Det var klinikkssjefen og avdelingslederne som fremmet et behov for en endring, med bakgrunn i informasjon fra revisjonsrapporten og et ønske om bedre kvalitet. Disse representerer helt klart ledelsen. Men med ønske om bred deltakelse i prosessen, og å skape engasjement hos ledere i organisasjonen, kan det se ut som klinikkledelsen bruker elementer fra strategi O. Strategi O vektlegger at ledelsen har en mer delegerende og støttende rolle, mens i strategi E beskrives ledelsens rolle med en mer instruerende karakter. Endringsstrategi E beskrives som at en endring er drevet fram og implementert av toppledelsen. Det kan derfor se ut som det er elementer fra begge strategier i denne fasen. Det er ikke bare den formelle toppledelsen som driver prosessen. Likevel ser vi at det kun er en liten gruppe av de ansatte representert, i all hovedsak ledere. Derfor kan man ikke si at endringen i dette tilfellet er noe som drives frem av den operative kjerne i organisasjonen.

Planleggingen av en organisasjonsendring kan være sekvensiell og analytisk som beskrevet i strategi E, eller inkrementell og eksperimenterende som representerer strategi O. Hvordan man går frem avhenger av hvilken strategi man ønsker å følge. Både strategi E og strategi O vektlegger at det foreligger en grunnleggende formulering av hvorfor man skal endre seg, og hva målet med endringen er. Strategi E vektlegger planleggingen som en lineær prosess, det vil si at man deler endringen inn i ulike faser som følger hverandre i tid. Vi kan se at denne prosessen har flere strategi E elementer, hvor man har startet med et mål og mandat, og at planleggingen og iverksettelsen kommer etter dette. Sentralt i en lineær planleggingsprosess er at man utfører analyser av de mulighetene man har. Dokumentanalysen viser at det ble gjennomført en kartlegging av arbeidsoppgaver og en kartlegging av kompetanse i starten av prosjektet, og at det videre ble etablert to arbeidsgrupper som skulle legge fram forslag på

minst to modeller hver. Ut i fra de gjennomførte kartleggingene ble det tydelig at det var stor variasjon i organisering og oppgavefordeling mellom lokasjoner i klinikken, dette beskrives som en kritisk faktor. Det blir og kartlagt stor variasjon i formal og real kompetanse, dette anses også for å kunne være en risiko faktor. Prosjektgruppen utarbeidet flere modeller som blir analysert i pro-kontra analyser, det var totalt 4 modeller som ble analysert.

Dette tyder på at det også i planleggingsfasen legges vekt på en sekvensiell og analytisk strategi. Velger man en strategi O, vektlegger man planleggingen mer som en prosess hvor man tar mindre skritt, prøver ut, evaluerer, for deretter å forkaste eller jobbe videre med tiltakene. Planleggingen fikk et inkrementelt preg gjennom at møtevirksomhet blir en dialogbasert prosess mellom prosjektgruppe og styringsgruppe, og vi observerer at det tas noen beslutninger underveis. For eksempel besluttet det tidlig i prosessen at det skal være en avdelingsleder.

5.1.2 Fase 2: Løsningen – beskrivelse av en ønsket framtidig tilstand

Strategi O vektlegger i sin strategi organisasjonens evne til å være i stand til kontinuerlig å tilpasse seg endringer i organisasjonen. Denne endringsstrategien beskriver at organisasjonen skal være en lærende organisasjon, og dermed kontinuerlig endre seg i tråd med utviklingen. Man ser at endringsstrategi O krever tid, og lykkes best hvis man kan ta små skritt (Jakobsen, 2011). Strategi E fokuserer i sin målsetting mer på synlige resultater. I organisasjoner som opererer i et marked, er det viktigste resultatet bedre avkastning. Sykehus fremmer ikke profitt på samme måte. Men det betyr ikke at man ikke fokuserer på synlige resultater. Et slikt perspektiv synes kanskje vanskelig i en så stor og kompleks organisasjon som sykehuset er, der det ofte kan være komplekse og motstridende målsettinger

Klinikken erkjente av det var behov for at man gjorde en gjennomgang av de merkantile tjenestene ved sykehuset for å oppnå bedre kvalitet i det pasientadministrative arbeidet og imøtekomme avdelingsledernes behov for mer administrative støtte. Arbeidsgruppen fikk et mandat de arbeidet etter, og det framkommer at det ble utarbeidet og foreslått flere modeller for en ny organisering av de merkantile tjenestene ved kirurgisk klinikk. Alle modellene som blir utviklet av de to arbeidsgruppene foreslår å etablere en egen avdelingsleder for det merkantile faget. Dette begrunnes med større fokus på det merkantile faget, og et ønske om like prosedyrer og rutiner på tvers i organisasjonen. Alle gruppene søker en strukturell endring for å løse problemet som er definert. Ut i fra oppgavefordelingen som en kritisk

faktor kan en strukturell endring være hensiktsmessig, fordi det er strukturen som definerer hvordan arbeidsoppgavene i organisasjonen fordeles, grupperes og koordineres (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Strategi E fokuserer på å endre organisasjonens formelle elementer, og det er disse elementene i all hovedsak ledelsen i en organisasjon kan kontrollere. Dette er derfor en endring som ledelsen kan gjennomføre ganske raskt. Endring i struktur kan også i stor grad påvirke maktforhold i organisasjonen. Strategi E lykkes best når ledelsen har tilstrekkelig støtte og makt både internt og eksternt i organisasjonen, og når organisasjonen har en kultur for at ledelsesstyrte endringsprosesser blir akseptert (Jakobsen, 2011). Dette har vært en klassisk utfordring i sykehusorganisasjoner, der mye av makten har vært tillagt den operative kjerne. I strategi O er det menneskene i organisasjonen som settes i fokus, og endring vil i stor grad avhenge av endringsferdigheter og ønske om endring hos den enkelte eller i en gruppe i organisasjonen. Derfor er denne strategien i stor grad rettet mot å endre på sentrale kulturelle elementer som oppfatninger, normer og verdier (Jakobsen, 2011). Vi ser at det i denne prosessen fokuseres på endring i de formelle elementer, og dette viser helt klart til en endringsstrategi E.

Styringsgruppen gir tilslutning til å etablere en ny merkantil avdeling med egen avdelingsleder. Det kommer fram i referat fra prosjektmøte at modell X presenteres av prosjektleder som et kompromiss siden gruppen ikke klarer å enes etter analysen (Sørlandet sykehus HF referat 1-13). Hva som lå til grunn for denne organisasjonsmodellen og hvorfor denne organisasjonsmodellen ble anbefalt finner vi ikke beskrevet i prosjektrapporten. Vi kan heller ikke ut i fra dokumentanalysen se om det er lagt til grunn empiriske modeller som grunnlag for valget av organiseringen av merkantile tjenester. Vi vet ut i fra referater at det tidlig i prosjektprosessen var et ønske om å hente inn informasjon fra andre helseforetak, og fra en mindre omorganisering ved medisinsk klinikk. Det kommer ikke frem om det forelå noe resultat fra denne innhenting (Sørlandet sykehus HF referat 1-13). Ut i fra det vi har beskrevet tidligere i forhold til planlagt endring og strategi E som en rasjonell prosess vil vi si at dette kan være en svakhet. Grunnlaget for valgte modell er svært uklart. Det er heller ikke gjort noen god begrunnelse for at modell X vil være mer hensiktsmessig enn en av de andre modellene.

Man legger i prosjektprosessen opp til en prosess med høy grad av involvering. Gjennom informasjonsmøter og oppdateringer på sykehuset intranett blir ansatte invitert til å komme med innspill. Disse elementene bærer preg av strategi O med et ønske om å skape engasjement og eierskap til prosessen.

Jacobsen (2013) hevder at endring ofte vil møte motstand ute i organisasjonen. Trekk ved selve endringen, endringens innhold og omfang, og endringens tidsperspektiv beskrives som elementer som kan påvirke graden av motstand. Hvis grunnlaget for endringen oppfattes som klart og tydelig, kan motstanden være mindre. Vi oppfatter at denne endringsprosessen er møtt med relativt liten motstand i organisasjonen. Både i styringsgruppen og ute i organisasjonen er det observert lite motstand. Man kan anta at prosessen og igangsettelsen av endringen har vært klart og tydelig oppfattet i organisasjonene som noe nyttig. Man kan også beskrive at motivasjon for endring er et sentralt element, og er en suksessfaktor for om en endring lykkes. Motivasjon for endring kan skapes gjennom sentrale aktører og belønning, noe som vektlegges i strategi E. Belønningen kan være knyttet til resultater, den kan være utformet som individuell, gruppe eller organisatorisk belønning, og den må være utformet slik at den er mulig å oppnå (Jakobsen, 2011) I denne sammenheng kan man ikke spore tilbake på at motivasjonen henger sammen med belønning til den enkelte ansatte. Man kan likevel anta at belønningen kan oppfattes i at det merkantile faget, og at gruppen som helhet, får et endret fokus i organisasjonen som følge av strukturendringen. I strategi O beskrives det at motivasjon for endring skapes gjennom indre drivkrefter og eierskap til prosessen. I denne prosessen ser det ut til at man har gitt de som arbeider i organisasjonen mulighet til delaktighet med bred deltakelse, både i prosjektgruppen og med gjennomføring av informasjonsmøter underveis i prosessen. Dette viser at prosessens innehar elementer fra både strategi E og strategi O med tanke på motivasjon for endring, og at dette til en viss grad kan henge sammen med at det har vært lite motstand i merkantil gruppen.

Modell X blir presentert for kirurgisk klinikk ledergruppe (Sørlandet sykehus HF, referat klinikk møte, 29.04.2014). Ledergruppen ved kirurgisk klinikk består av avdelingsledere som representerer legehierarkiet og sykepleierhierarkiet. Det kommer ikke frem i dokumentundersøkelsen at det har vært noen form for motstand i forhold til forslaget. På bakgrunn av profesjonenes sterke posisjon i sykehus ville vi ha forventet en form for motstand fra disse gruppene. Ved å opprette en ny fagavdeling vil makt forskyves i organisasjonen, og kontroll og eierskap til sentrale oppgaver vil overføres til en annen avdelingsleder. Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus (2011) viser til at det kan se ut til at sykehus som organisasjon går fra en profesjonslogikk der kyndighet vektlegges til en mer organisasjonsrettet logikk der det er fokus på oppgaveløsning og kontroll. Ut i fra dette mener vi at mangelen på motstand fra øvrige profesjoner kan underbygges av denne teorien.

Det kan se ut til at lege- og sykepleielederne opplever det som hensiktsmessig å overføre ansvaret for det administrative arbeidet til en merkantil avdeling.

5.1.3 Fase 3: Gjennomføring av planlagte tiltak i organisasjonen

Arbeidet med å gjennomføre de planlagte endringer i organisasjonen starter som en trappetrinnløsning. Første trinn innebærer å ansette avdelingsleder, trinn to innebærer å ansette enhetsleder i tråd med modellen, videre starte arbeidet med å overføre ansatte til merkantilavdelingen. Prosjektrapporten beskriver at det og skal etableres fagråd på tvers av lokasjonene.

En forutsetning for at man lykkes med strategi E, er at ledelsen har tilstrekkelig støtte internt i organisasjonen. For strategi O vil det være av betydning at organisasjonen har tid til å ta små skritt, prøve ut og feile. I denne prosessen har det vist seg at endringen mest sannsynlig har hatt støtte internt, siden det ikke er observert særlig motstand. All form for endring og spesielt endring som oppleves direkte av den enkelte medarbeider vil kunne skape usikkerhet og motstand. I forhold til det som er beskrevet i rapporten vil det være forskjellig grader av omorganisering ved de tre lokasjonene. Ved SSK var det i hovedsak allerede etablert et administrativenhetsleder nivå, det var det også ved SSF. Den største endringen har funnet sted ved SSA. I forhold til det vi har diskutert om motstand i foregående kapittel kan det se ut som endringen oppleves som hensiktsmessig og riktig for de merkantilt ansatte. Ut i fra funn i medarbeiderundersøkelsen ser vi at mål oppleves som mer tydelig definert fra 2014 til 2015. Dette gjelder for alle tre lokasjonene. Ut i fra dette antar vi at grunnlaget for omorganisering er akseptert og internalisert av gruppen. Likevel vil vi vise til Ilebekk's studie (2007) der hun påpeker at merkantilt ansatte opplever at de står svakt i organisasjonen. Man kan forvente at det vil være mindre motstand i en gruppe som selv definerer seg som svak i organisasjonen.

5.2.4 Fase 4: Evaluering av om tiltak virker som planlagt

I prosjektrapporten er det beskrevet at prosjektgruppen skal samles etter at modellen er innført, det kommer ikke fram om gruppen på dette møte skal gjennomføre en evaluering, men vi vil anta formålet var å diskutere resultatet. Det kan se ut til at dette møte ikke har funnet sted da det ikke foreligger noe referat. Det ble og initiert fra styringsgruppen at det skal

gjennomføre en evaluering i september 2015, det foreligger ingen beskrivelse av hvordan evalueringen skulle gjennomføres.

På grunn av prosjektets omfang ble det en forskyvning i forhold til oppsatte tidsplan. Dette førte til at første trinn i innførselen av modell X, ble utsatt til høsten 2014. Avdelingsleder ble først ansatt 1 oktober 2014. Det kan se ut til at verken avdelingsleder eller prosjektleder hadde konkrete planer for gjennomføringen av en evaluering. Dette ble igjen aktualisert ved vår masteroppgave. Vår studie blir derfor gjennomført som en evaluering av den strukturelle endringen ved kirurgisk klinikk.

5.1.5 Avsluttende drøfting av endringsprosessen

Selv om vi mener det er hensiktsmessig med en strukturell endring i forhold til de utfordringene som skisseres av klinikkledelsen, vil i påpeke at det kan se ut til at sykehus ofte velger endringer i den formelle strukturen som en løsning på utfordringer de står ovenfor. Det har blitt gjennomført utallige omorganiseringsprosjekter i helseforetakene i løpet av de siste årene, for eksempel strukturendring i forhold til funksjonsfordeling og OUS prosessen. Hvorfor sykehus ender opp med og fokuserer på å gjøre noe med de formelle elementene, altså strukturen, kan mulig forklares med at dette utad viser seg som et synlig resultat. Det at organisasjonen er endringsvillig og har respondert på drivkreftene i omgivelsene og internt i organisasjonen kan legitimere ledelsen som handlekraftig.

Det som også er interessant er at dette prosjektet kun ble gjennomført ved kirurgisk klinikk, strukturendringen gjelder i så måte bare kun i en divisjon/ klinikk. Vi har tidligere beskrevet at sykehus kan ses på som en divisjonalisert organisasjon, i utgangspunktet vil divisjonene kunne være svært uavhengige av hverandre, men Torjesen (2007) viser til at i sykehusstrukturene vil divisjonene være mer gjensidig avhengig av hverandre. Om den strukturelle endringen ved kirurgisk klinikk vil kunne bli en utfordring i forhold til øvrige klinikker er ikke vurdert av prosjektgruppen.

Endringsprosessen som har funnet sted ved kirurgisk klinikk mener vi i stor grad kan defineres i forhold til strategi E, da endringen finner sted i de formelle elementene i organisasjonen. Endringen er til en viss grad drevet fram av ledelsen, og den bærer preg av å være en sekvensiell og analytisk prosess. På bakgrunn av revisjonsrapporten som setter krav til endringer i forhold til det administrative arbeidet, mener vi det kan vises til både intern og

ekstern forventning om en endring. Men vi ser også at endringsprosessen har elementer av strategi O. Det har vært bred involvering i prosessen, og det har vært mulig å komme med innspill. Ofte vil det ikke være et helt klart skille mellom strategiene, og det vil vise seg at det er elementer fra begge. Opprettelsen av en merkantil avdeling og endringen i den formelle strukturen ved kirurgisk klinikk fremstår som en relativt vellykket prosess, den er akseptert av alle nivåer i organisasjonen med liten grad av motstand.

At man har valgt en hensiktsmessig endringsstrategi, og at den er tilpasset den type endring som det er intensjon om å gjennomføre, er avgjørende for resultatet. Videre vil ledelse av endringsprosesser ha en sentral plass. At endringen ledes på en hensiktsmessig måte og at ledelsesform som utøves passer til endringsprosessen og konteksten, er også avgjørende..

5.2 Prosjektets målsetninger

Siden studiet gjennomføres som en evaluering av strukturendringen ved kirurgisk klinikk anser vi det som interessant og hensiktsmessig å drøfte funn og overstående teori i forhold til målsetningene som blir presentert i prosjektets mandat. Målsetningene i prosjektet er formulert relativt generelt. For å operasjonalisere målene har vi som beskrevet i kapittel 2 valgt å utforme et analytisk rammeverk. Vi vil i det følgende drøfte teori og funn fra medarbeiderundersøkelsen i forhold til målsetningene.

5.2.1 God forvaltning av tilgjengelige ressurser

I forhold til målsetningen i prosjektet om god forvaltning av tilgjengelige ressurser viser funn fra medarbeiderundersøkelsen at flertallet av enhetene har en positiv utvikling i forhold til tema mål fra 2014 til 2015, som vi har beskrevet i kapittel 4.2.1 antar vi at ved å samle de merkantilt ansatte i en avdeling har de fått en mer enhetlig forståelse av hva som er avdelingens mål. Et annet funn fra medarbeiderundersøkelsen viser og at halvparten av enhetene opplever stor arbeidsbelastning og liten grad av egenkontroll.

For enhver organisasjon vil god forvaltning av tilgjengelige ressurser være et mål, hvordan man søker å oppnå dette vil gi seg uttrykk i organisasjonens struktur.

Sykehus preges av kamp og knappe ressurser og høy grad av spesialisering, det vil være en utfordring for ledelsen å samle organisasjonen om felles mål. Ved høy grad av spesialisering og en organisasjon med sterke profesjoner vil det ofte være ”gode hensikter” som kan være motstridende.

Styrende for forvaltningen av ressursene vil være krav fra eier, i løpet av det siste tiåret har det vært en dreining fra at makten flyttes fra de medisinske profesjonene til pasienten. Ny pasientrettighets lov trådte i kraft 1. september 2015, ved innføringen av denne loven vil mer makt flyttes fra organisasjonen til pasienten. Slike lover og reformer vil i stor grad være styrende på ressursbruken i spesialisthelsetjenesten.

I henhold til hva vi har presentert tidligere kan sykehus ses på som divisjonaliserte organisasjoner med maskinbyråkratiske trekk (Torjesen, 2007), dette fører også til en overgang fra profesjonslogikk til organisasjonslogikk med fokus på måloppnåelse. Ved NPM reformer og ved at maskinbyråkratiske trekk ytterligere forsterker seg ved sykehus, blir måloppnåelse og oppgavefokus viktig. Dette vil kunne svekke profesjonsmakten og gi rom for annen innflytelse enn den medisinske. Ilebekk (2007) mener at denne utviklingen kan innebære en fordel for merkantilt ansatte, fordi deres innflytelse trolig vil være større i et oppgaveperspektiv enn i et profesjonsperspektiv hvor de kun sees på som en støttefunksjon.

Glouberman, Sholom & Mintzberg (2001) vektlegger spesielt koordineringsproblemer på sykehus. For å drifte et sykehus mest mulig effektivt, er det spesielt viktig at de ulike ”verdenene” som organisasjonen utgjør, samarbeider for å nå felles mål. For å kunne koordinere de ulike fokusområdene vil standardisering av oppgaver på en hensiktsmessig måte ha stor betydning. For å befeste sin posisjon og styrke den kan merkantilt ansatte være svært viktige aktører i en slik koordinerende rolle for å sikre god kvalitet på pasientforløpet.

Det at man har samlet merkantilt ansatte i en avdeling, og på tvers av flere lokasjoner, mener vi kan ha en god effekt på det koordinerende arbeidet. Det at avdelingen søker å ha felles mål og ved å utvikle felles prosedyrer og rutiner mener vi fremmer en mulighet for bedre kvalitet og bedre effektivitet.

I forbindelse med konsernrevisjonen ble det utviklet felles prosedyrer og rutiner for det pasientadministrative arbeidet på foretaksnivå. Det positive resultatet i medarbeiderundersøkelsen i forhold til mål er det derfor vanskelig å vurdere om har sin betingelse i avdelingens mål eller foretakets systematisering. Ved medisinsk klinikk er det

ikke opprettet en egen merkantil avdeling. I dette studiet er det ikke gjennomført en sammenligning mellom kirurgisk og medisinsk klinikk, derfor kan man ikke fastslå om opprettelse av en egen merkantil avdeling i seg selv gir god måloppnåelse. Likevel kan man anta at en avdelingsleder kan virke samlende og gi retning. Ledelse defineres som en atferd som utvises for å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd (Yukal, 2013).

Ut i fra dette mener vi at ved å samle merkantilt ansatte under en avdelingsleder er det en større mulighet for å forvalte tilgjengelige ressurser bedre. Det foreligger en mulighet for avdelingsleder til bedre å kunne fordele de tilgjengelige ressursene, for å oppnå en jevnere arbeidsfordeling.

5.2.2 Hensiktsmessig oppgavefordeling

Ut i fra resultatet i medarbeiderundersøkelsen er det vanskelig å si at hensiktsmessig oppgavefordeling er oppnådd. I forhold til medvirkning foreligger ingen klar trend verken i positiv eller negativ retning, hensiktsmessig oppgavefordeling i sykehus vil i noen grad betinges av den operative kjerne, ved leger og sykepleiere. Endring i kultur vil som vi har påpekt ta tid. Øvrige funn fra medarbeiderundersøkelsen viser at halvparten av enhetene opplever stor arbeidsbelastning og liten grad av egenkontroll.

Ved innføringen av elektronisk pasientjournal (EPJ) og økende fokus på kvalitet i form av prosjekter som ”Glemt av sykehuset” ser vi at hensiktsmessig oppgavefordeling har stor betydning i sykehus. Oppgaveforskyvning og et fokus på hvem som utfører hvilke oppgaver har blitt satt på agendaen i løpet av de siste årene. Klinikere som opplever at de utfører administrative oppgaver de behersker dårlig og som med fordel kunne vært utført av merkantilt personell er en kjensgjerning, John Helle belyser dette i en artikkel i Dagens næringsliv, 01.07.2014. I prosjektrapporten fremheves det og at flere lege/sykepleier avdelingsledere utfører oppgaver som bør ivaretas av merkantilt personell.

For enhver organisasjon vil det være en utfordring å sikre at oppgaver blir utført av riktig personell på riktig nivå. Vi antar at dette ytterligere vil kunne kompliseres på grunn av kompleksiteten ved sykehus. Fagprofesjonene har tradisjonelt stått svært sterk og det kan derfor være vanskelig for merkantilt ansatte som gruppe å posisjonere seg i forhold til oppgavefordeling. Ilebekk (2007) viser i sitt studie at merkantilt ansatte kan bidra til å sikre kontinuitet i organisasjonen ved sin besittelse av praktiske ferdigheter og ”taus kunnskap”.

Samtidig påpeker hun at merkantilt ansatte tradisjonelt har vært sterk underordnet de øvrige profesjonene i sykehuset.

At merkantilt ansatte er en uutnyttet ressurs påpekes også i rapporten ” oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten”(Helsedirektoratet, 2013). Vi vil hevde at ved å samle de merkantilt ansatte under en avdelingsleder, vil man på en bedre måte kunne formidle ut i organisasjonen hvilken kompetanse gruppen kan bidra med. Ved opprettelsen av merkantilt avdeling deltar avdelingsleder merkantilt i ulike fagråd som kan være en arena for å formidle hvilke arbeidsoppgaver gruppen utfører og kan utføre.

Vi mener og det vil være en mulighet for bedre oppgavefordeling i forhold til kompetanse, evne og ferdigheter hos den enkelte ved å samle dem i en avdeling. Oppgavene til de merkantilt ansatte er tett knyttet til den operative kjernen, ved økt grad av spesialisering vil dette også gi seg utslag i økte kompetansekrav ovenfor denne gruppen, som for eksempel ved innføringen av pakkeforløp for kreftpasienter. Ved kirurgisk klinikk førte dette til et behov for merkantilt ansatte som kunne delta i koordineringen av de enkelte fagfeltene.

En utfordring kan være antall hierarkier det er hensiktsmessig å etablere innenfor samme organisasjon, ved flere parallell hierarkier vil etablerte makt og beslutningslinjer kunne bli utfordret. Dette kan ved motstridende interesse føre til en uhensiktsmessig oppgavefordeling.

Funn fra medarbeiderundersøkelsen viser at det er en skjevhet i forhold til arbeidsbelastning mellom de enkelte enhetene, dette kan være en utfordring i forhold til god oppgavefordeling. For å oppnå en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom merkantilt ansatte mener vi det vil kunne ha bedre forutsetninger ved å samle gruppen i en avdeling. Som leder har man mulighet til å avdekke dobbeltarbeid og kartlegge ressurspersoner som kan heve kvalitet og fremme forbedring. En avdeling vil enklere kunne etablere en mer enhetlig kultur.

Ut i fra dette mener vi at muligheten for å nå målsetningene har bedre forutsetning under en avdelingsleder.

5.2.3 Tydelige ansvarslinjer

Et sentralt funn i medarbeiderundersøkelsen er at merkantilt ansatte opplever sin rolle i organisasjonen som avklart selv om avdelingstilhørigheten er endret. I forhold til tema

rollekonflikt ser vi en positiv utvikling, men det er en utfordring hos enhetsleder da de må forholde seg til nåværende avdelingsleder og tidligere avdelingsleder. Hovedfunn i forhold til motivasjon og arbeidsglede er at de merkantilt ansatte ligger på eller under referansen. Halvparten av enhetene har en positiv trend og halvparten har en negativ trend, men vi vil påpeke at ved de enhetene der det foreligger en forbedring er denne markant på tross av strukturendringen som foreligger.

Ved innføringen av enhetlig ledelse innen 2002 var målet å fremme et enhetlig hierarki. Likevel ser man at sykehus i dag har en økt hierarkisering med flere ledernivå, det mest vanlige er 4 nivå, dette gjenspeiles ved Sørlandet sykehus HF. Overgangen fra profesjonslogikk til organisasjonslogikk har også ført til opprettelse av parallelle hierarkier, men med en samlende divisjon/klinikk leder. Ved stor grad av hierarkisering og mange nivå kan det være vanskelig å formidle informasjon fra den operative kjerne til toppledelsen og motsatt. Det vil og kunne føre til en distanse mellom de som anses å representere ledelsen og øvrige ansatte. Kjekshus og Norby (2003) beskriver dette som opprettholdelsen av myten om en oss-dem situasjon i sykehus. Vi mener dette kan føre til en fremmedgjøring i forhold til organisasjonens mål og strategi da dette oppfattes av den operative kjerne som ”ledelsens” ideer.

Et problem er at spesialisthelsetjenesten i sin natur ofte vil være svært komplekse og store organisasjoner, dette betinges i stor grad av oppgavene de er satt til utføre.

Tradisjonelt har de merkantilt ansatte vært organisert og knyttet til enten et legehierarki, et sykepleierhierarki eller begge deler. Fordelen med dette er at man er tett på den operative kjerne og har felles mål med avdelingen. Ved denne organiseringen har merkantilt ansatte vært definert som en støttefunksjon for øvrige profesjoner. Ilebekk (2007) viser til at merkantilt ansatte i stor grad er underlegen og har hatt en svak posisjon i forhold til etablerte profesjoner i sykehus. Likevel påpeker hun at de merkantilt ansattes praktiske ferdigheter og koordinerende funksjon kan det se ut til å være en uutnyttet ressurs, dette samsvarer med Helsedirektoratets rapport (2013).

Ved at de merkantilt ansatte er spredt i organisasjonen på mange avdelinger kan det være en utfordring i forhold til å utføre arbeidsoppgaver likt, det kan og føre til at fokus på hva som vektlegges er forskjellig. Hva som har betydning og hva som blir prioritert vil være knyttet til den avdelingen man tilhører, ”man er seg selv nærmest”.

Bertelsen (2005) hevder at de merkantilt ansatte fremstår som det koordinerende elementet i pasientforløpet. Dette gir dem mulighet til å kunne ha et overblikk over aktivitetene ved sykehuset. Ved å samle de merkantilt ansatte i en avdeling vil leder kunne fremme hva som skal være fokusområde uavhengig og i samarbeid med lege- og sykeleieavdelingene. Motstridene ønsker mellom merkantilt avdeling og øvrige avdelinger kan bli en utfordring, profesjonene står sterkt i sykehus og vil derfor ha en betydelig makt. Dette kan føre til utydelige ansvarslinjer. Ut i fra resultatet i medarbeiderundersøkelsen ser vi at dette vil kunne ha størst betydning for enhetslederne i merkantilt avdeling.

Ved å ”fjerne” merkantilt ansatte fra den operative kjernen kan resultatet bli en økt grad av byråkratisering, der rutiner og prosedyrer får større betydning en fleksibilitet og evnen til å håndtere uforutsette hendelser.

I forhold til tydelige ansvarslinjer og tema opplevd lederatferd kan vi ikke si at det foreligger en stor endring fra 2014 til 2015 for den enkelte ansatte. Likevel vil vi påpeke en positiv utvikling for enhetsleder i forbindelse med opprettelsen av merkantilt avdeling.

Alt i alt er det vanskelig å hevde at det ved omorganiseringen foreligger tydeligere ansvarslinjer.

5.2.4 Økt fleksibilitet

Det er ingen helt klar tendens i funn fra medarbeiderundersøkelsen i forhold til hovedtema medvirkning, 6 enheter har en positiv utvikling og 4 enheter har en negativ utvikling. Både positive og negative endringer er relativt store på flere enheter. I forhold til rolleklarhet ser man at det er liten endring på alle enheter fra 2014 til 2015, ut i fra dette mener vi at de merkantilt ansatte har en klar oppfatning av ansvarsområde og hva som forventes av dem. Enhetene ligger også jevnt i forhold til referansen. Selv om de ansatte har en annen avdelingstilhørighet fra 2014 og 2015, er rollen avklart.

Den teknologiske utviklingen og økte kvalitetskrav til spesialisthelsetjenesten krever stor grad av fleksibilitet blant de ansatte. Fleksibilitet kan i denne sammenhengen forstås som hvor lett ressursene kan justeres etter behov (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Ilebekk (2007) mener at økt krav til fleksibilitet og endring også kan føre til økt differensiering og svekking av felles yrkesidentitet blant merkantilt ansatte. Fremtiden kan by

på nye og spennende oppgaver for de merkantilt ansatte, men den økende differensieringen kan gjøre det vanskelig for gruppen å fremstå som samlet utad. Dette kan medføre svekkelse i forhold til posisjon i organisasjonen dersom de merkantilt ansatte er knyttet til mange avdelinger. Ved å samle de merkantilt ansatte i samme avdeling kan man stå bedre rustet til å håndtere endringer og nye krav. Ved å styrke og differensiere kompetansen kan man og oppnå en styrket posisjon i forhold til organisasjonen som helhet.

Ulempen ved å samle de merkantilt ansatte i en avdeling kan være at de blir mindre sensitive for endringer i den operative kjerne. Fokus på egne mål og egne arbeidsprosedyrer kan dermed bli et hinder for å fange opp skiftninger og behov blant leger og sykepleiere.

Prosjektrapporten beskriver i liten grad om målsetningen om økt fleksibilitet er rettet mot hva som har vært eller om det er rettet mot fremtiden. Hvis vi forutsetter at det er rettet mot fremtiden mener vi fordelene ved å opprette en merkantilt avdeling ligger i at man har mulighet til å disponere flere ressurser etter behov. Fleksibilitet viser som sagt til ressursutnyttelse, ved behov for endring vil man ha mulighet til å gjennomføre endringen som en enhet dersom de merkantilt ansatte er organisert i en avdeling.

5.2.5 Robuste enheter

I forhold til målsetningen om å sikre robuste enheter ser vi at i forhold til tema forbedring er det liten variasjon fra 2014 til 2015. Vi ser at det kan være en utfordring å oppnå robuste enheter da kulturendring tar tid.

Robusthet refererer til hardførhet. Med robuste enhet menes evnen en enhet har til å absorbere en hendelse samtidig som at de viktigste funksjoner opprettholdes og ivaretas (SINTEF Teknologiledelse, 2014). Spesialisthelsetjenesten har gjennom de siste 10 årene vært i stadig endring, dette i hovedsak på grunn av den teknologiske utviklingen og diverse reformer. Grad av robusthet er vanskelig å vurdere, likevel viser konsernrevisjonen at mangel på kontroll i forhold til det pasientadministrative arbeidet kan være et signal om liten robusthet på dette området.

Som vi tidligere har beskrevet vil organisasjonsstrukturen ha innvirkning på hvordan arbeidsoppgavene grupperes, fordeles og koordineres. Dette beskriver et strukturelt perspektiv på organisasjoner (Bolman og Deal, 2009). Men den faktiske atferden uttrykkes ofte via

organisasjonskulturen. Organisasjonskulturen bygger på grunnleggende antakelser, oppfatninger og meninger som gjennom felles fortolkninger i sosiale grupper etableres som sannheter, som igjen er forankret i de verdiene og normene som er dominerende i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Vi mener at robuste enheter betinger en kultur som kan håndtere uforutsette hendelser og har høy grad av fleksibilitet. Betydningen av trygghet og underliggende sannheter i forhold til hvordan ”vi gjør ting her” vil ha betydning for hvor mye de ansatte tåler. Økt grad av spesialisering vil kunne hemme robusthet, det vil være oppgaver som er vanskelig for andre å overta.

Ved å opprette en merkantil avdeling vil man kunne skape større robusthet i forhold til gruppering, koordinering og fordeling av arbeidsoppgaver. Effekten av dette vil å ha betydning i forhold til i hvor stor grad man klarer å skape en enhetlig kultur, med mekanismer for å håndtere uforutsette hendelser.

5.2.6 Støtte opp under klinisk kjernevirksomhet og lik lederstøtte

Funn medarbeiderundersøkelsen i forhold til temaet mål er at det foreligger en positiv utvikling for alle enheter. For kirurgisk klinikk felles, som omfatter enhetslederne, foreligger det en negativ utvikling, vi antar at dette kan skyldes målforskyvning ved overgang til ny avdeling. Tydelige og klare mål vil fremme og støtte opp om kjernevirksomheten.

Ut i fra prosjektrapporten ser man at ulike avdelingsledere tidligere har hatt ulik lederstøtte av merkantilt personell, og at lik lederstøtte er en målsetting i prosjektet. For å imøtekomme denne målsettingen, ble det tilsatt administrative enhetsledere i de nyopprettede merkantile enhetene. Funn i medarbeiderundersøkelsen under tema rollekonflikt viser at enhetslederne (kirurgisk klinikk felles) opplever større grad av rollekonflikt. Dette kan tyde på at de må forholde seg til nåværende og tidligere avdelingsleder, og at de kan oppleve motstridende forventninger.

Mål og strategier virker styrende og gir retning for enhver organisasjon. Organisasjoner setter seg mål og utformer strategier ut i fra en antakelse om at det har en effekt på hvordan ansatte handler og tenker (Jacobsen og Thorsvik, 2013). For sykehus vil mål være stek knyttet til pasientarbeidet og den operative kjerne. Hvor tydelig målene er definert og internalisert vil kunne variere fra avdeling til avdeling. Ved å skille de merkantilt ansatte fra den operative

kjerne vil det ha stor betydning hvordan målene utformes. I store komplekse organisasjoner vil det kunne være en uklar sammenheng mellom mål og middel. For å ivareta klinikkens kjernevirksomhet vil det ha betydning om avdelingsleder er deltaker på arenaer der leger og sykepleiere er representert, som for eksempel fagråd. Det vil ha stor betydning at målene som defineres for avdelingen kan gjenspeiles i mål for den operative kjernen.

Ved større grad av spesialisering kan man og bedre unytte seg av kompetanse og ferdigheter som kan ha betydning for lege og sykepleiere på flere avdelinger.

Merkantilt ansattes er ifølge Ilebekk (2007) delaktig på flere områder i pasientforløpet, de utfører også en rekke avledede og uformelle arbeidsoppgaver og fungerer som tilretteleggere for andre yrkesgrupper. De merkantilt ansattes arbeid fungerer som limet i organisasjonen, da de tilrettelegger for at den medisinske kjernevirksomheten skal fungere koordinert og sammenhengende.

Ut i fra dette mener vi at hovedfunksjonen for merkantilt ansatte er å være en støttefunksjon for kjernevirksomheten. Ved å organisere de merkantilt ansatte i en avdeling kan man legge til rette for lik støtte.

5.2.7 Kvalitet i det pasientadministrative arbeidet

Under tema faglig utvikling og kvalitet viser funn at det er tilnærmet likt fra 2014 til 2015. Vi vet at det foreligger nye prosedyrer og rutiner som vi mener på sikt vil fremme kvalitet i det pasientadministrative arbeidet.

Målsetningen om kvalitet i det pasientadministrative arbeidet antar vi er en direkte konsekvens av resultatet fra konsernrevisjonen. De merkantilt ansatte spiller en sentral rolle i pasientforløpet. Bertelsens studie fra 2005 beskriver de merkantilt ansattes arbeidsoppgaver i danske sykehus, i stor grad er dette overførbart til norske forhold. Av syv hovedpunkter omhandler fire det pasient administrative arbeidet. Mye av dette arbeidet er rutinepreget. Som vi ha nevnt tidligere ble det som et resultat av konsernrevisjonen utviklet prosedyrer og rutiner på foretaksnivå. For de merkantilt ansatte vil standardisering av arbeidsoppgaver være et viktig element for å forbedre kvaliteten. Ved å samle de merkantilt ansatte i en avdeling vil man kunne opprettholde standardiseringsarbeidet og det er lettere å føre kontroll med at arbeidsoppgavene utføres på en hensiktsmessig måte. Avdelingsleder vil kunne styre hvilket

fokus og hvilke områder som skal prioriteres for å sikre en god kvalitet. Ilebekk (2007) hevder at det er et kvalitetssikringselement i seg selv at merkantilt ansatte følger rutiner og prosedyrer.

Det kan se ut som om det er dreining i rollen til de merkantilt ansatte til også å ha en kontrollfunksjon i forhold til det pasientadministrative arbeidet. Økt dokumentasjons og registreringskrav har ført til behov for mer it- og administrativ kompetanse. Mye av denne kompetansen er ervervet på bakgrunn av erfaring og personlige ferdigheter. Ved å organisere de merkantilt ansatte i en avdeling vil man kunne kartlegge og utnytte denne kompetanse ut i fra hvilke behov organisasjonen har som helhet. Dersom disse kompetansepersonene er spredt på flere avdelinger kan det oppstå forskjeller i forhold til kvalitet.

Ved å videreføre merkantil avdeling vil man ha mulighet for å sette fokus på arbeidet de merkantilt ansatte utfører, økt oppmerksomhet mener i vil virke positivt og ha en motiverende effekt på gruppen. Motiverte arbeidstakere vil kunne yte ekstra for organisasjonen.

6.0 KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE

Staten som eier av helseforetakene benytter sin posisjon aktivt via helseforvaltningen til styring og kontroll. Helsedirektoratet skal føre kontroll med kvaliteten i sykehus og gjennomfører tilsyn og revisjoner ved helseforetakene. I løpet av de siste årene har det vært et økende fokus på kvalitet og prioritering innenfor det pasientadministrative forløpet.

- **Vi kan stadfeste at makt forskyves fra fagprofesjonene over til pasienten, dette underbygger forståelsen av en overgang til organisasjonslogikk ved sykehusene med fokus på oppgaveløsning og kontroll.**

De merkantile ansatte fremstår som ”limet” i organisasjonen, da de tilrettelegger for at den medisinske kjerneaktiviteten som utføres av leger og sykepleiere fungerer koordinert og sammenhengende. De merkantilt ansatte har tradisjonelt hatt en svak posisjon i organisasjonen, de har vært strek underordnet lege- og sykepleieprofesjonen. Gjennom nye organisasjonsrutiner, prosedyrer og på grunn av den teknologiske utviklingen kan det se ut til at rollen til de merkantilt ansatte ha endret seg.

- **Ved overgang til en mer organisasjonspreget logikk ser det ut til at de merkantilt ansatte via sin koordinerende funksjon har mulighet til å heve sin posisjon i organisasjonen.**

6.1 Oppfølging av konsernrevisjonen og resultat

Ved Sørlandet sykehus HF avdekket revisjonen flere mangler og forbedringsområder. Som et resultat av dette ble det etablert arbeidsgrupper under fagdirektøren som skulle koordinere de igangsatte prosesser som følge av revisjonen.

- **Det ble via arbeidsgruppene iverksatt prosedyrer og rutiner på foretaksnivå i forhold til det pasientadministrative arbeidet.**
- **Iverksettelse av nødvendige tiltak i forhold til resultatet av konsernrevisjonen ”løftet” og avdekket organisatoriske utfordringer ved kirurgisk klinikk.**
- **Klinikksjefen vedtok i august 2013 å nedsette en prosjektgruppe som skulle komme med forslag til organiseringen av den merkantile tjenesten**

6.2 Endringsprosessen ved kirurgisk klinikk

Prosjektgruppen er bredt sammensatt og det blir nedsatt en styringsgruppe der også tillitsvalgte er deltakere. Man legger opp til en prosess med høy grad av involvering via informasjonsmøter og oppdateringer på sykehuset intranett. Disse elementene bærer preg av strategi O i forhold til et ønske om å skape engasjement og eierskap til prosessen. Resultat av endringsprosessen innehar også helt klart elementer fra strategi E. Det er en liten gruppe som utarbeider løsningen og det anses som hensiktsmessig å endre på organisasjonens formelle elementer for å løse utfordringen klinikken står ovenfor.

Prosjektprosessen bærer preg av liten grad av motstand, både fra lege- og sykepleiehierarkiet og fra de merkantilt ansatte. I henhold til strategi E vil motivasjon for endring skapes gjennom belønning, belønning for de merkantilt ansatte kan ses på som en styrking av det merkantile faget og deres posisjon. I forhold til lege- og sykepleie hierarkiet antar vi at internalisering av en mer organisasjonspreget logikk fører til at det blir ansett som hensiktsmessig å opprette en merkantil avdeling som tar ansvaret for og ivaretar det administrative faget.

- **Endringsprosessen ved kirurgisk klinikk fremstår som en planlagt endring, med elementer både fra strategi E og strategi O. Den strukturelle endringen fremstår som akseptert og som hensiktsmessig i forhold til at det har vært liten grad av motstand.**

Vi vil likevel påpeke at vi synes det er overraskende hvor lite motstand strukturendringen har medført i og med at en strukturell endring vil medføre maktforskyvning i klinikken. Det kunne vært interessant å ha undersøkt dette nærmere, for eksempel via intervjuer av ulike avdelingsledere. Vi har og påpekt at endringen bare har funnet sted i en klinikk, og det ville vært interessant å sammenligne de somatiske klinikkene i forhold til organiseringen av det merkantile faget. Vi har i dette studiet ikke prioritert å gå videre inn på dette, på grunn av studiets omfang og tidsperspektiv.

6.3 De merkantilt ansattes opplevelse av den strukturelle endringen

Det kan se ut til at de merkantilt ansatte har en opplevelse av at målene er tydeligere og bedre internalisert etter at den merkantile avdelingen ble opprettet. Det å samle de merkantilt ansatte i en avdeling vil kunne føre til en større forståelse for de overordnede målene for organisasjonen. Man har mulighet til å trekke i samme retning. Muligheten for å etablere en

mer enhetlig kultur vil og være tilstede ved å samle de merkantilt ansatte i en avdeling. Vi ser at det blant de ansatte er stor variasjon i opplevelsen av enhetens forbedring fra 2014 til 2015, opplevelsen av hvordan vi gjør ting her er ofte sterkt forbundet med en avdelings kultur. Det å utvikle en felles kultur tar tid. Man ser videre at det er en positiv trend i oppfattelsen av kvalitet på arbeidsprosesser og oppgaver på den enkelte enhet innenfor avdelingen.

I forhold til arbeidsglede og motivasjon er det liten endring fra 2014 til 2015, ved de enhetene der det er en positiv utvikling er den mer markant en ved de enhetene som har en negativ utvikling. Vi vil likevel påpeke at dersom det hadde vært stor motstand i forhold til den strukturelle endringen ville det gitt seg uttrykk i opplevelsen av motivasjon og arbeidsglede.

I henhold til resultatet fra medarbeiderundersøkelsen har de merkantilt ansatte et avklart forhold til sin rolle i organisasjonen selv om avdelingstilhørigheten er endret fra 2014 til 2015. I forhold til medvirkning er det relativt store endringer både i positiv og negativ retning fra 2014 til 2015, opplevelsen av å sette dagsorden og påvirke beslutninger vil betinges av kultur, struktur og maktforhold ved enheten og i avdelingen. Ut i fra medarbeiderundersøkelsen ser vi at opplevelsen av arbeidsbelastning og egenkontroll er svært varierende fra enhet til enhet.

- **Alt i alt kan det se ut til at de merkantilt ansatte opplever at mye er ved det samme selv om det er gjennomført en strukturell endring. Det som er positivt er at målene fremstår som mer tydelig, og at man har klart å opprettholde motivasjon og arbeidsglede selv om det for en del av de ansatte har vært en omfattende endring. Den gruppen som ser ut til å ha en opplevelse av utfordring i forhold til den strukturelle endringen, er de administrative enhetslederne som må forholde seg til lege- og sykepleiereledere parallelt med avdelingsleder merkantil.**
- **Vi mener likevel at det å samle de merkantilt ansatte i en avdeling vil gi mulighet for en mer enhetlig tjeneste og felles kultur.**
- **Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen har avdekket utfordringer i forhold til arbeidsbelastning, det er store forskjeller mellom enhetens resultat sett i forhold til referansen. Avdelingsleder vil på dette grunnlaget ha mulighet til å juster ressurser og sette fokus på de områdene som anses som hensiktsmessige i forhold til å optimalisere driften.**

6.4 Måloppnåelse

Grad av måloppnåelse i forhold til målsetningene i prosjektet kan være vanskelig å vurdere på grunn av deres generelle karakter. Tidsperspektivet vil og ha betydning, da avdelingen kun har vært i drift i ett år. Likevel vil vi hevde at hvis man legger til grunn en organisasjonslogikk som vektlegger måloppnåelse, oppgavefokus og kontroll vil avdelingen ha bedre forutsetninger for å kunne nå målsetningene.

I forhold til målsetningen om **god forvaltning av tilgjengelige ressurser** mener vi det å samle de merkantilt ansatte i en avdeling, på tvers av flere lokasjoner, kan gi en mulighet for å oppnå en positiv effekt på det koordinerende arbeidet. Det at avdelingen søker å ha felles mål og ved å utvikle felles prosedyrer og rutiner, mener vi fremmer en mulighet for bedre kvalitet og bedre effektivitet. Videre vil det å samle de merkantilt ansatte under en avdelingsleder gi en mulighet for en bedre forvaltning av tilgjengelige ressurser. Det foreligger en mulighet for avdelingsleder til bedre å kunne fordele de tilgjengelige ressursene, for å oppnå en jevnere arbeidsfordeling.

Hvis man tar utgangspunkt i at de merkantilt ansatte er en uutnyttet ressurs og at de kan bidra til å sikre kontinuitet i organisasjonen ut i fra sin besittelse av ”taus kunnskap”, vil man kunne oppnå en mer **hensiktsmessig oppgavefordeling** ved å videreføre en merkantil avdeling. Man vil på en bedre og lettere måte kunne formidle ut i organisasjonen hvilken kompetanse gruppen kan bidra med. Ved opprettelsen av merkantil avdeling deltar avdelingsleder merkantil i ulike fagråd som kan være en arena for å formidle hvilke arbeidsoppgaver gruppen utfører og kan utføre. Vi mener og det vil være en mulighet for bedre oppgavefordeling i forhold til kompetanse, evne og ferdigheter hos den enkelte ved å samle dem i en avdeling. Som leder har man mulighet til å avdekke dobbeltarbeid og kartlegge ressurspersoner som kan heve kvalitet og fremme forbedring. En avdeling vil også lettere kunne etablere en mer enhetlig kultur.

Tydelige ansvarslinjer er en utfordring i sykehus, den operative kjerne står sterkt og har betydelig makt i organisasjonen. Ved å samle de merkantilt ansatte i en avdeling vil leder kunne fremme hva som skal være fokusområde uavhengig og i samarbeid med lege- og sykeleieavdelingene. Motstridene ønsker mellom merkantil avdeling og øvrige avdelinger kan bli en utfordring. Dette kan føre til utydelige ansvarslinjer. Ut i fra resultatet i medarbeiderundersøkelsen ser vi at dette vil kunne ha størst betydning for enhetslederne i merkantil avdeling.

Ved å ”fjerne” merkantilt ansatte fra den operative kjernen kan resultatet bli en økt grad av byråkratisering, der rutiner og prosedyrer får større betydning en fleksibilitet og evnen til å håndtere uforutsette hendelser. Alt i alt er det vanskelig å hevde at det ved omorganiseringen foreligger tydeligere ansvarslinjer.

I forhold til målsetningen om **økt fleksibilitet** mener vi at ved å samle de merkantilt ansatte i samme avdeling kan man stå bedre rustet til å håndtere endringer og nye krav. Ved å styrke og differensiere kompetansen kan man og oppnå en styrket posisjon i forhold til organisasjonen som helhet. Ulempen ved å samle de merkantilt ansatte i en avdeling kan være at de blir mindre sensitive for endringer i den operative kjerne. Fokus på egne mål og egne arbeidsprosedyrer kan dermed bli et hinder for å fange opp skiftninger og behov blant leger og sykepleiere.

Ved å opprettholde en merkantil avdeling vil man kunne skape større **robusthet** i forhold til gruppering, koordinering og fordeling av arbeidsoppgaver. Effekten av dette vil ha betydning i forhold til i hvor stor grad man klarer å skape en enhetlig kultur, med mekanismer for å håndtere uforutsette hendelser.

For å kunne **ivareta klinikkens kjernevirksomhet** vil det ha betydning om avdelingsleder er deltaker på arenaer der leger og sykepleiere er representert, som for eksempel fagråd. Det vil ha stor betydning at målene som defineres for avdelingen kan gjenspeiles i mål for den operative kjernen. Ved større grad av spesialisering kan man og bedre unytte seg av kompetanse og ferdigheter som kan ha betydning for leger og sykepleiere på flere avdelinger.

For å imøtekomme målsettingen om **lik lederstøtte** ble det tilsatt administrative enhetsledere i de nyopprettede merkantile enhetene. Funn i medarbeiderundersøkelsen under tema rollekonflikt viser at enhetslederne (kirurgisk klinikk felles) opplever større grad av rollekonflikt. Dette kan tyde på at de må forholde seg til nåværende og tidligere avdelingsleder, og at de kan oppleve motstridende forventninger.

Målsetningen om **kvalitet i det pasientadministrative arbeidet** antar vi er en direkte konsekvens av resultatet fra konsernrevisjonen. De merkantilt ansatte spiller en sentral rolle i pasientforløpet. Som vi har beskrevet er det en dreining i rollen til de merkantilt ansatte til også å ha en kontroller funksjon. Mye av kompetansen i forhold til it- og administrasjon er ervervet på bakgrunn av erfaring og personlige ferdigheter. Ved å organisere de merkantilt

ansatte i en avdeling vil man kunne kartlegge og utnytte denne kompetanse ut i fra hvilke behov organisasjonen har som helhet. Dersom disse kompetansepersonene er spredd på flere avdelinger kan det oppstå forskjeller i forhold til kvalitet.

6.5 Veien videre

Vi mener at opprettelsen av en egen merkantil avdeling var hensiktsmessig. Vi mener å ha vist at muligheten for å oppnå målsetningene er tilstede ved å opprettholde avdelingen. Utfordringen er at dette er en beslutning som er gjort bare ved kirurgisk klinikk og ikke som et strategisk valg for foretaket. I løpet av høsten 2015 har direktøren fått tilslutning fra styret om å gjennomføre en omorganisering ved hele foretaket. Merkantil avdeling er foreløpig en av de avdelingene som er uavklart.

Vi antar at noen av de utfordringene som har blitt kartlagt ved kirurgisk klinikk, i forhold til det pasientadministrative arbeidet, også er gjeldende for øvrige klinikker. Ledergruppen kan velge om de vil dra nytte av de erfaringer kirurgisk klinikk har ervervet i løpet av dette året, og resultatet av den gjennomførte evalueringen.

7.0 Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The systems of professions – An essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk. Studier i medisins sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bertelsen, P. (2005). *Hvad laver lægesekretærene når de ikke er sekretærer for lægerne?* Virtuel Center for Sundhedsinformatik. Danmark: Aalborg Universitet
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Child, J. (1973). Predicting and Understanding Organization Structure. *Administrative Science Quarterly* 18:168-185
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug
- Etzioni, A. (1982). *Moderne organisasjoner*. Oslo: Tanum
- Fiedler, F.E. (1996). Research on Leadership Selection and Training: One View of the Future. *Administrative Science Quarterly* 41: 241-250
- Freidson, E. (1985). The reorganization of the medical profession, *Medical Care Research and Review* 42 (1): 11-35
- Gerrard, S. (red) & Melby, K. (red) (2004). *Kultur og kjønn*. Steinkjær: Høyskoleforlaget
- Glouberman, S & Mintzberg, H. (2001). *Managing the care of health and the cure of disease – Part 1: Differentiation*, Aspen Publishers, Inc.
- Graen, G. (1989). *Unwritten Rules for Your Career: 15 Secrets for Fast-Track Success*. New York: John Wiley
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1976). Motivation Through the Design of Work; Test of a Theory. *Organizational Behaviour and Human Performance* 16: 250-279
- Hackman, J.R. & Oldham, G. R. (1980). *Work Redesign*. London: Addison-Wesley

- Hall, R.H. (1972). *Organizations. Structure and Process*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Hasselbladh, H., Bejerot, E., & Gustafsson, R.Å. (2008). *Bortom new public management- Institutionell transformation i svensk sjukvard*. Lund: Academia Adacta
- Ilebakk, K. (2007). *Helsesekretærer i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF*. (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Agder) publisert i ATM-skriftserie, nr. 22/2008, Rokkan senteret, Bergen
- Jacobsen, D.I. (2011). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, D.I. (2013). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jakobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jespersen, P. Kragh (2005). *Mellom profession og management*. København: Handelshøyskolens forlag
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag
- Kjekshus, L.E., Byrkjeflot, H. & Torjesen, D.O. (2013) Organisering og ledelse av sykehus etter NPM – legenes tilbaketrekning? I Tjora, A. og Melby, L. (red.) *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kjekshus, L.E. & Nordby, H. (2003) Argumenter for en holistisk tilnærming i studier av sykehusorganisering, i Berg, O., Søgaard, A. J., Selikowitz, H. S. & Aasland, O.G. (red.) *Medisin og samfunn*. Oslo: Unipub forlag
- Konsernrevisjon Helse Sør-Øst, Rapport 6/2011, Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Sørlandet sykehus HF
- Levitt, B. & March, J.G. (1988). Organizational Learning. *American Review of Sociology* 14:319-340.
- Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracies*. New York: Russel Sage
- March, J.G. (1991). Exploration and Exploitation in Organizational Learning. *Organization Studies* 2: 71-87
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture*. London: Sage Publications

Medarbejderundersøkelsen SSHF, Rapport fra 2014 og 2015

Mintzberg, H. (1979). *The structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

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

Mintzberg, H. (1983). *Power in and Around Organization*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Montgomery, K. (2001). Physician executives. The evolution and impact of a hybrid profession, *Advances in Health Care Management* 2: 215-241

Olesen, J. D. & Østergaard, M. (2004). *Digital forkalkning – en debatbog om digital forvaltning i Danmark*. Fredrikshavn: Dafolo

Pfeffer, J. (1981). *Power in Organization*. Cambridge, MA: Ballinger

Pfeffer, J. (1992). *Managing with Power. Politics and Influence in Organizations*. Boston: Harvard Business School Press

Reitan, E.K. (2011). *Ledelse og fag – på samme lag*, Masteroppgave ved erfaringsbasert master i helseledelse. SEVU. Bergen: Universitetet i Bergen

Schein, E. H. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey Bass

Scott, W.R., Ruef, M., Mendel, P.J., Caronna, C.A. (2000). *Institutional change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care*. Chicago: The University of Chicago Press

Senge, P. M. (1990). *Den femte disiplin. Kunsten å skape den lærende organisasjon*. Oslo: Hjemmets Bokforlag

Sintef (2014). Rapport teknologiledelse. *Robust organisering-verktøybok for kunnskapsbedrifter*. Hentet fra www.nho.no

Skaset, M. (2006). *I gode og onde dager. De norske legene og staten 1945-2000*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet

Spreitzer, G.M. (2008). Taking Stock: A Review of More Than Twenty Years of Research on Empowerment at Work. I: J. Barling & C.L. Cooper, red. *Handbook of organizational behavior* (s54-72). Thousand Oaks, CA: Sage

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget

Strategiplan SSHF 2012 – 2014

Svendsen, M.V. & Flemmen, H.Ø. (2009). Rapport: Validering av medarbeiderundersøkelsen. Skien.

Thorsrud, E. (1981). Policy Making as a Learning Process. I: B. Gardell & G. Johansson (red.). *Man and Working Life. A Social Science Contribution to Work Reform*. Chichester: Wiley

Torjesen, D. O. (2007). Kunnskap, profesjon og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*. Vol 48, Nr 2, s 275-290

Torjesen, D. O, Byrkjeflot, H & Kjekshus, L E. (2011) Ledelse i helseforetakene – en gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus. I Askvik S. mfl. (red.) *Kunnskap om Ledelse*. Festskrift til Torodd Strand, Fagbokforlaget.

Vinge, S. & Knudsen, M. (2003). Infrastruktur og reformer i sykehusvæsenet, i Borum, F. (red.) *Ledelse i sykehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research*. California: Sage

Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations*. 8 utg. New York: Pearson

Vedlegg 1

EMNE	ANTALL 13	ANTALL 11	ANTALL 11	ANTALL 19	ANTALL 10	ANTALL 8	ANTALL 7	ANTALL 11	ANTALL 12	ANTALL 14	ANTALL 10
	KIR AVD SSK	GYN/OBST SSK	ORT.AVD SSK	KIR/ORT SSA	ØNH SSK	ØNH SSA	ØYE SSK	ØYE SSA	KIR AVD SSF	ANESTESI SSK	KIR KLINIKK FELLES
	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
MÅL 2014	62	61	72	73	69	70	51	71	75	71	86
SSHF REFERANSE FORBEDRING 2014	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
FORBEDRING 2014	78	60	67	67	79	69	64	77	78	68	83
SSHF REFERANSE FAGLIG UTVIKLING 2014	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
FAGLIG UTVIKLING 2014	70	37	58	56	66	63	58	65	55	59	74
SSHF REFERANSE KVALITET 2014	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
KVALITET 2014	82	58	80	71	75	76	0	89	73		89
SSHF REFERANSE MOTIVASJON 2014	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
MOTIVASJON 2014	79	52	67	59	62	70	69	81	69	67	85
SSHF REFERANSE ARBEIDSGLEDE 2014	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
ARBEIDSGLEDE 2014	84	52	73	76	58	71	64	81	83	79	84
SSHF REFERANSE MEDVIRKNING 2014	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
MEDVIRKNING 2014	63	42	49	58	70	57	32	57	51	48	78
SSHF REFERANSE ROLLEKLARHET 2014	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
ROLLEKLARHET 2014	92	81	93	94	90	93	88	86	98	93	89
SSHF REFERANSE ARBEIDSBELASTNING 2014	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
ARBEIDSBELASTNING 2014	59	47	55	52	49	69	78	50	72	65	75
SSHF REFERANSE EGENKONTROLL 2014	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
EGENKONTROLL 2014	49	36	44	39	38	36	64	13	44	34	63
SSHF REFERANSE RONFLIKT 2014	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
ROLLEKONFLIKT 2014	73	63	64	76	69	60	86	61	80	76	86
SSHF REFERANSE OPPLEVD LEDERADFERD 2014	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
OPPLEVD LEDERADFERD 2014	79	67	84	84	71	91	40	71	85	80	83

EMNE	Antall 13	Antall 12	Antall 11	Antall 17	Antall 10	Antall 9	Antall 7		Antall 16	Antall 15		
	KIR AVD SSK	GYN/OBST SSK	ORT.AVD SSK	KIR/ORT SSA	ØNH SSK	ØNH SSA	ØYE felles		KIR AVD SSF	ANESTESI SSK	KIR KLINIKK FELLES	REF SSHF 2015
SSHF REFERANSE MÅL 2015	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	
MÅL 2015	71	63	69	67	77	76	71		84	73		68
SSHF REFERANSE FORBEDRING 2015	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	
FORBEDRING 2015	77	60	61	68	80	77	63		83	71		72
SSHF REFERANSE FAGLIG UTVIKLING 2015	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	
FAGLIG UTVIKLING 2015	67	43	58	52	68	68	67		65	58		66
SSHF REFERANSE KVALITET 2015	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	
KVALITET 2015	78	73	80	71	84	79	80		89	85		79
SSHF REFERANSE MOTIVASJON 2015	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	
MOTIVASJON 2015	76	59	65	51	69	73	73		77	63		78
SSHF REFERANSE ARBEIDSGLEDE 2015	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	
ARBEIDSGLEDE 2015	83	73	75	74	76	80	73		89	74		79
SSHF REFERANSE MEDVIRKNING 2015	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
MEDVIRKNING 2015	70	51	42	44	68	66	52		57	51		60
SSHF REFERANSE ROLLEKLARHET 2015	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	
ROLLEKLARHET 2015	94	85	88	91	92	89	89		95	89		89
SSHF REFERANSE ARBEIDSBELASTNING 2015	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	
ARBEIDSBELASTNING 2015	56	46	55	69	63	69	55		73	74		64
SSHF REFERANSE EGENKONTROLL 2015	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	
EGENKONTROLL 2015	45	40	39	58	43	50	43		42	36		44
SSHF REFERANSE RONFLIKT 2015	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	
ROLLEKONFLIKT 2015	62	67	71	72	75	64	63		77	82		72
SSHF REFERANSE OPPLEVD LEDERADFERD 2015	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	
OPPLEVD LEDERADFERD 2015	67	63	80	81	88	94	69		89	80		77

Vedlegg 2

		Foretaksnivå		Skjema
Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter				Side 1 av 3
Dokument ID: I.1.5.3-8	Godkjent dato: 27.11.2013	Gyldig til: 27.11.2015	Revisjon: 3.00	

Foretaksnivå\Organisasjon, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Til Vivi Haavik Tønnessen	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved Sørlandet sykehus. Søknaden skal først godkjennes av universitets veileder og deretter sendes på e-post til vivi.tonnessen@sshf.no
------------------------------	---

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING ELLER MASTEROPPGAVER.

Det forutsettes at gjeldene lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende.

I den anledning søker undertegnede student om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

FYLLES UT AV STUDENTEN

Navn på student/søker	Line Berhus og Marianne Fidje Mjåland
Enhet/Avdeling	Kirurgisk klinikk, SSK


Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Tredelt fagledelse ved kirurgisk klinikk - forbedring eller utfordring
Problemformulering	Hvordan opplever merkantilt ansatte endringen i den formelle strukturen ved kirurgisk klinikk?
Veileder ved universitetet	Dag Tomas Sagen Johannesen
E-post	dag.t.johannesen@uia.no
Telefon	37233412 / 91873799

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	<p>Vi ønsker å belyse problemstillingen ut i fra 12 hovedtemaer, disse temane er henter fra Medarbeiderundersøkelsen (MU) som årlig gjennomføres i Helse Sør Øst. Ved å analysere svarresultat fra MU undersøkelsen vil vi søke å besvare problemstillingen.</p> <p>For å kartlegge om det var mulig og hensiktsmessig å bruke svarresultat fra MU har vi vært i kontakt med Tore Staaby ved Organisasjonsavdelingen. Vi vil hente ut data fra de ferdige rapportene fra Medarbeiderundersøkelsene.</p> <p>Gjennomføring av masteroppgave som evaluering av prosjektet "Organisering av merkantile tjenester i Kirurgisk klinikk" er avklart med avdelingsleder Marit Nyhus og klinikkssjef Geir Bøhler.</p>
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon)	Vi ønsker å bruke sekundærdata fra medarbeidersundersøkelsen, en kvantitativ spørreundersøkelse som blir gjennomført årlig ved SSHF og HSØ. Analyse av data innhentet fra medarbeiderundersøkelse fra 2013 - 2015 vil være grunnlaget for å belyse problemstillingne.
Populasjon/utvalg	<input checked="" type="checkbox"/> Ansatte SSHF <input type="checkbox"/> Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) <input type="checkbox"/> Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)
Forskning på	<input checked="" type="checkbox"/> Friske mennesker

Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	
--	---	--	--

		Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: I.1.5.3-8	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent dato: 27.11.2013	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	Revisjon: 3.00

Foretaksnivå|Organisasjon, ledelse, administrasjon|Forskning og fagutvikling|Kompetanseheving

	<input type="checkbox"/> Syke mennesker <input type="checkbox"/> Humant biologisk materiale <input type="checkbox"/> Helseopplysninger
Ønsket antall respondenter ved SSHF	Respondenter på MU fra merkantil ansatte i kirurgisk klinikk fra 2013 t.o.m. 2015. Det er ca. 120 respondenter hvert av disse 3 årene.
Tidspunkt/varighet ved SSHF	september 2015

Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra REK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra FEK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra NSD
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av samtykkeerklæring eller informasjonsskriv godkjent av veileder
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prosjektskisse
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taushetserklæring SSHF
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Databrukerkontrakt SSHF

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn	E-post	Telefon
--	------	--------	---------

Med hilsen

Dato

Signatur

Navn student

E-post

Telefon

FYLLES UT AV SSHF

Tillatelse gitt av SSHF

Klinikk:		
Dato: 20/2-15	Enhetsleder/Avdelingsleder: <i>Monica H. Nyhus, avd. leder Merkantil afd</i>	
Telefon: 98676594	E-post: <i>monica.nyhus@sshf.no</i>	Enhet: <i>Merkantil afd., Kar. kl.</i>


Innhenting av data må skje etter retningslinje "Datainnsamling. Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter" i EKWeb.

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data

Dato:	Forskningssjef:
-------	-----------------

Godkjenning av tilgang til elektronisk pasientjournal

Omfang av tilganger	
---------------------	--

		Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter			Side: 3 Av: 3
Dokument-id: I.1.5.3-8	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent dato: 27.11.2013	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	Revisjon: 3.00

Foretaksnivå\Organisasjon, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Org.enhet i Personalportalen	
Dato:	Forskningsjef:

Etter godkjenning sendes skjemaet til Kåre Smith Heggland, Geir Thor Berge og Vivi Haavik Tønnessen.

Kryssreferanser

[I.1.5.3-9](#)

Datainnsamling - Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter