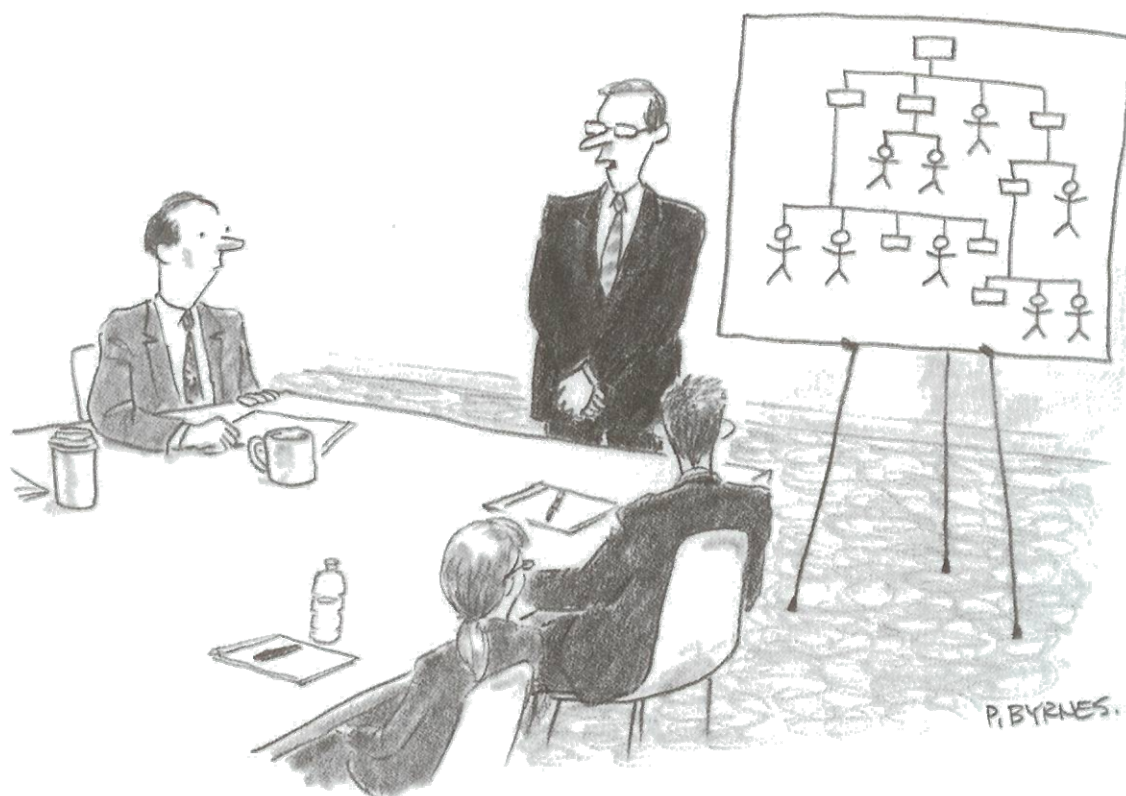


**"We're here from the Headquarter, and we're here to help you"**

– henger sykehuset sammen eller lever alle sine egne liv?



**"The reorganization is fairly straightforward."**

**Nasjonalt Topplederprogram, våren 2007**

Hans Petter Fundingsrud, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Bengt Flygel Nilfsors, Helse Nord IKT

1	Innledning.....	3
2	Historien.....	3
2.1	Flat organisering, men høyt opp.....	3
3	Teoretisk del – elementene i organisasjonsstrukturen.....	4
3.1	Om å forstå design av effektive organisasjoner.....	4
3.1.1	Koordinering.....	5
3.1.2	Grad av desentralisering.....	5
3.1.3	Konfigurasjon.....	6
3.2	Stabsbegrepet på to måter.....	7
3.2.1	Kenning-tradisjonen.....	7
3.2.2	Stab som støtte for linjeledelsen.....	8
3.3	De ”fire verdener” i helsevesenet.....	9
3.3.1	Inne i sykehusorganisasjonen.....	9
3.3.2	Helsevesenet i samfunnet.....	10
3.4	Hva kan komme etter Mintzberg?.....	10
4	Organisasjonen i lys av de teoretiske perspektivene.....	12
4.1	BUK i UNN HF.....	12
4.1.1	Mintzberg brukt på UNN HF.....	13
4.1.2	Stabsfunksjoner i UNN.....	14
4.1.3	Hvor er BUK og UNN i ”de fire verdenene”.....	15
5	Diskusjon – er det mulig å legge til rette for bedre samhandling?.....	16
5.1	Organisasjonsstruktur.....	16
5.1.1	Lokalsykehusfunksjonen og det høyspesialiserte.....	16
5.1.2	Gjensidig avhengighet.....	16
5.1.3	Mulig ny organisasjonsstruktur i UNN.....	17
5.2	Forholdet stab/støtte og linjen.....	18
5.3	Koordinering av oppgaver mellom ”de fire verdenene” i UNN.....	19
5.3.1	Å bygge broer over kløfter.....	19
5.3.2	Koordinering og teknologi.....	20
5.3.3	Modeller for klinisk samhandling.....	21
6	Avslutning - Hva har vi lært?.....	23
	Litteraturliste.....	24

# 1 Innledning

Helse Nord er det minste regionale helseforetaket. Helse Nord RHF har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Nordland, Troms, Finnmark og Svalbard med en befolkning på 465 000. Det er 11 somatiske sykehus i regionen fordelt på fire helseforetak. Det største foretaket Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) er nå i ferd med å implementere sykehusene i Harstad og Narvik i organisasjonen. Nye UNN skal drives som et sykehus med avdelinger på tvers av lokalisasjoner. I tillegg til å eie helseforetakene og bestille tjenester fra disse, har Helse Nord RHF etablert en IKT-enhet, som leverer tjenester til spesialisthelsetjenesten i hele regionen. Helse Nord IKT er etablert som en avdeling i det regionale foretaket, og har ansatte ved samtlige sykehuslokalisasjoner i regionen.

Som mellomledere i UNN HF og Helse Nord IKT opplever vi utfordringer knyttet til at organisasjonen er kompleks og uoversiktlig, og at det er mange aktører som er involvert i beslutningsprosesser. Ingen av oss opplever uoverkommelige problemer knyttet til det å være leder i egen enhet, men det er utfordrende å være ledere i enheter hvor medarbeiderne er skilt av store avstander både faglig og geografisk. Selv om vi har svært forskjellige ståsteder som klinikkisjef i UNN HF og som avdelingsleder i HN IKT har vi en hypotese om at både lederrollen, og det daglige arbeidet og kulturbyggingen i egne enheter ville bli enklere hvis en fant innfallsvinkler til å i større grad samkjøre organisasjonene mot felles mål. Vi har i denne oppgaven valgt å konsentrere diskusjonen om den ene av våre historier.

Hovedproblemstillingen er: Hvordan lage en felles vei til målet når alle har ulike mål?

Det er tre forhold som vi i utgangspunktet er spesielt opptatt av, og som vi tror kan bidra til å styrke samhandlingen i organisasjonen:

- Tydeligere og mer hensiktsmessig organisasjonsstruktur
- Avklaring av forholdet mellom linjeledelsen og stabs-/støttefunksjonene
- En dypere forståelse for de drivkreftene som lager skiller mellom ulike deler av sykehusorganisasjonen

Vi ønsker med vår refleksjon rundt disse problemstillingene å øke vår egen bevissthet rundt hva som kan være nyttige ”ratt å skru på” i et forsøk på å designe organisasjoner som ”drar lasset sammen”. Samtidig håper vi at det vil være mulig for andre å trekke lærdom av den kommende framstillingen og diskusjonen. Vi har ikke som ambisjon å foreslå den endelige løsningen på strukturproblematikken i organiseringen av spesialisthelsetjenesten.

## 2 Historien

Historien vår er ingenting mer enn en subjektiv oppfattelse av en situasjon som organisasjonen har stått midt i den siste tiden. Historien er i første rekke tenkt å være et bilde som vi bruker for å speile teorien mot. Historien gir en mulighet til å kunne reflektere omkring hvordan organisasjoner fungerer. Historien er rotfestet i et ikke ukjent tema innenfor helsevesenet for tiden: Prioriteringer og forsøk på effektivisering og økonomikontroll.

### 2.1 Flat organisering, men høyt opp

I løpet av sommeren 2006 begynte de økonomiske varsellampene å blinke. RHF viste for 2006 et resultat som var 290 mill. svakere enn styringsmålet. For vårt sykehus sitt vedkommende var det antatte underskuddet på 85 mill. I september ble det derfor innført

stillingsstopp som medførte at alle utlysninger av stillinger, faste så vel som vikariater, skulle godkjennes av direktøren. Administrative pålegg om "hinkehelg" og kutt i sengetall ble innført. For å unngå at godkjenning/avslag på stillinger ville ramme vår klinikk tilfeldig, gjorde vi som de eneste et felles prioriteringsarbeid internt. Dette medførte også at vi bidro med stillinger som vi selv besluttet å holde ledige ut 2006. Fra en desentralisert styringsmodell innførte direktøren nå sterk sentral styring.

Vår direktør har alltid hatt en ide om at veien fra avdelingsleder leder til direktør skal være kort. Sykehuset har 32 kliniske avdelinger som ledes av en SKA – sjef for kliniske avdelinger - og 64 totalt. SKA gikk ut i permisjon for å arbeide i prosjekt med fusjonen med to andre sykehus. Jeg fikk dermed direkte linje til direktøren, men jeg opplevde at veien ble lenger en tidligere. I stedet for å være direktørens beste veileder i helsetjenester for barn, ungdom og deres familier, opplevde jeg at han i større grad støttet seg på andre folk i stab. Faglige og strategiske valg i innsparingsprosessen ble forfordelt framfor administrative pålegg fra stab. Min motivasjon for å være leder sank.

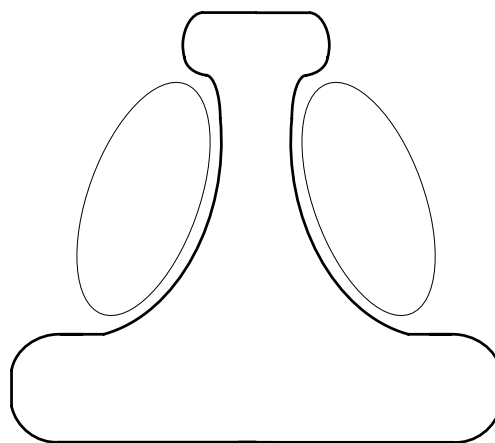
### 3 Teoretisk del – elementene i organisasjonsstrukturen

Denne delen gir et kortfattet bilde av de teoretiske rammene som vi har valgt å holde problemstillingen opp mot.

#### 3.1 Om å forstå design av effektive organisasjoner

Organisasjonsstruktur blir vanligvis oppfattet synonymt med organisasjonskartet. Et slikt kart viser hvordan ulike stillinger i organisasjonen er knyttet sammen i en *formell struktur* både horisontalt og vertikalt. Basert på svært mye av tidligere organisasjonslitteratur har Henry Mintzberg forsøkt å raffinere forståelsen av organisasjonsstruktur i et eget begrepsapparat for strukturering av organisasjoner (Mintzberg, 1983). Ved siden av å sette sammen en syntese av tidligere litteratur ønsker Mintzberg også å si noe om hva som gjør en organisasjons design effektiv.

Mintzberg deler organisasjonen inn i fem elementer: Kjerneaktiviteten, mellomledelsen, toppledelsen, støttestaben og teknostrukturen. Hvert av disse elementene har sin egen drivkraft: Sentralisering, balkanisering, effektivisering, samarbeid, profesjonalisering og evangelisering (samling av organisasjonen rundt felles verdier og normer).

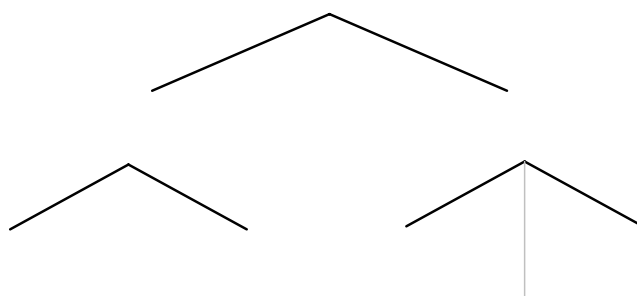


Figur 1 - Mintzbergs modell

Operatørene i kjerneaktiviteten er de som utfører produksjonsoppgavene i organisasjonen, som for eksempel det medisinske fagpersonalet i sykehus eller programmerere i en IT-bedrift. Til kjerneaktiviteten hører også de som utfører støttarbeid direkte knyttet til produksjonen. Dette kan for eksempel være vedlikehold av maskiner i en fabrikk. Støttestaben utfører støttefunksjoner som forskning og utvikling, informasjonsarbeid, juridiske tjenester, kantinedrift, renhold. Teknostrukturen består av de som analyserer, planlegger og driver økonomikontroll. Toppledelsen er de som har det overordnede og strategiske ansvaret i en organisasjon. Mellomledelsen er alle lederposisjoner under toppledelsen. Eksempler her kan være klinikksjefer, avdelingsledere, seksjonsledere og arbeidsledere.

### 3.1.1 Koordinering

Mintzberg viser også til at det er fem mekanismer som koordinerer samhandlingen mellom elementene i strukturen: 1) Gjensidig tilpassing, 2) direkte ledelse (overvåking), 3) standardisering av arbeidsprosesser, 4) standardisering av produkt eller resultat (leveranser) og 5) standardisering av kompetanse (ferdigheter). I de fleste organisasjoner er alle eller flere av disse mekanismene i bruk. Den mest dominerende (framtrædende) koordineringsmekanismen kan knyttes til bestemte idealtyper (konfigurasjoner) av organisasjoner (se 3.1.3).



**Figur 2** – Lars Groths (2005:61) framstilling av sammenhengen mellom Mintzbergs ulike koordineringsmekanismer.

Det er ifølge Mintzberg (1983) to tildels motstridende betingelser som danner fundamentet for organisering av menneskelig aktivitet – først deles arbeidet opp i oppgaver, og deretter må disse oppgavene koordineres for å oppnå den ønskede aktiviteten. Mintzberg definerer med dette utgangspunktet *struktur* som noe mer enn det en kan lese ut av organisasjonskartet:

*”The structure of an organisation can be defined simply as the sum total of the ways in which its labor is divided into distinct tasks and then its coordination is achieved among these tasks.”* (Mintzberg, 1983:2)

### 3.1.2 Grad av desentralisering

Graden av sentralisering eller desentralisering avhenger av hvor i strukturen beslutningsprosessene er plassert. Desentraliseringen av beslutningsprosesser kan skje både vertikalt og horisontalt. Vertikal desentralisering går fra øverste ledelse og ned til

mellomledernivå. Med horisontal desentralisering menes at beslutningsprosesser flyttes fra ledere til ikke-ledere. Mintzberg diskuterer fem ulike former for plassering av beslutningsprosesser:

**Type A:** Vertikal og horisontal sentralisering: Alle beslutningene tas av den øverste ledelsen.

**Type B:** Begrenset eller selektiv horisontal desentralisering (selektiv): Beslutningsprosessene foregår i den øverste ledelsen og i teknostrukturen.

**Type C:** Begrenset vertikal desentralisering (parallell). Beslutningsprosessene foregår i den øverste ledelsen, teknostrukturen og mellomledernivået.

**Type D:** I en selektiv vertikal og horisontal desentralisering er beslutningene spredt ut til mange forskjellige. I den vertikale dimensjonen foregår beslutningsprosessene i den operasjonelle kjernen, og horisontalt ligger beslutningsprosessene forankret hos stabsekspertene.

**Type E:** Vertikal og horisontal desentralisering: Beslutningsprosessene ligger hovedsakelig kjernevirksomheten.

### 3.1.3 Konfigurasjon

Mintzberg gjør et poeng av at organisasjoner utvikler seg i samspill med den typen omgivelser organisasjonen befinner seg i. Karakteristika ved omgivelsene kaller Mintzberg en situasjonsfaktor. Organisasjonens alder, størrelse og tekniske systemer er andre eksempler på situasjonsfaktorer. Inndeling i enheter, enhetsstørrelse, oppgavespesialisering og grad av desentralisering er eksempler på det Mintzberg kaller designparametere, og disse har organisasjonen i stor grad selv kontroll på. Når designparametrene holdes sammen med situasjonsfaktorene, får vi det Mintzberg kaller en *konfigurasjon*. Mintzberg argumenterer for at det i praksis bare er **fem typer** (kanskje en til under tvil) slike basiskonfigurasjoner selv om det synes teoretisk mulig med et stort antall. De fem er:

#### 1. Den enkle strukturen

Kjerneaktiviteten består normalt av en organisatorisk enhet, og det er bare en leder som overvåker arbeidet. Lederen tar alle beslutninger og er nøkkelperson i bedriften. De ansatte har ofte skiftende arbeidsoppgaver. Arbeidet fordrer liten grad av teknologi, det er lite eller ingen støttepersoner knyttet til produksjonen. Omgivelsene er enkle og dynamiske.

#### 2. Maskinbyråkratiet

Arbeidsformen er rutinepreget med høy grad av standardiserte arbeidsoppgaver. Teknostrukturen, som legger til rette for optimal utvikling av arbeidsprosessene, er den viktigste delen av organisasjonsstrukturen. Maskinbyråkratiet er preget av høy grad av hierarki. Strukturen finnes ofte i større og eldre organisasjoner med en stabil omverden.

#### 3. Profesjonsbyråkratiet

Den viktigste av strukturdelenene er den operative kjernen (kjerneaktiviteten). Dette er en kompleks struktur med både høy grad av vertikal og horisontal delegering. Strukturen preges av de faggruppene som utgjør kjernevirksomheten har stor grad av autonomi innenfor sitt fagfelt. Det operative feltet preges også av høy grad av spesialisering og standardiserte rutiner i koordineringen av arbeidet. Strukturen passer godt på organisasjoner som universiteter og sykehus. Omgivelsene er i dette perspektivet komplekse men stabile.

#### 4. Den divisjonaliserte organisasjon

Divisjonsform deler organisasjonen opp i en rekke halvautonome enheter (divisjoner). Foretaket har en sentral administrasjon eller hovedkontor, og de enkelte divisjoner drives som maskinbyråkratier med fokus på standardisert produkter fra de enkelte divisjoner, som er tilpasset ”markedet”. Divisjonene har stor autonomi og toppledelsens ansvar omfatter mål, ressursbruk og kontroll av resultat for de enkelte divisjoner. Mellomlederne (divisjonslederne) får stor kontroll i denne strukturen.

#### 5. Adhokratiet

Strukturen i adhokratiet legger til rette for et miljø for innovasjon. Eksempel på adhokratiet kan være prosjektgrupper med høy grad av horisontal arbeidsspesialisering – ulike eksperter samles for å løse en oppgave, og det er stor grad av gjensidig tilpasning. Adhokratiet preges av dynamiske og komplekse omgivelser.

### 3.2 Stabsbegrepet på to måter

Først noen definisjoner og avgrensninger:

Vi vil i det foreliggende snakke om stabsbegrepet på to måter: a) for det første i en Kenning-tradisjon hvor han snakker om linje- og stabskontakt som spilleregler i en organisasjon, b) som begrep som beskriver ulike posisjoner i en organisasjon mht. ansvar og roller (stab som støtte for linjen).

#### 3.2.1 Kenning-tradisjonen.

George Kenning utviklet på 1980-tallet 31 punkter med anvisninger på hva en leder må gjøre for å lykkes. Disse punktene kalte han Praxes. Han definerte linjekontakt og stabskontakt på følgende måte: **linjekontakt** – eksisterer bare mellom en person og dennes nærmeste underordnede og overordnede: **stabskontakt** – innebærer fri kommunikasjon mellom ledere overalt ellers i organisasjonen.

Slik avledet han linje-/stabskontakt i fem ulike situasjoner:

- **ved spørsmål om råd i linjeforhold**  
Dersom man spør en overordnet om råd, er det med utgangspunkt i stabskontakt. Det er ikke linjekontakt hver gang man tar kontakt med en overordnet. Det skal ikke spille noen rolle om det er sjefen som har tatt initiativet til samtalen som fører til et råd.
- **ved ordre**  
Dersom man har fått en ordre, så er det linjekontakt. Den overordnede må da gjøre dette klart. Man kan med andre ord ha linjekontakt sin sjef i noen situasjoner, i andre ikke.
- **ved problemer i andre avdelinger**  
Som leder har man akkurat samme forpliktelse til å ta opp et problem i andre avdelinger gjennom stabskontakt som man har i linjekontakt, altså overfor egne overordnede.
- **ved spørsmål om råd i stabsforhold**

Alle ledere i en organisasjon har som del av sitt ansvar å hjelp de andre. Dette er en del av vårt organisasjonsmessige ansvar. *Man er ikke ansvarlig for konsekvensene av forslagene, men av forslagenes kvalitet.*

- **ved stabskontakt forbi linjeleder**

Man kan ta kontakt med hvem man ønsker. Prinsippet er fri adgang til hvem som helst, når som helst. Denne friheten er vanligvis begrenset til ledere.

Disse er å betrakte som viktige spilleregler i en hver organisasjon av en viss størrelse slik som UNN.

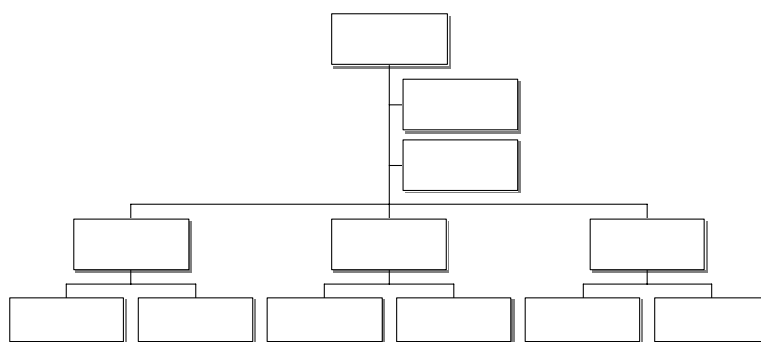
### 3.2.2 Stab som støtte for linjeledelsen

Vi skal nå angripe *stabsbegrepet* fra en annen vinkel, - i betydningen *stab som støttefunksjon*.

Med utgangspunkt i vår historie og denne definisjonen vil vi nå peke på det potensielt problematiske forholdet mellom linje og stab i sykehuset. Som tankegods låner vi fra Henry Mintzberg (1983) om kjennetegnet ved *profesjonsbyråkratiet*.

*Vårt utgangspunkt er at stab skal være det som det gir seg ut for, nemlig støtte for de kliniske avdelingene til å utføre kjernevirksomheten (pasientbehandlingen).*

I Mintzberg-typologien beskrives sykehus som et profesjonsbyråkrati (Figur 1, side 4). Ifølge Mintzberg kjennetegnes profesjonsbyråkratiet fem deler av: a) et forholdsvis lite strategisk toppunkt, som er nærmest frikopledd fra organisasjonens primæroppgaver b) en midtlinje, som av sterke profesjoner i den operative kjernen oppfattes mer som støtteapparat enn ledelse (Mintzberg 1998:143) c) en forholdsvis liten teknostruktur (se Figur 8, side 14) d) en *stab* med hovedfokus på kontroll og e) den operative kjernen, som hovedelementet i virksomheten Teknostrukturen, det vil si der hvor standardiseringen av prosedyrer foregår, har en beskjeden plass i sykehus fordi mesteparten av standardiseringen foregår i den operative kjernen (leger og sykepleiere) mot pasientbehandlingen. Nedenfor skisseres de fem delene i Mintzbergs modell som et tradisjonelt organisasjonskart.



**Figur 3** – Mintzbergs fem organisasjonsdeler satt inn i et organisasjonskart

I design av en organisasjon kan en velge mellom en liten og stor stab. Stabsfunksjonene kan både knyttes til det strategiske toppunktet, og de kan være tett knyttet til midtlinjen (avdelingsledernivået).

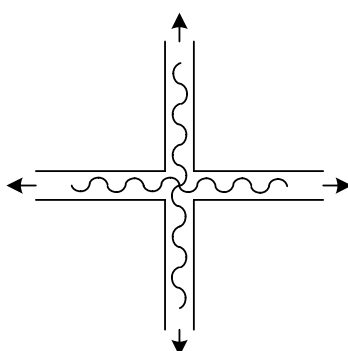


### 3.3 De "fire verdener" i helsevesenet

Artiklene "Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I and II" beskriver de spenningene mellom ulike aktører som ligger i dagens organisering av helsevesenet (Glouberman og Mintzberg, 2001). Artiklene er et forsøk på å gi en dypere forståelse av spenningsfeltet mellom ulike profesjoner, ulike interesser og ulike forståelsesrammer både i sykehuset og i sykehusenes omgivelser.

#### 3.3.1 Inne i sykehusorganisasjonen

Figur 4 viser to hovedskillelinjer innenfor et moderne sykehus. Den horisontale linjen viser i hvilken grad en leder, styrer eller forvalter *inn* mot organisasjonen eller har fokus *ut* mot utenforliggende enheter eller grupperinger som teknisk sett er uavhengige fra sykehuset. Den vertikale delelinjen sier noe om grad av fokus *ned* mot sykehusets primæroppgaver eller *opp* mot eier, forvaltere og finansieringskilder.



Figur 4 – De fire "delene" i et sykehus med to tydelige delelinjer.

I en modell hvor en tar hensyn til disse skillelinjene blir fokuset for ledelse, forvaltning og administrasjon (management) så forskjellig at Glouberman og Mintzberg beskriver det som fire ulike verdener innenfor sykehuset:

Nede til venstre befinner legene seg. Deres fokus er rettet mot behandlingen av den enkelte pasient – altså vil ledelse her være rettet direkte ned mot organisasjonens primæroppgave. Faglig oppdatering og samhandling skjer ofte ut av organisasjonen – mot andre subspesialister (kollegiet).

Nede til høyre befinner pleiepersonalet seg. Deres fokus er også rettet mot pasientene – altså mot organisasjonens primæroppgave. Fordi god pasientpleie i stor grad avhenger av intern samhandling vil disse ha fokus rettet inn mot organisasjonen langs den horisontale delelinjen.

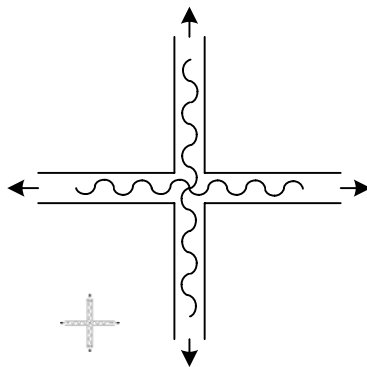
Oppe til høyre befinner sykehusledelsen (administrasjonen) seg. Hovedansvaret her ligger på å drive organisasjonen og fokuset er derfor inn mot å forsøke å kontrollere/drifte denne. Toppledelsen er ikke direkte involvert i organisasjonens primæroppgaver (behandling og pleie), og har langs denne akse i større grad fokus rettet opp mot de som fastlegger rammebetingelsene for organisasjonen.

Oppe til venstre i figuren er en verken direkte involvert i sykehusets primæroppgaver eller rettet inn mot å kontrollere organisasjonen. I vårt system vil styrene og eierne kunne plasseres her.

Hvis en går dypere inn i modellen ville en også kunne begrunne ulikhetene ut fra ulike rasjonaliteter i de fire verdenene. For eksempel er det ulik rasjonalitet bak kliniske og ikke-kliniske beslutninger (den horisontale delelinjen). Dette kommer vi ikke til å gå nærmere inn på i vår diskusjon.

### 3.3.2 Helsevesenet i samfunnet

Modellen med skillelinjene i sykehusene er også fruktbar som en forståelsesramme for helsevesenet som helhet. Sykehusene er her plassert nederst i venstre hjørne (behandlingsdelen), og det er et klart skille mot primærhelsetjenesten hvor en behandler helheten og driver pleieinstitusjonene. Opp til høyre (hvor en i den opprinnelige modellen har plassert sykehusets "management") befinner offentlige myndigheter og eierne seg. Selv om vi i Norge har et klart skille mellom eierskapet til institusjonene i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten vil modellen tjene som forståelsesramme for at de ulike aktørene vil ha et svært ulikt fokus selv når en diskuterer samme tema. Lengst opp til venstre befinner allmennheten seg – disse representeres oftest av politikere, pasientorganisasjoner og fagforeninger.



Figur 5 – Glouberman og Mintzbergs modell brukt på helsevesenet som helhet

### 3.4 Hva kan komme etter Mintzberg?

*Profesjonsbyråkratiet* kan utdypes av ideen om *kunnskapsregimer* (Sørhaug, 2006). Sykehus er en typisk kunnskapsbedrift hvor man kopleer kunnskap, makt og legitimitet sammen. Kunnskapsregimene er kollegium, linje(hierarki) og nettverk. Kollegiet består av likeverdige deltakere i en dialog. Konsensus og kontroverser er drivkrefter. Kollegiet skaper grobunn for ny kunnskap. Linjen er en struktur som er hierarkisk organisert. Denne drives av instruksjer og formålet er orden og retning. Gjennom linjen skapes grenser. Og autoriteten kommer ovenfra. Nettverk kan best beskrives som mønster som organiserer grenseflater i møter mellom mennesker. Det er en form for allianser som utvikler seg; en sosial dannelse som er basert på vennskap.

Disse tre kunnskapsregimene krysser hverandre. I et sykehus vil linjeledelsen utøve legitim maktutøvelse. Den holder orden på diskusjonene i kollegiet slik at disse ikke utvikler seg til dueller. Forskjellen på ledelseslogikken til kollegier og linjen er åpenbar. Transformativ vs. kausal. Utfordringen for en linjeleder når hun /han deltar i kollegiet er å legge den formelle posisjonen til side og delta på likeverdig grunnlag. Dette er ikke lett. Linjeleder og kollegium må kunne "leke med roller" slik at en slik forandring av posisjon blir troverdig. Linjeleder i sykehus må således kunne mestre logisk tenkning om transformativ ledelse. Likeledes må de

sette opp og organisere kollegiale fora som drivkraft for avdelingenes faglige utvikling. Det kreves beslutninger. Dogmer krever ro over tid til å få satt seg. Når dogmer og hypoteser forvirres, kan kollegiet utfordre linjens autoritet. Politisk uenighet kan bli oversatt eller forvekslet med faglig uenighet. Det som er krevende for linjeledere er at dogmer er forenklinger. Forenklinger kan ofte kritiseres faglig.

De tre regimene nettverk, linje og kollegium understøtter, utfordrer og gror inn i hverandre. Men kollegiet kan bare forbli et kollegium dersom det avstår fra å søke makt. Det er linjen som organiserer makten og nettverkets rolle blir å produsere og bruke makten. Mange av utfordringene som ligger i transformasjonsledelse kan forskyves fra person til struktur. Hvis man bygger inn det finstemte samspillet mellom de kunnskapsregimene i sykehuset i form av verdier og ambisjoner, normer og spilleregler, informasjonssystemer, incentiver, osv., kan man utvikle dette til et meget produktivt samspill.

I det senere har nye betraktningmåter om organisasjonstyper innenfor hvilke sykehus kan klassifiseres, vokst frem. Mintzberg (1983) påpeker at man neppe finner den ene eller den andre organisasjonsformen i sine rendyrkede former. Han hevdet at man kunne finne blandingsformer som divisjonaliserte adhokratier, profesjonelle entreprenørorganisasjoner, enkle byråkratier og andre blandingsformer. En interessant observasjon er at IKT har påvirket tradisjonelle organisasjonsformer. Slike hybrider kan være: a) **den avanserte entreprenørorganisasjon**. Sentralt i denne står at mye av moderne produksjon skjer ved hjelp av roboter (eks. roboter som kan operere), b) **det fleksible maskinbyråkratiet** og **det store adhokratiet, eller den innovative organisasjonsformen** (eksempelvis store organisasjoner som kommuniserer via store databaser og tilpasser og utfører delarbeid basert på den tilgjengelige informasjonen). I det senere har vi også sett nye organisasjonsformer basert på utviklingen innen IKT så som: **den virtuelle organisasjonen** og **den organiserte skyen**. I slike organisasjonsformer er man uavhengig av bygninger, fysisk samlokalisering og kontorer. Den enkelte ansatte sitter hvor som helst og arbeider og alt arbeid formidles via elektronisk kommunikasjon. Det er en utbredt oppfatning at det er lite som tyder på at utviklingen innen IKT vil skape helt nye organisasjonsformer. IKT vil heller påvirke de tradisjonelle strukturene, og kanskje spesielt den fysiske strukturen, gjennom de nye muligheten som ny teknologi gir (Groth, 2005).

Også profesjonelle organisasjoner har tatt opp i seg nye måter å betrakte samspill og arbeidsprosesser på. Slike måter er ideer om *"sensemaking"* og *"komplekse adaptive systemer"*.

Sensemaking *"is about the interplay of action and interpretation rather than the influence of evaluation on choice"* hvor helsevesenet betraktes som et "glatt" system hvor det ikke handler om å finne den nye organisasjonsstrukturen, men hvor det gjelder å holde strukturen flytende (sensemaking) (Weick, Sutcliffe og Obstfeld, 2005).

*"When the model of complex adaptive systems (CAS) is adopted, then the manager's focus turns from knowing the world to making sense of the world; from forecasting the future to designing the future; from finding the right structure to keeping the structure fluid; and from overcoming the limits of the system to unleashing the dynamic potential of the system"* (Anderson og McDaniel, 2000).

Når vi skal snakke om hva som skjer innenfor sykehus, vil ideen om "sensemaking" avkreve oss at vi ser etter forklaringer og svar på bakgrunn av hvordan de ansatte opplever situasjoner

og hendelser, heller enn hvordan de opplever strukturen eller systemet. "Sensemaking" står i kontrast til "decision-making". Sensemaking er en slags kollektiv forståelse og refleksjon om verdier, regler, roller og prosedyrer. Den profesjonsbyråkratiske modellen er tung på beslutningsprosesser. "Sensemaking" er det som leder fram mot beslutninger og er en mental modell som er mer kongruent med helsevesenets kompliserte indre liv. I begrepet ligger det mye godt stoff for generell ledelsesteori i sykehus. Dette vil ikke bli utdypet i det følgende.

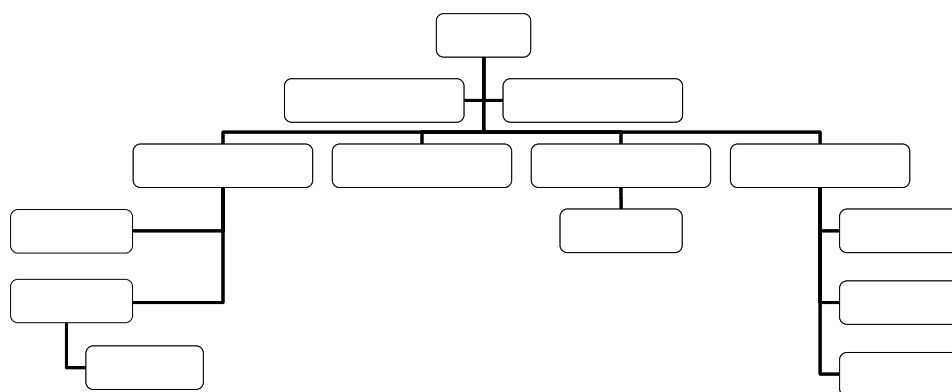
## 4 Organisasjonen i lys av de teoretiske perspektivene

Vårt primære fokus er i denne sammenhengen ikke å forstå de indre prosessene i våre egne enheter, men snarere å forsøke å forstå hvordan vi som ledere skal kunne bidra til at organisasjonene vi tilhører kan bidra til helheten. I dette perspektivet vil mulighetene for integrasjonen mellom ulike deler av systemet være vårt hovedfokus.

### 4.1 BUK i UNN HF

Barne- og ungdomsklinikken (BUK) er en nyskaping i UNN HF både organisatorisk og faglig. Organisatorisk som klinikk på avdelingsnivå og faglig fordi barne- og ungdomsmedisin (somatikk) og barne- og ungdomspsykiatri er integrert i en klinikk. Klinikken ble etablert i forbindelse med helseforetaksreformen fra 1.1.03 da UNN HF overtok barne- og ungdomspsykiatrien fra Troms Fylkeskommune. Klinikken består av fem geografisk atskilte enheter og ledes av en ledergruppe. Den daglige ledelsen utøves av et sekretariat (klinikksjef, klinikkrådgiver og kontorleder).

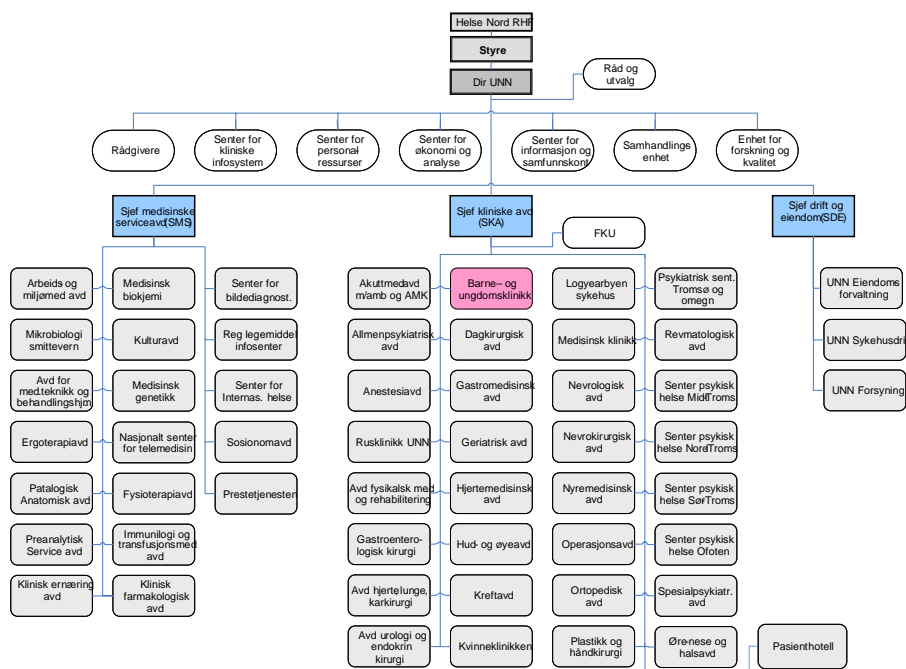
*For tiden ser organisasjonskartet ut som følger:*



**Figur 6** – Organisasjonskart for BUK

Et omfattende byggeprosjekt er under realisering. Klinikken skal bygge en sengeavdeling barne- og ungdomspsykiatri inkludert et regionalt senter for alvorlige spiseforstyrrelser og skole for de sosialmedisinske institusjonene (SMI-skolen). Klinikken vil når byggeprosjektet er ferdig, bestå av tre avdelinger: Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Avdeling for

barnehabilitering og Barneavdelingen. Fem enheter har da vokst til syv (i tillegg regionalt senter for spiseforstyrrelser og intermediaærenhet) og så blitt forenklet til tre avdelinger under klinikken ("flytende organisasjonsstruktur").



Figur 7 – UNN HF – Organisasjonskart pr 01.01.07 – inkluderer Harstad og Narvik

#### 4.1.1 Mintzberg brukt på UNN HF

Det er viktig å understreke at prosessen fram mot dagens modell for organisering stammer fra 1989 hvor "Verkstedmodellen"<sup>1</sup> ble lansert. Hver avdeling fikk sin nåværende ledelsesmodell med lederteam bestående av avd. overlege, oversykepleier og kontorleder med en avd. leder: oversykepleier el. avd. overlege.

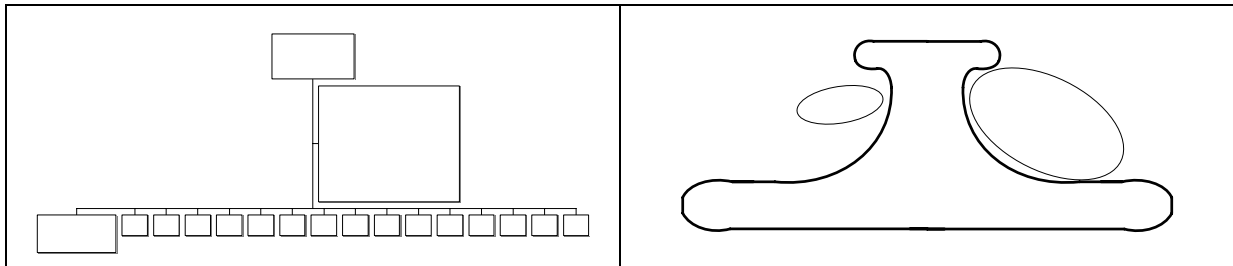
En gang var Regionsykehuset i Tromsø et lite sentralsykehus sør i byen. Etter hvert vokste det til et universitetssykehus. I 1991 ble det nye sykehuset bygget i Breivika nord i byen. Bygningsmassen vokste og organisasjonen endret seg. Nye funksjoner kom til. Den medisinske utviklingen bidro til at spesialiseringen gikk videre fra hoved- til gren- til kvist- til knopp-. Sykehuset fortsatte sin organisering i tråd med raske utviklingen av medisinen. I takt med nye krav mht. lover, regler og rapportering til eier og helsemyndighetene økte sykehusets kompleksitet med behov for endring i organisering av virksomheten

I takt med den økende sub-spesialiseringen langs de medisinske spesialitetene har det også på UNN skapt utfordringer for **koordineringen**. Utviklingen av organisasjonsstrukturen har gått i retning av et lite strategisk toppunkt, en voksende stab og et omfattende lappeteippe av små operative enheter med tilsynelatende kort vei til det strategiske toppunktet. Enhetene i den operative kjernen er likevel langt unna det strategiske toppunktet både fordi staben har vokst og det store antallet operative enheter har gjort organisasjonen for *bred*. Midtlinjen har i denne utviklingen mistet sin rolle i "konkurranse" med stab. Det synes derfor som om en har en større grad av horisontal **desentralisering** enn vertikal i viktige beslutninger. Et eksempel

<sup>1</sup> I artikkelen "Sykehusorganisasjonen – fra hierarki til verksted" i boken "Den offentlige dimensjon" av Erik Oddvar Eriksen (TANO 1993) beskrives tre modeller for sykehusledelse.

på dette kan være toppledelsens inndragning av tilsettingsmyndigheten på avdelingsnivå høsten 2006. En slik sentralisering av beslutningsmyndighet er mer karaktertrekk fra *maskinbyråkratiet* (se side 6) enn fra *profesjonsbyråkratiet*. Basert på den store operative kjernen må UNN likevel plasseres som et klart profesjonsbyråkrati når en bruker Mintzbergs *konfigurasjoner*.

I figuren nedenfor (Figur 8) er profesjonsbyråkratiet i UNN illustrert både ved et karikert organisasjonskart og i Mintzberg-taksonomien.



Figur 8 – Profesjonsbyråkratiet, Mintzberg (1983:194)

Direktørens ledergruppe utgjøres av en blanding av strategisk toppunkt – direktør, sjef for kliniske avdelinger (SKA), sjef for medisinske serviceavdelinger (SMS) og sjef for drift og eiendom (SDE) – samt stabspersonale (økonomisjef, personalsjef og rådgivere etter behov). Støttestrukturen med sjef for medisinsk service og sjef for drift utgjør sammen med teknostrukturens representanter (økonomi og personal) en stor del av sykehusledelsen. Sjef for kliniske avdelinger (SKA) er den eneste i ledelsen som representerer primæroppgavene. Dette understreker stor grad av horisontal delegering.

#### 4.1.2 Stabsfunksjoner i UNN

Vårt utgangspunkt er formulert i kapittel 3.2. at stab/støtte skal hjelpe de kliniske avdelingene til å utføre kjernevirksomheten (pasientbehandlingen).

UNN som organisasjon har vokst i takt med den økende medisinske sub-spesialiseringen. Resultatet er 32 kliniske avdelinger (i nye UNN etter 1.1.07) underlagt en sjef. For å betjene alle disse avdelingene, har staben vokst til 7 enheter. Disse er en blanding av større enheter, som Senter for personalressurser og Senter for økonomi og analyse, og selvstendige rådgivere. De store stabsenhetene representerer i seg selv egne linjeenheter. Senter for personalressurser har for eksempel en ledergruppe på 11 personer og Drift og eiendom har en ledergruppe på 5 personer. De kliniske servicegruppene, som er forankret i Senter for Personalressurser og har med en økonomikonsulent, skal betjene alle de kliniske avdelingene.

Når det gjelder øvrige stabspersoner har disse arbeidsområder som ikke direkte er rettet mot det arbeidet som foregår i avdelingene (den operative kjernen). Mange av disse har primært kontrollfunksjoner eller arbeider med tilrettelegging av beslutningsgrunnlaget for sykehusledelsens avgjørelser. Mye handler om rapportering, oppfølging av budsjett- og virksomhetsplanlegging og innføring av nye arbeidsverktøy for logistikk, IT og kvalitetssystemer. Disse prosessene pågår tilsynelatende frikoplet fra hverandre.

**Strategisk  
apex**

Da sykehusets administrasjon høsten 2006 sentraliserte beslutningsmyndigheten i forbindelse med innsparinger og stillingsstopp opplevde vi at stab/støtte fungerte som en parallell

linjeorganisasjon. Oppgaver ble delegert fra direktøren til stab som så kom med administrative pålegg til klinikkledelsen.

I beskrivelsen av ledermodellene for nye UNN er tre typer lederstrukturer: a) stabsledelsen som omfatter direktør, SAS, SKA, SDE og lederne for de 7 stabene. b) ledergruppen ved UNN HF, som består av direktør, SKA, SAS, SDE og c) utvidet ledergruppe hvor også personalsjef, økonomisjef og rådgivere inngår. **Ingen av disse ledergruppene har inkludert klinikk-/avdelingsledelsen.**

#### 4.1.3 Hvor er BUK og UNN i ”de fire verdenene”

Nye UNN består av sykehusene i Tromsø, Narvik og Harstad – et universitetssykehus m/lokalsykehusfunksjoner og to lokalsykehus. De tre sykehusene hadde før sammenslåingen ulike oppgaver. Nytt organisasjonskart er laget med gjennomløpende lederskap på tvers av beliggenhet. Dette har økt den nye organisasjonens kompleksitet i tillegg til det krevende med den geografiske avstanden og de kulturelle forskjellene. I den nye strukturen er i alt 32 kliniske avdelinger organisert etter tradisjonelle medisinske sub-spesialiteter. Det finnes fagfelt som er delt opp i egne enheter, eks. Anestesiavdelingen og Akuttmedisinsk avd. samt Spesialpsykiatrisk avd. og Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn. Graden av integrasjon mellom ”cure” og ”care” er svært varierende. Noen deler senger, andre ikke. Noen avdelinger er høyt spesialiserte, andre noe bredere. Det som er mest i øyenfallende med den nye organisasjonsstrukturen er at faglige brede avdelinger på sykehusene i Harstad og Narvik er omgjort til seksjoner og ledes av sub - spesialiserte avdelinger på sykehuset i Tromsø. Endring i organisering hemmes av sterke tradisjoner, markerte fagfolk og bygningsmessige begrensninger. Kontrollspennet mellom SKA og avdelingsledelse er stort. Fordi kartet er så ”bredt” (mange avdelinger), er den vertikale avstanden likevel stor mellom ”det strategiske toppunktet om mellomlinjen” (Mintzberg-terminologi). Denne situasjonen gjør at graden av integrasjon og koordinering (”ledelse å tvers” i UNN) er svært problematisk og mangelfull. Fusjonen med Narvik og Harstad har ikke gjort organiseringen mindre utfordrende.

Barne- og ungdomsklinikken rommer to perspektiver når man betrakter den i lys av modellen om ”De 4 verdener” – behandle, pleie, kontroll og samfunn (s. 10). På den ene siden fungerer *Barneavdelingen som et barnesenter*, dvs. at alle barn uansett lidelse ligger på avdelingen og pleies av de samme sykepleierne. 7 ulike medisinske sub-spesialiteter (”cure”): hud, gastrokirurger, urokirurger, nevrokirurger, øre-nese-hals, øye og barnemedisinen benytter seg av samme enhet (”care” i matrise). Dette gir mulighet for en høy grad av integrasjon og koordinering. Det andre perspektivet er at *Barne- og ungdomsklinikken omfatter både fagene barne- og ungdomsmedisin, barne- og ungdomspsykiatri og habilitering (som ligger et sted mellom de to andre)*. Alle tre medisinske sub-spesialiteter (”cure”) er ”brede” sub-spesialiteter med høy grad av tverrfaglig fokus i arbeidsmetodikken. Et interessant fenomen som ytterligere styrker integrasjon og koordinering på tvers i klinikken er at sengeavdelingene i barne- og ungdomspsykiatri synes å ha mer til felles driftsmessig med sengeavdelingen på Barneavdelingen enn med resten av det barne- og ungdomspsykiatriske fagfeltet. Barne- og ungdomsklinikken beveger seg imidlertid mot en organisasjonsstruktur hvor de barne- og ungdomspsykiatriske sengeavdelingene integreres med BUP. Konklusjonen blir derfor at BUK har en høy grad av integrasjon og mulighet for koordinering mellom de to verdener behandling og pleie. Både barnesenterorganiseringen og klinikkdannelsen har understøttet dette.

Hvis man til slutt betrakter forholdet mellom BUK og UNN langs den horisontale delelinjen mellom *behandling/pleie* ("Cure/Care") og *kontroll* ("Control"), synes disse verdener på mange måter å være frikopleet fra hverandre gjennom en stor stab hos direktøren, stort kontrollspenn og manglende deltakelse av avdelingslederne i lederskapet på sykehuset. Slik manglende deltakelse svekker motivasjon for ledelse og identifikasjon med arbeidsgiveransvaret.

## 5 Diskusjon – er det mulig å legge til rette for bedre samhandling?

I innledningen vår satte vi opp tre områder som vi ønsket å vektlegge i denne oppgaven. Dette er berørt gjennom teorivalgene og plasseringen av organisasjonen innenfor disse teoretiske rammene. I dette kapittelet diskuterer vi de mulighetene endringer i organisasjonsstruktur vil kunne gi "nye UNN" og forholdet mellom linjen og støtte staben. Til slutt diskuteres forholdet mellom de fire verdenene i UNN-organisasjonen samtidig som vi forsøker å gå litt dypere i teorien.

### 5.1 Organisasjonsstruktur

Vi har forsøkt å beskrive hvordan UNN fremstår som et profesjonsbyråkrati og hva som er karakteristisk for slike. Gjennom UNN sin fusjon med Narvik og Harstad og organiseringen med avdelinger på tvers, har behovene for *koordinering* økt dramatisk. Dette gjelder på tvers av sykehusene, mellom avdelingene og mellom seksjonene. Noen nye utfordringer har kommet til. Mindre sub-spesialiserte avdelinger på UNN-Tromsø (eks. gastrokirurgen) leder større generelle avdelinger på de to andre sykehusene. Denne organiseringen med vertikale "siloer" hvor legene klatrer i sine egne spesialiserte hierarkier, kan i neste omgang medføre at de medisinske "gardinene" (mellom spesialitetene) hindrer den horisontale koordineringen i Harstad og Narvik. Og da er vi like langt. Graden av transparens vil her være avgjørende.

#### 5.1.1 Lokalsykehusfunksjonen og det høyspesialiserte

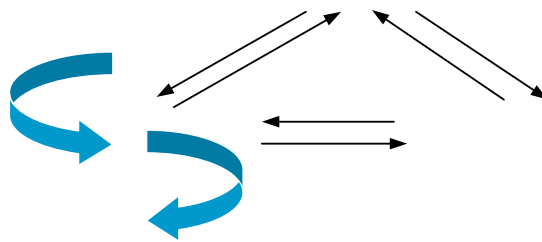
En viktig utfordring med det gjennomløpende lederskapet er også at "kart møter kultur". UNN i Tromsø har som "teaching hospital" utviklet sine perspektiver og egenart over lang tid. Miljøene i Harstad og Narvik har hatt andre fokus faglig sett. Hvilken vei velger nye UNN? Skal miljøene i Harstad og Narvik akademiseres eller skal disse sykehusene få en sterkere funksjon som lokalsykehusene i nye UNN? Det er hevet over tvil at lokalsykehusfunksjonen på UNN i Tromsø forstyrrer det høyspesialiserte. En av trendene samfunnsmessig er at sterk spesialisering (innen det medisinske) møter et behov for å samordne og generalisere. Dette kan utnyttes ved at vi utvikler ulike typer av sykehus, som bygger bro mellom dagens akuttsykehus og primærhelsetjenesten (se Figur 5). Slikt arbeid pågår andre steder i Helse Nord (eks. Alta, Mosjøen).

#### 5.1.2 Gjensidig avhengighet

Vår tese er at endring av virksomheten er en kontinuerlig prosess hvor det er viktig å ha minst tre tanker i hodet samtidig. For det første går den *medisinske utviklingen raskt*. Mens det for 20 år siden var god medisin å behandle hjerteinfarkt på sykestuene i Finnmark med ro og



hvile, skal i dag > 40 % av disse pasientene flys rett fra sjarken, forbi lokalsykehusene direkte til UNN for at hjertets kransarterier skal blokket ut akutt. Slik ny praksis endrer samspillet mellom sykehusene, deres oppgaver og deres organisering. Endringer skal alltid gjennomføres *av ledere* i samspill med deres medarbeidere. Vi får de lederne vi utvikler og rekrutterer. I en kunnskapsbedrift som sykehus vil også fagfolk komme og gå. De drar gjerne dit hvor deres kompetanse best blir tatt vare på og hvor de får de beste mulighetene. Fokus på endring av organisasjonen må derfor hele tiden balansere mellom de folkene man til en hver tid har, de store faglige strømningene som pågår og en *hensiktsmessig organisasjonsstruktur*. Det finstemte samspillet kan illustreres som vist på denne figuren:

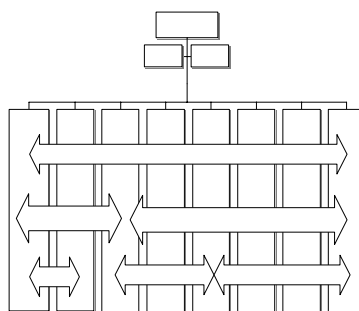


Figur 9 – Gjensidig påvirkning

Vi drister oss i det følgende å foreslå en ny organisasjonsstruktur for UNN. Vi snakker om en ”for tiden nyttig struktur”. Vår ambisjon er altså ikke ”å finne den riktige strukturen”, men ”å holde strukturen flytende” (Anderson, R. 2000).

### 5.1.3 Mulig ny organisasjonsstruktur i UNN

Vi argumenterer for at vi på det nåværende tidspunkt bør dra sammen organisasjonen ”Nye UNN” og samle flere avdelinger i større klinikker. Motivet er behovet for koordinering og integrasjon – godt fag og god økonomi. En slik organisering kan se slik ut:

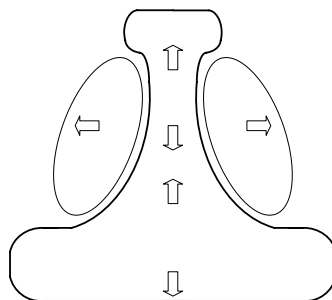


Figur 10 – Mulig ny organisasjonsstruktur for UNN HF

I en slik modell fremgår det at vi tenker oss at det er kort vei mellom strategisk toppunkt (direktør og klinikklederne), midtlinjen (avdelingen) og operativt nivå (seksjon). Pilene på tvers indikerer behovet for horisontal koordinering, enten vha. pasientforløp eller ressursutnyttelse. Staben er redusert til det strengt nødvendige – økonomi og personal. Økonomisjef og personalsjef inngår i direktørens sekretariat. Klinikksjefene utgjør sammen med direktøren sykehusets ledergruppe. *Klinikkene bør ledes av fagfolk*. I en slik organisering vil motivasjonen for ledelse være større en i dag hvor sykehusledelsen er frikoplet fra det operative leddet. Avdelings- og klinikklederne i dagens organisasjon har vanskelig å

identifisere seg med arbeidsgiveransvaret. Klinikken kan organiseres i *kliniske enheter* og *støtteenheter*. Det etableres et sekretariat for hver klinikk som er ledelsesstøtte i den daglige driften. Sekretariatet skal være så lite som mulig. Alternativet til å utvikle støtteenheter i linjen er å *styrke klinikknivået med stab/støttefunksjoner*. Faren ved dette er at stabsfunksjoner på klinikknivå eser. Da er vi like langt. Her vil kompetansen være avgjørende. I denne modellen vil organisasjonen fremtre ”smalere” og veien mellom operativt ledd og strategisk toppunkt kortere. En ”smalere organisasjon” gir også muligheter for koordinering på tvers på alle nivåer i klinikkene (avdelinger, seksjoner).

Figur 11 gir et bilde på de retningene ulike deler av organisasjonen vil kunne dra med. En styrking av det strategiske toppunktet med innlemmelse av klinikkjefer vil etter vår mening kunne bidra til å dempe de andre drakreftene. En styrking av midtlinjen med gode lederteam på de enkelte klinikkene vil bidra til at profesjonene ikke drar for langt ut i egen retning.



**Figur 11** – Ulike drag på organisasjonen fra de fem delene – Mintzberg (1983:154)

Tilpasningsdyktige organisasjoner med stort endringstrykk må dessuten inneholde byråkratiske elementer i form av a) et klart skille mellom over- og underordnede (hierarki), b) overholdelse av lover og regler (sentralisering og regelstyring), c) budsjettoppfølging, d) tydelige grenser (organisasjon/omgivelser og ansatt/privatperson).

Vi tar i den foreliggende modellen ikke stilling til hvilke fagområder og avdelinger som bør gå sammen for å lage klinikk. Vårt anliggende har vært å peke på **én** mulig vei. Det er helt klart at hele ”Nye UNN” ikke trenger å være organisert som et profesjonsbyråkrati. Deler av virksomheten er utmerket for å utvikle mer ”industrialiserte prosesser” (eks. knepakker, kataraktoperasjoner, lungepakker, etc.). Andre deler av virksomheten bør tendere mer i retning av å organisere seg som ”nettverk” (eks. pediatri, reumatologi, indremedisin). Dette kommer vi tilbake til.

## 5.2 Forholdet stab/støtte og linjen

I kapittel 3.2.2 utdypet vi stabsbegrepet som ”en støtte for de kliniske avdelingene til å utføre kjernevirksomheten (pasientbehandlingen)”. Sykehusledelsens viktigste bidrag til verdiskapningen vil være å bygge en robust og sterk linjeorganisasjon. Derfor bør en bestrebe seg på å ha små staber. I dagens situasjon fremtrer staben som stor og mektig – med egne linjeorganisasjoner. Økonomi og personal er viktige støttefunksjoner som direktøren må ha kontroll over. Det er også bygg og eiendom. Man kan velge å plassere stabspersonene ut på klinikknivå. Vi tror at muligheten for å kontrollere størrelsen på stabene er større hvis disse legges ut på klinikknivå enn om de forblir hvor de er i dag. Dette utfordrer imidlertid UNNs tradisjonelle lederteam med avd. overlege, oversykepleier og kontorleder. Med utviklingen av

et felles kontorsenter faller behovet for den tradisjonelle kontorlederen bort. Det trengs annen kompetanse i sekretariatene på klinikknivå, eks. som kan utføre oppgaver dagens stab utfører (generer rapporter, IKT-utvikling, økonomikompetanse, osv.). Da faller også de tradisjonelle lederteamene bort og *ledergrupper* vokser frem som består av avdelingslederne i klinikkene. Sekretariatene står for lederstøtte i den daglige driften, mens ledergruppene tar de strategiske drøftingene. De tradisjonelle lederteamene har overlevd seg selv. De har bestått av avd. overlege og oversykepleier i tillegg til kontorleder. Ledelse har vært basert på profesjon og ikke på lederskap. I ny organisering blir det en klinikkleder. På avdelingsnivå blir det også én leder og én stedfortreder.

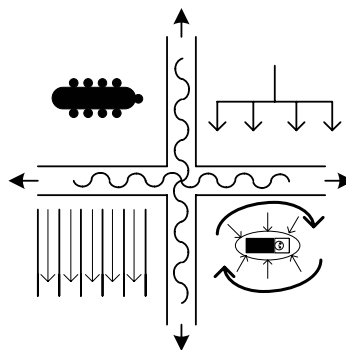
Men organisasjonen trenger også spilleregler for samtaler mellom stabspersoner, i praksis lederne. Det blir viktig for organisasjonen å øve på slik. Man må som utgangspunkt respektere linjen. En dynamisk organisasjon forutsetter aktiv utnyttelse av stabsforhold. Gode stabsforhold forutsetter imidlertid trygghet i linjeforhold. Ledere skal oppmuntre til bruk av stabsforhold, men vise respekt for linjeforholdenes krav. Et godt eksempel på gode stabsrelasjoner er i situasjoner hvor det er problemer i en av klinikkene. Da kan andre klinikkledere ha en rolle som problemløser. Det blir ikke bare direktørens ansvar å forholde seg til disse. Disiplin i ledergruppen på klinikknivå skal være en støtte for direktøren.

### 5.3 Koordinering av oppgaver mellom "de fire verdenene" i UNN

Universitetssykehuset Nord Norge bør starte en revitalisering av ledelse på alle nivå i organisasjonen. En bør øke koordineringsgraden vertikalt mellom nivåene og horisontalt mellom ulike faggrupper. Dette krever helhetlig fokus og diskusjon omkring de barrierene som hindrer samhandling. Sykehusledelsen må finne en strategi for hvordan en håndterer spenningen mellom en medisinsk fagutvikling med stadig større grad av sub-spesialisering og behovet for koordinering mellom disse spesialitetene. Behovet for koordinering mellom sykehusets ulike deler er sammenfallende med en samfunnstrend hvor behovet for å skape helhet og integrasjon står sentralt (Fossen, 2007).

#### 5.3.1 Å bygge broer over kløfter

For de som arbeider med sykehusets primæroppgaver vil en revitalisering av ledelsen på avdelingsnivå være viktig. Avdelingslederen må være leder for alle som arbeider i avdelingen. I enkelte avdelinger har overlegen og oversykepleieren delt personal- og fagansvaret overfor sine respektive faggrupper. Slike løsninger bygger ikke broer mellom pleie- og behandlingssiden, men forsterker derimot ulikhetene.



Figur 12 - Glouberman og Mintzbergs firefelts figur (ref Figur 4)

Sykehusledelsen bør i større grad fokusere på andre deler av virksomheten enn kontroll-funksjonen. Den vertikale desentralisering av beslutningsmyndighet må erstattes av det som i

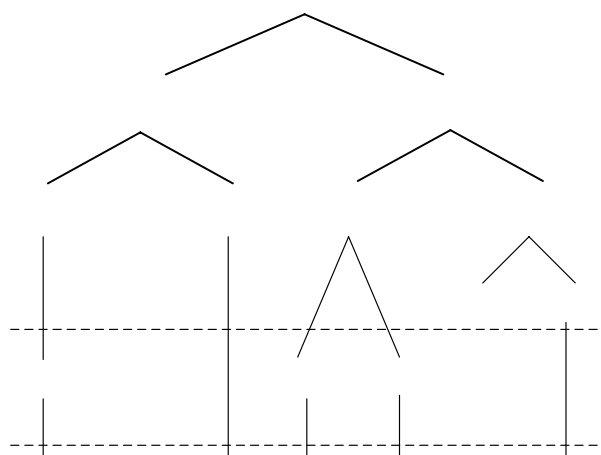
dag av mange oppfattes som stor grad av horisontal desentralisering til stabsfunksjoner. Ledere på lavere nivåer skal ikke bare gis større myndighet, men det er viktig at ansvaret for resultatene blir plassert der det er mulig å gjøre endringer – nært primæroppgavene. Her må en også se på modeller som gjør at avdelinger eller klinikker får insentiver til å gå i økonomisk balanse. Å beholde eget overskudd til bruk for utvikling og nyinvestering kan være et viktig incentiv.

Både sykehusets styre og eierne (RHF) er langt på vei frikoplet fra sykehuset som organisasjon. De verken behandler eller pleier pasienter. De daglige problemene som toppledelsen i et sykehus har, engasjerer i liten grad det operative fagpersonalet. Det en i denne delen av de fire verdenene kan gjøre noe med (ved siden av å skaffe ressurser), er å påse at alle endringsprosesser som settes i gang har et helhetlig mål. Man må med andre ord være klar over konsekvensene for alle deler av organisasjonen når en fatter vedtak på dette nivået. Endringer i sykehuset er ikke noe nytt. Det skjer hele tiden. Fagfolkene tar daglig i bruk ny teknologi (nye behandlingsformer, medikamenter og IT-løsninger). Det er i første dette fagfolkene tenker på som endringer i arbeidshverdagen. På nivået over dem, og i helt andre verdener, drives reformarbeid som igjen driver fram administrative reorganiseringer. Kløften mellom fag og administrasjon (ledelse) blir bare større når organisasjonsprosesser og teknologiprosesser får lov å virke dekoplet.

I etableringen av nye UNN ble vedtakene gjort, og sykehusene i Harstad og Narvik integrert, uten at noen av de tekniske støttefunksjonene var på plass. Felles IKT-løsninger for det nye sykehuset vil ikke være på plass før nesten et år etter den organisatoriske sammenslåingen. Dette viser at koplingen mellom vedtakssiden og resten av organisasjonen ikke henger sammen.

### **5.3.2 Koordinering og teknologi**

For å legge til rette for en helhetlig tenkning rundt arbeidet med nye UNN tror vi det vil være nyttig å ta veien helt tilbake til Mintzbergs designkomponenter. Hvis en tar utgangspunkt i modellen for koordinering av arbeid (Figur 2), og bygger denne ut i dybden, vil en se at en kan snakke om seks (i stedet for fem) ulike former for koordinering av arbeid. Koordinering gjennom standardisert ferdigheter, som er et kjennetegn ved profesjonsbyråkratiet, kan deles opp i eksplisitte ferdigheter og tause ferdigheter (normer) (Groth, 2005:173 og Mintzberg 1989:102). At både de lærte ferdighetene og normene spiller inn i koordineringen av arbeid i profesjonsbyråkratiet betyr at utfordringene med å legge til rette for samhandling blir stor mellom ulike profesjoner (ulike profesjoner har ulike normsett). Mye av arbeidet som i dag gjøres for å forbedre effektiviteten i sykehus har som utgangspunkt at teknologien skal være et bidrag i denne retningen. Dette utgangspunktet hviler på en ensidig forestilling om at helsevesenet kan sammenlignes med fabrikkens *maskinbyråkrati*. Et eksempel kan være at innføringen av ny IKT-programvare ofte blir rettfærdiggjort med argumenter om effektivisering. Arbeidsprosesser basert på ”tause ferdigheter” lar seg imidlertid ikke koordinere gjennom teknologibruk.

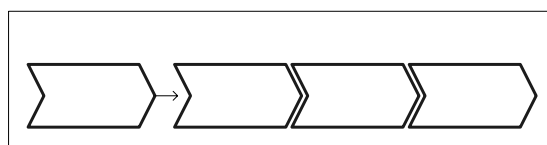


**Figur 13** – en påbygning av Figur 2, som viser i hvilken grad ulike koordineringsmekanismer kan nyttiggjøre seg teknologi. Groth (2005:173)

I sykehusstrukturen er koordinering av arbeid støttet av IT-systemer, men de prosessene som krever nyanserte vurderinger kan ikke styres gjennom teknologien. Det er likevel et stykke igjen før en har tatt ut det potensialet som ligger i å planlegge bruk av IT-løsninger i den hensikten å forbedre koordineringen mellom ulike deler av organisasjonen. Dette kommer vi tilbake til lengre ned på siden.

### 5.3.3 Modeller for klinisk samhandling

For enkelte behandlingsprosesser i sykehuset kan en tenke seg å bruke ”verdikjedetenkningen” hvor ulike prosesser eller oppgaver kjedes sammen i et planlagt forløp (Figur 14). En planlegging av elektive behandlingspakker (eksempelvis knepakker og kataraktoperasjoner) vil kunne følge en slik logikk.

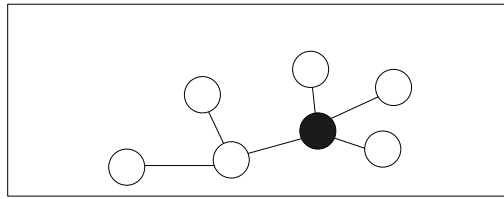


**Figur 14** – Glouberman og Mintzberg (2001) – **verdikjede** - vår oversettelse.

I sykehuset er det i dag for mange uprogrammerte kjeder hvor ulike deler av pasientbehandlingen og pleien ikke henger sammen. Pasientene sendes fra ledd til ledd i kjeden, og må ofte svare på de samme spørsmålene flere ganger. En slik dysfunksjonell koordinering av prosesser er et både et resultat av sub-spesialiseringen og at det mangler koordinering på tvers av ”profesjonskløften” mellom behandlings- og pleiesiden. Gjennom en tilrettelegging av IT-løsninger med større grad av strukturert informasjon enn dagens pasientjournalssystemer ville en åpne for muligheten for en større grad av gjensidig tilpasning ved at informasjon var lett og strukturert tilgjengelig i databasen (implisitt koordinering) når det var behov for den. Dagens elektronisk journaldokumenter er ikke tilrettelagt for hurtige søk, og bidrar derfor ikke til den dreiningen mot en innovativ organisasjon som den kunne ha gjort. Et annet forsøk på å løse problemet i kjedetenkningen har vært å ha en ansvarlig behandler, som konsulterer andre spesialister etter behov (Figur 15). Koordineringen er også her svært avhengig av spesialiserte ferdigheter, og er typisk for profesjonsbyråkratiet.

**Teknologi-  
avhengighet**

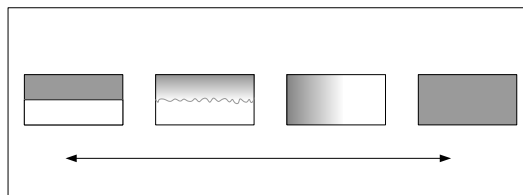
**IKT-  
avhengighet**



Figur 15- Glouberman og Mintzberg (2001) – konsultativt sentrum - vår oversettelse.

Skillelinjene mellom behandling og pleie i Glouberman og Mintzbergs firefelts figur er i det praktiske og kliniske arbeidet ikke like entydige som Figur 12 tilsier.

I praksis vil det være en glidende overgang i graden av skille/eller kløft mellom behandlings og pleiesiden. Det skarpeste skillet mellom behandling og pleie finner en på et kontinuum lengst ut mot invasive behandlingsformer (Figur 16). I den andre enden av skalaen går behandling og pleie hånd i hånd, og mye av oppgavekoordineringen foregår gjennom *gjensidig tilpasning* selv om de ulike profesjonene står sterkt også her. Eksempel på dette vil kunne være miljøterapi i ungdomspsykiatrien hvor rollene mellom behandling og pleie er mer utvasket, men der profesjonene fremdeles ikke oppfatter seg som en enhet.



Figur 16 - Former for medisinsk intervensjon

I denne høyre delen av skalaen finner vi det vi kan kalle problemløsende fagnettverk. Eksempel på dette kan være barne- og ungdomspsykiatrien. Selv om sykehussystemet består av meget dedikerte folk på sitt fagområde gjør oppdelingen i spesialiteter det vanskelig å få til et helhetlig samarbeid. Kriser er kanskje den viktigste faktoren til at de ulike delene i sykehusorganisasjonen mobiliserer i forhold til samhandling og integrasjon. Dette gjelder ikke bare økonomiske kriser hvor alle sykehusansatte gjerne står sammen om krav mot eiere og bevilgende myndigheter. I det daglige arbeidet viser dette også seg når stansalarmen går – da samhandler ulike profesjoner plutselig som et team.



Figur 17 - Glouberman og Mintzberg (2001) – faglig nettverk - vår oversettelse.

En modell med problemløsende fagnettverk kan være et argument for å beholde og bygge opp generelle miljøer hvor pasientene møtes av et behandlingsnettverk med bredt fokus. Slike nettverk kan lages på ulike områder og nivåer i helsevesenet. I den grad dette kan bidra til bedre koordinering mellom behandlings- og pleiesiden vil en være et skritt i retning av mer styrbare enheter i sykehuset. Gjennom bedre utviklede IKT-verktøy (for eksempel mer/bedre strukturerte journaler) kan en også tenke seg en økende grad av ”nettverkssamhandling” i virtuelle nett. *Koordineringen* vil da i større grad kunne preges av gjensidig tilpasning (lengst til venstre i Figur 13), og *konfigurasjonen* i større grad enn i dag preges av *adhokrati-modellen*.

Løftes denne tenkningen opp på et samfunnsnivå vil den kunne appliseres på forholdet mellom sykehusene og primærhelsetjenesten. Vi tror at en kombinasjon av nytt innhold i lokalsykehusene og større grad av tilgang til IKT-systemer på tvers av nivåene kan være selve nøkkelen til et mer innovativt helsevesen.

## 6 Avslutning - Hva har vi lært?

I innledningen vår stilte vi spørsmål om hvorvidt det er mulig å lage en felles vei til målet når alle har ulike mål. Med en større forståelse for at de ulike delene av sykehuset har ulike ståsteder (ulike verdensbilder) tror vi at en kan få et bedre utgangspunkt for å kunne formulere større grad av likhet i målene.

Når det gjelder de tre forholdene vi har vært spesielt opptatt av i denne oppgaven – organisasjonsstruktur, rolleavklaring mellom linjeledelsen og stabs-/støttefunksjonene samt skillelinjene mellom ulike deler av sykehusorganisasjonen – så mener vi at ingen av disse er parametere som det er mulig å låse fast. Når arbeid blir så komplisert at må deles opp i oppgaver, så må disse oppgavene koordineres. Arbeidet med å finne de rette koordineringsmekanismene er en kontinuerlig prosess i all organisert virksomhet – en prosess i å håndtere ulike dilemmaer.

For oss som ledere i ulike enheter (og i ulike verdener ifølge Glouberman og Mintzberg) har det vært en nyttig øvelse å tankemessig bevege seg fra enkeltkomponentene i organisasjonsdesign til modeller som bidrar til en helhetsforståelse. Vi tror det er lettere å fungere som leder i egne enheter med en forståelse for at andre deler av organisasjonen eller omgivelsene har et ”annet verdensbilde” de handler ut fra. Det er i alle fall et mer konstruktivt utgangspunkt enn at manglende forståelse for våre problemer skyldes inkompetanse eller ond vilje.

## Litteraturliste

Anderson, RA og McDaniel, RR. Jr. (2002). Managing Health Care Organizations: Where Professionalism Meets Complexity Science. *Health Care Manage Rev*, winter, vol. 25(1), pp 83-92.

Bohmer, R MJ. Medicine's Service Challenge: Blending Customs and Standard Care. (2005) *Health Care Manage Rev*, 30(4), 322-330.

Glouberman, Sholom og Mintzberg, Henry (2001) Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I, *Health Care Management*, Volume 26 (1) Winter 2001, side 56-69.

Glouberman, Sholom og Mintzberg, Henry (2001) Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II, *Health Care Management*, Volume 26 (1) Winter 2001, side 70-84.

Groth, Lars (2005). *Lederen, organisasjonen og informasjonsteknologien*, Fagbokforlaget.

Jacobsen, DI. og Thorsvik, J. (2005). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget, 2. utgave.

Mintzberg, Henry (1983). *Structure in fives. Designing effective organizations*, Prentice-Hall International Editions.

Mintzberg, Henry (1989). *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations*, The Free Press.

Morgan, Gareth (1988). *Organisasjonsbilder*, Kap.1 Innledning, s. 11-17, Kap.2, Mekanisering av makten, s. 19-40, Kap.6, Interesser, konflikt og makt og Kap.7, Inn i Platons hule, s. 205-239, Universitetsforlaget.

Pettersen B, Johnsen R. (2007). Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten TNLF; 127: 565-8

Schjander, N. (1990). *Hvis jeg bare hadde en bedre sjef. George Kenning om ledelse*. Hjemets Bokforlag A/S.

Sørhaug, T (2004). *Om managementaliteten og autoritetens forvandling. Ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Fagbokforlaget.

Weick KE., Sutcliffe KM. og Obstfeld D. (2005), *Organizing and the Process of Sensemaking*, *Organization Science*, Vol. 16, No. 4, July–August 2005, pp. 409–421

Yuckl, G. (2006). *Leadership in Organizations*. Sixth Edition. Pearson/Prentice Hall.

### Andre kilder:

Fossen, Ø. (2007). Forelesning på Nasjonalt Topplederprogram 12. feb.- "Å skape kultur for endring".