

# **Hvordan utøves enhetlig ledelse blant sykepleieledere i et fagsøyleorganisert helseforetak?**

En studie av ansvar, handlingsrom og samarbeid i spesialisthelsetjenesten

Masteroppgave i  
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og  
helseøkonomi

Tone Woll Buer



Universitetet i Bergen  
Det medisinske fakultet  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Januar 2018

*«jeg synes det er verdifullt å være en del av en samfunnstjeneste»*

**Informant**

## Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært omfattende med lange dager og mange helger med glede og frustrasjon om hverandre. For meg har det ført til innsikt, større forståelse og økt kompetanse innenfor ledelsesfaget. I forhold til skriveprosessen er det lett å kjenne seg igjen i Cato Wadels beskrivelse av en «runddans» mellom teori, metode, begrepsbruk og data (i Wadel og Fuglestad, 2016). Når jeg nå er ferdig kan jeg si at det totale bildet jeg sitter igjen med av prosessen er at det har vært utviklende, slitsomt, spennende og gøy.

Jeg har intervjuet høyt kompetente ledere på fire ledernivåer ved sykehuset. Jeg er imponert over deres kompetanse, og deres evne til å håndtere krevende utfordringer i en travel hverdag. Jeg vil rette en stor takk til alle respondentene for at dere velvillig sa ja til å la dere intervjuet og bruke av deres dyrebare tid.

Jeg vil rette en takk til HR direktør Solveig Jølstad som la til rette for meg slik at det ble mulig og gjennomføre masterprogrammet. Takk for dine oppmuntringer underveis.

Jeg takker NSF for stipend og Sykehuset i Vestfold HF for økonomisk støtte til studiet.

En stor takk går til mine kollegaer Lise Nordahl og Kari Merete Saltvik som har hatt tro på meg og vært min “heia gjeng” underveis og samtidig vist interesse for prosjektet.

Jeg retter en stor takk til min veileder førsteamanuensis ved medisinsk fakultet og institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, Inger Lise Teig. Takk for oppmuntring, tålmodig støtte og konstruktive kloke tilbakemeldinger. Tusen, tusen takk. En stor takk rettes også til min søster høgskolelektor Institutt for offentlig administrasjon og ledelse ved OsloMet – Storbyuniversitetet, Heidi Woll som har gjennomlest oppgaven, og gitt gode råd og konstruktiv veiledning underveis. Til slutt sender jeg en stor takk til flokken min; Tommy, Katrine (som leste engelsk korrektur), Marte, Daniel og Per Erlend og til slutt og ikke minst Nils-Petter, Du har tålt mine opp og nedturer i prosessen, støttet og oppmuntret meg hele veien. Uten deg♥ Tusen takk!

Bergen, januar 2018

Tone Woll Buer

## **Innholdsfortegnelse**

### **Sammendrag**

KAPITTEL 1.0 INNLEDING.....	7
1.1 Bakgrunn for studiet.....	7
1.2 Presentasjon av problemstillingen .....	13
1.3 Oppgavens avgrensning og oppbygning.....	13
1.4 Søyloorganisering definisjon .....	14
1.5 Formål.....	14
KAPITTEL 2.0 ULIKE TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ LEDELSE .....	16
2.1 Organisasjon.....	16
2.2 Sykehusorganisasjonen .....	17
2.2.1 Vertikal og horisontal organisering .....	19
2.3 Ledelse og lederroller .....	20
2.3.1 Enhetlig ledelse. ....	22
2.3.2 Profesjonsledelse. ....	23
2.3.3 Relasjonsorientert ledelse.....	25
2.4 Lederes handlingsrom .....	26
2.4.1 Makt og ansvar .....	27
2.4.2 Samarbeid og samhandling om pasientene .....	30
2.4.3 Kriterier som fremmer og hemmer samarbeid .....	32
2.5 New Public Management .....	33
2.5.1 Balansert målstyring.....	35
KAPITTEL 3.0 METODE.....	38
3.1 Metode og utvalg .....	38
3.1.1 For forståelse.....	40
3.1.2 Forskningsetiske vurderinger .....	42
3.1.3 Databehandling og analyse .....	42
KAPITTEL 4.0 FUNN OG ANALYSE .....	44
4.1. Ledelse før og etter organiseringen .....	44

4.1.1. Forståelse av enhetlig ledelse i foretaket etter 2009.....	46
4.2 New Public Management .....	50
4.2.1 «Controller hjelper meg med alt».....	50
4.2.2 «nye ord og uttrykk har invadert faget» .....	53
4.2.3 Handlingsfrihet eller detaljstyring mellom nivåene .....	55
4.2.4 Fag og kvalitetsforbedring.....	56
4.4 Samarbeid på tvers mellom søylene .....	61
4.4.1 Ledermøtenes betydning for samarbeid.....	62
4.4.2 Å vinne diskusjonen.....	62
4.4.3 Om å kombinere fag og ledelse.....	65
4.4.4 Ulik vektlegging av samhandling og samarbeid .....	66
4.4.5 Teamene klargjør ansvar .....	70
4.5 Det komplekse samarbeidet.....	73
4.5.1 Klinikksjefens rolle i å skape handlingsrom.....	73
4.5.2 Makt og ansvar .....	74
4.5.4 Sårbare overganger i beslutningskjeden.....	76
4.6 Oppsummering.....	79
KAPITTEL 5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON .....	81
5.1 Modellen enhetlig ledelse .....	81
5.2 Konsekvenser av omorganiseringen .....	82
5.3 Samarbeid og nye konstellasjoner og dilemma .....	84
5.4 En fremtidig fruktbar organisasjonsmodell for sykepleieledere.....	86
LITTERATURLISTE.....	87
Vedlegg 1 Tilbakemelding fra NSD .....	90
Vedlegg 2 Forespørsel om intervju og deltakelse i masterprosjekt.....	93
Vedlegg 3 Intervjuguide .....	95
Vedlegg 4 Analyseverktøy for bearbeiding av data.....	98



## Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Hvordan utøves enhetlig ledelse blant sykepleieledere i et fagsøyleorganisert helseforetak? En studie av ansvar, handlingsrom og samarbeid i spesialisthelsetjenesten.				
Forfatter <b>Tone Woll Buer</b>				
Forfatterens stilling og arbeidssted Foretakstillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund. Sykehuset i Vestfold Helseforetak				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Førsteamanuensis ved det medisinske fakultet og institutt for global helse og samfunnsmedisin, ved Universitetet i Bergen, <b>Inger Lise Teig</b>		
Antall sider 98	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
<p><b>Bakgrunn:</b> Spesialisthelsetjenesteloven (1999) fastsetter at sykehusene skal organiseres med en ansvarlig leder på alle nivåer. Loven førte til at også sykepleiere fikk tilgang til å søke lederstillinger som tidligere var forbeholdt leger. Studien omhandler et helseforetak innførte en ny organisasjonsmodell i 2009 med fagorganiserte søyler hvor leger og sykepleiere er sidestilte ledere, og begge profesjoner representerer ledelse på flere nivåer i organisasjonen.</p> <p><b>Hensikt:</b> Studien ønsker å belyse hvordan enhetlig ledelse utøves blant sykepleieledere i modellen og om kravene til enhetlig ledelse oppfylles i tråd med Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9.</p> <p><b>Materiale:</b> Utvalget består av nåværende og tidligere ledere i flere ledelsesnivåer i spesialisthelsetjenesten. Det er gjennomført semistrukturerte intervjuer av elleve informanter. Enhetene de leder eller ledet er ulike både med tanke på størrelsen av kontrollspenn og funksjon. Respondentene har utdanning innen medisin, sykepleie, økonomi og sosialfag, men med ulik ledelseserfaring.</p> <p><b>Metode:</b> Prosjektet er basert på kvalitative metoder med en delvis strukturert tilnærming. Jeg har benyttet en fenomenologisk tilnærming.</p> <p><b>Resultat:</b> Sykepleieledere leder eget fagområde og de opplever å ha beslutningsmyndighet i de ulike nivåene, men det er noe begrenset. Controller som støttefunksjon bidrar for ledere til innsikt og forståelse av økonomi. Ledere setter kvalitet og pasientsikkerhet høyt og de opplever grader av verdikonflikter i forhold til god behandling og omsorg for den enkelte pasient, og spørsmål om ressurser og målbare resultater.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Lederne har ansvar for å organisere og drifte egen enhet innenfor budsjettammen. Det har skjedd en maktforskyvning fra lege til sykepleier, for sykepleieledere har fått økonomiansvar. Nye begreper har kommet med New Public Management, (NPM) som alle ledere må forholde seg til. Organisasjonen er sårbar i samarbeidsflatene mellom søylene. Manglene representasjon av sykepleieledere på strategisk nivå oppleves som en svakhet.</p>				
Nøkkelord Enhetlig ledelse, sykepleieledere, søyleorganisering, makt, ansvar, beslutningsmyndighet, samarbeid.				



**Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation How is uniform management conducted among nursing leaders in a pharma-organized hospital? A study of responsibility, freedom of action and cooperation in the specialist health service.				
Author Tone Woll Buer				
Author's position and address Union representative for the Norwegian Nurses Organization, The Hospital in Vestfold Health Agency				
Date of approval		Supervisor Associate Professor at The Faculty of Medicine and Department of Global Public Health and Primary Care, Inger Lise Teig		
Number of pages 98	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p><b>Background:</b> The Norwegian Specialist Health Care Services Act of 1999 states that hospitals should be organized with one leader at all levels of management. The amendment led to nurses gaining access to apply for executive positions previously reserved for doctors. In 2009, a Norwegian hospital introduced a new organizational model with profession based pillars, where doctors and nurses are parallel leaders and both professions represent multi-level management in the organization.</p> <p><b>Purpose:</b> This study seeks to illuminate how uniform management is exercised among nurses in the model and if the requirements for unified management are met in accordance with section 3-4 of the Norwegian Specialist Health Services Act.</p> <p><b>Material:</b> The respondents are current and former leaders at several management levels in the Norwegian specialist health care services. Semi-structured interviews with eleven informants are conducted. The units they manage are different, both in terms of the size of control span and function. The respondents have education backgrounds in nursing, medicine, economics and social science, and with different management experience.</p> <p><b>Method:</b> The project is based on the qualitative method with a partially structured approach. I have used a phenomenological approach.</p> <p><b>Results:</b> Nursing leaders manage their own subject area and they have authority to decide on the different levels with some limitations. Controller as a support function helps managers to gain insight and understanding of finances. Leaders prioritize high quality and patient safety and they experience degrees of value conflicts in term of good treatment, care for the individual patient and questions about resources and measurable results.</p> <p><b>Conclusion:</b> Leaders are responsible for organizing and operating their own unit within budgetary frames. There has been a transfer of power from physicians to nurses as nurses have been given financial responsibilities. New terms have been introduced with New Public Management (NPM) that all leaders must adhere to. The organization is vulnerable in the collaborative areas between the pillars. The lack of representation of nursing leaders at the strategic levels is considered a weakness.</p>				
<b>Key word:</b> Unified management, nursing leaders, pillar organization, power, responsibility, decision authority, cooperate, result.				

## KAPITTEL 1.0 INNLEDING

Min masteroppgave i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi vil omhandle en studie av hvordan enhetlig ledelse utøves for sykepleieledere i et helseforetak organisert med fagorganiserte søyler hvor leger og sykepleiere er sidestilte ledere, og begge profesjoner representerer ledelse på flere nivåer i organisasjonen. Sykepleiere utgjør majoriteten av medisinsk personell ved norske sykehus. Tradisjonelt har sykepleiere vært ledet av leger, men etter omlegging til ny driftsmodell i dette foretaket, i 2009 ble sykepleiere (i somatisk virksomhet) organisert i egne avdelinger for sykepleie og fikk lede eget fagområde. I denne studien rettes søkelyset på hvilke forbedringer dette har ført til, og om det er områder sykepleieledere opplever det spesielt utfordrende å lede.

### 1.1 Bakgrunn for studiet

På nasjonalt nivå hadde det allerede på 1990-tallet vært en mangeårig diskusjon i helsevesenet om hvordan det ble ledet. Det ble den gang oppnevnt et utvalg av Sosial- og helsedepartementet ledet av Vidar O. Steine som fikk i oppdrag å levere en utredning om ledelse og organisering i sykehus. Mandatet var å gjøre en kartlegging av utfordringene i forhold til datidens organisering og likeledes komme med forslag om nye tiltak som kunne bidra til forbedringer. Som et resultat av dette arbeidet kom (NOU, 1997:2) «*Pasienten først, ledelse og organisering i sykehus*»<sup>1</sup>

De fleste sykehus i landet hadde valgt å ha en delt ledelse i de kliniske avdelingene som vanligvis var mellom lege og sykepleier, også kalt enhetlig todelt ledelse. Utvalget skulle finne ut om denne måten å lede på var hensiktsmessig og om det gjennom lov burde bli pålagt for sykehusene å ha en ansvarlig leder for organisatoriske enheter. Da utvalget ble oppnevnt ble det av departementet bedt om å legge til grunn følgende vedtak fattet av Stortinget under budsjettbehandlingen for 1996:

---

<sup>1</sup><https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fede6426188a9373cdab88380/no/pdfa/nou199719970002000dddpdfa.pdf>



*«Stortinget ber Regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må også være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar det medisinskfaglige ansvaret også har nødvendig myndighet»<sup>2</sup>*

Utvalget la frem betydningen av hvilken funksjon ledelse har i sykehuset for at det skal nå sine mål. Ledere måtte ha klare fullmakter som skulle tilpasses ansvaret som de er pålagt. Utvalget fremhevet at det var behov for holdningsendringer hos ledere og man måtte erkjenne ansvaret som var knyttet til lederfunksjonene i forhold til kvalitet, personalansvar, utvikling av et godt arbeidsmiljø og resultater. I tillegg også å gjennomføre prosesser i forhold til endringer. I spørsmålet om enhetlig ledelse anbefalte et samlet utvalg at det på alle nivåer i organiseringen av sykehus skulle være en leder. Dette for å kunne gi et helhetlig ansvar. Utvalgets begrunnelse var at ledelse handler om å ta et helhetlig ansvar for en bestemt virksomhet. Når lederansvaret kan relateres til en person sikres dette. Todelt ledelse, eventuelt at det også var delt på flere ble ansett å være utydelig noe som ville føre til gråsoner i hvem som hadde ansvaret og hvem som egentlig kunne beslutte. For å sikre at de viktigste faggruppene skulle bidra til løsninger ble det foreslått å etablere tverrfaglige ledergrupper, men med en leder. Dette ble begrunnet med at slike ledergrupper vil sikre at de viktigste faggruppene bidrar i et fellesskap om å finne løsninger som på en best mulig måte bidrar til at avdelingens overordnede mål nås. Når det gjelder hvem som burde delta i slike lederteam uttalte utvalget at det i utgangspunktet var ønskelig å involvere de personer som hadde et faglig systemansvar ved avdelingen. Som et resultat av denne utredningen og prosessen rundt denne kom lovendringen i spesialisthelsetjenesteloven i 1999<sup>3</sup> og med den innføringen av enhetlig ledelse i helseforetakene (NOU, 1997:2).

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9. Ledelse i sykehus fastsetter at *«sykehusene skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer»*

Det ble presisert at mye av allerede etablert lederpraksis ville kunne opprettholdes, men lovendringen innbar at i de enhetene hvor det var todelt ledelse måtte ansvaret gis til en leder. Eventuelle endringer i organisering av enheter og i stillingsstruktur ville ikke være en direkte

---

<sup>2</sup> <https://www.regjeringen.no/no/id4/>

<sup>3</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

konsekvens av lovendringen, men det var opp til den enkelte eier og ledelse i hvert enkelt tilfelle (Ot. Prp. Nr. 10, 1998-99: § 3-9)<sup>4</sup>.

Ved helseforetaket hvor jeg gjør min studie ble det i januar 2009 innført ny organisasjonsstruktur etter en omfattende utviklingsprosess. Bakgrunnen var utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet i 2007 gjennom sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst, og det ble satt i gang en omfattende organisasjons- og utviklingsprosess i hele regionen. Sentrale mål var å sikre kvalitet i tjenestene, oppnå bedre ressursbruk for å sikre et likeverdig tilbud til pasientene i regionen<sup>5</sup>.

Ved helseforetaket hadde det lenge vært opplagt for ledelsen at omstilling var nødvendig siden sykehuset hadde gått med underskudd over flere år og det var et økende gap mellom behov og økonomisk ramme. Det var lange ventetider, høyt arbeidspress og korridorpasienter ved noen avdelinger, mens det kunne være ledige senger andre steder. Lite samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker var noe av årsaken til det. Ledelsesstrukturen var uklar, med todelt ledelse, tredelt ledelse og stabsledelse under avdelingssjefsnivå. Det var også stor variasjon i kontrollspenn hos avdelingssykepleiere og seksjonsoverleger. Det foregikk mye fagutvikling i de enkelte avdelingene, men dette var ikke satt i system. Administrerende direktørs ledergruppe vedtok store endringer i organisasjonsstrukturen ved at det ble besluttet å gå bort fra faglig ledelse og over til enhetlig ledelse, med en klar ledelseslinje over fire nivåer fra direktørnivå til seksjonsledernivå. Ny organisasjon ble etablert med fem klinikker under administrerende direktørs ledelsesnivå, henholdsvis kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk, klinikk medisinsk diagnostikk (KMD), klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering og servicedivisjonen. Senere ble klinikk psykisk helse og rus etablert som en egen klinikk etter fusjon med foretaket (de var tidligere organisert som et eget foretak). I tillegg ble pre-hospitale tjenester organisert som er en felles klinikk mellom dette helseforetaket og helseforetaket i et av nabofylkene. Etter videreutvikling og justering av organisasjonen er det i dag totalt syv klinikker.

---

<sup>4</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-10-1998-99-/id159380/>

<sup>5</sup> Omstillingsprogrammet i HSØ, Innsatsområde Hovedstadsprosessen, Styresak i Helse Sør-Øst 108/2008

Etter endringen består organisasjonsstrukturen av fire ledelsesnivåer. Det første ledelsesnivå er administrerende direktør med sin ledergruppe. Det andre ledelsesnivå er klinikknivået med klinikkjefer med sine ledergrupper. På tredje ledelsesnivå finner vi avdelingssjefsnivået som er delt inn i tre hovedgrupper (søyler), en for kontor, en for sykepleietjenesten og en for legetjenesten. Det er i organisasjonen en tredeling av ledelse på avdelingssjefsnivå og seksjonsnivå i medisinsk og kirurgisk klinikk. Det vil si egne søyler for leger, kontor og sykepleie. Sykepleietjenesten i somatisk virksomhet, ved dette sykehuset er organisert i to store sykepleieavdelinger (søyler) i hver sin klinikk og hvor flesteparten av sykepleierne ved sykehuset har sitt daglige virke. I medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk består klinikkledergruppene av avdelingssjefer for medisinske fag som inkluderer alle legene, avdelingssjef for sykepleie som leder alle seksjonene for sykepleie og avdelingssjef for kontorfaglig avdeling som inkluderer alle kontormedarbeidere. I medisinsk klinikk er habiliteringstjenesten og kontor organisert sammen i en avdeling. Avdelingssjefene er med i klinikkjefenes ledergrupper. Avdelingene for sykepleie som befinner seg på tredje ledelsesnivå i kirurgisk og medisinsk klinikk, er organisert i egne avdelinger ledet av hver sin sykepleier med tittel avdelingssjef for sykepleie. Det fjerde nivået er seksjonsledernivået, og for sykepleietjenesten og for medisinske fag er dette nivået kjernevirksomheten, der pasientbehandlingen finner sted. I omstillingen var det et ønske fra ledelsen å styrke mer systematisk kompetanseheving og forskning, rekruttering og sikre mer rasjonell og fleksibel bruk av ressursene.

Figur 1. viser kart over organisasjonen, hvordan klinikkinnndelingen er, og figur 2. et kart over medisinsk klinikk for å illustrere søylene.

## Organisasjonskart

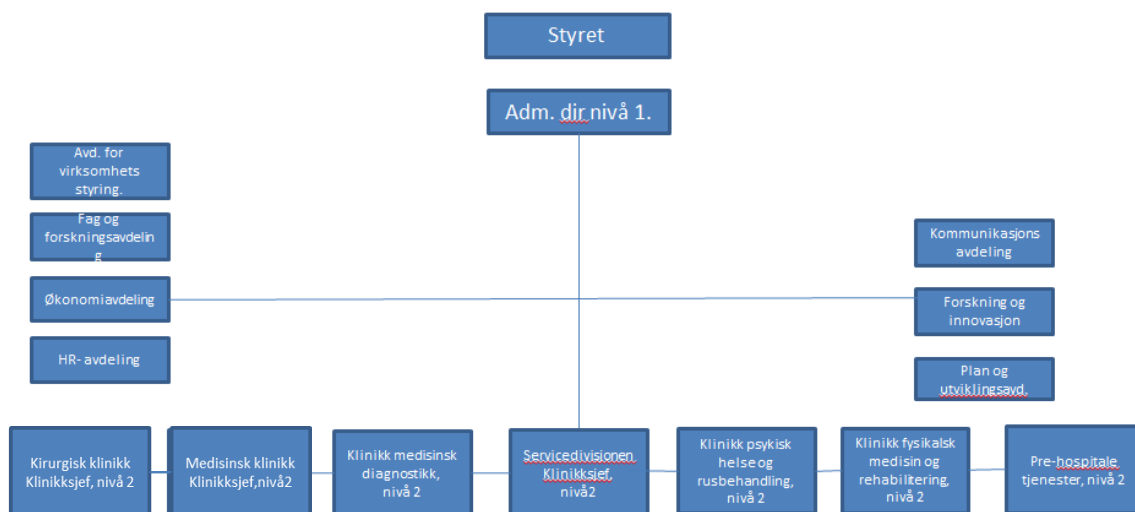
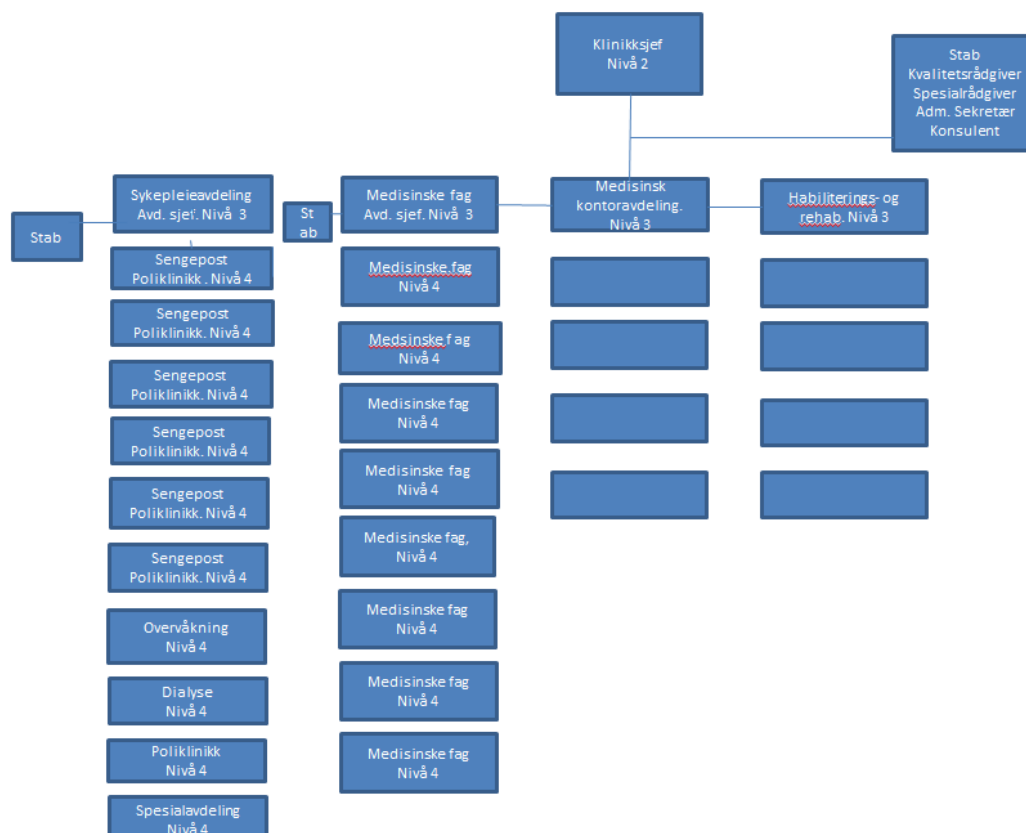


Fig. 1 Organisasjonskart.

## Medisinsk klinikk



Figur 2. Organisasjonskart over medisinsk klinikk som illustrerer søylene.

Boken «Sykt Bra, resepten på friske sykehus» tar for seg flere sykehus i landet som er godt drevet. Der beskrives det at verdiskapningen skjer i møte mellom medarbeideren og pasientene og at resultatansvaret skal ligge hos lederen (Eriksen-Deinoff og Melhus, 2013).

Mo, har i sin avhandling *“ledelse til begjær eller besvær”* skrevet om legenes forståelse av ledelse hvor fag og ledelse er uløselig knyttet sammen. Avhandlingen handler om kunnskapsarbeid og ledelse i sykehus etter at Spesialisthelsetjenesteloven påla sykehusene å innføre enhetlig ledelse på alle nivåer. I avhandlingen kommer det frem at legene anser det logisk og udiskutabelt at en lege leder avdelingene. Det begrunnes med at avdelinger styres etter medisinsk aktivitet og at økonomi eller andre hensyn ikke kan styre det, men det medisinsk etiske må styre aktiviteten (Mo, 2006).

Johansen, har i sin avhandling *»mellom profesjon og reform»* skrevet om implementering av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen. Hennes funn viser blant annet hva leger og sykepleiere definerer som medisinsk faglig kompetanse. Legene definerer det synonymt med legefaglig kompetanse, mens sykepleiere hevder at sykepleie må defineres under medisinsk faglig kompetanse. Legene mener at det å lede kliniske avdelinger forstås som ledelse av det medisinske faget, sykepleierne på sin side argumenterer for at også sykepleieledere har medisinskfaglig kompetanse fordi de definerer sykepleie innunder medisinskfaglig kompetanse (Johansen, 2009).

Etter helseforetaksreformen er det skrevet mye om enhetlig ledelse. Organiseringen av sykepleietjenesten i søyler som jeg har studert er ikke vanlig ved norske sykehus, og denne organisasjonsformen er det heller ikke skrevet noe om. Tjenesten som er organisert i såkalte søyler, med en sykepleier med tittel avdelingssjef som leder sykepleietjenesten innebærer at sykepleietjenesten leder eget fag, og at avdelingssjefene har mange seksjoner under seg, med egne seksjonsledere (sykepleieledere), som de er ledere for i henholdsvis medisinsk og kirurgisk klinikk.

I min studie ønsker jeg å undersøke hvordan enhetlig ledelse utøves blant sykepleieledere i et fagsøyleorganisert foretak, på tross for ulik oppfatning av hvordan det å lede kliniske avdelinger forstås.

Jeg vil også undersøke om måten å lede på er i tråd med Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9. «*sykehusene skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer*» der lovendringen innbar at i de enhetene hvor det var todelt ledelse måtte ansvaret gis til en leder.

## 1.2 Presentasjon av problemstillingen

Åtte år har gått siden organisasjonsendringen ble gjennomført i foretaket som jeg har studert. Jeg ønsker å undersøke nærmere denne måten å organisere på og min studie undersøker, problematiserer hvordan strategisk ledelse, sykepleieledere og legeledere på alle nivåer i organisasjonen beskriver sin oppfatning av hvordan enhetlig ledelse utøves for sykepleieledere i søyleorganiseringen. Søyleorganiseringen fra 2009 var en ny måte å organisere på, hvor leger og sykepleiere er sidestilte ledere og begge profesjoner representerer ledelse på ulike nivåer i organisasjonen. I loven om enhetlig ligger det et krav om at det totale ansvaret for hver enhet med resultatansvar skulle ligge hos en person. Jeg vil undersøke hvordan enhetlig ledelse utøves av sykepleieledere i denne organiseringen som har valgt en annen løsning enn den som loven egentlig åpnet for og om sykepleieledere har handlingsrom til å ta avgjørelser og myndighet til å ta beslutninger i forhold til sitt lovpålagte ansvar. Gjennom lederes beskrivelser ønsker jeg få svar på følgende problemstilling:

Hvordan utøves enhetlig ledelse blant sykepleieledere i et fagsøyleorganisert helseforetak?

For å finne svar på problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan blir kravene om kvalitet, kostnadseffektivitet og måloppnåelse i søyleorganiseringen ivare tatt i modellen om enhetlig ledelse?
2. Hvilke konsekvenser har omorganiseringen fått for sykepleielederne?
3. Hvordan fungerer samarbeidet på tvers av fagsøylene mellom sykepleieprofesjonen og legeprofesjonen?

## 1.3 Oppgavens avgrensning og oppbygning

Jeg ønsker å se på hvordan enhetlig ledelse fungerer for sykepleieledere i alle nivåer i søylene. Jeg har valgt å utelate noen av samarbeidspartene som sykepleieledere naturlig samhandler med, og som er viktige i samhandlingen på tvers i sykehuset. Det kan være støttefunksjoner i kontorsøylen, og andre som renhold og drift. Som organisasjon preges sykehuset av en rekke profesjoner og jeg har valgt å rette denne undersøkelsen mot de to mest dominerende, sykepleieprofesjonen og legeprofesjonen, ellers ville oppgaven ville blitt for omfattende.

Jeg vil undersøke om sykepleieledere på alle nivåer i organisasjonene opplever å kunne oppfylle alle krav til enhetlig ledelse slik som lover sier.

Oppgaven er delt inn i fem kapitler. I tillegg kommer forord og sammendrag. Kapittel en er innledningskapittelet. I kapittel to, teorikapittelet presenterer jeg relevant teori og begreper innenfor enhetlig ledelse. I kapittel tre som er metodekapittelet gjør jeg rede for valg av metode og design. Jeg beskriver fremgangsmåten for undersøkelsen jeg har gjort, og hvordan jeg gjorde analysen. I tillegg beskriver jeg analyseverktøyet som jeg har brukt underveis i prosessen og hvordan jeg brukte det i analysen. I kapittel fire presenterer jeg funn og resultater som jeg drøfter opp mot teori fra kapittel to. Kapittel fem er en oppsummering og konklusjon på oppgaven. I tillegg til litteraturliste, og et eksempel fra analyseverktøyet er det lagt ved relevant dokumentasjon for min oppgave.

#### **1.4 Søyleorganisering definisjon**

Begrepet søyleorganisering har «satt» seg i organisasjonen og jeg har søkt i litteratur for å finne en definisjon på begrepet søyleorganisering uten å finne noen, men på regjeringen.no omtales den måte å organisere på som søyle eller silo<sup>6</sup>. Jeg har også hørt det omtalt som avdeling, divisjon eller stolpeorganisering. Det dreier seg om fagorganisering gjennom klinikker. Jeg velger derfor å definere søyleorganisering slik:

Søyleorganisering er separat organisering av enheter i hovedgrupper. Felles for hovedgruppene er at de defineres som fag, gjerne profesjonsfag som skal utføre et oppdrag i organisasjonen, støttefunksjoner for profesjonsfag, eller er tverrfaglig (tverrprofesjonelt) sammensatt. Lederen av en søyle har faglig, driftsmessig og økonomisk resultatansvar i sin søyle.

De mest typiske eksemplene på fagorganiserte søyler i organisasjonen er legesøyler og sykepleiesøyler. Eksempel på søyle med støttefunksjon for fagprofesjoner er merkantil søyle, mens en søyle for habilitering, rehabilitering er tverrfaglig sammensatt med et felles oppdrag innad i søylen.

#### **1.5 Formål**

Det stilles mange krav til ledere som regulerer deres hverdag. Min motivasjon er å undersøke hvordan sykepleieledere opplever sine muligheter til å utøve enhetlig ledelse i en hierarkisk fagorganisert søyle. Jeg ønsker å undersøke hvilke endringer denne modellen har ført til for

---

<sup>6</sup> <https://www.regjeringen.no/no/sok/id86008/?term=siloorganisering>

sykepleieledere. Jeg ønsker å synliggjøre hvordan samarbeidet mellom fagsøylene fungerer fordi samarbeid er avgjørende i et sykehus siden mange av arbeidsprosessene omkring pasientbehandling utøves på tvers i organisasjonen, men også mellom nivåene i hierarkiet. Jeg håper at ledernes beskrivelse av hvordan de opplever sin egen hverdag og samarbeid med andre ledere på tvers i organisasjonen og i hierarkiet, kan være med å bidra til forbedring, økt kunnskap og bevissthet omkring utfordringene når samarbeid ikke fungerer, men også mulighetene som finnes når samarbeid er velfungerende i en kunnskapsorganisasjon. Jeg har også et ønske om at oppgaven kan være til nytte for andre foretak som vurderer å etablere en slik organisasjonsmodell.



## KAPITTEL 2.0 ULIKE TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ LEDELSE

### 2.1 Organisasjon

En organisasjon er en sammenslutning av individer som arbeider mot et kollektivt mål. (Jakobsen og Thorsvik, 2013). Videre er et viktig trekk ved en organisasjon at den består av flere (mange) personer. Antall personer som organisasjonen omfatter kan variere, men når den når over en viss størrelse foregår det en ansvars- og arbeidsdeling mellom menneskene som jobber der. Større organisasjoner har oftest flere nivåer. Personer høyt oppe i organisasjonen har vanligvis innflytelse og makt over personer på et lavere nivå i organisasjonen. Makt kan i en organisasjon gi mulighet for å utøve innflytelse gjennom myndighet til å fatte beslutninger. Desto større makt man har, desto større mulighet har man til å drive gjennom egne ønsker. Fellestrekk ved organisasjoner er at de er laget for å nå ulike mål (Grønhaug m.fl. 2011). Oppgaver skal løses og strategier og handlingsplaner utarbeides for å beskrive hvordan man skal nå målene. Strukturen, målene og strategien legger både retningslinjer for, men også begrensninger på handlefriheten til de ansatte (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

Mintzberg utviklet en grunnmodell for å vise hvordan en organisasjon er sammensatt, hvor nøkkelkomponentene i en organisasjon er toppledelsen, mellomledelse, kjernefunksjon, støttefunksjoner og analysestab. Følgende figur illustrerer dette.

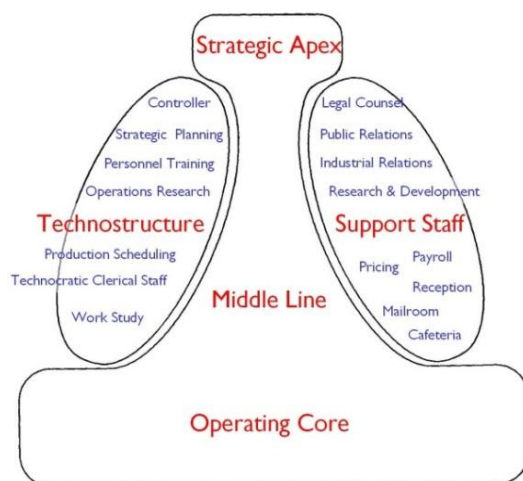


Fig. 3 Mintzbergs grunnmodell fra 1979 for hvordan organisasjonen er sammensatt.

Toppledelsen i et sykehus består som oftest av sykehusdirektøren med sin ledergruppe og styret. Mintzberg kaller toppledelsen for "Strategic apex". Det er disse som skal ha oversikt over organisasjonen og trekker de store linjene. Mintzberg beskriver behovet for flere

ledernivåer når organisasjonen vokser. «Middel Line» kan være mellomledelse som for eksempel avdelingssjefer eller avdelingsoverleger i sykehuset. Det neste nivået, «Operating Core» er den operative kjerne, der de ansatte befinner seg som til en hver tid utfører kjerneoppgavene. I tillegg er det støttestab og analysestab. Støttestab utfører oppgaver som er tenkt skal lette arbeidet for ledere i organisasjonen. Det kan være for eksempel rådgiver, renhold eller kantine. Analysestab er også en viktig brikke i organisasjonen. De er med på å påvirke organisasjonen gjennom å analysere, måle, utvikle planer, hente tallinformasjon som ledere har behov for (Høst, 2014). Størrelsen på de ulike komponentene er forskjellig i ulike organisasjoner. I sykehus vil den kliniske virksomheten, der pasientbehandlingen foregår være den største og mest dominerende.

## 2.2 Sykehusorganisasjonen

En sykehusorganisasjon består av arbeidstakere fra ulike profesjoner. For å få oversikt over sykehusorganisasjonen deles den som oftest inn i klinikker eller divisjoner, avdelinger og seksjoner i et hierarkisk system, gjerne etter fagområder. Det utarbeides felles prosedyrer og spilleregler som gjelder for organisasjonen og som arbeiderene plikter å følge. Man kan også si at et sykehus er en kunnskapsorganisasjon med mange profesjonsutøvere. De ulike profesjonene spiller en viktig rolle i et sykehus. Det er mennesker med høy utdanning innenfor høgskole og universitet og det gjøres mye forskning. Disse profesjonsutøverne har for det meste høy grad av autonomi i utførelsen av sitt yrke.

Staten har et overordnet ansvar for befolkningen, at de gis nødvendig spesialisthelsetjeneste (Lov om spesialisthelsetjeneste, 1999). Videre er et sykehus forpliktet til å oppfylle lovens intensjon og har som formål at de skal:

*«yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, og etnisk bakgrunn. Samt legge til rette for forskning og undervisning» (Lov om helseforetak, 2001)<sup>7</sup>.*

Et sykehus er både en servicebedrift og et forvaltningsorgan. Det er eksempel på ulike “regimer” eller organisatoriske mål som utfordrer særlig toppledelsen ved sykehus. Disse to regimene eller kontrastene er krevende å sette opp mot hverandre, de er konkurrerende

---

<sup>7</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

organisasjonsregimer og beskrives som “ikke forenelige” i forhold til verdier, mål, prinsipper handlinger og perspektiver. Tradisjonell management- tenking, ofte omtalt som New Public Management (NPM) er noe servicebedriften karakteriseres ut i fra. Forvaltningsorganet er byråkratisk innrettet. Som forvaltningsorgan er sykehus satt til å forvalte store samfunnsverdier (fellesskapets verdier) og det skal fattes beslutninger. Det kan være avgjørelser som det er uenighet om, byrder og goder skal fordeles så rettferdig og likt som mulig. Det er tradisjon for at dette sikres gjennom åpne prosesser i demokratiske styringsformer (Kjekshus i Døving m. fl. 2016). Sykehusets ledelse må ivareta en rekke organisatoriske betingelser som:

*«åpenhet gjennom offentlig innsyn, offentlig debatt, direkte eller indirekte deltakelse for pasienter i beslutninger, bredt sammensatt representasjon i beslutningsprosesser at representanter fra ansatte eller alle pasientgrupper tas med i beslutninger som angår deres virkefelt, ivaretagelse av kommende generasjoners framtidige interesser, institusjonelle verdier bevares og beslutninger fattes i samsvar med faglige kriterier og profesjonelle standarder, det fordres at sykehuset ledelse må følge opp de signaler og intensjoner som blir gitt av de politiske myndigheter dvs. en politisk lojalitet» (Kjekshus i Døving m.fl. 2016:144).*

Som en kontrast er sykehuset i tillegg en servicebedrift. Begrepet servicebedrift er beslektet med økonomiske teorier om hvilken rolle en institusjon har i et marked og hvilke kvaliteter den må ha. I økonomisk teori sees sykehus på som et marked som skal dekke helsetjenester etter prinsippet om tilbud og etterspørsel. Sentralt her er betydningen av “å optimalisere effektiviteten i sykehus, hos kundene og markedet” På den måte skal servicebedrifter møte en markedsstyrt etterspørsel gjennom å betjene kunder. Det er dette som i litteraturen omtales som offentlig styring eller New Public Management (Christensen og Lægred, 2010 i Døving m. fl. 2016).

Følgende fordringer ligger til sykehuset som en servicebedrift:

*«Fleksibilitet i sykehusene. Toppledelsen har mulighet og vilje til å endre sykehuset i takt med endrede markedssituasjoner. Toppledelsen må foreta strategiske tilpasninger, det vil si at de tilpasser seg statlige økonomiske insentiver og dreier virksomheten i retning av det som gir mest inntekter for sykehuset, sykehuset må følge det som er mest lønnsomt. Fri konkurranse mellom sykehusene. Økonomisk rasjonelle kunder. Institusjonslojalt personell» – (Kjekshus i Døving m. fl. 2016:145-146).*

Disse fordringene viser til noen av forskjellene i de organisatoriske betingelsene for sykehuset som servicebedrift kontra sykehuset som forvaltningsorgan (Kjekshus i Døving m.fl. 2016). I sykehuset som servicebedrift legges det vekt på å ha et attraktivt tilbud rettet mot den enkelte pasient som sykehuset skal yte helsetjenester til og at det finnes et potensiale for å øke effektiviteten som betyr «mer helse for hver krone »

Et tredje regime eller styringsform er profesjonene. Det kalles profesjonsstyring når den kollegiale organisasjonsformen er helt sentral. Profesjonene kan vise til forskningsbasert kunnskap og vitenskap og dermed reise krav til hva som er sant eller usant og hvilke virkemidler som er moralsk forsvarlige og effektive (Molander og Terum, 2013).

For å sikre rasjonell ressursutnyttelse er sykehus organisert i en hierarkimodell (Eriksen, 1993). Sykehusets toppledelse er ofte definert som det øversts sjiktet med strategisk ledelse. Det er administrerende direktør, økonomidirektør, stabsdirektører som HR, fagdirektør, økonomi, klinikk/divisjonssjefer, kvalitet, forskning og samhandling. Personene er ofte en del av administrerende direktørs ledergruppe. Ledere som er på dette nivået er hundre prosent ledere og jobber ikke klinisk og kan i mindre grad være opptatt av sin fagbakgrunn (Døving m. fl. 2016). Nivåene under toppledelsen er mellomledere som har etablert egne ledergrupper på de nivåene de befinner seg. I et sykehus er det i tillegg mange servicefunksjoner og støttefunksjoner som yter tjenestene på tvers i organisasjonen. Det kan være laboratorier, røntgen, og logistikk, i tillegg til vedlikehold og annen drift. Sykehusene har tradisjon for å være organisert etter funksjoner. Inndelingen har gjerne vært: kliniske avdelinger, poliklinikker og serviceavdelinger. Alle disse ledet av egne ledere. Når pasienter skal behandles på tvers av fagområdene oppstår det utfordringer fordi hvert fagområde er formelle ansvarsområder (Pettersen, 2012). Når struktur for sykehus skal utformes er det flere alternativer for samordning og arbeidsfordeling. Det neste avsnittet vil beskrive muligheter for utforming av struktur.

### **2.2.1 Vertikal og horisontal organisering**

Vertikal organisering bygger på kontroll og styring ovenfra. Høyere nivåer vil kontrollere og koordinere arbeidet til de underordnede gjennom å bruke formell myndighet, utforme retningslinjer og ta i bruk kontroll- og planleggingssystemer. Å samordne arbeidsfordeling og innsats på denne måten omtales som effektiv, og en forutsetning er at medarbeidere er villige til å følge ordre ovenfra. I en slik organisering vil det være behov for desentraliserte og horisontale samordningsformer for å unngå at toppstyring hindrer kreativitet og initiativ. Horisontal organisering, bedre kjent som matriseorganisering kan benyttes i organisasjoner

med skiftende oppgaver hvor ressurser og oppgaver krysser hverandre. Slik organisering er gjerne mer fleksibel og mindre formalisert enn autoritetsbundne regler og systemer. Det er både formelle og uformelle møter som medfører en risiko for sløsing med tid og krefter Bolman og Deal (2009). I sykehus betyr det ledelse på tvers, og at det kan være en felles ledelse for sykepleie og medisinske fag. I følge Bolman og Deal må organisasjoner ha både horisontal og vertikal samordning for å kunne løse oppgavene. Matriseorganisering fungerer best der det er komplekse oppgaver og raskt omskiftende omgivelser. Vertikal samordning passer best under stabile forutsigbare forhold og når oppgavene er forstått (Bolman og Deal 2009).

### 2.3 Ledelse og lederroller

Ledelse handler om å få det beste ut av de menneskelige ressursene (Døving m. fl. 2016). Flere har definert ledelse og jeg viser til to definisjoner

*“ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd”* (Yukl, G. i Jacobsen og Thorsvik, 2016:416).

Yukls definisjon retter oppmerksomheten mot tre aspekter ved ledelse for å vise hensikten med ledelse i en organisasjon. En leder er en som har en formell lederstilling og dermed kan kalle seg leder. Ledelse er knyttet til «*handlinger*» som kan utøves av andre enn den som formelt er leder. Ledelse kan knyttes til «*påvirkning*» og har til hensikt å få andre mennesker til å utføre noe. Ledelse er også knyttet til mål og hensikten er at lederens adferd *påvirker* menneskene til å jobbe målbevisst for å nå organisasjonens mål (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

*«Ledelse er først og fremst å skape et felles verdigrunnlag i organisasjonen»* (Selznick i Jacobsen og Thorsvik, 2016:444).

Selznick var den første som presiserte at det er forskjell på ledelse og administrasjon, at de er to forskjellige funksjoner. Selznicks presisering har fått stor innflytelse i moderne teori. Han var opptatt av å skape engasjement og interesse for organisasjonen og at organisasjonen må inneholde noe mer enn bare å være et virkemiddel for eiere og ledere. Han mente at ekte ledelse er et spørsmål om å bygge opp legitimitet rundt virksomheten og påvirke den sosiale fortolkningen av hva ledelse står for. Sentralt er å bygge nøkkelverdier, verdier og normer som organisasjonene er en integrert del av (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

Viktige lederoppgaver vil være knyttet til det å utforme og iverksette strategier (Grønhaug m.fl. 2011). En leder må forstå de menneskene som han skal lede, videre må ledere forstå hvilke rammebetingelser han har og hvilke spilleregler som gjelder (Døving m. fl. 2016). En ledelsesoppgave er å bidra til at organisasjonen når sine mål, sikre nok ressurser med riktig kompetanse, og arbeide for at ressursene blir benyttet på en best mulig måte slik at man sikrer en kostnadseffektiv drift.

I følge Newmann og Clark (Lian, 2007) har de fleste teorier om ledelse ett felles grunnlag i disse tre prinsipper:

1. Ledelse er en separat funksjon innenfor hver organisasjon.
2. Ledelse spiller den avgjørende rollen i planlegging, gjennomføring og måling av om organisasjonen når de mål og resultatkrav den har satt seg.
3. For å kunne fylle denne viktige rollen må ledelsen ha tilstrekkelig handlingsrom (freedom to manage).

Mintzberg har kartlagt lederes ulike roller og klassifiserer lederrolle innenfor tre hovedkategorier. Mellommenneskelige roller som handler om samhandling med andre mennesker, informasjonsmessige roller, og beslutningsmessige roller (Grønhaug, 2011). I den mellommenneskelige rolle skal sosiale funksjoner og mellommenneskelige relasjoner ivaretas. Det betyr mye for at medarbeidere skal trives og motiveres. En lederrolle innebærer også å håndtere sosiale, personlige og psykologiske utfordringer som oppstår ved omstilling og nedskjæringer. En leder skal også holde taler ved gitte anledninger og takke foredragsholdere. Informasjonsrollen er annerledes, der har ledere ansvar for å skaffe seg informasjon og formidle den videre til sine ansatte. I den funksjonen er det viktig med nettverk. Å være informasjonsspreder handler om å spre *“nøkkelinformasjonen til nøkkelpersoner”*. Det kan være å opplyse om viktige forhandlinger til en annen leder. I en slik rolle skal en leder også være talsperson for de ansatte. Å være talsperson handler om det motsatte, om å informere om ansattes arbeid til andre avdelinger eller seksjoner. Det kan være med å skape omdømme og kan virke motiverende på arbeidsinnsatsen. Rollene illustreres i følgende figur:

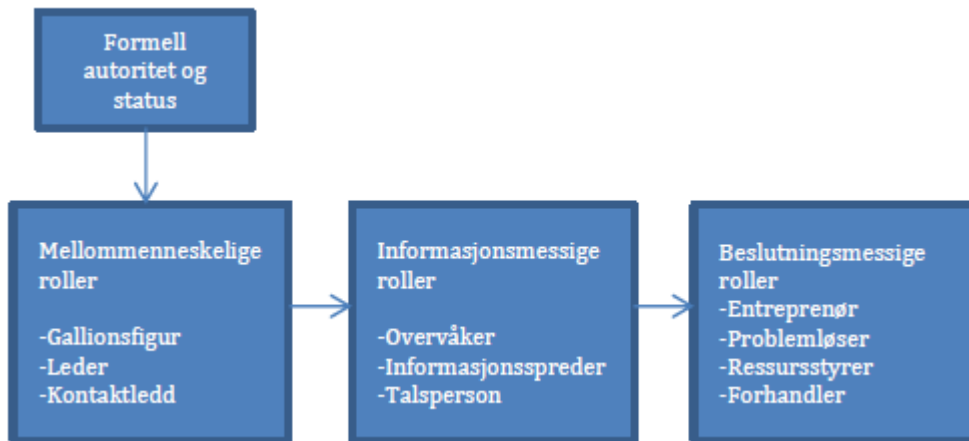


Fig. 4 Mintzberg, lederes ulike roller

Ledelse beskrives også som at man leder med hele seg, det vil si som en funksjon man blir identisk med. Det bare skjer uten at lederen har et bevisst forhold til det, eller ønsker å unngå det. Selv om en leder har et sterkt ønske om å holde seg innenfor en definert rollespesifikasjon så er det ikke til å unngå at alt ved en leder, mimikk, øyekast, kan bety noe for andre. Dette gjelder for alle typer av ledere, også de som oppleves som ubetydelige og svake (Sørhaug, 2006).

### 2.3.1 Enhetlig ledelse.

Enhetlig ledelsesmodell ble innført med spesialisthelsetjenesteloven. Med innføring av ledelse som eget fag fikk ulike profesjoner tilgang på samme ledelsesposisjoner noe som var nytt, og legenes monopol på lederstillinger ble utfordret av sykepleierne som begynte å interessere seg for, og skolere seg i ledelsesfaget. Det har i helsesektoren tradisjonelt sett vært legene som har innehatt lederstillinger i kraft av sin stilling og posisjon i det medisinske hierarkiet (Byrkjeflot, 1997). Innføringen av enhetlig ledelse utløste diskusjoner om det var faglige kvalifikasjoner eller lederkvalifikasjoner man skulle legge vekt på når man skulle ansette ledere i sykehus. Med profesjonell ledelse menes at individuelle egenskaper ved lederen vektlegges, og at en person med hvilken som helst fagbakgrunn kan kvalifisere for lederstillinger. Det at sykepleiere som hadde vært legenes underordnede kunne søke på de samme lederstillinger i sykehus var med på å viske ut tradisjonelle skillelinjer (Skjold Johansen, 2009). Det hadde i mange år vært en lang tradisjon med at det var delt ledelse, mellom sykepleier og lege med felles ansvar, det vil si enhetlig todelt ledelse (Gjerberg, E, Sørensen, B. A, 2006).

Sue Llewellyn, viser til metaforen “Two- way windows” etter å ha gjort en studie ved tre sykehus i Skottland blant leger som var ledere. Hun kaller legene for “medical managers” som betyr at de jobber ut i fra den medisinske logikken og den økonomisk- administrative logikken. Llewellyn kom frem til at legeledere ser “begge veier” og snakker “to språk” de har kunnskap fra begge logikker, derav metaforen. Hun kaller det en ny ekspertise en type hybrid- ledelse. Det kommer i motsetning til den amerikanske tradisjonen hvor man skiller ut ledelse (management) som en egen profesjon og det ikke stilles krav til faglig kunnskap i forhold til det du skal lede (Llewellyn, 2001). Den kjente “Kenning- tesen” om at en leder kan lede hva som helst og at faglig dyktighet er ingen lederkvalitet har i den senere tid vist seg og ikke være riktig (Grund i Døving m. fl. 2016). Llewellyn mener at for å være en god leder må man kunne “språket” fra begge logikkene. Hun kom frem til at slike ledere bidrar til økt forståelse ut i organisasjonen fordi de er i stand til å oversette overordnende strategier, mål og krav som ikke forstås av ansatte som jobber klinisk med pasientene. Slik kan man sikre forankring og oppslutning om målene (Llewellyn, 2001). Når leger leder på denne måten kalles det hybridledelse og det er et ledelsesbegrep som befinner seg i skjæringspunktet mellom det medisinsk faglige og det økonomisk administrative perspektivet, altså en kobling mellom fag og ledelse (Jespersen, 2005).

### 2.3.2 Profesjonsledelse.

*“Det å styre profesjoner er som å gjete katter”* (Mintzberg, 1977 i Grund 2000).

Dette sier den kjente organisasjonsforskeren Henry Mintzberg om det å lede helseprofesjoner og at det knapt finnes noen vanskeligere oppgave. Han begrunnelse er blant annet at det er et stort behov for å koordinere og samordne best mulig flyt i organisasjonen i forhold til kravene fra personell, pasienter og de politiske og økonomiske rammene, men også fra primærhelsetjenesten for å sikre et best mulig tilbud til pasientene (Grund, 2000).

Profesjoner kan defineres som:

*«yrker med bestemte koblinger til høyere utdanning og forskning»* (Molander, 2013:13).

Molander (2013) beskriver profesjon som en yrkesmessig organisering av arbeid. Profesjoner består av personer som har en viss utdanning og som gis en rett til å utføre bestemte arbeidsoppgaver Profesjonsutøvere gjør disse oppgavene mer eller mindre autonomt. Bakgrunnen for retten til å kalles profesjon er at det ligger en anerkjennelse i samfunnet av at



arbeidsoppgavene og dens praksis er av samfunnsmessig betydning. Profesjonen har tillit i samfunnet da de i kraft av sin kompetanse er i stand til å ivareta oppgaver som befolkningen har behov for. Det er et tradisjonelt syn på at verdier, kunnskap og ferdigheter som en har fått gjennom en høy utdanning, er en vesentlig forutsetning for at man skal være kompetent når man praktiserer yrket (Molander, 2013). Profesjoner har «eiendomsrett» eller «jurisdiksjon» til å utføre visse oppgaver. I sykehus kan slike oppgaver være behandling av pasienter (Abbott, 1998 i Byrkjeflot og Guldbrandsøy 2013). I forhold til kvaliteten i virksomheten betyr det at de har rett og plikt til å kontrollere den. Som en kvalitetssikring gjøres det gjennom profesjonsinterne ordninger og fagfellevurderinger (Freidson 2001: Evetts 2009 i Byrkjeflot og Guldbrandsøy 2013). En slik eiendomsrett gir et slags monopol på noen oppgaver og gjør at profesjonene til en viss grad er beskyttet mot konkurranse.

Når profesjonsutøvere blir ledere, opplever de nye forventninger knyttet til sin nye rolle. Det forventes at man skal være lojal mot organisasjonens mål og strategier, samtidig som man får ansvar for å løse utfordringer og problemer som oppstår (Mitchell og Larson, 1987 i Døving, m.fl. 2016). Ledere (fra en profesjon) som er ledere for en gruppe ansatte, men som ikke har noen leder under seg kalles førstelinjeleder eller mellomleder. De er ledere på det laveste nivå i hierarkiet. Deres dilemma er ofte at de opplever å stå med et bein i hver leir. De kan oppfatte seg både som leder og kollega, og kommer i situasjoner med motstridene krav og forventninger. Dette beskrives som krysspress. Den overordnede ledelsen forventer at lederen er lojal og iverksetter og ivaretar den overordnede ledelsens beslutninger. De ansatte forventer at ledere skal være “en av dem” og ivareta deres interesser (Høst, 2014).

Joseph Heller, som er en tysk samfunnsforsker, bruker en to kulturs modell, den tekniske og den sosiale kulturen for å vise ulike ferdigheter som kreves av førstlinjeledere. I den tekniske kulturen er det viktig å være kostnadseffektiv og produsere varer og tjenester. I den sosiale kulturen er lederen opptatt av å ta vare på sine ansatte og ha en omsorgsfunksjon i relasjonen (effektivitet i sosial forstand). Man ser på seg selv mer som en fagperson og som en “førstekollega” i stedet for arbeidsgiver. Det viser seg likevel at all oppmerksomhet som er rettet mot ledere og ledelsesfunksjon i helsesektoren den siste tiden har ført til en sterkere lederidentitet. På tross av dette kan ledere oppleve spenningen i skjæringspunktet mellom virksomhetens mål og de ansattes interesser (Høst, 2014).

Profesjonsutøvere som blir ledere må også håndtere rolleforventningene både som profesjonsutøver og som leder. For eksempel når en lege blir leder og samtidig prioriterer å

arbeide klinisk ved siden av å være avdelingssjef eller lede en klinikk. Det har vist seg at sykepleiere prioriterer annerledes enn legeledere, de prioriterer lederoppgavene høyere og jobber ikke klinisk (Mo, 2008 i Døving m. fl. 2016). Det at sykepleieledere prioriterer ulikt i forhold til legeledere kan ha med størrelsen på kontrollspennet å gjøre. Ofte har sykepleiere store enheter med mange ansatte og lede, mens legene leder mindre enheter med færre ansatte. Ledere skal ivareta den faglige kunnskapen det vil si faglig forsvarlighet, og i tillegg har de totalansvar for økonomi og drift. Det er vanlig at legene, i tillegg til å lede ønsker å være klinisk aktive slik at de opprettholder sin fagkompetanse. Det å kunne tilby klinisk arbeid ved siden av lederoppgavene skulle gjøre det lettere å rekruttere legeledere. Når en sykepleier går inn i lederrollen utvikles det en ny identitet som leder, men sykepleieren beholder likevel identiteten som sykepleier. Noen ganger er kan det hende at lederrollen går helt på tvers av den profesjonelle identiteten. Ledernes kompetanse kan ha betydning for hvilken respekt og legitimitet ledere oppnår som person. En hypotese er dermed at en god leder kan lede en hvilken som helst virksomhet – det vi kan kalle generalistlederen, mens en konkurrerende hypotese har vært at ledere selv må være fagperson innenfor organisasjonens kjernevirksomhet og det feltet som ledes – faglederen (Døving m.fl. 2016). Legene har et kjent faglig lederideal om at det er «den kyndigste av de kyndige» som skal utpekes til å lede. Her stilles det ikke krav til ledelseskompetanse, men til formelle krav til opplæring i fagets ferdigheter og utdanning. Det betyr at det er de som råder over en viss fagkunnskap, den dyktigste i faget som kan velges til å bli leder. Valget skjer oftest gjennom en kollegial vurdering. Slike faglige ledere påberoper seg vitenskapen, men krav om bedre prioritering av ressurser og avveining mellom vitenskapelige og samfunnsmessige hensyn har vært med på å undergrave deres posisjoner (Byrkjeflot, 1997).

### **2.3.3 Relasjonsorientert ledelse**

I 1949-1950 årene ble det forsket på ledelse ved universitetet i Ohio. Den forskningen kom frem til to typer lederatferd. Den første: å vise hensyn (consideration) handler om relasjoner til andre, den andre, å skape struktur (initiation of structure) er en mer oppgaveorientert måte å utføre ledelse på (Grønhaug m. fl.2011). Strand, (2007) peker på at det er unngåelig for ledere å inngå i relasjoner med andre. Han bruker begrepet relasjonsfenomen om ledelse, og beskriver det ved at forventninger til ledere i dag er at de må ta i bruk evner, kunnskap og personlige ressurser utover det som kreves av den formelle lederrollen. Det å inngå personlig pregede relasjoner og vise seg frem er økende. Det fører til noen utfordringer for ledere, alt fra å gjøre et godt førsteinntrykk til å etablere gode samhandlingsformer med andre ledere. Det kan være nettverksbygging i og utenfor organisasjonen, støtte til kyndige medarbeidere

eller relasjon til andre ledere. Begrepet er også knyttet til lederstil som handler om forholdet til leder- medarbeider. Gjennom å gi oppmerksomhet til relasjonen er det et ønske om at ledere ansvarliggjøres og kommer bort fra egenskaps- og systemforklaringer. Det er samspillet med de andre som teller (Strand 2007).

## **2.4 Lederes handlingsrom**

Handlingsrom er det rommet hvor ledere kan ta seg friheter eller beslutninger som ikke er programmert på forhånd eller en del av rutinen. Til lederrollen er det knyttet mange krav. Ledere arbeider etter instruksjer, de gjør egne vurderinger, har vaner, opplever press og forventninger som kan være reelle eller innbilte som de handler etter. I tillegg kommer ledere opp i situasjoner hvor de må gjøre valg og beslutninger som ikke kommer inn under de forholdene. Det kan være områder som er uklare, motstridene eller områder som ledere kan velge å engasjere seg i. Ledere fungerer i problemsoner der det ikke er bestemt hva som er riktig å gjøre, der de må ta uprogrammerte beslutninger. Det er en faktor som skiller lederrollen fra andre roller. Slike beslutninger og handlinger gjør at ledelse beskrives som noe helt spesielt, mer enn at en leder kun er en brikke i et spill. Begrepet handlingsrom brukes for å beskrive «rommet» som ledere har for gjøre slike beslutninger. Begrepet fremhever et slags tillatelse mer enn påbud og forventinger. Det gir ledere et mandat for å utøve skjønn. Rosemary Stewart utviklet en modell som viste at utformingen av rollen og handlingsrommet varierer sterkt for identiske stillinger. Stewart mente at den enkelte leder har stor påvirkningsmulighet på størrelsen på handlingsrommet. Handlingsrommet er ikke absolutt, men kan utvides og det kan trekkes sammen både når det gjelder begrensninger og krav. Det er lederes mandat og den tilliten som de har fått gjennom rollen som leder som gir dette grunnlaget. Lederes kunnskap om hvilke muligheter eller hvilken erfaring de har med risiko er avgjørende for hvordan handlingsrommet utnyttes. Likeledes hvordan en leder oppfatter grensene i handlingsrommet og evnen til å bruke skjønn. Et eksempel på forhold som gir mulighet for handlingsrom kan være at det kommer til nye oppgaver og de skal løses med samme ressurstilgang, som betyr at ressursene må kombineres på nye måter. Et annet eksempel er at noen krav er en vanesak eller kan være «arvet» fra forrige leder og kan sannsynligvis gjøres bedre av andre (Strand, 2007).

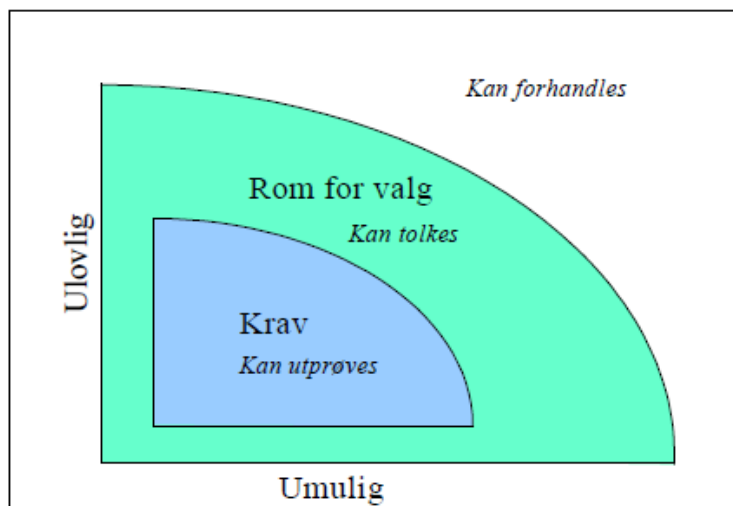


Fig. 5 Handlingsrom og område for tolkning, utprøving og forhandling. Rosemary Stewarts modell (Strand, 2007:399).

Figuren viser hvordan ledere med samme formelle ansvar oppfatter grensene. Hvilken erfaring og kunnskap de har med risiko, og med å prøve og å feile er avgjørende for hvor store variasjoner det er i handlingsrommet. Jo større handlingsrommet er, desto større er ansvaret som innebærer at man holdes ansvarlig for sine handlinger (Stand, 2007).

Handlefriheten som ledere har til å gjøre andre valg enn ledere som innehar tilsvarende stilling er det som utgjør handlingsrommet (Høst, 2014). Utøvelse av skjønn og handlingsrom hører sammen og skjønn kan forklares med omdømme, forstand, dømmekraft og vurdering. Når man utøver skjønn så kan det forklares med at man skiller noe fra noe annet, som innebærer at man tilskriver eller fraskriver et objekt noen egenskaper. Eksempler på det kan være vurderinger om hvorvidt et utsagn er sant eller oppriktig, om en tilstand er normal, rettfærdig eller ønskelig, om en handling er formålstjenlig eller riktig. For profesjoner er det sentralt å handle ut i fra eget skjønn (Molander og Terum, 2013).

#### 2.4.1 Makt og ansvar

*“ledere har makt fordi de formelle rollene gir dem makt”*

(Jan Grund, i Døving m.fl. 2016:324).

Innflytelse og makt hører sammen, for å utøve innflytelse må man ha makt. For å kunne lede må man ha makt, og det handler om mellommenneskelige forhold i en kontekst hvor mennesker er gjensidig avhengig av hverandre og hvor «goder» utveksles. Det kan være en medarbeider som har mer faglig kunnskap enn lederen sin. Kunnskap som lederen er avhengig av for å kunne fungere som leder beskrives som et bytteforhold hvor ressurser og goder utveksles. I en slik sammenheng er den ene partens opplevelse av den andre partens kontroll over ressursene og godene avgjørende og likedan hvilken myndighet denne personen blir gitt. Makt handler ikke bare om en eventuell innflytelse over andres meninger, holdninger og adferd. Det dreier seg om innflytelse over beslutninger og ressurser (Grønhaug m.fl. 2011). Når makt blir allment akseptert så kalles det for legitim makt eller autoritet. I en organisasjon kan det bety at makten er en del av rutinen, eller inngrodd. Den har blitt en del av virkelighetsoppfatningen og faller naturlig inn i samhandlingen mellom aktørene (Strand, 2007). Makten kan utfolde seg på forskjellige måter. Det er både organisasjonsmessige, sosiale, og psykiske mekanismer som makten virker igjennom. Forskjellige former for maktutøvelse har ulike virkninger.

Makt er også knyttet til motivasjon. David McClelland bruker begrepene personalisert makt og sosialisert makt. Formålet med personalisert makt er å forstørre seg selv og søke å oppnå egne mål, mens sosialisert makt er knyttet til fellesskapet, en gruppe, et samfunn eller en organisasjon. Sosialisert makt er en form eller en bruk av makt som virker motiverende både på ledere og medarbeidere (Sørhaug, 2006). Makt kan knyttes til profesjon, hvor en profesjon er i besittelse av kunnskap som en annen trenger å få tilgang til. Profesjonsmakt gir mulighet til å drive gjennom en egen vilje på tvers av andres vilje og det medfører et stort ansvar (Molander og Terum, 2013).

Witz (1992) trekker fram at demarkasjon og eksklusjon har ført til et hierarki innenfor for eksempel helseprofesjoner, der et tradisjonelt mannsdominert yrke som lege har makt over et tradisjonelt kvinnedominert yrke som sykepleier. «*Demarkasjon handler om hvordan en profesjon trekker opp grenser mot andre yrkesgrupper*» (Døving m. fl. 2016, s. 34). Det kan handle om hvilken yrkesgruppe som skal ha myndighet eller rett til å utføre en bestemt oppgave (Døving m. fl. 2016).

Kontroll over informasjon er en kilde til makt fordi de som sitter på informasjonen i stor grad kan kontrollere hvordan informasjonen skal håndteres. Noen kan få kjennskap til informasjonen først og vet dermed mer enn andre. Det kan føre til at informasjon om en sak

farges, skjules eller siles, noe som igjen kan føre til at beslutninger fattes på feil premisser. Dersom det er flere interessenter i saken kan det hende at man ønsker å legge saken inn i en beslutningsarena. Det kan likevel oppstå uenighet om saken og uenighet om hvilken beslutning som er den rette. Dersom makten ikke er konsentrert, noe den ofte ikke er i moderne organisasjoner vil partene ofte stå likt, og det fører til at man må inngå forhandlinger for å kunne fatte en beslutning og komme til enighet (Jacobsen og Thorsvik 2016).

Beslutninger og fordeling av beslutningsmakten kan i følge Mintzberg beskrives på flere måter. Ved desentralisering er beslutningsmakten fordelt mellom mange nivåer eller mennesker i organisasjonen. Makten er sentralisert dersom makten er knyttet til et sted i organisasjonen. Det skilles mellom vertikal og horisontal desentralisering av makt. Ved vertikal desentralisering så blir makten til å ta beslutninger delegert i det formelle hierarkiet til leder i linjen. Ved horisontal desentralisering av makt delegeres beslutningsmakt til personer som er utenfor det formelle hierarkiet. Det kan være stabspersoner fra analyse eller annet støttepersonell (Høst, 2014).

Beslutninger eller avgjørelser og prosesser rundt en beslutning foregår hele tiden i en organisasjon. Det tas beslutninger som får små eller store konsekvenser for ansatte. Ved å analysere beslutninger kan man i større grad forstå noen forhold rundt beslutningene. Et forhold er effektivitet. Vi kan se til andre organisasjoner eller seksjoner, enheter som vi sammenlikner oss med, og som har gjort det bedre enn oss. Vi antar at det er fordi at de har tatt bedre valg. Vi kan derfor velge å se på alle forhold som har vært forut for beslutningen. Hvilken informasjon har man, og hvordan håndteres den? Hvordan opptrer organisasjonen og hvordan har man kommet frem til dette valget? Hvordan kan man vite at man tar rett beslutning når det foreligger flere valg? Hvordan er strategien for implementering? Et annet forhold rundt beslutninger er hvordan mål, strategier og strukturer utformes. I en sykehusorganisasjon med flere beslutningsnivåer er mål, strategier og strukturer resultat av beslutninger. Disse beslutningene blir vedtatt i en ledergruppe, i et styremøte eller på et avdelingsmøte. Et tredje forhold er maktforhold. En beslutning får ofte en berøring av maktfordeling mellom mennesker og grupper i en organisasjon. For eksempel kan en beslutning om å slå sammen to avdelinger føre til at en seksjonsleder mister lederjobben sin. Nøkkelen for å forstå denne makten er å forstå beslutninger som er tatt tidligere. Videre er det i forhold til ledelse. En av de viktigste oppgavene en leder har er å fatte beslutninger. En leder må hele tiden velge. Ledere må prioritere mellom forskjellige måter å gjøre arbeidet på som for eksempel fordeling av oppgaver, fordeling av team, fatte beslutninger i forhold til hvor

mange ressurser en skal ha i avdelingen. Hvordan ledere gjør disse valgene vil ha betydning for hvordan de fremstår som ledere, om de er gode eller dårlige ledere. Prosessen rundt beslutninger er dynamiske og blir påvirket av den konteksten i organisasjonen som de foregår innenfor. Organisasjonenes kultur, mål, strategier, struktur og maktforhold vil være med på utfallet av en beslutningsprosess (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

Følgende modell viser prosessen som pågår før en beslutning tas.

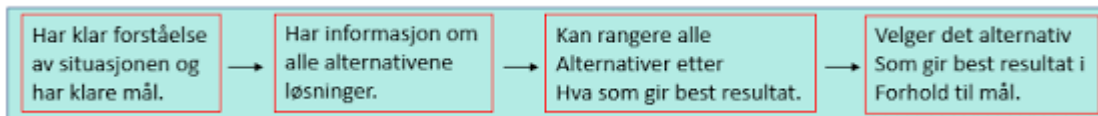


Fig.6 Beslutningsprosessen

Å ha en rolle i forhold til beslutninger er en viktig del av en leders hverdag. Ledere må ta initiativ til endring og forbedring. De må være tydelige og være problemløser, og våge å gå inn i konflikter og uenigheter og løse de. Lederen har også et stort ansvar når resursene skal fordeles (Grønhaug, 2011).

#### 2.4.2 Samarbeid og samhandling om pasientene

Jacobsen og Thorsvik (2016) snakker om horisontale ordninger for samarbeid og at det er nødvendig med samarbeid mellom personer med ulik kompetanse. Organisasjonen må legge til rette for et slikt samarbeid. Det kan for eksempel være formelle grupper eller team sammensatt av personer fra ulike avdelinger. Det kan være kvalitetsgrupper, råd og eller andre utvalg (Jacobsen og Thorsvik 2016). En leders ansvar er å skape gode arenaer for kommunikasjon. Formelle arenaer som kvalitetsråd, avdelingsråd kan være forum der refleksjoner og evalueringer over kvalitetsarbeidet diskuteres. Like viktig for ledere er de uformelle arenaene for å skaffe seg innsikt, kunnskap og oversikt i avdelingen (Nordby, 2009).

Koehn (1994), viser til profesjonsmoral som kan være verdier og normer som definerer vilkår for samarbeid mellom yrkesgrupper som samhandler gjennom en «kollegial organisasjonsform». En tanke er at profesjonsmoral styrer handlinger annerledes enn hierarkiske kommandolinjer og økonomiske incentiver i et byråkrati. Profesjonelle er autonome og lar seg ikke styre av et ytre regelsystem. Det eneste som kan styre dem er byråkrati som gjennom regler kan kontrollere og sette individ under tvang (Grimen i Molander, 2013).

Det er likevel slik at profesjonelt arbeid utføres på bakgrunn av bedømmelser, beslutninger og ut i fra erfaringer og kunnskap som bare en profesjon eller en yrkesgruppe kan ha. Mange har stor grad av autonomi og kontroll over det arbeidet som skal gjøres. Det er utfordrende for organisasjonen å detaljstyre dette siden det som regel er arbeid som utføres i kontakt med brukere eller pasienter, og man avgjør enkeltmenneskers videre liv. Den profesjonelle må likevel forholde seg til organisasjonens påvirkning og krav. Dette stiller store krav til hvordan arbeidet organiseres (Svensson i Molander, 2013).

Legene er kjent for stor grad av autonomi i sin yrkesutøvelse. De ønsker å lede seg selv, noe som kan knyttes til skapelsen av den medisinske autonomikultur som leder helt tilbake til den hippokratiske ed som legene den dag i dag sverger til. Legene var i besittelse av en kunnskap som de benyttet i behandlingen av pasientene. Ingen pasienter var like og det stilte krav til legen om å rette behandlingen mot den enkelte pasient. Legene visste best og måtte bestemme og det var viktig at de var autonome i forholdet til pasientene (Berg, 2010).

Når det gjelder samarbeid mellom profesjonene er det en forskjell mellom legenes etiske retningslinjer og sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. De legeetiske retningslinjer inneholder ikke et ord om samarbeid med andre profesjoner, mens sykepleierne har det i sine, der det slås fast i pkt. 4.1 «sykepleieren tar initiativ til og fremmer et faglig og tverrfaglig samarbeid i alle deler av helsetjenesten» (Christoffersen 2011). Det betyr i praksis at sykepleierne ikke ønsker å overta legeoppgaver, men å samarbeide om dem.

Et område som krever samarbeid er de såkalte pakkeforløpene. Nasjonal helse- og sykehusplan, 2016-2019<sup>8</sup> beskriver pakkeforløp som et standardisert pasientforløp som omfatter hele forløpet fra henvisning til spesialisthelsetjenesten til oppfølging og kontroller. Målet med pakkeforløp for kreft er å bidra til rask diagnostikk og behandling. I løpet av 2015 ble det innført 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft, St.meld.nr. 11 (2012-2016). Med pakkeforløpene følger det et behov for å koordinere og samarbeide innad i sykehuset (Tjora og Melby, 2013). I løpet av 2015 ble det innført 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft, St.meld.nr. 11 (2012-2016). Pakkeforløpene fører til større krav til bedre samhandling om pasienten på tvers i organisasjonen mellom ulike yrkesgrupper og mellom profesjonene.

---

<sup>8</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>



### 2.4.3 Kriterier som fremmer og hemmer samarbeid

Tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner kan beskrives slik: «*et system med høy differensiering og lav integrering*» som igjen betegnes som et løst sammenkoblet system (Koff, Defriese og Witzke i Tjora og Melby, 2013: 124). De beskriver det videre som et system der forbindelsene mellom profesjonene er forholdsvis svake og kan forklare hvorfor profesjoner er tilfreds med å ha svake forbindelser seg imellom. En viktig del av profesjonsrollen er autonomi som innebærer å ha et minimum av frihet til å ta valg og til å ha myndighet og autoritet nok til å handle i tråd med beslutninger (Tjora og Melby, 2013).

Galvin og Erdal, viser til samarbeidskompetanse og beskriver det som: «*brukerorientering, helhetsforståelse, problemløsningsevne, samarbeidsevne, fleksibilitet og omstillingsevne*» (Galvin og Erdal, 2010:40). Når brukerne eller pasientene settes i fokus vil profesjonsinteressene komme i bakgrunnen og man får større behov for å utvikle samarbeidskompetanse. Videre peker de på følgende syv suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjoner. *Forankring*: Struktur for samarbeid må forankres slik at samarbeidet ikke avhenger av enkeltpersoner. Ansvar må være plassert hos ledelsen. Forutsetningen for et godt samarbeid er at alle i enheten kjenner til og har et eierforhold til hva det skal samarbeides om. *Felles målsetting*: Partene må ha en felles målsetting for at samarbeidet skal fungere optimalt. Felles målsetting vil gjøre arbeidet mer målrettet og effektivt. Det må være avklart hva og hvor man vil med arbeidet. *Realistisk syn på samarbeidsmuligheter*: En viktig forutsetning for samarbeid er at en kan reflektere kritisk innenfor egen enhet. I tillegg å skaffe seg kunnskap om hverandres enheter og se nytten av andre enheters kompetanse, og hva de har å bidra med. Viljen til å endre egen praksis må være større enn viljen til å leve i konflikt med andre. *Nytteopplevelse*: Det er viktig at alle parter opplever det som nyttig å samarbeide for at det skal gi mening. *Nødvendighet*: Det må avklares en felles forståelse for hvorfor og hvordan. Det vil gjøre det lettere å akseptere at samarbeidet er nødvendig. Samarbeidet må være en arbeidsmetode for å oppnå et felles mål. *Kunnskap om hverandre*: Aktørene i et samarbeid må ha kunnskap om hverandres kompetanse, rolle, oppgaver og ansvarsområder. Samarbeidspartene har behov for å identifisere hverandres sterke sider, å utnytte og utvikle disse maksimalt. *Kompetanse*: For å lykkes i tverrfaglig samarbeid er det avgjørende at aktørene har fagkompetanse, men også en felles kompetanse i et felles verdigrunnlag, slik at alle får en felles forståelse for at samarbeidet er viktig (Galvin og Erdal 2010).

Galvin og Erdal peker videre på seks hindringer som det er spesielt viktig å være oppmerksom på i tverrfaglig samarbeid (2010): *Domenekonflikter*: kan oppstå dersom noen føler seg truet og vil verne om eget fagområde. Det kan vanskeliggjøre samarbeidet. Holdninger til andre og enhetens mål må derfor tydeliggjøres. *Gevinsten er asymmetrisk fordelt*: Samarbeid oppleves lite meningsfullt og svekkes dersom deltakerne ikke opplever at de får noe igjen for det. Det er vanskelig dersom samarbeidet får uheldige konsekvenser. Hver enkelt aktør må oppleve samarbeidet som nyttig. Nytteopplevelse kan oppnås ved at en tilfører noe til samarbeidet og opplever å få noe igjen i form av for eksempel mindre arbeidsoppgaver. *Profesjonsinteresser*: I et tverrfaglig samarbeid vil det ofte sitte aktører med ulik faglig bakgrunn. Lite kjennskap til hverandres arbeidsområder kan svekke samarbeidet ved at profesjonene ikke har tillit til hverandres kompetanse på området. *Motstridende oppgaver hos etatene*: Ulike målsettinger ovenfor den målgruppen en skal samarbeide for, kan vanskeliggjøre samarbeid. Hver tjeneste kan ha ulik tilnærming ovenfor målgruppen. *Pålagt samarbeid*: Pålagt deltakelse som aktørene selv ikke ser behovet for er et dårlig utgangspunkt. Det er avgjørende at alle tjenester og instanser opplever deltakelse og medbestemmelse i samarbeidet. *Manglende ressurser*: Ressursmangel er et hinder for tverrfaglig samarbeid. Mange arbeidsoppgaver som står i kø og samtidighetskonflikter i organisasjonen kan føre til at tverrfaglig samarbeid ofte oppleves som et spørsmål om ressurser om det fører til motstand.

For å sikre kvalitet i det tverrfaglige samarbeidet på tvers av faggrensene er det av betydning for samarbeidsstrukturen at det er et forpliktende samarbeid på alle nivåer i organisasjonen. Delegering av myndighet og at det avgis autonomi i forhold til felles ledelse og beslutninger inkludert økonomi, (Galvin og Erdal 2010).

## 2.5 New Public Management

Et sentralt teoretisk perspektiv for denne oppgaven er, New Public Management (NPM). Selve begrepet ble tatt i bruk av Christopher Hood (1991) og er sentralt i beskrivelsen av utviklingen av offentlig sektor i OECD landene, som i tillegg til Vest Europa inkluderer Australia, New-Zealand og USA. NPM forstås som en styringstrend i offentlig administrasjon. NPM forklares som reformer eller en reformbølge i offentlig sektor hvor en tar i bruk indirekte kontroll- og styringsformer som mål og resultatstyring, aktivitetsbasert finansiering og hvor ledere ansvarlig gjøres og belønnes etter resultat. I Norge var den tradisjonelle måten å organisere offentlig sektor på i etterkrigstiden en byråkratisk hierarkisk

modell. Prosedyrer og klart definerte plikter, regulerte beslutninger og handlinger i organisasjonene (Huges, 1998 i Lian, 2007). Man kan forstå NPB som en *kritikk* eller en reaksjon mot at offentlig sektor er for stor, for regelbundet, lite effektiv og lite fleksibel med svak ledelse og svak brukerorientering. Det har blitt stilt større krav til det offentlige om effektivisering, mer fleksibilitet og målrettethet for å forbedre sektoren og de siste tjue årene har NPM hatt stor innflytelse på fornyelsen av helsevesenet i Norge (Lian, 2007).

NPM dreier seg i hovedsak om følgende:

- Det er resultatene som teller, og resultater er viktigere enn prosedyrer og regler.
- Klare målsettinger og resultatkrav for å kunne fastslå om organisasjonen oppnår de resultatene som er ønsket.
- Desentralisering og oppsplitting. Dele opp offentlige organisasjoner som er store i mindre enheter.
- Mer konkurranse for å utvikle bedre tjenester.
- Gjøre mer med mindre. Drive virksomhetene mer kostnadseffektive gjennom å være mer kritisk til ressursbruk. Sløse mindre og redusere kostnader.
- Innflytelse og totalansvar i forhold til budsjett. Stor tro på en sterk og profesjonell leder og en utvikling av ledelse som eget fag.
- Nye styrings og ledelsesformer. Offentlige organisasjoner kan lære fra privat sektor, som er kommet lengre i det å utvikle teorier og verktøy for å drive god styring og ledelse (Lian, 2007).

Det er to temaer innen NPM som begge stammer fra private virksomheter, det ene er økonomi og marked og det andre er ledelse og organisasjon (Mo, 2006). Det blir også omtalt som to søyler. Den ene søylen handler om ønsket om økt bruk av markedskrefter som heller til en liberal markedsorientering. Det er ønsket om sterkere bruk av markedskrefter internt i det offentlige, men også i forhold til den private sektor. Det vi kjenner igjen er begreper som egenandeler, privatisering og konkurranseutsetting. Den andre søylen handler om intern organisering og ledelse. Ønske om sterkere styring gjør at det er behov for en mer profesjonell ledelse, og det gis større oppmerksomhet mot utvikling av ledere. Ledere skal ha evne til å endre organisasjonen i ønsket retning. Derfor må ledere gis handlingsrom til å lede og de må "ta dette rommet". Det gis større oppmerksomhet mot medarbeidere for å skape oppslutning om organisasjonens strategier og mål og resultat. Ressursene må styres i forhold til organisasjonens interesser og bedre systemer for rekruttering må sikres (Klausen 2001).

Reformen om enhetlig ledelse er klart inspirert av NPM, men det ble likevel anbefalt at man ikke skulle innføre rendyrket profesjonell avdelingsledelse. Det var et krav om at de som skulle ha disse lederposisjonene også måtte ha helsefaglig kompetanse (Johansen, 2009).

Reformbølgen NPM setter store krav til styringssystemer internt som skal sikre at bedriften er på rett vei, og som måler og følger opp resultater. Balansert målstyring er et strategisk ledelsesverktøy som er et eksempel på et styringssystem som ivaretar dette.

### 2.5.1 Balansert målstyring

Balansert målstyring eller «*balanced scorecard*» som er den engelske betegnelsen, beskrives som et styrings og rapporteringssystem som egner seg for offentlig sektor. Balansert målstyring ble introdusert for over 20 år siden av Kaplan og Norton (1996) ved Harvard University, og har hatt stor innflytelse innen økonomisk styring, det egner seg for, og brukes i majoriteten av større virksomheter i Norge.

Balansert målstyring forutsetter at ledere har en helhetlig kunnskap om virksomheten og ikke bare om økonomiske mål. Det betyr at de skal kunne styre etter flere mål og være i stand koble organisasjonens visjon og strategi sterkere opp mot resultatmålingene. Det er den prosessen hvor ledere på alle nivåer medvirker til å sette mål egne mål for virksomheten ut i fra strategiske mål som er vedtatt på et overordnet nivå. Personalet som jobber operativt beskrives som nøkkelpersoner i den prosessen på grunn av deres faglige autonomi. Disse personene har en helt spesiell kunnskap om pasientenes eller brukernes behov. Derfor må personalet være med når målene skal settes og de er også en viktig gruppe når man skal lage planer for realisering og implementering av målene. Lederens oppgaver er å ha ansvar for å ha god budsjettkontroll og økonomi. De skal sikre at pasientene er tilfredse og det skal sikres en balanse slik at også medarbeidere er tilfredse. Medarbeiderne skal sikres mulighet for læring, utvikling og vekst i arbeidet, et poeng er at man ved styring og utvikling har et helhetlig perspektiv i forhold til virksomhetens prestasjoner (Høst, 2014).

Utgangspunktet for balansert målstyring er et styrings- og måleverktøy for å kunne styre etter flere områder enn de finansielle tall, Kaplan og Norton (1996) sier at det flerdimensjonale rammeverket består av fire perspektiver:

- Det finansielle perspektivet: Hva er det eierne ønsker å få rapportert?
- Bruker- eller pasientperspektivet: Hva er de kritiske faktorene for at brukerne våre skal bli fornøyd?
- Det interne perspektivet: Har vi effektive prosesser og god kapasitetsutnyttelse?

- Lærings- og vekstperspektivet: I hvilken grad har vi den riktige kompetansen og grunnlag for læring og fornyelse?

Grunnmodellen viser at man tar retter oppmerksomheten mot flere områder samtidig, (finansielle tall), nåtid (brukere og interne prosesser) og framtid (læring og fornyelse). Videre tar grunnmodellen hensyn både til eksterne forhold og interne forhold. Styringssystemet må balansere mellom de ulike perspektivene. Det er sentralt i modellen.

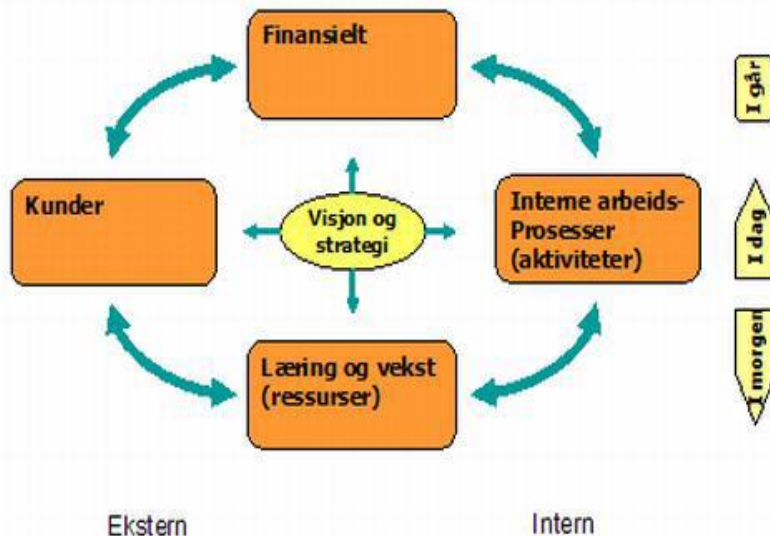


Fig. 7 Balansert målstyring – grunnmodell

Videre er balansert målstyring mer enn et taktisk og operasjonelt målesystem. Det er et styrings og rapportsystem for toppledere som brukes strategisk til å utvikle og styre bedriftens strategier på lang sikt. Konkret kan dette bety:

- Synliggjøre (klargjøre) og oversette bedriftens strategi og visjon.
- Kommunisere bedriftens visjon og strategi ut i organisasjonen og koble den opp mot mål og resultat.
- Planlegge, allokere ressurser (rett ressursbruk), velge rette strategiske tiltak og kortsiktige mål.
- Gi tilbakemelding på de strategiske hypoteser, og lære hvordan forbedringer kan gjøres.

Figur 8 viser sammenhengen. Den beskriver også en læringssirkel der dobbeltkretslæring er fremtredende. Videre beskriver den sentrale element i et overordnet strategisk ledelsessystem (utforme strategien, kommunisere strategien, operasjonalisere strategien, følge opp/måle

strategiens gjennomføring). Balansert målstyring kan således brukes som et sentralt element i et overordnet strategisk system (Kaplan & Norton 1996).

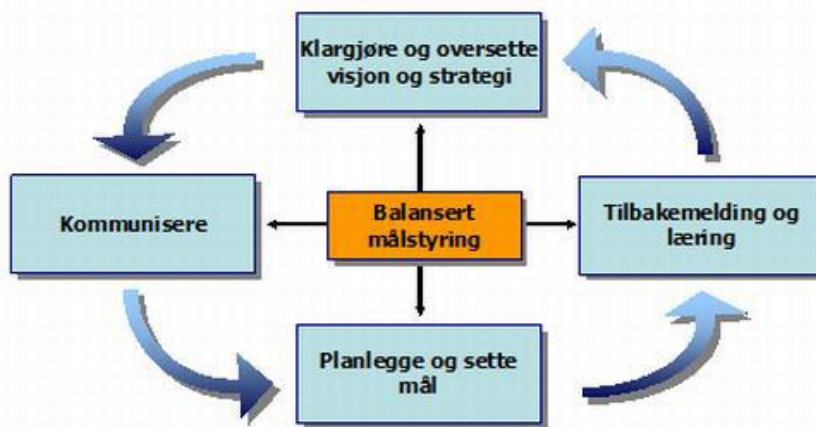


Fig. 8 Prosessen rundt balansert målstyring

Balansert målstyring forutsetter at ledere har en helhetlig kunnskap om virksomhetens strategi og ikke bare om økonomiske mål. Som Kaplan & Norton (1996) peker på, er det en forutsetning for å implementere strategi. Balansert målstyring bygges på organisasjonens oppdrag, verdier, visjon og strategier, og vil gjennom det være med på både å rette oppmerksomheten på strategiene, men også være et verktøy for å måle om strategiene gjennomføres. Et sentralt verktøy for å visualisere, operasjonalisere og oversette hvordan balansert målstyring kommuniseres er i følge Kaplan & Norton (1996) strategiske kart (Kaplan & Norton 1996).

Den økonomisk administrative tenkningen har møtt motstand hos de helsefaglige profesjonene som mener at konkurranse og markedstenkningen ikke passer inn i forhold til helsevesenets oppgaver. Profesjonene mener at mye verdifullt arbeid som ikke lar seg måle lett kan bli nedprioritert. Verdier som god pasientbehandling og omsorg for hver enkelt pasient kolliderer med den økonomisk administrative tankegangen. Press ovenfra beskrives som krav om effektivitet og resultatmål, og press nedenfra beskrives som den kliniske logikken. Helseledere opplever at dette strider i mot hverandre og de kan befinne seg i en krysspressituasjon (Nordby, 2009).

## KAPITTEL 3.0 METODE

Vitenskapelig metode er definert som en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap eller å etterprøve påstander som fremsettes, med krav om at de gyldige, sanne eller holdbare. (Tranøy i Dalland, 2000). Metoden som velges skal gi troverdig kunnskap. Derfor må kravene til reliabilitet som betyr pålitelighet og kravene til validitet, som står for relevans og gyldighet, være oppfylt. Det som undersøkes må ha relevans og være gyldig i forhold til problemstillingen som undersøkes. Videre er det slik at målinger må være korrekt utført og dersom det er feilmarginer må de angis (Dalland, 2000). Kvalitativ metode sier noe om fenomener eller egenskaper som studeres og henviser til kvaliteten. Kvaliteter kan bare tolkes, det vil si om noe er omsorgsfullt, godt, vakkert eller konfliktfylt. Disse “myke” verdiene kan vi ikke gjøre om til objektive harde fakta slike man forholder seg til i en kvantitativ metode, der målet er å avdekke så sikker og gyldig kunnskap som mulig gjennom å måle, telle og veie (Aadland, 1998).

Begrepene reliabilitet og validitet fungerer som kriterier på kvaliteten på forskningen. På norsk bruker man begrepene pålitelighet og gyldighet. Validitet handler om at det er en logisk sammenheng gjennom hele prosjektet, gjennom data og funn i forhold til de spørsmål man ønsker å finne svar på. Reliabilitet forstås som i hvilken grad en studie kan etterprøves og er pålitelig, og Tjora beskriver reliabilitet som en intern logikk gjennom hele forskningsprosjektet. En annen indikator på kvalitet i kvalitativ forskning er generaliserbarhet. Man spør da om forskningen har noen gyldighet utover de enheter som er undersøkt (Tjora, 2011).

Kvalitativ forskning fremstår som en vesentlig tenkemåte eller paradigme innenfor samfunnsforskningen. Innenfor kvalitativ forskning legges det vekt på forståelse og nærhet til dem man for forsker «på». Forskeren forholder seg til en fortolkende måte og har oppmerksomhet mot informantenes opplevelse (Tjora, 2011).

### 3.1 Metode og utvalg

Jeg har i denne oppgaven benyttet kvalitativ metode for å undersøke og få mer kunnskap om hvordan enhetlig ledelse fungerer for sykepleieledere i en søyleorganisering ved et helseforetak. Jeg har gjennomført dybdeintervjuer med ledere med utdanning innen medisin, sykepleie og økonomi, gjennom en delvis strukturert tilnærming. For å få en variasjon i

utvalget intervjuet jeg ledere på alle nivåer i sykepleie og legesøylene i de to klinikkene hvor sykepleietjenesten er organisert i søyler, det vil si i medisinsk og kirurgisk klinikk. Informantene er hentet fra fjerde ledelsesnivå helt til strategisk toppledernivå. Det betyr i praksis at jeg har intervjuet seksjonsledere, avdelingssjefer, klinikksjefer og direktører. Totalt intervjuet jeg 11 personer, henholdsvis 7 sykepleiere, 2 leger og 2 med annen utdanningsbakgrunn.

Jeg avklarte med øverste ledelse at jeg ville gjøre denne forskningen og fikk tillatelse til å forespørre ledere i organisasjonen. Noen informanter forespurte jeg personlig i forbindelse med en ledersamling i foretaket. Andre sendte jeg en skriftlig henvendelse til. Utvalget bestod av ledere med både lang og kort ledererfaring, samt tidligere ledere. Grunnen til at jeg valgte å intervju noen forhenværende ledere er at jeg ønsket å sammenligne svar fra nåværende og tidligere ledere. Noen av informantene har sittet i lederstillinger før innføringen av enhetlig ledelse og er fremdeles i samme stilling. I oppgaven velger jeg å bruke betegnelsen informant eller leder og i noen tilfeller angis stillingsbetegnelsen på personene som jeg intervjuet. Enkelte ganger opplyser jeg hvilket ledelsesnivå informanten er på. Jeg omtaler alle informantene med hunkjønn, dette for å anonymisere.

Informant betyr deltaker, og er den personen som svarer på spørsmålene (Tjora, 2011). Informantene valgte jeg ut i fra deres kunnskap og erfaringer i forhold til forskningsspørsmålene i min studie. Jeg brukte kvalitativ metode og gjennomførte semistrukturerte intervjuer, også kalt dybdeintervjuer. Jeg bad om informert samtykke til å delta i undersøkelsen og alle gav sitt samtykke skriftlig. Alle signerte før selve intervjuet fant sted. Informantene ble informert om at de når som helst kunne trekke seg.

Intervjuguiden utarbeidet jeg med tanke på at jeg skulle intervjuere ledere på ulike nivåer i organisasjonen. Det førte til at jeg stilte noen spørsmål til øverste ledelse som ikke de andre ledere fikk. For eksempel hvilke hindringer eller utfordringer har det vært med denne måten å organisere på? Hvordan fungerer «ledelse helt ut» i organisasjonen? Modellen innebar en dreining mot nøytralisering av fag i lederposisjonene. Hvordan har det vært i denne organisasjonen? I intervjusituasjonene la jeg vekt på å stille oppfølgingsspørsmål rundt temaer som informantene var opptatt av. Slik fikk jeg en dypere beskrivelse og belyst flere sider av et tema. Intervjuene foregikk på kontorene til informantene og varte i omtrent 1 time



bortsett fra hos en informant som på grunn av en nytt møte like i etterkant av intervjuet hadde satt av 45 minutter.

Jeg har vært bevisst i forhold til at metoden jeg valgte skulle gjøre det mulig å avdekke det jeg ønsket å undersøke. Å bruke kvalitativ metode og gjennomføre intervjuer vil gjennom åpne spørsmål gi informantene mulighet til å gå i dybden der det er naturlig å gi svar på hva som er spesielt med denne måten å lede på, hvordan har de løst utfordringer, hvilke endringer har de opplevd og hvordan løste de endringene. Jeg er ute etter å finne informantenes egne opplevelser og erfaringer og at de kommer tydelig frem i analysen. Som forsker prøver å begripe hvordan informantene reflekterer over egne erfaringer og meninger om tema (Tjora, 2011). Nærheten jeg fikk til forskningsfeltet og informantenes fortellinger gav meg mulighet til å se nærmere på erfaringer, meninger, inntrykk og vurderinger.

### **3.1.1 Forforståelse**

Forforståelse eller erfaringstolkning, kan forklares med at når vi skal utvikle ny forståelse bruker vi den kunnskap som vi allerede har, vår forforståelse. Ved tekstanalyse bruker vi teksten i forskningen og fortolker den for å kunne tilføre ny forståelse og kunnskap slik det illustreres i den hermeneutiske spiralen (Aadland 1998).

Det kan være visse utfordringer i forbindelse med å forske i egen organisasjon. For å sikre at forskningen min er pålitelig og at det er god kvalitet i arbeidet, må jeg ha klart for meg hvilken forforståelse jeg har med meg inn i forskningsprosessen.

Jeg må blant annet være oppmerksom på, og ha et bevisst forhold til min egen forforståelse og et bevisst forhold til min rolle i organisasjonen. Jeg har kunnskap om organisasjonen som ansatt, tillitsvalgt og sykepleier. Min kunnskap er mer spesifikk fordi jeg har vært ansatt ved institusjonen jeg forsket på i nærmere 30 år. Jeg har de siste årene sett hvordan lederrollen har endret seg, og hvordan oppgavene og kravene til ledere har økt.

Jeg var ansatt i tiden da endringen skjedde i 2009 noe som kan gjøre at jeg tar ting for gitt, og som kan gjøre meg «blind» på enkelte områder. For å motvirke dette er jeg opptatt av å være åpen og undrende i møtene med informantene, og lete etter variasjoner. Når jeg fikk bekreftet noe jeg trodde jeg visste på forhånd, prøvde jeg å komme med motforestillinger, og spurte om informantene hadde andre erfaringer enn de som jeg hadde fått beskrevet.

Forskningsprosessen vises i følgende figur.

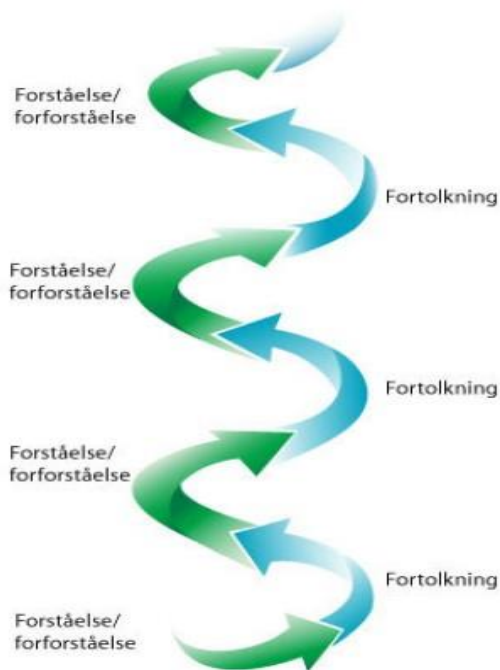


Fig. 9 Den hermeneutiske spiralen.

Den hermeneutiske spiralen illustrerer en beskrivelse av fortolkningsprosessen jeg har hatt til forskningsfeltet for å forstå, tolke, finne mening og hensikt. Hvilken forståelse har informantene og hvordan ser «verden» ut gjennom deres øyne og hvordan ser det ut i mine øyne. Det skjer en bevegelse eller en prosess mellom forståelse, forforståelse og fortolkning og igjen ny forståelse (Aadland 1998).

Jeg er sykepleier med videreutdanning innen organisasjon, ledelse og arbeidsliv. Mens forskningen pågikk har jeg innehatt en rolle i organisasjonen som gjør at noen av informantene kjenner til meg. Jeg måtte derfor spørre meg selv spørsmål som: Hvor godt kjenner jeg til informantene, og de til meg? Noen kjente meg litt, mens andre hadde hørt om meg, eller visste om meg. Kunne det føre til at de åpnet seg mer eller lukket seg? Ville det at de kjente til meg føre til at vi begge i intervjusituasjonene tok ting for gitt fordi vi visste hva det var snakk om. Hvilke holdninger hadde de til at jeg intervjuet dem? Jeg måtte også spørre meg selv om hvilket engasjement jeg hadde i problemstillingen. Hvorfor ville jeg forske på akkurat dette temaet? Det reiste seg mange spørsmål som jeg måtte stille meg, og gå gjennom

og reflektere over. I forskningsprosessen har det vært viktig for meg å være bevisst i forhold til at jeg måtte være villig til å justere min kunnskap og min forforståelse om temaet. Siden jeg forsker i egen organisasjon kommer jeg ikke utenom at jeg må ta et særlig hensyn til det når jeg skulle analysere intervjuene. Det betyr at jeg må avklare med informantene at jeg møtte de som forsker og ikke i kraft av min rolle som foretakstillitsvalgt.

### 3.1.2 Forskningsetiske vurderinger

Intervjuene gjennomførte jeg i perioden fra september til desember 2016. Under intervjuene brukte jeg båndopptaker. Alt materiale er lagret på min PC og vil bli slettet når sensur foreligger. Videre transkriberte jeg alle intervjuene.

For å sikre informantenes krav til anonymitet, og ivaretagelse av informantenes integritet må sensitive opplysninger behandles konfidensielt. Taushetsplikten som forsker er ikke sammenfallende med den taushetsplikt jeg har i kraft av å være helsepersonell. Taushetsplikten som sykepleier er forankret i Lov om helsepersonell § 21. «*Hovedregel om taushetsplikt*». Som forsker er jeg underlagt Forvaltningsloven §§ 13d og e. Taushetsplikt<sup>9</sup>.

Studien ble meldt til Personvernombudet for forskning – Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) i juli 2016, som anså prosjektet som meldepliktig og NSD vurderte at prosjektet behandlet personopplysningene i henhold til personopplysningsloven § 31.

### 3.1.3 Databehandling og analyse

Målet med den kvalitative analysen er å fremskaffe ny og systematisk kunnskap for leseren av forskningen om området det forskes på (Tjora, 2011).

Når man gjør dybdeintervjuer tillater man informantene å snakke fritt, noe som kan føre til at man får noen generelle data som interessante, men som er utover det som gjelder problemstillingen (Tjora, 2011). Dette kan gjøre etterarbeidet med transkribering, analyse og koding av data ekstra tidkrevende. Det var viktig for meg å få med alt når jeg transkriberte for å unngå å tolke for mye når jeg skulle kode. Jeg skrev inn pauser og “småord” som ehmm, tja, og latter. Til slutt satt jeg igjen med rundt ett hundre sider transkribert materiale. Prosessen med transkribering av mange timer med intervjuer var tidkrevende, men lærerik. Gjennom å lytte til informantene en gang til, og i tillegg skrive ned alt de sa, fikk jeg med meg flere nyanser i intervjuet som jeg ikke hadde lagt merke til i intervjusituasjonene. Under

---

<sup>9</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>

transkriberingen understreket jeg utsagn som jeg la særskilt merke til for lettere å kunne finne de igjen i teksten senere. Deretter startet arbeidet med å kategorisere og analysere. Jeg laget meg et system hvor jeg sorterte og hadde hele tiden forskningsspørsmålene med for å holde riktig fokus. I følge Tjora kan det, i denne fasen, være lurt å stille seg følgende spørsmål: Hva er det jeg ser eller hører? Hva er det som er mest interessant? Er det noe som utpeker seg som spesielt ved materialet (2011)?

Jeg brukte et analyseverktøy for bearbeiding av data. Metoden i verktøyet er utarbeidet av Bennedichte R. Olsen<sup>10</sup>. Materialet som jeg hadde kategorisert la jeg inn i verktøyet på følgende måte; Jeg gjorde et utvalg av sitater som jeg syntes var relevante for problemstillingen og forskningsspørsmålene. Sitatene systematiserte jeg i et skjema under betegnelsen tema- substans. Jeg skrev inn sitatene i verktøyet med henvisning til hvem som ble sitert, for lettere å finne tilbake til intervjuet, og for å se det hele i sammenheng. Videre trakk jeg ut gode ord og uttrykk, umiddelbar refleksjon og forslag til analyse og teori, alt dette systematisert i kolonner i skjemaet. Jeg opplevde arbeidsverktøyet som et godt hjelpemiddel i skriveprosessen av analyse og teorikapittelet. Sitatene fra informantene står i kursiv i teksten for å synliggjøre utsagnene. Denne måten og kode, systematisere og fortolke på lettet arbeidet betraktelig. En side fra analyseverktøyet ligger som vedlegg til oppgaven.

---

<sup>10</sup> Analyseverktøyet er utarbeidet av Førsteamanuensis Bennedichte Rappane Olsen ved OsloMet-Storbyuniversitetet, se vedlegg nr. 4 som viser en side i rådataene.

## KAPITTEL 4.0 FUNN OG ANALYSE

I dette kapitlet presenteres analyse av data innhentet om informantenes opplevelse av hvordan enhetlig ledelse fungerer for sykepleieledere i en søyleorganisering ved et norsk sykehus. Som beskrevet innledningsvis i kapittel 1 er søyleorganiseringen, som ble innført ved foretaket i 2009, en ny måte å organisere på. Den nye organiseringsformen innebærer blant annet at leger og sykepleiere er sidestilte ledere og begge profesjoner representerer ledelse på ulike nivåer i organisasjonen. Fordi det er en annerledes organisering enn den tradisjonelle to-delte ledelsen er det sentralt å undersøke hvordan enhetlig ledelse forstås av ledere i fire ledelsesnivåer og hvilke dilemmaer sykepleieledere opplever i de ulike ledelsesnivåene i sykepleiesøylene. Analysen deles opp i fire hovedspørsmål:

1. Hvordan forstås enhetlig ledelse av ulike ledere i et helseforetak?
2. Hvilket handlingsrom har den enkelte leder?
3. Hvordan fungerer samarbeidet mellom sykepleieledere og legeledere i nivåene både i søylen og i matrisen?
4. Hvordan begrunner sykepleielederne at dette er en god måte å lede på, hva vektlegger de som viktig?

### 4.1. Ledelse før og etter organiseringen

Før innføringen av enhetlig ledelse som modell i det sykehuset jeg har undersøkt, ble avdelingene ledet i fellesskap av en avdelingsoverlege og en oversykepleier i en flatere struktur. Flere leger arbeidet femti prosent i klinisk virksomhet og femti prosent med ledelsesoppgaver som den administrative delen av jobben. Det var en sidestilt oversykepleierfunksjon, men i realiteten fungerte oversykepleieren med overlegen som sin leder. Dette viste seg spesielt ved representasjon ettersom det var overlegen som var på de arenaene hvor beslutningene ble tatt. Den daglige ledelsen av avdelingen og personalansvaret ble overlatt til en avdelingssykepleier som ledet sengeposten og den ledelsen «satt langt nede» i organisasjonen. Det ble derfor oppfattet som enhetlig-todelt ledelse. Slik beskriver en informant sin tidligere lederrolle:

*«Jeg hadde en stilling som avdelingsoverlege som var delt med femti prosent mellom klinisk virksomhet og femti prosent administrasjon og ledelsesoppgaver, og jeg var leder for avdelingssykepleieren på sengeposten og poliklinikken».*

Informanten sier at hun hadde medarbeidersamtale med avdelingssykepleieren, men at denne igjen ledet poliklinikk og sengepost med sine ansatte. Avdelingsoverlegen og avdelingssykepleieren samarbeidet om personalsaker og hjalp hverandre når det oppstod problemer innad i de forskjellige sykepleieavdelingene. Flere av informantene beskriver hva de anser som de største forskjellene før og etter innføringen. En av de viktigste faktorene etter omorganiseringen er økt oppmerksomhet på ledelse, og en av informantene uttrykker det slik:

*«det var enhetlig to- delt og to- delt enhetlig ledelse og alt det som verserte da og sykepleielederne var ikke godt nok skolert og det var heller ikke legeledere. Det var ikke fokus nok på ledelse og utøvelse av ledelse og opplæring av ledere».*

Informanten sier videre at det var mindre oppmerksomhet på økonomi og ledelse. Etter omorganiseringen ble sykepleielederne tvunget til å ta ansvar for eget fag og egen drift. Sykepleieledere var ikke like «synlige» når det gjaldt det økonomiske ansvaret fordi det var avdelingsoverlegen som hadde ansvar for budsjettene og for den totale driften i de kliniske avdelingene. Denne måten å lede på beskrives i NOU 1997:2, side 53, som enhetlig, todelt ledelse. NOUen legger til grunn at det skal være en ansvarlig leder for organisatoriske enheter med klare ansvarslinjer (NOU 1997:2). Avdelingsoverlegen som hadde det økonomiske ansvaret var leder for avdelingssykepleieren. Avdelingssykepleieren ledet sykepleiefaget, hadde en administrativ rolle i sengeposten og sørget for den daglige driften. Sykepleieprofesjonen var underlagt legeprofesjonen og sykepleielederen hadde et uformelt ansvar for økonomi- og personaloppfølging, men det formelle ansvaret lå hos overlegen. Det kan forstås som at det var delt ledelse mellom sykepleiere og leger. En informant sier det slik: *«de (legene) ante ikke hva vi (sykepleierne)drev med og de brydde seg heller ikke»* Legene jobbet mest i klinikk og viste liten interesse for ledelse og overlot ansvaret for sykepleierfaget og personalet til avdelingssykepleieren. At avdelingsoverlegen hadde budsjettansvar for både lege- og sykepleietjenesten fikk ulike konsekvenser for sykepleierne. For eksempel for hvordan kursmidler ble fordelt i avdelingen mellom sykepleierne og legene. Det var en oppfatning blant sykepleierne av at legene prioriterte å heve sin egen faglige kompetanse og de var ikke var like opptatt av å prioritere fagutvikling for sykepleiere.

En informant mente at omorganiseringen har bidratt til at sykehuset har vært det best drevne sykehuset i landet mange år på rad, fordi *«det var ikke samme fokus på økonomi»* tidligere. Informanten er opptatt at situasjonen etter omorganiseringen er bedre og uttaler at, *«for de pengene vi får, de skal gå til flest mulig»*. Informanten beskriver hvordan fokus på

lederopplæring og oppmerksomhet rettet mot økonomi etter innføringen av enhetlig ledelse har ført til at sykehuset er godt drevet. Den største endringen etter at sykehuset innførte søyleorganiseringen med leger i en søyle og sykepleiere i en søyle er at legene ikke lenger leder sykepleierne, og at sykepleielederne på fjerde ledelsesnivå er ledet av en sykepleier. Sykepleieledere har fått ansvar for økonomi og budsjett i egen enhet. Det er gitt opplæring til ledere i budsjettprosessen og det tette samarbeid med Controller har hatt stor betydning. Slik informantene beskriver det har det åpenbart skjedd en maktforskyvning fra lege til sykepleiere fordi sykepleieledere blant annet har fått økonomiansvar for egen enhet.

I følge Byrkjeflot har den tradisjonelle innstillingen til legene vært at de vet best og må bestemme, og det er viktig at de er autonome i forholdet til pasientene. De vil lede seg selv, noe som kan knyttes til skapelsen av den medisinske autonomikultur som leder helt tilbake til den hippokratiske ed som legene den dag i dag sverger til, og de bærer selvstendighetsarven (Berg, 2010). Med innføring av ledelse som eget fag ble legenes monopol på lederstillinger utfordret av sykepleierne som begynte å interessere seg for, og skolere seg i ledelsesfaget (Byrkjeflot, 1997). Ved foretaket som jeg undersøker var det tradisjonelt legene som hadde innehatt lederstillinger i kraft av sin stilling og posisjon i det medisinske hierarkiet. Som en informant uttrykker det; *«legene vil jo ikke bli utsatt for ledelse»*. Endringen førte til at sykepleiere kunne søke på lederstillinger som tidligere hadde vært besatt av leger om for eksempel avdelingssjef og klinikkssjef. Resultatet ble sidestilte ledere blant legene og sykepleierne.

Sidestilling av leger og sykepleiere som ledere etter omorganiseringen i denne undersøkelsen samsvarer med de som fremkommer hos Skjøld Johansen. Der fremgår det blant annet at innføringen av enhetlig ledelse utløste diskusjoner om det var faglige kvalifikasjoner eller lederkvalifikasjoner man skulle legge vekt på ved ansettelse av ledere i sykehus. Det at sykepleiere, som hadde vært legenes underordnede kunne søke på de samme lederstillinger i sykehus var med på å viske ut tradisjonelle skillelinjer (Skjøld Johansen, 2009).

#### **4.1.1. Forståelse av enhetlig ledelse i foretaket etter 2009**

I kapittel 4.1.1 belyses begrepet enhetlig ledelse og hvordan enhetlig ledelse fungerer og har fungert etter 2009 i den organisasjonen jeg har studert. Jeg vil først presentere informantenes fortellinger om hvordan de forstår enhetlig ledelse.

Det gjennomgående tema hos flere av informantene er at enhetlig ledelse helt grunnleggende forstås som å ha ansvar for fag, drift og økonomi innenfor den enheten som de er satt til å lede. En informant viser til at direktøren noen år tilbake uttalte at det å lede var å se alle sider av en sak, ikke bare ha et drifts-ansvar, men også ha med det økonomiske perspektivet. Denne informanten beskriver at direktørens uttalelse samsvarer med hennes eget syn på enhetlig ledelse. Et annet sentralt aspekt ved det å lede er å se sammenhengen i alt som foregår i virksomheten. Nettopp dette med ansvar, blir vektlagt av en informant på andre ledelsesnivå slik:

*«For meg så er det egentlig ikke noe begrep. Fordi jeg tenker at er man leder så har man et ansvar, man har en myndighet og man har noen oppgaver man skal løse, ja det er ledelse og det kan bare være en leder. Du kan delegerer myndighet, du kan gi andre en oppgave og en myndighet til å utføre den, men ansvaret ligger hos den ene lederen»*

Informanten har en forståelse av at det kan bare være «en» leder som har det totale ansvaret, men myndighet og oppgaver kan delegeres til andre medarbeidere. Et eksempel kan være at hovedansvar og myndighet for drift i enheter gis til sykepleieledere og legeledere på et lavere ledelsesnivå, men det endelige ansvaret ligger hos lederen på andre ledelsesnivå eller på et høyere ledelsesnivå. En informant på fjerde nivå har denne forståelsen av enhetlig ledelse:

*«på sykehuset her så ser jeg på det som en to-delt, enhetlig ledelse med at på fjerde nivå så er det to-delt, så går det oppover, så ender det enhetlig klinikkvis. Avdelingsjefene er også delt i sykepleier, leger. Så da blir det jo annet nivå da som blir enhetlig»*

Denne beskrivelsen av enhetlig ledelse kom fra en leder på fjerde nivå, som ofte kalles mellomledernivå. Dette nivået beskrives nærmere i kapittel 2.1, Sykehusorganisasjonen. Den nevnte lederen på fjerde nivå forklarer at det er to-delt på fjerde og tredje nivå fordi man har søylene slik at man må «opp» til klinikkjefen som er på andre ledelsesnivå før det blir enhetlig ledelse. At det oppleves som to-delt ledelse tolker jeg dithen at legeledere og sykepleieledere på fjerde ledelsesnivå må komme til enighet før beslutninger fattes om oppgaver de deler mellom seg. Klinikksjefene har store klinikker som de er ledere for, og de har mange fagområder (alle søylene) og to ledelsesnivåer «under» seg. Dette er et eksempel på at avstanden til beslutningsnivået i denne organiseringen oppleves lengre enn da det var en flatere struktur. Da var beslutningsnivået på et lavere nivå, men som en informant uttrykte at den gang var det «mange legeledere og færre sykepleieledere».



En annen informant vil ikke la seg styre av begrepene:

*«Enhetlig ledelse, endringsledelse og kvalitetsledelse og mange sånne begreper da. Jeg får litt sånn utslett av det»*

Denne lederen har en praktisk tilnærming til sin lederrolle og er ikke særlig opptatt av begrepene. Lederen understreker at ledelse er å ta utgangspunkt «i selve situasjonen man er i» og sier også: «en leder må ta tak i de tingene som det er nødvendig å ta tak i for å nå de målene, og levere det som skal leveres, alt annet er underordnet»

Lederen sier videre at det å være leder betyr å se utover sin enhet og sin egen «ramme». En leder kan ikke la begrepet enhetlig ledelse være en begrensning i forhold til hva en leder må engasjere seg i dersom det er nødvendig å inngå et samarbeid med andre enheter og noen ganger «må du dele budsjettet fordi det er pasienter som går på tvers uansett».

Informantene er opptatt av ansvaret som den enkelte leder har, men de legger stor vekt på at for å få til resultater, så forutsetter det et samarbeid med andre ledere. En annen informant var opptatt av frihet til å kunne jobbe selvstendig og sier dette:

*«Jeg tenker at på mitt nivå så er det enhetlig ledelse, for jeg har delegert all makt og myndighet så lenge mitt budsjett går i havn. Jeg liker veldig godt å få lov til å jobbe så selvstendig som jeg gjør, jeg liker veldig godt og ikke ha noen som henger over meg hele tiden og det er kanskje fordi at jeg er veldig selvstendig i måten jeg jobber på. Så, ja jeg liker det godt. Jeg liker ikke når jeg får sånne som bryr seg. Jeg liker ikke det».*

Denne informanten viser at hun er trygg i sin lederrolle i det at hun gir uttrykk for at hun liker å ha ansvar og liker å lede. Hun opplever å ha fått «all makt og myndighet» og utviser stor grad av selvstendighet og er opptatt av å ha styring og kontroll gjennom å ta selvstendige beslutninger uten innblanding fra andre. Makt handler ikke bare om en eventuell innflytelse over andres meninger, holdninger og adferd, men det dreier seg også om innflytelse over beslutninger og ressurser, og for å kunne utøve innflytelse må man ha makt (Grønhaug med flere, 2011). En annen informant trekker fram ansvar:

*«For meg så handler det om at det er veldig avklart hvilket ansvarsområde du har og at du innenfor det ansvarsområdet har det fulle og hele ansvar mot neste nivå over deg».*

Denne informanten har overordnet generell forståelse for hva det innebærer å ha et definert område som hun er leder for, og også at det finnes et nivå over som hun rapporterer til. Hun sier også at det finnes en avgrensning i det neste ledelsesnivået. Ledere på fjerde nivå er altså avhengig av hvordan tredje nivå, det vil si avdelingssjefsnivåene håndterer problemstillinger som de presenterer for dem, for det er der beslutninger tas i en rekke spørsmål. Flere av informantene på fjerde nivå mener det er lang avstand opp til beslutningsnivået siden informasjon kan filtreres eller stoppes i nivået over. Det vil si en sak må gjennom to ledelsesnivåer, først til avdelingssjef og videre til klinikksjef.

En informant er inne på tanken om å ta bort et ledelsesnivå og sier dette:

*«Jeg tenker at den avdelingssjefen erstatter den “gamle oversykepleieren” Man kunne tatt bort et nivå og hva som er mest praktisk har jeg ikke reflektert så mye over, men jeg syns kanskje at det blir litt sånn, det er litt langt opp før det er en som er sjefen»*

Denne informanten sier videre «noen saker skal gå i linja» og at det kan være problematisk dersom sakene også «stoppes» i linja, altså i nivået over. For det er slik at dersom avdelingssjefsnivået ikke har myndighet til å ta en beslutning kan avdelingssjefsnivået likevel velge å stoppe saken på sitt nivå. Det er opp til avdelingssjefene å vurdere om saken skal løftes opp til det nivået som har beslutningsfullmakt.<sup>11</sup> Det kan være saker som skulle vært presentert på klinikknivå. For ledere på fjerde ledelsesnivå oppleves det langt «opp» til den som har beslutningsmyndighet og ledere på fjerde nivå har ikke «adgang» til det nivået, men må «gå i linjen». Slik jeg tolker det informantene sier er det med på å skape avstand til den som har beslutningsmyndighet og begrenser handlingsrommet. Dette kan forstås å være i strid med kravene til enhetlig ledelse som ble lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven i 1999 (Helsedepartementet 1999). Lovforslaget fastsatte at sykehusene skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivå. Det ble presisert at mye av allerede etablert lederpraksis ville kunne opprettholdes, men lovendringen innbar at i de enhetene hvor det var todelt ledelse måtte alt ansvar gis til en leder (Ot.prp. 10 1998-99 § 3-9). Det å ha ansvar for et nivå i et sykehus innebærer å ha det totale ansvar for drift, fag og økonomi i det området der saken skal løses. Informantene på det fjerde ledelsesnivået ivaretar hele ansvaret gjennom å organisere seg med en struktur som gjør at de har ansvar og kontroll over alle tre områdene og

---

<sup>11</sup> I henhold til prosedyre for Intern delegering av fullmakter i foretaket er det noen områder der det kun er klinikksjef som har fullmakt. Det er innenfor lønn, grenser for innkjøp og IKT.

opplever det som enhetlig ledelse, men med noen begrensninger som ligger inn under prosedyren for intern delegering (jfr. fotnote 1).

Mintzberg beskriver beslutninger og fordeling av beslutningsmakten på flere måter. Ved desentralisering er beslutningsmakten fordelt mellom mange nivåer eller mennesker i organisasjonen. Han skiller mellom vertikal og horisontal desentralisering av makt. Ved vertikal desentralisering blir makten til å ta beslutninger delegert i det formelle hierarkiet til leder i linjen, ved horisontal desentralisering blir beslutningsmakt for eksempel delegert til personer i stab som er utenfor den formelle linjen (Høst, 2014).

Informantene viser i sine utsagn at de har ulike oppfatninger om søyleorganiseringen og deres synspunkt løftes frem som viktige tema for dem.

## **4.2 New Public Management**

I dette avsnittet beskriver informantene Controllers betydning for ledere som en støttefunksjon på økonomi. Nye krav som har kommet med New Public Management trekkes frem og blir belyst gjennom informantenes refleksjoner og utsagn. Avslutningsvis belyses hvordan endringer i offentlig styring presenterer og vektlegger to grunnholdninger i forhold til helsevesenets oppgaver. Den ene er en økonomisk administrativ tenkning, og den andre er den medisinske logikk.

### **4.2.1 «Controller hjelper meg med alt»**

Etter at reformbølgen New Public Management (NPM) kom med sin påvirkning i helsesektoren er sykepleiere blitt «utsatt» for mål og resultatstyring. En kontrollfunksjon som flere informanter trekker frem er den Controller har. For ledere som har mange ansatte å lede, kan selv et relativt lite avvik i arbeidsutførelse resultere i store budsjettunderskudd. Det å holde kontroll med utgiftene blir derfor en viktig oppgave. Controllerens støttefunksjon er helt sentral i denne sammenhengen. Ledere ved foretaket signerer hvert år forpliktende lederavtaler. Avtalen forplikter blant annet lederen til å avgi månedlige rapporteringer på indikatorer i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet, arbeidsmiljølovbrudd, sykefravær og økonomi. Likeledes måles det om det er avvik i forhold til budsjettet. Budsjettet er begrenset innenfor en ramme som fordeles klinikkvis etter en endelig beslutning i direktørens ledergruppe i den årlige budsjettprosessen. Budsjettet gir både muligheter og begrensninger i forhold til hva den enkelte leder kan få til. Det er ulike aktører som bidrar til å få budsjettet til

å gå i balanse. Klinikkenes Controller har en sentral rådgivende og støttende funksjon for ledere i forhold til å veilede i budsjettprosessen. En av informantene fortalte om et tett og godt samarbeid med avdelingens Controller. Controller er vanligvis økonomer med videreutdanning. Høgskolen i Hedmark som har et årsstudium for Controller beskriver controllerens rolle slik:

*En Controller skal sørge for at virksomhetens økonomiske muligheter ivaretas på en effektiv måte når det gjelder ressurser, kostnader og inntekter, ved å sammenstille og analysere budsjetter og rapporter og følge opp lønnsomheten. Controller skal bidra til at økonomistyringen er tilpasset foretakets mål og støtte (fremskaffe beslutningsgrunnlag) i beslutningsprosessen.<sup>12</sup>*

Funksjonen som Controller har på alle nivåer i organisasjonen, kan sees i sammenheng med den innflytelsen som New Public Management har hatt i norsk helsevesen siden helseforetaksloven ble innført. I offentlig sektor har det vært et økt press på lederes evne til å vise effektiv måloppnåelse. Det dreier seg blant annet om at ledere skal ha totalansvar i forhold til budsjett og at det er stor tro på en sterk og profesjonell leder og en utvikling av ledelse som eget fag (Lian, 2007). Som denne informanten bekrefter:

*«I forhold til økonomi så er det mitt hovedansvar å holde oversikten i forhold til driften. Jeg følger hele tiden med på belegg, gjennomsnittsbelegg og type pasienter vi har, sånn at jeg kan forklare et eventuelt overforbruk til nærmeste leder og Controller»*

Informanten viser at hun har et godt grep om sine ansvarsområder og holder kontroll over driften og pasientbelegget. Hun fortalte videre at en viktig del av jobben var å sørge for å ha riktig kompetanse i forhold til pasientbelegget til enhver tid og at det til tider kunne være kritisk å skaffe til veie den kompetansen når det var lite tilgjengelige ressurser, som igjen kunne føre til dyre løsninger som doble vakter eller innleie fra eksterne byråer.

En annen informant fremhever betydningen av å ha en god relasjon til Controller:

*«Avdelingen har den mest fantastiske Controller som finnes på hele sykehuset og som hjelper meg med alt. Jeg kan bare ringe til Controller og si at; nå føler jeg at jeg har mistet litt oversikt. Kan du komme til meg og at vi går igjennom og sånn. Jeg får hjelp med en gang og det som er så bra er at Controller er opptatt av både kompetanse og kvalitet».*

---

<sup>12</sup>Om begrepet Controller. Lastet ned fra internett 09.08.17 <https://hihm.no/content/view/full/41948>

Denne informanten fremhever Controllers rolle. Controller oppleves å være en god lederstøtte i forhold til balansert målstyring og gir lederen veiledning i forhold til hvordan hun kan skape handlingsrommet i budsjettet i forhold til strategier og planer i egen enhet. Informanten fremhever at Controller er opptatt av at det må være riktig kompetanse i seksjonen for å sikre kvalitet i arbeidet med pasientene og at det er tema i samtalene hun har med Controller. Andre oppgaver er å definere målområder, både på kort og lang sikt. Målene skal danne utgangspunktet for årlige handlingsplaner og budsjettprosessen samt oppfølgingen av målene gjennom året. Måten oppfølgingen blir gjennomført på, er avgjørende for resultatoppnåelsen på sikt og ikke minst læringen for de ledere og medarbeidere som er involvert. Det er en viktig prosess for å gi innsikt i avdelingens økonomi og dermed øke forståelsen.

*«altså en ting er å signere på lederavtalen, men den dialogen som er rundt det er utrolig viktig for at vi skal forstå hele gangen i delegering av fullmakt og det ansvar man har og den verktøykassa du sitter med, og det at ledere et tålmodige og gjør dette år etter år med sine ledere igjen. De har en egen runde når det kommer nye ledere, jeg tror at det er det som er løsningen på dette».*

Sitatet viser at samarbeidet rundt inngåelse av lederavtalen er et årlig arbeid som er tidkrevende, ikke minst for nye ledere. Det er gjennom denne avtalen ledere blir bevisst de konkrete oppgavene som vedkomne blir målt i forhold til. Det viser også at ledere blir kontrollert og fulgt opp av nivåene over. Flere av informantene på fjerde nivå opptatt av at det til tider kan være krevende å holde seg innenfor den økonomiske rammen. Samtidig møter de forståelse hos nærmeste leder i nivået over dersom begrunnelsen er god for at det oppstår en «budsjettsprekke». Oftest er det selve driftsituasjonen som er årsaken, som for eksempel mangel på kvalifisert personell på grunn av akutt sykefravær, eller det kan være en særlig ressurskrevende pasient som krever fastvakt over tid. Lederen må da gå i dialog med sin leder igjen for å finne nye tiltak i eget budsjett for å nå målene i lederavtalen. Det kommer ikke «friske» penger automatisk for å dekke budsjettsprekken. Ifølge informanten kan det oppleves utfordrende. Sykepleielederne beskriver likevel at deres største oppgave er å gi faglig forsvarlige tjenester overfor pasientene og derfor er den daglige kontakten med fagpersonene som jobber klinisk med pasientene svært viktig.

På mange måter er fagpersonene nøkkelpersoner i organisasjonen på grunn av deres faglige autonomi, profesjonsspesifikke kunnskaper og ferdigheter, og de må være med når målene for driften settes, slik Høst poengterer (Høst, 2014).

#### 4.2.2 «nye ord og uttrykk har invadert faget»

Med NPM i helsesektoren kom det begreper som er «nye» for mange av lederne og som hører til innenfor området økonomi og marked og som stammer fra private virksomheter (Mo, 2006). Begreper som konkurranseutsetting, brukerorientering, kostnadskontroll, kostnadseffektivitet, profesjonell styring og ledelse (Christensen og Lægreid i Johansen, 2009).

Jeg har funnet liknende begreper som flere informanter på fjerde nivå viser til. Eksempler på nye begreper er logistikk og pasientflyt, og at pasientene skal føres sømløst gjennom organisasjonen. Et annet eksempel er rapportering, som en leder nevner. Det at alle får en bestilling i lederavtalen på noen indikatorer som det skal rapporteres på, det vil si sammenstilling av data som hentes ut av systemer. Slike indikatorer kan være sykefravær eller budsjett. En informant never tidsbruken, og at selve rapporteringen ikke tar så mye tid når man har lært seg systemet. Det som tar tid er arbeidet rundt budsjettprosessen og sykefraværsoppfølgingen. En informant fortalte at begrepet satelittpasient plutselig var der. Med begrepet menes en pasient som må ligge på en annen avdeling på grunn av plassmangel enn den avdelingen pasienten skulle ligget på, i forhold til diagnosen. Begrepet fører til en usynliggjøring av pasienten i og med at man kalles en satellitt på «nn» avdeling og ikke «fru Hansen» på «nn» avdeling.

Et ukjent språk og ord som produktivitet og effektivitet i sykehusene er ikke alltid er like lett å oversette fra de som legger strategiene og som har innført begrepene, og til de som skal utføre pasientbehandlingen. En leder beskrev det slik:

*«Jeg tror nok alle har forstått sånn overordnet hva som ligger i begrepene produktivitet og effektivitet, og så tror jeg nok noen har et anstrengt forhold til de begrepene i den forstand at skal man være, de som er mest produktive er de som springer fortest. Eller for å være effektiv så må man liksom fly fra sted til sted og aldri spist lunsj og aldri fått vært på do, at det er effektivitet. I mitt hode er jo det en misforståelse, men hvis alt annet er optimalt så blir du jo mer effektiv. Vi har veldig mye mer å tjene på å gjøre dette i riktig rekkefølge og riktig første gangen».*

Denne informanten sier videre at hun blir veldig irritert når andre ledere eller ansatte sier “*vi har skjært til beinet og brukt ostepøvel*”. Hun beskriver dette som bortforklaringer som gjør at de ansatte eller lederne ikke vil se hele bildet som både denne informanten og andre beskriver hverdagen sin som; at de må springe fortere. Det handler dermed ikke om ikke om det, men heller at det er andre forutsetninger og rammebetingelser, som for eksempel å bruke ressursene riktig som gjør at alle kan jobbe mer effektivt, det er ikke at sykepleierne selv skal gå raskere. En annen informant sier at kostnadseffektivitet ofte knyttes til fleksibilitet, men begrepet fleksibilitet har en begrenset verdi fordi at for å lykkes med fleksibilitet så må det være en kontinuitet. Noen må stå for det kontinuerlige på et arbeidssted, som har erfaring og kunnskap. For å ivareta kvalitet må det være kontinuitet. Informanten sier dette om kostnadseffektivitet:

*«Kostnadseffektivitet for meg er veldig det tverrfaglige samarbeidet for der løser vi mye og kan jobbe mye mer rasjonelt, hvis du ikke har kunnskap om hele sløyfa, så er det vanskelig å få til kostnadseffektivitet»*

Det er et eksempel på at det er nødvendig med samarbeid, koordinering og kunnskap om hele pasientforløpet når pasientene beveger seg i nivåene og på tvers mellom seksjoner og avdelinger.

I følge en informant er omstilling blitt en del av hverdagen fordi ledere er utfordret på å være innovative og tenke nytt for å få til en enda mer effektiv drift (mer helse for pengene). Det er oppmerksomhet rettet mot å ha kunnskap, oversikt og kontroll over budsjettet i egen enhet. Denne kunnskapen må læres og forstås og det har ført til et tett samarbeid mellom ledere og Controller. En informant peker på at det har tatt tid å venne seg til begrepene effektivitet og kostnadskontroll og hun opplever at de «*konkurrerer* og utfordrer», verdiene som vi er opplært til i sykepleien. Det kan forstås som om NPM logikken har invadert faget.

Nordby, men også Lian, Llewellyn, Grund, og Døving med flere beskriver hvordan endringer i offentlig styring presenterer og vektlegger to grunnholdninger. Den ene er en økonomisk administrativ tenkning, og den andre er den medisinske logikk. Det kan oppfattes som en motsetning mellom grunnholdningene for hva som bør være normer for at pasientbehandling skal være effektiv. Sykepleiere og leger er opptatt av god behandling og har myke begreper som omtanke og omsorg, mens økonomene er opptatt av ressurser og målbare resultater.

Ledere i helsevesenet opplever at de står i et krysspress mellom effektivitet og resultatmål og grunnleggende verdier i forhold til pasientinteraksjonen (Norby, 2009).

En informant uttrykte at det er opp til alle ledere om «*de tar det handlingsrommet*», noe som blir satt søkelys på i kapitteldelen som følger.

#### **4.2.3 Handlingsfrihet eller detaljstyring mellom nivåene**

Handlingsrommet, slik det beskrives i kapittel 2.3, bestemmes ut i fra lederes kunnskap, tilgang til informasjon og herredømme over økonomiske midler. Det er ulikt hvordan ledere oppfatter handlingsrommet sitt, men en hypotese er at ledere i stor grad selv kan organisere og prioritere sine oppgaver og slippe detaljstyring så lenge de kan vise til kvalitetsmessige og kostnadseffektive resultater (Strand, 2007).

Noen av informantene har noen erfaringer i organisasjonen med svært begrensede handlingsrom. Denne kapitteldelen tar for seg de konsekvensene det kan få.

*«Jeg har egentlig bare ressurser som gjelder for legedelen av oppgavene, men for å gjennomføre oppdraget så skal du jo egentlig ha råderett over sykepleierne og de andre også»*

Dette sier en legeleder som opplever en begrensning i sitt handlingsrom. Hun sier videre at denne måten å lede på ikke helt passer med den ideelle enhetlige ledelsestankegangen, men at oppfatningen i denne organisasjonen er at «du leder faget». Informanten sier videre at denne måte å lede på fungerer greit fordi vi har gode samarbeidsarenaer med de andre profesjonene. Dette er et eksempel på at organisasjonsmodellen er avhengig av at samarbeidet fungerer.

Handlingsrommet begrenses desto lengre ned i hierarkiet en leder befinner seg og en leder på fjerde ledelsesnivå beskriver hvordan hun opplever å bli overstyrt, og hvordan hun håndterer det:

*«Beslutninger jeg ikke er enig i er kjempevanskelig, det kan jeg skrive under på. Jeg føyer meg i rekka, jeg kan bli forbanna og sint, men hva er det vi gjør da? Det hjelper ikke å lage hverdagen for de andre «møkkasær». Da må jeg ut å skape energi, og jeg har masse energi og det tror jeg smitter også. Jeg er glad og blid og det tror jeg har mye å si».*

Denne informanten beskriver at hun arbeider mye med sine ansatte i forhold til å skape en fellesskapsfølelse. Hun vektlegger lojalitet og at lojaliteten må være knyttet til hvordan hun



forholder seg til beslutninger som tas utenfor hennes egen myndighet, men som kan få konsekvenser for både henne selv og de andre ansatte.

Dette sitatet er et eksempel på hvordan en leder er lojal mot beslutninger som blir tatt i et ledelsesnivå over, hvor hun ikke har beslutningsmyndighet. Hun viser hvordan hun løser dilemmaet hun får i forhold til sine ansatte som har en forventning om at hun skal være lojal overfor dem og ivareta deres ønsker. Det er slik det blir beskrevet i Høst (2014), den overordnede ledelsen forventer at lederen er lojal og iverksetter og ivaretar den overordnede ledelsens beslutninger. De ansatte på sin side forventer at ledere skal være “en av dem” og ivareta deres interesser (Høst, 2014).

Sykepleieledere er opptatt av å ha et høyt faglig nivå i forhold kvalitet og pasientsikkerhet noe som belyses i det neste avsnittet.

#### **4.2.4 Fag og kvalitetsforbedring**

Det er etablert formelle linjer som skal ivareta kvaliteten i hele organisasjonen. En informant beskriver etablerte arenaer på ulike nivåer i organisasjonen hvor kvalitet rapporteres og kontrolleres slik:

*«Vi har jo de formelle linjene, kvalitetsgrupper på seksjonsnivå, kvalitetsråd på avdelingsnivå til slutt opp til klinikkjefens kvalitetsutvalg».*

Informanten beskriver strukturen og at det også er et hovedkvalitetsutvalg med pasientsikkerhetsutvalg på foretaksnivå. I tillegg finnes det en egen enhet for kvalitet som fungerer som en støttefunksjon sentralt i å overvåke kvaliteten i arbeidet. Det er for øvrig sykepleiere som er kvalitetsrådgivere på tredje og andre ledelsesnivå. Dette er i tråd med Spesialisthelsetjenestelovens krav i § 3-4 a. Der heter det blant annet at: «Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet». Dette vektlegges også i ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1. januar 2017, som erstatter internkontrollforskriften (lovdata.no)<sup>13</sup>. Forskriften forsterker kravene til ledelse og styringssystem, den skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og den skal også bidra til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Meld. St.13, 2016-2017). Sykepleieledere er i tillegg til det foran nevnte regelverket

---

<sup>13</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

forpliktet i lederavtalen til å være opptatt av at det må pågå en kontinuerlig kvalitetsforbedring i seksjonene og at pasientsikkerhet har stor oppmerksomhet, noe en informant beskriver slik:

*«Når du tenker at sengepostdriften for en stor del er sykepleietjeneste, så er det veldig viktig at de har fokus på eget fag, finner forbedringsområder i eget fag, har system for å utvikle eget fag og personalet som skal utføre det faget. Du får en bedre konsentrasjon og en større ansvarlighet med en faglig linjeledelse».*

Slik jeg tolker denne lederen, er hun opptatt av at det er større ansvarlighet i forhold til utvikling av sykepleiefaget når sykepleiere får lede sitt eget fag. En informant fra tredje nivå forteller at det er en representant fra kvalitetsenheten i avdelingens kvalitetsutvalg. Kvalitetsenheten gir god støtte ved utarbeidelse av retningslinjer og prosedyrer i sykehuset. Informanten forteller videre at mye av kvalitetsarbeidet i seksjonene handler om avviksbehandling. Formålet er at det skal være en læringsprosess for å hindre at avvik skal skje igjen.

Innføringen av pakkeforløpene til kreftpasientene er et krav fra helsemyndighetene. I følge Nasjonal helse- og sykehusplan, 2016-2019 er pakkeforløp et standardisert pasientforløp som omfatter hele forløpet fra henvisning til spesialisthelsetjenesten til oppfølging og kontroller. Målet med pakkeforløp for kreft er å bidra til rask diagnostikk og behandling. I løpet av 2015 ble det innført 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft, Meld. St.11 (2012-2016). En informant på strategisk nivå er opptatt av pakkeforløpene og hvilke krav de stiller til ledere.

*«Det som kanskje truer mest da, men altså er en utfordring. Det er jo mer forløp, mer teamarbeid, tverrfaglighet vi trenger så får du jo enten valget mellom å ha en søyleorganisering som er hierarkisk og vertikal, og den horisontale organiseringen, og vi har hatt mange diskusjoner her hos oss»*

I følge informanten stiller pakkeforløpene for kreft større krav til bedre samarbeid og samhandling om pasienten på tvers i organisasjonen. En leder forteller at ledere får opplæring i forhold til å utvikle kunnskap om pasientforløp. Det er med på å styrke kvalitetsarbeidet i seksjonene, og som en informant uttrykte det: *«det er mitt ansvar at dette fungerer»* Slik blir det synlig at ansvaret er forankret hos ledelsen slik det også vektlegges i den forannevnte

forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. En informant på øverste ledelsesnivå beskriver at alt de gjør er til pasientenes beste og at utgangspunktet for alt arbeid er pasientsikkerhet og kvalitet. Pasientene beveger seg på tvers i organisasjonen, og for å sikre kvalitet i pasientforløpene, må samarbeidet «rundt» pasientene fungere. Det kan utgjøre en risiko for pasientene dersom det ikke er god kvalitet i pasientforløpet. I følge informanten har det vært mange konstruktive diskusjoner i ledergruppa i forhold til samarbeid på tvers mellom søylene, både med leder for legetjenesten, Controller, leder for sykepleietjenesten og for kontortjenesten. Hun vektlegger den positive oppmerksomheten lederteamet på klinikknivå har med tanke på å forankre et godt samarbeid også nedover i søylene. Informanten påpeker at det er en forutsetning for at pasientforløpene fungerer. Dette er et eksempel på at det er oppmerksomhet rettet mot å sikre kvalitet i pasientforløpene, og at det er et ansvar som hører til hos ledere i alle nivåer i organisasjonen. Slik jeg tolker det, er det en økt kunnskap om pasientforløp. Det er opprettet stillinger for pasientkoordinatorer, men de har ikke instruksjonsmyndighet og det kan utgjøre en risiko for pasienten. Det kan være behov for «pakkeforløpsledere» eller at de som koordinerer pakkeforløpene får instruksjonsmyndighet for å kunne bevege pasienten på tvers i organisasjonene. Det vil i så fall føre til at det etableres et nytt ledelsesnivå eller et nytt område med beslutningsmyndighet.

Det er ikke bare ledere som må samarbeide for å sikre kvalitet i pasientforløpet, men også fagpersonene som jobber har ansvar for pasientene. En informant forteller at det er krevende å ha oversikt over alle ansatte når man har mange å lede. Da er det viktig med fungerende fagteam i alle nivåer.

*«Noen har opptil 80 ansatte under seg og det er klart at det som er det viktige er at de som skal lede disse menneskene, ledergruppa, at de er et team. At de er samsnakka, at også seksjonene på samme nivå er samsnakka fordi det er for mye for en person, altså uansett så må de samarbeide om pasientforløpene. Det er veldig viktig med teamet, for du klarer det ikke alene».*

Her fremhever lederen at koordinering av teamarbeidet er viktig i nivåene i organisasjonen og sier videre at for å utvikle velfungerende fagteam rundt pasientene og i pasientforløpene må man ha forstått at oppdraget er et felles anliggende og at «enhver kan ikke kjøre sitt løp» Teamet er ikke sterkere enn det svakeste leddet, og et svakt ledd kan utgjøre en risiko for pasientene som beveger seg på tvers i organisasjonen. Pakkeforløpene stiller krav til god

utnyttelse av kompetanse og ressurser i sykehuset blant annet for å sikre pasientene helhet, kvalitet og sammenheng. Det har vært diskusjoner på det strategiske nivået i forhold til om søyleorganiseringen ivaretar dette eller om sykehuset skal ha en matriseorganisering.

Økonomien kan bli utfordret, for eksempel når det kommer pasienter som er mer ressurskrevende. En informant forteller at de har en minimumsbemanning, men at det noen ganger kreves det mer, avhengig av om det er en ekstra ressurskrevende pasient, eller om det er behov for mye utstyr. Dette blir vurdert i hvert enkelt tilfelle. Hele tiden gjøres det vurderinger som: Hva kan vi klare oss med? Hvordan er kompetansen? Er det noen nye sykepleiere som trenger opplæring? Hvordan er kompetansesammensetningen i avdelingen på den enkelte vakt? Hun beskriver at hun har noe handlingsrom i budsjettet. Dette er et eksempel på at sykepleieledere må håndtere ulike dilemmaer og må gjøre prioriteringer i forhold til budsjett og kvalitet og informanten sier også:

*«Kvalitet og pasientsikkerhet står over økonomi». Hvis vi ikke kan håndtere oppgavene våre så går det ikke, vi må kunne håndtere de, og det hele tiden er en vurdering».*

Pasientene kommer i første rekke, og informanten understreker at det er hennes oppgave å sørge for at det er nok personell med den riktige kompetansen i denne enheten til å håndtere alle oppgavene som pasientene trenger. I henhold til foretakets kvalitetsstrategi 2011-2015 har alle ledere ansvar for pasientsikkerhet og kvalitet, og gis myndighet til å følge opp dette ansvaret gjennom lederavtalene. For at foretaksledelsen skal kunne ivareta sitt ansvar, er det vesentlig at kvalitetsstrategi og kvalitetsplaner sikrer enhetlig praksis og rutiner, og at kompetanse ett sted i organisasjonen, brukes på tvers.<sup>14</sup> Flere av lederende på fjerde nivå er opptatt av at det er sammenheng mellom kompetanse og kvalitet og en sier følgende om verdien i å ha stabilt personell:

*«Jeg ønsker å ha faste ansatte her i større grad, det gjør noe med kompetansen og kvaliteten. Det gjør noe med de ansatte her og ikke stadig å ha nye og lære opp. Det gjør noe med arbeidsmiljøet og driften generelt»*

Denne informanten hevder at det er kostnadseffektivt med stabilt personell. Det er dyrt med høy turnover fordi rekruttering og ansettelsesprosessen er tidkrevende og kostnadsdrivende.

---

<sup>14</sup> Sykehusets kvalitetsstrategi 2011-2015

Når nye stadig må læres opp tar det tid fra leder og personalet som kunne brukt tiden til pasientene og fagutvikling i stedet. Hun trekker også inn arbeidsmiljøperspektivet. Sykepleiere som har erfaring har opparbeidet seg kompetanse innenfor fagfeltet og er tryggere i sin rolle. De er mer fleksible og lette og «å bruke» til komplekse pasienter. Slik jeg tolker det viser lederen stor ansvarlighet i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet, og i forhold til kostnader rundt rekruttering i tillegg til at det er lønnsomt med stabilt personell, både faglig og økonomisk. Sykepleielederen bruker her en profesjonsfaglig logikk- tenkning, og ikke NPM – der billigste «stykkpris» vanligvis skal brukes. En informant sier dette om kvalitet knyttet opp mot fleksibilitet:

*«For å få til fleksibilitet så må vi ha en kontinuitet, noen må stå for det kontinuerlige på et arbeidssted, noen som har dybdeinnsikten og som har den dybdekunnskapen og så må det personalet som egner seg til å være fleksible få lov til å være det og stimulere til det, det er viktig. De greier ikke å ivareta kvalitet hvis de ikke møter kontinuitet»*

Denne informanteten trekker frem kunnskap og kontinuitet som sentrale verdier for å ivareta kvalitet. Hun differensierer mellom sykepleiere som er fleksible og de som ikke er så fleksible. Hun sier videre at man ikke kan forvente at alle er like fleksible, at det er personavhengig. Hun viser som leder innsikt i forskjellige mennesketyper hun som leder må forholde seg til, og hvordan hun best forholder seg til dem for å oppnå effektivitet. Lovgivning stiller krav til det enkelte helsepersonell om forsvarlig yrkesutøvelse jf. Helsepersonelloven § 4.1 og 2 ledd.<sup>15</sup> Loven stiller også krav til at virksomheten organiserer arbeidet slik at helsepersonell er i stand til å utføre sine lovpålagte plikter jf. Helsepersonelloven § 16.1. Det er hele tiden en utvikling av ny kunnskap, nytt utstyr og nye medikamenter. For å beholde og videreutvikle kunnskaper og verdigheter har sykepleiere stort behov for tid til fagutvikling og en leder uttrykte det slik:

*«Vi kan ha flere slike fora der kvalitet diskuteres, hvor sykepleietjenesten har sine kvalitetsgrupper»*

---

<sup>15</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Denne lederen legger vekt på at det gjøres mye forbedringsarbeid i seksjonen og at det i tillegg er et styringskrav at man til enhver tid holder seg ajour med ny kunnskap. Det er derfor viktig med arenaer for faglig oppdatering, læring, og til refleksjon. Sengepostdriftene består for en stor del av sykepleiere og informanten understreker nødvendigheten av at de har fokus på eget fag, at de identifiserer risikoområder innen egen enhet og har system for å heve kvaliteten gjennom å utvikle eget fag.

Et av de områdene som vektlegges i NPM er samarbeid i organisasjonen. I det neste avsnittet vil jeg presentere informantenes fortellinger om samarbeidet mellom fagpersonene i de ulike nivåene i søylene og i overgangene på tvers mellom søylene.

#### **4.4 Samarbeid på tvers mellom søylene**

I og med at pasientbehandling foregår mellom flere avdelinger må en god del oppgaver planlegges og løses av ledere i samarbeid mellom nivåene og på tvers av søylene. Informantene er opptatt av ansvar og beslutningsmyndighet.

Slik organisasjonsmodellen er, stiller den krav til samarbeid om pasienten på tvers av søylene og samarbeid mellom nivåene. Det forutsetter at alle har samme forståelse for modellen og er innstilt på å samarbeide. Det utfordrer i særlig grad de helsefaglige profesjonene som har tradisjon for å jobbe selvstendig da det å jobbe i team er lite vektlagt i utdanningene.

En informant i sykepleiersøylen beskriver samarbeidet med legesøylene som godt. Informanten fremhever at *«det er jo veldig viktig at vi ikke sitter i hver vår søyle og drifter hvert vårt»*. Sykepleieledere og legeledere i hver sin søyle har ansvar for sine egne budsjetter og de er avhengige av et godt samarbeid om pasientene i forhold til det faglige og drift. Formelt sett er det enhetlig ledelse i den enkelte søyle, men beslutningslinjene krysses fordi lederne i begge søylene har ansvaret for pasientene sammen. Det er derfor etablert tverrfaglige møter i flere seksjoner hvor faget blir diskutert. Hyppigheten av møtene og hvordan de er organisert, er noe forskjellig, og det vil fremkomme i de neste avsnittene. Informantene opptatt av samarbeid mellom nivåene og på tvers i organisasjonen og hvilken betydning samarbeid har for enhetlig ledelse. Videre i kapitlet belyses hvilken betydning makt, ansvar og handlingsrom har i ledelse. Informantene er opptatt av hvordan fag, kvalitet, pasientsikkerhet og økonomi vektlegges når faglige dilemma oppstår.

#### 4.4.1 Ledermøtenes betydning for samarbeid

En informant beskriver andre ledelsesnivå hvor det er etablert ledergruppe som består av avdelingssjefene for søylene, ledet av klinikksjef. Det er i ledergruppemøtene mellom de ulike søylene det overordnede tverrfaglige samarbeidet mellom søylene er etablert. En av informantene beskriver den arenaen som et viktig styringsinstrument for dette nivået og disse møtene beskrives som viktige da dette er arenaen der strategiske planer legges. Denne arenaen for tverrfaglig samarbeid kalles henholdsvis driftsråd i den ene klinikken og ledergruppemøte i den andre klinikken og en informant understreker at:

*«Samarbeid prøver vi å stimulere til blant annet gjennom de ukentlige ledermøtene, at (fagpersoner fra) de ulike søylene skal sitte sammen og få innblikk i utfordringer hos hverandre»*

Slik jeg tolker det har den strategiske ledelsen lagt opp til forholdsvis hyppige møter rundt den løpende driften for at ledere på dette nivået kan samarbeide om utfordringsbildet i klinikkene, der de kan vurdere å gjøre justeringer og tiltak. Gjennom dette kan de forebygge kriser og ha større kontroll med økonomi og kvalitet på tjenestene.

*«Ambisjonen min er at vi skal komme dit hen at vi ikke bare er en ledergruppe, men at vi faktisk er et team som jobber sammen og der føler jeg vi er på vei»*

Det er etablert et mer prinsipielt samarbeid, som synes å fungere, men når man nærmer seg driften og pasientene, og da spesielt på tvers mellom søylene, er det mangler ved denne organiseringsformen. Informanten har likevel en optimistisk forventning til at ledergruppen hun er en del av skal fungere som et team.

#### 4.4.2 Å vinne diskusjonen

En informant sier det har vært diskusjoner om i hvilke sammenhenger det er behov for mer samarbeid på tvers. En av informantene uttrykker det slik:

*« ...men denne organisasjonen er ikke moden til å forlate en sånn veldig klar søyleorganisert måte å drifte på. Men så må vi utfordre hverandre på det å jobbe på tvers gjennom pasientforløpene. Da får vi til gode pasientforløp så har vi plutselig en matriseorganisasjon som fungerer godt i søylene på tvers».*

Informanten mener bestemt at denne organiseringen bør fungere og sier følgende:

*«Uansett på ett eller annet sted så må denne organisasjonen make å fungere på tvers».*

Sitatet kan tolkes dithen at det det er utfordringer knyttet til det å få samarbeidet på tvers til å fungere. En annen informant på fjerde nivå er opptatt av at det i noen situasjoner der det kreves samarbeid, vil være behov for en samlende leder som koordinerer og har myndighet til å ta en endelig beslutning. Lederen uttaler det slik:

*«Jeg synes det er litt uklart hvem som skal ha det totale ansvaret, vi skal jo løse det på vårt nivå, men hvem er det som til slutt sitter igjen med ansvaret? Og det synes jeg er litt rart, men det er også noe med sånn likestilt da, hvem er det som egentlig er sjefen? Vi er jo like på samme nivå. Jeg synes det er litt rart. Men samtidig så tror jeg ikke det hadde vært bedre hvis vi... jeg vil jo ikke at overlegen skal være sjefen min heller».*

Hos denne sykepleielederen synliggjøres usikkerhet over hvem det er som har det endelige ansvaret, og det stilles spørsmål ved hvem som egentlig er sjefen. Det virker som det er uklart hvem som kan fatte beslutninger. Denne sykepleielederen er likevel klar på at hun ikke ønsker å bli ledet av overlegen på samme nivå.

Hun beskriver videre at hun *«har den beste jobben i hele verden»* og sier at hun opplever å få styre *«hele kongeriket»*.

Det kan virke som hennes egen forståelse er at hun har alle fullmakter som hun trenger bortsett fra to områder. Det er fullmakt til å gjøre store innkjøp og til å gi lønnsøkning til sine ansatte. Hun beskriver det siste som et mindre problem da det tilhører lønnsoppgjørene og er en egen prosess. Det har likevel vært tilfeller hvor hun gjerne skulle gitt litt ekstra til noen som fortjener det. I slike tilfeller opplever hun en begrensning i handlingsrommet da denne fullmakten mangler. Den fullmakten ligger i nivåene over. Når det gjelder enhetlig ledelse knyttet til beslutninger sier en annen leder:

*«Enhetlig ledelse det er vel dette med disse søylene, for jeg har ansvar for hele sykepleieavdelingen, overlegen har medisinske fag. At vi, vi er likeverdige ved siden av hverandre, ... og det som er vanskelig er hvem som skal vinne diskusjonen»*

Denne informanten beskriver utfordringene når sykepleiere og leger er likeverdig ledere i hver sin søyle og må bli enige om en sak. Da kan det bli diskusjoner om hvem som skal ha det endelige ansvaret på tvers av søylene og hvem som skal bestemme fordi man ikke har beslutningsmyndighet i den andres søyle. Informanten beskriver beslutninger om tverrfaglige møter og råd som det skal kalles inn til, og omstillingsprosesser i forhold til drift som har



betydning for begge søylene. Dette er eksempler på utfordrende prosesser som oppstår i denne organiseringen. Sykepleielederen er bemyndiget til å styre egen avdeling, men når beslutninger skal tas på tvers av søylene og det oppstår diskusjoner er det uklart hvem som kan ta den endelige beslutningen. Slik jeg tolker det krever organiseringen samhandlingskompetanse og at ledere er villig til å avgi autonomi, noe som ledere i begge søylene blir utfordret på. Dersom dette ikke fungerer kan det hemme det tverrfaglige samarbeidet. Galvin og Erdal viser til, at for å sikre kvalitet i det tverrfaglige samarbeidet på tvers av faggransene, er det av betydning for samarbeidsstrukturen at det er et forpliktende samarbeid på alle nivåer i organisasjonen (Galvin og Erdal, 2010). Årsakene til at det er utfordrende å avgi autonomi kan være at lederne fra ulike profesjoner ser ulikt faglig på tingene, men det kan også skyldes maktforhold. Et viktig moment for å avgi autonomi er at profesjonene kjenner til kompetansen hos hverandre. Det kan handle om gjensidig respekt for fagene eller det kan handle om manglene ferdigheter i tverrfaglig samarbeid. Galvin og Erdal viser til forankring hos ledelsen som et av suksesskriteriene for tverrfaglig samarbeid for at samarbeidet ikke skal avhenge av enkeltpersoner. Å bli pålagt å samarbeide kan virke hemmende på samarbeid, likedan virker ulik fagbakgrunn hemmende, og at aktørene ikke ser noen gevinst (Galvin og Erdal, 2010). Det er da diskusjonene kommer, når dette ikke fungerer.

Informantene opplever at de har ansvar, men at det er noe uklart hvem som har beslutningsmyndighet når avgjørelser skal tas på tvers i organisasjonen. I den foreliggende studien fremkommer det at en kjent måte å løse avgjørelser som ideelt sett burde løst i tverrfaglig samarbeidet, er at en av partene «vinner diskusjonen». Å vinne diskusjonen blir arbeidsformen i stedet for å avgi autonomi og inngå i et tverrfaglig samarbeid der ledere fra begge profesjoner kommer frem til løsninger i enkeltsaker basert på jevnbyrdig dialog. Grimen beskriver at profesjonsutøvere vektlegger i stor grad å kunne ta autonome avgjørelser og er dermed vanskeligere å styre. Det eneste som kan styre dem er et byråkrati som gjennom regler kan kontrollere og sette individ under tvang (Grimen i Molander, 2013). I følge Galvin og Erdal er det i tverrfaglig samarbeid avgjørende at aktørene har fagkompetanse, men også en felles kompetanse i et felles verdigrunnlag, slik at alle får en felles forståelse for at samarbeidet er viktig (Galvin og Erdal, 2010).

Det kan også handle om demarkasjon som beskriver hvordan en profesjon trekker opp en grense mot andre yrkesgrupper og skaper et hierarki (Døving m.fl. 2016). Slik jeg har

analysert data ser vi at makten er ubalansert i organisasjonen og kan bli utfordret dersom de ulike lederne ikke samarbeider godt. Dilemma oppstår når beslutninger skal tas mellom søylene og det ikke er tydelig hvem som har ansvar. I følge Galvin og Erdal må myndighet delegeres og det må avgis autonomi i forhold til felles ledelse og beslutninger, også når det gjelder økonomi (Galvin og Erdal, 2010).

#### 4.4.3 Om å kombinere fag og ledelse

Etter omorganiseringen har de fleste legeledere på fjerde nivå femti prosent klinisk arbeid og femti prosent ledelsesoppgaver. En informant forklarte det slik, at siden legene har færre personer å være leder for gir det dem meget god anledning til å jobbe med faget. En annen informant, som er lege, forteller at under tiden som avdelingssjef, forlangte hun en avtale om å jobbe en dag klinisk hver uke. Hun forklarer at et viktig poeng at «*det er kjempemoro å være doktor*» men også opprettholde kontakten med fagmiljøet og ikke blir en distansert leder. Hun opplevde at det fungerte fint å kombinere disse to logikkene. Dette er et godt eksempel på at legeledere har bedre tid til å holde seg faglig oppdatert, men det er et større dilemma for sykepleieledere siden de har personalansvar for langt flere personer enn legelederne har. Det gjør det vanskeligere å avsette tid i sin lederstilling til en dag i uken og kun jobbe klinisk. I studien til Sue Llewellyn omtaler hun er legeledere som “Medical managers” fordi de ivaretar både en medisinsk logikk og en økonomisk- administrativ logikk. Hun bruker metaforen Two-way Windows og legene beskrives som medisinskfaglige ledere fordi de kan integrere sin medisinske fagkompetanse med økonomi i lederjobben, mens administrative ledere ikke kan det. Det er en slags utvidelse av rollen og hun kaller det hybridledelse i og med at man veksler mellom disse ulike logikkene (Llewellyn, 2001). Etter innføringen av enhetlig ledelse har også økonomiske beslutninger blitt en integrert del av ledelsesansvaret til sykepleieledere, og de kan dermed regnes for å være hybridledere i Llewellyn sin betydning. Llewellyns forståelse av hybridledelse finner vi også igjen i flere tilnærminger, Fitzgerald 1994; Kitchener 2000. Mo beskriver i sin doktoravhandling hvilken betydning legene tillegger det å opprettholde legitimitet, fordi leger som kombinerer lederfunksjoner med klinisk arbeid opplever det som en trussel mot legitimiteten og deres videre karriere som lege. Hoff 1999, fant flere konsekvenser for legenes «hybrid-roller», som økt troverdighet til medisinske ledere og at det ble lettere å bygge broer mellom organisatoriske og kliniske interesser (Mo, 2006). Byrkjeflot sin forståelse av profesjonell ledelse er en ide om at ledelse er et eget fag eller en egen spesialitet. Ledere som utøver profesjonell ledelse opplever seg forpliktet i forhold til organisasjonenes visjoner og

målsettinger, mens de som er fagledere først og fremst opplever seg forpliktet i forhold til sitt eget fag. Faglig ledelse handler om overføring av faglige tradisjoner fra en generasjon til en annen. Det viktigste er ikke å utøve ledelse, men å utøve faget (Byrkjeflot 1997). I den foreliggende studien fremkommer det at legene kan ta vare på sin faglige utvikling og holde seg faglig oppdatert gjennom å praktisere legefaget minst en gang i uken. For sykepleiere er det ikke slik. De har med seg sin faglige bakgrunn i sin lederrolle, men mister muligheten til jevnlig faglig oppdatering.

En av informantene, en sykepleieleder som tidligere hadde ledet leger, fortalte at den gang hun ledet leger var det ofte vanskelig og ikke å ha grunnlaget for å ta de avgjørelser som var avhengige av medisinskfaglige vurderinger. Hun var derfor avhengig av å ha en medisinsk ansvarlig i sin stab og sa blant annet at det er helt annerledes å lede sitt eget fag, og det oppleves enklere å ha kontroll. Denne informanten har et bevisst forhold til at hun ikke kunne ta beslutninger av faglig karakter på bakgrunn av manglede fagkompetanse, men hun hadde organisert seg med en medisinsk fagperson til å gjøre faglige vurderinger. Hun viser innsikt og forstår konsekvensen av og ikke å ha medisinsk faglig bakgrunn. Det er i tråd med bestemmelsen i Specialisthelsetjenestelovens § 3-9 om ledelse i sykehus, siste avsnitt «Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere». (Lov om Specialisthelsetjenesten LOV-1999). Kontrasten mellom manglende kontroll, og det å ha kontroll ble tydelig da hun begynte å lede sykepleiere som hun kjenner faget til.

#### **4.4.4 Ulik vektlegging av samhandling og samarbeid**

For flere av informantene på fjerde nivå er betydningen av et godt samarbeid med andre vesentlig i deres arbeid. Gjennom noen etablerte daglige, ukentlige og månedlige samarbeidsmøter får de innsikt i, og forståelse for hverandres og felles utfordringer, både det som angår pasientene og driften. Slike møter gir oversikt over det totale bildet i organisasjonen og i disse møtene har ledere mulighet til å påvirke prosessen rundt beslutninger i egen enhet. Det finnes både formelle og uformelle møtearenaer.

*«.....men når man samhandler godt så er dette en god måte å lede på»*

Denne informanten på strategisk nivå retter oppmerksomheten mot de uformelle arenaene som ledere bør ta initiativ til å etablere med andre ledere på tvers av søylene. Hun sier videre at hun har stor tro på at hvis folk setter seg sammen, gjerne på «tvers av organisasjonsklumpen sin» så vil de finne gode løsninger samtidig som det er god oversikt

over hvem som har ansvar og myndighet. Det kan knyttes til det Strand beskriver som relasjonsorientert ledelse, og som peker på at ledere er avhengig av andre for å kunne utøve sitt lederskap. Å inngå i relasjoner med andre, blant annet å etablere gode samhandlingsformer med andre ledere er en verdi (Strand 2007). Det fungerer flere steder i organisasjonen slik denne informanten bekrefter:

*«Det er steder hvor det er ingen problemer hvor ledere eller medarbeidere i to eller tre søyler samarbeider om problemløsninger. De evner å sette pasienten og pasientene som premiss for hvordan de skal løse oppgaven og (...)så beriker de hverandre med diskusjon og konklusjon de kommer ut av for å få det til det beste for pasientene»*

En annen informant beskriver det positive ved at sykepleietjenesten er samordnet.

*«Når man har sykepleierne organisert i en avdeling, under en avdelingssjef så får du en samordnet sykepleietjeneste. Det er mange faglige aspekter som jeg ser gir mange fordeler, og de gir også sykepleierne større myndighet innenfor eget område og de er kjempegode til å drifte»*

Informanten snakker om myndighet og sier også at hun også ser en del utfordringer i samhandlingsflatene og mener at det er der ledelsen på nivået over må inn med administrative kompensere tiltak. Slike tiltak kan skape noen barrierer mellom avdelingene fordi de ikke etableres naturlig, men som en instruksjon ovenfra. Resultatet kan bli at i stedet for samarbeid, som er viktig for pasientene, kan distansene opprettholdes eller også bli større og mer fastlåste. Informanten sier også at, dersom man velger en annen modell så vil du finne tilsvarende utfordringer. Enhver organisasjonsmodell har sine fordeler og ulemper. Denne informanten sier videre:

*«Hvis man velger en annen type modell hvor du har en sånn mer tradisjonell avdelingsstruktur, så vil du ofte finne mange legeledere og færre sykepleieledere og du får kanskje ikke den komplementære dynamikken på samme måte i en ledergruppe som man får nå»*

Slik jeg tolker dette, har denne måten å organisere på med egne søyler for sykepleie gitt flere sykepleieledere og de har fått større ansvar og myndighet til å lede sitt eget fagområde.

Det fremkommer i intervjuene at det er opp til den enkelte leder på fjerde ledelsesnivå å bestemme hvordan de skal organisere samarbeidet med personer i de andre søylene, og en leder beskriver det slik:

*Jeg synes det litt sånn uklart hvem som skal ha ansvaret, Hvem av oss er det egentlig som skal ta ansvar for å kalle inn til det møtet eller det møtet? Det er helst møter og møteplasser som er liksom utfordringen. Ja, hvem skal dra prosessen, hvem har ansvaret?*

Denne informanten på fjerde ledelsesnivå, beskriver etablerte møtearenaer, men hvem som har ansvar og beslutningsmyndighet i pågående prosesser er ikke alltid definert. Det kan være krevende prosesser som settes i gang i seksjonene for eksempel ved merverdikrav, som berører alle søylene. Kanskje antall senger skal reduseres og det kan gå ut over tilbudet til pasientene og personellressursene i sykepleiesøylen. Legesøylen har ansvar for å legge inn, iverksette behandling, og skrive ut pasienter. Legene berøres når tilbudet til pasienten reduseres og da beskrives dette dilemmaet av informanten; Hvem har ansvar for og «å holde i» prosessen? En informant forteller at det er lett å samarbeide med legesøylen, men at det også kan være personavhengig. Informanten uttalte videre at:

*«Det nytter ikke at bare en lege eller en sykepleieleder skal styre, for pasientene er avhengig av både medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse».*

De har etablert faste møtearenaer, men samtidig er det slik at det uformelle samarbeidet også har betydning for den daglige driften. En informant beskriver viktigheten av å ta initiativ til uformelt samarbeid slik:

*Vi kunne «sittet på været» og ventet begge to, og ventet på den andre, men vi løser det fordi at i vår avdeling, samarbeider vi såpass godt som det vi gjør, sånn at vi snakker sammen hele tiden, overlegen og jeg. Vi har mye sånn uformelt samarbeid, så det er ikke sånn at vi kaller hverandre inn til møter, vi går inn og snakker med hverandre. Nå skal vi gjøre det. Nå må vi løse det. Hvordan skal vi løse det? Så er det stort sett da jeg (sykepleieleder, min anm.) som tar de avgjørelsene»*

Dette eksemplet viser at utfordringer håndteres fordi lederne på samme nivå samarbeider godt og løser mye med uformelle møter. I følge Nordby, (2009) er det en leders ansvar å skape uformelle arenaer og møteplasser med andre i tillegg til etablerte strukturer for samarbeid (Norby, 2009).

Slik jeg oppfatter informantene er utfordringene knyttet til enkelte personer. Det er til dels uklart når man skal samarbeide eller ha møter om felles beslutninger som skal eller bør tas. Hva årsaken er kommer ikke tydelig frem, men det kan handle om lederansvar i nivået over i forhold til opplæring eller bevisstgjøring av betydningen av det tverrfaglige samarbeidet. Dette eksemplet viser at flere opplever at de er på vei til å få samarbeidet til å fungere. Slik jeg tolker informantene, er organisasjonen sårbar her i overgangen eller i samarbeidsflatene mellom søylene, fordi beslutningsmyndighet over pasientforløp på tvers ikke er tilstrekkelig definert og møtestrukturer er ikke etablert.

En informant sier dette om samarbeidet:

*«Ja, utfordringene har vært veldig forskjellige i organisasjonen og jeg tror jeg kan si de har vært like mye preget av personene og personkjemien som av modellen, vi har steder hvor det er ingen problemer at ledere eller medarbeidere i to eller tre søyler samarbeider om problemløsninger, så har vi steder hvor det er utfordringer»*

Informanten løfter fram at det er personavhengig hvorvidt samarbeidet flyter i organisasjonen. Det handler ikke om selve organisasjonsmodellen, men det er personene og kjemien mellom dem det handler om, og at de er innstilt på å samarbeide. Jacobsen og Thorsvik viser til horisontale ordninger for samarbeid og at det i komplekse organisasjoner er nødvendig med samarbeid mellom personer med ulik kompetanse. Videre tar de for seg at opplevelse av fellesskap tillitt, tilhørighet, for personer innenfor samme kultur medvirker til at samarbeidet blir enklere (Jacobsen og Thorsvik, 2016). Igjen kan samarbeid knyttes til Strands beskrivelse av ledelse som et relasjonsfenomen og at ledere er avhengig av å få oppslutning fra medarbeidere og samarbeidsvilje fra mange parter (Strand, 2007). Slik jeg tolker det er det en forutsetning for godt samarbeid er at strukturene som er lagt er tilrettelagt for samarbeid, men det er ikke tilstrekkelig. Det må være både relasjonskompetansene og samarbeidskompetanse, og en felles kultur for samarbeid for at dette skal fungere i praksis.

Selv om samarbeidet er velfungerende i store deler av organisasjonen er det imidlertid også en viss motstand mot denne organiseringen, og da særlig blant legeprofesjonen og en informant sier følgende:

*«Og så har vi hatt andre steder hvor det har vært nesten i helt motsatt ende, hvor det har vært representanter for spesielt legeprofesjon som har sagt at de ikke kan samarbeide hvis de ikke har instruksjonsmyndighet»*

Innføringen av denne organisasjonsmodellen møtte motstand særlig blant legeprofesjonen. Legene mente at den eneste som kunne ha det totale ansvaret på avdelingen måtte ha medisinsk- faglig kompetanse, det vil si medisinsk embetseksamen. De kunne ha rådgivere og team, men en måtte ha ansvar og myndighet til å gi instruksjon. Enkelte fra legeprofesjonen mener fremdeles at det er problematisk å samarbeide dersom de ikke får bestemme og ha instruksjonsmyndighet og jeg tolker det dithen at det handler om vilje til å avgi autonomi. Informanten har en oppfattelse av at det har mer med personer å gjøre enn at det handler om organisasjonsmodellen, men at lederskap håndteres ulikt. Informanten sier videre at på tross av noe motstand så er denne organiseringen vellykket fordi helseforetaket etter organisasjonsendringen har innfridd resultatkravene hvert eneste år. Sykehuset har bygd opp et økonomisk overskudd som kan brukes til investeringer. I følge informanten har denne organisasjonsmodellen bidratt til at sykehuset har vært det best drevne sykehuset i landet mange år på rad. Begrunnelsen for denne forbedringen er lederopplæring og oppmerksomhet rettet mot økonomistyring etter innføring av enhetlig ledelse.

Når det kommer til samarbeid mellom profesjonene har leger en annen tradisjon for samarbeid som er knyttet deres profesjon. Det kan handle om etiske grunnprinsipper som ligger til profesjonen.

Christoffersen viser i sin bok «Profesjonsetikk» til at legene ikke har et ord om samarbeid med andre profesjoner i sine etiske retningslinjer, mens sykepleierne har det i sine yrkesetiske retningslinjer der det slås fast i pkt. 4.1 at «sykepleieren tar initiativ til og fremmer et faglig og tverrfaglig samarbeid i alle deler av helsetjenesten» (Christoffersen 2011). Det betyr i praksis at sykepleierne ikke ønsker å overta legeoppgaver, men å samarbeide om dem. Det betyr også at legene ikke vektlegger å fremme tverrfaglig samarbeid som en felles verdi i sin profesjon i motsetning til hva sykepleiere gjør.

#### **4.4.5 Teamene klargjør ansvar**

I følge Yukl, er det en økende trend i organisasjoner å gi ansvar for viktige oppgaver til team. I noen tilfeller har teamene myndighet til å ta avgjørelser som tidligere ble gjort av

individuelle ledere (Yukl, 2013). Noe av forskningen omkring ledelse har vært opptatt av team og ledelse. Dette er knyttet til strategisk ledelse med et fokus på hvordan man bør sette sammen team av ledere som samlet kan fylle den komplekse lederrollen. Hvilken type ledere trenger organisasjonen for å oppnå suksess og for å identifisere og iverksette vellykkede strategier. Det er den kollektive ledelse som det er fokusert på, at man har ulike roller som gjør at teamet fremstår sterkere enn en leder fremstår. I slike team er det vesentlig å utvikle relasjoner og ferdigheter (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

Informantene på alle nivåene i organisasjonen beskriver betydningen av å jobbe i team, både i egen avdeling, men også mellom søylene for å kunne samarbeide om pasientene. Medlemmene av teamet er viktige diskusjonspartnere når strategier skal legges og beslutninger skal tas. Teamene består av personer med ulik kompetanse og erfaring innen fag, IKT, arbeidstidsplanelegging og andre oppgaver som angår koordineringen av pasientforløpene og den daglige driften på kort og lang sikt. Jacobsen og Thorsvik viser til at det i arbeidslivet er en dreining mot det å jobbe i team og at teamene er en slags kvalitetssikring av det arbeidet som gjøres (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

En leder beskriver møtene med teamet sitt:

*«Vi har de møtene en gang i måneden og de er mine diskusjonspartnere. Og det er kanskje det viktigste for de er mine rådgivere i diskusjonene. Det er ikke sånn at jeg kan finne ut ting alene, det er ofte sånn at det er en av de andre som har en eller annen ide eller en tanke»*

Denne informanten på fjerde nivå forteller også om tett samarbeid med fagsykepleier og sine teamledere om daglige utfordringer i driften av avdelingen, og flere av informantene på fjerde nivå fortalte at de hadde ansatte med variert og høyere kompetanse, og at det var viktig med tett og nært samarbeid med fagsykepleier og teamlederne i utviklingen av sin enhet. En annen informant fremhever spesielt sin nærmeste lederstøtte. *«Hun er min HR avdeling»*. Denne personen fremheves som viktig i teamet for blant annet å sikre riktig kompetanse hver dag i avdelingen. Informanten sa videre dette om legene:

*«Det er lett å samarbeide med legene, vi er liksom vant til å jobbe sammen. Når vi planlegger blir vi alltid enige før vi starter for det nytter ikke at bare en skal styre, for pasientene er avhengig av både sykepleie og medisinsk hjelp, men det kommer jo litt an på så det er jo litt personavhengig»*



Dette er et eksempel på at samarbeidet med legene kan fungere og rollene er avklart i forhold til det sykepleiefaglige ansvaret og det medisinske ansvaret. Leger og sykepleiere har instruksjonsmyndighet innenfor hvert sitt fagområde og denne praksis er et eksempel som organisasjonen kan transformere «fra personavhengig til gjeldene praksis»

Under intervjuene kommer det frem en positiv side ved organiseringen som berører legene og deres fag og informanten sier følgende:

*«Det er den positive siden med søyleorganiseringen at legene får lov til å sitte på kammerset uten at andre yrkesgrupper et til stede og får lov til å diskutere for eksempel feil. Nå er det et system for at det blir diskutert og vurdert i et faglig miljø»*

Her beskrives det positive gjennom at søyleorganisasjon legger til rette at legeprofesjonene får muligheter til å etablere arenaer for kvalitetsutvikling i egen søyle på måter som oppleves som konstruktive. Dette er også et eksempel på hvordan man styrker eget fags autonomi, men fjerner seg fra det tverrfaglige.

På sykehusets strategiske ledelsesnivå har det ifølge flere informanter vært en rekke diskusjoner om hvorvidt søyleorganisering er en god måte å organisere driften på og en informant sier dette:

*«Svakheten med organiseringen, det er hvis du får interessekonflikter i mellom de ulike fagsøylene, kanskje en søyle føler seg oversett, forbigått, ikke hørt på ressursbehov og så videre. Den er litt enklere å ta dersom du har matriseorganisasjon for da har du ansvar for alt sammen og du har luket vekk den kimen til konflikt, men jeg opplever ikke at det er veldig problematisk hos oss akkurat nå, men det er jo en åpenbar svakhet i søyleorganiseringen»*

Denne informanten sier også at det alltid vil være utfordringer i enhver organiseringsmodell og at det også vil være det i en søyleorganisering. Hun opplever en fordel blant annet ved at fagledelse er en stor styrke i denne modellen. Leger og sykepleiere leder eget fag i et begrenset område og kan rette oppmerksomheten på eget lederområde. Enheten som legene leder er brutt ned til små enheter og de kan utøve en personlig ledelse av sine medarbeidere, gjennom å følge opp med medarbeidersamtaler og samtidig være tett på driften. Det er en styrke. Sykepleieavdelingene er store og sykepleieledere er avhengige av lederstøtte i form av team.

## 4.5 Det komplekse samarbeidet

Dersom saker det bør samarbeides om på tvers i organisasjonen ikke løses, løftes de gjerne opp til et høyere beslutningsnivå. I denne kapitteldelen beskrives denne beslutningsprosessen.

### 4.5.1 Klinikksjefens rolle i å skape handlingsrom

Handlingsrom er beskrevet i kapittel 2.3. Følgende sitat fra en klinikkleder er et eksempel på hvordan ledere på klinikkledernivået har behov for å «rydde for ikke å få propper i systemet» slik at beslutningene tas så nær der oppgaven skal utføres som mulig.

*«Klinikksjef oppfylder alle vilkår for enhetlig ledelse. Og fordi vi har denne organiseringen med disse såkalte søylene så er det en del ledelsesaspekter som egentlig først lander på mitt bord. Og for å sikre at ikke alt kommer på klinikksjefens bord, for det blir nesten helt umulig, så må man lage noen arenaer som får en viss grad av beslutningsmyndighet»*

Dette sitatet beskriver hvordan en informant forstår enhetlig ledelse i denne organiseringen. Klinikkene er store enheter og siden ledelsesnivåene under klinikksjef har noen begrensninger i beslutningsmyndigheten sier informanten at det er nødvendig å lage noen «sikkerhetsnett, for å ivareta det organisasjonsmodellen i seg selv ikke ivaretar». Et eksempel på slike sikkerhetsnett er at klinikksjef gir oppgaver, og delegerer myndighet slik at andre ledere får handlingsrom til å fatte beslutninger i saker, men ansvaret ligger likevel hos klinikksjef. Ansvaret kan ikke delegeres, men oppgaven kan delegeres og informanten sier videre: «ansvaret for beslutningen da vil uansett ligge hos meg, det kan ikke jeg fri meg fra»

Dette er et eksempel på at klinikksjefene gir myndighet (fullmakt) til ledere på et lavere nivå i organisasjonen for å gi dem anledning til å fatte beslutninger innenfor et begrenset område, noe som følger en mer tradisjonell byråkratisk modell. Slik beslutningsmyndigheten beskrives i organisasjonen kan det tolkes som om at klinikksjefene har et arbeid med å etablere arenaer som har grader av beslutningsmyndighet i forhold til områder eller ledelsesaspekter som delegeres nedover i organisasjonen. Dette gir likevel ledere på alle nivåer i organisasjonen ekstra handlingsrom innenfor sin enhet, noe de er avhengige av for å kunne påvirke resultatet.

En annen informant er opptatt av at handlingsrommet er snevert på lavere nivå i organisasjonen og sier dette fra den tiden hun var leder:

*«Det var klinikksjefen som var den eneste tverrfaglige lederen, som disponerte alle ressursene. De andre hadde bare en begrenset tilgang til ressurser for å gjennomføre sitt oppdrag. For å kunne gjøre det måtte du ha råderett over både leger, kontor og sykepleiere»*

Informanten beskriver hvordan beslutningsmyndigheten er «plassert» i organisasjonen på klinikknivå og hvordan handlingsrommet er begrenset i nivåene under. Det kan være noe som henger igjen etter den hierarkiske byråkratimodell som sykehusene tradisjonelt var ledet under, før reformen. Den gangen lå mye av beslutningsmyndigheten på de øverste nivåene i hierarkiet. Innslag av byråkrati kan også knyttes opp til at sykehusene er underlagt sentrale myndigheter, lovverk, retningslinjer og prosedyrer og det er derfor nødvendig med overordnet styring og kontroll over noen ressurser (Døving m. fl. 2016).

#### 4.5.2 Makt og ansvar

Med søyleorganiseringen er det en større oppmerksomhet på ledelse og ansvarliggjøring og styrking av lederskap. Det er satt i gang opplæring av ledere innenfor mange områder. Alle ledere må gjennomgå et lederutviklingsprogram og det er helt i tråd med, NOU 1997:2 «*Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må også være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar det medisinskfaglige ansvaret også har nødvendig myndighet.*» Det er flere ledere som har en mastergrad i ledelse, men det er ikke ett krav. En informant sier at hun stimulerer sine ledere på fjerde ledelsesnivå til utdanning og at det er mange sykepleieleidere med solid lederutdanning. Informanten jobber bevisst med å styrke sine ledere gjennom å ha fokus på det profesjonelle helhetlige ansvaret som hver enkelt har, og styrke de slik at de blir trygge i det tverrfaglige miljø. Informanten sier også om sine ledere:

*«Hvis du ikke er modig og tør å ta opp de problemstillinger du har i forhold til det området du skal lede uansett hvilken yrkesgruppe du er i lederskap så kan du ikke fungere som leder, og det å styrke seg i forhold til å tåle motstand»*

Informanten sier videre at om en leder møter motstand så betyr ikke det at en bestemmelse skal reverseres. Det er ikke uvanlig at en leder møter motstand, men de må kunne håndtere det på en saklig måte. Det er veldig «*fint å være godværsleder*» men noen ganger er det vanskelige ting som skal gjennomføres, så det handler om å støtte og styrke de i lederskapet.

Det er et eksempel på at ledere får opplæring og oppfølging i sitt lederskap. Det viser også noen egenskaper som knyttes til lederrollen for å få trygge og robuste ledere noe som kan knyttes til maktbegrepet. «*ledere har makt fordi de formelle rollene gir dem makt*» (Jan Grund, s.324 i Døving m. fl. 2016). En type makt er sosialisert makt som er knyttet til fellesskapet, en gruppe, et samfunn eller en organisasjon. Sosialisert makt er en form eller bruk av makt som virker motiverende både på ledere og medarbeidere (Sørhaug, 2006). Lederforskningen ved universitetet i Ohio i årene 1949-1050 årene kom blant annet frem til

en type lederadferd som handler om relasjoner (Grønhaug m.fl. 2011). Igjen vender jeg tilbake til Strands begrep om ledelse som et relasjonsfenomen som han beskriver som forventninger til ledere i dag at de må ta i bruk evner, kunnskap og personlige ressurser utover det som kreves av den formelle lederrollen. Begrepet er også knyttet til lederstil som handler om forholdet til leder- medarbeider. Det er samspillet med de andre som teller (Strand 2007).

Ledere i sykehus har tradisjonelt hatt makt i kraft av sin faglige ekspertise. Sykepleieledere i organisasjonen som ikke har den medisinskfaglige ekspertisen, er mer avhengig av relasjonen og det å få støtte hos legen som har denne ekspertisen og som har autoritet i kraft av sin profesjon (Strand, 2007). Makt kan knyttes til profesjon og en profesjon er i besittelse av kunnskap som en annen kan ha behov for å få tilgang til. Profesjonsmakt gir mulighet til å drive gjennom en egen vilje på tvers av andres vilje, og det medfører et stort ansvar (Molander og Terum, 2013). Et annet begrep som kan knyttes til makt er demarkasjon. Witz, (1992) i Døving m.fl. trekker fram at demarkasjon og eksklusjon har ført til et hierarki innenfor for eksempel helseprofesjoner, der et tradisjonelt mannsdominert yrke som lege har makt over et tradisjonelt kvinnedominert yrke som sykepleier. Tidligere var det blant annet bare leger som kunne bli avdelingsledere på sykehus, dette er en endret og sykepleiere og andre yrkesgrupper kan bli ledere (Døving m. fl. 2016).

En informant forteller om tverrfaglige samarbeidsgrupper i sitt arbeidsområde som det er vanskeligheter med å få til å fungere på grunn av gjentatt manglende tilstedeværelse av legeledere i samarbeidsmøtene. Hun sier følgende: *«problemene med å få de samarbeidsgruppene til å fungere er og slett deltakelse»* Informanten tror en av årsakene kan være samtidighetskonflikt som betyr en forventning til legen at han skal være på to steder samtidig, og at det kan skyldes at legeledere både skal lede og ha ansvar for klinisk drift, de er hybridledere. Legeledere på fjerde nivå har satt av noe tid til ledelse i sin stilling, men ikke er ikke ledere på full tid. Informanten sier videre at *«kraften i møtene er svekka»* når legene ikke kommer. Det er vanskelig å forankre beslutninger i møtene når enkelte ikke er tilstede, og når de heller ikke setter seg inn i saken i etterkant ved å innhente informasjon. Det fører til noen problemer med samhandling når legene ikke kommer på møter. En tolkning av hvorfor de ikke kommer kan være at noen legeledere tar seg til rette gjennom at de har etablert uformelt handlingsrom gjennom å utebli fra møter der det formelt sett er forventet at beslutninger skal tas på bakgrunn av meningsutveksling og dialog. Denne praksisen som enkelte leger har etablert kan for organisasjonen sett under ett bli utilsiktede og uønskede uformelle kanaler

både når det gjelder informasjon og beslutninger. Konsekvensen ved slike uformelle arenaer kan bli at det oppstår en form for handlingslammelse fordi makten «flytter seg» og avgjørelsene tas andre steder enn det som formelt sett er forventet. Det er verd å merke seg at profesjonene og da særlig legene har sin egen styringsform, en profesjonsstyring hvor den kollegiale organisasjonsformen er helt sentral. De kan vise til forskningsbasert kunnskap og vitenskap og dermed reise krav til hva som er sant eller usant og hvilke virkemidler som er moralsk forsvarlige og effektive (Molander og Terum, 2013). Legene er ansvarlige for behandlingen av pasienten og det ansvaret gir autoritet som er krevende å gi fra seg.

Det kan se ut som sykepleieledere og legeledere har litt ulik forventning eller tradisjon når det gjelder det å lede. Informanten sier også at konsekvensen av at legeledere gjentatte ganger ikke kommer til møter blir at prosesser stopper opp. Hun sier videre at det er en oppfatning av at legene er selektive når det gjelder å prioritere møter. Dette kan oppfattes som om makten har flyttet seg ut av møterommet og spørsmålet blir da om det foregår uformelle møter og beslutninger andre steder. Jacobsen og Thorsvik viser til maktbaser i organisasjoner og beskriver disse som: hierarkisk posisjon, kontroll over dagsorden, kontroll over informasjon, kontroll over arbeidsoppgaver, kontroll over sosialiseringprosesser, personlige ressurser og allianser og nettverk (2016).

Studien viser at legene har høy grad av autonomi, er selvledende og ønsker kontroll over arbeidet, noe som gjør samarbeidet vanskeligere enkelte steder og det er utfordrende når legene ikke kommer på møter. Slik jeg ser det, handler det blant annet om å forstå hvordan legene skal se det som sitt ansvar å delta i tverrfaglig samarbeid.

#### **4.5.4 Sårbare overganger i beslutningskjeden**

Myndighet og ansvarsfordeling kan være ulik fordelt mellom de forskjellige nivåene i sykehuset. Enkelte beslutninger tas på det enkelte nivået, mens andre har en «vandring» gjennom flere nivåer før en endelig beslutning blir tatt. Dette kan være utfordrende, slik en informant uttrykker det:

*«Jeg opplever å få gehør i nivået over, det er ikke dermed sagt at penga kommer umiddelbart, men at argumentasjonen min blir hørt det opplever jeg. Det opplevde jeg i den forrige klinikken jeg var i også, men om penga er der? Det er jo klart at det er jo alltid en prioritering, det skal jo fordeles, og hvis jeg får mere så taper en annen»*

Denne informanten på fjerde nivå beskriver en status i forhold til økonomi og dialogen hun har med sin nærmeste leder i nivået over for presentere problemstillingen, og for å argumentere i forhold til økonomi. Informanten viser også forståelse for at ressursene er knappe og hvilket dilemma det er å prioritere og hvordan hun opplever det. Prioriteringene er vanskelige fordi de har implikasjoner som har betydning for liv og helse til pasientene. Flere uttrykte «*Det er alltid pasientene som må komme først*». Det positive er opplevelsen av å bli tatt på alvor av nivået over, likevel er det en realitet at nivået over også kan sette begrensninger fordi de har beslutningsmyndighet.

*«Jeg blir veldig avhengig av hvordan nivået over agerer. Hvis nivået over har en annen tanke enn meg, så kommer jeg ingen vei. Jeg er prisgitt nivået over, og det har til tider vært veldig tungt rett og slett»*

Informanten opplever at personer i nivået over har makt og beslutningsmyndighet i forhold til informantens eget nivå. Det kan oppleves hemmende på egen innflytelse og måte å utøve ledelse på over egne ansatte. Sitatet viser tydelig at beslutningsmyndigheten er begrenset for denne lederen. Det strider med tanken om enhetlig ledelse og at det skal være en ansvarlig leder på alle nivå jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9. Personer i lederposisjoner høyt oppe i organisasjonen har som oftest større innflytelse og makt over personer på et lavere nivå i organisasjonen. Makt kan i en organisasjon gi mulighet for å utøve innflytelse gjennom myndighet til å fatte beslutninger. Desto større makt en leder har, desto større mulighet har en leder til å drive gjennom egne ønsker. Toppledere har i tillegg et større beslutningsrom enn ledere som er på et lavere nivå (Grønhaug m.fl. 2011).

En informant på strategisk nivå sier at beslutninger må tas når konkrete saker dukker opp. Dersom det ikke blir enighet mellom ledere i ulike søyler på et nivå om å ta en avgjørelse har informanten følgende løsning:

*«hvis ikke en legeleder og sykepleieleder på fjerde nivå blir enige så har de en avdelingssjef som bør fasilitere det. Hvis ikke det hjelper så har du jo en klinikkssjef»*

Informanten understeker at det ligger i styringsmodellen at fjerdenivåets ledere er delegert myndighet til å velge hvilke samarbeidsarenaer de vil ha. Det er ikke et kart hvor samarbeidsarenaene er definert i en struktur. Dersom de ikke blir enige og det er et problem må ledelsen på det tredje nivået enten beslutte eller diskutere saken sammen med andre nivå's ledergruppe og fatte en beslutning. Slik jeg tolker det så er det en risiko forbundet med at

fjerdenivåets ledere kan velge samarbeidsarenaer. Det fordrer at de er innstilt på å samarbeide og blir enige om disse arenaene.

Et dilemma som er beskrevet i studien oppstår når det er behov for at en beslutning skal tas på tvers mellom søylene. Det er ofte uklart hvem har ansvar for å innkalle til møter, og hvem av sidestilte ledere som har beslutningsmyndighet. Jacobsen og Thorsvik (2016) foreslår en forhandlingsløsning. Dersom makten ikke er konsentrert, noe den ofte ikke er i moderne organisasjoner vil partene ofte stå likt, og det fører til at man må inngå forhandlinger for å kunne fatte en beslutning og komme til enighet eller at saken legges inn i en beslutningsarena (Jacobsen og Thorsvik 2016). Det fremkommer i studien at øverste ledelsesnivå har skissert en løsning dersom sidestilte ledere ikke blir enige. Ledelsen på det tredje nivået kan enten beslutte eller diskutere saken sammen med andre nivåes ledergruppe og fatte en beslutning. Slik jeg ser det er organisasjonen sårbar i overgangen og i samarbeidsflatene mellom søylene. Noe kan løses med klarere direktiver eller retningslinjer, men noe avhenger av kulturen, og bevisstheten rundt behovet for samhandling i beslutningsprosessene.

I forhold til samarbeid er det forskjell på å bli fratatt autonomi, og å avgi autonomi. Ved kontroll og detaljstyring kan konsekvensen bli at man blir fratatt selvstendighet og autonomi. Å avgi autonomi er vanskelig når man ikke kjenner kompetansen til hverandre. For å få kunnskap må profesjonene samhandle og dele hvilken kompetanse den enkelte har. Det gjør lettere å akseptere en begrensning i autonomi, og det gir mulighet til å koordinere sammen med andre for å få til en sikker tjeneste rettet mot pasienten. I følge Koff, Defriese og Witzke i Tjora og Melby, (2013: 124) betegnes tverrfaglig samarbeid som et løst sammenkoblet system, «*et system med høy differensiering og lav integrering*». De beskriver det videre som et system der forbindelsene mellom profesjonene er forholdsvis svake og kan forklare hvorfor profesjoner er tilfreds med å ha svake forbindelser seg imellom. En viktig del av profesjonsrollen er autonomi. Det og ha et minimum av frihet til å ta valg og til å ha myndighet og autoritet nok til å handle i tråd med beslutninger (Tjora og Melby, 2013).

I forhold til pakkeforløp for kreft er en styrke ved modellen, slik noen informanter beskriver, at den gir økt kunnskap og mye samarbeid om pakkeforløpene. Pasientkoordinatorer har en viktig rolle, men de har ikke instruksjonsmyndighet og det kan utgjøre en risiko for pasienten. Det kan være behov for «pakkeforløpsledere» eller at de som koordinerer pakkeforløpene får instruksjonsmyndighet for å kunne «bevege» pasienten på tvers i organisasjonen. Det vil i så

fall føre til at det etableres et nytt ledelsesnivå eller et nytt område med beslutningsmyndighet. I følge Tjora og Melby (2013) gir pakkeforløpene et behov for å koordinere og samarbeide innad i sykehuset (Tjora og Melby, 2013).

#### 4.6 Oppsummering

Mine funn viser at det åpenbart har skjedd en maktforskyvning fra legeledere til sykepleieledere fordi sykepleieledere blant annet har fått økonomiansvar for egen enhet. I tillegg har sykepleiere fått tilgang til lederstillinger som tidligere kun leger hadde tilgang til, og de er dermed sidestilt med legene i forhold til ledelse.

Sykepleietjenesten leder eget fag og er totalt sett fornøyd med å være selvledende og ha ansvar for drift og økonomi. Sykepleieledere er opptatt av et høyt faglig nivå i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet.

Selv om samarbeidet er velfungerende i store deler av organisasjonen er det imidlertid også en viss motstand mot denne organiseringen, og da særlig blant legeprofesjonen som er opptatt av at legen må ha ansvar og myndighet til å gi instruksjon fordi legene har medisinskfaglig kompetanse. Enkelte fra legeprofesjonen mener fremdeles at det er problematisk å samarbeide dersom de ikke får bestemme og ha instruksjonsmyndighet, og jeg tolker det dithen at det handler om vilje til å avgi autonomi. Sykepleiere kan og vil samarbeide, mens legene er litt mer «av og på» og det begrunnes med at det er personavhengig fordi det ikke handler om selve organisasjonsmodellen, men det er personene og kjemien mellom dem det handler om, og om de er innstilt på å samarbeide. Leger har en annen tradisjon for samarbeid som er knyttet til deres profesjon. Det betyr i praksis at legene ikke vektlegger å fremme tverrfaglig samarbeid som en felles verdi i motsetning til det sykepleiere gjør.

Nye ord og uttrykk som oppleves å ha «invadert» faget har kommet med New Public Management. En slik «invasjon» er med på å påvirke og utvikle et fag. Begrepene er gradvis implementert og akseptert gjennom forskyvning av oppmerksomhet fra ren sykepleie til at faget også innebærer en økonomisk-administrativ tankegang, og at ansvar for økonomi er et felles ansvar.

Controller har en støttende og kontrollerende rolle og funksjon i forhold til økonomistyring og er en viktig støtte for ledere. Controller veileder ledere i budsjettprosessen, overvåker og har kontroll på budsjettene for å styre organisasjonens økonomi i ønsket retning.



En utfordring i organisasjonen er å få samarbeid mellom søylene og mellom nivåene til å fungere godt. Det er ikke etablert tydelige beslutningsstrukturer på tvers i organisasjonen.

Det er litt utydelig struktur på samarbeidsarenaer noen steder fordi arenaene ikke er definert. Det kan utløse risiko for pasientene som er avhengig av tverrfaglig samarbeid på tvers mellom søylene.

Klinikksjefene har en medierende og strategisk rolle for å medvirke til fleksibiliteten i organisasjonen og ivareta der samarbeidet ikke fungerer. Klinikksjefene har større ansvar og myndighet blant annet til å fatte beslutninger og kan delegere oppgaver og gi fullmakter til ledere på lavere nivåer og dermed øke lederes handlingsrom.

Informanter på fjerde ledelsesnivå opplever at det er lang vei til beslutningsnivået øverst i organisasjonen. Dette gjelder spesielt for sykepleiefaget som ikke er representert i administrerende direktørs ledergruppe.

På strategisk nivå (1 og 2) er det en oppfatning av at denne organiseringen er vellykket fordi helseforetaket etter organisasjonsendringen hvert eneste år, har innfridd resultatkravene.

## KAPITTEL 5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Målet med studien min har vært å undersøke hvordan enhetlig ledelse utøves blant sykepleieledere i et helseforetak som er organisert etter fagsøyler og om organiseringen oppfyller kravene til enhetlig ledelse etter Lov om spesialisthelsetjeneste, 1999. I studien har jeg undersøkt hvordan kravene om kvalitet, kostnadseffektivitet og måloppnåelse i søyleorganiseringen blir ivaretatt i modellen om enhetlig ledelse. Jeg har i tillegg sett på hvilke konsekvenser omorganiseringen har fått for sykepleielederne og hvordan samarbeidet fungerer på tvers av fagsøylene mellom sykepleierprofesjonen og legeprofesjonen. I dette kapittelet oppsummeres hovedfunnene i studien. Avslutningsvis vil jeg løfte fram hva jeg ser som forutsetninger for en god modell for sykepleieledere basert på innsikten jeg fikk gjennom denne studien.

### 5.1 Modellen enhetlig ledelse

Ved innføringen av modellen har strategisk ledelse (toppledelsen) lagt vekt på å styrke lederes kompetanse innenfor ledelse og økonomi, noe som har ført til at sykehuset er bedre drevet i dag enn før innføringen av den nye organisasjonsmodellen, slik både lege- og sykepleieledere i denne studien oppfatter det. Det betyr i praksis at det er kontroll på økonomien i foretaket og i sykehuset budsjetteres det med årlige overskudd som settes av til investeringer og nye bygg. Ledere har i kraft av sin rolle ansvar for fag, drift og økonomi i egen enhet. Etter innføringen av modellen er det fokusert mer på økonomi og ledere måles etter økonomiske resultater, men også kvalitetsmål noe som samsvarer med NOU 1997:2 som viser til at ledere i sykehus måtte erkjenne ansvaret som var knyttet til lederfunksjonene i forhold til kvalitet, personalansvar, utvikling av et godt arbeidsmiljø og resultater. Videre skulle det på alle nivåer i organiseringen av sykehus være en leder fordi ledelse handler om å ta et helhetlig ansvar for en bestemt virksomhet (NOU 1997: 2). At ledere måles etter kvalitetsmål er helt i tråd med styrings- og rapporteringssystemet balansert målstyring som forutsetter helhetlig kunnskap om organisasjonen (Kaplan og Norton, 1996).

For å følge opp ledere ved sykehuset i denne studien i forhold til økonomi, ble det etablert en kontrollfunksjon som ivaretas av Controller. Denne personen har en støttende og kontrollerende funksjon overfor lederne, med fokus på å styre ressursene etter økonomiske mål. Controller representerer øverste ledelse i klinikkene. Studien viser at ledere opplever

Controller som en støtte som bidrar for ledere til innsikt og forståelse av økonomi. I følge Lian (2007) er det stilt større krav til det offentlige om effektivisering, mer fleksibilitet og målrettethet for å forbedre sektoren, og de siste tjue årene har New Public Management (NPM) hatt stor innflytelse på fornyelsen av helsevesenet i Norge (Lian, 2007). Controller representerer dermed en ny rolle som er med på å ivareta nye krav til helsearbeidere, slik Lian beskriver.

Studien viser at sykepleieledere har fått økt kunnskap om pasientforløp og de har ansvar for utvikling av sykepleiefaget og kvalitetsforbedring, noe som denne spesifikke organisasjonsmodellen har stimulert til. Det er helt i tråd med flere av perspektivene i Kaplan og Nortons rammeverk for balansert målstyring, som omhandler å vurdere i hvilken grad helseforetaket har den riktige kompetansen, lære hvordan forbedringer kan gjøres og om helseforetaket har god kapasitetsutnyttelse og effektive prosesser (Kaplan og Norton (1996).

Til tross for at informantene opplever at det er et økende fokus på økonomi, får de likevel til å prioritere kvalitet og pasientsikkerhet dersom det er nødvendig. De kan oppleve grader av verdikonflikter i forhold til god behandling og omsorg overfor den enkelte pasient, og spørsmål om ressurser og målbare resultater, men de understreker at de jobber systematisk med fag- og kvalitetsforbedring helt i tråd med Spesialisthelsetjenestelovens krav i § 3-4 a.

Lederne har budsjettansvar for sin enhet og må organisere og drifte egen enhet innenfor budsjettammen. Studien viser at lederne opplever at de må være ansvarlige og at de har stor grad av innsikt i å håndtere eventuelle overskridelser i budsjettet. Løses ikke budsjettutfordringer innenfor egen enhet, søker informantene i min studie løsninger hos ledelsesnivået over, i klinikken. I klinikken er det et spørsmål om å prioritere «noe» fremfor «noe» annet og det totale budsjettet i klinikken påvirkes siden budsjettet skal fordeles på alle seksjonene, noe informantene viser innsikt i. Innføring av ny modell viser seg i mitt materiale å ha ført til at ledere på alle nivåer i organisasjonen har fått større ansvar.

## **5.2 Konsekvenser av omorganiseringen**

Sykepleieinformantene i denne studien leder sitt eget fag og er opptatt av å holde et høyt faglig nivå i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet. Som profesjon opplever de å være selvledende, noe alle uttrykker som å være positivt. Det å ha ansvar for drift og økonomi framheves som viktigere for sykepleierne enn legene.

Sykepleieledere har fått et reelt personalansvar, og som studien viser har ledere forpliktet seg i forhold til mål satt i lederavtalen der de måles blant annet etter indikatorer i forhold til sykefravær eller budsjettstyring. I tillegg skal ledere sørge for at det pågår en kontinuerlig kvalitetsforbedring i seksjonene. Det å inneha tekniske ferdigheter der de mestrer å være kostnadseffektive, og sosiale ferdigheter der de ivaretar sine ansatte gjennom gode relasjoner er ofte viktige forventninger til ledere (Høst, 2014).

Studien viser at ledere opplever det vanskelig når det gjelder beslutninger det er uenighet om og nivået over tar avgjørelser. Ledere er likevel lojale mot det som blir bestemt og håndterer beslutningen profesjonelt overfor egne ansatte.

Sykepleieledere hadde personalansvar tidligere også, men avdelingen ble ledert i fellesskap av en avdelingsoverlege og en oversykepleier. Sykepleielederne tar i dag ansvar og sørger for egen fagutvikling og skolering. Det betyr at lederes ledelsesfunksjon er oppgradert i tråd med Ot.prp.10 1998-99, ved at lederens tid i hovedsak brukes til ledelsesarbeid, og at lederen må fungere som ansvarlig for hele avdelingen. Det har ført til en integrering av faglig og administrativ ledelse (Ot.prp.10 1998- 99:88).

Medarbeiderne som gis mulighet for læring, utvikling og vekst i arbeidet får et mer et helhetlig perspektiv i forhold til virksomhetens prestasjoner (Høst, 2014). Det kan virke som om den organisasjonsmodellen som er etablert for ledere i denne studien har gitt lederne en slik opplevelse som Høst beskriver.

Det er innført begreper som kan knyttes til NPM som har ført til et mer økonomisk språk. Det er begreper som alle ledere må forholde seg til og begreper som i starten virket fremmedgjørende, men som gradvis er integrert og som sykepleiere er blitt fortrolige med.

Som beskrevet i kapittel 4.2.1 signerer ledere lederavtaler og har egne budsjett som de er forpliktet til å holde, og de har en viss grad av handlingsrom innenfor budsjettet. Ledere forholder seg til de inngåtte avtalene, er lojale og jobber for å nå målene i avtalene. Ved innføring av modellen og satsningen som helseforetaket har gjort i forhold til ledere opplever de at de har fått styrket sine kunnskaper og ferdigheter innenfor ledelsesfaget. Det har blitt lagt vekt på at alle ledere skal gjennom et lederutviklingsprogram. Det oppleves å ha gitt mer kompetente ledere.

Controller har fått makt. De er formelt sett ikke ledere, men de jobber tett sammen med ledere og utfører funksjoner som kan forstås som lederoppgaver som går på økonomi. Gjennom det «dyttes» lederen i en retning som omhandler økonomi. Ledere måles på indikatorer som går på økonomi, men også på aktivitet og kvalitet.

Min forståelse av Controllers makt tolkes i tråd med slik Mintzberg beskriver fordeling av beslutningsmakt der han skiller mellom vertikal eller horisontal desentralisering. Ved desentralisering er beslutningsmakten fordelt mellom mange nivåer eller mennesker i organisasjonen. Ved vertikal desentralisering er makten til å ta beslutninger delegert i det formelle hierarkiet til leder i linjen. Ved horisontal desentralisering av makt delegeres beslutningsmakt til personer som er utenfor det formelle hierarkiet. Det kan være stabspersoner fra analyse eller annet støttepersonell (Høst, 2014). I dette tilfellet til Controller.

Under intervjuene kom det frem at det oppleves som en ulempe for sykepleieledere at sykepleiefaget er underrepresentert i direktørens ledergruppe. Det kan få noen konsekvenser som usikkerhet om hvorvidt saker som sykepleieledere er opptatt av blir diskutert eller saksbehandlet i foretakets ledergruppe. Dersom de blir diskutert, er det en ulempe for sykepleielederne at ingen fra sykepleieavdelingene er med i diskusjonene og får lagt frem sitt syn. Her beskriver sykepleielederne at deres styrings- og påvirkningsmulighet i noen viktige beslutningsprosesser er svake i denne organisasjonsmodellen.

Det kom også frem at det opplevdes å være stor avstand til beslutningsnivået i enkelte saker. Det skapes uklarhet om ansvar og eierskap og uenigheter må løftes (kanskje unødvendig) opp til klinikknivået der ansvaret samles i enhetlig ledelse. De opplever at slik de nå er organisert begrenses handlingsrommet til ledere i tredje og fjerde ledeselsnivå, og kan forstås å være i strid med kravene til enhetlig ledelse som ble lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven i 1999 (Helsedepartementet 1999).

### **5.3 Samarbeid og nye konstellasjoner og dilemma**

For å oppnå gode driftsmessige og faglige resultater i organisasjonen forutsettes det at sykepleieledere og legledere samarbeider på tvers. Et sentralt funn som er en «rød» tråd i flere intervjuer er at det er personavhengig hvordan samarbeidet mellom legeledere og sykepleieledere fungerer. Et dilemma er at sykepleiere kan og vil samarbeide, mens legene er litt mer «av og på» noe som begrunnes med at det er personene og kjemien mellom dem det handler om, og om de er innstilt på å samarbeide. Hva årsaken er til personavhengig og uforutsigbart samarbeidsklima uttrykkes ikke eksplisitt av informantene. Det kan tolkes som

at det handler om at det har vært manglende lederansvar i nivået over i forhold til opplæring eller bevisstgjøring av betydningen av det tverrfaglige samarbeidet.

Døving viser at utfordringer og dilemma oppstår ofte når det skal etableres samarbeid mellom sykepleiere og leger som er opptatt av å beholde sitt hegemoni (Døving m.fl.2016), og slike dilemma ble beskrevet i min studie, spesielt der legene uteble fra møter, og der legene uttalte at de var avhengig av å bestemme og ha instruksjonsmyndighet, men studien viser også til situasjoner hvor sykepleieledere og legeledere samarbeider gjennom uformelle møter. Sykepleierne foretar ikke en lukking av sine kunnskaper i forhold til legeprofesjonen og andre profesjoner. I det ligger det også at sykepleiere samtidig gir fra seg noe av ansvaret til legen for å gjøre videre vurderinger i behandlingsforløpet. Det er lang tradisjon for at legene støtter seg til sykepleiernes observasjoner og informasjon som sykepleiere «gir» til legene. Studien viser at sykepleielederens samarbeid med legene er personavhengig.

Det kommer også frem under intervjuene at leger og sykepleierne samarbeider mye, og de har instruksjonsmyndighet på hvert av sine felt. Dette er «det gode eksempel». Dataene viser at søyleorganisasjonen legger til rette for at legeprofesjonene får muligheter til å etablere arenaer for kvalitetsutvikling i egen søyle på måter som oppleves som konstruktive. Dette er også et eksempel på hvordan legene styrker eget fags autonomi, men samtidig fjerner seg fra det tverrfaglige.

Sykepleietjenesten i denne studien leder sin egen profesjon og mine funn viser at det åpenbart har skjedd en maktforskyvning fra legeprofesjonen til sykepleierprofesjonen fordi økonomistyringen formelt og reelt er delt og sykepleierprofesjonen har blant annet fått økonomiansvar for egen enhet. Dette fordi de gjør vurderinger, tar beslutninger og prioriteringer innenfor økonomi i egen enhet. Sykepleieledere kan regnes for å være hybridledere i Llewellyn, 2001 sin betydning. Slike endringer er med på å styrke sykepleiefaget slik de opplever det i denne organisasjonen, men er også viktig for å styrke de enkelte profesjonene generelt.

## 5.4 En fremtidig fruktbar organisasjonsmodell for sykepleieledere

Undersøkelsen viser at det er ulik forståelse av enhetlig ledelse mellom profesjonene og at det er en oppfatning i organisasjonen om at enhetlig ledelse utøves først på klinikknivå. Studien viser ansvarlige ledere på alle nivåer med et stort faglig, økonomisk, personalmessig ansvar. Et utviklingsbehov som tydelig trer fram i organisasjonen i denne studien er å etablere strukturer for samarbeid på tvers som er tilpasset pasientens behov og som fungerer godt for sykepleieledere og legeledere. Det har betydning for pasientene for at de skal oppleve god kvalitet i behandlingsforløpet, og for sykehuset for å sikre en kostnadseffektiv drift.

Basert på erfaringene og beskrivelsene til informantene i denne studien vil jeg helt til slutt løfte frem sentrale elementer som bør inngå i en fruktbar ledelsesmodell for sykepleieledere:

1. Modellen som velges må ha en struktur med etablerte samarbeidsarenaer på tvers i organisasjonen og tilpasset beslutningsmyndighet i nivåene.
2. Det er en forutsetning at alle profesjoner har høy grad av samhandlingskompetanse.
3. De ulike profesjonene vil måtte avgi autonomi og inngå i tverrfaglig samarbeid på tvers i organisasjonen.
4. Det må være god representasjon på strategisk nivå som er representativt for alle fagsøylene. Det vil gi større opplevelse av legitime beslutninger for alle profesjoner og faggrupper når de opplever seg representert på strategisk nivå.

Denne studien kan oppsummeres med at organisasjonsmodellen fungerer for sykepleieledere på alle nivåene fordi den gir mulighet for innflytelse og handlingsrom.

## LITTERATURLISTE

Aadland, Einar (1998) *Og eg ser på deg...*; Vitenskapsteori og metode i helse og sosialfag; Tano Aschehoug.

Berg, Ole (2010) *Sykehusene og den legelige selvstendighet. Innledende betraktninger om hvordan den faglige suksess førte til politisk nederlag: Historien fra ca. 1900 til ca. 2000*. I: Finseth, A. et al, (red.) (2010): *Utfordring og mulighet: en helsetjeneste i endring*. Unipub: 48-74.

Christoffersen, Svein Aage, (2011). *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bolman, Lee og Deal, Terrence E (2009) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*; Gyldendal Norsk forlag AS; 4. utgave, 3 opplag 2012.

Byrkjeflot, Haldor (1997): *Fra styring til ledelse*; Bergen: Fagbokforlaget.

Byrkjeflot, Haldor og Guldbrandsøy, Kari (2013): *Både hierarkisk styring og nettverk*; En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus; Tidsskrift for samfunnsforskning 04/2013: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav (2000): *Metode og oppgaveskriving for studenter*; Gyldendal Norsk Forlag: 3. utgave, 1 opplag 2000.

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. *Lederansvar i sykehus*; Rundskriv nr. I 2/2013.

Døving, Erik, Elstad, Beate og Storvik Aagoth. (2016) *Profesjon og ledelse*; Oslo, Bergen: Fagbokforlaget.

Eriksen-Deinoff, Morten, Melhus, Jon-Morten. (2013) *Sykt bra* Melhus; Communication.

Eriksen, Oddvar Erik, (1993) *Den offentlige dimensjon. Verdier og styring i offentlig sektor*; Tromsø, Bergen: Tano.

Galvin, K. & Erdal, B (2010) *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.

Gjerberg, E, Sørensen, B. A *Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet*; Tidsskrift for Den norske legeforening nr.8- 6.april 2006.

Grund, Jan (2000) “*Sykehus—hvordan bør de styres?* Publistert:4/2000. Magma.

Grønhaug, Kjell, Hellesøy, Odd, Kaufmann Geir (2011) *Ledelse i teori og praksis*; Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedepartementet (1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Ot.prp. nr. 10. Oslo: Helsedepartementet.

Høst, Tor (2014) *Ledelse i Helse- og sosialsektoren*; Oslo: Universitetsforlaget.



Jacobsen, D. I og Thorsvik, J.(2016). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jespersen, P. Kragh (2005) *Mellom profesjon og management*. København: Handelshøyskolens forlag.

Johansen, Monica Skjøld (2005) «*Penga eller livet*» Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetsforskning Bergen, desember 2005.

Johansen, Monica Skjøld (2009) *Mellom profesjon og reform*. Handelshøyskolen BI 2009:2 PHD. Nordberg hurtigtrykk.

Kaplan R. and Norton D. (1996). "*The balanced scorecard: Strategy into Action*". Boston Massachusetts, Harvard Business school press.

Klausen, Kurt Klaudi (2001) *Skulle det være noget særligt? Organisasjon og ledelse i det offentlige*. København: Børsen forlag.

Llewellyn, Sue (2001) *Two- way Windows. Clinicians as Medical Managers*. Organization Studies, 22 (4) 593-623.

Lian, Olaug S. (2003) *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*; Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2.utgave 2007.

Meld. St.11, (2015-2016) Melding til Stortinget, Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019).

Meld. St.13,( 2016-2017) Melding til Stortinget, Kvalitet og pasientsikkerhet (2015).

Mintzberg, Henry (1999) *Lederens jobb: folklore og fakta* Publisert: 4/1999. Magma.

Mo, Tone Opdahl, *Ledelse til begjær eller besvær*; om reformer, fag og ledelse i sykehus. NTNU 2006:16 Doktoravhandling. NTNU-trykk.

Molander, Anders, Terum, Lars Inge (2008) *Profesjonsstudier*; Universitetsforlaget, 3 opplag 2013.

NOU 1997: 2. (1997). *Pasienten først! – Ledelse og organisering i sykehus*.

Nordby, Halvor (2009) *Kommunikasjon og helseledelse*; Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Pettersen, Inger Johanne, Magnussen, Jon, Nyland, Kari, Bjørnemark, Trond (2012) *Økonomi og helse*; Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

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

Sørhaug, Tian (2004) *Managementalitet og autoritetens forvandling*; Bergen: Fagbokforlaget 2 opplag 2006.

Tjora, Aksel, *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.

Tjora, Aksel, Melby, Line *Samhandling for helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2013.

Wadel, Carl Cato, Fuglestad, Otto Laurits (2014) *Feltarbeid i egen kultur*. Cappelen Damm AS 1.utgave, 2. opplag 2016.

Yukl, Gary, *Leadership in organizations*. Global Edition, Pearson Education Limited, Essex England, 2013

<https://www.magma.no/sykehus-hvordan-boer-de-styres> (lest 28.12.17)

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/> (lest 02.06.16)

[https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2008/108-2008%20Omstillingsprogrammet-innsatsområde\\_1-hovedstadsprosessen.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2008/108-2008%20Omstillingsprogrammet-innsatsområde_1-hovedstadsprosessen.pdf) (sist lest 07.01.16)

<https://www.magma.no/balansert-malstyring> (lest 15.08.17)

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer\\_kta/dokumenter/rundskriv\\_lederansvaret\\_sykehus.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_lederansvaret_sykehus.pdf) (lest 06.08.16)



Inger Lise Teig  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin  
Universitetet i Bergen Postboks 6165  
5892 BERGEN

Vår dato: 18.08.2016                      Vår ref: 49233 / 3 / AGL    Deres dato:                      Dere

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.07.2016  
Meldingen gjelder prosjektet:

*49233 Hvordan fungerer enhetlig ledelse for sykepleieledere i søyleorganiseringen ved [REDACTED]?*

*Behandlingsansvarlig Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder Daglig ansvarlig Inger Lise Teig*

*Student Tone Woll buer*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tone Woll buer [tone.woll.buer@siv.no](mailto:tone.woll.buer@siv.no)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS	Harald Hårfagres gate 29	Tel: +47-55 58 21 17	<a href="mailto:nsd@nsd.no">nsd@nsd.no</a>	Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data	NO-5007 Bergen, NORWAY	Faks: +47-55 58 96 50	<a href="http://www.nsd.no">www.nsd.no</a>	



Utvalget informeres skriftlig om muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet er godt utformet.

Ombudet minner om at forskning på egen arbeidsplass har noen etiske forhold som må tas med i betraktningen:

<http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/egenarbeidsplass.html>

Personvernombudet legger til grunn at student etterfølger Universitetet i Bergen sine regler for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av

bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

- slette digitale lydopptak

## Vedlegg 2 Forespørsel om intervju og deltakelse i masterprosjekt.

**Mitt navn er Tone Woll Buer og er for tiden masterstudent ved Universitetet i Bergen, HELSELEDELSE, KVALITETSFORBEDRING OG HELSEØKONOMI**

Det medisinsk - odontologiske fakultet, Institutt for global helse og samfunnsmedisin.

Det jeg ønsker å undersøke i mitt forskningsprosjekt er; *Hvordan fungerer enhetlig ledelse for sykepleieledere i søyleorganiseringen ved Sykehuset i Vestfold HF?*

### **Bakgrunn og formål**

Jeg har til hensikt å undersøke om denne måten å organisere sykepleietjenesten på er et tydelig eksempel på enhetlig ledelse. Formålet med studien er å undersøke hvordan denne organiseringen fungerer og hvilke meninger og holdninger det finnes i organisasjonen til denne måten å organisere på. Jeg ønsker å beskrive hva som er spesielt med denne måten å organisere på. Jeg søker å finne svar på om dette er en god modell eller om det er svakheter for sykepleielederne i modellen. Bør det gjøres noen tilpasninger eller endringer? Endelig ønsker jeg å drøfte eventuelle tilpasninger eller endringer som kan effektivisere ledelsesfunksjonene.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Jeg vil gjøre intervjuer med ledere med lege og sykepleiefaglig bakgrunn på flere nivåer i organisasjonen. I tillegg vil jeg intervju øverste leder og økonomiansvarlig.

Jeg vil bruke kvalitativ metode og gjøre dybdeintervjuer. Å bruke kvalitativ metode vil gjennom åpne spørsmål gi svar på hva, hvordan og hvorfor. Informantene vil reflektere over egne erfaringer og meninger over tema. Intervjuene vil bli tatt opp på tape. I oppgaven vil alle opplysninger anonymiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2017. Alle notater fra intervjuene og lydopptak slettes når oppgaven leveres.

Jeg sender forespørsel til deg på grunn av din rolle i forhold til problemstillingen. Jeg ber herved om informert samtykke til å delta i undersøkelsen?

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun veileder og undertegnede som under studien vil ha tilgang til personopplysninger.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Tone Woll Buer  
mob. 906 82 441 epost: [tone.woll.buer@siv.no](mailto:tone.woll.buer@siv.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata  
AS.

Veileder for oppgaven er Inger Lise Teig, Førsteamanuensis ved medisinsk fakultet og  
institutt for global helse og samfunnsmedisin Universitetet i Bergen, Kalfarveien 31, 5018  
Bergen  
Tlf: 55 58 85 14 Mob: 922 28 106.

Tønsberg 07.09.16

Vennlig hilsen  
Tone Woll Buer  
Masterstudent, UiB

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### Vedlegg 3 Intervjuguide

Denne guiden er et utgangspunkt for intervjuene som jeg vil bruke som en ramme for intervjuene. Flere av spørsmålene vil stille jeg til alle ledernivåene og derfor står de flere ganger. Underveis i prosessen vil jeg supplere med andre relevante spørsmål som det blir naturlig å formulere i intervjusituasjonen.

#### **Til alle.**

Utdanningsbakgrunn (videreutdanning, lederutdanning)

Ansiennitet i sykehuset og i stillingen

Fortell litt om avdelingen du leder? (antall ansatte-seksjoner-pasienter-ulike spesialiteter ol.)

#### **Intervjuguide til kliniksjefer og avdelingssjefer (nivå 2 og 3):**

Hva er ditt ansvar som avdelingssjef/kliniksjeff?

Hva er din rolle i lederteamet?

Hvordan er en dag for deg? (Få de til å beskrive virkeligheten og hvordan de opplever den)

Hvordan oppnår du som en sykepleier faglig autoritet i denne stillingen? Overfor egen faggruppe? Overfor andre faggrupper? (dette spørsmålet er til avdelingssjefene).

Hvilken betydning har det å ta på seg lederoppgaver når det gjelder å gjøre karriere som lege/sykepleier?

Opplever du deg som talsmann for egen faggruppe? Hva med egen/andre faggrupper – hva tror du de tenker om det?

Tror du det spiller noen rolle i din stilling hvilket kjønn du har?

Hvilke oppgaver har du?

Hva legger du i enhetlig ledelse?

Hva legger du i hybridledelse?

Hva legger du i å være kostnadseffektiv?

Hva legger du i måloppnåelse?

Hva mener du bør gjøres for å bedre kvalitet og effektivitet?

Hvordan fungerer samarbeidet på tvers i organisasjonen med lege/sykepleiesøylen?

Hvilke samarbeidsarenaer har du/dere?



Hvordan kan man kvalitetssikre prosesser?

Hvordan utvikler du en god kultur hos de som du er satt til å lede?

Kan du fortelle om en dag som var vanskelig?

**Intervjuguide til øverste ledelse (nivå 1):**

Hva legger du i enhetlig ledelse?

Hva ville du oppnå med denne måten å organisere på?

Kan du si litt om utfordringene som har vært når det gjelder søyleorganiseringen i sykehuset?  
Hvordan vurderer du at du/SiV har fått det til?

Hvilke hindringer / utfordringer har det vært?

Du har vært opptatt av "ledelse helt ut" Hvordan fungerer det?

Hvor viktig er det med lokal frihet for den enkelte avdeling (mht utforming av ledelsesstruktur)?

Modellen innebar en dreining mot "nøytralisering" av fag i lederposisjonen. Hvordan har det vært i SiV HF?

Hvordan har du fått det til i et faglig bevisst miljø?  
Hvilken plass har det faglige, og hvordan utspiller det seg i en lederposisjon?

Hva legger du i hybridledelse?

Hva legger du i å være kostnadseffektiv?

Hva legger du i måloppnåelse?

Hva mener du bør gjøres for å bedre kvalitet og effektivitet?

Hvordan har du inntrykk av at søyleorganiseringen er mottatt så langt?

**Intervjuguide seksjonsledere (nivå 4):**

Hva er ditt ansvar som seksjonsleder?

Hvilke oppgaver har du?

Hva legger du i enhetlig ledelse?

Hva legger du i hybridledelse?

Hvordan definerer du kontrollspenn (hvordan er kontrollspennet hos deg?)

Hva legger du i å være kostnadseffektiv?

Hva legger du i måloppnåelse?

Hva mener du bør gjøres for å bedre kvalitet og effektivitet?

Hvordan fungerer samarbeidet på tvers i organisasjonen med lege og kontorsøylen?

Hvilke samarbeidsarenaer har du/dere?

Hvilken plass har det faglige, og hvordan utspiller det seg i en lederposisjon?

Hvordan kan du kvalitetssikre prosesser?

Hvordan utvikler du en god kultur hos de som du er satt til å lede?

Kan du fortelle om en dag som var vanskelig?

#### Vedlegg 4 Analyseverktøy for bearbeiding av data.

Utsagn tema og substans (hentes fra materialet)	Gode ord og uttrykk	Umiddelbar refleksjon	Analyse og teori
<b>Hva legger du i å være kostnadseffektiv?</b>			
«for meg så, da skal jeg klare å holde det budsjettet jeg er satt til å holde, da klarer jeg å holde kostnadene. Jeg skal jo gå i null, da er jeg kostnadseffektiv»(leder 4 nivå)	Jeg skal jo gå i null. Satt til å holde budsjettet.	Det er gitte rammer	Ansvar og makt Sørhaug New Public Management
« I forhold til økonomi så er det mitt hovedansvar og holde oversikten. I forhold til driften. Jeg følger hele tiden med på belegg, gjennomsnittsbelegg og type pasienter vi har, sånn at jeg kan forklare et eventuelt overforbruk til nærmeste leder og Controller» (s.7 )	Controller overforbruk	Rapporteringsansvar opp i linjen til nærmeste leder, men også til Controller. Hvilken rolle har Controller for ledere? Der er en lederstøtte	New Public Management Byrkjeflot
« det er ikke så viktig for meg hva som ligger innenfor totalansvaret, men det viktigste for meg er at du som leder er klar over hva det er du har ansvar for»(s.5)	Totalansvaret.	Man må ha forståelse for hvilket ansvar man har som leder.	Ledelse, lederroller. Mintzberg Grønnhaug m. fl
«det som bekymrer meg er mer er at noen ikke har cachet at de har en lederavtale som inneholder en rekke ting og de skal levere på alt sammen, en ting er å signere på lederavtalen, men den dialogen som er rundt det er utrolig viktig for at vi skal forstå hele gangen i delegering av fullmakt og det ansvar man har og den verktøykassa du sitter med og at ledere er tålmodige på det og gjør dette år etter år med sine ledere, har en egen runde når det kommer nye ledere, jeg tror at det er løsningen på dette.( RG)	Dialogen Verktøykassa Delegering av fullmakt	Proessen og dialogen rundt innholdet i lederavtalen er viktig for å sikre at det er forstått  indikatorer rapportering	NPM Balansert målstyring Høst, (175,176)