

Einskapleg leiing- konsekvensar for sjukepleiefagleg leiing?

Ein studie av to klinikkar ved eit sjukehus med ulike leiarorganisering

Laila Grøthe

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi



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

April 2019

Forord

Arbeidet med masteroppgåva har vore ei lang reise, og no er eg endeleg i mål. Det har vore ein krevande prosess, men også svært lærerikt og givande å få høve til å fordjupe seg i det spennande fagområdet som leiing i helsetenesten er. Det er eit privilegium å få gjere eit slikt arbeid i vaksen alder.

Eg har intervjuja leiarar på ulike leiarnivå med mykje kompetanse og engasjement. Det var svært inspirerende og lærerikt for meg å få gjennomført desse intervju. Eg vil rette ei stor takk til alle informantane som sa seg villige til å dele sine erfaringar og opplevingar, og ikkje minst at dei tok seg tid til å bli intervjuja i ein hektisk arbeidskvardag.

Eg vil også takke Kreftklinikken, St. Olavs hospital HF som har støtta meg økonomisk til å gjennomføre masterprogrammet. Og ikkje minst takk til mine kollegaer ved Vardesenteret og Pusterommet, St. Olavs hospital HF som har ivareteke mine arbeidsoppgåver når eg har hatt skrivepermisjon.

Takk til Norsk Sykepleierforbund som har bidrege med masterstipend.

Eg vil rette ei sær stor takk til min veileidar førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, Inger Lise Teig. Tusen takk for oppmuntring, tålmod, konstruktive tilbakemeldingar og deling av kunnskap. Utan deg hadde eg aldri kome i mål. Du ”dytta” meg vidare då eg trengde det som mest. Takk til systrene mine Åse og Solveig for korrekturlesing og oppmuntring. Og tusen takk til Åse og Terje for gode opphold i Bergen i studietida. Takk til Kaja for mange gode samtalar og refleksjonar i skriveprosessen.

Til slutt ei stor takk til Grim som har tålt mine opp og nedturar. Du har hatt stor tru på meg og har lagt til rette for at eg kunne bruke helgar og kveldar for å kome i mål. No blir det tid til andre aktivitetar også!

«Står man ved målet, angreer man ikke reisens møye og besvær»

Aristoteles

Trondheim, april 2019

Laila Grøthe

Innhold

Samandrag

KAPITTEL 1	INNLEIING	6
1.1	BAKGRUNN FOR STUDIET	6
1.2	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGA	11
1.3	FORMÅL	12
1.4	AVGRENSING AV OPPGÅVA	12
1.5	ANNAN FORSKING PÅ OMRÅDET	13
1.6	OPPGÅVA SI VIDARE OPPBYGNING	16
KAPITTEL 2	TEORI	18
2.1	ORGANISASJON	18
2.1.1	<i>Sjukehuset som organisasjon</i>	20
2.2	LEIING OG LEIARROLLEN	21
2.2.1	<i>Leiing</i>	21
2.2.2	<i>Leiarrollen</i>	22
2.2.3	<i>Leiaren sitt handlingsrom</i>	23
2.2.4	<i>Tillit og makt</i>	25
2.2.5	<i>Tillitsbasert leiing</i>	28
2.3	LEIING AV SJUKEHUS	28
2.3.1	<i>Einskapleg leiing</i>	29
2.3.2	<i>Fagleg leiing</i>	31
2.3.3	<i>Hybrid leiing</i>	33
2.4	SAMHANDLING, SAMARBEID OG SAMORDNING	35
KAPITTEL 3	METODE	36
3.1	VAL AV METODE	36
3.2	KVALITATIV METODE	36
3.2.1	<i>Fenomenologisk tilnærming</i>	37
3.3	DET KVALITATIVE FORSKINGSINTERVJUET SOM DATAINNSAMLING	37
3.4	TILGANG TIL FORSKINGSFELT, UTVAL OG BESKRIVING AV INFORMANTAR	38
3.5	PLANLEGGING OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU	40
3.6	TRANSKRIPSJON AV DATA	42
3.7	DATAANALYSE	42
3.7.1	<i>Strukturell analyse-empirinær koding</i>	42
3.8	METODEKRITIKK	44
3.8.1	<i>Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet</i>	44
3.8.2	<i>Etiske betraktningar</i>	46
3.8.3	<i>Meg sjølv som forskar</i>	46
KAPITTEL 4	FUNN OG FORTOLKING	48
4.1	ORGANISERING AV KLINIKKANE	48
4.2	BETYDINGA AV TILLIT	49
4.2.1	<i>Gjensidig tillit</i>	50
4.2.2	<i>Tillit og handlingsrom</i>	51

4.2.3 Tillit og autonomi	53
4.3 BETYDINGA AV SAMARBEID	54
4.3.1 Organisering av samarbeid	55
4.3.2 Samarbeidsarenaer	58
4.4 LEIARORGANISERING FØR OG NO.....	59
4.4.1 Einskapleg leiing	61
4.4.2 Fagleg leiing	63
4.4.3 Hybrid leiing.....	66
KAPITTEL 5 DRØFTING.....	68
5.1 BETYDINGA AV TILLIT	68
5.1.1 Tillit og makt.....	69
5.1.2 Tillit og handlingsrom.....	70
5.2 BETYDINGA AV SAMARBEID	73
5.3 LEIARORGANISERING FØR OG NO.....	74
5.3.1 Einskapleg leiing	76
5.3.2 Fagleg leiing	78
5.3.3 Hybrid leiing.....	80
5.4 OPPSUMMERING.....	83
KAPITTEL 6 AVSLUTNING.....	85
6.1 TILLIT SKAPAR HANDLINGSROM.....	86
6.2 BETYDINGA AV SAMARBEID	87
6.3 LEIARORGANISERING I ENDRING	87
6.4 VIDARE FORSKING OG ANBEFALINGAR	89
LITTERATURLISTE.....	91
Vedlegg 1 Tilbakemelding fra NSD	95
Vedlegg 2 Forespørrel om deltaking i forskingsprosjekt.....	97
Vedlegg 3 Intervjuguide.....	99



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

Oppgavens tittel og undertittel Einskapleg leiing i sjukehus - konsekvensar for sjukepleiefagleg leiing? Ein studie av to klinikkar ved eit sjukehus med ulik leiarorganisering.				
Forfatter Laila Grøthe				
Forfatterens stilling og arbeidssted Senterkoordinator Vardesenteret, Kreftklinikken, St. Olavs hospital HF				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, Inger Lise Teig		
Antall sider 99	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: Etter innføring av einskapleg leiing i spesialisthelsetenesten har det vore store endringar innanfor leiarorganiseringa ved sjukehusa. Det var lite sentrale føringer for korleis sjukehusa skulle føreta organiseringa internt bortsett frå prinsippet om at kvar avdeling skulle ha ein leiar med totalansvar. Studien min omhandlar eit sjukehus der klinikane har valt ulike modellar for leiarorganisering på ulike klinikkar. Hensikt: Studien har som mål å sjå på korleis sjukepleiefaglege leiarar opplever handlingsrom og påverknad på sjukepleiefaglege områder ved å samanlikna to klinikkar med ulik leiarorganisering. Materiale: Utvalet er sjukepleiefaglege leiarar på ulike leiarnivå i spesialisthelsetenesten. Ein av informantane har ei rådgivande stilling i stab til klinikkisjef. Det er gjennomført djubdeintervju med åtte informantar. Dei som har leiarstilling er leiarar på nivå tre og fire på to klinikkar ved same sjukehus. Alle har utdanning som sjukepleiar. Informantane har ulik erfaring som leiar. Dei fleste har leiarutdanning og nokre har vidareutdanning innanfor fagfeltet dei arbeider i. Metode: Prosjektet er basert på bruk av kvalitative metodar med delvis strukturerte intervju. Eg har valt ei fenomenologisk tilnærming Resultat: Sjukepleiefaglege leiarar har ansvar for personale, fag og økonomi som gjeld sjukepleietenesten på avdelinga. På grunn av ulik leiarorganisering på dei to klinikane har informantane noko ulik oppfatning av kva som påverkar handlingsrommet på det sjukepleiefaglege område. Alle opplever at tillit og god relasjon til næraste leiar er avgjerande for å kunne oppleve autonomi i rollen. Nokre peikar på at den organisatoriske løysinga i form av leiarmodell med sjukepleiefagleg leiar for sjukepleietenesten er avgjerande for å ha tilfredsstillande fokus på fag- og kvalitetsutvikling innanfor sjukepleietenesten. Faktorar som trange økonomiske rammer og aukande krav til dokumentasjon og registrering av aktivitet oppleves som ein meir begrensande faktor på handlingsrom enn leiarorganisering. Konklusjon: Dei sjukepleiefaglege leiarane opplever alle å ha tilfredsstillande påverknad og handlingsrom på det sjukepleiefaglege område på avdelinga dei er tilsett. Dei opplever at faktorar i form av tillit, god relasjon til næraste leiar og leiarorganisering bidreg til dette. På klinikken der lege har totalansvar for avdelinga, omtalar dei organiseringa som ei form for todelt leiarmodell ved at dei samarbeider om leiing av avdelinga. Nokre etterlyser manglande representasjon av sjukepleieleiar på strategisk nivå på sjukehuset.				
Nøkkelord Einskapleg leiing, fagleg leiing, sjukepleiefagleg leiing, organisasjonsmodellar, leiarmodellar, handlingsrom, ansvar, beslutningsmyndigheit				



**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 Unitary management- consequences for nursing management? A study of two clinics at a hospital with different management models.				
Author Laila Grøthe				
Author's position and address Center manager Vardesenteret, The Cancer clinic, St.Olavs Hospital HF, Trondheim University Hospital				
Date of approval		Supervisor Associate Professor at The Department of Global Public Health and Primary Care, The University of Bergen, Inger Lise Teig		
Number of pages 99	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
Sammendrag Background: The introduction of unitary management in the Norwegian specialist health care services have led to significant changes in management organization at hospitals. Few key guidelines were provided for how the hospitals should address organization internally, beyond the principle that each unit must have a manager with overall responsibility. The object of my study is a hospital where different clinics have chosen different management organization models. Purpose: The study aims to investigate how nursing managers experience their scope for action and influence on nursing aspects by comparing two clinics with dissimilar management organizations. Material: The sample is nursing managers on different levels inside the special health care services. In-depth interviews have been carried out with eight respondents. One of them is an advisor to the clinic manager. The respondents who have a manager position, are on level three or four at two different clinics at the same hospital. All of them are registered nurses. The respondents have varying management experience. Most of them have management education, and some have taken advanced courses inside their chosen speciality. Method: The project is based on the qualitative method with semi-structured interview. I have selected to use a phenomenological approach. Results: Nursing managers are responsible for personnel, budgets and nursing decisions regarding the nursing services in their units. Due to the dissimilar management organizations of the two clinics under study, the respondents have somewhat different views of what influences the nursing scope of action. They all report that trust and a good relationship with their own manager is decisive in order to experience autonomy in their role. Others point out that the chosen organizational solution with a nursing manager running the nursing services is decisive for maintaining a satisfactory focus on improvements in nursing and quality. Factors such as tight budgets and increasing requirements for documentation and activity recording are seen as more limiting factors on scope of action than management organization. Conclusion: The nursing managers all experience having satisfactory authority over and influence on the nursing aspects inside their units. They report that various factors such as trust, good relations to their own manager and management organization contribute to this end. For the clinic where a doctor has the overall responsibility in the unit, the respondents refer to this as a dual management model involving cooperative management. Some of the respondents calls for representation of nursing managers at the strategic level at the hospital.				
Key word Unitary management, professional management, nursing leaders, nursing management, organizational models, management models, scope for action, responsibility, decision authority				

KAPITTEL 1 INNLEIING

Etter innføring av einskapleg leiging ved sjukehusa har det vore store endringar innanfor leiarorganiseringa av sjukehusa. Det var lite sentrale føringar for korleis sjukehusa skulle føreta organiseringa bortsett frå prinsippet om at kvar avdeling skulle ha ein leiar med totalansvar. Sjukehuset min studie tek utgangspunkt i innførte einskapleg leiging i 2001 basert på nasjonal avgjerd om innføring av ein ansvarleg leiar på alle nivå. Det vart bestemt at alle avdelingar skulle leiast av ein avdelingssjef med totalansvar. Avdelingane vart organisert i ulike senter med senterdirektør som næraste leiar. Senterdirektør var ansvarleg for leiarorganiseringa i avdelingane. Etterkvart vart organisasjonsstrukturen endra på nytt med ny senterorganisering og klinikkar leia av klinikksjefar innanfor kvart senter. Kvar klinikk består av eit ulikt tal på avdelingar, oftast organisert utifrå medisinsk spesialitet. Klinikksjefane har etterkvart bestemt seg for ulik leiarorganisering av avdelingane i klinikken. Nokre klinikkar har avdelingssjef på kvar avdeling utifrå medisinske spesialitetar. Desse har totalansvar for avdelinga og er oftast legar. Andre klinikkar er organisert med avdelingssjefar for legar og sjukepleiarar i eigne avdelingar. Desse har totalansvar for den medisinske tenesten og sjukepleietenesten i klinikken.

I studien min er eg oppteken av å finne ut korleis sjukepleieleiarar opplever at organiseringa påverkar deira arbeidsutøving med tanke på handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål, og om det er ulike opplevingar der det er ulik leiarorganisering. Det er også interessant å sjå på om andre faktorar enn organisering kan påverka opplevinga deira.

1.1 Bakgrunn for studiet

Frå 1970-talet fram til slutten av 1900 talet var einskapleg todelt leiarmodell den vanlegaste forma for organisering på kliniske avdelingar i norske sjukehus. Denne modellen bygde på ei deling av leiaransvaret fyrst og fremst mellom legar og sjukepleiarar, der avdelingsoverlegen hadde det medisinsk faglege ansvaret og leia legane. Oversjukepleiar hadde det administrative ansvaret for avdelinga/seksjonen eller posten med personalansvar for alt anna personell enn legane samt drifts- og gjerne budsjett- og økonomiansvar (Berg, 2010).

I same tidsrom skjedde det store endringar innanfor sjukehusvesenet i Norge, både på grunn av den økonomiske utviklinga (oljekrisa), og fordi den medisinsk-teknologiske utviklinga for alvor skaut fart. Behandlingstilboda auka raskare enn budsjetta, og det førte til store underskot for sjukehusa. Difor prøvde politikarar frå alle parti å få kontroll over sjukehusøkonomien, og

betre organisering av sjukehus og profesjonisering av leiing vart sett på som middel til å få kontroll (ibid).

Reformene i spesialisthelsetenesten i 2001 -2002 med innføring av einskapleg leiing og statleg overtaking av sjukehusa har medført store endringar for organisering og leiing av sjukehusa. Spesialisthelsetenestelova (Ot.prp.10 1998-99) frå 2001 har pålagt sjukehusa å innføre einskapleg leiing på alle nivå. Dette var eit resultat av mange år med utredningsarbeid av ulike utval. Steineutvalet som vart leia av Vidar O. Steine utarbeida NOU 1997:2 «*Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*». Mandatet til utvalet var å foreslå tiltak innanfor områda leiing og organisering som skulle betre drifta i norske sjukehus, dvs. at sjukehusa på ein betre måte dekkar pasientane sine behov. Denne la grunnlaget for lovendinga som medførte innføring av einskapleg leiing i sjukehus ¹.

Lovendinga er nedfelt i spesialisthelsetenestelova §3-9: *Ledelse i sykehus. Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.* Lova tredde i kraft 1.1.2001 med ein innføringsperiode av einskapleg leiing på to år.²

Steineutvalet meinte at det var behov for endringar i sjukehusa si interne organisering og leiing. Det til tross for at norske sjukehus var sett på å vera gode sjukehus med motiverte og kompetente fagfolk som arbeidar for pasientane sitt beste. Utvalet la vekt på den betydning leiing har for at sjukehusa skal virke i eit pasientperspektiv, og understreka at dei foreslegne endringane i stor grad skapar ein ny leiarrolle. Det viktigaste bidraget for at framtidens sjukehus skal virke til pasienten sitt beste, er at leiarar får ansvar og fullmakter/virkemiddel, og at dei har haldningar som tilstrebar tverrfagleg samarbeid med fokus på pasientane sine behov. Det fordrar haldningsendingar både hjå dei som skal leia og blant dei som skal bli leia, og at sjukehusa legg til rette for det. Utvalet stod samla i synet på at leiing av sjukehusavdelingar skal vera basert på einskapleg og ikkje delt leiing. Dette for å skapa ein klarare ansvarssituasjon enn det var med todelt leiarmodell. For å understøtta det tverrfaglege samarbeidet meinte utvalet at ein måtte opprette tverrfaglege leiargrupper i organisatoriske einingar på sjukehuset. Desse skal ivareta spennvidde av sentrale einingar og/eller faglege miljø innan den enkelte organisatoriske eining/avdeling. I kliniske avdelingar vil det i dei aller

¹ NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus

² Lov 1999-07-02 nr.61: Lov om spesialisthelsetjenester m.m., 1999 (Spesialisthelsetjenesteloven)

fleste tilfelle vere medisinsk fagleg og sjukepleiefagleg representasjon i leiargruppa (NOU 1997:2).

Utvalet kom ikkje med konkrete forslag til korleis sjukehusa burde organisere seg. Dette var med grunngeving i mellom anna at det var forskjellar i storleik, faglege funksjonar, pasientgrunnlag og organisasjonskultur. Det var manglande dokumentasjon på effekt av ulike organisasjonsmodellar. Verdien av å skapa lokal forankring og lokalt eigarskap til løysingar vart vektlagt. Utvalet la derimot vekt på at val av organisasjonsmodell for intern organisering måtte legge fylgjande til grunn: *Økt verdiskaping, bedre kontinuitet, bedre helhetstenkning og bedre arbeidsmiljø* (NOU1997:2).

Motstanden mot innføring av einskapleg leiing var stor i helsesektoren både blant legar og sjukepleiarar. Det oppstod likevel ein konflikt mellom desse faggruppene, då legane ville vera øvste leiar, og argumenterte for at det medisinske faget var overordna slik at kun legar kunne ha det medisinske ansvaret. Sjukepleiarane nekta ikkje for det, men ville leia eige fagområde. Dei meinte at også sjukepleiarar kunne vera leiar av avdelingar. Då tema om profesjonsnøytral leiing skulle avgjerast var Norsk Sykepleierforbund (NSF) positive til dette, då dei såg at sjukepleiarar no fekk formelt anledning å bli leiar på avdelingsnivå (Lund, 2012). Andre sjukepleiarar såg på innføringa av einskapleg leiing som eit tap, då den nye leiarmodellen førte til at stillingane som oversjukepleiar og sjefssjukepleiar vart fjerna. Det viste seg også at det stort sett vart legar som fekk leiarposisjonane og dermed fekk sjukepleiarane mindre påverknad på styring og leiing generelt (Sveri, 2004).

Sjukehuset eg har studert gjennomførte ein organisasjonsutviklingsprosess som medførte ny avdelingsinndeling ved sjukehuset i 2001. Dette med utgangpunkt i den nasjonale avgjerda om innføring av ein ansvarleg leiar på alle nivå. Dåverande leiarstruktur vart avvikla og avdelingssjefstillingar med totalansvar for avdelingane skulle tilsettast 1.kvartal 2001³. Det vart tilsett legar i dei fleste avdelingssjefstillingar. For sjukepleietenesten innebar endringa at oversjukepleiarstillinga med totalansvar for sjukepleietenesten ved avdelingane vart organisert i stab til avdelingssjef. Stillingstittel for desse vart endra til fagleg systemansvarlig/sjukepleiefagleg rådgivar. Det same gjaldt stillinga som sjefssjukepleiar ved sjukehuset som hadde hatt totalansvar for sjukepleietenesten. Etter innføring av einskapleg leiing vart denne stillinga plassert i stab til administrerande direktør ved sjukehuset. Dette

³ Brev utsendt frå administrerende direktør 23.11.00

førte til at sjukepleietenesten ikkje lenger hadde samanhengande linje til toppleiinga ved sjukehuset.

Ytterlegare endringar kom ved sjukehuset i samband med utbygging av nytt sjukehus ved St. Olavs hospital i perioden 2005-2013. Sjukehuset endra senterstrukturen og oppretta klinikkar innanfor kvart senter. Frå 2010 var det klinikkorganisering ved heile sjukehuset med klinikkisjef som øvste leiar. Dei fleste klinikkar har lege som klinikkisjef. Sjukehuset er organisert i 20 ulike klinikkar/divisjonar totalt og av desse er 14 klinikkar med kliniske funksjonar. Seks klinikkar/divisjonar har akutt- og servicefunksjonar. Det er ulike leiarorganisering på klinikkane med kliniske funksjonar. Dei to klinikkane eg studerer er klinikkar som har klinisk verksemd med poliklinikkar og sengepostar. Prinsippet om einskapleg leiing er gjennomført med administrerande direktør på nivå ein og klinikkisjefar på nivå to. Desse utgjer toppleiinga ved sjukehuset. Sjukehuset har ikkje hatt nokon overordna strategi for leiarorganisering på nivå tre og fire.

Frå 2006 og fram til i dag har det utvikla seg ulike organisering på dei ulike klinikkane på nivå tre og fire. Dette har mellom anna ført til at det er ulike prinsipp for organisering av sjukepleietenesten ved klinikkane. Nokre klinikkar har organisert seg utifrå medisinsk fagleg tilnærming, dvs. at ein fylgjer medisinske spesialitetar med vekt på at profesjonane arbeidar i team rundt pasienten. Avdelingane er då oftast leia av ein lege på nivå tre med totalansvar, medan ein sjukepleiar/seksjonsleiar har fag- og personalansvar for pleietenesten på ulike seksjonar i avdelinga. Dei fleste klinikkar har etterkvart valt ein sjukepleiefagleg tilnærming der ein vektlegg det sjukepleiefaglege på tvers av medisinske spesialitetar. Innanfor klinikken har dei då organisert sjukepleietenesten i eiga avdeling, avdeling for sjukepleieteneste, med avdelingssjef sjukepleie som har totalansvar for sjukepleietenesten. Denne er leiar for seksjonsleiarane (sjukepleiar) på alle seksjonar. Denne samarbeider med avdeling for legetenester, som er leia av avdelingssjef lege som har totalansvar for dei medisinske tenestene ved klinikken.

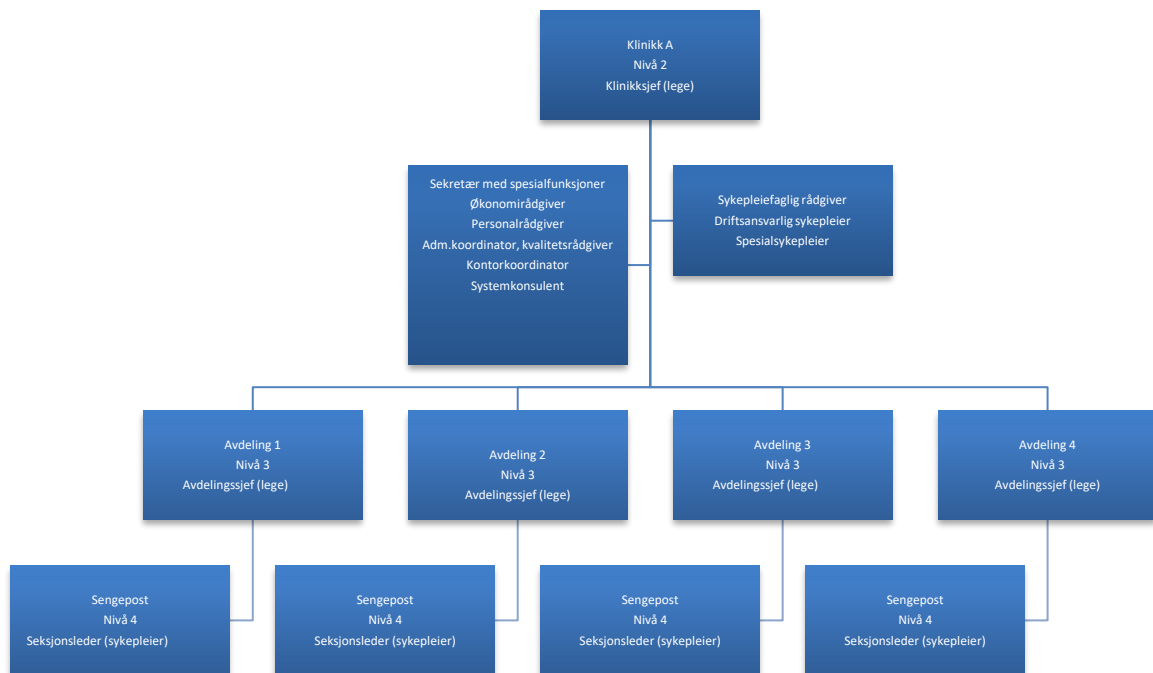
Prosjektrapporten ”Styring av sykepleieressursene ved St. Olavs Hospital HF” (2016)⁴ vart utarbeida på oppdrag frå administrerande direktør i etterkant av Riksrevisjonens rapport: ”Om undersøkelse av styring av pleieressursane i helseforetakene” (2015)⁵. Utvalet kom mellom anna med anbefaling at det som hovudregel vert innført avdelingssjef sjukepleie ved

⁴ Prosjektrapport: Styring av sykepleieressursene ved St. Olavs hospital HF (2016)

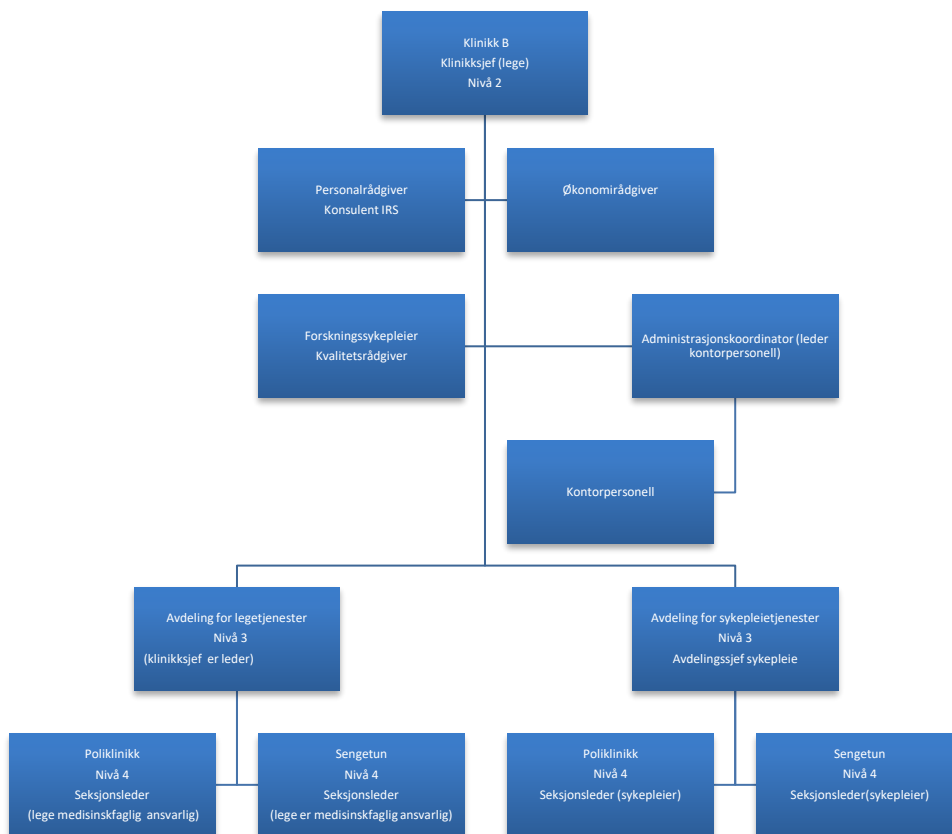
⁵ Riksrevisjonen: Undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene. Offentliggjort 29.09.2015

klinikkane/divisjonane ved St. Olavs Hospital HF. Dette for å sørge for optimal ressursbruk og legge til rette for samarbeid internt og på tvers av klinikkar. Det har ikkje medført nokon endring av strategien for sjukehuset, men fleire klinikkar har omorganisert på eige initiativ ved å tilsette avdelingssjef sjukepleie med totalansvar for sjukepleietenesten. På strategisk nivå ved sjukehuset har sjukepleietenesten ingen samanhengande linje til toppleiinga. Sjukepleietenesten er representert ved helsefagleg sjef (sjukepleiar) i seksjon for helsefag og utdanning som er underlagt avdeling for forskning, innovasjon og utdanning. Ho har rådgivande funksjon til administrerande direktør via sin leiar (direktør i avdeling for forskning, innovasjon og utdanning).

Utgangspunktet for studien min er korleis endringane i spesialisthelsetenesten med innføring av einskapleg leining har påverka arbeidssituasjonen til sjukepleiefaglege leiarar, og sjå på om ulike modellar for leiarorganisering har innverknad og korleis. Figur 1 og 2 viser organisasjonskart til dei to klinikkane eg studerer.



Figur 1.Organisasjonskart klinikk A (forenkla). Klinikken har 7 avdelingar på nivå 3.



Figur 2. Organisasjonskart klinik B (forenkla). Klinikken har 7 avdelingar på nivå 4.

1.2 Presentasjon av problemstillinga

Sjukehusa sine hovudoppgåver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, drive forskning og opplæring av pasientar og pårørande⁶. Sjukepleietenesten har ein sentral rolle gjennom den pleie, omsorg og behandling som vert utført i all hovudsak av sjukepleiarar, spesialsjukepleiarar og helsefagarbeidarar/hjelpepleiarar. Sjukepleiarar er dessutan den største personellgruppa på sjukehusa i antal. Rammene for denne tenesten, som korleis den er organisert, vert styra og leia, har stor betydning for kvalitet på tenestene, pasientsikkerheit og ressursutnytting på sjukehus⁷.

Ved sjukehuset eg studerer har det vore gjennomført fleire endringar i organisering sidan innføringa av einskapleg leing. Det har vore stor deltaking frå sjukepleieleiarar på alle nivå i organisasjonen i ulike omorganiseringsprosessar og mange diskusjonar har omhandla sjukepleiarane sitt handlingsrom og høve til å leie eige fagområde.

⁶ Helse og omsorgsdepartementet. Sykehusenes hovedoppgaver. Sist oppdatert 24.11.2014

⁷ Agenda Kaupang: Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene. Rapportnr.1020385, 22.10.2018

Gjennom leiarane sine beskrivingar har eg valt fylgjande problemstilling:

Korleis opplever sjukepleiefaglege leiarar i eit sjukehus at organisering og leiarmodellar påverkar deira arbeidsutøving ? Ein studie av to klinikkar ved eit sjukehus med ulik leiarorganisering.

For å finne svar på problemstillinga har eg teke utgangspunkt i fylgjande forskingsspørsmål:

1. Korleis opplever sjukepleiefaglege leiarar at leiarorganisering har innverknad på kvalitets- og fagutviklingsarbeid i sjukepleietenesten?
2. Kva oppleving har sjukepleiefaglege leiarar av handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål?

1.3 Formål

Korleis organisasjonar fungerer kan sjåast på frå ulike perspektiv. Bolman & Deal (2014) beskriv korleis både den strukturelle, humane, politiske og symbolske ramma har betydning for leiing og korleis organisasjonen fungerer. Mitt utgangspunkt er å utforske korleis leiarorganiseringa påverkar sjukepleieleiarar sin arbeidssituasjon. Organisasjonsstrukturen på sjukehuset eg studerer vart endra med innføring av einskapleg leiing, noko som har medført endringar i sjukepleieleiarar si organisatoriske plassering. Eg vil undersøke korleis dette har påverka sjukepleieleiarane si oppleving av handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål.

Sidan organiseringa har vore endra fleire gonger sidan innføring av einskapleg leiing ved dette sjukehuset, er det interessant å undersøke korleis informantane opplever dette. Då klinikkane i sjukehuset har ulik leiarorganisering er det interessant å sjå om ulik organisering gir ulike opplevingar eller om det er andre faktorar som påverkar handlingsrommet i rollen. Eg håpar funna kan vera eit bidrag inn i diskusjonane om korleis leiing av sjukepleietenesten i sjukehus bør organiserast for å bidra til pasientbehandling og pleie av optimal kvalitet og ressursutnytting.

1.4 Avgrensing av oppgåva

Innanfor emnet leiing og einskapleg leiing i sjukehus er det mange utfordrande problemstillingar som ikkje vert omtala i denne oppgåva. Sjukehuset som organisasjon er prega av mange ulike profesjonar, og mange av desse har leiaransvar.

Dei to største profesjonane i sjukehus er legar og sjukepleiarar. Dei fleste kliniske avdelingar har legar og sjukepleiarar som innehar ulike leiarstillingar. Eg har avgrensa oppgåva mi til å

studere opplevingar til sjukepleieledarar i to klinikkar ved same sjukehus med ulik leiarorganisering. Kvar av klinikkane har sju avdelingar. Sjølv om ein klinikk brukar seksjon som namn på eininga, har eg valt å kalle alle for avdelingar av omsyn til orden i begrepsbruk og med tanke på mest mogleg anonymisering. Klinikane kallar eg klinikk A og B.

Informantane er sjukepleiarar og eg har valt å kalle alle desse for ho. Avdelingssjefar som er omtala som legar har eg valt å kalle han.

Eg har ikkje sett på kjønnspektivet sjølv om dette kan vera ei interessant vinkling i forhold til korleis menn og kvinner opplever og ser på innhaldet i leiarrollen. I studien min er opplevingane til sjukepleieledarane i fokus og det kjem difor ikkje fram funn som seier noko om korleis leiarorganiseringa påverkar kvalitet og fagutvikling.

1.5 Annan forskning på området

I dette kapittelet presenterer eg noko av den forskinga som kan vere relevant for studien min. Før eg starta arbeidet mitt prøvde eg å finne om noko liknande arbeid vart gjort på mi problemstilling. Etterkvart som eg har arbeida med mine funn har eg søkt vidare på forskning og teori som kan vere aktuell å bruke.

Eg har fått hjelp av bibliotekar ved Bibliotek for Medisin og helse ved NTNU, Trondheim. Litteratursøk er gjort ved bruk av Emerald, Bora, Cinahl, Medline, Google Scholar, Oria og SweMed. Eg har nytta norske søkeord som enhetlig ledelse, faglig ledelse, sykepleie ledelse, organisasjonsmodeller, ledermodeller, handlingrom, ansvar og beslutningsmyndighet. Engelske søkeord eg har nytta er unitary management, professional management, nursing leaders, nursing management, organizational models, management models, scope for action, responsibility and decision authority. Ved å kombinere søk og avgrense blant anna med forskning innanfor dei siste 15 år, fann eg nokre studiar som kan vere relevante for studien min. Eg vil bruke funn frå desse studiane i drøftingsdelen av oppgåva mi, kapittel 5.

I sitt doktorgradsarbeid: "Ledelse til begjær eller besvær- om reformer, fag og ledelse i sykehus" utforskar Opdahl Mo (2006) problemstillinga kva betydning fagkunnskap har for leiing av sjukehusavdelingar. Dette er relatert både til betydninga av fagkunnskap for å få autoritet og legitimitet i leiarrollen, til korleis eit heilhetlig ansvar for avdelingane skal kunne ivaretakast, og til kva fag eller profesjonar som skal kunne leie avdelingar. Avhandlinga gir innsikt i forhandlingane kring nye forståingar av fagkunnskap i leiinga på det utøvande nivået i sjukehuset som kunnskapsorganisasjon, og illustrerer dermed ein utvikling og debatt som også andre kunnskapsbaserte verksemder er inne i.

Torjesen (2008) sin doktoravhandling: "Foretak, management og medikrati" omhandlar korleis leiing i sjukehus kan forståast og utøvast innanfor konteksten av endring i leiingsprinsipp og organisasjonsform. Han omtalar den historiske utviklinga som viser korleis sjukepleiarar tidleg var aktive med å ta i bruk kunnskapsområde for leiing som ein del av sjukepleievitenskapen, og at dette bidrog til at sjukepleiarar i større grad enn legane tilpassa seg krava i nye leiarrollar i det Torjesen (2008) kallar føretakslogikken. Legane har historisk sett hatt kunnskapsmonopol og dermed hatt høve til å dominera helsesektoren sine leiarposisjonar. Det har ikkje vore same fokus innanfor medisinarutdanninga på leiing som i sjukepleieutdanninga. Han finn også at legar ikkje har leiarstilling som fulltidsjobb, og viser til at dette kan ha samband med at dei vil bevare aksept mellom kollegaer og ta vare på sin "dyrekjøpte" kliniske spesialkompetanse. Han finn også at kvinnelege medisinarar som er leiarar, integrerer i større grad både den faglege logikken og ein føretakslogikk og på den måten fram står som hybridleiarar. Sjukepleiarar profesjonaliserer seg i generell leiing og vel leiing som karriereveg i langt større grad enn legar i leiarstillingar. Han finn at fagleg leiing framleis står sterkt i norske sjukehus, medan management-idear har fått fotfeste blant sjukepleiarar og andre helseprofesjonelle. Han viser også til at dei fleste einingar og sjukehus har iverksett einskapleg leiing, men lokale oversettingar og tilpassingar er svært utbreidde. Dette i form av at for eksempel legar som har leiarrollar, kan koble denne med klinisk arbeid ved at dei overlèt administrative funksjonar og gjeremål til for eksempel einingsleiarar som er sjukepleiarar. På denne måten har dei fortsatt kontroll over den faglege verksemda.

Skjold Johansen (2009) sitt doktorgradsarbeid: "Mellom profesjon og reform: Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk helsevesen" viser innføringa av einskapleg leiing på sjukehus og mellom anna korleis leiarar med ulike profesjonsbakgrunn utøver og reflekterer over leiarrollen. Ho finn mellom anna at einskapleg leiing vert utøvd på ulike måtar- det er ulike praksisar. Ho finn også at legar og sjukepleiarar som er leiarar har ulikt syn på leiarrollen. Legane kjenner stort ansvar for kliniske oppgåver og meiner at klinisk arbeid må integrerast i leiarrollen. Sjukepleiarar meiner at leiarrollen er hundre prosent leiing. Ho finn også at legar vert leiarar når dei er "einarar" (best) i faget, medan sjukepleiarar vel leiing som karriereveg.

Naustdal, A. G. (2006) sin studie: "Sjukepleieleiaren sitt arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus - sett i lys av erfaringar med innføring av sjukehusreforma" hadde til hensikt å setje søkelys på korleis sjukepleieleiarar omtalar betydninga av fagleg leiing og kva faktorar som kan ha betydning for framtidig arbeid med kompetanseutvikling i sjukepleietenesten.

Hovudfunna hennar var at sjukepleielearane såg på seg sjølve som sentrale personar for å utvikle kompetansen til dei tilsette. Tid og fokus arbeidet fekk vart i hovudsak utfordra av tidspress, omstillingsprosessar og nye administrative oppgåver. Sjukepleiarane såg ut til å stå åleine i arbeidet med kompetanseutvikling. Sjukehusa sine økonomiske og styringsideologiske rammevilkår kan ha gjort det vanskelegare å drive målretta og langsiktig kompetanseutvikling.

Mørk og Åsland (2011) sitt hovudfunn i masteroppgåva: ”Enhetlig ledelse i sykehus: Bare et slagord? Avdelingslederens refleksjoner om enhetlig ledelse og sitt lederskap” var at legeleiarar og sjukepleielearar er overordna enige om at einskapleg leiing er det rette, men at begrepet leiing har ulik betyding for dei to gruppene.

Traasdahl (2012) si masteroppgåve: ”Reform i hvit uniform.... Hvordan praktiseres enhetlig ledelse i en klinikk på UNN?” viser mellom anna at den tradisjonelle arbeidsdelinga mellom sjukepleiarar og legar og den todelte leiarpraksisen ser ut til å leva i beste velgåande. Han viser også til at klinikken sine legar og sjukepleierar er delt i ulike avdelingar og ser på dette som todelt leiing. Han kallar dette *enhetlig i navnet, men todelt i gavnet*. Som før leiar legane det medisinsk faglege arbeidet, medan sjukepleiarane tek seg av det administrative og leiar sjukepleiarane. Funn kan tyde på at leiarar, også på høgare nivå, meiner at slik todeling er det mest effektive på fleire område, noko også klinikkjefen støttar.

McHugh, Aiken, Eckenhoff og Burns (2015) fann i studien “Achieving Kaiser Permanente quality through nursing “ at Kaiser Permante modellen med stor vekt på klinisk sjukepleieleiing, godt skulerte sjukepleiarar, god bemanning og kvalitetsforbetring har betre resultat på fleire parameterar målt hjå pasientar og sjukepleiarar. Parameterar som komplikasjonar og dødsfall hjå pasientar og jobbtrivsel hjå sjukepleiarar var betre enn samanlikna med dei såkalla non-Magnet hospitals.

Woll Buer (2018) har i si masteroppgåve “Hvordan utøves enhetlig ledelse blant sykepleieledere i et fagsøyleorganisert helseforetak?” spurt sjukepleielearar om ansvar og handlingsrom i stillinga si. I hennar studie omhandlar det alle sider av leiarrollen. Woll Buer (2018) viser i sine funn at informantane som er sjukepleielearar leiar eige fagområde på grunn av søyleorganiseringa; der sjukepleietenesten innanfor klinikkane er leia av sjukepleiar på alle nivå. Informantane er opptekne av å halde høgt fagleg nivå på kvalitet og pasientsikkerheit. Som profesjon opplever dei å vera sjølvleiande, noko dei uttrykker som

positivt. Det kom også fram under intervjuet at det vert opplevd som ein ulempe at sjukepleiarar er underrepresentert i direktøren si leiargruppe. Dei er usikre på om saker som sjukepleieleiarar er opptekne av vert diskutert i føretaket si leiargruppe, og at dette kan medføre at påverknaden deira i beslutningsprosessar er svake. Ho meiner at skal søyleorganiseringa vere fruktbar må alle fagsøyler vere representert på strategisk nivå, noko som kan gje ei større oppleving av legitime avgjerder for alle faggrupper. Ho omtalar også kor viktig samarbeid er for å oppnå gode driftsmessige og faglege resultat i organisasjonen. Ho skriv at samhandlingskompetanse er viktig for at søyleorganisering skal vera ein fruktbar modell. Ho oppsummerer studien med at organisasjonsmodellen fungerer for sjukepleieleiarar på alle nivå fordi den gir høve til påverknad og handlingsrom.

Agenda Kaupang (2018) sin rapport på oppdrag frå Norsk Sykepleierforbund (NSF) viser at organisering og styring av sjukepleietenesten på strategisk nivå i spesialisthelsetenesten framstår noko uklar. På det pasientnære nivået finn dei at styring og organisering av sjukepleietenesten i all hovudsak framstår som tydeleg. På same tid finn dei at sjukepleieleiarar på dette nivået har stort kontrollspenn av tilsette, noko som medfører ei sterk vektlegging på handtering av dagleg drift. Dette fører til at det vert meir fokus på dagleg drift enn fagleg utvikling. Rapporten anbefalar NSF å arbeide vidare med sjukepleiefagleg leiing på strategisk nivå og korleis handtere dilemma knytt til balanse mellom fag og leiing på det pasientnære nivå.

Studien min har fokus på om sjukepleiefaglege leiarar opplever å ha handlingsrom for å ha fokus på fag- og kvalitetsarbeid i forhold til dei leiarmodellar dei er ein del av. Å studere kva leiarane opplever ser eg kan vera eit viktig bidrag til den forskinga eg viser til. Mykje forskning om einskapleg leiing har dreia seg om kva modellar som er utprøvd og korleis desse fungerer. Eg tenkjer at mitt bidrag med opplevingane til informantane kan tilføre ei anna vinkling på temaet.

1.6 Oppgåva si vidare oppbygging

Oppgåva består av seks kapittel. Kapittel ein er innleiing. I kapittel to, teorikapittelet, presenterer eg teori som er aktuell for drøfting av funna mine. Eg tek utgangspunkt i sjukehuset som organisasjon og leiing av sjukehus ved å sette søkelys på einskapleg leiing, fagleg leiing og hybrid leiing. Teoridelen omhandlar også begrepa handlingsrom, makt og tillit samt tillitsbasert leiing. Kapittel tre metode, omhandlar val av metode og design. Eg omtalar også korleis eg gjennomførte studien og drøftingar kring dette. I kapittel fire

presenterer eg funn og fortolking av desse. Kapittel fem er drøftinga av mine funn opp mot teori presentert i kapittel to og annan forskning på området presentert i kapittel ein. Kapittel seks er oppsummering og konklusjon på oppgåva. Relevant dokumentasjon som forespørsel, informasjon og samtykkeerklæring til informantar, intervjuguide og godkjenning frå NSD er lagt ved i tillegg til litteraturliste.

KAPITTEL 2 TEORI

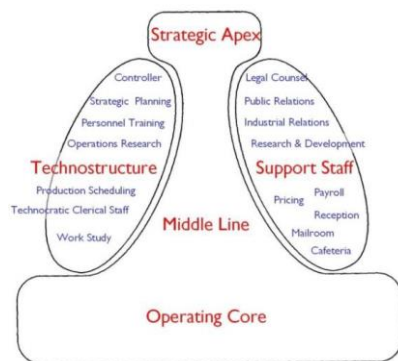
Når ein skal sjå på sjukepleielearar sine opplevingar i leiarrollen, må den setjast inn i den organisatoriske konteksten den er ein del av. I studien min er det sjukehuset som organisasjon som er konteksten. Leiarskap avheng av mellom anna kva type organisasjon ein er i. Korleis sjukepleielearane opplever i kva grad leiarorganiseringa påverkar arbeidsutøvinga deira har utgangspunkt i sjølve leiarrollen og kva funksjon denne rollen har. Reformene innanfor spesialisthelsetenesten har medført endringar mellom anna i organisasjonsstruktur samt krav til og innhald i leiarrollane.

2.1 Organisasjon

Ein organisasjon er eit system som er bevisst konstruert for å løyse oppgåver som ei verksemd har ansvar for. Stikkorda er mål og verdiar, menneske og aktivitetar. I tillegg vert organisasjonar over tid forma gjennom mellommenneskeleg interaksjon, og vert gjerne omtala som sosialt konstruerte. Organisasjonar er altså *sosiale system*, men ulikt andre sosiale grupper som familie, venner og nettverk. I tillegg er organisasjonar *bevisst konstruert* for å fungere målretta, og blir deretter kontinuerleg rekonstruert for å tilpassa seg endringar og kunne påverke omgjevnadene (Orvik, 2015:40). I daglegtale omtalar ein gjerne ein bedrift eller eit sjukehus som ein organisasjon. Grunnen til at ein skil mellom organisasjonar og andre sosiale grupper er formålet med at ein er saman og korleis deltakarane sine aktivitetar er knytt saman (Jakobsen og Thorsvik, 2013).

Organisasjonar vert gjerne omtala som *komplekse system*. Det gjeld også kliniske verksemder, som er komplekse organisasjonar i dobbel forstand. Dei består av mange spesialiserte profesjonar, nyttar avansert teknologi og må handtere uventa hendingar og usikkerheit. I tillegg er kliniske verksemder komplekse då målgruppene dei skal betjene, har komplekse hjelpebehov (Orvik, 2015:42). I fylgje Bolman og Deal (2014) er bruk av ulike fortolkingsrammer avgjerande for kva vi ser, kva vi gjer og kva vi oppnår i organisasjonar. Han omtalar fortolkingsrammene; den strukturelle ramma, human-resource ramma, den politiske og den symbolske ramma. Han seier at skal organisasjonar fungere med god samhandling mot felles visjon, verdiar og mål må ein ta i bruk alle dei ulike perspektiva.

Høst (2014) omtalar Mintzberg (1979) sin grunnmodell over organisasjonen sine delar, sjå figur 3.



Figur nr. 3 Mintzberg (1979) sin grunnmodell for korleis organisasjonen er samansett

Modellen gir ein oversikt over det han kallar nøkkelkomponentar, der ”Strategic apex” er toppen og kan vere toppleiinga på eit sjukehus, ”Middle line” som kan symbolisere mellomleiing, for eksempel avdelingsleiinga på sjukehuset. I eit sjukehus med mange klinikkar, avdelingar og seksjonar kan det vere eit stort antal i mellomleiarskiktet.

”Technostructure” (analysestab) er ikkje rekna som ein del av pasientbehandlinga, men påverkar denne gjennom å utforme planar, lage rutinar og analysar. Dette kan vere personal- og organisasjonsavdeling, kvalitets-, forskings- og økonomiavdelingar. ”Support staff” (støttestab) inngår heller ikkje i pasientbehandlinga, men kan vere viktige funksjonar som leverer støttetjenester i form av f.eks. kantineteneste og teknisk bistand. ”Operating core” (operativ kjerne) er der produksjonen skjer, som i eit sjukehus der dei tilsette utfører kjerneoppgåvene som er pasientbehandling og pleie. Ulike organisasjonar vil vere prega av at dei ulike delane i organisasjonen vil ha ulik storleik og ha ulik påverknad. På eit sjukehus vil den operative kjerne, pasientbehandlingen, vera den dominerande og største.

Mintzberg (i Høst, 2014) omtalar også organisasjonsstrukturen i form av fem mulege organisasjonstypar. Enkel struktur, fagbyråkrati, maskinbyråkrati, divisjonalisert form og adhokrati. Dette er reindyrka modellar. I det praktiske liv vil ein finne kombinasjonar av desse formene. Mintzberg omtalar også fem ulike koordineringsmekanismar for å koordinere mange menneske sitt arbeid slik at dei utgjør ein heilskap. Desse representerer ikkje berre koordinering av oppgåvene, men inkluderer også kontroll av organisasjonsmedlemmane. Dei fem koordineringsmekanismene er gjensidig tilpassing, direkte tilsyn, standardisering av arbeidsprosessen, standardisering av resultat og standardisering av kompetanse. Ingen organisasjon brukar berre ein av desse koordineringsmekanismene. For å hjelpe til med å forklare det som skjer i organisasjonar, omtalar han korleis ein kan fordele makta til å ta avgjerder på fleire måtar. Det kan skje via desentralisering, som refererer til spreiding av denne

makta då avgjerder i organisasjonar oftast er fordelt på mange menneske, einingar eller nivå i organisasjonen. Dette skjer via vertikal og horisontal desentralisering.

2.1.1 Sjukehuset som organisasjon

Når det gjeld strukturperspektivet gir Mintzberg (i Høst, 2014) sin typologisering av organisasjonar eit godt grunnlag for å forstå kva som dominerer innanfor helse- og sosialsektoren. Med utgangspunkt i Mintzberg sin grunnmodell, kan ein sjå på sjukehuset som organisasjon i lys av denne. Sjukehuset er ein typisk fagbyråkratisk organisasjon (Høst, 2014:16).

I fagbyråkratiet er dei som arbeider der godt skulerte, ofte vitenskapelig utdanna og har stor handlefridom og makt til å ta avgjerder i sitt faglege arbeid. Sjukehuset som organisasjon har eit stort tal på profesjonar ofte med offentleg godkjent autorisasjon innanfor sitt fagområde som er erverva gjennom formell utdanning på høgskule og universitet. Koordineringa i fagbyråkratiet som eit sjukehus er, ber preg av koordinering som kviler på standardisering av kompetanse. Fagpersonane har stor grad av autonomi i utføringa og koordineringa av arbeidet sitt. I tillegg til kompetansen til dei tilsette, kjem også profesjonsforbunda med eigen kunnskapsoppdatering og yrkesetiske retningslinjer. Dei tilsette i den operative kjerne i sjukehuset er spesialistar-profesjonelle (f.eks. legar og sjukepleiarar) og det gir dei betrakteleg eigenkontroll over det arbeidet dei utfører (Høst, 2014:23).

Fordelen med ei fagbyråkratisk organisasjonsform er at den sikrar at arbeidsoppgåvene vert utført etter faglege vurderingar. I den utviklinga som har skjedd innanfor helsetenestene så vil dette gje stor fagleg tryggleik hjå befolkninga. Ulempene kan vere at det lett kan oppstå rivalisering og konflikter mellom faggrupper, for eksempel mellom legar, sjukepleiarar og hjelpepleiarar på eit sjukehus. Det kan ligge mykje makt i den operative kjerne i eit sjukehus. Då den fagbyråkratiske organisasjonsforma er desentralisert kontroller dei profesjonelle ikkje berre sitt eige arbeid, men dei har også stor kollektiv kontroll over dei administrative avgjerdene som angår dei. Det kan vere avgjerder som gjeld fordeling av ressursar, tilsettingar osv. Påverking kan skje via at fagpersonar sit i leiarstillingar eller ved å sikre at folk frå eigen profesjon er i dei viktigaste administrative stillingar (Høst, 2014 :25).

Pettersen (2008) omtalar endringa i organisering og drift av sjukehusa sidan 1970-talet med endra og større krav til kunnskap om klinisk verksemd, leiing og administrasjon. Begrepet hybride organisasjonar vil seie organisasjonar som inneheld strukturelle, kulturelle og

prosessuelle element frå ulike organisasjonar. Sjukehusa kan sjåast på som hybride organisasjonar då det er både krav til økonomistyring og lovpålagte oppgåver for å sikre forsvarleg pasientbehandling og pleie. Det aukande fokus på økonomistyring med innføring av innsattsstyrt finansiering i 1997 og helseføretaksreformen i 2002, gir større utfordringar for leiarar enn tidligare (Johansen mfl., 2010).

2.2 Leiging og leiarrollen

2.2.1 Leiging

Leiging er eit begrep som det er mange teoretiske og intuitive oppfatningar av. Det faglege leiingsfeltet er ikkje ein samlande disiplin, men eit interesseområde med mange ulike brokkar av kunnskap og kulturelt betinga førestillingar. Det kan ikkje argumenterast for at det finst ein definisjon av leiging alle er einige om (Strand, 2001:11). Leiarforskarer Gary Yukl (i Høst 2014) meiner at mengde definisjonar på begrepet leiging er eit problem i seg sjølv og forskingsfeltet. Leiging handlar om å påverke innsatsvilje og samarbeid mot eit felles mål. Ordet leiging har vakse fram på grunn av behovet for å mobilisere folk. Filosofen Nietzsche poengterte at mennesket er fritt til å *gjere* kva det vil, men ikkje til å *vill* kva det vil. Leiarar utøver i praksis både maktbruk, styring og leiging utan alltid å reflektere over det. Bruken av begrepet "leiging" i samfunnet er i det heile teke nokså upresis, kanskje som eit teikn på at begrepet fortsatt er under utforming (Arnulf, 2012).

I litteraturen finn ein mange definisjonar av begrepet leiging, og spørsmålet om kva som er godt leiarskap har vore i stadig endring. Det har variert frå idealet om at den som er dyktigast på eit fagområde skal leia til tanken om at ein god leiar skal kunne leie alle typar verksemder (Kenning-tradisjonen). Etterkvart har det handla meir om at leiging er eit virkemiddel for endring, noko som bidreg til eit meir pragmatisk syn på leiging (Byrkjeflot, 2015). Erik Johnsen definerer leiging som eit målformulerande, problemløysande og språkskapande samspel mellom relevante personar. Det inneber at alle medarbeidarar i større eller mindre grad kan delta i leiingsprosessen uansett kor dei er plasserte i organisasjonen. I kunnskapsorganisasjonar der medarbeidarane har stor fridom i arbeidsutføringa, er eit slikt utgangspunkt spesielt relevant (Busch, 2014:53). Begrepet språkskapande samspel i denne definisjonen av leiging, er ein dimensjon ein sjeldan finn i andre definisjonar av leiging. Det vert lagt vekt på at dei som utøver leiarskap, også må utvikle eit språk som gjer det muleg å arbeide om målformulering og problemløysning (ibid).

Leiing og administrasjon kan vere to begrep som vert brukt overlappende. Grønhaug (2001) omtalar at leiarskap og administrasjon overlappar kvarandre i viktige funksjonar, men at dei også har klare profilforskjellar. Han viser til at leiing er sterkast knytt til å utvikle og formulere strategiar og planar for verksemda, medan administrasjon har mest å gjere med iverksetting av planane på ein effektiv måte og sjå til at reglar og rutinar vert etterlevd på ein korrekt måte.

Innanfor leiingsområdet har det også vokse fram ei aukande forståing for leiinga sin kommunikative funksjon, dvs. korleis leiinga gjennom samspel formulerer måla for organisasjonen, betydinga av felles visjon og språket si betyding for at medarbeidarar med ulike profesjonar skal forstå kvarandre. Personar med ulik erfaringsbakgrunn vil ofte tolke dei same hendingane på ulik måte (Busch, 2014).

Nordby (2012) viser til at god kommunikasjon er ein føresetnad for vellukka leiing. Kommunikasjonsutfordringar i det moderne helsevesenet kan vere mellom anna utfordringar som omhandlar motsetnad mellom ein klassisk medisinsk og ein moderne økonomisk-administrativ ideologi. Han omtalar betydinga av å ha betingingar for kommunikasjon til grunn for å oppnå vellukka kommunikasjon. Han nemner fire grunnleggjande betingingar:

1. Felles språk
2. Oppmerksomheit
3. Like assosiasjonar kring det som vert sagt
4. Tilskrivning av haldningar, verdiar, kjensler som i rimeleg grad stemmer med avsender sine faktiske haldningar og kjensler

2.2.2 Leiarrollen

Leiarrollar er summen av forventningar som er retta mot den som skal utøve leiing. På den måten kan rollebegrepet vera tenleg når ein skal omtale eller observere adferd til den som skal leie. Rollebegrepet gir også den som er leiar ein viss anledning til å velje og vurdere si eiga adferd i leiarrollen. Ein leiarrolle kan vera tildelt på formelt og uformelt grunnlag, og profesjonell kompetanse og den profesjon ein høyrer til kan verke inn på rollen sitt innhald og korleis den vert utforma. I den samanhengen vert mandat, makt og myndigheit viktige stikkord (Orvik, 2015).

På mange måtar er leiarrollen i det offentlege meir kompleks enn i det private. På same tid kan offentlege leiarar oppleve at dei har mindre handlingsrom enn i det private og at dei er

sterkare prega av ynskje om å vera nyttig for samfunnet. Leiarrollen innanfor ein høgt spesialisert kunnskapsbedrift som sjukehus er, krev leing av tilsette med høg fagkompetanse og leiarar vert ofte målt etter dei faglege resultat dei når. Leing skjer ofte på profesjonane sine premissar, på same tid som ein må forholde seg til ramma av reglar og rammer av meir byråkratisk art (Strand, 2007). Eksempel på dette er at leiarar i sjukehus må forholde seg til oppdragsdokument og styring gjennom effektivitets- og produktivitetsmål samt sørge for budsjettbalanse (Pettersen, Magnussen, Nyland & Bjørnenak, 2008).

2.2.3 Leiaren sitt handlingsrom

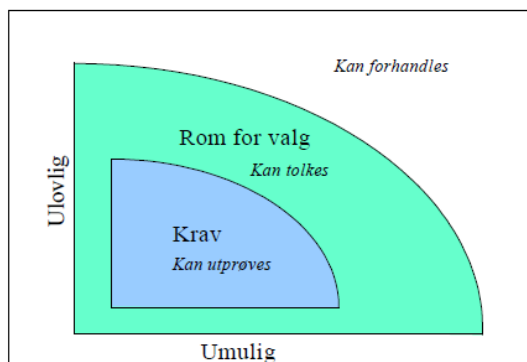
Sjukehus er tidlegare i oppgåva definert som ein fagbyråkratisk organisasjon.

Organisasjonstype er med på å skape rammer for leing og korleis leing skal utøvast. Slik som andre handlar leiarar etter instruksar, eigne analyser og vurderingar, vanar, press og reelle og innbilte forventningar. Men dei vil også stadig vera i situasjonar der dei må ta val som ikkje greitt kan dikterast av slike forhold. Enten kan premissane for handling vera motstridande og uklare, eller det kan vere eit felt der det ikkje er tydelege interesser og leiarane kan velje å aktivisere seg. Ein av dei faktorane som skil leiarrollen frå andre roller, er nettopp at dei fungerer i problemsoner der det ikkje er rutinebestemt og klart kva som er rett å gjere. Handlingsrom er det rom leiarar har til å ta avgjerder som ikkje er førehandsprogrammerte eller rutinebestemte. Denne type avgjerder og handlingar er med å rettferdiggjera leing som noko spesielt og som noko meir enn berre eit hjul i maskineriet (Strand, 2007:397).

Litteratur som omhandlar ein leiar sitt handlingsrom, trekk eit skilje mellom eit formelt og eit subjektivt definert handlingsrom (Espedal og Kvitastein, 2012). Det formelle handlingsrom vert forma og påverka av to organisasjonsmessige forhold, det fyrste er jobbkrav (forventningar til utføring av jobben) og det andre er føringar og grenser i form av hierarki, makt, ansvar, spesialisering, ressursar, reglar og normer. Forventningar, krav og strukturelle føringar er noko som kan tolkast, og handlingsrommet blir dermed gjenstand for noko som leiar kan oppfatte, definere og forme subjektivt. Ei slik forming og tolking er viktig, då det er det subjektive handlingsrommet som i fylgde Espedal og Kvitastein vil har størst betydning for leiaren sine val og handlingar (ibid).

Den britiske leiarforskarer Rosemary Stewart har utvikla ein modell for å omtale leiarollar og korleis dei kan variere nettopp med omsyn til handlingsrom eller område for leiarar sine val. Dvs. kva som er *mulighetsområdet* mellom krav og forventningar. Stewart har vist korleis

rolleutforminga og handlingsrommet varierer sterkt for identiske stillingar. Den enkelte har reelt sett stort høve å påverke storleiken på handlingsrommet. Handlingsrommet er ikkje definert ein gong for alle, men kan utvidast og trekkast saman (Strand, 2007: 398).



Figur 4 Handlingsrom og område for tolking, utprøving og forhandling. (R.Stewart sin modell i Strand, 2007)

Figur 4 illustrerer korleis leiaren kan påverke handlingsrommet gjennom tolking av valalternativ, forhandlingsevne i forhold til begrensingar og utprøving av krav. Men store variasjonar i handlingsrommet for same formelle rolle er avhengig av leiaren si oppfatning av grensene, kunnskap om kva som er muleg og erfaringar med risiko og utprøving. Dei subjektive grensene kan flyttast, det gjeld både krav og begrensingar. Stewart meiner at handlingsrommet er noko som kan vinnast og at leiarar har høve til å påverke (Strand, 2007).

Handlingsrom, leiarar si oppleving av autonomi, handlar i korte trekk om korleis leiaren tolkar dei alternativ han har, og det er det subjektivt definerte handlingsrom som betyr noko for leiaren sitt val og handling (Høst, 2014). Det er stor semje innan organisasjons- og leiingsfaget om at leiarar må ha makt og myndigheit å påverke dei områda dei har ansvar for. Ansvar gjer at leiaren kan stillast til ansvar, men utan makt og myndigheit vil leiar kunne bli syndebukk for det dei ikkje har høve å gjera noko med. For å sikre samsvar mellom ansvar og myndigheit var det innført einskapleg leing i sjukehus med verknad frå 2001. Sjukehusreforma med statleg overtaking av sjukehusa vart kalla ei ansvars- og leiarreform med same formål der poenget var å gje heilskapleg ansvar for drift, effektiv ressursutnytting og økonomi. Dette skulle bidra til at leiarar fekk tilstrekkeleg handlingsrom for å sørge for meir effektiv drift av sjukehusa (Colbjørnsen, 2015).

Ein leiar sitt handlingsrom kan også samanliknast med det høve leiaren har til å utøve skjønn. Leiarar vil alltid vera i situasjonar der ein må ta val som ikkje kan baserast på rutinar, prosedyrar og instruksar. Ordet skjønn kjem frå det norrøne ordet *skyn* og kan bety omdømme, forstand, dømmekraft og vurdering. Ved utøving av skjønn kan det bety at ein skil

noko frå noko anna, og tilskriv eller fråskriv eit objekt visse eigenskapar. Dette kan for eksempel gjelde om ei handling er formålstenleg eller ikkje. Profesjonar som for eksempel helsepersonell må ofte handle utifrå skjønn då situasjonar med ulike typar pasientar kan opptre ulikt (Molander og Terum, 2008).

2.2.4 Tillit og makt

Sjukehus er ein kunnskapsorganisasjon som er prega av høg kompleksitet både internt og eksternt. Den interne strukturen er prega av profesjonar, fagkultur og fagnormer.

Fagprofesjonar, spesielt legar og sjukepleiarar er nøkkelfressursen. På den eine sida er det fagfolka sin kvalitet som avgjer om oppgåver vert løyst. På den andre sida er det også fagfolka sin kvalitet som er dei viktigaste motkreftene mot tverrfaglege løysingar, læring, leiing og omstilling. Sjukehus skal balansere mellom ulike omsyn og treng “fleirspråklege” leiarar som forstår konteksten og klarar å handtere dilemma og paradoks. Det er spesielt viktig med leiarar som klarar å balansere mellom fag og økonomi/administrasjon, og som både kan bruka autoritet og ha evne til dialog. Leiarar må utøve makt og gjera seg fortent til tillit (Grund, 2006). Makt er knytt til posisjonar og kjem til uttrykk gjennom handling. Difor kan makt og tillit sjåast i samanheng med leiaren sitt handlingsrom, der balansen mellom makt og tillit har betydning.

Det er ingen eintydig definisjon på makt og tillit. Makt kan i fylgje Sørhaug (1996) definerast slik: “...kapasiteter i personer og institusjoner som får folk til å gjøre ting de (sannsynlegvis) ellers ikke ville ha gjort” (Sørhaug, 1996:22).

Tillit skapar betingingar for og mobiliserer til handling og samhandling. Tillit handlar om å stole på noko ein enno ikkje har motteke, og om å stole på at ein kan ta imot noko utan at det vert krevd noko tilbake. Organisering baserar seg alltid på makt og tillit, og makt og tillit er storleikar som både truar og forutset kvarandre. Har ein makt, kan ein alltid køyra over behovet for tillit og tvinge fram handlingar hjå andre som ein ikkje ynskjer. Over tid er makt ute av stand til å fungere på eigen hand. Makt utan ein komponent av tillit ville raskt bli redusert. At tillit er avhengig av makt, er eit meir subtilt poeng. Menneske vågar ikkje å ha tillit til kvarandre utan at det er noko eller nokon som kan stoppa muleg aggressivitet og vold som kan oppstå i organisasjonar. Det er derfor nødvendig å “binde volden”, dvs. mobilisere krefter som kan stoppe kvarandre frå berre å ta. Dette er sentralt i leiing (Sørhaug, 1996).

Sjølve begrepet tillit kan stavast likt begge vegar-og er i sin natur gjensidig. Tillit vert utvikla gjennom relasjonar og er eit uttrykk for kvaliteten på relasjonen. Gjennom gjentekne tillitsskapande handlingar vert tillit bygd opp over tid. Dette skjer i samhandling mellom leiar og medarbeidar, mellom kollegaer og også uttrykt gjennom organisasjonen sine interne prosessar (Johansen, 2016).

Grimen (i Molander og Terum, 2008) omtalar at det finst ingen uomstridt definisjon av begrepet tillit, og at det er vanskeleg å skilje det frå andre fenomen, som tru, tiltru, å vera fortruleg og andre. Han seier det er vanskeleg å skilje handlingar basert på tillit og handlingar basert på tvang. Difor vel han ein tilnæringsmetode der han ser på kva tillitsgivere gjer og tillit gjer, i staden for kva tillit er. Tillitsgiver overlet noko til andre si varetekt i god tru, og tek derfor ikkje forhandsreglar mot misbruk. Grimen (2009:198) seier at: *“Fravær av forhåndsreglar er tilliten sitt fremste kjennetegn”*.

Tillit er bærebjelken i alle relasjonar. Den er ei kjensle som vert utvikla gjennom interpersonlege erfaringar og vert bygde ved repeterte tillitsvekkande handlingar. Den er av emosjonell art og kan ikkje gjevast eksakte beskrivingar og mål (Spurkeland, 2005:23). Emosjonar kan bli noko uklare fordi vi aldri er sikre på om vår eiga oppleving og registrering er lik andre menneske si tilsvarande kjensleregistrering. Nokre gonger kan det vere smart å sjå på forhold prega av avhengigheit for å forstå utviklinga av tillit. I forhold der det er noko positivt knytt mot å vera avhengig vil gjerne tillit bli eit resultat av interaksjonar og gjensidige nytteopplevingar. For leiarar er dimensjonen tillit heilt avgjerande for å kunne ha påverknad (ibid).

Nokre meiner at tilliten sine forventningar er ulike i ulike relasjonar. Ved for eksempel tillit til profesjonelle spelar forventningar om kompetanse og hjelpemiddel større rolle. I nære relasjonar er forventningar om gjensidig god vilje viktig (Grimen 2009). Tillit opnar for maktutøving og misbruk. Kva tillit gjer er alltid relatert til graden av kor pålitelege tillitsmottakarane er. Verknadene av å stola på nokon er heilt ulike, alt etter om dei er pålitelege eller upålitelege (Grimen, 2009). Niklas Luhmann seier at å vise tillit er eit vågestykke. Makt kan misbrukast, og ein har ingen eigentleg garanti for at den ikkje vil bli misbrukt Grimen (i Molander og Terum, 2008).

Grimen (2009) omtalar at tillit gjer samarbeid lettare. Det gjer det muleg å bygge på kvarandre sitt arbeid. Dersom ein stolar på dei som har utført tidlegare arbeidsoperasjonar, treng ein ikkje kontrollere eller gjere alt på nytt. Han skriv også at tillit gir handlingsrom for

tillitsgivaren som elles ikkje ville ha eksistert. Ikkje berre tillitsmottakarar, men også tillitsgivarar får handlingsrom. Dei får dermed friggitt tid og krefter. Det gjer det muleg for tillitsgivaren å gjere ting som han elles ikkje ville kunne ha gjort. Han viser også til at det ikkje finst ein kjend framgangsmåte for å skape tillit mellom partar på. Å skape tillit dreiar seg ofte om å få dei langsiktige fordelane med å samarbeide til å trumfe dei kortsiktige gevinstane ved å ikkje samarbeide.

Samarbeid mellom profesjonelle, som for eksempel sjukepleiarar og legar kan omtalast som samarbeid i tillitskjeder. Det vert også omtala som tillitskjeder når yrkesutøvarar frå ulike profesjonar må arbeida saman i ein organisasjon. Det særskilte ved profesjonell yrkesorganisering er tillitskjedene. I ei tillitskjede handlar ein utan forhandsreglar overfor det andre har gjort eller gjer no (Grimen 2009). Luckmann (i Grimen, 2009) seier at når personar stolar på kvarandre sin kompetanse kontrollerer dei ikkje kvarandre sine ytingar. Dei har gjensidig tillit til kvarandre. Dei tek rutine messig kvaliteten på andre sitt arbeid for gitt. Dette meiner han gjer tillitskjeder tidseffektive. Dei sparar tid ved å stole på andre sitt arbeid. Ei tillitskjede reduserer mengde av arbeid som må utførast og omfanget av planlegging og ettersyn. Manglande tillit til andre sine arbeidsytingar krev kontrollordningar. Tillitskjeder kan ha ein svakheit dersom kvaliteten på arbeid som ein som rutine stoler på, er dårleg.

Begrepet kontrollkjeder, i motsetnad til tillitskjede, kan for eksempel vere der det er ulik art av mistillit i bildet. Det kan dreie seg om samarbeid mellom personar som nærer personleg mistillit til kvarandre. I arbeidslivet vert behovet for kontrollkjeder som oftast grunnleggjande utifrå faren for å gjere feil. Ulempe med kontrollkjeder er risiko for at arbeidet vert ineffektivt då ein ikkje rutine messig stolar på andre sitt arbeid. Det er ingen ideell teoretisk balanse mellom tillit og kontroll. Korleis balansen må vera er avhengig av kva som må gjerast og kor viktig det er (Grimen, 2009).

Luhmann (i Grimen 2009) skil mellom personleg tillit og systemtillit. Personleg tillit er tillit til folk ein kjenner, ofte over lenger tid. Den bygger på gjenteken samhandling. Det kan tenkjast at folk stolar på kvarandre fordi dei har same verdsbilde og verdiar. Ein kan også tenkje seg at folk stolar på kvarandre fordi dei kjenner kvarandre og har hatt gjentekne positive erfaringar med kvarandre. Langvarige gjensidige erfaringar med kvarandre kan også erstatte mangel på felles verdsbilde og verdiar. Han skriv at systemtillit krev at det finns indre kontrollmekanismer, dvs. at systemet sine indre kontrollar fungerer (Grimen, 2009).

2.2.5 Tillitsbasert leiing

Tillitsbasert leiing er eit relativt nytt begrep som er basert på eit positivt menneskesyn ved at menneske har eit grunnleggjande ynskje om å gjera ein god jobb, mestre og bidra til fellesskapet. Kuvaas (2017) definerer tillitsbasert leiing som i kva grad ein leiar tek sjansen på å stole på sine medarbeidarar sin kompetanse og motivasjon til å gjera ein god jobb.

Tillitsbasert leiing er eit begrep som i større utstrekning er brukt i leiingsdebatten. Det har kome inn som ei motvekt til målstyringsdebatten. Det kjem fyrst til uttrykk når medarbeidarane opplever høg grad av jobbautoomi og lågt nivå av å bli kontrollert. Det er avhengig av styrings-, rapporterings- og kontrollsystem og av leiar-medarbeidar relasjon.

Ofte vert tillitsbasert leiing misforstått til berre å gjelde den tillit leiaren gir til medarbeidarane, som ved fridom under ansvar. Men tilliten den enkelte medarbeidar har til leiinga er like fundamental for å skape gode prestasjonar. Tilliten vert skapt gjennom truverdige forhold, respekt og rettferd. Når ein opplever tillit ynskjer ein å yte meir tilbake for å styrke tillitsforholdet. Dette fordi den som får tillit opplever det som ei gåve, altså noko meir enn det som er påkravd i ein gitt situasjon. Den som gir tillit tek ein risiko med tanke på korleis tilliten vert teken i mot og nytta. Dette veit den som får tilliten, og ein ynskjer difor å gjere sitt beste for å vera tilliten verdig. Dette gjer ein ved å gi noko tilbake, og resultatet vert ein felles vekst og ein styrka relasjon (Johansen, 2016).

2.3 Leiing av sjukehus

Leiging av sjukehus har ei lang historie tilbake til etablering av sjukehusa. Historia fortel om legane og sjukepleiarane sin rolle som leiarar i sjukehusa. Dersom ein ser på historia frå 1970-talet og fram til slutten av 1900 talet vart etterkvart einskapleg todelt leiarmodell den vanlegaste organiseringa i kliniske avdelingar på norske sjukehus. Denne modellen bygde på ei deling av leiaransvaret fyrst og fremst mellom legar og sjukepleiarar. Denne todelinga hadde som bakgrunn mellom anna i profesjonane si ulike historiske utvikling (Berg, 2010). Etter at helseføretakslova tredde i kraft med statleg overtaking av sjukehusa 1.1. 2002 kom det tydelegare føringar for den daglege drifta av det enkelte sjukehusføretak.

Spesialisthelsetenestelova som tredde i kraft i 2001 la tydeleg føring for einskapleg leiing av sjukehus. Desse politiske føringane gav fagpersonalet i sjukehusa større utfordringar i forhold til autonomi i faglege spørsmål (Grund, 2006). Helseføretaka sitt formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det når dei treng det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn, samt legge til rette for forskning og undervisning.

Dette stiller krav til alle aktører innanfor organisasjonen for å oppnå målsettinga om gode og likeverdige tenester til alle som treng det.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 - 2019) vart godkjent i statsråd 20.11.2015. Denne legg føringar for korleis leiinga av spesialisthelsetenesten og sjukehusa skal vere:

*«Spesialisthelsetjenesten og sykehusene er komplekse kunnskapsorganisasjoner som utfordrer styrene og lederne på alle nivåer i god ledelse. God og tydelig ledelse er viktig for helse, miljø og sikkerhet både for pasienter og medarbeidere.»*⁸

Sjukehusa si oppgåve er i fylgje spesialisthelsetjenesteloven §3-8 å ivareta omsynet til pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasientar og pårørande. Det er eit krav til verksemda at desse oppgåvene skal ivaretakast effektivt og med god kvalitet. Det er opp til eigar å bestemme korleis sjukehuset skal organiserast, så lenge krav til forsvarleg drift og andre krav fastsett i lov eller forskrift vert oppfylt. Ansvarsforhold og ansvarlinjer skal vere klare, og dei skal vere ein samanheng mellom plassering av ansvar og myndigheit⁹.

Reformene innanfor helsetenesten i Norge frå slutten av 1990-talet var påverka av New Public Management (NPM) tenkinga. Denne la vekt på at det skulle stillast strengare krav til styring av offentleg sektor i form av mellom anna mål- og resultatstyring, aktivitetsbasert finansiering og ansvarleg gjering av leiarar. Einskapleg leiing i spesialisthelsetenesten er ein konsekvens av NPM tenkinga (Lian, 2007).

2.3.1 Einskapleg leiing

Innføring av einskapleg leiing kom på bakgrunn av lovendringa i spesialisthelsetjenesteloven §3-9. Formålet med lovendringa var at det skulle vera ein resultatansvarleg leiar på kvart nivå i sjukehusa og at leiarstillingane vart profesjonsnøytrale. Det formelle grunnlaget for leiaransvaret i sjukehus er nedfelt i Helse- og omsorgsdepartementet sitt rundskriv I-2/2013 *Lederansvar i sykehus*¹⁰. Eigar og leiinga av sjukehus står fritt til å vurdere kva kvalifikasjonar det er nødvendig at leiaren ved dei ulike organisatoriske einingar skal ha. Relevante krav vil være leiarkompetanse, leiareigenskapar og eventuelt helsefagleg kunnskap

⁸ Meld.St.11 (2015-2016) Nasjonal helse-og sykehusplan (2016-2019)

⁹ Lov 1999-07-02 nr.61: Lov om spesialisthelsetjenester med mer.(Spesialisthelsetjenesteloven)

¹⁰ Helse og omsorgsdepartementet. I- 2/2013 Lederansvaret i sykehus. Rundskriv 28.05.2013

innanfor fagområdet. Derimot måtte det vera ein medisinsk fagleg rådgivar der leiaren ikkje er lege (NOU 1997:20).

Kven som skal ha rett til ulike leiarposisjonar og kva leiarrollen inneber har vore eit sentralt tema i norsk helsepolitikk, og eit viktig område for sjukepleie- og legeprofesjonen (Mo, 2006; Skjöld Johansen, 2009). Einskapleg leiing inneber endra jurisdiksjonsformer ved at sjukepleiarar no har tilgang til å leia legar, og bryt dermed med det tidlegare institusjonaliserte faglege hierarkiet der den medisinsk faglege bakgrunnen i utøving av leiing har vore sentral (Mo, 2006). Dette utløyste diskusjonar om det var faglege kvalifikasjonar eller leiarqualifikasjonar ein skulle legge vekt på ved tilsetjing av leiarar i sjukehus. Uroa var spesielt knytt til forslaget om at leiarstillingar kunne søkast av andre enn legar. Legane ville vera øvste leiar, og argumenterte for at det medisinske faget var overordna og at berre legar kunne ha det medisinske ansvaret. Sjukepleiarane nekta ikkje for at legen sitt fag var overordna, men ville leia og utvikle sitt eige fag, noko dei meinte ikkje ville vere muleg dersom avdelingane fekk ein overordna leiar, og denne var lege (Lund, 2012).

Tradisjonen med todelt leiarmodell gjennom mange år, der avdelingar vart leia av avdelingsoverlege og oversjukepleiar, viste seg også å vere eit utgangspunkt for desse debattane. Profesjonane var fornøyde med organiseringa og at det var eit mål om å fram stå einskapleg, dvs. fokus på samarbeid om leiing av avdelinga. Gjerberg og Sørensen (2006) fann i sin studie *"Enhetlig ledelse- fortsatt en varm potet?"* at konfliktane kring innføring av einskapleg leiing hadde roa seg og at nesten alle sjukehus dei studerte hadde innført einskapleg leiing ned til avdelingsnivå. Dei hevdar at uroa ein del stader har funne løysingar via ulike organisatoriske endringar. Nokre helseføretak hadde mellom anna valt ein leiarstruktur med sjukepleietenesten skilt ut som eiga eining med eigen leiar. Dei stiller spørsmål om dette er i tråd med lova sine intensjonar, men viser til at einskapleg leiing kan ha ulikt innhald og utforming (Gjerberg og Sørensen, 2006). Fafo gjennomførte i 2012 ei undersøking på oppdrag frå Spekter. Rapporten: "Ti år etter- Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus" såg på om reforma hadde ført til rolleavklaring og myndiggjering av leiarar, derav større handlingsrom. Denne rapporten viste at toppleiarar i større grad enn leiarar nær pasientane var fornøyd med reformene¹¹.

¹¹Fafo rapport: Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus. 2012:57

2.3.2 Fagleg leiing

Ei side ved å vera leiar i kunnskapsorganisasjonar som sjukehus, er å ha ansvaret for utvikling av eit godt fagmiljø i tillegg til å vera administrator for verksemda. Ein er dermed også ein fagleg leiar. Dette har gjort at leiarrollen i helse- og sosialsektoren har vore prega av fagstyretradisjon. Det har vore prega av at høgt utdanna personar har fått mandat og ressursar til å utøve faget på best muleg måte. Rollen har derfor omhandla å vere saksbehandlar, ekspert, tilretteleggar og veileidar. Ein har stått fram som ”fyrst blant likemenn” heller enn ein med individuell makt til å ta avgjerder. Dermed kan ein oppleve å vere medlem av to grupper, leiargruppa og gruppa av tilsette. Dette er ein situasjon fyrstelinjeledarar ofte står i. Desse er leiarar nærast der pasientbehandlinga i eit sjukehus vert utført, og kan for eksempel vera avdelingssjukepleiar på eit sjukehus. Denne har leiaransvar for ei gruppe tilsette, men ingen leiar under seg. Desse kan typisk oppleve at dei har ”eit bein i kvar leir”. (Høst 2014).

Sjukehus er ein kunnskapsbedrift med sterke faggrupper, profesjonar. Typisk for profesjonar er at den faglege spesialiseringa skjer gjennom lang utdanning der personen tileignar seg profesjonen sin formaliserte kunnskap, og at yrkesutøvinga inneber bruk av skjønn for å anvende systematisert kunnskap på enkelttilfeller. Dette har ført til stor grad av forventningar om leiing av eige fagområde. Profesjonane opptre i stor grad autonomt (Molander og Terum, 2008).

Fram til 1970-åra styrte overlegen ved dei fleste sjukehusavdelingar, medan administrerande overlege gjorde det same på vegne av sjukehusa (Berg, 2010). Sjukepleiarar hadde tidleg fokus på leiing i sitt arbeid og starta allereie med Florence Nightingale sitt arbeid og fokus på organisering under Krimkrigen. Frå 1950 talet starta profesjonalisering av sjukepleieyrket og på same tid ei akademisering av sjukepleiefaget. Dette førte til at sjukepleiarane etterkvart kjempa for retten til å leie eigen profesjon (Sommervold, 1997). Historisk har helsefaglege kvalifikasjonar vore ein føresetnad for å kunne ivareta leiande stillingar i den norske helsesektoren (Berg, 2010). Personlege eigenskapar har vore underordna, medan dei fagspesifikke, ekspert- og profesjonsrelaterte kvalifikasjonane har vore nøkkelen til å forstå korleis leiing har vorte konstruert i helsesektoren (Byrkjeflot, 1997).

Sjukepleiarar med leiaransvar har ansvar for både å leia personalgrupper og sjukepleiefaget. I fylgje Norsk Sykepleierforbund (NSF) må sjukepleiar med leiaransvar i ein kunnskapsorganisasjon vera ein synleg leiar for dei tilsette. Dei må kunne bygge team, ha evne til forhandlingar, ha tydelege verdiar og visjonar, karisma og evne til å gje makt til dei

tilsette for å lykkast som leiar. Det er også avgjerande at leiar deltek på dei arenaer der avgjerder vert tekne¹². Det å leia sjukepleiefaget inneber at sjukepleiefagleg leiar har kunnskapar om kva som ligg i begrepet forsvarleg praksis, som også inneber kunnskap om organisasjonen, i tillegg til å kunne organisera sjukepleietenesten og sjukepleiefaget. Orvik (2015) omtalar dette som organisatorisk kompetanse.

Legane har lang tradisjon som leiarar for sjukehus og sitt fagområde. Legestanden har ikkje vore like oppteken av leiarkompetanse utover det faglege, og dermed skapte dette ulike vilkår for sjukepleiarar og legar til å gå inn i leiarstillingar. Legane vart etterkvart framover til 2001 utfordra på fag og leiing (autoritet), og ikkje berre av sjukepleiarane, men også av innføringa av profesjonell leiing og administrasjon i sjukehus (Lund, 2012).

Steineutvalget omtalar to prinsipp for leiarskap i sjukehus; det administrative og det faglege. Den administrative leiinga er i sin mest reindyrka form representert ved toppleiinga, medan den faglege leiinga skjer pasientnært. Avdelingsleiing føregår i skjeringspunktet mellom desse to leiingsformer og inneheld element frå begge. Ofte, avhengig av avdelinga/eininga sin storleik, vil den administrative eller den faglege delen dominera leiaren sin kvardag. Det er i større avdelingar fleire oppgåver knytt til administrativ leiing enn ved mindre einingar. For avdelingsleiarar kan det ofte opplevast konfliktfylt å vege administrative og helsefaglege omsyn mot kvarandre, medan utvalet vektlegg leiinga sitt ansvar for å forholde seg til dei administrative rammer så lenge drifta er fagleg forsvarleg. Det har vorte hevda at medisinske faggrupper ikkje kan leiast av andre enn personar med same fagbakgrunn. Utvalet støttar ikkje denne tanken og viser mellom anna til at alle er underlagt sjukehuset si toppleiing ved direktøren. Det betyr at faglege leiarar kan vera underlagt leiarar med annan fagbakgrunn enn dei sjølve, og at det også kan gjelde på avdelingsnivå (NOU 1997:2).

Norsk sykepleierforbund (NSF) har hatt stort fokus på leiing. “God på fag og ledelse” var namnet på leiarsatsinga NSF sette i gang i 2004. Målet var å inspirere og motivere sjukepleiarar til å ta initiativ og krevje posisjonar *“der sykepleiefaglig og ledelsesmessig kompetanse innebærer en positiv forskjell for pasientene”*. NSF har i sin politiske plattform for leiing (NSF 2017-2020) presisert fylgjande: *NSFs mål for ledelse: Sykepleiere leder eget fag og sykepleietjenesten, har lederansvar på alle nivåer i helsetjenesten, og har rammevilkår*

¹² Norsk Sykepleierforbund. Sykepleier med lederansvar-god på fag og ledelse. Faghefte oktober 2005

*for å utøve god ledelse for en faglig forsvarlig, samordnet og effektiv helsetjeneste av høy kvalitet*¹³.

Wærrø (2005) hevdar at sjukepleiefagleg leiing er nødvendig for å ivareta den faglege utviklinga innanfor sjukepleiefaget. Det er behov for kunnskap om faget for å organisere tenesten slik at den tek vare på kvalitet og pasientsikkerheit. Ho peikar på at avdelingssjukepleiarfunksjonen er endra med utvida ansvarsområde. Derfor er det behov for meir kompetanse og ein fagleg sterk oversjukepleiar for å ivareta ansvaret.

I 2002 overtok staten eigarskapet til sjukehusa, som no vart organisert etter føretaksmodell. Det statlege eigarskapet førte til statleg inn gripen også når det gjaldt leiarspørsmålet. Med den nye leiarmodellen vart stillingane som oversjukepleiarar og sjefssjukepleiarar fjerna. Det vart hevda at sjukepleiarar dermed fekk mindre påverknad over eige fag (Lund, 2012).

I dagens sjukehus er det ulike organisasjonsmodellar og leiarorganiseringar. Dette fører mellom anna til at både legar og sjukepleiarar er leiarar på alle nivå. Konsekvensen er at legar leiar sjukepleiarar og sjukepleiarar leiar legar. På same tid regulerer lovverket at organiseringa skal sikre fagleg forsvarleg drift i fylgje Lov om spesialisthelsetjenester § 3-8. Dette er regulert ved at der leiar ikkje har nødvendige medisinsk faglege kvalifikasjonar skal det tilsettast ein medisinsk fagansvarleg. For eksempel skal det definerast ein lege med medisinsk fagansvar der ein sjukepleiar er avdelingleiar for ei sjukehusavdeling.

2.3.3 Hybrid leiing

Orvik (2015: 344) omtalar tre ulike vegar for leiing. Han omtalar den tradisjonelle der helsepersonell er leiarar og den andre vegen der generalistar er å føretrekke framfor fagprofesjonelle. Den tredje vegen er ein kombinasjon av profesjonskunnskap og generell leiarkompetanse.

Det har vorte stadig meir populært å gjere bruk av begrepet “hybrid” i organisasjonsforskinga. Generelt sett refererer ordet til muleg nye fenomen som vert danna ved at to eller fleire element som normalt finst separate, vert kobla eller kombinert. Nokre av dei fyrste som brukte begrepet, var organisasjonsforskarar og økonomar som var opptekne av å identifisera alternativ til marknad og økonomi (Berg, Byrkjeflot og Kvåle, 2010).

¹³ Norsk Sykepleierforbund. Politisk plattform for ledelse 2017-2020. Hefte

Ein sektor som har vore sterkt prega av fagleg ekspertise er sjukehusa. Sektoren inneheld eit stort tal av profesjonar og teknologidrevne spesialitetar (Berg, 2010). Dette gjer det krevande å få innsyn og samhandling, og heilt sidan velferdsstaten sin framvekst har det vore argumentert for at innsyn og nye og meir fleirfaglege organisasjonsformer kan vere eit bidrag til å tøye profesjonane. Ein har vore spesielt oppteken av å ansvarleg gjere legeprofesjonen, som tradisjonelt har trona øvst både i fag- og leiarhierarkiet, og sjukepleiarar, som dominerer i antal (ibid).

Krav om fagnøytral og einskapleg leiing kom med New Public Management (NPM) reformene. Offentleg sektor vart utfordra på ny styringsideologi for å få bukt med problema i sektoren. Kjenneteikn var mellom anna meir indirekte kontroll- og styringsformer, for eksempel mål- og resultatstyring, aktivitetsbasert finansiering. Ved sida av å få grep om kostnadsveksten gjeld det å disiplinera leiarar og tilsette til å gjera betre prioriteringar og kommunisere meir rasjonelt seg i mellom og med omgjevnadene (Jespersen, 2005). I artikkelen "Hybrid ledelse i sykehus-en gjennomgang av litteraturen" presenterer og diskuterer Berg, Byrkjeflot og Kvål (2010) fleire studiar som ser på begrepet hybrid leiing. Utifrå gjennomgangen av studiar frå ulike land har dei sett på og drøfta kva problem og løysingar som er knytt til begrepet hybrid leiing i sjukehus. Funna knytt til spørsmålet om kva forfattarane legg i begrepet hybrid leiing, viser at det er ingen klar definisjon på dette. Den typiske forståinga i artiklane viser at dette handlar om ei form for leiing der det medisinsk-faglege vert supplert med det økonomisk-administrative (ibid).

Llwellyn (2001) innførte begrepet *Two-way Windows*. Hennar studie omhandlar legar i leiande stillingar. Ho brukar metaforen to-vegs vindauge for å synleggjere korleis legar i leiarstillingar jobba parallelt med idear både frå den medisinske logikken og frå den økonomisk-administrative logikken. Ho meiner at dei med sin rolle som i eit to-vegs vindauge gir dei innsikt i både det kliniske fagfeltet og frå leiingsfaget. Dette kallar ho for eit nytt ekspertiseområde, medisinsk faglig leiing. Ho meiner at medisinske leiarar kan integrere leiaroppgåver i sitt arbeid, men administrative leiarar ikkje kan integrere medisinske oppgåver. Helseleiarar kan dermed utvikle ny kunnskap ved at dei kan sjå begge logikkane. Metaforen medfører at ein kan sjå ting klarare og spesielt sidan sjukehusleiing handlar om leiing i ein hybrid organisasjon, der ulike logikkar utfordrar kvarandre. Denne metaforen understøttar også målet om at leiarar i helsetenesten skal vera ansvarleg og bevisste i forhold til det som ligg i leiarrollen med omsyn til fagleg forsvarleg drift innanfor eksisterande rammer.

2.4 Samhandling, samarbeid og samordning

Helsepersonell har tradisjonelt vore individ-og relasjonsorientert i sin arbeidsmåte, medan klinisk arbeid i komplekse verksemder får stadig meir preg av lagidrett. For å bøte på noko av dette har dei tre begrepa samhandling, samarbeid og samordning fått ein sentral plass.

Begrepa har ulik betyding, men vert brukt om kvarandre. Begrepa samhandling og samarbeid viser prosessar og relasjonar i det kliniske arbeidet, aktørnivået, medan samordning rettar seg mot verksemda som heilhet, systemnivået. Likevel vert begrepet samhandling i praksis brukt både på aktør og systemnivå. Målet med desse tre nøkkelbegrepa er å bidra til å sikre at dei tenestene som samla sett skal møte pasientane sine behov ikkje trer fram stykkevis, men heilt (Orvik, 2015).

Orvik (2015) presiserer også at koordinering er ein fellesnemnar for samhandling, samarbeid og samordning. Når det gjeld den kliniske verksemda, ivaretek helsepersonell det gjennom å koordinere sine handlingar gjennom å kommunisere og informere om sine bidrag.

Samhandling er *konkret og forpliktande*, og inneheld ei norm om å verkeleggjere ansvar gjennom å handle saman. Eit typisk trekk ved samarbeid er ei *positiv innstilling* som gir seg utslag i uformell og kontinuerleg kontakt mellom enkeltpersonar. Å bygge ein kultur for samarbeid krev at dei involverte partar deltek, men kan også bidra til at grupper utviklar gjensidig tillit og endrar seg frå å beskytte sitt eige territorium til ei samarbeidsorientert tilnærming. Helsepersonell kan bidra i slike tillitsbyggande prosessar, på same tid som leiarar har ein viktig rolle med å vedlikehalde motivasjon for å samarbeide og ved å akseptere at læring av samarbeid tek tid.

For å fremme samarbeid og samhandling kan samordning vera nødvendig. I klassisk organisasjonsteori definerer Eriksson-Zetterquist mfl. (i Orvik, 2015:212) samordning som *en administrativ funksjon som innebærer å koordinere ulike aktiviteter i en organisasjon, eller mellom organisasjonar*. Samordning er varig og formalisert og krev avgjerder på organisasjonsnivå. Difor er samordning fyrst og fremst eit leiaransvar. Plikt å samarbeide og samhandle inngår i krav til forsvarleg profesjonsutøving hjå helsepersonell (Orvik, 2015).

Sjølv om dei tre begrepa samarbeid, samhandling og samordning har spesifikt innhald, overlappar dei kvarandre og vert brukt om kvarandre. Forskingslitteraturen viser til at begrepet samhandling har eit stort innslag av både samarbeid og samordning og kan difor vera eit samlebegrep i fylgje Axelsson & Bihari Axelsson (i Orvik, 2015). Samarbeid og samordning kan utvikle samhandlingskompetanse ved at personell ser, kommuniserer og handlar i forhold til samanhengar.

KAPITTEL 3

METODE

I dette kapitlet vil eg klargjere tilnærminga til studien og dei sentrale metodiske val som er gjort i forskingsprosessen. Metode er i fylgje Holme og Solvang (1998) reiskap for å løyse problem og slik komme fram til nye erkjenningar. Vitskapeleg metode skal sikre at vitskapeleg verksemd er fagleg forsvarlig (Grønmo, 2015). Kvantitative metodar har fokus på variablar som er relativt uavhengig av den samfunnsmessige kontekst, medan kvalitative metodar omhandlar prosessar som vert tolka i lys av den kontekst dei inngår i. Ei viktig målsetting med kvalitative tilnærmingar er å oppnå ei forståing av sosiale fenomen. Kvalitative metodar søker å gå i djubden, og vektlegg betydning, medan kvantitative metodar vektlegg utbreiing og antal (Thagaard, 2013).

3.1 Val av metode

I studien min vil eg finne ut korleis sjukepleiefaglege leiarar i eit sjukehus *opplever at* leiarorganisering påverkar deira arbeidsutøving. Dette er knytt til mi undring om ulike leiarorganisering kan gi informantane ulike opplevingar når det gjeld arbeidsutøvinga deira som leiarar. Utgangspunkt er begrepa ansvar, myndigheit og handlingsrom. Då styrken med kvalitativ metode er å skape ei djupare forståing av sosiale prosessar og samanhengar har eg valt å bruke ein kvalitativ intervjustudie med fenomenologisk tilnærming.

Bruk av kvalitativ metode vart naturleg å bruke i studien min; då eg ynskjer å få tak i sjukepleieleiarar sine opplevingar. For å kunne svare på problemstillinga er det nødvendig å ha fleire deltakarar som har ulike erfaring med leiarorganisering. Det er viktig for å kunne sjå om det er nokre samanhengar eller mønster som trer fram.

3.2 Kvalitativ metode

Karakteristisk for kvalitativ forskning er at vi søker ei forståing av sosiale fenomen, enten ved nær relasjon til deltakarar i felten ved intervju eller observasjon, eller ved analyser av tekstar og visuelle uttrykksformer. Intervjusamtalar er eit godt utgangspunkt for å få kunnskap om korleis enkeltpersonar opplever og reflekterer over sin situasjon (Thagaard, 2013).

Ved bruk av kvalitativ metode vil eg kunne få utdjupande svar på problemstillinga frå informantane. Ein intervjusituasjon skapar nærleik til informantane og dette gav meg høve til å sjå på kvalitetar i form av vurderingar, inntrykk og meiningar. Tolkinga av det som kjem fram i intervjusituasjonane kan bli prega av mi erfaring som leiar, bakgrunnen min og haldningane mine. Dette kan ha både fordeler og ulemper. Dette blir nærare omtala i kapittel 3.8 Metodekritikk.

I fylgje Tjora (2017) er kvalitativ forskning prega av ei tydeleg kjensle overfor konteksten den vert gjennomført i. Når ein er tett på dei ein “forskar på” kan forskinga bli både spennande og intens. Eg kjem nærare tilbake til dette under utval av informantar og etiske betraktningar. Han omtalar også forskning som systematisk nysgjerrigheit. Kvalitativ forskning er prega av ei induktiv tilnærming der forskaren tilstrebar ei mest muleg open og undersøkende innstilling gjennom å utarbeide tema i form av undersøkende spørsmål, der desse kan endrast undervegs i møte med deltakarane sine ytringar. Den stegvis- deduktive induktive metoden er eit systematisk arbeid med datamateriale, der det vert jobba i etappar frå rådata til konsept eller teoriar. Denne metoden vert nærare omtala under 3.3.2 Strukturell analyse.

3.2.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologien tek utgangspunkt i den subjektive opplevinga, og søker å oppnå forståing av ei djupare meining i enkeltpersonar sine erfaringar. Forskaren sine refleksjonar som forskar over eigne erfaringar kan difor vere med å danne eit utgangspunkt for forskinga (Thagaard, 2013). I eit fenomenologisk perspektiv er fokuset på informanten sitt perspektiv og korleis den opplever situasjonen ein er i. Det er opna for intervjupersonen sine erfaringar og å framheve presise beskrivingar. Ein søker å sjå bort frå førehandskunnskap og søker etter beskrivingane sine sentrale betydingar (Kvale, 1997). Dette er viktig for studien min med tanke på at eg hadde ei formeining om kva informantane ville omtale av erfaringar og opplevingar.

3.3 Det kvalitative forskingsintervjuet som datainnsamling

Eg har i studien min valt å nytte meg av djubdeintervju for å samle data. Ved å sette av god tid og skape ei avslappa stemning i eit uforstyrta rom, gav eg intervjupersonane høve til å reflektere over eigne erfaringar, haldningar og meiningar knytt til det aktuelle tema. I fylgje Tjora (2017) er dette viktig i kvalitativ forskning der målet er få tak i korleis intervjupersonen opplever situasjonen.

I studien der utgangspunktet er å få tak i sjukepleieleiarar sine opplevingar/erfaringar med ulik leiarorganisering, er djubdeintervju velegna for å få tak i deira perspektiv.

Djubdeintervjua sin kvalitet kviler på opparbeida tillit mellom forskar og informant, noko som er særleg viktig der me forskar på sensitive tema (Tjora, 2017). I studien min la eg til rette for å kunne snakke om sensitive tema, som for dei var kunne vera å snakke om leiaren sin. Eg la vekt på teieplikta mi og høve til å trekka seg frå studien dersom dei hadde ynskje om det. På førehand hadde eg sett meg inn i kva kontekst informantane kom frå, slik at spørsmåla som

vart stilt under intervjuet kjendes relevante. Dette vart grunnlaget for utarbeidinga av intervjuguiden. Eg utarbeida ein tematisert intervjuguide og gjennomførte djubdeintervju for å få svar på forskingsspørsmåla mine. Tjora (2017) viser til at dersom forskaren styrer samtalen vil ein lettare få sett søkelys på forskingsspørsmåla på ein annan måte enn ved opne intervju.

3.4 Tilgang til forskingsfelt, utval og beskriving av informantar

For å kunne få svar på problemstillinga mi måtte eg ta stilling til kven eg såg det formålstenleg å intervju. Utgangspunktet var at personane måtte ha føresetnad for å kunne formidle innsikt i forskingsspørsmåla. Kvalitative studiar baserer seg på eit *strategisk utval*, det vil seie at ein vel deltakarar som har eigenskapar eller kvalifikasjonar som er strategiske i forhold til problemstillinga og studien sitt teoretiske perspektiv (Thagaard, 2015).

På bakgrunn av problemstillinga mi, var det naturleg at eg tok kontakt der eg visste at leiarorganiseringa er ulik innanfor same arbeidsplass. Eg tok kontakt med sjukehuset der eg sjølv er tilsett, då eg kjende organiseringa ved dette sjukehuset og hadde god oversikt over kven eg kunne kontakte for å skaffe studiedeltakarar.

Grunnen til at eg valte dette sjukehuset var basert på ei undring eg hadde hatt over tid med tanke på korleis ulik leiarorganisering påverkar arbeidsutøvinga til leiarar som er tilsett der. Eg vurderte også at tilgangen på informantar ville vere enklare enn ved å ta kontakt med eit sjukehus eg ikkje kjende. Sjølv om eg er tilsett ved dette sjukehuset og har god kjennskap til forskingsfeltet, valte eg å ikkje ta kontakt med informantar frå min eigen klinikk. Eg viser til kapittel 3.8. Meg sjølv som forskar, der eg drøftar utfordringar knytt til nærleik til forskingsfeltet.

Kontakt med informantane vart oppretta via e-post til klinikksjef ved to klinikkar med ulik leiarorganisering. Vedlagt e-post var spørsmål om å delta i studien og samtykkeskjema (vedlegg nr. 2). Eg formidla mitt ynskje om å intervju sjukepleiefaglege leiarar på nivå tre og fire samt sjukepleiefagleg rådgivar på klinikken som ikkje hadde sjukepleiefagleg leiar på nivå tre. Begge klinikkane stilte seg positive til å delta i studien og informantane vart kontakta. Organisasjonskart over dei to klinikkane er presentert i figur 1 og 2 i kapittel 1. Innleiing. Stort sett all kontakt på førehand var via e-post.

Sju av dei åtte informantane har stillingar som er definert som leiarstilling og ein er definert som sjukepleiefaglig rådgivar (plassert i stab til klinikksjef). Alle informantane har lang erfaring som sjukepleiarar, frå 15-38 år. Dei har ulik erfaring som leiarar, frå eitt til 26 år.

Fem av informantane har vore leiar i over ti år og to av informantane under fem år. Alle bortsett frå ein av informantane har ei eller anna form for leiarutdanning. Halvparten av informantane har vidareutdanning innanfor fagområdet dei no er leiar for. Informantane er leiarar på kliniske avdelingar med personalansvar for mellom sju og 60 sjukepleiarar og hjelpepleiarar. Klinikane dei er tilsett i driv høg spesialisert behandling og pleie og dei har alle tett samarbeid med mange fagprofesjonar i sjukehuset. Alle informantane uttrykker stort engasjement for leiing.

Alle informantane har jobba på sjukehuset dei no er tilsett ved mellom 15 og 27 år. Nokre har hatt permisjon og vore i andre jobbar i perioden. Sidan alle har vore tilsett i 15 år eller lenger, har dei fylgt reformene i spesialisthelsetenesten, utbygging av nytt sjukehus og dei endringar som har føregått der. Sjå tabell 1 og 2 over informantane. Av omsyn til anonymitet er det berre spesifisert kva stilling dei har og kva klinikk dei er tilsett i. Inkludering av informantar var uproblematisk, då alle som vart spurt takka ja. Alle uttrykte stort engasjement for problemstillinga mi og at dei svært gjerne ville bidra til å få gjennomført denne studien.

Klinikk A

Seksjonsleiar	KA 1
Seksjonsleiar	KA 2
Seksjonsleiar	KA 3
Sjukepleiefagleg rådgivar	KA 4

Tabell 1 Oversikt informantar klinikk A

Klinikk B

Seksjonsleiar	KB 5
Seksjonsleiar	KB 6
Avdelingssjef sjukepleie	KB 7
Seksjonsleiar	KB 8

Tabell 2 Oversikt informantar klinikk B

3.5 Planlegging og gjennomføring av intervju

Alle som hadde fått invitasjon til intervju fekk anledning å bestemme om intervjuet skulle foregå på eigen arbeidsplass eller på eit skjerma rom eg hadde til disposisjon på min arbeidsplass. Halvparten av informantane ville gjennomføre intervjuet på eigen arbeidsplass. Alle intervju vart gjennomført på rom som var utan forstyrringar. I fylgje Tjora (2017) er det viktig at intervjuet foregår innanfor trygge rammer, for å skape ei mest muleg avslappa og trygg stemning i intervjusituasjonen. Intervju vart gjennomført i perioden februar-april 2017. Alle intervju vart gjennomført ein gong og kvart intervju vara i ca. ein time. På grunn av manglar, vart det gjennomført eit kort tilleggsintervju via telefon på ein av informantane.

Utarbeiding av intervjuguide var ein sentral del av planlegginga. Det er viktig å tenkje gjennom korleis ein formulerer spørsmål som bidreg til å opna for intervjupersonen si fortelling og synspunkt. Opne spørsmål inviterer intervjupersonene til å presentere sine synspunkt og erfaringar (Thagaard, 2013). Etter å ha utarbeida intervjuguiden testa eg den ved å intervju ein leiar som ikkje skulle delta i studien. Eg gjorde nokre justeringar etter testintervjuet.

Alle intervju vart gjennomført ved hjelp av lyd opptak. Dette bidrog til at eg kunne ha fokus på informanten og kunne vera tilstade i situasjonen. Ved å nytte lyd opptak kunne eg høyre intervju fleire gonger i etterkant, noko som forenkla transkripsjonsprosessen. På same tid bidrog lyd opptak til at den verbale budskapet kom fram med stemmebruk og stemning i samtalen. Opptaksutstyret vart plassert diskret på bordet. Ingen av informantane hadde motførestillingar om bruk av lyd opptakar. Dei vart informert om når opptak starta og slutta, og at lyd opptaka ville bli oppbevart innelåst fram til sletting ved studien sin avslutning.

Intervju starta med ein innleiande del, oppvarming, som gav dei anledning å seie noko om seg sjølv, kva utdanningsbakgrunn dei hadde, arbeidserfaring, litt om arbeidsplassen sin eigenart, storleik og organisatorisk plassering på arbeidsplassen. Dei vart også bedt om å seie noko om kvifor dei hadde valt stillinga som leiar eller om det var andre grunnar til at dei hadde stillinga.

Intervjuet hadde ein hovuddel, refleksjonsdel, som omhandla tema som ansvar, myndigheit og handlingsrom. Sidan eg nytta meg av ein på førehand gjennomarbeida intervjuguide gjorde dette det muleg for meg å stille dei spørsmål som var viktige for meg å få svar på. På same tid kom det fram at dette gav informantane assosiasjonar, noko som førte til at intervjuguiden ikkje vart fylgd til punkt og prikke. I denne fasen stilte eg spørsmål som for eksempel: Kan du

beskrive...? og kan du fortelje om.....? Dette opna også opp for å stille oppfylgjingsspørsmål når noko vart uklart, eller dersom eg hadde behov for nærare utdjujing. Fleire av informantane snakka mykje i denne delen av intervjuet medan andre venta på neste spørsmål. Ei målsetting med kvalitative intervju er å stille spørsmål på ein måte som inviterer til å gå i djubden gjennom refleksjon og fyldige svar (Thagaard, 2013). Eg la vekt på å vera lyttande og tilpassa intervjusituasjonen etter den eg snakka med. Eg oppfatta alle informantane som trygge, engasjerte og avslappa allereie frå starten av intervjuet.

Då engasjementet for temaet i studien vart stort førte dette til at refleksjonane ofte kom automatisk utan oppfylgjingsspørsmål frå mi side. På same tid erfarte eg at mitt kjennskap til organisasjonen og rollane dei var i, førte til at eg ved gjennomgang av intervjuet oppdaga at eg burde ha stilt fleire oppfylgjingsspørsmål. Dette kan betraktast som ein ulempe med omsyn til forståing for temaet.

Tjora (2017) omtalar at avrundingspørsmål bidreg til ei avslutning av intervjuet. Eg erfarte at det ved avrundinga av intervjuet, kom mange nye refleksjonar om tematikken frå fleire av informantane. Dette tolka eg som eit teikn på engasjement for temaet. Sjølv om alle snakka om sine omfattande og travle arbeidsdagar, var det ingen av informantane som gav uttrykk for dette i intervjusituasjonen. Dei gav tvert i mot uttrykk for at det var eit viktig tema å få samtale om.

Intervjusituasjonane var interessante og eg merka at mitt engasjement for temaet av og til kunne utfordre meg med omsyn til å vere nøytral i intervjusituasjonen. Mi tidlegare erfaring som seksjonsleiar og delaktig i dei organisasjonsendringar som har vore gjennomført på sjukehuset, utfordra meg også å vere nøytral i situasjonen. Det var fristande å bekrefte gjenkjenning med det informantane snakka om. Erfaringa mi som tidligare seksjonsleiar gjorde at eg kjende meg komfortabel med å vere i ein intervjusituasjonen. Kompetansen min som veileidar kom også til nytte. På same tid var dette ein ny intervjusituasjon, der eg ved gjennomgang av intervjuet via lytting på lyd opptak gjorde meg mange nye erfaringar. Mellom anna vart eg spesielt merksam på manglande oppfylgjingsspørsmål. Det vart også tydeleg for meg at ei utfordring var nokre situasjonar der eg opplevde å ikkje få svar på spørsmåla eg stilte. Det å finne andre måtar å stille spørsmål på slik at den andre forstår kunne eg ha gjort i større grad. Ein refleksjon er om eg hørde godt nok etter kvar dei sa eller om eg var nok undrande.

3.6 Transkripsjon av data

Tjora (2017) anbefaler bruk av lyd opptak og fullstendig transkribering av datamaterialet i etterkant av intervjuet. Transkripsjonar er oversettingar frå talespråk til skriftspråk, som inneber vurderingar og val av konstruksjonar undervegs. Transkribering frå munnleg til skriftleg form fører til ei strukturering av intervjuet slik at dei vert betre egna til analyse. Eg transkriberte intervjuet sjølv og fekk difor eit godt innblikk i datamaterialet mitt. Av private grunnar fekk eg ikkje gjennomført transkriberinga før i slutten av september og byrjinga av oktober 2017. Alle intervjuet vart skreve ned så ordrett som muleg. I dette arbeidet starta analysearbeidet; det vil seie at eg ved å høyre intervjuet på nytt fekk eit bilete av kva tematikkar som kom fram. Intervjuet vart skreve ned på bokmål og ved bruk av sitat frå det transkriberte materialet sikra dette anonymitet i forhold til informantane.

3.7 Dataanalyse

Analysearbeidet føregår i praksis gjennom heile prosessen frå datainnsamlinga startar. I studien min starta analysearbeidet allereie frå eg starta datainnsamlinga. Under gjennomføringa av intervjuet danna eg meg eit inntrykk av kva som kunne vere aktuelle tema utifrå det informantane snakka om. Den fokuserte delen av analysearbeidet starta etter datainnsamling og transkripsjon av intervjuet. Det har føregått ei stadig utveksling mellom teori og empiri i heile analysefasen.

Analyse av data i denne studien er inspirert av Tjora (2017) sin omtale av den stegvise-deduktiv induktive modellen (SDI-modellen) for bearbeiding av data i kvalitative studiar. SDI –metoden består av ein “oppadgåande” induktiv prosess der ein jobbar frå empirisk materiale mot ein meir teoretisk, eller konseptuell forståing og “nedadgåande” deduktive tilbakekoplingar, der ein kontrollerer det “meir teoretiske” til det “meir empiriske” (Tjora, 2017). I denne studien har det foregått ei stadig utveksling mellom teori og empiri. Frå ei undring om leiarorganisering, som hadde utgangspunkt i egne erfaringar som leiar gjennom mange år og min teoretiske bakgrunn og interesse for leiing utforma eg ein problemstilling, forskingsspørsmål og intervjuguide. Forskinga har gått frå tekst til teori. Etter å ha fordjupa meg i teoretiske begrep har eg gått over til teoretisk drøfting. Eg har heile tida halde nær kontakt med den transkriberte teksten og tenkt på kva relevans dette kan ha for fagfeltet.

3.7.1 Strukturell analyse-empirinær koding

Ein kvalitativ analyse har som mål å gjera det muleg for ein lesar av forskninga å få auka kunnskap på saksområdet det vert forska på, utan sjølv å måtte gå gjennom dei data som er

generert i løpet av prosjektet (Tjora, 2017). I ein kvalitativ analyse må ein vere merksam på å finne det som verkeleg ligg i empirien, og kunna sjå utover egne forventningar og problemstillingar. Dette krev mykje intenst tankearbeid, sensitivitet for kva som finns i empirien utover problemstillinga og forventningar, og ein evne til å arbeide systematisk (Tjora, 2017). Utgangspunktet for analysen i studie min er det Tjora (2017) omtalar som stegvis-deduktiv induktiv modell for analysearbeidet (SDI-modellen).

Med denne metoden jobbar ein etappevis frå rådata til konseptar/teoriar. Ein jobbar både induktivt ved å gå frå data til teori og deduktivt ved å sjekke opp teori mot empiri. Koding er første steg i analysen og svært viktig for SDI-metoden sin vekt på induksjon. Målet med kodinga er å ekstrahere essensen i det empiriske materialet, redusere materialet sitt volum og legge til rette for idègenerering på basis av detaljar i empirien (Tjora 2017).

I analysearbeidet har eg arbeidd grundig med det transkriberte materialet for å skaffe meg oversikt og bli godt kjend med informantane sine utsegn. Eg gjekk gjennom datamaterialet mitt mange gonger og hørde på enkelte lyd opptak på nytt. Ved å gå gjennom det transkriberte datamaterialet skreiv eg ned aktuelle utsegn frå informantane på post- it lappar som eg deretter festa på flipoverark, eitt for kvart intervju. Eg sorterte deretter utsegn som var samanfallande på eit felles flipoverark. Deretter gikk eg gjennom alle utsegna på nytt og la fargekode på dei med lik tematikk. Dette for å rydde i det som kunne vera aktuelle tematikkar. Tjora (2017) omtalar dette som induktiv empirinær koding, der ein reduserer påverknad av ulike forventningar og teoriar som ein forskar kan trekka med seg inn i analysen. Eit kjenneteikn ved den induktive empirinære kodinga er at den skal ligge svært tett på empirien og gjerne bruke begrep som allereie finns i datamaterialet. Å samle kodane som omhandlar like tematikkar er det Tjora (2017) kallar kodegruppering. Kodegrupperinga skjer også induktivt og den stakar ut undersøkinga si retning. Kodegruppene dannar utgangspunkt for kva som kan utviklast som tema i analysen. Eg tok utgangspunkt i utsegna til informantane i kodeprosessen og brukte dette vidare i å strukturere resultatdelen i oppgåva, slik at den enda opp med kapittel og delkapittel. Eg tok utgangspunkt i eit utval av tre tema med omsyn til det begrensa omfanget oppgåva mi har. Fylgjande tema vart valt: Betydinga av tillit, betydninga av samarbeid og leiarorganisering før og no. Resultat av analyseprosessen vert presentert i kapittel 4 Funn og fortolking og vert vidareutvikla i studien sin drøftingsdel, kapittel 5.

I analysearbeidet har eg arbeidd med bevisstgjerung om å setja til side egne fortolkingar av datamaterialet. Kodeprosessen vart krevjande med omsyn til mi eiga for forståing. Eg jobba

kontinuerleg med å ta utgangspunkt i kva informantane sa, og med å ikkje legge mine egne tolkingar i utsegn. I analyseprosessen var eg bevisst på å bruke tid til å tenkje over utsegn og kodegrupper vart ofte til i pausar i arbeidet.

Det kan i følgje Tjora (2017) vere ein utfordring å ta med seg *variabeltenkjing* frå kvantitativ forskning. Han omtalar også utfordringa knytt mot det han kallar *sorteringsbasert og empirinær koding*. Sjølv om eg hadde dette med meg som eit teoretisk fundament i analyseprosessen, var dette arbeidet krevjande. Tjora (2017) snakkar varmt for bruk av datasett for koding. Dette har eg ikkje valt i oppgåva mi av omsyn til omfanget på studiet og at det ville krevje tid til opplæring i bruk av verktøyet.

3.8 Metodekritikk

Metodeval påverkar studien sin kvalitet. Det gjeld uansett kva metode eg ville valt. Ofte vert dei tre kriteria *pålitelighet (reliabilitet)*, *gyldighet (validitet)* og *generaliserbarhet (overførbarhet)* nytta som indikatorar på kvalitet. Dei norske begrepa fungerer godt som kriteria på kvalitativ forskning (Tjora, 2017). Det er difor viktig å vurdere studien min utifrå desse tre kriteria. Det å forske på eit sjukehus der eg er kjent og har kunnskap om området eg forskar på, er noko som vil ha påverknad på gjennomføring av oppgåva.

3.8.1 Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet

Pålitelighet handlar om at det skal eksistera ein intern logikk gjennom heile forskingsprosjektet. Det vert uttalt at ei undersøking har god pålitelighet når den i liten grad er styrt av faktorar som det ikkje er blitt gjort rede for (Tjora, 2017). Det vert stilt krav til datagenerering og analyse av data. I fylgje Tjora (2017) vil forskaren sitt engasjement i tematikken kunne betraktast som støy i prosjektet ved at det kan påverke resultata. Innanfor den fortolkande tradisjon som kvalitativ forskning er basert på, er ein inne forstått med at ein fullstendig nøytralitet ikkje kan eksistere.

Eit mål for meg var å opptre mest muleg likt under alle intervju. Eg stilte med min erfaringsbakgrunn som var tilsvarande til nokre av informantane. To av informantane kjende eg frå før via ulike typar samarbeid på sjukehuset, men ingen hadde vore nære kollegaer. Dei resterande av informantane hadde eg ikkje hatt direkte kontakt med tidlegare. Eg prøvde å vera bevisst på eigen innverknad i intervjusituasjonen. Det er dette som i metodelitteraturen kallast både for støy og ressurs (Tjora, 2017). Mitt engasjement for temaet såg eg på som ein ressurs i arbeidet. På same tid kunne eg i situasjonar under intervju merkja at mitt

engasjement for tema gjorde det utfordrande å halde meg nøytral når informantane kom fram med ulike synspunkt.

Eg nytta lyd opptakar under intervju. Dette kan ha påverka påliteligheten både på godt og vondt. Sjølv om alle informantane godkjende bruk av lyd opptakar, kan dei ha utelate å snakke om viktige tema. Det som styrkar påliteligheten til undersøkinga er at lyd opptakaren gav høve til å nytta direkte sitat (Tjora, 2017). Sidan eg utførte studien åleine kan dette ha påverka påliteligheten. Det kan vere ein ressurs å vere to som analyser saman for å sjå om ein kjem til same funn og fortolkingar.

Gyldighet handlar om ein logisk samanheng mellom prosjektet si utforming og funn, og dei spørsmål ein søker å finne svar på (Tjora, 2017). Eg har i stor grad nytta meg av ordrette sitat i tolkinga av datamaterialet. Tolkinga mi er påverka av bakgrunnen min, erfaring og kjennskap til rollen som seksjonsleiar i spesialisthelsetenesten. Dette kan påverka gyldigheten i studien ved at eg kjenner godt til rollen som seksjonsleiar på dette sjukehuset og har vore delaktig i ulike omorganiseringar som har omhandla leiarorganiseringa her. Eg valde å intervju leiarar på andre klinikkar enn der eg var tilsett. På same tid gjennomførte eg intervju på sjukehuset der eg er tilsett, og som eg kjenner godt gjennom mange år i leiarstilling. Dette kan ha påverka mine fortolkingar, men på same tid såg eg dette som ein ressurs ved å vere bevisst på kva eg var ute etter. På same tid kunne eg vore meir bevisst på å stille oppfylgjingsspørsmål der eg også kjende svara.

Eg vurderte kor vidt eg skulle ha intervju fleire, men fann ut at eg fekk informantar frå to klinikkar med ulik organisering. Difor vurderte eg det slik at eg har fått svar på det som studien hadde som mål å undersøke. Val av klinikkar var tilfeldig og det kan tenkjast at det hadde kome andre svar dersom eg hadde intervju på to andre klinikkar.

Generaliserbarhet er knytt til forskinga sin relevans utover dei einingar som faktisk er undersøkt (Tjora, 2017). Tolking av data kan innebere etiske dilemma når forskaren sitt perspektiv er ulikt frå den forståinga deltakarane har av sin situasjon (Thagaard, 2013). Det er ikkje muleg for meg å bekrefte at funna kan generaliserast med eit så lite utval av informantar. Det er også muleg at funna ville ha vorte annleis ved eit større utval av klinikkar. På same tid vil sannsynlegvis dei subjektive opplevingane som informantane uttrykker kunne skape gjenkjenning hjå dei som les studien og har erfaring frå leiarstilling i spesialisthelsetenesten.

3.8.2 Ethiske betraktningar

I alle typar kvalitativ forskning ligg det ulike etiske betraktningar til grunn sidan vi er i nær kontakt med dei vi undersøker (Tjora, 2017). Det er spesielt tre etiske retningslinjer som er sentrale; informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensar for informantane. Studien er gjennomført i tråd med retningslinjer frå Norsk senter for forskingsdata (NSD). Meldeskjema vart innsendt og gjennomføring av studien vart godkjent før eg starta datainnsamlinga.

Informert samtykke inneber at intervjupersonane vart informert om undersøkinga sitt overordna mål, om hovudtrekka i prosjektplanen, og om mulege fordeler og ulemper med å delta i forskingsprosjektet. Samtykkeskjema vart sendt ut i forkant av intervjuet og underskreve før intervjuet starta. Det inneheldt også opplysningar om at samtykke betyr at personen deltek frivillig og har høve å trekke seg når som helst.

Konfidensialitet i forskinga betyr at ein ikkje offentleggjer personlege data som kan avsløre intervjupersonen sin identitet. Transkripsjon inneber også etiske spørsmål. Materialet mitt vart difor oppbevart innelåst. Det vart informert om dette og at lyd opptaka ville bli sletta ved avslutning av arbeidet med masteroppgåva. Eg valde å anonymisera dei to klinikkane ved å kalle dei klinikk A og klinikk B. Informantane vart også nemnt med bokstavar og tal for å skape anonymitet.

3.8.3 Meg sjølv som forskar

I fylgje Tjora (2017) er fordelene med forkunnskap at ein klarar å stille dei gode spørsmåla, men ulempene kan vera at ein har med seg nokre forut inntekne erfaringar, kunnskapar og haldningar. Tolking er ein uunngåeleg del av empirisk forskning, og denne vert påverka av fleire forhold. Om forskinga er truverdig avheng av om forskaren reflekterer over korleis tolkingane kjem fram.

Om eg forskar i eige felt i denne studien kan diskuteras. Eg arbeider på same sjukehus som informantane, men ikkje på same klinikk. Eg har derimot hatt same leiarrolle som seks av informantane i mange år og kjenner difor arbeidsoppgåvene; sjølv om eg på intervjutidspunktet hadde ein annan rolle på sjukehuset. Eg har likevel fagkunnskap og inngåande kjennskap til sjukehuset der eg intervjuar og kjenner to av informantane via min tidlegare jobb som leiar. Mitt engasjement for temaet saman med teoretisk for forståing og yrkeserfaring ser eg på som ei viktig drivkraft i arbeidet mitt.

Ein ulempe med å kjenne organisasjonen og rollen som seksjonsleiar, er at eg kunne ha stilt meir utdjupande spørsmål. Det var likevel lettare å strukturere intervjuet då eg kjende rollane dei har. Eg hadde ikkje behov for å stille så mange tilleggsspørsmål som eg sannsynlegvis måtte ha gjort dersom eg ikkje hadde hatt same kunnskap om organiseringa og rollane dei har. På same tid hadde eg ein fordel med å skaffe informantar, då eg hadde lett tilgang til informantar. Då informantane hadde kjennskap til at eg var tilsett i same sjukehus og inntil ganske nyleg hadde hatt stilling som seksjonsleiar, kan dette ha medført at dei ikkje omtala alle tema. Det kan tenkjast at dei tenkte at eg hadde kjennskap på bakgrunn av erfaringa mi som seksjonsleiar på sjukehuset.

KAPITTEL 4

FUNN OG FORTOLKING

I dette kapittelet presenterer og analyserer eg sentrale funn som kom fram i studien. På bakgrunn av problemstillinga: *Korleis opplever sjukepleiefaglige leiarar i eit sjukehus at organisering og leiarmodellar påverkar deira arbeidsutøving?* kom det opp tre tema som eg ser går igjen: 1) *Betydinga av tillit*, 2) *Betydinga av samarbeid* og 3) *Leiarorganisering før og no*. Kvart tema har eit undertema som er ei utdjupande omtale av kva temaet dreiar seg om. Tema og undertema har kome fram i det som vart formidla i intervjusituasjonen. Utveljing av tema og undertema er kome fram gjennom mitt arbeid med det empiriske materialet. Her har også teori og mi eiga erfaring bidrege i analysen av undertema. I presentasjon og fortolking av funn blir utsegna framheva ved å vise variasjonar i opplevingane og erfaringane til informantane.

4.1 Organisering av klinikkane

Eg har valt å kalle klinikkane for klinikk A og klinikk B, sjå organisasjonskart av klinikk A figur 1 og klinikk B figur 2 i kapittel 1.1. Organisasjonskarta er ikkje fullstendige, men viser eksempel.

Klinikk A var fram til 2015 organisert med seksjonsleiarar (sjukepleiarar) på nivå tre med klinikksjef som næraste leiar. Då hadde seksjonsleiarane tett samarbeid med overlegar ved kvar avdeling som hadde medisinsk fagleg ansvar. Desse hadde stilling som seksjonsoverlege. Frå 2015 vart det innført eit nytt leiarnivå med avdelingssjefar (legar) på alle avdelingar. Desse fekk totalansvar for avdelinga og vart innplassert på nivå tre. Seksjonsleiarane (sjukepleiar) vart innplassert på nivå fire. Desse fekk då personal- og fagansvar for sjukepleiepleietenesten. Informantane uttalar at dei har økonomisk ansvar for personalutgifter til pleietenesten og samarbeider med avdelingssjef om det økonomiske ansvaret. Klinikk A har sjukepleiefagleg rådgivar (sjukepleiar) i stab til klinikksjef. Ho er rådgivar i sjukepleiefaglege spørsmål til klinikksjef og samarbeider med seksjonsleiarane. Ho representerer sjukepleietenesten i klinikken si leiargruppe. Avdelingane er der representert ved avdelingssjef (lege).

Klinikk B var fram til 2010 organisert med seksjonsleiarar (sjukepleiar) på nivå tre med klinikksjef som næraste leiar. Desse hadde tett samarbeid med ein medisinsk fagleg ansvarleg lege for den enkelte avdeling. Sjukepleiefagleg rådgivar var organisert i stab med rådgivande funksjon til klinikksjef og samarbeid med seksjonsleiarane. I 2010 vart stillinga som sjukepleiefagleg rådgivar endra til avdelingssjef sjukepleie. Denne vart då innplassert på nivå tre med totalansvar for sjukepleietenesten ved klinikken og vart leiar for alle seksjonsleiarane

(sjukepleiar). Avdeling for sjukepleietenester vart oppretta. Avdelingssjef for legetenesten ved denne klinikken er same person som klinikksjef og har totalansvar for legetenesten ved klinikken i tillegg til totalansvar for klinikken. Legane vart organisert i avdeling for legetenester.

Klinikkane er i dag ulikt organisert ved at klinikk A har valt ein organisasjonsmodell der avdelingssjefar (legar) på nivå tre har totalansvar for avdelingane i klinikken. Seksjonsleiarar (sjukepleiar) på nivå fire har personal-, økonomi og fagansvar for pleietenesten i avdelinga. Klinikk B er organisert med avdelingssjef sjukepleie og avdelingssjef lege på nivå tre. Desse har totalansvar for sjukepleietenesten og legetenesten i klinikken. Seksjonsleiar (sjukepleiar) på nivå fire har personal-, økonomi- og fagansvar for pleietenesten i avdelinga dei leiar. Seksjonsleiar samarbeider med seksjonsoverlege som har det medisinsk faglege ansvaret for avdelinga.

4.2 Betydinga av tillit

Informantane i studien min omtala si plassering i organisasjonen med ansvar og myndigheitsområde. Alle gav uttrykk for eit stort engasjement i arbeidet sitt. Dei omtala ansvaret det er å vere leiar for mange tilsette og omfattande drift i forhold til pasientbehandling og pleie. På tross av utfordrande rammer å forholde seg til, gav alle informantane uttrykk for at dei opplever at tillit frå næraste leiar har stor verdi for å kunne stå i krevande leiarstillingar.

I analyse av data kom betyding av tillit fram som eit tema alle informantane snakka om. Ordet tillit vart brukt i ulike samanhengar og vart vektlagt på ulike måtar. Fleire av leiarane brukte ordet tillit. Respekt og ”de stoler på meg” er også måtar dei uttalar seg på som eg har valt å ta med under temaet betydinga av tillit. Analysen viser tre sentrale tema knytt til betydinga av tillit. Det eine var gjensidig tillit. Informantane omtala sitt forhold til sin næraste leiar og korleis tillitsbegrepet påverka deira arbeidsutøving. Informantane snakka om dialog og samhandlinga dei har med næraste leiar, og slik eg forstår det omtala dei kor viktig det er med gjensidig tillit til kvarandre. Det andre temaet var tillit og handlingsrom. Det å ha tillit påverkar opplevinga av handlingsrom i arbeidsutøvinga. Her er det også avgjerande kva som er ansvarsområde til den enkelte informant. Tillit og autonomi er valt som det tredje temaet. Fleire av informantane omtala opplevinga av å kunne ta sjølvstendige avgjerder, og fortalde korleis tillitsforholdet til næraste leiar er avgjerande for dette. Då informantane omtala betydinga av tillit oppfattar eg at dei då knytte tillitsbegrepet opp mot alle områda dei har

ansvar for som leiarar. Det er ikkje berre i forhold til det faglege ansvaret dei er tildelt, men også til personalansvar og økonomi.

4.2.1 Gjensidig tillit

Alle informantane omtala ein arbeidskvardag der dei er avhengige av å ha gode relasjonar til næraste leiar for å kunne utøve arbeidet sitt som leiarar for sjukepleietenesten. Informantane har ulik erfaring med å vere i ein leiarrolle. Sjølv om det berre er to av informantane som har mindre enn fem år i leiarstilling og fem av informantane har over ti år i leiarstillingar, er dei opptekne av den gjensidige tilliten. Tillit går begge vegar og gjensidig tillit vart omtala av fleire informantar som avgjerande for å ha ein god relasjon.

Ein av informantane snakka om den gjensidige tilliten som avgjerande på denne måten:

“Man må jo ha tillit til dem som man har rundt seg. Jeg har jo tillit til dem som er over meg og dem har jo tillit til meg.” (KA1)

Dette utsegn frå seksjonsleiar på klinikk A kan tyde på at det er opplagt at det skal vere gjensidig tillit for at ho skal kunne utføre arbeidet sitt som seksjonsleiar. Dette kan tolkast som om denne seksjonsleiararen, som har ein lege som næraste leiar, vurderer det som opplagt at han skal ha tillit til henne når ho har tillit til han.

Ein annan informant uttrykte det slik:

.....det er klart at han som er avdelingssjef han har jeg jobbet med i mange år, så han kjente meg veldig godt og jeg kjente han veldig godt. Så vi vet jo veldig godt begge to hvor vi står hen. Jeg tror nok at det gjør noe med utøvelsen av rollene både til meg og han, og det sier han jo at han vet at ting blir styrt og ivaretatt, såMen som sagt det er ikke noe gitt at det blir sånn framover...(KA2)

Denne ytringa kan tyde på at relasjonen dei har hatt over tid har medført etablering av eit gjensidig tillitsforhold og respekt for kvarandre. Det at ho gir uttrykk for at det ikkje er gitt at det blir slik, kan tolkast som at den gjensidige tilliten vert bygd opp over tid, og dersom ho får ein annan avdelingssjef kan dette endre seg.

Då informantane i denne studien kjem frå to klinikkar med ulik leiarorganisering, er det interessant å høyre om dette påverkar deira oppleving av gjensidig tillit. Er gjensidig tillit avhengig av at leiarane har same profesjonsutdanning, eller ikkje? Ein av informantane på klinikk A uttrykte det slik:

Jeg vil si at jeg og avdelingssjef jobber veldig godt sammen. Jeg opplever veldig god støtte fra han. Jeg har stor tillit til han og han viser meg stor tillit. Han sier: “Dette er ditt område dette kan du mest om og du vurderer og jeg støtter deg.”(KA3)

Slik eg forstår dette har avdelingssjefen som er lege full tillit til informanten, som er seksjonsleiar at ho er i stand til å vurdere på eiga hand. På same tid uttrykker ho tillit til han som sin leiar.

Ein informant som er seksjonsleiar på klinikk B og har sjukepleiar som næraste leiar uttrykker seg slik: *Det er veldig tilfredsstillende å bli hørt og respektert. (KB8)* Ein annan informant på klinikk B med lege som leiar uttrykte det slik:

....Så tror jeg det handler veldig mye om gjensidig tillit og så handler det veldig mye om at han som lege erkjenner at han ikke har kompetanse til å lede sykepleietjensten. Han er ærlig på det, veldig tydelig på det at han treng på en måte noen som kan gå litt nærmere inn i en del områder innen sykepleietjenesten f.eks turnus, bemanningsplaner og den biten der. Og ikke minst hva er det som kreves av faglig kompetanse på de ulike enheter. (KB7)

Dette uttrykket kan tolkast som at legen som er informantens leiar har tillit til at ho er best egna til å leie sjukepleietjenesten. Han gir uttrykk for at han har manglande kompetanse og har behov for at nokon med rett kompetanse tek dette ansvaret. Denne informanten seier noko om gjensidig tillit når han uttrykker tillit til hennar kompetanse.

Slik eg oppfattar informantane i studien uttrykker dei at gjensidig tillit for kvarandre har større betydning enn korleis leiarorganiseringa er og kva profesjon som er leiar.

4.2.2 Tillit og handlingsrom

Oppleving av handlingsrom i stillinga omtala informantane på ulike måtar. Å ha handlingsrom som leiar påverkar korleis leiarrolla kan utøvast. Endringar i organisering i klinikkane har medført endringar i både ansvar og myndigheit for informantane på ulik måte. Dei har ulik plassering i organisasjonen, noko som medfører at dei åtte informantane har ulik myndigheit for å ta avgjerder. Dette kan påverke opplevinga av handlingsrom i arbeidsutøvinga på ulik måte. Fleire informantar sa at opplevinga av handlingsrom har samanheng med oppleving av tillit. Ein av informantane frå klinikk A uttrykte det slik:

....det er en veldig viktig faktor i det å ha handlingsrom, er jo det at jeg har den tilliten jeg har i fra min nærmeste leder. For det betyr at jeg vet at jeg kan ta noen beslutninger uten at jeg hele tida må driv og spør og, ja....(KA2).

Slik eg oppfattar det uttrykte denne informanten at tilliten denne leiaren; som er lege, gir henne har betydning for korleis ho kan utføre jobben sin. Beskrivinga om at ho slepp å spørje leiar heile tida, gir henne tydeligvis ei oppleving av handlingsrom.

Ein informant på klinikk B med sjukepleiar som leiar sa det slik: *...myndigheten har jeg, så fremt det jeg vil gjøre er faglig og økonomisk forsvarlig.*

Desse to utsegna kan tyde på at tillitsforholdet mellom dei påverkar opplevinga av handlingsrom uavhengig av profesjon.

Ein annan informant som ikkje har definert myndigheit i stillinga si (sjukepleiefaglig rådgivar) uttrykte: *For det er jo avdelingssjefen som har ansvaret egentlig.og jeg merker jo det noen ganger at viss en bryr seg litt for mye, så er det noen avdelingssjefer som er mer involvert i driften og ansvaret sitt enn andre.der jeg føler at her må jeg trå veldig varsomt....for å ikke få en stengt dør....mens andre er bare glad for at det er noen som kommer og bidrar med noe.* (KA4)

Eg tolkar at denne informanten formidla at handlingsrommet var utydelig. Ho omtale sin rolle der ho er utan formell myndigheit til å ta avgjerder i klinikken. Slik eg tolkar dette går ho derfor forsiktig fram med å gi råd. Ho veit at ho ikkje kan ta avgjerder, men skal vera rådgivar. Det å gi råd kan også føre til ei oppleving av handlingsrom dersom dei ein gir råd til har tillit til råda dei får. Det kan virke som om ho opplevde ei varierende tillit og dermed er forsiktig i sin måte å gi råd på.

Ein informant som har definert myndigheit i stillinga si som leiar uttrykte det slik i forhold til spørsmål om handlingsrom:

Jeg har fullt handlingsrom i forhold til..... og det..... Og jeg har ikke noe innblanding i forhold til det. ...Og det tror jeg er helt avgjørende. Viss du skal sitte i en sånn stilling så må du ha handlingsrommet og du må ha myndighet til å bestemme selv i forhold til hva er det vi skal prioritere. Og hvordan skal vi få til dette. (KB7) Ho uttrykte vidare: *Det er jo fordi jeg har full tillit til min klinikkssjef og han har full tillit til meg. Så det tror jeg er helt avgjørende for at dette skal fungere. ...Og jeg opplever at det er veldig få begrensende faktorer i det hele tatt i forhold til handlingsrommet mitt.*

Det ho uttalar kan tyde på at det er eit tillitsfullt forhold mellom henne og leiar, noko som bidreg til ei oppleving av handlingsrom i stillinga ho har. Ho omtalar også kor avgjerande det er at ho har handlingsrom for å kunne ivareta rollen sin.

Informantane omtala også at det ikkje berre er tillit som er avgjerande for handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål. Sjølv om det faglege ansvaret for sjukepleietenesten er lagt til den sjukepleiefaglege leiar; er det også andre faktorar som påverkar opplevinga av handlingsrom.

Ein informant uttrykte dette slik:

...så er det jo ikke noe tvil om at utfordringen nå etter hvert er å klare å holde tritt med alt vi er pålagt å holde på med som kommer mer og mindre dalendes nedover hodene våre. Og da tenker jeg på det her med pasientsikkerhetsprogrammet og news og det er på en måte ting vi skal ta inn og skal begynne å gjøre. Og det blir det jo mer og mer av. Jeg ser at vi bruker mer og mer av tida på å dokumentere og krysse av på skjema. (KA2)

Alle informantane snakka også om stort fokus på økonomi og budsjettkontroll med kontinuerleg oppfølging frå næraste leiar og økonomirådgivar. Ein av informantane uttala seg slik om dette: *...Jeg har ganske frie tøyler på ganske mye, men ikke på å investere; ikke på store investeringer (KA1)*. Ein informant trakk fram korleis ytre krav og økonomiske rammer påverka høve til å gjera faglege vurderingar på denne måten:

Og det er jo ting vi har av økonomiske grunnar slutta med, en del av det vi gjorde før da. Og så er det og sånn at jo mer vi må holde på med som kommer litt mer eller mindre tredd nedover hodene på oss, jo mindre initiativ kommer det. Det kvæl litt det her faglige skjønnnet og de her faglige vurderingene som følte at vi kunne gjøre litt mer av før. Det er....veldig styrt.....(KA2).

Dette sitatet kan tyde på at aukande forventningar om å forholda seg til ytre krav og økonomiske rammer, kan opplevast som begrensande i større grad enn at næraste leiar gir ho handlingsrom i faglege spørsmål. Det kan tolkast som at ho opplever mindre handlingsrom for å bruke det faglege skjønnnet; noko som ho uttrykker at ho i større grad kunne nytte seg av tidlegare.

4.2.3 Tillit og autonomi

Informantane omtala at dei kan jobbe sjølvstendig under gitte rammer. Alle informantane har lang klinisk erfaring som sjukepleiarar. Dei fleste har leiarutdanning og lang erfaring i leiarstillingar. Alle informantane uttrykte engasjement for leiing. Dette kan påverke den enkelte leiar si innstilling og evne til å arbeide sjølvstendig. Dei omtala ein arbeidskvardag som er prega av mykje samhandling med andre, men også betydinga av å kunne arbeide sjølvstendig.

Ein av informantane frå klinikk A uttrykte seg slik: *...kan jo ta, skulle jeg til å si, alt av beslutninger der så lenge det man holder seg innanfor budsjett og rammene som ligg og.....så er ikkedet noe problem. (KA2)*

Utsegn frå denne informanten kan oppfattast som om ho er blitt vist tillit til å ta avgjerder så lenge ho held seg til rammene som er lagt. Den same informanten uttrykte seg også slik:

....står veldig fritt sånn sett....men det er jo klart at det er ikke sikkertdet tenker jeg jo handler mye om person.....så det er klart at kom det noen andre inn i avdelingssjef jobben , så er det klart at formelt vil min myndighet kunne bli helt annerledes enn i dag. Det er det ikke noe tvil om.....(KA2)

Dette kan tolkast som at relasjonen ho har til sin avdelingssjef er god. Han har tillit til henne slik at ho kan derfor ta avgjerder på eiga hand. Det kan tyde på at han kjenner seg trygg på kompetansen hennar og derfor gir ho handlingsrom.

Ein informant frå klinikk B uttrykte det slik:

Jeg har det handlingsrommet som jeg trenger for å utøve, men for meg så var det helt avgjørende for at jeg kunne gå inn og ta denne jobben. Jeg er avhengig av at det er ingen som følger med hva jeg gjør, avhengig av at jeg kan komme fram med idèer og tanker om hvordan ting kan gjøres uten at det er noen som forteller meg hvordan jeg skal gjøre ting. Å ha litt sånn fritt spillerom i jobben min....(KB7)

Informantane i studien omtala arbeidsdagar som er prega av mellom anna stort fokus på dagleg drift og store personalgrupper som skal leiast. Dei omtala også mange konkurrerende oppgåver og fleire sa at tida til oppfylgjing av personalansvaret vert for lita. Ein slik arbeidssituasjon kan opplevast lettare dersom ein får tillit til å arbeide sjølvstendig. Ein seksjonsleiar uttrykte seg slik: *”Det skulle bli altfor tungvint om man skulle spørre om allting. Det skulle bli forferdelig.” (KB6)*. Dette kan tolkast slik at det ville gjere arbeidskvardagen hennar meir krevjande dersom alle avgjerder ho skal ta må avklarast med næraste leiar. Det kan tyde på at arbeidsdagen hennar ville bli prega av venting på avgjerder og mindre grad av kontroll over eigen arbeidssituasjon.

4.3 Betydinga av samarbeid

Alle informantane snakka om korleis dei arbeider for å halde fokus på kvalitet og fagutvikling innanfor sjukepleietenesten på klinikken. Dei omtala korleis arbeidet med fag og kvalitet vert organisert og korleis leiarane for sjukepleietenesten innanfor klinikken samarbeider om dette. Alle informantane omtala verdien av eit samarbeid om fag og kvalitetsarbeid innanfor sjukepleietenesten. Nokre av informantane trakk også fram verdien av tverrfagleg samarbeid når det gjeld fokus på fag og kvalitet.

Det kom fram nokre forskjellar i korleis samarbeidet på dei to klinikkane er organisert. Avdelingane på klinikk A har litt ulike samarbeidsmodellar, medan sjukepleietenesten i avdelingane på klinikk B arbeider meir i fellesskap om alt fag og kvalitetsarbeid. Klinikane som informantane representerer er store klinikkar med sju avdelingar i kvar klinikk. Den eine klinikken har ei meir homogen pasientgruppe enn den andre, der det er mange ulike spesialitetar. I begge klinikkane omtala informantane at dei var opptekne av eit høgt fagleg nivå på sjukepleietenesten. Ein av klinikkane var spesielt oppteken av å vera fyrsteval når sjukepleiarar skal søke seg jobb. Alle informantane frå denne klinikken sa noko om dette, og dei uttrykte ein stoltheit for klinikken sin. Dei sa også at dette vart formidla til tilsette som dei har leiaransvar for. Hensikten er at alle tilsette skal bidra med å gjere klinikken til ein attraktiv arbeidsplass.

Analysen viser at det er fleire områder innanfor samarbeid som vart omtala. Eg har difor valt å sjå på to tema knytt til betydninga av samarbeid slik eg oppfattar at informantane omtala det. Dei snakka om organisering av samarbeid og kva samarbeidsarenaer dei har. Når informantane snakka om samarbeid har eg ikkje skilt mellom når dei snakka spesifikt om samarbeid om strukturert fagutvikling og det å samarbeide på tvers mellom avdelingane innanfor klinikken. Ein av informantane uttrykte at det ligg mykje fagutvikling i å jobbe på tvers av avdelingar. Ho omtala dette som viktig for kompetanseoverføring og deling av kunnskap og erfaring.

4.3.1 Organisering av samarbeid

Informantane omtala korleis samarbeidet er organisert i både klinikken og på avdelingane. Alle informantane hadde god innsikt i organiseringa av klinikken, men nokre av informantane i klinikk A uttrykte at dei er mest engasjert i korleis det fungerer på eiga avdeling. Informantane på klinikk B uttrykte alle at dei har inngåande kjennskap til organiseringa på heile klinikken og alle avdelingar.

I og med at klinikkane er organisert ulikt, er det nokre forskjellar som kjem fram når det gjeld organisering av samarbeid i sjukepleietenesten. På klinikk A samarbeider avdelingane noko, men ikkje i så stor grad som klinikk B. Likevel omtala informantane frå begge klinikkane at dei legg vekt på samarbeid om fagutvikling for sjukepleietenesten. På begge klinikkane omtala informantane godt samarbeid med næraste leiar.

Ein informant frå klinikk A uttala seg slik: ... *Vi har god tradisjon på opplæring i klinikken vår og sykepleiegruppa er beslutningskraftig.* Ein annan informant i klinikk A uttrykte det slik: *..vi har jo gode systemer og som vi på en måte har bygd opp over mange år. Og også siden ting er så plass.....har jo en avdelingssjef som ikke legg seg oppi hvordan vi gjør ting. Så vi står veldig fritt til å gjøre ting slik vi tenker er rett, så det handler nok litt om det og.* (KA2)

Begge informantane gav uttrykk for at dei har både system og samarbeid som understøttar høve til å ha fokus på kvalitet og fagutvikling for sjukepleietenesten og at dei kan jobbe sjølvstendig som leiarar av sjukepleietenesten. Med tanke på at fagutvikling også handlar om å samarbeide på tvers av avdelingane i klinikken sa denne informanten frå klinikk A fylgjande:

...men også i forhold til at andre sykepleierne på klinikken møtes for å se på fordeling, sengepostene hver morgen. Vi var med en periode, men vi så at vi jobber så pass annerledes at det var ikke noen gevinst for oss eller for sengepostene at vi er med på det der. Men vi forsøker å hjelpe hverandre innen vår avdeling viss det er mulig å sende noen fra oss og til sengeposten, så gjør vi det og motsatt.(KA1)

Det ho gir uttrykk for kan tyde på at ho vurderer avdelinga ho leiar så spesialisert at det ikkje er aktuelt å samarbeide om personalressursar som er utan kjennskap til avdelinga hennar.

Ein annan informant frå klinikk A omtala si erfaring med organisering av samarbeid på denne måten: *..for jeg føler på eit vis at vi seksjonssykepleierne samarbeider veldig godt i lag.....ja....ja, jeg synes egentlig det og vi har rådgiverne hos klinikk sjefen som er med på de morgenmøtene , og dem har jo mer overblikk over de andre avdelingene.(KA3).* Dette kan tyde på at ho såg på det organiserte samarbeid som viktig, samtidig som ho peikar på det verdifulle at nokon har ein totaloversikt på klinikken.

På klinikk B omtala ein av informantane betydinga av det organiserte samarbeidet på denne måten:

Jeg ser at vi har organisert oss veldig godt, vi har gjort masse innenfor sykepleie på klinikken vår. Det er at vi har satt ting i system og alle kjører samme vei altså, vi har et mål og vi har alle i hop samme mål. (... ..)Vi har samme tanke/grunninnstilling vi seksjonslederne, og så har vi samme mål og så tenker vi, selv om vi kan vere ulike men vi er lojal til beslutninger som er tatt. (KB6)

På klinikk A der alle avdelingar har kvar sin avdelingssjef (lege) som er leiar til seksjonsleiarane kjem det fram at dei samarbeider meir innanfor kvar avdeling enn på tvers mellom avdelingar. Dette er annleis på klinikk B der det er stort fokus på samarbeid på tvers av avdelingar. Informantane frå klinikk A omtala også litt ulik organisering av samarbeidet innanfor den enkelte avdeling. Dette kan tenkjast å vere ein konsekvens av at alle avdelingane har kvar sin avdelingssjef og at avdelingane har som informantane uttrykker det, stor grad av spesialisering. Avdelingane er svært ulike når det gjeld pasientgrunnlag. Eit uttrykk for samarbeid internt i avdelinga er slik som ein informant frå klinikk A omtala samarbeidet med avdelingssjef på si avdeling:

Det er et samarbeidsprosjekt mellom meg, assisterende og avdelingssjef. Og så har vi satt ned en kompetanseplan som vi har sendt til klinikk sjefen med ønsker om kurs, kongresser som går mer spesifikt på fagområdet tematikk da..... (KA3).

Dette kan tolkast som at godt samarbeid med avdelingssjef bidreg til at ho opplever å ha påverknad på sjukepleiefaglege områder, her ved å utarbeide kompetanseplan.

Avdelingssjef for sjukepleietenesten på klinikk B har hovudansvar for å lage kompetanseplanar og kartlegge kompetansebehov for sjukepleietenesten. På klinikk A er dette ansvaret lagt til seksjonsleiarar. Sjukepleiefagleg rådgivar har i samarbeid med seksjonsleiarane ansvar for å lage ein framdriftsplan for fagutvikling i sjukepleietenesten på klinikken. Denne framdriftsplanen skal godkjennast av leiargruppa på klinikken. Ein informant opplever at leiargruppa stiller seg positiv til dette arbeidet og uttrykte seg slik: *Ja, det oppleves tvert i mot veldig bra. Ja, for alle sammen er jo opptatt av at det skal være en bra tjeneste. (KA4)*

På klinikk B omtala ein informant det organiserte samarbeidet slik: *Vi har en god gruppe på seksjonsledernivå og jo mer man blir kjent med dem.....Vi jobber sammen og jeg synes de møtene vi har og....vi møtes hver annen uke. Møtes vi som et ledermøte...(KB6).*

På klinikk A sa alle informantane at sjukepleiefagleg rådgivar har ein viktig koordinerande funksjon for sjukepleietenesten sjølv om ho ikkje har myndigheit å ta avgjerder. To informantar frå klinikk A vektlegg også betydinga av det tverrfaglege samarbeidet om fagutvikling innan avdelinga.

Slik alle informantane omtala organisering av samarbeid innanfor sjukepleietenesten kan det tyde på at samarbeid har større betyding enn leiarorganiseringa. Dei omtala korleis dei samarbeider om fagutvikling og kvalitetsarbeid innanfor sjukepleietenesten. Det kjem fram forskjellar i klinikk A og B. Slik informantane uttalar seg, kan det tyde på at klinikk B har tydelegare og meir einsarta organisering av samarbeidet om fagutvikling og kvalitetsarbeid enn i klinikk A. På klinikk B kjem det tydeleg fram at det er avdelingssjef sjukepleie som har totalansvar og dermed kan ta avgjerder i større grad enn seksjonsleiarar på klinikk A kan. Eg tolkar likevel informantane på klinikk A dit at dei bygger på lang erfaring med organisert samarbeid om fag og kvalitetsarbeid innanfor sjukepleietenesten, og at dette er noko dei har fått høve til å vidareføre sjølv om det er avdelingssjefar (legar) som har totalansvar for avdelingane. Det kan også tyde på at den koordinerande rollen til sjukepleiefaglig rådgivar i klinikk A har betyding for at dei får til eit organisert samarbeid i deler av fagutviklinga. Det kjem derimot fram at samarbeid om å hjelpe kvarandre i klinisk arbeid på tvers av avdelingar er ikkje gjennomført i så uttalt grad som på klinikk B. Slik eg oppfattar informantane frå klinikk B snakkar dei tydelegare om sitt felles ansvar for samarbeid innan klinikken, enn informantane frå klinikk A.

4.3.2 Samarbeidsarenaer

Alle informantane omtala kor viktig det er å ha møteplassar for å kunne sette fokus på kvalitetsarbeid og fagutvikling i sjukepleietenesten. Dei opplever at dei har møteplassar både for planlegging av faglege aktivitetar, arenaer for å ta avgjerder og for gjennomføring av for eksempel fagdagar. Alle informantane sa noko om ulike samarbeidsarenaer som bidreg til å kunne ha fokus på sjukepleiefaglege spørsmål og områder. Utsegna kan tyde på at informantane opplever å kunne påverke innanfor sitt eige fagområde.

Informantane frå begge klinikkane har organiserte fagdagar i turnus og sa at dette er viktige arenaer for samarbeid som kan sette felles fokus på kvalitet og fagutvikling innanfor sjukepleietenesten. Informantane frå begge klinikkane understreka at dette er aktivitet som er organisert av leiarane for sjukepleietenesten og rådgivar i sjukepleietenesten. Der avdelingssjefane er legar blandar dei seg ikkje inn i dette. Seksjonsleiarane planlegg desse dagane inn i turnusplanen. Dei to klinikkane organiserer fagdagan litt ulikt. På klinikk B er alle fagdagar i turnus samla for heile sjukepleietenesten, medan på klinikk A har dei ein dag på kvar tilsett pr. år som er felles for klinikken. Dei andre fagdagan vert arrangert avdelingsvis. Ein informant frå klinikk A uttrykker verdien av felles fagdagar på tvers i klinikken slik:

...vi har felles fagdager for hele pleietjenesten på klinikken en gang i året. Fire likeens dager der vi har forskjellige tema, fag ikke drift. Et av målene er jo å presentere hele klinikken så alle skjønner hvilken klinikk de jobber i. For det er det mange som ikke vet. De vet ikke hva som foregår på naboavdelingen. (KA4)

Begge klinikkane har samarbeidsmøter for seksjonsleiarar saman med avdelingssjef sjukepleie (klinikk B) og sjukepleiefagleg rådgivar frå klinikksjefens stab (klinikk A) kvar morgon for å organisere dagens drift med fokus på pasientplassering og ressursfordeling.

Informant frå klinikk B seier det slik:

Det er noe som jeg tror er noe av.....av suksessfaktoren her at vi snakker sammen hver dag....fordeler pasienter, belastning og eventuelt ser på bemanningen om noen må gå over og hjelpe til. Vi planlegger ganske mye på dagen da. (KB8)

Ein annen informant frå klinikk B uttrykte det slik:og at vi tenker enhetlig klinikk. At vi ikke tenker sånn i bås.....ja...fag...der har vi stor satsning når du tenker på våre pasienter. Så får vi økt kompetanse på alle enheter, så tenker vi sånn (KB6). Slik ho uttrykker seg tolkar eg dette som fagleg grunngeving for at pleiepersonalet skal gå på tvers av avdelingar og hjelpe kvarandre.

På klinikk A samarbeider dei i mindre grad på tvers av avdelingar. Grunngevinga frå informantane er at avdelingane i klinikken er plassert i ulike bygg og at dei har veldig spesialiserte avdelingar. På denne klinikken er det ingen som har myndigheit til å bestemme at pleiepersonalet skal jobbe på tvers. På klinikk B har avdelingssjef sjukepleie totalansvar for sjukepleietenesten og dermed myndigheit å bestemme at personalet skal samarbeide på tvers av avdelingane. Ein refleksjon er om dette har betydning for at samarbeid på tvers er større på klinikk B. På klinikk B dei innført ei ordning der alle sjukepleieleiarane arbeider helgevakter for å bidra til at avdelingane samarbeider klinisk. Dei har då funksjon som leiar og tek hovudansvar for å fordele pasientar og personalressursar.

Sidan seksjonsleiarane på klinikk A ikkje har ansvar utover pleietenesten på eiga avdeling kan det tenkjast at dei dermed vert mest oppteken av sitt eige ansvarsområde, og har ikkje same ansvarskjensle for kva som skjer på dei andre avdelingane. Det kan også tenkjast å vere ei utfordring å ta ansvar for å bidra til samarbeid utover eiga avdeling, då dette kan tolkast som å vise makt ved at ein prøver å påverke til samarbeid dersom ikkje alle er einige om dette. På klinikk B der dei i stor grad samarbeider på tvers kan det tolkast som dei har tillit til at avdelingssjef sjukepleie har oversikt og er tydeleg på at alle pasientar i klinikken er alle sitt ansvar.

4.4 Leiarorganisering før og no

Dei fleste av informantane snakka om dei endringane som har skjedd i forhold til omorganisering på sjukehuset og klinikkane der dei er tilsett. To av informantane har mindre enn fem år i leiarrollen og dermed ikkje erfaring frå leiarrolle ved alle omorganiseringane som har vore gjennomført. Samtidig med innføring av einskapleg leiing av spesialisthelsetenesten i 2001 og dei omorganiseringar som vart gjort i tråd med sentrale føringar; var sjukehuset i full gang planlegging og utbygging av nytt sjukehus. Dette førte til at mange nye ting skjedde på same tid. Geografisk vart klinikk A, som hadde vore samla i eitt bygg, spreidd i ulike bygg. Klinikk B vart organisert som eigen klinikk og samla geografisk i same bygg.

Då informantane omtala korleis innføring av einskapleg leiing og ny leiarorganisering ved klinikkane påverka deira arbeidsutøving hadde dei ulike innfallsvinklar til dette. Ein av informantane omtala det slik:

Jeg synes at, jeg hadde jo som sagt vært borte i 7 år og jobba privat, og da jeg kom tilbake synes jeg at sykepleietjenesten hadde tapt utrolig mye av innflytelse og posisjon på sykehuset. Så jeg tror at det er forferdelig viktig at vi klarer å løfte oss igjen og så tror jeg viss det er en på hver klinikk som har ansvaret for sykepleietjenesten, så står vi SÅ mye sterkere, enn at det skal

være på en måte 50 seksjonsledere som på en måte skal løfte opp både fag og utvikling av sykepleietjenesten. (KB7)

Før innføring av einskapleg leiing var alle kliniske avdelingar organisert med avdelingsoverlege som medisinsk fagleg leiar og personalansvarleg for legane. Oversjukepleiar var administrativ ansvarleg for eininga (avdeling, seksjon, post) med tilhøyrande personalansvar for alt anna personell enn legane. Sjefssjukepleiar var øvste leiar for sjukepleietenesten ved sjukehuset og organisert i administrerande direktør si leiargruppe. Denne stillinga vart endra til helsefaglig sjef og organisert i stab til direktøren ved innføring av einskapleg leiing.

På begge klinikkane har det vore gjennomført fleire endringar av leiarorganisering etter innføring av einskapleg leiing i spesialisthelsetenesten. Ved siste omorganisering fekk alle seksjonsleiarane endra plassering frå nivå tre til nivå fire på organisasjonskartet; noko som betyr at dei har mista direkte linje til klinikksjef. Forskjellen på klinikkane er at seksjonsleiarane ved klinikk B fekk ein felles leiar for sjukepleietenesten, avdelingssjef sjukepleie, medan seksjonsleiarane ved klinikk A fekk avdelingssjef ved kvar avdeling som er lege. Ein refleksjon er kor vidt dette har hatt betydning for sjukepleiefaglege leiarar på nivå fire sitt høve til å utøve rollen sin sjølvstendig. Det kan tenkjast at på klinikken der avdelingssjef sjukepleie har fått totalansvar for pleietenesten har større grad av handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål enn der avdelingssjef (lege) har totalansvar for seksjonen.

Ytringa til informanten som har vore borte frå sjukehuset i sju år kan tyde på at innføring av einskapleg leiing har ført til endringar for sjukepleietenesten å påverke eige fagområde. Ho omtalar tap av påverknad og posisjon. Måten ho uttalar seg kan tyde på eit klart synspunkt om at det er viktig å ha tydeleg og fagleg leiing av sjukepleietenesten for å kunne påverke til fagleg utvikling av denne. Tematikkar som utkrystalliserer seg når informantane snakkar om leiarorganisering før og no er einskapleg leiing, fagleg leiing og hybrid leiing. Nokre av informantane brukar begrepet einskapleg leiing medan alle informantane uttrykker seg om begrepet fagleg leiing eller sjukepleiefagleg leiing. Då innføring av einskapleg leiing førte til profesjonsnøytralt leiarskap viser informantane til at legane kom meir inn i leiarstillingar.

Begrepet einskapleg leiing slik det vart definert ved innføringa i spesialisthelsetenesten hadde som bærande prinsipp at det skulle vera éin ansvarleg leiar på kvar avdeling eller klinikk på sjukehusa; ikkje to som tidlegare. Ingen enkeltståande profesjonsgruppe skulle ha fortrinnsrett til avdelingsleiarposisjonane. Når det gjeld begrepet hybrid leiing har ingen brukt dette

begrepet. Eg har valt det som tema utifrå eit teoretisk perspektiv og korleis informantane omtalar leiarskapet ved avdelinga si.

4.4.1 Einskapleg leiing

Ved omtale av leiarorganiseringa i klinikken sin brukar nokre av dei begrepet einskapleg leiing. Når dei skal omtale si eiga plassering i leiarorganiseringa ved klinikken kjem det tydeleg fram at dei to klinikkane er ulikt organisert med omsyn til leiing på nivå tre og fire, dvs. nivået under klinikksjef. Klinikkk B hadde fram til 2010 sjukepleiefagleg rådgivar i stab til klinikksjef og seksjonsleiarane var leiar for avdelingane. Klinikken avgjorde då å endre leiarorganiseringa. Informant frå klinikkk B uttrykte det slik:

Det var på en måte en stilling som vart oppretta i et samarbeid mellom klinikksjefen og meg. Fordi at jeg satt i stab som fagansvarlig sykepleier og så at jeg fikk mye mer ansvar en stillingen tilsa. Så vi hadde en diskusjon på det. Og da jeg kom fra privat og var veldig klar på hvor viktig det er å ha myndighet i forhold til stillingen sin. (KB7)

I intervjuet kom det fram at stillinga vart endra frå fagansvarleg sjukepleiar i stab til klinikksjef til avdelingssjef for sjukepleietenesten ved klinikken. Det vart gjennomført ein ryddig endringsprosess med involvering av tillitsvalt. Informanten omtala det slik:

Vi er organisert slik at vi har en klinikksjef og to avdelinger; en avdeling for legetjenesten og en avdeling for sykepleietjenesten. Det betyr at vi tolker det her som at vi har en enhetlig ledelse. (KB7)

Informanten uttrykker tydeleg at dette er einskapleg leiing og ho omtalar det slik i forhold til stillinga ho har: *Stillingen som jeg nå har innebærer at jeg har totalansvar for sykepleietjenesten ved klinikken. (KB7)* Ho sa også:

Det går ikke an å ha ansvar viss du ikke har myndighet. Jeg kan ikke huska han har blanda seg inn i et eneste punkt som har med sykepleietjenesten å gjøre. Jeg har nok totalansvaret, ja. Alle beslutninger som handler om sykepleietjenesten er jo mitt ansvar. Er det noe nytt eller kontroversielt eller noe sånn så diskuterer jeg det med klinikksjefen. (KB7)

Alle informantane på klinikkk B har funksjonsbeskriving som viser ansvar og myndigheitsområde. Dei uttrykker også at det er uttalte forventningar frå næraste leiar. Ein informant uttrykker det slik: *.....det er helt klart på en måte at det forventes at alt som har med sykepleietjenesten å gjøre; om det har med rapportering; om det er spørsmål fra hans sjef igjen så er det jeg som tar meg av det.....(KB7)*. Ein annan informant uttrykker det slik:

Lederen min forventer at jeg skal være faglig oppdatert; at jeg skal ha kontroll på avdelingen min og at jeg er lojal til beslutninger vi tar sammen i fellesskap. Og at jeg har kontroll på økonomien på avdelingen min. (KB5)

Utsegna frå desse informantane kan tolkast som det er klart for dei kva som ligg i begrepet einskapleg leiing og at funksjonen deira er tydeleg definert.

Klinikk A innførte eit nytt leiarnivå i 2015 med avdelingssjef (lege) på nivå tre og seksjonsleiar (sjukepleiar) på nivå fire. Sjukepleiefagleg rådgivar er organisert i stab til klinikksjef. Før 2015 hadde seksjonsleiarane klinikksjef som sin næraste leiar. På klinikk A som har organisering med avdelingssjef for kvar avdeling og sjukepleiefagleg rådgivar i stab, uttrykker informantane at dei samarbeider både med avdelingssjefane for avdelingane og sjukepleiefagleg rådgivar. Ikkje alle har funksjonsbeskriving og ein informant uttrykker det slik:

...selv om det da har kommet på et ledd til i mellom seksjonsleder og klinikksjef, så har jeg ikke tenkt på det som noe nytt, da... Jeg vet jo at flere av lederene egentlig er litt irritert på den der avdelingssjefrollen; at den er litt overflødig tenker de; ... fordi avdelingssjef kanskje ikke tar ansvar for den daglige drift og for det faglige og ansvaret som sykepleierne gjør som seksjonsledere. Jeg har ikke tenkt dypt på det og er egentlig ikke noe irritert over det. Jeg tenker vi prøver å samarbeide og så er vi da to som samarbeider om de samme tingene (KA1)

Det kan oppfattast som om informanten uttrykker at eit nytt leiarnivå for henne er uproblematisk og vektlegg heller det samarbeidet ho og avdelingssjef prøver å få til. Ein annan informant i klinikk A seier det slik:

Og klart denne avdelingssjefen; ... vi har jo alltid hatt ei spesiell organisering på klinikken. De aller fleste årene som jeg har vært leder har klinikksjefen også vært avdelingssjef. Det har ikke vært egne avdelingssjefer. Så det har vært sånn at seksjonslederne har;tidligere så hadde jo jeg klinikksjefen som min nærmeste leder og medarbeidersamtale med klinikksjefen. Så det er jo faktisk knappe to år siden det vart innført denne avdelingssjef stillingen. Og der har vel egentlig ikke skjedd så mye endring. Det vart innført et ledernivå til uten at det fikk så veldig mange konsekvenser for mine oppgaver. Dem er heilt like. Jeg kunne jo utføre akkurat samme jobben...(KA2)

Same informant uttrykker seinare intervjuet:det er jo det med nivået som jeg har snakket om før, avdelingssjefnivået som er etet merkelig nivå sånn som det fungerer i dag.....Så det er egentlig ikke en....direkte linje.....det er det ikke....

Denne informanten oppfattar eg svarar med fleire tenkepausar og uttrykker seg tvilande til om at det er innført einskapleg leiing på klinikken der ho arbeider. Dette kan tolkast som at endring av leiarmodell ikkje nødvendigvis fører til endringar i ansvar og myndigheit, sidan ho seier at det eigentleg ikkje har hatt så mange konsekvensar for hennar arbeidsoppgåver. Desse utsegna kan tolkast som at det ikkje er tydeleg einskapleg leiing på desse avdelingane i klinikk A. Informantane sine utsegn kan tyde på at dei leiar avdelinga saman.

Fleire av informantane i denne klinikken sa at dei ikkje har funksjonsbeskriving, og ein av informantane uttrykte det slik: *...nei, de (oppgavene) har vel blitt til etterhvert som oversykepleier vart skibba ut, så var det noen oppgaver som vart lagt til den stillingen og så er det endringar i andre sine stillingar når en går ned i stilling. Og at det er nye krav så at det har no balla på seg. Så det har vi jo snakka om å ha det mer ryddig i forhold til funksjonsbeskrivelser. (KA4)*

Ein annan informant sa det slik: *Jeg fikk en, men den stemmer jo ikke med landskapet (KA3).* Slik ho omtala dette kan det tyde på at ho ikkje har føringar for stillinga som ho kan rette seg etter.

Det informantane frå klinikk B uttalar, kan tyde på ei meir unison oppleving av einskapleg leiing enn informantane frå klinikk A. Det kan virke som om klinikk B har organisering som beskriv ansvar, myndigheit og handlingsrom så klart at det kjem til uttrykk i dei opplevingane informantane har. Her er det tydeleg med einskapleg leiing både på klinikknivå og for sjukepleietenesten. På klinikk A kan det tyde på ei endring i organisering som ikkje har fått konsekvensar for funksjonen til informantane, sjølv om dei i form av organisasjonsmodellen har fått endra ansvar og myndigheit. Her kjem det derimot fram at det er ingen overordna leiing av sjukepleietenesten i form av einskapleg leiing. Det er ingen av informantane som uttrykker at organiseringa har skapt problem med omsyn til handlingsrom på sjukepleiefaglege områder og i sjukepleiefaglege spørsmål.

4.4.2 Fagleg leiing

Fagleg leiing av sjukepleiefaget er noko nesten alle informantane omtalar. Nokre snakkar om at dei saknar tydeleg leiing av sjukepleietenesten, ikkje berre på klinikknivå, men også på sjukehusnivå. Nokre viser til omorganiseringane som har vore gjennomført på sjukehuset og tankar om at dette har hatt uheldige konsekvensar for arbeid med sjukepleiefagleg utvikling og kvalitetsarbeid. Alle informantane i klinikk B seier tydeleg at fagleg leiing av pleietenesten; der sjukepleiar leiar heile sjukepleietenesten har avgjerande betydning for å ha nok fokus på kvalitet og fagutvikling innanfor sjukepleietenesten. Ein informant formidla det slik:

.....når en avdelingssjef som da har totalansvar for det hele er sykepleier, så er det lettere å overvåke sykepleietjenesten, kvaliteten, det vi gjør....og hva som er bra og ikke så bra. Det vil ikke en lege kunne...oppfatte hvor det skurrer.....hvor vi må sette inn støtet for å forbedre. Det er ikke til noen forkleinelse for legene at jeg sier det, men det er nå sånn at sykepleien er et eget fag og det er veldig omfattende og det handler om så mye. (KB8).

Ein annan informant i klinikk B sa det slik: *...innenfor klinikken så syns jeg at måten vi har vært organisert på i sykepleietjenesten har bare har vært en positiv gevinst av det. At vi står sterkere som sykepleietjeneste.....(KB5)*. Ein tredje informant uttrykte:

...litt av årsaken til at vi kjørte inn det her tror jeg handler om at det er veldig viktig og riktig at det er en sykepleier som skal lede sykepleietjenesten. Det tror jeg er helt avgjørende for at vi skal klare å få utvikle faget vårt og for at vi skal få en stemme som løfter sykepleietjenesten videre oppover i systemet. (KB7)

Ein av informantane samanlikna dagens organisering med tida før omorganisering og uttrykte det slik:

Så jeg syns at det er ingen tvil om at det her er en bra modell for sykepleiefaget og for pasientene ikke minst. Fordi at vi kan jobbe så mye mer med kvaliteten for du må ha noen føringar ovenfra . Hun, avdelingssjefen vår hun er jo sånn som jobber veldig godt med fagsykepleierne. Hva vi skal ha av prosjekter, fagutvikling, kvalitetsindikatorne..... som de har ansvar for, eller overvåke da, registrere og temadagene , ja og sånn at jeg syns det er mye mer fokus på fag , sykepleiefaget og styring av det; føringar for det. Så vi er strålende fornøyd med å ha avdelingssjef for sykepleie. Jeg syns det er faktisk himmelvid forskjell. (KB8)

Desse utsegna kan tolkast som at informantane ved klinikk B er samstemte om at dei opplever noverande organisering med avdelingssjef sjukepleie ivaretek meir fokus på kvalitet og fagutvikling innanfor sjukepleietenesten.

Ved klinikk A som har sjukepleiefagleg rådgivar i stab og legar som avdelingssjefar er dei i ulik grad oppteken av ein leiar for sjukepleietenesten. Ein av informantane uttrykte seg slik:

Jeg tenker jo at ledelse handler ikke om profesjon først og fremst, men at det kanskje ofte blir sånn i forhold til at man har lettere for å sette seg inn i en ansatt som har samme profesjon som seg selv, sin problemstilling og kanskje da gi mer økonomisk eller oppmerksomhet til den enn til en person som man egentlig ikke vet hva holder på med. Men jeg syns faktisk at det virker som at dem som er over meg at dem skjønner problemstillingen og at det faktisk er enda lenger opp problemet ligg i forhold til økonomi. I forhold til hva vi er satt til å gjøre i forhold til de midlene som er budsjettet. (KA1)

Slik dette kan tolkast opplever ho dei ytre rammer med økonomi som ei større utfordring enn kva profesjon som er leiar. Ein annan informant sa det slik når ho uttala seg om rollane til avdelingssjef (lege) og seksjonsleiar: *Vi er jo like nye i rollene begge to.....Føler at vi nå begynner å finne vår måte å jobbe sammen på og....ja...og det fungerer veldig bra, har kjempestøtte i han. (KA3)*. Ein tredje informant ved same klinikk uttrykte det slik:

Det er klart det er noe annet å ha en leder som har det formelle ansvaret i forhold til å ha en sykepleiefaglig rådgiver som sitter i stab. Som ikke har noe, er ikke i linje på noe som helst slags vis. Det er noe annet og det kan nok hende at faget hadde kommet mer fram. En avdelingssjef sykepleie det ser jeg ikke bortifra...(.....)Det er forskjell på det å sitte i stab og

ha et formelt ansvar og være i linje. Du har en annen myndighet (.....) men jeg tror nok særlig det med fagutvikling, det hadde kanskje kunna vært fremma på en annen måte kanskje med sykepleieleder da. (KA2)

Slik denne informanten uttrykker seg, kan det tyde på at ho ser fordeler med å ha ein leiar for sjukepleietenesten slik klinikk B har. To av informantane på klinikk A var ikkje leiarar då klinikken var organisert med seksjonsleiarar på nivå tre, og det kan tenkjast at dei difor tenkjer annleis enn dei som har eit samanlikningsgrunnlag. Informant på klinikk A uttala seg på denne måten om å ha ein sjukepleiar som leiar for sjukepleietenesten: *Det krever en ganske stor omorganisering i klinikken da. Vi har diskutert det og noen avdelingssjefer synes det høres veldig fornuftig ut, mens andre er ikke for det.....og seksjonslederne ønsker som et prinsipp at det er en sykepleier som skal lede sykepleiefaget.Men du får det jo til å gå på et vis for du har dyktige seksjonsledere som også er veldig gode representanter for sykepleiefaget da. (KA4)*

Det er interessant at informantane på dei to klinikkane har noko ulikt syn på sjukepleiefagleg leiing på nivå tre. Dette kan tyde på at informantane på klinikk B som alle har vore organisert med sjukepleiefagleg rådgivar i stab ser ei endring der ansvar, myndigheit og handlingsrom vert tydelegare når det er organisatorisk definert ein leiar for sjukepleietenesten, i form av rollen som avdelingssjef sjukepleie. På klinikk A kan det tolkast som om betydinga av at dei opplever tillit frå avdelingssjef og har godt samarbeid innanfor sjukepleietenesten er avgjerande for at fleire av seksjonsleiarane opplever at dei har handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål. Derimot er også nokre av informantane på klinikk A oppteken av at dei burde hatt ein sjukepleiar som leiar for sjukepleietenesten ved klinikken.

Ein av informantane ved klinikk B uttrykte det slik i forhold til at fleire klinikkar ved sjukehuset har avdelingssjef for sjukepleietjenesten:

...jeg tror at det har skjedd noe med sykepleietjenesten etter at vi har fått avdelingssjefer på de ulike klinikker og jeg tror nok at vi er blitt tydeligere og at vi er blitt mer synlig som sykepleietjeneste. Men vi mangler fortsatt da, syns jeg dem som representerer sykepleietjenesten på et overordna nivå og som sitter ved direktøren sitt bord; det tror jeg er kjempeviktig. (KB7)

Slik eg oppfattar denne ytringa har informanten både erfaring med og oppfatning av korleis organisering har betyding for sjukepleietenesten sin kvalitet og fagutvikling. Utsegn om at sjukepleietenesten er vorten meir synleg på klinikknivå tolkar eg som eit resultat av at det er ein leiar som er sjukepleiar. Erfaringa hennar frå klinikk med avdelingssjef sjukepleie med tydeleg definert ansvar og myndigheit omtalar ho som mangelfull på sjukehusnivå då ingen representerer sjukepleietenesten i direktøren si leiargruppe, dvs. sjukehusleiinga.

4.4.3 Hybrid leiing

Nokre av informantane omtala korleis dei oppfatta at legane som er leiarar ser på og praktiserer leiarrollen. Ved klinikk A omtala dei korleis avdelingssjef (lege) prioriterer kliniske arbeidsoppgåver på same tid som dei skal ivareta leiarrollen. Ved klinikk B har ingen lege utanom klinikksjef ein definert rolle som leiar.

I teorien vert begrepet hybrid leiing brukt om ei leiarform der ein blandar leiaroppgåver med klinisk arbeid. Det er knytt til ei målsetting om å kombinere fagleg og generell leiing i ein ny rolle (Llewellyn, 2001). Ingen av informantane brukar begrepet hybrid leiing, men slik dei uttalar seg kan det tyde på at dei har ei oppfatning av at legane som er leiarar legg stor vekt på klinisk arbeid i tillegg til å ivareta leiarrollen. Klinikk B har ikkje legar på avdelingsnivå med leiarrolle. Dei omtalar seksjonsoverlegar ved avdelingane som medisinsk fagleg ansvarlege og samarbeider med seksjonsleiar.

På klinikk A omtalar informantane at avdelingssjefane har totalansvar for personale, drift og fag ved avdelinga. Personal- og fagansvar for sjukepleietenesten er delegert til seksjonsleiar. Informantane omtalar at dei også har økonomisk ansvar for ressursar knytt til pleietenesten, der oppfylgjinga skjer i tett samarbeid med avdelingssjef og økonomirådgivar ved klinikken. Nokre av informantane i denne klinikken omtalar korleis dei opplever at avdelingssjefar er opptekne av å arbeide klinisk på same tid som dei er leiarar. Ein informant uttrykte seg slik når det vart snakka om å kunne ta avgjerder: *.....jeg tenker å si at det blander han seg ikke i det hele tatt. Også for at det blir for mye arbeid, viss han skal ta den biten i tillegg til at han har legetjenesten og er ute i avdelingen. (KA1)*

Eg tolkar det ho uttalar som at denne avdelingssjefen brukar tida si på pasientbehandling i tillegg til å vere leiar, og at han difor delegerer avgjerder til seksjonsleiaren.

Ein annan informant uttrykte seg slik om stillinga som avdelingssjef: *....har ikkje sett noen stillingsbeskrivelse for den stillingen.....jeg kan nå bare, jeg kan ikke snakke på vegne av alle på hele klinikken, men jeg tror ikke min avdelingssjef er klar over rollen sin hundre prosent (KA2)*. Ein tredje informant omtala det slik:

...Ja, får gjerne oppdrag fra klinikksjefen og må samarbeide med seksjonslederne. Og det er egentlig parallellt med at avdelingssjefene er egentlig dem som har ansvaret. De er ikke involvert som sådan, og det er jo en ulempe. De kjenner jo ikke drift og turnus på en sengepost og sånt noe. Egentlig ikke. Det har aldri vært noe av interesse for dem. Men dem tvinges jo til det.....(KA4)

Ein fjerde informant uttrykte seg slik: *...For legene er ofte sånn, de er jo fagpersoner og kanskje prioriterer de for lite ledelse da (KB6).*

Ei tolking kan vere at avdelingssjefane ynskjer å ivareta dei kliniske arbeidsoppgåvene dei hadde før dei vart avdelingssjef og at oppgåver knytt til leiarrollen ikkje er like attraktive.

Informantane i studien min omtalar også korleis arbeidsdagane deira er og kva som er utfordrande arbeids dagar. Dei som har personalansvar for store personalgrupper omtalar oppleving av for lite tid til personaloppfølging. På same tid ser dei det verdifulle i å vere tett på det kliniske arbeidet. Måten dei gjer dette på er ulik. Dei som leiar store sengepostar med stort kontrollspenn av tilsette er i mindre grad i klinisk arbeid enn dei som har færre tilsette. Dette varierer mellom informantane. Det kjem fram ulike grunnar for å vere nær det kliniske arbeidet.

Tre informantar omtala dette på ulike måtar:

...Så det er av det gode, ett av godene med å ha litt innblikk i det kliniske arbeidet. Nå er jeg så heldig at jeg har muligheten til det, men det blir travelt. Men jeg synes det er, det gir deg en sånn trygghet og sånn ballast til å ta beslutninger. (KB8)

Det er jo sånn til oss at lederne jobber helg og vi er veldig opptatt av at lederne skal ha veldig en nær tilknytning til klinikk og ha forståelse for hva det betyr å jobbe som vanlig sykepleier ute. (KB7) Same informant seier seinare i intervjuet: Men jeg synes det er forferdelig viktig at vi som er ledere, og har sagt det før at vi jobber på helg; at vi synliggjør at vi drar lasset sammen. (KB7)

Jeg kan bidra i avdelingen, men jeg har det ikke fast. Jeg har det sånn at jeg velger selv når jeg kan det. Og bidrar når det er travelt selyfølgelig, men har det ikke sånn at jeg skal være pauseavvikler for eksempel. Da kan jeg ikke, for da får jeg ikke gjort jobben min. (KB5)

Slik eg oppfattar desse tre utsegna handlar det om at desse informantane har teke bevisste val for å delta i det kliniske arbeidet. Dei betraktar seg sjølve som leiarar og slik eg oppfattar det er dette eit middel for å skaffe seg innsikt i dei kliniske utfordringar med tanke på å ta riktige avgjerder som leiar. Slik desse seksjonsleiarane praktiserer dette kan definerast som hybrid leiarskap; på same tid kan det forståast slik at dei ikkje har same målsetjing for å arbeide klinisk som legar med leiarrolle. Utsegna til informantane om kvifor legane prioriterer klinisk arbeid kan tolkast som om det er av større interesse å arbeide klinisk enn å ivareta leiaroppgåvene. Frå eiga erfaring er ofte utsegn frå legar som leiarar at dei vil arbeide klinisk for å halde seg ajour med den faglege utviklinga, og for å få legitimitet som leiar må dei vere fagleg oppdatert.

KAPITTEL 5 DRØFTING

Utgangspunktet mitt for denne studien var mitt engasjement for og erfaring med leiing i spesialisthelsetenesten sidan slutten av 1980 talet. Reformene som har skjedd i spesialisthelsetenesten frå slutten av 1990 talet og fram til i dag har medført store endringar i organisering og leiing av spesialisthelsetenesten generelt og sjukepleietenesten spesielt (Grund, 2006). Eg vil i dette kapittelet diskutere funn i studien min i forhold til den teoretiske referanseramma eg har valt og funn i studiar som kan vere samanfallande med mitt tema. Drøftinga vil ta utgangspunkt i målet med studien og forskingsspørsmåla.

Målet med studie min var å sjå på korleis sjukepleiefaglege leiarar i eit sjukehus har opplevd at innføring av einskapleg leiing har påverka deira arbeidskvardag og korleis. Utgangspunktet er at informantane har erfaringar med ulike måtar for leiarorganisering. Kva betyr dette for rollen som sjukepleieleiar og korleis kan det forståast? Funna viser at sjukepleieleiarane opplever i stor grad handlingsrom og påverknad i sjukepleiefaglege spørsmål uavhengig av korleis leiarorganiseringa er på klinikken der dei arbeidar. Dei omtalar at handlingsrom i stor grad er påverka av tillit frå næraste leiar og betydinga av samarbeid. Dei omtalar også korleis dei opplever at ulike endringar har påverka deira handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål.

5.1 Betydinga av tillit

Alle informantane snakka om betyding av tillit i relasjon til næraste leiar. Begrepet vart brukt i ulike samanhengar og vektlagt på ulike måtar. Nokre brukte beskrivingar som respekt og “de stoler på meg” som eg har valt å definere som ei form for tillit. Alle snakka om kor viktig og nødvendig det er å ha gjensidig tillit for å kunne utøve arbeidet sitt som leiar for sjukepleietenesten. Ein av informantane uttrykte dette slik: *Man må jo ha tillit til dem som man har rundt seg. Jeg har jo tillit til dem som er over meg og dem har jo tillit til meg* (KA1). Dette samsvarar med at sjølve begrepet tillit er basert på at det kan stavast likt begge vegar som eit symbol på at det i sin natur er gjensidig. Både Spurkeland (2005) og Johansen (2016) omtalar korleis tillit vert utvikla gjennom relasjonar og utvikla over tid. Informantane uttrykte at dei har god relasjon til leiaren sin, sjølv om beskrivinga er mangelfull med omsyn til korleis relasjonen kjem til uttrykk i kvardagen. Her kunne det ha vore meir fokus på korleis dei opplever relasjonen i utøvinga av rollen sin. Informantane mine var sjukepleieleiarar, og det kunne ha vore interessant å høyre kva avdelingssjefane (legar) tenkte om tilliten dei har til seksjonsleiarane dei leiar.

5.1.1 Tillit og makt

Sjukehus som kunnskapsorganisasjon er prega av høg kompleksitet både internt og eksternt. Internt er det mange profesjonar som skal samhandle. Desse er prega av ulike fagkulturar og fagnormer (Grund, 2006). Informantane i studien min er tilsett på eit universitetssjukehus som driv høgspesialisert behandling med dyktige profesjonar på sitt fagområde. Dei har vore gjennom fleire endringar både av organisasjonsstruktur og leiarorganisering sidan innføring av einskapleg leiing. Dei har fått endra posisjonar og funksjonsområde. Dette kan kome til uttrykk i form av kamp om leiarstillingar, slik tilfellet var frå midten av 1990-talet då legar og sjukepleiarar starta “kampen” om leiarstillingar i sjukehusa. Det vart då opna for profesjonsnøytral leiing (Berg, 2010, Lund, 2012). I studien min omtalar ingen av informantane kamp om stillingar, men heller kva konsekvensar endringane fekk for deira funksjon som sjukepleiarar med leiaransvar.

Tillitsbegrepet som uttrykk for korleis samhandlinga med næraste leiar fungerer kjem til uttrykk på denne måten frå ein av informantane: *Jeg vil si at jeg og avdelingssjef jobber veldig godt sammen. Jeg opplever veldig god støtte fra han. Jeg har stor tillit til han og han viser meg stor tillit. Han sier: “Dette er ditt område dette kan du mest om og du vurderer og jeg støtter deg”* (KA3). I fylgje Luckmann (i Grimen, 2009) er tillitskjedene det særlegne ved profesjonell yrkesorganisering. Samarbeid mellom ulike yrkesgrupper kan omtalast som samarbeid i tillitskjeder, der ein stolar på kvarandre sin kompetanse utan å kontrollere kvarandre. Manglande tillit krev kontrollordningar og er aktuelt der det kan vera fare for at det skjer feil. I informanten sitt tilfelle uttrykker ho ei oppleving av at avdelingssjefen stolar på henne og bekreftar hennar sin kompetanse.

Ho uttrykker seg i positive ordelag om korleis tilliten dei har til kvarandre vert opplevd som god. Organisering baserar seg alltid på makt og tillit, og makt og tillit er storleikar som både truar og forutset kvarandre (Sørhaug, 1996). I dette tilfellet har informanten ein lege som næraste leiar, og i fylgje leiarorganiseringa har han det overordna ansvaret for avdelinga. Det at han har uttrykker at han støttar sjukepleieleiaren og uttrykker at ho har mest innsikt i fagområdet kan samanliknast med slik Høst (2014) omtalar Mintzberg sin modell om desentralisering av beslutningsmakt. Ho har fått delegert ansvar for det sjukepleiefaglege området der ho har kompetansen. Dette kan definerast som vertikal desentralisering, då avdelingssjefen er på nivå tre og informanten som er seksjonsleiar er på nivå fire. Då sjukepleieleiarar fekk legar som næraste leiar, kunne det tenkjast at dette ville føre til

endringar i forhold til mellom anna avgjerder innanfor sjukepleiefagleg område. Utsegn frå henne gir ikkje uttrykk for det.

Det vart i intervjusituasjonane ikkje reflektert over kva som ligg i begrepa tillit og makt. Ytringar som kjem fram tyder på at tillit alltid har ein positiv undertone. Grimen (i Molander, 2008) skriv at det er ingen uomstridt definisjon av tillit. Han vel ein tilnæringsmetode der han ser på kva tillitsgivar gjer og tillit gjer, i staden for kva tillit er. Dette er forenleg med det informantane omtalar som at leiar stoler på deira kompetanse ved å overlate ansvar og ta avgjerder. Grimen (2009) uttrykker dette ved at tillitsgivar overlèt noko til andre si varetekt i god tru, og tek ikkje forhandsreglar mot misbruk. Ingen av informantane i studien min uttalarar noko som tyder på at leiar har mistillit til dei og fører kontroll med arbeidet deira. Maktbegrepet vert heller ikkje omtala, eller utsegn som problematiserer forholdet til næraste leiar kjem ikkje fram. Det er mogleg å tenkje at ein større refleksjon om kva som ligg i begrepa tillit og makt ville ha kome fram dersom dei hadde vorte utfordra på det.

God relasjon over tid vart uttrykt som avgjerande, som dette utsegnet viser til: *.....det er klart at han som er avdelingssjef han har jeg jobbet med i mange år, så han kjente meg veldig godt og jeg kjente han veldig godt. Så vi vet jo veldig godt begge to hvor vi står hen. Jeg tror nok at det gjør noe med utøvelsen av rollene både til meg og han, og det sier han jo at han vet at ting blir styrt og ivarett, såMen som sagt det er ikke noe gitt at det blir sånn framover...*(KA2). Utsegn frå henne kan også sjåast i samanheng med der Luhmann (i Grimen, 2009) skil mellom personleg tillit og systemtillit. Personleg tillit er tillit til folk ein kjenner, ofte over lengre tid. Den byggjer på gjenteken samhandling. Det kan ha årsak i at langvarige gjensidige erfaringar har utvikla eit tillitsforhold sjølv om dei har ulikt syn på ting. Ein stolar på kvarandre på grunn av positive erfaringar med samarbeidet. Informanten her uttrykker at dei har jobba saman i mange år og dei kjenner kvarandre godt, og at han veit at ting vert ivareteke av henne. Ho uttrykker også at det er ikkje sikkert det blir slik framover. Det kan tenkjast at ein ny leiar som ikkje kjenner henne, i større grad vil føre kontroll med arbeidet hennar. Då kan ein sjå føre seg at systemtillit kan bli meir fram tredande, ved at ein leiar som ikkje kjenner henne i større grad vil føre kontroll med arbeidet hennar.

5.1.2 Tillit og handlingsrom

Oppliving av handlingsrom omtalar informantane i studien min på ulike måtar. Dei er alle opptekne av verdien av å kunne arbeide sjølvstendig i forhold til sjukepleiefaglege spørsmål. Som ein av informantane seier: *....det er en veldig viktig faktor i det å ha handlingsrom, er jo*

det at jeg har den tilliten jeg har i fra min nærmeste leder. For det betyr at jeg vet at jeg kan ta noen beslutninger uten at jeg hele tida må driv og spør og, ja....(KA2). Grund (2006) viser til at makt og tillit kan sjåast i samanheng med leiaren sitt handlingsrom, der balansen mellom makt og tillit har betydning. Avdelingssjefen har makt i form av totalansvaret for avdelinga medan seksjonsleiaren opplever handlingsrom knytt til rollen sin. Spurkeland (2005) viser til at dimensjonen tillit er heilt avgjerande for leiarar med omsyn til å kunne påverke. Utsegnet tyder på at ho opplever handlingsrom på grunn av tillit frå sin næraste leiar. Ein refleksjon her er at det har skjedd ei maktforskyving ved at avdelingssjefen stoler på henne og dermed gjev henne myndigheit til å ta avgjerder.

Informantane har ulike leiarrollar med omsyn til ansvar og myndigheit i avdelinga der dei er tilsett. Alle utanom ei som er sjukepleiefagleg rådgivar har personal- og fagansvar for grupper av sjukepleiarar. Espedal og Kvitastein (2012) viser til eit skilje mellom eit formelt og eit subjektivt definert handlingsrom. At leiarrollen er definert med omsyn til forventningar til utføring av jobben og føringar i form av mellom anna hierarki, makt, ansvar, ressursar, reglar og normer viser det formelle handlingsrom. Dette legg føringar for korleis dei opplever handlingsrommet i funksjonen sin. På same tid seier Espedal og Kvitastein (2012) at det subjektive handlingsrommet kan bidra til at den enkelte leiar kan tolke dei strukturelle føringane, forventningar og krav. Dermed kan den enkelte leiar skapa seg eit handlingsrom. Dette samsvarar med R.Stewart sin modell for tolking av handlingsrom slik figur 4 viser (Strand, 2007). Informantane i studien min uttalar at handlingsrommet i forhold til dei fleste område er prega av tillit frå næraste leiar og at dette er viktig for dei. Dette gjeld informantane på begge avdelingar uavhengig av leiarorganisering. Ein av informantane uttrykker det slik: *Det skulle bli altfor tungvint om man skulle spørre om allting. Det skulle bli forferdelig* (KB6). Stewarts modell (i Strand, 2007) (sjå figur 4) viser korleis det er rom for tolking av høve til å ta val og at ein dermed kan påverke handlingsrommet sitt. Leiaren si oppleving av autonomi (handlingsrom) handlar mest om korleis dei tolkar muligheitene dei har, og derfor har det subjektive handlingsrommet størst betydning for dei val og handlingar leidarar føretek seg (Høst, 2014).

Det formelle handlingsrommet er som regel definert i form av mellom anna ei funksjonsbeskriving for stillinga. Sjølv om denne legg føringar for funksjonen, kan den gje handlingsrom i utøvinga av leiarrollen. Sjukepleiefagleg rådgivar uttrykker derimot at rollen og handlingsrommet hennar er meir utydeleg med omsyn til ansvar og myndigheit, då ho er plassert i stab til klinikksjef med rådgivande funksjon. Ho må difor forholde seg til om

leiarane vil ha råd frå henne eller ikkje. Ho uttrykker mellom anna: *For det er jo avdelingssjefen som har ansvaret egentlig.og jeg merker jo det noen ganger at viss en bryr seg litt for mye, så er det noen avdelingssjefer som er mer involvert i driften og ansvaret sitt enn andre.der jeg føler at her må jeg trå veldig varsomt....for å ikke få en stengt dør....mens andre er bare glad for at det er noen som kommer og bidrar med noe* (KA4). Dette viser at det formelle handlingsrommet kan vera begrensande i hennar rådgivande funksjon. Det viser også at andre vil ta i mot råd på tross av at ho ikkje har definert leiarfunksjon. Utfordringa her kan vere å vinne handlingsrom slik at ho kan påverke (Strand, 2007).

Opplevinga kan samsvare med studien til Espedal og Kvitastein (2012) som viser at alle leiarar dei intervjuar meinte at eit formelt handlingsrom var ein svært viktig motivasjonsfaktor for å kunne ta på seg leiaransvar. Formelt handlingsrom var viktig i den daglege drift, men spesielt ved endring og omstilling. Intervjudata illustrerte at handlingsrom (autonomi) skapte indre motivasjon som igjen har betydning for erfaringsbasert læring. Informantane på klinikk B uttrykte alle at det er tydelege forventningar frå næraste leiar. Alle har funksjonsbeskriving å forholde seg til som definerer det formelle ansvar og myndigheit knytt til stillinga. Dette kan ein sjå på som eit tydeleg formelt handlingsrom. Informantane på klinikk A har i varierende grad ei funksjonsbeskriving å forholde seg til. Ingen problematiserte dette bortsett frå der ein av informantane uttrykte seg slik: *Jeg fikk en, men den stemmer jo ikke med landskapet* (KA3). Slik dei uttrykte seg var handlingsrommet der likevel på grunn av tillit dei opplever frå næraste leiar.

Det informantane omtala som mest avgrensande i handlingsrommet er dei ytre krav i form av for eksempel budsjetttrammene og pålegg som faglege og kvalitative krav: *...kan jo ta, skulle jeg til å si, alt av beslutninger der så lenge det man holder seg innfor budsjett og rammene som ligg og.....så er ikkedet noe problem.* Ho uttalar seg også slik: *...så er det jo ikke noe tvil om at utfordringen nå etter hvert er å klare å holde tritt med alt vi er pålagt å holde på med som kommer mer og mindre dalendes nedover hodene våre (.....) jeg ser at vi bruker mer og mer av tida på å dokumentere og krysse av på skjema* (KA2). Dette viser at krav til mål og resultatstyring er vorte meir framtrudande på alle nivå i organisasjonen, og kan vere ei større utfordring (Lian, 2007).

Begrepet tillitsbasert leiing baserer seg på at ein leiar tek sjanse på å stole på medarbeidarane sin kompetanse og motivasjon til å gjere ein god jobb (Kuvaas, 2017). Informantane legg vekt

på at tilliten dei opplever i relasjonen til leiar har avgjerande betyding for opplevinga dei har av å kunne arbeide sjølvstendig i forhold til det sjukepleiefaglege området. Sjølv om begrepet tillitsbasert leiing er tematisert som ei motvekt til målstyringsdebatten, kan ein også sjå at begrepet kan ha ein verdi i relasjonar mellom leiarar og medarbeidarar.

5.2 Betydinga av samarbeid

Studien viser at alle informantane legg vekt på samarbeidet dei har innanfor sjukepleietenesten i klinikken og omtalar kva dette betyr for å kunne ha fokus på sjukepleiefaglege områder. Klinikkk A der alle avdelingar har avdelingssjef som er lege, har vidareført same samarbeidsstrukturen innanfor sjukepleietenesten som før endring av leiarorganisering. På same tid viser nokre av informantane på denne klinikken fokuset dei har på tverrfagleg samarbeid internt i avdelinga. På klinikkk B uttrykker informantane at dei har fått større fokus på samarbeid på tvers av avdelingane etter at sjukepleietenesten vart organisert i eigen avdeling med avdelingssjef sjukepleie. Funna i studien min viser korleis samarbeid om fagutvikling og klinisk arbeid er organisert, og kva dette medfører i praksis.

Spurkeland (2017) omtalar verdien av gode relasjonar i leiing. Ein god relasjon kan bidra til at ein opplever tillit og autonomi i sjukepleiefaglege spørsmål. Ingen av informantane omtalar at den type samarbeid som sjukepleieleiarane har organisert tenesten på vert problematisert av legane som er avdelingssjefar. Ei leiarorganisering der legar har totalansvar for avdelinga kan tenkjast å medføre at dei kan gripe inn i korleis seksjonsledarane organiserer samarbeid og fagutvikling i sjukepleietenesten. Ein av informantane på klinikkk A uttrykker det slik: *... Vi har god tradisjon på opplæring i klinikken vår og sykepleiegruppa er beslutningskraftig.* Ein annan informant i klinikkk A uttrykte seg slik: *...vi har jo gode systemer og som vi på en måte har bygd opp over mange år. Og også siden ting er så plass.....har jo en avdelingssjef som ikke legg seg oppi hvordan vi gjør ting. Så vi står veldig fritt til å gjøre ting slik vi tenker er rett, så det handler nok litt om det og.* (KA2). Det ho uttrykker er forenleg med at den gode relasjonen som Spurkeland (2017) meiner er viktig i leiarskap. Her viser informanten til at legen ikkje legg seg opp i korleis sjukepleietenesten organiserer seg i forhold til samarbeid.

For å fremme samarbeid og samhandling er samordning nødvendig. Organisasjonsteorien omtalar at samordning krev avgjerder på organisasjonsnivå, og at det i fylgje Eriksson-Zetterquist mfl. (i Orvik, 2015) er eit leiaransvar å samordne. Begge klinikkane i studien min viser at dei har eit organisert samarbeid om fagutvikling. Organisert samarbeid på tvers av avdelingar i klinisk arbeid er derimot gjennomført på klinikkk B og i liten grad på klinikkk A.

Informantane omtalar kor viktig det er at nokon har ansvar for å samordne. På klinikk A er sjukepleiefagleg rådgivar definert som den som samordnar sjukepleietenesten i klinikken. Ho har rådgivande funksjon og kan ikkje bestemme. Ein av informantane uttrykker seg likevel om verdien av at ho samordnar på denne måten: *..for jeg føler på eit vis at vi seksjonssykepleierne samarbeider veldig godt i lag.....ja....ja, jeg synes egentlig det og vi har rådgiverne hos klinikk sjefen som er med på de morgenmøtene , og dem har jo mer overblikk over de andre avdelingene.*(KA3) Sjølv om det kunne vore aktuelt å samarbeide om klinisk arbeid er det på denne klinikken ingen som bestemme dette utanom klinikk sjef. Informantane legg også vekt på at avdelingane er veldig spesialisert og plassert geografisk i ulike bygg, noko som gjer det meir krevande å hjelpe kvarandre i klinisk arbeid.

På klinikk B har avdelingssjef sjukepleie daglege møter med seksjonsleiarane der fokus er pasientplassering og ressursfordeling. Dette bidreg i fylgje informantane til betre samordning av pleieressursar. Avdelingssjef sjukepleie har totalansvar og myndigheit å ta avgjerder. Ein av informantane understøttar kor viktig dette er: *Det er noe som jeg tror er noe av.....av suksessfaktoren her at vi snakker sammen hver dag....fordeler pasienter, belastning og eventuelt ser på bemanningen om noen må gå over og hjelpe til. Vi planlegger ganske mye på dagen da.* (KB8). Orvik (2015) uttalar at å bygge ein kultur for samarbeid krev at dei involverte partar deltek, men kan også bidra til at grupper utviklar gjensidig tillit og endrar seg frå å beskytte sitt eige territorium til ei samarbeidsorientert tilnærming. Helsepersonell kan bidra i slike tillitsbyggande prosessar, på same tid som leiarar har ein viktig rolle for å vedlikehalde motivasjon for å samarbeide og ved å akseptere at læring av samarbeid tek tid. Fleire informantar på klinikk B uttrykker også at samarbeid på tvers har betydning for fagutvikling ved at ein lærer av kvarandre i klinisk arbeid ikkje berre på organiserte fagdagar.

Lockertsen og Østgård (2016) viser i sitt mastergradsarbeid korleis samarbeid i sjukepleietenesten vert skapt ved bruk av ulike styringssystem. Dei viser til at både administrativ og sosial styring påverkar. Dette kan overførast til studien min ved at informantane viser til at samarbeid fungerer på grunn av organisering og på grunn av tradisjon og relasjonar.

5.3 Leiarorganisering før og no

Leiarorganiseringa ved dei to klinikkane har vore i endring fleire gonger sidan innføring av einskapleg leing. Informantane omtala leiarorganiseringa på klinikken i innleiinga av intervjuet. Det var ikkje alle som snakka om og hadde kjennskap til alle endringane som

hadde skjedd i klinikken sin. Nokre av informantane hadde arbeidd på sjukehuset og i same klinikk frå reformene tredde i kraft og hadde lang leiarerfaring på sjukehuset. To av informantane hadde vore leiar i under fem år. Alle informantane hadde vore sjukepleiarar frå 15-38 år, dvs. at dei fleste har vore i arbeid som sjukepleiarar og/eller leiarar i heile perioden frå reformene starta.

Ein informant på klinikk A som har arbeidd som leiar i to år uttrykker seg på denne måten: *Vi er jo like nye i rollene begge to.....Føler at vi nå begynner å finne vår måte å jobbe sammen på og...ja...og det fungerer veldig bra, har kjempestøtte i han.* (KA3). Ho omtala her korleis ho og avdelingssjefen som er lege og også ny i stillinga som leiar for avdelinga, i fellesskap har funne ut av korleis dei skal fungere saman, der han er avdelingssjef med totalansvar for avdelinga og ho som seksjonsleiar med ansvar for sjukepleietenesten. Ein informant på klinikk B er tydeleg på at endringane som har vore gjort i hennar klinikk (med avdelingssjef for sjukepleietenesten) har opplevd dette som svært positivt og kan ikkje tenkja seg tilbake til tidlegare organisering:..... *jeg synes det er mye mer fokus på fag , sykepleiefaget og styring av det; føringer for det. Så vi er strålende fornøyd med å ha avdelingssjef for sykepleie. Jeg synes det er faktisk himmelvid forskjell.* (KB8).

Ved todelt leiarmodell, før innføring av einskapleg leiing var fagansvaret tydeleg definert både på strategisk nivå med sjefssjukepleiar i toppleiinga og oversjukepleiar som fagleg ansvarleg for sjukepleietenesten på avdelingsnivå (Lund, 2012). Informanten på klinikk B sitt utsegn om at det er meir fokus på sjukepleiefaget og styring av det med avdelingssjef sjukepleie, kan samanliknast med den tidlegare oversjukepleiarstillinga der denne hadde eit tydeleg ansvar for utvikling av sjukepleietenesten på avdelinga. Dette er også i tråd med det Norsk Sykepleierforbund har nedfelt i sin politiske plattform for leiing. Der er det presisert at sjukepleiarar skal leia eige fag og sjukepleietenesten, ha leiaransvar på alle nivå i helsetenesten og ha rammevilkår som gir rom for fagleg forsvarleg, samordna og effektiv helseteneste av god kvalitet (Politisk plattform for ledelse, NSF 2017-2020). At informanten på klinikk A ikkje problematiserer organiseringa, men viser til at ho og avdelingssjef (lege) prøver å finne ein god måte å samhandle på sidan dei begge er nye i stillingane, er samanfallande med Spurkeland (2017) som peikar på det viktige med god relasjon i leiing.

Funna i intervju viser at alle informantane ikkje har like sterk formeining om at endring i leiarorganisering har påverka deira rolle som sjukepleiefagleg leiar. Dette kan vera på grunn av at dei har ulik erfaring som leiarar og med organisasjonsendringane sine konsekvensar. Då

det ved dei to klinikkane har vore føreteke ulike endringar i organisering er det utfordrande å samanlikna. Det eg vil sette fokus på i drøftinga er her med utgangspunkt i at dei to klinikkane no har ulik organisering der sjukepleiar har totalansvar for sjukepleietenesten ved den eine klinikken (klinikk B), medan den andre klinikken (klinikk A) har lege med totalansvar for kvar avdeling. Det vil seie ingen med totalansvar for heile sjukepleietenesten på klinikk A.

5.3.1 Einskapleg leiing

Funna mine tyder på at ikkje alle informantane reflekterer like mykje over begrepet einskapleg leiing. På klinikk A har dei etter siste endring fått innført eit nytt leiarnivå ved at legar er tilsett som avdelingssjef på nivå tre, og seksjonsleiar er organisert på nivå fire. Endringa skulle føre til at avdelingssjef skal ha totalansvar for avdelinga. Nokre av informantane uttrykker at dei ikkje opplever endring. Ein informant uttrykker det slik: *.....Så det er jo faktisk knappe to år siden det vart innført denne avdelingssjef stillingen. Og det har vel egentlig ikke skjedd så mye endring. Det vart innført et ledernivå til uten at det fikk så veldig mange konsekvenser for mine oppgaver. Dem er heilt like. Jeg kunne jo utføre akkurat samme jobben...(KA2).*

Skjøld Johansen (2009) brukar begrepet "skinnimplementering" av reformen, då det ikkje er sikkert at overgangen til einskapleg leiing på sjukehusa har ført til så mange endringar i den faktiske leiinga ved norske sjukehus. Nokre av informantane i studien min uttrykker at legane fortsatt ikkje ynskjer leiaroppgåver. Dei ynskjer å vera i klinisk arbeid og overlet drifta av avdelinga til seksjonsleiar slik det fungerte før avdelingssjefstillinga vart etablert. Dette er også i tråd med Skjøld Johansen (2009) sine funn om at mange sjukehusavdelingar fortsatt praktiserer ei ordning der legane leiar det medisinsk faglege og sjukepleiarane tek seg av det administrative. Fjeldbraaten (2010) viser i studien sin til at sjukepleieleiarar identifiserer seg fyrst og fremst som leiarar, medan legane definerer seg i størst grad til faget og leiarrollen kjem i andre rekke. Torjesen (2008) finn også dette i studien sin og omtalar det som at legar i leiarstillingar fortsatt er å finne innanfor ein fagleg logikk der dei er "først blant likemenn". Dette er samanfallande med det informanten ved klinikk A uttrykker om at ho opplever at arbeidsoppgåvene hennar ikkje har endra seg etter at avdelingssjef stillinga vart etablert. Ho seier ikkje noko om ei endring eller tap av ansvar og myndigheit i forhold til det sjukepleiefaglege området.

Ved klinikk A omtalar nokre informantar eit tett samarbeid med avdelingssjef som er lege, og det kan tolkast som dei leiar avdelinga saman. Dette er i tråd med det Spurkeland (2005) omtalar som teamleiing. Er det fortsatt slik at det er einskapleg leiing på klinikknivå, men ikkje på avdelingsnivå på klinikk A? Ein av informantane uttrykker seg slik: *Det er et samarbeidsprosjekt mellom meg, assisterende og avdelingssjef.....* Dette er også samanfallande med Traasdahl (2012) sine funn i mastergradsarbeidet sitt ”Reform i hvit uniform...”. Hvordan praktiseres reformen enhetlig ledelse på UNN? Funna hans viser at todelt leiarpraksis lever i beste velgåande ved at legane leiar det medisinsk faglege og sjukepleiarane tek seg av det administrative og sjukepleiarane. Han omtalar dette som ”*enhetlig i navnet, men todelt i gavnet*”. Mørk og Andersland (2011) sin studie viser at det er avdelingar som fortsatt praktiserer todelt leiing på avdelingsnivå, der sjukepleiarar og legar leiar avdelinga saman. Rapporten ”Helseforetakenes interne organisering og ledelse-INTORG” frå 2012 viser også at det fortsatt er slik at sjukepleieleiarar definerer leiaroppgåver på heiltid i større grad enn legar med leiaransvar. 79% av sjukepleieleiarar rapporterer at dei har leiarjobb på heiltid; medan berre 14% av legane som er leiarar ser på det som ein heiltidsjobb (Kjekshus og Bernstrøm, 2012).

På klinikk B er dei derimot av ei anna oppfatning. Ein informant meiner at einskapleg leiing er vorte tydelegare i klinikken etter at sjukepleietenesten vart organisert med eigen leiar: *Vi er organisert slik at vi har en klinikkssjef og to avdelinger; en avdeling for legetjenesten og en avdeling for sykepleietjenesten. Det betyr at vi tolker det her som at vi har en enhetlig ledelse.* (KB7) Ho seier at bakgrunnen for dette var å få ei tydeleggjering av ansvar og myndighet: *Det var på en måte en stilling som vart oppretta i et samarbeid mellom klinikkssjefen og meg. Fordi at jeg satt i stab som fagansvarlig sykepleier og så at jeg fikk mye mer ansvar enn stillingen tilsa. Så vi hadde en diskusjon på det. Og da jeg kom fra privat og var veldig klar på hvor viktig det er å ha myndighet i forhold til stillingen sin* (KB7).

Denne klinikken har valt å definere einskapleg leiing i forhold til at avdelingssjef sjukepleie leiar sjukepleietenesten, som utgjer avdeling for sjukepleietenester og avdelingssjef lege leiar legane som utgjer avdeling for legetenester. I fylgje NOU 1997:2 kan dette forsvarast med at det vart lagt til rette for lokale tilpassingar i forhold til organisering innanfor det enkelte sjukehus. Det kan også vera eit spørsmål om det er i tråd med lova sine intensjonar å skilje sjukepleietenesten ut som eigen avdeling. Det kan forklarast som ei todeling med ein sjukepleiefagleg og ein medisinsk fagleg avdeling vart gjort for å løyse ei usemje om organisering og plassering av ansvar (Gjerberg og Sørensen, 2006). I fylgje funn i studien min

er det ingen av informantane som uttrykker oppleving av konfliktar her. Det er tydelege ytringar frå informantane om at denne organiseringa har ført til ei tydelegare organisering med omsyn til ansvar og myndigheit. Sjølv om ingen av informantane i klinikk B omtalar dette problematisk, kan det tenkjast at mangel på spørsmål frå mi side har utelukka at dette kom fram i intervjuet. Det kan også tyde på at det ikkje har medført så store endringar frå tidlegare organisering der også legane på seksjonane var medisinsk fagleg ansvarlege. Dei har ikkje hatt leiaransvar. På denne klinikken har klinikksjef også stillinga som avdelingssjef for legetenesten.

5.3.2 Fagleg leiing

Informantane i klinikk B er tydeleg på at det må vere sjukepleiar som er leiar for sjukepleietenesten på klinikknivå, og dei erfarer at dette har betydning for korleis dette påverkar fokus på kvalitetsarbeid og fagutvikling. Ein av informantane uttrykker dette slik: *.....når en avdelingssjef som da har totalansvar for det hele er sykepleier, så er det lettere å overvåke sykepleietjenesten, kvaliteten, det vi gjør....og hva som er bra og ikke så bra. Det vil ikke en lege kunne...oppfatte hvor det skurrer.....hvor vi må sette inn støtet for å forbedre. Det er ikke til noen forkleinelse for legene at jeg sier det, men det er nå sånn at sykepleien er et eget fag og det er veldig omfattende og det handler om så mye* (KB8).

Wærrø (2005) hevdar at sjukepleiefagleg leiing er nødvendig for å ivareta den faglege utviklinga innanfor sjukepleiefaget. Det er behov for kunnskap om faget for å organisere tenesten slik at den ivaretek kvalitet og pasientsikkerheit. Ho viser til at det er behov for ein kompetent og fagleg sterk oversjukepleiar på klinikkane, då sjukepleieleiar på det pasientnære nivået har fått utvida ansvarsområdet sitt med store personalgrupper og aukande krav til rapportering. Brandvold (2003) argumenterer også for at oversjukepleiarstillinga er sentral for å sikre fagleg forsvarleg sjukepleieteneste i sjukehusavdelingar. Dette understøttar utsegnen til informantane på klinikk B om at det må vera ein overordna funksjon for sjukepleietenesten som "overvåkar" fagutvikling og kvalitetsarbeid. Woll Buer (2018) sine funn i masteroppgåva om korleis einskapleg leiing vert utøvd hjå sjukepleieledarar i eit fagsøyleorganisert helseføretak, viser at sjukepleieleiarane opplever å vera sjølvleiarane. Dette kan understøtte informantane i klinikk B sine opplevingar at med avdelingssjef sjukepleie er det større anledning å "overvåka" sjukepleietenesten. Organiseringa i klinikk B kan samanliknast med sjukehuset Woll Buer (2018) studerte.

Funn i Naustdal (2006) sin studie viser at sjukepleieledarar opplever at tid og fokus på kompetansearbeid i stor grad vert utfordra av tidspress, omstillingsprosessar og nye administrative oppgåver. Ho drøftar i sin studie ikkje om organisasjonsmodellar har betydning, men ser det i lys av reformene i helsevesenet generelt og dei konsekvensar desse har hatt. I studien min er eg oppteken av korleis informantane opplever at organisasjonsmodellane påverkar fag og kvalitetsarbeid i sjukepleietenesten og korleis dei opplever handlingsrommet. Ikkje alle på klinikk A er like oppteken av sjukepleiefagleg leiing på klinikknivå og peikar på slik som Naustdal (2006) at ytre krav og forventningar er like utfordrande. Ein av informantane uttrykker dette slik: *Og det er jo ting vi har av økonomiske grunnar slutta med, en del av det vi gjorde før da. Og så er det og sånn at jo mer vi må holde på med som kommer litt mer eller mindre tredd nedover hodene på oss, jo mindre initiativ kommer det. Det kvæl litt det her faglige skjønnnet og de her faglige vurderingene som følte at vi kunne gjøre litt mer av før. Det er....veldig styrt.....(KA2).*

To av informantane på klinikk A problematiserer at det ikkje er overordna sjukepleiefagleg leiing i klinikken, og grunngjev dette med at det kunne ha bidrege til større fokus på overordna fagutvikling slik Werriø (2005) også hevdar. På same tid peikar informantane i denne klinikken på at dei har gode rutinar for samarbeid om fagutvikling og at det er dyktige seksjonsleiarar som ivaretek fag og kvalitetsarbeidet i fellesskap på klinikken via mellom anna kompetanseplanar og fagdagar. Koordineringa tek sjukepleiefagleg rådgivar ansvar for.

Nokre av informantane etterlyser at sjukepleietenesten er representert på strategisk nivå på sjukehuset. Eit uttrykk for dette er: *...vi mangler fortsatt da, synes jeg dem som representerer sykepleietjenesten på et overordna nivå og som sitter ved direktøren sitt bord; det tror jeg er kjempeviktig (KB7).* Wærriø (2005) refererer i artikkelen Sykepleiefaglig ledelse-noen utfordringar, til den danske sjefsjukepleiaren Thinggaard som uttalte: *"At faglighed er repræsenteret på direktionniveau betyder, at sammenhæng mellom oppgaveivaretagelsen og de overordnede beslutninger sikres."* Ho meiner at ein sjukepleiefagleg leiar på strategisk nivå i organisasjonen vil sikra gjennomføring av endringar på ein fagleg forsvarleg måte. Ved innføring av einskapleg leiing vart sjefssjukepleiarstillingane ved sjukehusa i Norge tatt bort, i motsetnad til Danmark. Holter (2016) meiner at rammevikåra for å sikre kvalitet i sjukepleietenesten er for dårlege i dag mellom anna på grunn av mangel på sjukepleiefagleg leiing på strategisk nivå i spesialisthelsetenesten. McHugh, Aiken, Eckenhoff og Burns (2015) viser også til at både auka sjukepleiekompetanse og auka grad av fagleg leiing fører til at sjukepleiarar utfører arbeid med høgare kvalitet. Studien hennar ser ikkje på ulike

organisasjonsmodellar, men den understøttar betydinga av sjukepleiefagleg leiing for å oppnå kvalitet sett i forhold til mellom anna komplikasjonar.

Ein rapport på oppdrag frå NSF (Agenda Kaupang, 2018) som har studert fire sjukehus med ulik organisering viser at det vert etterlyst meir synleg strategisk leiing av sjukepleietenesten på sjukehusa. Det same finn Woll Buer (2018) i si masteroppgåve. Informantane som er sjukepleieleiarar opplever at sjukepleietenesten er underrepresentert i direktøren si leiargruppe der dei overordna avgjerder vert tekne, og er usikker på om saker som omhandlar sjukepleietenesten når fram til strategisk nivå. Agenda Kaupang (2018) anbefalar at NSF arbeidar med strategisk styring og utvikling av sjukepleietenesten. Dei viser til at korleis sjukepleietenesten er organisert er viktig, men det er leiing og kultur som avgjer om dei ulike modellane fungerer godt. Dette samsvarar med ein del av funna i studien min som viser at sjukepleiefaglege leiarar opplever tillit frå næraste leiar og har god relasjon, noko som påverkar oppleving av tilfredsstillande handlingsrom og autonomi på sjukepleiefaglege områder.

5.3.3 Hybrid leiing

Innføring av einskapleg leiing har utfordra faggruppene som skal ha leiaransvar på grunn av auka krav til målstyring (Lian, 2007). Utsegn frå informantane i klinikk A kan tyde på at avdelingssjefane som er legar er mest opptekne av fag og overlèt drifta av avdelinga til seksjonsleiaren. Legane har større merksemd på å halde seg fagleg ajour og vera i fagleg front. På klinikk B snakkar informantane lite om legar og leiing. Kan dette vere på grunn av at den er organisert med avdelingssjef for sjukepleietenesten og at leiarrollane er vorte tydelegare i klinikken? Alle informantane i klinikk B omtalar at dei har funksjonsbeskriving og gir uttrykk for at ansvar og myndigheit er klart definert. Ein informant uttrykker det slik: *Lederen min forventer at jeg skal være faglig oppdatert; at jeg skal ha kontroll på avdelingen min og at jeg er lojal til beslutninger vi tar sammen i fellesskap. Og at jeg har kontroll på økonomien på avdelingen min* (KB5). Ytringa viser ei forventning om at denne informanten skal leie utifrå både ei fagleg tilnærming og ei økonomisk –administrativ tilnærming. Llwellyn (2001) brukar metaforen to-vegs vindauge for å synleggjere at ein treng innsikt i både det kliniske fagfeltet og frå leiingsfaget for å vera leiar i helsesektoren i dag. Studien hennar er basert på legar som har leiarstillingar, men den er også overførbar til andre yrkesgrupper som er leiarar. Ingen av informantane brukar begrepet hybridleiing, men utsegn som dette kan vise at informanten ser betydinga av å delta i det kliniske arbeidet når

arbeidssituasjonen tillèt det:*det gir deg en sånn trygghet og sånn ballast til å ta beslutninger.*

Skjøld Johansen (2009) finn i sitt doktorgradsarbeid at legar ikkje ser leiing som karriereveg, men heller tenkjer på leiarstilling som midlertidig. Sjukepleiarar har historisk vore meir oppteken av leiing som karriereveg og har i større grad enn legane gjennomført leiarutdanning. Mørk og Åsland (2011) viste i sin studie om einskapleg leiing at legar som er avdelingsleiarar vektlegg at det er viktig å jobbe klinisk for å kunne ha legitimitet samt å ta viktige avgjerder. Nokre av informantane i studien min omtalar også utsegn frå legar i leiarstillingar som uttrykker at dei har stor eigeninteresse av å halde seg fagleg oppdatert for å kunne kome tilbake til klinisk arbeid, då dei gjerne ikkje ser for seg å ha ein leiarrolle over tid.

I doktorgradsarbeidet til Skjøld Johansen (2009) kjem det fram at legeleiarane i stor grad prioriterer kliniske arbeidsoppgåver. Ho viser til at legane føler ei sterk plikt i forhold til kliniske oppgåver, og at dei er tydelege på at klinikken burde integrerast i leiarjobben. Sjukepleieleiarane meiner på si side at jobben som avdelingsleiar er hundre prosent leiing. Dette kjem også fram i doktorgradsarbeidet til Torjesen (2008) der han finn at legar ikkje har leiarstilling som fulltidsjobb, og viser til at dette kan ha samanheng med at dei vil bevara aksept mellom kollegaer og ta vare på sin ”dyrekjøpte” kliniske spesialkompetanse. Han finn også at kvinnelege legar som er leiarar, integrerer i større grad både den faglege logikken og ein føretakslogikk og står på den måten fram som hybridleiarar. Sjukepleiarar profesjonaliserer seg i generell leiing og vel leiing som karriereveg i langt større grad enn legar i leiarstillingar. I fylgje informantane i studien min kjem dette til uttrykk frå fleire. Utsegn frå informant på klinikk A kan tyde på at avdelingssjefar som er legar ikkje har like stor interesse for leiaroppgåvene, men at det er ein del av leiarrollen til legen: *De er ikke involvert som sådan, og det er jo en ulempe. De kjenner jo ikke drift og turnus på en sengepost og sånt noe. Egentlig ikke. Det har aldri vært noe av interesse for dem. Men dem tvinges jo til det.....*(KA4).

Ein annan informant uttrykker også dette på ein litt annan måte: ...*For legene er ofte sånn, de er jo fagpersoner og kanskje prioriterer de for lite ledelse da* (KB6). Dette stemmer med dei funn Torjesen (2008) og Skjøld Johansen (2009) hadde i sine doktorgradsarbeid om at legane prioriterer kliniske oppgåver. Det samsvarar også med Opdahl Mo (2006) sine funn der ho skriv at det å vera leiar er ikkje nok; autoriteten må ”fornyast” gjennom deltaking i klinikken.

Dette kan handle om at dei får ikkje tillit i kollegiet dersom dei ikkje er ein del av det ved f.eks. å vera fagleg oppdatert (Sørhaug, 2004). Dette krev då klinisk deltaking, og at leiaren markerer medisinen sin autoritet gjennom å ha på kvitfrakken til ei kvar tid (Opdahl Mo, 2006:253).

Informantane i studien min har ikkje leiaransvar for legar. Dei har derimot alle erfaring over tid med fagleg ansvar for pleietenesten, driftsansvar for store avdelingar og etter reformene har dei fått eit stadig større ansvar for økonomistyring. Sjølv om informantane ved klinikk A har avdelingssjef der denne har totalansvar for personale, fag og økonomi for avdelinga, viser dei alle til ansvar eller delansvar for økonomi knytt til drift av avdelinga. Nokre omtalar eit samarbeid med avdelingssjef. Informantane omtalar manglande eller utydelege funksjonsbeskrivingar for rollen sin, noko som kan bidra til at ansvar og myndigheitsområde kan bli utydeleg og tolka ulikt.

Informantane på klinikk B omtalar korleis dei handterer leiarrollen ved å ha godt innblikk i både fag, personale og økonomi. Dei viser til forventningar frå leiar om å ha oversikt over for avdelinga si på alle områder.

Sjølv om legar er avdelingssjefar på klinikk A, kan det virke som om enkelte utsegn frå informantane tyder på at avdelingssjefane i større grad er faglege leiarar enn leiar med totalansvar. Er avdelingssjefane innstilt på å vera i denne posisjonen der dei må forholde seg til den hybride rollen med å ha eit ansvar både for den medisinsk-faglege og den økonomisk-administrative logikken? Ved at dei overlèt drifta av avdelinga til seksjonsleiar, kan det dermed tenkjast at desse vil oppleve eit større handlingsrom i forhold til det sjukepleiefaglege området.

Berg, Byrkjeflot og Kvåle (2010) diskuterer i studien sin bakgrunnen for at hybrid leiing er innført som et begrep. Eit spørsmål som vert stilt er om det er for å skape legitimitet blant legar at ein lege er avdelingsleiar og då skal ivareta både fagleg leiing og generell leiing. Ein av informantane på klinikk A stiller spørsmål ved at det er innført eit ekstra leiarnivå der ein lege er tilsett i stillinga som ho hadde før. Forskjellen er at ho hadde stilling som seksjonsleiar med totalansvar for avdelinga og samarbeida med ein seksjonsoverlege med medisinsk fagleg ansvar.*det er jo det med nivået som jeg har snakket om før, avdelingssjefnivået som er etet merkelig nivå sånn som det fungerer i dag.* Hennar utsegn kan verke som avdelingssjefnivået ikkje fungerer etter intensjonane om å ha totalansvar.

5.4 Oppsummering

I dette kapittelet har eg drøfta funna mine med bakgrunn i teoridelen. Dei to klinikkane eg har studert har ulik leiarorganisering der klinikk A ikkje har leiar med totalansvar for sjukepleietenesten, men sjukepleiefagleg rådgivar i stab til klinikksjef med rådgivande. På klinikk B har avdelingssjef sjukepleie totalansvar for sjukepleietenesten.

Funna mine viser at sjølv om det er ulik leiing av sjukepleietenesten opplever alle informantane at dei har tilfredsstillande handlingsrom på det sjukepleiefaglege område. Slik eg tolkar informantane handlar dette om ei oppleving av tillit frå næraste leiar både der denne er lege (avdelingssjef), sjukepleiar (avdelingssjef sjukepleie) eller klinikksjef (lege). Dei omtalar den gjensidige tillit både som viktig og avgjerande for å kunne ha påverknad i sjukepleiefaglege spørsmål. Funna tyder på at opplevinga av god relasjon til næraste leiar og oppleving av tillit fører til ei oppleving av autonomi i sjukepleiefaglege spørsmål. Sidan relasjonen til næraste leiar for fleire har vara over tid, kan også dette vera avgjerande for opplevinga av god relasjon. Eg oppfattar at mange av informantane omtalar tronge økonomiske rammer og auka krav til dokumentasjon og rapportering som meir begrensande for handlingsrommet enn leiarorganiseringa.

Sjølv om informantane på klinikk A ikkje har funksjonsbeskrivingar som omtalar ansvar og myndigheitsområde like tydeleg som på klinikk B, tolkar eg den gode relasjonen og tillit frå næraste leiar som avgjerande for denne opplevinga av handlingsrom. At legane som er leiarar overlet ansvaret for det sjukepleiefaglege området handlar om at legane stolar på sjukepleieleiarane og dei ynskjer heller ikkje å blande seg inn. Fleire av informantane omtalar at legane med leiarstilling ynskjer å fokusere mest på dei kliniske oppgåvene. Dette kan også tenkjast å ha ein medverkande årsak.

Informantane på dei to klinikkane har mange samanfallande opplevingar av handlingsrommet og påverknad i sjukepleiefaglege spørsmål. Informantane på klinikk B har derimot ei tydeleg formeining om at organisering med sjukepleiefagleg leiar med totalansvar for sjukepleietenesten er avgjerande for at dei har fått meir fokus på sjukepleiefagleg kvalitet og pasientsikkerheit. Dette kan handle om at alle informantane på denne klinikken i motsetnad til informantane på klinikk A har vore leiarar i mange år, og har erfart tidlegare organisering. Dei opplever leiarorganiseringa på ein annan måte enn dei som har ikkje har hatt leiarstilling før.

På klinikk A fokuserer dei på det gode samarbeidet dei har kring fagutvikling og kvalitetsarbeid mellom seksjonsleiarane og innan avdelinga. Det ser ut som at innføringa av

eit nytt leiarnivå (avdelingssjef lege på nivå tre) ikkje har medført den store endringa for korleis avdelinga vert leia. Omtale frå nokre av informantane kan tyde på at det ikkje har medført noko nytt, og at dei dermed ikkje opplever mindre påverknad i sjukepleiefaglege spørsmål etter at legar vart avdelingssjefar.

Funna viser også at nokre av informantane saknar sjukepleiefagleg representasjon i sjukehusleiinga, dvs. i leiargruppa til administrerende direktør. Dei meiner at overordna fokus på fag- og kvalitetsarbeid innanfor sjukepleietensten ville ha vore tydelegare på sjukehusnivå og lagt føringar for klinikkane som ei støtte i mellom anna prioriteringar og samordning. Ei av informantane som har erfaring frå tida med sjefssjukepleiar i direktøren si leiargruppe, meiner at sjukepleietensten har mista påverknad og posisjon.

Kapittel 6 Avslutning

I dette kapitlet vil eg oppsummere sentrale funn i studien min og korleis desse kan forståast. Eg vil også kome med tankar om kva som kan vere aktuelt for vidare forskning på området.

Målet med studien har vore å undersøke korleis sjukepleiefaglege leiarar i sjukehus opplever at arbeidskvardagen deira er påverka av innføring av einskapleg leiing. Reformene gav sjukehusa høve til å organisera seg utifrå lokale forhold med mål om ein ansvarleg leiar på alle nivå (NOU 1997:2). Sjukehuset eg studerer har gjennomført fleire endringar i organisering sidan innføring av einskapleg leiing vart lovfesta (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., 1999). Dette har ført til ulike modellar for leiarorganisering på ulike klinikkar. Sjukehuset har ingen overordna strategi for leiarorganisering på klinikknivå bortsett frå prinsippet om einskapleg leiing.

Dei to klinikkane eg studerte er ulikt organisert med omsyn til myndigheit og ansvar for sjukepleietenesten. På den eine klinikken har avdelingssjef sjukepleie totalansvar for sjukepleietenesten og den andre klinikken er organisert med sjukepleiefagleg rådgivar i stab til klinikkssjef. På begge klinikkane er sjukepleiefagleg leiar (seksjonsleiar) på avdelingsnivå ansvarleg for personale, fag og økonomi som gjeld sjukepleietenesten. Informantane i studien min var seksjonsleiarar, avdelingssjef sjukepleie og sjukepleiefagleg rådgivar.

For å få svar på problemstillinga mi om korleis organisering og leiarmodellar påverkar arbeidsutøvinga til sjukepleieleiarar, formulerte eg to forskingsspørsmål:

1. Korleis opplever sjukepleiefaglege leiarar at leiarorganisering har innverknad på kvalitets- og fagutviklingsarbeid i sjukepleietenesten?
2. Kva oppleving har sjukepleiefaglege leiarar av handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål?

Ved å studera to klinikkar med ulik leiarorganisering fekk eg fram opplevinga til sjukepleieleiarar på desse klinikkane. På førehand hadde eg gjort meg nokre tankar om at ulik leiarorganisering ville gje ulike opplevingar når det gjeld påverknad i sjukepleiefaglege spørsmål.

Nokre av funna i studien min er i tråd med tidlegare forskning. Sentrale funn i studien min omhandlar betydninga av tillit og samarbeid. Det er også funn knytt til samanlikning av leiarorganiseringa si endring over tid.

6.1 Tillit skapar handlingsrom

Funna i studien viser at alle informantane hadde ei oppleving av eit tilfredsstillande handlingsrom og påverknad på sjukepleiefagleg område. Tillit som begrep er noko alle informantane omtalar. Dei viser til at dei opplever tillit frå næraste leiar både der denne er lege og sjukepleiar. Dei legg vekt på at den tilliten dei opplever i relasjonen til leiar har avgjerande betydning for å kunne arbeide sjølvstendig innanfor det sjukepleiefaglege område. Fleire av dei som har lege som leiar omtalar ein relasjon og eit samarbeid over tid, noko som bidreg til at dei kjenner kvarandre sin kompetanse og dermed stolar på kvarandre. Avdelingssjef (lege) har dermed tillit til at seksjonsleiar (sjukepleiar) kan jobbe sjølvstendig og opplever stor grad av autonomi sjølv om ho ikkje sit med totalansvaret for avdelinga.

Informantane opplever lite innblanding frå legar som er leiarar i sjukepleiefaglege spørsmål. Dei opplever at legane heller overlet avgjerder i sjukepleiefaglege spørsmål til sjukepleiefagleg leiar med begrunning i at legen ikkje har kompetanse på området. Dette kan tolkast som den gode relasjonen betyr meir enn leiarorganiseringa på enkelte avdelingar. Det kan også tolkast som at legane gjerne ser at dei slepp å bli innblanda i sjukepleiefaglege spørsmål. Det informantane gir uttrykk for er at legar som er leiarar ynskjer at seksjonsleiarane tek hovudansvaret for drift av avdelinga. Dette kan tolkast som ei tillitserklæring frå avdelingssjef (lege) på same tid som det kan tolkast som at legane heller ynskjer å ha fokus på kliniske arbeidsoppgåver slik nokre av informantane uttrykker seg.

På klinikk B der avdelingssjef sjukepleie har totalansvar for sjukepleietenesten omtalar dei også verdien av tillit. På same tid er dei tydeleg på at leiarorganiseringa dei har med avdelingssjef sjukepleie gir større fokus på sjukepleiefagleg område, og handlingsrommet er tydelegare når ansvar og myndigheit er tydeleg definert. Alle på denne klinikken har funksjonsbeskrivingar som omtalar dette, i motsetnad til på klinikk A. Dette gjer at ansvar og myndigheit ikkje vert like tydeleg på klinikk A. Sjølv om dette er ulikt på dei to klinikkane er det ingen som uttalar manglande tillit og handlingsrom. Dette tyder på at relasjonen dei har til næraste leiar er av stor verdi for opplevinga av handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål.

Informantane uttalar at begrensingar i handlingsrommet omhandlar i større grad ytre faktorar som økonomiske rammer og aukande krav om dokumentasjon og registreringar f.eks. knytt til aktivitet og kvalitetsindikatorar. Opplevinga kan tolkast som at dette ikkje handlar om den leiarorganiseringa dei har, men av ytre faktorar som heller ikkje avdelingssjef kan påverke. Dei fleste av informantane har personalansvar for store personalgrupper og omfattande drift

på avdelinga. Dette er i større grad enn leiarorganisering årsak til at fag- og kvalitetsarbeid får mindre fokus.

6.2 Betydinga av samarbeid

Funna viser at alle informantane omtalar samarbeid innan sjukepleietenesten i klinikken som avgjerande for å ha fokus på fag- og kvalitetsarbeid. Dei omtalar organisering av samarbeid og kva samarbeidsarenaer dei har, og at dette er viktig for å kunne ha fokus på det sjukepleiefaglege området. Klinikane samarbeider noko ulikt både om fagutvikling og klinisk arbeid. Det kjem til uttrykk at dei samarbeider i større grad på klinikk B enn på klinikk A. Utifrå det informantane på klinikk B uttalar kjem det fram at leiarorganiseringa med avdelingssjef sjukepleie med totalansvar for sjukepleietenesten, har avgjerande betyding for at samarbeid foregår i så stor utstrekning. Opplevinga er at dei tek større ansvar for å sjå klinikken samla. Det kan tolkast som at denne organiseringa bidreg til eit meir utstrakt samarbeid enn på klinikken der ingen sjukepleieleiar har totalansvar for tenesten.

Sjølv om klinikk A også har stort fokus på samarbeid om fag- og kvalitetsarbeid, har ikkje sjukepleiefagleg rådgivar myndigheit å bestemme korleis dei skal samarbeide. Nokre av informantane på klinikk A uttalar at dei er tilfreds med at sjukepleiefagleg rådgivar har koordinerande funksjon, medan rådgivar ser det som ei utfordring å ikkje kunne ha myndigheit å bestemme. Dette gjeld spesielt samarbeid på tvers av avdelingar om klinisk arbeid. Her kan ein tolke at denne leiarorganiseringa kan vere ei utfordring, men på same tid opplever dei at lang tradisjon med samarbeid mellom seksjonsleiarar bidreg til at dei har stort felles fokus på sjukepleiefaglege områder på klinikken.

Det kjem ikkje fram at legar som er leiarar har nokre merknader til dette samarbeidet. Dette kan tolkast som at seksjonsleiarane er autonome i samarbeidet, og at dei dermed har nok handlingsrom til å organisere aktiviteten slik dei meiner er riktig. Det kjem fram at samarbeid på tvers av avdelingar kring klinisk arbeid ikkje foregår i same grad på klinikk A som på klinikk B. Ei tolking utifrå utsegn kan også vere at avdelingane har mange ulike spesialitetar og at dei er geografisk plassert i ulike bygg. Det kjem ikkje fram noko som tilseier at dette er på grunn av leiarorganisering med avdelingssjefar som er legar.

6.3 Leiarorganisering i endring

Funna mine viser at informantane som har vore leiarar før innføring av einskapleg leing omtalar dei endringane i leiarorganisering som har vore gjort. Dei som har opplevd ulike leiarmodellar er meir oppteken av å samanlikna leiarmodellar i motsetnad til dei som har kort

tid i leiarstilling. På klinikk B er alle informantane tydeleg på at noverande organisering der avdelingsjef sjukepleie som leiar for sjukepleietenesten har fått mandat som bidreg til einskapleg leiing. Dei er alle klar på at den tydelege faglege leiinga for sjukepleietenesten bidreg til auka fokus på fag- og kvalitetsarbeid innanfor sjukepleietenesten og at dette bidreg til betre kvalitet. Den tydelege leiinga av avdeling for sykepleietjenester medvirkar også til at alle bidreg på tvers i klinisk arbeid og med dette tek ansvar for dei totale utfordringane på klinikken. Dei uttalar også at dette bidreg til fagutvikling; ved at alle får oversikt over faglege utfordringar på alle avdelingane på klinikken. Funna viser også at seksjonsleiarane på denne klinikken kjenner på eit større ansvar for og ynskje om å skape eit godt omdømme for klinikken. Dei samanliknar med tida før då avdelingane jobba meir adskilt kring klinisk arbeid og fagutvikling. Det kan tolkast som at det oppleves verdifullt for alle å bli utfordra på å samarbeide om utfordringane på klinikken.

På klinikk A er dei ikkje samstemt på behovet for å ha ein felles leiar med totalansvar for sjukepleietenesten. Informantane med lengst erfaring som leiarar på klinikken ser verdien av det i større grad enn dei som har mindre erfaring som leiar. Ein årsak til dette kan vere at dei med minst erfaring som leiar opplever at samarbeid innad i avdelinga som tilfredsstillande, og at spesialiseringa på klinikken bidreg til at dei jobbar meir adskilt enn på klinikk B.

Funna på klinikk B viser også at dei framhevar at leiing handlar om å kunne innta både faglege, økonomiske og driftsmessige perspektiv. Dvs. det som i begrepet hybrid leiing vert kalla å forholde seg både til den medisinske og den økonomisk-administrative logikken. Dei framhevar at det er viktig å kjenne til det kliniske arbeidet for å ta dei rette avgjerder for drifta. Lwellyn (2001) sin metafor uttrykker at leiing er som å sjå gjennom eit to-vegs vindauge, slik som desse informantane også uttrykker det. Alle informantane der er tydelege på leiarrollen sin og at det er forventningar frå næraste leiar. Dei uttrykker klart at dei ikkje kan tenkje seg tilbake til organisering med sjukepleiefagleg leiar i klinikksjefen sin stab. Funna frå denne klinikken er eintydige her.

På klinikk A er derimot funna prega av at dei har gode relasjonar til næraste leiar som er lege og har gode samarbeidsformer både innad i avdelingane og mellom seksjonsleiarane. Dette opplever dei som tilfredsstillande i forhold til å oppleve handlingsrom på sjukepleiefagleg område. Det kjem ikkje til uttrykk at leiarorganiseringa med avdelingssjef (lege) set nokre hindringar for å ha nok handlingsrom og påverknad når det gjeld fag- og kvalitetsarbeid og andre sjukepleiefaglege områder. Det kan tolkast som at dette er på grunn av at dei ikkje

opplever noko særleg endring med eit nytt leiarnivå. Funna tyder på at dei har ei form for todelt leiarorganisering ved at dei samarbeider om drift av avdelinga i nokon grad. På same tid viser funna at drifta av avdelinga oftast vert overleten til seksjonsleiarane, då legen som er leiar prioriterer kliniske arbeidsoppgåver. Det kan tolkast som dei fortsatt har todelt leiarmodell på avdelinga, og dermed har stort handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål. Den einaste endringa er at seksjonsleiarane ikkje er representert i leiargruppa på klinikken. Sjukepleiefagleg rådgivar representerer sjukepleietenesten i leiargruppa og seksjonsleiarane har i tillegg faste møter med klinikksjef.

Nokre av informantane stiller spørsmål kring manglande representasjon frå sjukepleietenesten på strategisk nivå på sjukehuset. Det er ingen sjukepleiefagleg leiar ved administrerende direktør sitt bord der dei strategiske avgjerder vert tekne. Funna er ikkje eintydige her då ikkje alle informantane omtalar dette. Dei som omtalar det meiner at ein sjukepleieleiar på strategisk nivå på sjukehuset ville ha ført til eit tydelegare samlande fokus på det sjukepleiefaglege området på heile sjukehuset. Slik det er no kan ein risikere at kvaliteten på tenesten kan variere mellom klinikkane og sjukepleietenesten vert dårlegare samordna også med omsyn til ressursutnytting.

6.4 Vidare forskning og anbefalingar

Studien min omhandlar sjukepleiefaglege leiarar sine opplevingar når det gjeld høve til å påverke i sjukepleiefaglege spørsmål innanfor spesialisthelsetenesten. Den viser at ikkje berre leiarorganisering har betydning for oppleving av handlingsrom og påverknad i sjukepleiefaglege spørsmål. Studien viser likevel at tydeleg ansvar og myndighet for det sjukepleiefaglege området bidreg i større grad til meir samarbeid både om fag- og kvalitetsarbeid og klinisk arbeid.

I vidare forskning kan det vera interessant å studere vidare korleis faktorane makt og tillit påverkar opplevinga i leiarrollen. I studien min vart ikkje maktbegrepet omtala frå informantane, på grunn av mi manglande tilnærming til begrepet. Det vil også vere aktuelt å studere korleis legar med leiaransvar for sjukepleieleiarar opplever og tenkjer om ansvar og myndighet på det sjukepleiefaglege området.

Etter innføring av einskapleg leiging har sjukehuset eg studerte og mange sjukehus prøvd ut ulike modellar for leiarorganisering. Mykje forskning er gjennomført for å studere korleis einskapleg leiging på ulike nivå i spesialisthelsetenesten fungerer. Det ville det vore interessant om forskning kring fagleg leiging kunne føre til nokre anbefalingar for leiarorganisering av

sjukepleietenesten i spesialisthelsetenesten. Det er viktig å finne modellar som ivaretek behovet for både generell leing og leing av fagprofesjonar. Ved val av leiarmodell for sjukepleietenesten bør kvart sjukehus ta stilling til verdien av å ha same leiarmodell på alle klinikkar innanfor same sjukehus.

Den medisinsk faglege utviklinga går raskt framover. Når spesialisthelsetenesten skal ivareta målet for val av organisasjonsmodell som er skissert i NOU 1997:2 må dette få fokus. Det vart i NOU 1997:2 presisert at ein skulle legge auka verdiskaping, betre kontinuitet, betre heilhetstenking og betre arbeidsmiljø til grunn ved val av interne organisasjonsmodellar.

Funna i min studie viser at det fortsatt er ulike oppfatningar om korleis leiarorganiseringa bør vere på det pasientnære nivået. Dette bør få meir merksemd innan forskning i tida framover.

Litteraturliste

Agenda Kaupang : *Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene*. Rapport nr. 1020385, 22. oktober 2018. På oppdrag frå Norsk sykepleierforbund. Lasta ned frå:

<https://www.nsf.no/Content/4249122/cache=20192901144712/NSF%20Rapport%20Agenda%20Kaupang%202018.pdf> (Lese 20.01.2019).

Arnulf, J.K. (2012): *Hva er ledelse*. (2.opplag) Oslo:Universitetsforlaget.

Berg, L.N., Byrkjeflot, H. og Kvåle, G. (2010): *Hybridledelse i sykehus-en gjennomgang av litteraturen*. *Nordiske organisasjonsstudier*. 3 (2010).

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.

Bolman, L. og Deal, T.E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. (4.utgave) Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Brandvold, E. B. (2003). *Ledelse og organisering: Oversykepleier i en enhetlig ledelsesmodell. Muligheter og utfordringer*. *Sykepleien*, 18, 38-45.

Busch, T. (2014): *Ledelse, kultur og verdier-et integrert perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Byrkjeflot, H. red.(1997): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Byrkjeflot, H. (2015): *Ledelse på norsk: Motstridende tradisjoner*. I: Einarsen, S. og A.Skogstad (red): *Ledelse på godt og vondt*. (2.utgave) Bergen: Fagbokforlaget.

Colbjørnsen, T. (2015): *Daglige lederes handlingsrom i statlige selskaper og helseforetak*. Oslo: Arbeidsgiverforeningen Spekter.

Espedal, B. og Kvitastein, O.A.: *Rom for læring: betydningen av handlingsrom for ledelse*. Publisert: 8/2012. Magma.

Fjeldbraathen, E.M. (2010): *Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten*. Doktorgradsavhandling. Aalborg universitet.

Gjerberg, E. og Sørensen, B.A. : *Enhetlig ledelse-fortsatt en varm potet?* Oslo: Tidsskrift Norsk Lægeförening nr.8 2006; 126:1063-1066.

Grimen, H. (2009): *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grund, J. (2006): *Sykehusledelse og helsepolitikk-dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grønhaug, K. og Hellesøy G. (2011): *Ledelse i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Grønmo, S. (2015): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helse og omsorgsdepartementet: I-2/2013 Lederansvaret i sykehus. Rundskriv 28.05.14. Lasta ned frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/?q=Rundskriv%20I-2/2013>

Helse og omsorgsdepartementet: Sykehusenes hovedoppgaver. Lasta ned frå: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/sykehusenes-hovedoppgaver-/id528111/>

Holme, I.M og Solvang, B.K. (1998): *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano Aschehoug.

Holter, I.M: Foredrag på St.Olavs hospital HF. 19.10. 2016.

Hippe, J.M og Trygstad, S.C: Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus. Fafo rapport 2012:57. Lasta ned frå: https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20284.pdf

Høst, T. (2014): *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. (3.utgave) Oslo: Universitetsforlaget.

Jakobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. (4.utgave) Bergen: Fagbokforlaget.

Jespersen, P., Kragh. (2005). *Mellom profession og management - Ledelse i danske sygehuse*. Copenhagen: Handelshøjskolens Forlag.

Johansen, S.T., Olsen, T.H., Solstad, E. og Torsteinsen, H. (2010): Ledelse i hybride organisasjoner. Forslag til et teoretisk rammeverk. Lasta ned frå: <https://www.researchgate.net/publication/260984408>

Johansen, G.: *Tillitsbasert ledelse. Ledelse og tillit*. Ledernytt. Publisert 18.09.16. Oppdatert 19.11.18. Lasta ned november 2018 frå: <https://www.ledernytt.no/tillitsbasert-ledelse.5908681-112372.html> (lese januar 2019).

Johansen, M.S. (2009): *Mellom profesjon og reform: Om fremveksten og implementering av enhetlig ledelse i norsk helsevesen*. Handelshøyskolen BI 2009: 2 Phd. Nordberg hurtigtrykk.

Kjekshus, L.E. og Bernstrøm, V. : *Helseforetakenes interne organisering og ledelse. INTORG 2012*. Universitetet i Oslo. Helseøkonomisk forskningsprogram. Skriftserie 2013:8. Lasta frå: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-8.pdf>

Kuvaas, B.: *Tillitsbasert ledelse virker*. BI Business Review. Ledelse. 15.03.2017. Lasta ned frå: <https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2017/03/tillitsbasert-ledelse-virker/> (Lese: November 2018)

Kvale, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

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

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

- Lockertsen, I.K. og Østgård, M. (2016): *Hvordan skape et samarbeid?* NTNU Handelshøyskolen i Trondheim. Masteroppgave.
- Lov 1999-07-02 nr.61: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven)*. Lasta ned frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Lund, E.C. (2012): *Virke og profesjon. Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)* (1.utgave). Oslo: Akribe AS.
- McHugh, M.D., Aiken, L.M., Eckenhoff, M.E. og Burns, L.R: *Achieving Kaiser Permanente quality through nursing* (2015). *Health Care Manage Rev.*, 41(3) 178-188.
- Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.
- Mo, T.O. (2006): *Ledelse til begjær og besvær; om reformer, fag og ledelse i sykehus*. NTNU 2006:16. Doktoravhandling. NTNU trykk.
- Molander, A. og Terum L.I. (2008): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mørk, K.M. og Åsland, M. (2011): *Enhetlig ledelse i sykehus-bare et slagord?* Masteroppgave. Medisinsk fakultet. Institutt for helse og samfunn. Universitetet i Oslo.
- Naustdal, A.G. (2006): *Sjuepleieleiaren sitt arbeid med kompetanseutvikling i sjukehus-sett i lyset av erfaringar med innføring av sjukehusreforma*. Masteroppgåve. Høgskulen i Sogn og Fjordane.
- Nordby, H. (2009): *Kommunikasjon og helseledelse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- NOU 1997:2. (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Lasta ned frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/> (lese oktober 2016)
- Norsk Sykepleierforbund: *Politisk plattform for ledelse (2017-2020)*. Hefte. Lasta ned frå: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2187291/1212764/Politisk-plattform-for-ledelse-2017-2020> (lese oktober 2017)
- Norsk Sykepleierforbund: *Sykepleier med lederansvar-god på fag og ledelse*. Faghefte oktober 2005. Lasta ned frå: <https://www.nsf.no/Content/158922/NSF> (lese oktober 2016).
- Ot.prep. nr.10 (1998-99): *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m*. Lasta ned frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-10-1998-99-/id159380/>
- Orvik, A. (2015): *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. (2.utgave) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Pettersen, I.J, Magnussen, J., Nyland, K. og Bjørnenak, T. (2008): *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Prosjektrapport: *Styring av sykepleierressurser St.Olavs hospital HF* (2016) (motteke på e-post frå avdelingssjef klinikk B mars 2017).

Riksrevisjonen: Undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene. Offentliggjort 29.09.2015.

Lasta ned frå: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2014-2015/styring-av-pleieressursene-i-helseforetakene/> (lese oktober 2016)

Sommervold, W. (1997). *Ledelse i sykepleien - en strategi for profesjonalisering*. I: H. Byrkjeflot (Ed.), *Fra styring til ledelse* (pp. 243-265). Bergen: Fagbokforlaget.

Spurkeland, J. (2005): *Relasjonskompetanse*. Resultater gjennom samhandling. Oslo: Universitetsforlaget.

Spurkeland, J. (2017): *Relasjonsledelse*. (5.utgave) Oslo: Universitetsforlaget.

Stortingsmelding 11 (2015-2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Lasta ned frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1> (lese oktober 2016).

Sveri, T. (2004): *Strukturer og reformer- En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Hovedoppgave. Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.

Strand, T. (2007): *Ledelse, organisasjon og kultur*. (2.utgave) Bergen: Fagbokforlaget.

Sørhaug, T. (1996): *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sørhaug, T.(2004): *Managementalitet og autoritetens forvandling. Ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thagaard, T. (2013): *Systematikk og innlevelse*. (4.utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2017): *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Torjesen, D.O (2008): *Foretak, management og medikrati*. Sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i spesialisthelsetjenesten. Dr. polit avhandling ved Universitetet i Bergen.

Traasdahl, E. R. (2012): *"Reform i hvit uniform...."* . *Hvordan praktiseres enhetlig ledelse i en klinikk på UNN?* Masteroppgave. Handelshøgskolen i Bodø.

Woll Buer, T. (2018): *Hvordan utøves enhetlig ledelse blant sykepleieledere i et fagsøyleorganisert helseforetak?* Masteroppgave. Det medisinske fakultet. Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Universitetet i Bergen.

Wærrø. G. (2005) *Sykepleiefaglig ledelse-gammeldags eller moderne og nytenkende?* Klinisk sykepleje 01/2005 (Volum 19)

Wærrø. G. (2005): *Sykepleiefaglig ledelse-noen utfordringer*. Klinisk Sykepleje 03/2005

Vedlegg 1 Tilbakemelding fra NSD



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

Vår dato: 12.12.2016

Vår ref: 51164 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>51164</i>	<i>Enhetlig ledelse i sjukehus-konsekvensar for sjukepleiefaglig ledelse?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Inger Lise Teig</i>
<i>Student</i>	<i>Laila Marie Grøthe</i>

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, 31.08.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf: 55 58 36 41

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 51164

I følge meldeskjemaet skal deltakerne i studien informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Universitetet i Bergen sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger.

I meldeskjemaet har dere informert om at forventet prosjektslutt er 31.08.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

Vedlegg 2 Forespørsel om deltaking i forskingsprosjekt

Forespørsel om deltakelse i forskingsprosjektet

Korleis opplever sjukepleiefaglege leiarar i eit sjukehus at organisering og leiarmodellar påverkar deira arbeidsutøving?

Bakgrunn og formål

Eg henvender meg som mastergradstudent ved studiet Kvalitetsforbedring, helseledelse og helseøkonomi ved Det medisinske-odontologiske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Bergen.

Etter at eg gjennom 30 år som sjukepleiar og dei fleste av åra i min yrkeskarriere har vore sjukepleiefagleg leiar, har eg vore med på dei store reformane som har skjedd i helsetenesten. Eg har det meste av tida mi arbeid i spesialisthelsetenesten som avdelingssjukepleiar og seksjonsleiar. Då spesialisthelsetjenesteloven (2001) påla sjukehusa å innføre enhetlig ledelse på alle nivå, medførte dette store endringar i leiarorganisering ved sjukehusa. Lova medførte også eit prinsipp om profesjonsnøytrale leiarposisjonar. Dette medførte at sjukepleietenesten i sjukehus opplevde at ansvar og myndigheit over eige fag vart endra. Det vart innført ulike modellar for leiarorganisering på ulike sjukehus, men også innad i same sjukehus. Undringa mi er om ulik organisering påverkar utøving av sjukepleiefagleg leiar eller om det kan vere andre faktorar som har betydning.

Studien vil bli gjennomført som ein kvalitativ studie med djubdeintervju på 2 klinikkar med ulik leiarorganisering i same sjukehus. Eg ynskjer å intervju eit utval på til saman 8-10 personar, fordelt på 1 avdelingssjef i sjukepleie, 5- 6 seksjonsleiarar (sjukepleiarar) og 1 sjukepleiefagleg rådgiver i stab til klinikksjef. Eg vil også vurdere å intervju helsefagleg sjef (sjukepleiar i stab til administrerende direktør) og administrerende direktør. Eg vil rette henvendinga til klinikksjef ved 2 klinikkar med ulik leiarorganisering for å kome i kontakt med informantar.

Kva innebær deltaking i studien?

Deltaking i studien innebær at du vil bli intervju av undertegna. Spørsmåla vil omhandle di oppleving av om leiarorganisering har betydning for fokusering på kvalitet og fagleg utvikling av sjukepleietjenesten. Eg vil også spørje om ulik leiarorganisering kan ha konsekvensar for ansvar, myndigheit og handlingsrom i sjukepleiefaglege spørsmål. Intervjuet vil ta ca. 45 – 60 minuttar. Eg vil ikkje spørje om sensitive opplysningar om tredjeperson. Intervjuet vil bli teke opp som lydopptak.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Datamaterialet vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysningar, navn og evt. telefonnummer vil bli oppbevart nedlåst og separat frå det øvrige datamaterialet.

Det er kun eg som vil ha tilgang til lydopptak og transkribert tekst. I den ferdige rapporten vil deltakere bli anonymisert.

Prosjektet skal etter planen avsluttast august 2017. Personopplysninger, lydopptak og transkribert materiale vil bli sletta ved prosjektslutt.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke utan å oppgi nokon grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysningar om deg bli sletta.

Eg håpar du vil takke ja til å delta i denne studien. Dersom du ynskjer å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Laila Grøthe, telefon 41454469 eller e-mail: imgroeth@online.no

Dersom du kan tenkje deg å delta, ber eg deg om å kontakte meg for å avtale tid og stad for intervju. Du må også fylle ut vedlagt samtykkeerlæring og returnere til:

Laila Grøthe, Nedre Stavsetvn 12, 7026 Trondheim.

Du kan også returnere erklæringen på mail, eller du kan levere den personleg i forkant av intervju.

Min veileder er: Inger Lise Teig, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen
Telefon: 92228106
E-mail: inger.teig@uib.no

På forhånd takk for hjelpen!

Med helsing

Laila Grøthe
Mastergradsstudent
Universitetet i Bergen

Vedlegg 3 Intervjuguide

Avdelingssjef sjukepleie/seksjonsledar/sjukepleiefagleg rådgiver

Personalia

- Utdanningsbakgrunn (spesialitet, lederutdanning)?
- Ansiennitet på sjukehuset og i stillingen
- Kvifor valgte du å søke stillingen som avdelingssjef/seksjonledar/sjukepleiefagleg rådgivar? Avveiningar

Arbeidsforhold

- Fortel litt om klinikken du er tilsett i (storleik-seksjoner-pasienter-ulike spesialiteter ol. Kva spesialitet: Kirurgisk – medisinsk? Avgrensbar – diffus? Akutt – kronisk?)
- Klinikkorganisering, kor er du plassert organisatorisk i klinikken?
- Korleis er ledernivåa i klinikken utforma?
- Korleis opplever du at rekrutteringa er til klinikken der du arbeider? Omdømme?

Ansvar og myndighet

- Kan du beskrive ein arbeidsdag for deg?
- Kan du fortelje om ein arbeidsdag som er utfordrande?
- Kva er ditt ansvarsområde som avdelingssjef/seksjonsledar/sjukepleiefagleg rådgivar?
- Dersom du har ein funksjonsbetrivelse, kan du seie noko om innhaldet i denne?
- Kan du beskrive dine arbeidsoppgåver?
- Kven rapporterer du til?
- Kva myndighet har du i forhold til det ansvarsområde du er tildelt?
- Har du personalansvar? Og i tilfelle kven er du personalansvarleg for?
- Betrakter du denne stillingen/endringen på avdelingsnivået som noko nytt? I så fall på kva måte?

Handlingsrom/muligheter

- Kan du beskrive kva type beslutningar du kan ta når det gjeld sjukepleiefaglege spørsmål/områder?
- Kan du beskrive kva type beslutningar du ikkje kan ta?
- Dersom du ikkje kan ta beslutningar, kan du beskrive korleis beslutningar vert fatta?
- Kva faktorar påverkar di oppleving av handlingsrom til å ta beslutningar?
- Opplever du deg som talsmann for eiga faggruppe?
- Kva med andre faggrupper – kva trur du dei tenkjer om det?
- Er det andre faktorar vi ikkje har vore innom som påverkar handlingsmulighetene dine for ivaretaking av sjukepleiefaglege områder?