

# **Hvordan blir enhetlig ledelse faktisk tilpasset og praktisert i norske intensivenheter og hva kan forklare denne tilpasningen?**

FORFATTER  
GRETHE ABUSDAL

VEILEDER  
DAG OLAF TORJESEN

**Universitetet i Agder, 2016**  
Fakultet for samfunnsvitenskap  
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag





## Forord

I forbindelse med masterstudie i ledelse i offentlig sektor, retning helse ved Universitetet i Agder, er jeg nå kommet til siste del som er innlevering av masteroppgave. Studiet har vært interessant og lærerikt, men også krevende fordi dette er et deltidsstudie som er kombinert med full jobb som enhetsleder på intensiv ved Sørlandet sykehus, Kristiansand. Spesielt den siste tiden med masteroppgaven har det vært krevende.

Det har allikevel vært givende å jobbe med masteroppgaven, fordi jeg etter en del frem og tilbake endelig klarte å lande et tema for oppgaven. Jeg hadde tidlig klart for meg at jeg ønsket å skrive noe om ledelse på intensivene, fordi jeg kjenner til dette miljøet og de utfordringene som finnes der gjennom mange år som ansatt og etter hvert som leder de 10 siste årene. Det å skrive denne oppgaven har vært med på å gi meg et perspektiv på hvorfor ting er som de er i forhold til utøvelse av ledelse på intensiv.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Dag Olaf Torjesen som tålmodig hørte på mine mange ideer om hva jeg skulle skrive om og som jeg så forkastet før jeg endelig landet temaet enhetlig ledelse. Videre vil jeg takke ham fordi han har vært med meg i hele prosessen, men spesielt på slutten.

Jeg vil også takke alle på jobb som har støttet meg i denne tiden, men en spesiell takk til mine nærmeste samarbeidspartnere Alf Frode Eriksen som aldri har klaget når han har overtatt ansvar mens jeg har jobbet med oppgaven og Anne-Grete Kaspersen som har lest korrektur og ellers besvart skrivetekniske spørsmål.

Til slutt en stor takk til familien min, og i denne sammenheng som i så mange andre må jeg trekke fram min ektefelle Stein for støtte og oppmuntring til å fullføre denne oppgaven, samt ordne mange praktiske ting i heimen.

Kristiansand, Desember 2016

Grethe Abusdal

## Sammendrag

Lovendringen om enhetlig ledelse som ble vedtatt innført i 2001 førte til mange og utfordrende diskusjoner og utfordret fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten. Jeg har derfor hatt et ønske om å se på hvordan enhetlig ledelse er implementert i norske intensivenheter 15 år etter loven ble innført.

Jeg har i begynnelsen på oppgaven sett på noe av det som rørte seg i samfunnet i tiden før enhetlig ledelse ble innført. Dette for å sette enhetlig ledelse inn i en kontekst utover den diskusjonen som utspilte seg mellom leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten

Jeg har utført en spørreundersøkelse som enhetsledere på intensivenheter i Norge har besvart, og har sammenlignet besvarelsen med organisasjonskartene. Dette er med på å vise at leger og sykepleiere er organisert i ulike enheter, og man kan da si at de har organisert seg bort i fra en del av problematikken om enhetlig ledelse på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten.

Jeg har også pekt på at organisasjonsteorien om dekopling viser at organisasjoner kan innføre lovpålagte vedtak formelt, men samtidig fortsette uten å innføre endringene fullt ut. De blir dekoplet. En forklaring til dette kan ligge i at profesjonene (leger og sykepleiere) ønsker å lede seg selv. Det kan også forklares med stivhengighet som betyr at organisasjoner helst vil følge den tradisjonen de har med seg fra tidligere tider. Arbeidets organisering på det operative plan er også med på å legge føringer for hvordan logistikken i hverdagen må tilpasses en døgkontinuerlig drift. I tillegg er legenes infrastruktur i forhold til arbeidets art med på å legge føringer for arbeidet på intensiv. Alle disse tingene er med på å påvirke muligheten til å innføre endringer i ekspertorganisasjoner som er den type organisasjon sykehusene tilhører.

Det viser seg gjennom arbeidet med oppgaven at det ser ut til at mye av den «gamle» to-delte fagledelsen fortsatt er med på å prege arbeidet på intensivenhetene. Det er fortsatt sykepleiere som har personalansvaret for sykepleierne. Leger og sykepleiere er organisert i ulike enheter. Det kan også se ut til at noe av den gamle maktfaktoren som er knyttet opp mot legene sin medisinske utdanning fortsatt er tilstede, selv om samarbeid er det som blir fremhevet fra flere hold.

1 Innledning .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Tema og relevans .....	6
1.3 Problemstilling .....	7
1.4 Oppgavens oppbygging.....	8
2 Tiden før enhetlig ledelse innføres.....	9
3 Teori.....	11
3.1 Ledelse i ekspertorganisasjoner .....	11
3.2 Ny-institusjonell teori om myter, isomorfi og dekopling.....	12
3.3 Stiavhengighet og ledelsesstruktur i sykehus.....	15
4 Metode .....	16
5 Spørreundersøkelse i norske intensivenheter.....	17
5.1 Avgrensning og inkludering i spørreundersøkelsen.....	17
5.2 Den praktiske gjennomføringen .....	18
5.3 Resultater.....	20
<b>5.3.1 Bakgrunnsdata og hvor representativt utvalget er .....</b>	<b>20</b>
<b>5.3.2 Persondata .....</b>	<b>21</b>
<b>5.3.3 Utdanning .....</b>	<b>22</b>
<b>5.3.4 Lederstruktur .....</b>	<b>23</b>
<b>5.3.5 Økonomi.....</b>	<b>25</b>
<b>5.3.6 Fag.....</b>	<b>26</b>
<b>5.3.7 Egen vurdering fra ledere, om de opplever å ha enhetlig ledelse .....</b>	<b>27</b>
<b>5.3.8 Mine vurderinger av resultatene fra undersøkelsen.....</b>	<b>28</b>
<b>5.3.9 Organisasjonskart.....</b>	<b>30</b>
6 Drøftinger.....	31
6.1 Ny-institusjonell organisasjonsteori.....	31
6.2 Ekspertorganisasjoner og todelt-fagledelse.....	33
6.3 Stiavhengighet.....	36
6.4 Driftsmessige utfordringer med enhetlig ledelse.....	37
6.5 Det medisinske arbeidets infrastruktur.....	39
6.6 Samarbeid.....	40
7 Avslutning.....	41
7.1 Hvordan blir enhetlig ledelse faktisk tilpasset og praktisert i norske intensivenheter ...	41
7.2 Hva kan forklare tilpasningen? .....	42
Litteraturliste:.....	43
Vedlegg .....	44

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har jobbet i det norske helsevesen fra midten av 1980-tallet og hatt ulike roller og arbeidssteder innenfor spesialisthelsetjenesten. De fleste årene har jeg hatt pasientrettet arbeid, men samtidig med undervisning og opplæring av kollegaer og studenter. Jeg har hatt rollen som fagsykepleier og de siste ti årene har jeg vært leder på en intensivenhet. Jeg har jobbet på tidligere fylkessykehus og universitetssykehus. Selv om det bare er den siste tiden jeg har jobbet som leder har jeg alltid hatt en interesse for ledelse og hvordan ledelse er med på å påvirke arbeidsforholdene på det operative plan. Det er på ingen måte likegyldig for ansatte hvordan strukturen, organiseringen og utøvelsen av ledelse foregår. De møter dette i sitt daglige arbeid.

Med dette som bakgrunn er det mange tema man kan velge for en masteroppgave. Det var ikke lett for meg å velge, men til slutt falt valget på enhetlig ledelse. Hvis man ser på tidsrommet jeg har jobbet i spesialisthelsetjenesten, som er fra midten av 1980-tallet, så vil man se at det er sammenfall mellom dette og tidsperioden hvor det var store diskusjoner om lederstruktur i spesialisthelsetjenesten, innføring av nye lover og kontrollrutiner som fikk konsekvenser for ledelse og styring av sykehusene. På en måte kan man si at dette faller sammen med min egen tidsperiode i yrkeslivet så langt.

Men det er også en annen grunn til mitt valg av tema, som er knyttet opp mot min erfaring gjennom yrkeslivet. Det er min opplevelse av at strukturen og arbeidsrutinene i hverdagen har vært forholdsvis like enten jeg har jobbet på sengepost eller i intensivenheter, om det har vært på universitetssykehus eller gamle fylkessykehus, eller i Sør-, Øst- eller Midt-Norge. Selv om det har vært en rivende utvikling innenfor den medisinske behandlingen og ikke minst innen den medisinskteknologiske utviklingen i de 30 årene jeg har jobbet som sykepleier, er det allikevel min opplevelse at det ikke har vært de store endringene i det daglige arbeidet og samarbeidsformene yrkesgruppene imellom. Jeg mener da at strukturen, organiseringen og døgnrytmen i hverdagsaktivitetene på det operative plan praktiseres forholdsvis likt som for 30 år siden. Dette til tross for at det har vært store og tunge formelle organisatoriske endringer i spesialisthelsetjenesten i denne perioden.

Jeg vil nå videre i innledningen se på litt av bakgrunnen/konteksten som ledet frem mot innføring av enhetlig ledelse. Deretter vil jeg presentere problemstillingen og til slutt i innledningen den videre oppbyggingen av oppgaven.

## 1.2 Tema og relevans

I etterkrigstiden utviklet velferdsstaten seg, og folket opplevde at staten tok ansvar for flere og flere oppgaver. Samtidig preget den teknologiske utviklingen samfunnet. Etter hvert som teknologien utviklet seg, økte mulighetene innenfor medisinen. Flere sykdommer og skader kunne behandles, og etterspørselen og kravene til behandling økte hos befolkningen. Med det økte også utgiftene til helsevesenet. I følge Johanssen (2009 s.18) økte styringsutfordringene i helsevesenet samtidig med at velferdsstaten ble satt under press. Behovet for kontroll over økonomien økte og på slutten av 1990-tallet forsøkte norske helsemyndigheter å få kontroll på utgiftsveksten i helsevesenet ved å ta i bruk nye former for styring i sykehussektoren. Dette dreide seg blant annet om fristilling av sykehusene gjennom eierskapsreformen og opprettelsen av helseforetakene, nye finansieringsformer, og introduksjon av fritt sykehusvalg med mer. Mange av disse ideene kan sies å være NPM(New Public Management)-inspirerte reformer i den hensikt å forbedre styring og drift av spesialisthelsetjenesten. NPM kan kort sagt forstås som en fellesbetegnelse på en reformbølge hvor hovedhensikten er kostnadseffektivisering av offentlig forvaltning (Johansen, 2009 s.18). Sykehusene som tidligere ble styrt/eid av fylkeskommunen ble nå overført til staten og det ble opprettet fem regionale helseforetak (etter hvert fire) som blir ansvarlig for egen økonomi (Berg, 2006 s.80-100). Denne overføringen til helseforetak ble vedtatt gjennomført fra 2002 i helseforetaksloven (Helseforetaksloven § 1-5).

Et utvalg som fikk stor betydning var det som ble kalt Steine-utvalget. Det hadde som mandat:

«Utvalget har fått som mandat å foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften i norske sykehus» (NOU 1997:2 s. 3).

Med bakgrunn i mandatet kommer ledelsesspørsmålet opp, og Steine-utvalget foreslår enhetlig ledelse på alle nivåer i alle institusjoner. Man skal merke seg at begrunnelsen for dette forslaget er forankret i at pasienten er den som skal være i sentrum og at logistikken skal knyttes opp til pasientens behov. Tittelen «Pasienten først!» sier sitt. Det ble gjort en

begrensning i forhold til hvem som kan lede i klinikken, med en tilføyelse om at det bør være ledere med relevant helsefaglig bakgrunn (Berg, 2006 s.88).

Når forslaget om enhetlig profesjonsnøytral ledelse kom på bordet, ble det store diskusjoner innen spesialisthelsetjenesten om hvem som skulle være ledere. Leger og sykepleiere var to yrkesgrupper som var uenige om hvem som kunne være leder og ev. bli ledet av den andre yrkesgruppen. Diskusjoner om enhetlig ledelse og hvem som kunne/skulle lede ble diskutert både i det offentlige rom og i mer private fora. Enhetlig ledelse var med andre ord et hett tema ved tusenårsskiftet. Til tross for store protester fra fagmiljøene, i hovedsak leger og sykepleiere, ble enhetlig ledelse vedtatt i 1999 i spesialisthelsetjenesteloven og innført i 2001. Spesialisthelsetjenesteloven § 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» (Lovdata).

Loven ble innført, men hvordan løste man dette på det operative nivået, der hvor pasientbehandlingen foregår? I Steineutvalgets utredning presiseres det at:

«Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester.» (NOU 1997:2 s.3).

### **1.3 Problemstilling**

Med bakgrunn i debatten som var rundt innføring av enhetlig ledelse, kan man stille seg spørsmål om hvordan dette viser seg i den praktiske hverdagen på norske sykehus. Ut fra et teoretisk perspektiv kan det være utfordrende å innføre endringer «top-down» i en ekspertorganisasjon som sykehus er. Teorien om ekspertorganisasjoner og ledelse av profesjoner sier noe om at profesjoner helst vil styres ut fra det faglige og av sin egen profesjon (Strand, 2012 s.272). Når det da ble lovfestet at det skulle være en leder på alle nivåer og at det var ledelse i seg selv, dvs. profesjonsnøytrale kvalifikasjoner som ble etterspurt – ja, så var det ikke underlig at diskusjonen kom. Debatten har stilnet, men betyr det at enhetlig ledelse er innført og etterlevet? Eller har man i det daglige funnet måter å omgå hele problematikken på? I organisasjonsteorien peker man på at organisasjoner kan innføre



regler/lover formelt, men at de i den praktiske hverdagen fortsetter mer eller mindre som tidligere (Meyer & Rowan, 1977 s.342).

Formelt sett er altså enhetlig ledelse innført på norske sykehus, og etter loven skal det da gjelde på alle nivåer. Jeg ønsker å undersøke om norske intensivenheter styres ut fra enhetlig ledelse, eller om man omgår hele problematikken og «lever som tidligere», det vil si etter to-delt ledelse hvor sykepleierne ledet sykepleierne og legene ledet legene. Og i så fall, finnes det noe i organisasjonsteoriene som kan forklare dette?

Problemstillingen blir derfor:

**Hvordan blir enhetlig ledelse faktisk tilpasset og praktisert i norske intensivenheter og hva kan forklare denne tilpasningen?**

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Videre i oppgaven vil jeg først se hva som rørte seg innenfor spesialisthelsetjenesten og i samfunnet for øvrig og som jeg mener var med på å danne bakgrunnen for den lovmessige innføringen av enhetlig ledelse. Jeg har derfor kalt det neste avsnittet: «Tiden før enhetlig ledelse innføres».

Deretter følger et teoriavsnitt hvor jeg vil gå gjennom elementer i teorien om ledelse i ekspertorganisasjoner. Så følger ny-institusjonell teori i forhold til myter, isomorfi og dekopling. Til slutt i dette avsnittet vil jeg se hvordan stivhengighet kan være med på å påvirke organiseringen og strukturen i sykehus.

I etterkant av teoriavsnittet følger metodeavsnittet hvor jeg presenterer valg av metode.

Undersøkelsen min følger deretter. Denne undersøkelsen er utført i norske intensivenheter for å se om enhetlig ledelse er innført på det operative plan i norske intensivenheter. I den sammenheng ser jeg også på organisasjonskartene til de ulike enhetene for å se om det er samsvar mellom den formelle og uformelle strukturen der pasientbehandlingen og pleien foregår. Avgrensning og resultater fra selve undersøkelsen følger deretter. Til slutt i dette avsnittet kommer mine vurderinger av resultatene i undersøkelsen.

Drøftingene i det neste avsnittet vil sees opp mot undersøkelsen og teoriene som er trukket fram i teoriavsnittet. Samtidig vil jeg også bruke andres undersøkelser for å belyse og kanskje forklare noe av årsaken til hvorfor intensivenhetene driftes slik de gjør. Jeg vil også trekke inn mine egne yrkeserfaringer i drøftingene.

Til slutt kommer avslutningen hvor jeg vil samle trådene og konkludere i forhold til hva jeg har funnet i forhold til problemstillingen: «Hvordan blir enhetlig ledelse faktisk tilpasset og praktisert i norske intensivenheter og hva kan forklare denne tilpasningen?»

## **2 Tiden før enhetlig ledelse innføres**

I tiden før lovendringen om enhetlig ledelse hadde sykehusene to-delt ledelse basert på fag. Avdelingssykepleier og overlege på de ulike postene ledet sin profesjon og rapporterte i linja til ledere med samme profesjon. Melby (1990 s.298) henviser til Handal-utvalget som i 1971 slo fast at sykepleiere skulle ha både det administrative og faglige ansvaret for sykepleiertjenesten, mens legene skulle ha det tilsvarende ansvaret for de medisinske tjenestene på alle nivåer i sykehuset. Sjefssykepleier og sjefslege ble plassert på det samme administrative nivået (Melby, 1990 s.298).

Melby (1990 s.299) viser til at i 1981 legger Øie-utvalget frem sitt forslag og foreslår at overlegen skal være overordnet alt personell på sykehuset, og ha det faglige, administrative og økonomiske ansvaret. Dette er med på å forsterke kampen mellom leger og sykepleiere utover på 80-tallet. Legene kjemper for å beholde sin posisjon, mens sykepleierne kjemper for å ha råderetten over eget fag. Sykepleierne kjempet med andre ord ikke bare for å ha et administrativt ansvar, men også for en faglig identitet som ikke var underlagt legenes dominans. Hvis legene skulle være overordnet sykepleierne så ville det innebære at sykepleien som fag var underlagt medisinen. Sykepleierne hevdet at den medisinske delen innenfor sykepleie var en støttefunksjon, mens selve faget sykepleie, var rettet mot pleien av pasientene og således et eget fag. Legene på sin side hevdet at sykepleien var en del av den medisinske behandlingen og at legene hadde det overordnede ansvaret for den medisinske behandlingen, dermed var legene selvskrevne til å lede (Melby, 1990 s.299).

Melby (1990 s.301) pekte også på at kampen mellom leger og sykepleiere kunne sees på som et ledd i kvinnefrigjøringen, selv om hverken leger eller sykepleiere uttaler dette eksplisitt. Det er allikevel verd å merke seg at dette pågår i en tid hvor likestillingspolitikken var på

dagsorden. I legegruppen var mennene dominerende, mens i sykepleiergruppen var kvinnene dominerende (Melby, 1990 s.301).

I samfunnet for øvrig pågår det også store endringer i forhold til organisasjonstenkning. Røvik (2009 s.96) viser til at store statlige virksomheter som Posten og Televerket, mer og mer ser på seg selv som en organisasjon, og tar opp i seg nye trender fra omgivelsene. De løsriver seg gradvis fra staten, bygger sin egen identitet og får det økonomiske ansvaret. Det samme kan man se i helsevesenet hvor sykehusene omgjøres til foretak med staten som eier (Helseforetaksloven: § 1-5). De blir selvstendige i den forstand at de skal utføre oppdraget som staten gir, samtidig som de blir økonomisk ansvarliggjort på en annen måte enn tidligere. Det blir et tydelig krav til økonomisk balanse. Midlene kommer dels fra rammefinansiering og dels fra innsatsstyrt finansiering (ISF).

Amerikaneren Georg Kenningen hadde sin bakgrunn fra General Motors og den klassiske administrasjonslæren til Taylor. Han så på lederne som rasjonelle planleggere som kunne ledes uavhengig av faglig tilhørighet (Strand, 2012 s.46). Kenningen fikk stor innflytelse i norske industribedrifter, bl.a. i Aker-konsernet. Kenningen la stor vekt på at hvis man var leder, kunne man lede uavhengig av hvilken type bedrift det var. Lederen som person og lederens personlige ansvar ble vektlagt (Kalleberg, 1991 s.234, Berg, 2006 s.78).

Slik jeg ser det, er det mange ting som leder hen mot enhetlig ledelse: NPM sitt inntog hvor økonomien blir mer markedsorientert, tunge statlige bedrifter fristilles, ledelse profesjonaliseres og lederne i offentlig sektor blir ansvarliggjort i større grad enn tidligere. Dette skjer gjennom kvalitetsarbeid, internkontroll og tilsynsordninger for å styrke pasientenes rettigheter, noe som nedfelles i pasientrettighetsloven i 1999 (Berg, 2006 s.85).

Forslaget til lovendringen om enhetlig ledelse medførte som sagt mange diskusjoner mellom sykepleiere og leger hvor legene mente at i kraft av deres profesjon og behandlingsansvar var de selvskrevne ledere, mens sykepleierne hevdet at det burde være den med mest lederkompetanse som skulle lede. Jf. artikkel i tidsskrift for norsk legeforening med tittel «enhetlig ledelse – en varm potet» (Sundar, 2000 s.3466-3467). Legene hadde vanskelig for å akseptere at de ikke var selvskrevne til å lede. Diskusjonene mellom sykepleiere og leger førte til pågående konflikter i flere år etter at loven om enhetlig ledelse ble vedtatt. Noen få år etter at lovendringen om enhetlig ledelse i norske sykehus var vedtatt, gjennomførte Gjerberg og Sørensen (2006 s.1063) en studie i 2004 som viste at cirka halvparten av sykehusene og

avdelingene hadde hatt større eller mindre konflikter i forbindelse med innføring av enhetlig ledelse. Tilsynelatende har diskusjonen om enhetlig ledelse stilnet, men betyr det at enhetlig ledelse er innført i foretakene? Det er det jeg vil se på videre i denne oppgaven, men først avsnittet om organisasjonsteorier.

## **3 Teori**

### **3.1 Ledelse i ekspertorganisasjoner**

I følge Strand (2012 s.269) er sykehus en organisasjon som faller inn under betegnelsen ekspertorganisasjon. Dette er en organisasjon hvor sterke fagprofesjoner utøver sitt yrke. Lojaliteten til arbeidsstokken ligger ofte i den fagspesifikke delen, og kunnskapen bærer de med seg videre, også om de skifter arbeidssted. Arbeidstakerne har fokus på å løse oppgaver, ofte komplekse oppgaver, hvor yrkes stoltheten og lojaliteten til faget er retningsgivende for løsningen. Karrieren eller statusen ligger i å utøve faget på en dyktig måte (Strand, 2012 s.271).

Lederrollen i ekspertorganisasjoner er sterkt knyttet til fag, og faget er med på å gi autoritet til lederen. På mange måter er lederoppgavene overflødige i den forstand at profesjonene vet hva som må gjøres i en gitt situasjon, og de handler ut fra sitt faglige ståsted. En av de store utfordringene i ekspertorganisasjoner er når den hierarkiske administrasjonen møter fagargumentene. Ledere og ansatte kan da komme i et dilemma mellom profesjon, kollegial faglig lojalitet versus organisatoriske oppgaver, og lojalitet til overordnet ledelse og organisasjon (Strand 2012 s.273). I teorien om ekspertorganisasjoner ligger det en utfordring i forhold til ledelse av sterke fagprofesjoner. Profesjonene vil lede seg selv og sin profesjon og ikke nødvendigvis innordne seg etter en formell styringslinje. Det kan være krevende å være leder i ekspertorganisasjoner. Sterke profesjoner som har fått sin identitet gjennom utdanning og organisasjonstypen de utfører yrket i, og vil i kraft av sin profesjon ha en sterk lojalitet til faget.

Leger har hatt en lang og sterk tradisjon for å være autoriteter i sykehussammenheng, og de har forankret sin autoritet i klinikken og ut fra den posisjonen jobbet som ledere. Leger som er ledere har i stor grad også fortsatt med klinisk arbeid og dermed blitt kalt for hybridledere, det vil si at den medisinskfaglige utøvelsen kombineres med det økonomisk-administrative arbeidet (Kjekshus, Byrkjeflot, Torjesen, 2013 s.107 og s.116).

I forbindelse med innføring av enhetlig ledelse ser man at spesielt sykepleierne har begynt å interessere seg for ledelse og utfordrer legene i forhold til lederposisjoner. Sykepleierne har ofte tatt mer formell utdanning innen ledelse og brukt dette som en karrierevei (Kjekshus et.al. 2013 s.116).

Sett ut fra teorien om ekspertorganisasjoner og lovens intensjon, ligger det mange utfordringer i hvordan ledelse kan utøves og samarbeides om. Teorien sier noe om at ledere i ekspertorganisasjoner blir verdsatt om de klarer å skaffe ressurser til avdelingen og forvalte informasjon på en måte som virker troverdig (Strand, 2012 s.272). Teorien om ekspertorganisasjoner sier at profesjonene har en indre forståelse av yrkesutøvelsen og at lojaliteten til denne er sterk. Indirekte vil det da føre til at det vil være vanskeligere å utøve ledelse etter «top-down» prinsippet. Det vil dermed være krevende for øverste ledelse å gjennomføre endringer som ikke er godt forankret hos profesjonsutøverne. I forhold til enhetlig ledelse så var dette en lovendring som kom fra øverste myndighet og som spesielt hos legene møtte mye motstand, og som ikke var forankret hos yrkesutøverne i sykehusene, jf. debatten i tidsskriftet til den norske legeforeningen som er kommentert tidligere i oppgaven.

### **3.2 Ny-institusjonell teori om myter, isomorfi og dekopling**

Ved innføring av nye organisasjons- og ledelsesmodeller som vil påvirke strukturen og det daglige arbeidet som utøves, er det ikke alltid bare instrumentelle rasjonelle kalkulasjoner som ligger til grunn. Innføring av enhetlig ledelse i sykehusene kom kanskje som et svar på styringsutfordringer som sykehusene hadde på den tiden (Johanssen 2009 s.18). Men det kan også tenkes at enhetlig ledelse var en moteoppskrift eller en forbilledlig oppskrift hentet fra store konserner og private foretak som ble oppfattet som tidsriktige og moderne, og som ble assosiert med fremskritt og forbedring. Røvik (2009 s.55-57) kaller dette translasjoner og viser hvordan organisasjoner påvirkes av omgivelsene, og dermed også hvordan ideer og nye trender tas opp i organisasjonen og tilpasses, slik at organisasjonen vil kunne fremstå som moderne og tidsriktig. Organisasjoner som tilpasser seg moderne formelementer eller organisasjonsoppskrifter (les: enhetlig ledelse), vil dermed oppnå mer legitimitet i omgivelsene (Røvik, 2009 s.25-26, Meyer & Rowan, 1977 s.342).

Meyer og Rowan viste i sin artikkel fra 1977 at de sentrale problemene i organisasjonsteori er å beskrive forholdene som gir grunnlag for den formelle strukturen. I mange teorier antas det at den mest effektive måten å koordinere og kontrollere de komplekse aktivitetene som

arbeidsaktiviteter representerer, er gjennom formelle strukturer. Dette baserer seg på synet om at aktiviteten tilsvarer beskrivelsen av formell struktur. Empiriske undersøkelser viser derimot til at det i mange tilfeller er et gap mellom den formelle og den uformelle delen av organisasjonen (Meyer & Rowan, 1977 s. 342). Organisasjoner påvirkes av og tilpasser seg omgivelsene. Fordi noen organisasjonsideer blir forbilledlige og får stor oppslutning, tar flere og flere organisasjoner opp i seg de samme formelementene, og dermed blir de mer og mer lik hverandre, det vil si isomorfe med tilsvarende organisasjoner. En forklaring på det kan være at organisasjoner stadig blir matchet med omgivelsene, samtidig som man forsøker å ta opp i seg de samme populære elementene innenfor fagfeltet eller i organisasjonsteorier (Røvik, 2009 s.26, Meyer & Rowan, 1977 s.346).

Organisasjoner som er spesielt effektive eller på annen måte oppnår status i omgivelsene, vil bli forbilder for andre organisasjoner som ønsker å ta opp i seg det de tror er avgjørende for den «populære» organisasjonen. Dette er med på å skape myter om hva som er effektivt og nyttig for en organisasjon. Statlig forretningsdrift organisert i fristilte foretak og ideen om enhetlig ledelse, økonomisk kontroll og styrbarhet, kan tolkes som en slik myte. Mytene kan også være skapt av omgivelsene og kulturen i omgivelsene, som har forventninger til denne type organisasjon, i dette tilfellet sykehusene. Det er altså en gjensidig påvirkning hvor organisasjonene påvirker omgivelsene og omgivelsene påvirker organisasjonene.

Organisasjoner vil strebe etter en formell struktur som samsvarer med beskrivelsen av myten i institusjonsmiljøet og på den måten vise at de handler på verdsatte formål fra kollektivet (Meyer & Rowan, 1977 s.347).

Sett i forhold til enhetlig ledelse og innføring av det, var det en trend i tiden at ledere måtte ansvarliggjøres, ikke minst i forhold til økonomi. Gjennom linjeledelse skulle de øverste lederne få kontroll over lederne og det som ble utøvd av ledelse nedover i organisasjonshierarkiet. På den måten kan man si at overgangen til enhetlig ledelse kan tolkes som at det nå stilles andre forventninger til sykehusene, men også en rasjonalitetsnorm om at sykehusene er styrbare og kontrollerbare virksomheter hvis de organiseres som foretak, og at de ikke styres ut fra impulser og tilfeldige innspill. Samfunnets forventning om at helsevesenet er strukturert og velorganisert er med på å sette krav til en sykehusstruktur som gjenspeiler dette.

Den ny-institusjonelle organisasjonsteorien viser at organisasjoner kan innføre nye organisasjonsstrukturer, men samtidig dekoppe dem fra daglig praksis og aktivitet. Det betyr

at organisasjoner ut fra et legitimitetskrav formelt kan innføre nye ledelsesformer og strukturer for å tilfredsstillere forventninger fra omgivelsene, men samtidig sørger for å holde dem frikoplet fra praksisfeltet. De er innført for å tilfredsstillere omgivelsene, men er uegnet til å styre interne aktiviteter (Røvik, 2009 s.26).

Det er ifølge Røvik tre ulike motiver for å innføre nye elementer i organisasjonen: tvangsmessig isomorfi hvor man presses til å innføre nye elementer fordi lover og regler blir vedtatt, normativ isomorfi hvor regler og normer for «god organisering» kommer fra fag og profesjonsmiljøet og mimetisk isomorfi der man forsøker å etterligne organisasjoner og ta opp i seg forbilledlige organisasjonsideer som har hatt suksess og som assosieres med fremskritt og forbedring (Røvik, 2009 s.27). I vår sammenheng, med innføring av enhetlig ledelse, skjedde dette med tvangsmessig isomorfi, det vil si at det ble vedtatt i lovs form i spesialisthelsetjenesteloven.

Selv om enhetlig ledelse kom med innføring av ny lov er det ikke dermed sagt at den etterlevs. Det kan være at den er dekoplet og at man har funnet måter å omgå lovendringen på i praksis, mens den formelt er vedtatt og innført. Fordelen med dekopling sett fra et organisatorisk perspektiv er at det antas at den formelle strukturen virkelig fungerer og er implementert, noe som bufrer for inkonsekvenser, uregelmessigheter og konflikter mellom profesjonene. Gjennom dekopling kan altså alle parter leve med enhetlig ledelse i den daglige driften av sykehusene. Det er likevel ikke slik at disse organisasjonene dermed er anarkistiske. De daglige gjøremålene foregår på en ryddig måte. Det er en tillit til at folk handler på gode måter (Meyer & Rowan, 1977 s.357-358).

Meyer og Rowan (1977 s.349) sier at ved forandring av formell struktur så kan man designe en struktur som knytter seg til beskrivelsen av myter i organisasjonsmiljøet, og dermed vise at man verdsetter kollektive verdier og benytter dem på en adekvat måte. Organisasjonen får dermed legitimitet og kan bruke denne legitimiteten til å få støtte og sikre sin overlevelse. (Meyer & Rowan, 1977 s.349).

Noe av dilemmaet for offentlige organisasjoner som sykehus, er at de må følge trender i tiden for å få legitimitet fra omgivelsene. I begynnelsen av dette årtusenet mener Røvik at trenden går fra ledelse til styring og at dette viser seg i mer «top-down» ledelse. Dette er jo også måten enhetlig ledelse ble innført på, nemlig i lovs form. Samtidig sier teorien at endring av struktur kan føre til dekopling, dvs. at endringen bare blir innført formelt, men ikke gir seg

utslag i det daglige arbeidet. Ser man dette opp mot teorien rundt ekspertorganisasjoner og profesjonenes tanker om at de best kan lede faget og arbeidet selv, så er det mange ting som tilsier at lovendringen om enhetlig ledelse ikke fullt ut er implementert på det operative plan (jf. legenes motstand).

### **3.3 Stiavhengighet og ledelsesstruktur i sykehus**

Teorien om stiavhengighet kan også ha betydning når en skal se på endringer i en offentlig organisasjon som sykehus. Det viser seg at de historiske røttene til en organisasjon har betydning for hvordan organisasjonen utvikler seg videre. Det vil si at konteksten, kulturelle normer og verdier som er med på å prege organisasjonen i den første tiden, vil følge den siden. Dette kalles for stiavhengighet (Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness, Røvik, 2015 s.61). Den type mål og ekspertise offentlige organisasjoner har i den første tiden, vil med andre ord være med på å prege organisasjonen videre. Det vil derfor ikke være lett å forandre organisasjonen, selv om det skjer endringer i omgivelsene.

En fordel med stiavhengighet er at det er med på å gi organisasjonene stabilitet i de uformelle verdiene og normene som for eksempel organisasjonskulturen. Ulempen er at organisasjonene blir mindre fleksible i forhold til endringer. Det vil med andre ord si at organisasjonen vil forsøke å bevare sin identitet som den har med seg fra oppstarten. Hvis man ved omorganiseringer og innføring av nye reformer ikke finner samsvar mellom de dominerende, uformelle normene og verdiene og den nye organiseringen, kan stiavhengighet føre til at organisasjonen vil motarbeide innføringen. Det motsatte kan man se hvis endringene samsvarer med de dominerende uformelle normene og verdiene. Da vil organisasjonene lettere omstille seg (Christensen et.al, 2015 s.62).

Det kan altså se ut til at organisasjoner tar med seg en slags historisk avhengighet, stiavhengighet, hvor beslutninger som er tatt på et tidligere tidspunkt legger sterke føringer for beslutninger som tas seinere i utviklingsprosessen (Jacobsen, 2011 s.262). Stiavhengigheten vil føre til at det er mer naturlig for organisasjonene å fortsette i det samme sporet. Det vil heller være de små justeringer enn de store radikale endringene som vil skje i organisasjonene når man ser på teorien om stiavhengighet.



## 4 Metode

Problemstillingen min er: «Hvordan blir enhetlig ledelse faktisk tilpasset og praktisert i norske intensivheter og hva kan forklare denne tilpasningen?»

Jeg har gjennomført en liten spørreundersøkelse i norske intensivheter. Jeg har tatt utgangspunkt i lovendringen som tilsier at enhetlig ledelse skal være innført i norske sykehus og dermed også på intensivhetene. Jeg har derfor sett på om enhetlig ledelse er innført både formelt og i det daglige virke på intensivheten. Det er et forholdsvis lite antall enheter som er undersøkt fordi intensivmiljøet i Norge er relativt lite. Jeg har sendt ut en spørreundersøkelse i «Survey-xact» og spurt ledere på intensivheten hvem som har ansvar for ulike lederoppgaver og om de syntes enhetlig ledelse er innført på deres enhet. Det vil si at en del av svarene vil være mulig å måle med tall og prosenter, mens noen av svarene er mer beskrivende. Undersøkelsen min kan metodisk beskrives som en liten kvantitativ undersøkelse med kvalitative kommentarer.

Jeg vil bruke ulike innfallsvinkler for å belyse temaet mitt. Jeg vil sammenligne resultatene i undersøkelsen min med organisasjonskartene for å se om det er samsvar mellom den formelle og den uformelle organiseringen på norske intensivheter. I tillegg vil jeg bruke faglitteratur, andres undersøkelser og mine egne erfaringer for å se om det kan være med å belyse temaet. Metodisk vil det derfor bli en form for triangulering.

Triangulering betyr at man kombinerer ulike metoder. Det er flere måter å bruke triangulering på. Det kan være for å konkludere og kontrollere resultatene, men det kan også være for å få en komplementær viten om et fenomen. Den komplementære formen er nært knyttet opp mot kvalitativ metode (Frederiksen, 2016 s.200-201). Det er den komplementære formen jeg vil bruke i denne oppgaven. Jeg vil bruke ulike metoder og innfallsvinkler for å belyse hvordan enhetlig ledelse faktisk blir tilpasset og praktisert i norske intensivheter og hva som kan forklare denne tilpasningen.

En fordel for meg er at jeg kjenner intensivmiljøet. Jeg har arbeidet på intensivheter fra 1990, og de siste 10 årene har jeg vært leder, så jeg kjenner godt til utfordringene det innebærer å lede en intensivavdeling. I tillegg har jeg vært styremedlem i NSFLIS (Norsk sykepleierforbunds landsstyre for intensivsykepleiere) i to perioder (4år). Det har vært med på å gi meg kjennskap til intensivmiljøet i Norge. Samtidig som det har gitt kjennskap til

utfordringer i intensivmiljøet så har det også gitt meg en oversikt over organiseringen av intensivavdelingene. Utfordringen min vil derfor ikke være manglende kjennskap til intensivmiljøet, men snarere at det kan bli mer som å forske i eget miljø, - intensivmiljøet i Norge er tross alt ikke så stort. Jeg kan dermed stå i fare for å ta med meg en forforståelse som gjør at jeg ikke ser utfordringene andre har, og at jeg dermed blir «blind» på enkelte ting. Der hvor det vil være størst fare for «blindhet» for meg, vil trolig være i forbindelse med utformingen av spørsmålene. Det kan være at jeg overser ting som for meg er selvfølgelig og slik sett ikke får det med i undersøkelsen. Samtidig vil kjennskapet mitt være en fordel i forbindelse med å formulere spørsmål som gir svar på problemstillingen, nettopp fordi jeg kjenner til miljøet (Repstad, Ry Nielsen, 1993).

## **5 Spørreundersøkelse i norske intensivheter**

I den første delen i dette avsnittet om spørreundersøkelsen vil jeg se hvilke intensivheter som skal inkluderes eller ekskluderes. Deretter vil den den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen om tales, og så presenteres svarene fra respondentene, med noen kommentarer fra meg.

### **5.1 Avgrensning og inkludering i spørreundersøkelsen**

En intensivhet er en sykehusenhet som behandler akutte og kritisk syke pasienter i et høyteknologisk miljø. Disse pasientene har manifest svikt i et eller flere organer og krever omfattende medisinsk behandling og pleie.

I denne oppgaven vil utvalget være intensivheter som har respiratorpasienter (pasienter som er koplet til pustemaskin) i lengre tid. Intensivheter som hovedsakelig har respiratorpasienter under et døgn og som i hovedsak intuberer, stabiliserer og transporterer pasienten til et større sykehus for videre behandling, vil ikke inkluderes i denne undersøkelsen. Det å intubere vil si at man utfører en prosedyre hvor man fører et rør ned i øvre del av luftrøret for å hjelpe pasienten med å puste, og for å kunne kople pasienten til en respirator.

På noen større sykehus er det både medisinske og kirurgiske intensivheter med respiratorpasienter. Jeg har da valgt å forholde meg til kirurgiske intensivheter, for så vidt meg bekjent er det ingen steder hvor det bare er medisinsk intensiv og ikke hverken felles

eller egen kirurgisk intensivhet. Jeg har ikke inkludert spesielle intensivheter slik som nevrokirurgiske, barnekirurgiske m.fl. fordi det kun er på de største sykehusene denne type enhet finnes. På disse sykehusene vil jeg allerede ha inkludert felles/generelle intensivheter. På sykehus som har flere lokasjoner vil det kunne bli implementert flere enheter som tilhører samme sykehus. Det er størrelsen på intensivheten som vil være avgjørende for dette. Jeg har forholdt meg til offentlige sykehus og utelatt private.

## **5.2 Den praktiske gjennomføringen**

Et sentralt ord i problemformuleringen er ledelse. På dette ledernivået i en sykehusstruktur vil mye av lederutfordringene være knyttet opp mot personalledelse, den daglige driften, økonomien og faget. Jeg har derfor hatt fokus på disse elementene når jeg har laget spørsmålene, for å se om lederen har ansvar for hele spekteret av ledelse og ikke bare deler av det. I tilfellene der lederen ikke har ansvaret for hele spekteret, vil jeg forsøke å finne ut om det er formelle strukturer som ligger til grunn for det, eller om det er mer uformelle komponenter som slår inn. Der vil organisasjonskartet være med på å skille det formelle og det uformelle. I tillegg til spørsmål om enhetlig ledelse, har jeg noen innledende spørsmål om bakgrunnen til de som svarer på spørsmålene.

Jeg vil undersøke om enhetlig ledelse er innført på det ledernivået som er nærmest der pasientpleien og -behandlingen foregår på norske intensivheter. De som jeg har valgt å kontakte i denne forbindelse er enhetsledere for disse enhetene. Dette fordi «de som har skoen på, vet best hvor den trykker». Jeg har nevnt at intensivmiljøet er relativt lite i Norge. Jeg har derfor tenkt at det ville være mulig å kontakte enhetslederne på intensivhetene i Norge for å be dem svare på noen spørsmål.

Det første jeg gjorde var å lage kriterier for hvilke intensivheter som skulle inkluderes i undersøkelsen og hvilke som skulle utelates. Se avsnitt 5.1 om avgrensning og inkludering i spørreundersøkelsen

I håp om å få opp svarprosenten og for å finne ut hvilke avdelinger som det var aktuelt å sende undersøkelsen til, begynte jeg en ringerunde til intensivhetene i de fire helseforetakene. Jeg hadde på forhånd skrevet ned navnene på de sykehusene som jeg visste hadde intensivhet som tilsvarte kriteriene jeg hadde satt. Jeg ringte sykehusene og spurte etter intensivheten og leder på intensivheten. Når jeg fikk kontakt presenterte jeg meg og

sa at jeg jobber som enhetsleder på intensivenheten i Kristiansand, og at jeg nå skal skrive en masteroppgave om enhetlig ledelse i forbindelse med studier innen ledelse i offentlig sektor. Jeg spurte om jeg kunne sende et spørreskjema i den forbindelse. Jeg informerte om at undersøkelsen ville bli sendt i august/september. Jeg spurte også om de i tillegg kunne sende meg organisasjonskartet for sin enhet. Alle jeg spurte svarte ja til dette. I tillegg spurte jeg etter mailadressen deres og telefonnummer. Jeg sjekket også at alle var nærmeste leder for de som jobbet i direkte pasientarbeid, slik at jeg fikk «riktig» person til å svare på undersøkelsen. Jeg spurte også om enheten de ledet tilsvarte kriteriene mine i forhold til de intensivenhetene som skulle inkluderes.

For at jeg ikke skulle overse noen sykehus, spurte jeg på slutten av telefonsamtalen om hvilke sykehus som var aktuelle i deres helseforetak og om det var flere lokasjoner ved deres sykehus, samtidig som jeg spurte om det var intensivenheter der som tilfredsstilte kriteriene for å bli inkludert i undersøkelsen. Det var to enheter som ble fanget opp på denne måten og ble inkludert. Et par ledere var usikker på om det var andre intensivenheter som oppnådde kriteriene for inkludering i deres helseforetak. Der hvor det var tvil om inkludering, ringte jeg og sjekket i forhold til kriteriene. I alt ble 35 enheter med i utvalget.

Spørsmålene som jeg hadde laget ble implementert i analyseprogrammet survey-xact. Deretter sendte jeg undersøkelsen til to personer for å teste det tekniske og tiden det tok å besvare undersøkelsen. De skulle også gi tilbakemelding på spørsmålene. Jeg fikk konstruktive tilbakemeldinger på alle punktene og det ble gjort korrigeringer på undersøkelsen i forhold til tilbakemeldingene. De to testpersonene er enhetsledere for spesialenheter som ikke var aktuelle for inkludering i undersøkelsen. De har henholdsvis vært ledere i et par år og mer enn ti år.

Den korrigererte spørreundersøkelsen ble sendt ut i survey-xact 14. september 2016 etter at jeg hadde fått godkjenning fra NSD (Norsk samfunnsdata) og personvernombudet på OUS (Oslo universitetssykehus). Det ble sendt ut purring 4. oktober og en siste purring ble sendt ut 12. oktober samtidig som det da ble orientert om at undersøkelsen ville bli stengt for besvarelse etter 17. oktober.

Organisasjonskartet ble ikke sendt inn av alle. Der hvor jeg ikke fikk tilsendt organisasjonskartet har jeg søkt på hjemmesiden til de aktuelle sykehusene og slik funnet det. Organisasjonskartet ble tatt ut fra hjemmesidene oktober 2016.

## 5.3 Resultater

I dette avsnittet som om handler resultater vil jeg først se på demografiske forhold, slik som helseregion, type sykehus, personlige data som alder, kjønn og utdanning. Deretter vil jeg se på lederstrukturen i forhold til personalledelse, økonomi og fagutviklingsarbeid. Etter det kommer svaret på i hvilken grad lederne selv opplever at enhetlig ledelse er innført på deres enhet. Til slutt kommer mine vurderinger i forhold til hvordan denne undersøkelsen er med på å kaste lys over hvordan enhetlig ledelse praktiseres og tilpasses i norske intensivenheter. Jeg vil også trekke inn organisasjonskartet for å se hvordan intensivenheten formelt sett er organisert.

### 5.3.1 Bakgrunnsdata og hvor representativt utvalget er

Spørreundersøkelsen ble sendt til 35 respondenter, og av dem var det 30 personer som svarte på undersøkelsen. Det vil si en svarprosent på 86%. Av dem som ikke svarte har én sluttet i jobben og derfor ikke svart, og én har gitt tilbakemelding om at det har kommet på noe uforutsett som gjør at det ikke er mulig å svare. For de resterende tre vet jeg ikke årsaken til at de ikke har svart.

I denne undersøkelsen er det i alt 30 intensivenheter som er representert i utvalget, og disse fordeler seg på syv intensivenheter fra universitetssykehus og 23 intensivenheter fra ikke-universitetssykehus, det vil si de sykehusene som tidligere ble betegnet som fylkessykehus og noen av de største lokalsykehusene.

Alle de fire helseregionene er representert i denne undersøkelsen. Helse Sør-Øst med sine 16 intensivenheter er representert med litt over halvparten av enhetene. Det at Helse Sør-Øst har så stor andel av respondentene samsvarer med at Helse Sør-Øst er den største helseregionen. De resterende 14 intensivenhetene fordeler seg slik: Helse Nord har fem respondenter, Helse Midt har seks og Helse Vest har tre. Det at alle helseregionene er representert gjør at det er stor geografisk spredning i utvalget.

Det er et relativt lite materiale i denne undersøkelsen, men det er som nevnt naturlig fordi, intensivmiljøet er relativt lite. Det er en høy svarprosent noe som gjør det vil kunne gi et representativt bilde av norske intensivenheter. Det er spredning av respondenter sett i forhold til geografisk plassering og i forhold til helseregion. Dette gjør at om det skulle være noe

spesielt med organiseringen i en helseregion eller en del av landet som kunne tenkes å slå ut i svarene, så vil man kunne anta at dette utvalget skulle kunne fange opp dette.

### 5.3.2 Persondata

De som har svart på denne undersøkelsen er ledere på intensivenhetene. Det er totalt 30 ledere som har svart. Kjønnfordelingen til disse lederne er 7 menn og 23 kvinner. Ser man på alderen til lederne på intensivenhetene så er det en gruppe med «godt voksne» ledere. Det er nesten  $\frac{2}{3}$  (19 personer) av disse lederne som er 50 år eller mer. Det er kun to ledere som er under 40 år. De resterende ni lederne er mellom 40 og 49 år.

Mange ledere på intensivenhetene har hatt den nåværende lederjobben i relativt kort tid. Det er 23 personer som har hatt lederjobben i mindre enn 8 år. Det vil si at i overkant av  $\frac{3}{4}$  av lederne på intensivenhetene tilhører denne gruppen. Det er så mange som 11 personer som har hatt lederjobben på intensiv i tre år eller mindre. Dette til tross for at hovedtyngden av lederne på intensiv er over 50 år. Det er syv ledere på intensivenhetene som har hatt den nåværende stillingen i mer enn 10 år, og alle disse befinner seg i aldersgruppen over 50 år, naturlig nok med tanke på at man har vært leder i en del år.

Det ser ut til å være stor spredning i alder til lederne når man starter som leder på intensivenhetene. I aldersgruppen som er over 50 år (som jo er den største gruppen), er det ledere som har hatt den nåværende lederjobben i fra 1 år og opp til 24 år. Gruppen på de som er over 50 år er derfor ikke en gruppe med personer hvor alle har lang fartstid som ledere på intensivenhetene. Blant de 11 som har hatt lederjobben på intensiv i tre år eller mindre så er alderen fra 35 år til 53 år. Dette viser også at det er stor spredning i alder når man blir leder på intensivenhetene.

Sammenligner man alderen og lengden disse lederne har vært i nåværende lederjobb på intensivenheten, finner man at det kun er tre av de nåværende lederne som har begynt som leder når de har vært yngre enn 40 år. De var da henholdsvis 33, 36 og 38 år. Hvis man forutsetter at de fleste av lederne på intensivenhetene har tatt utdanningen i et normalt løp i forhold til alder, så kan man anta at mange av disse lederne sannsynligvis har en del yrkeserfaring før de begynner i jobben som leder på intensivenheten.

### 5.3.3 Utdanning

Alle de 30 respondentene har sykepleierutdanning som grunnutdanning. 28 av lederne på intensivenhetene har enten videreutdanning eller mastergrad i intensivsykepleie. En har mastergrad hvor det ikke går helt klart frem hvilken spesialitet innen helse mastergraden er tatt, og en har sannsynligvis sin mastergrad innen anestesi (men også her noe uklart). Det er altså ingen som er leder på intensivenhetene uten at de har bygd på grunnutdanningen innen sykepleie, enten med videreutdanning eller mastergrad av 1,5 år til 2 års varighet. Frem til nå har det også vært et krav på høyskoler og universitet at man skal ha to års yrkeserfaring før man kan begynne på mastergrad eller videreutdanning innen intensiv eller anestesi. Dette kan også være en medvirkende årsak til at det er en relativt høy alder på lederne på intensivenhetene. Jf. avsnittet over.

I tillegg til at ledere på intensivenhetene har bygd på sin grunnutdanning inne sykepleie, har flere av dem også tatt eller holder på med utdanning innen ledelse. Det er nesten  $\frac{2}{3}$  (19 personer) av disse lederne som har tatt utdanning innen ledelse og minst seks av dem har tatt mer enn en type lederutdanning. Det er to av lederne på intensivenhetene som har fullført mastergrad i ledelse, mens det er tre andre som er i et utdanningsløp til mastergrad i ledelse. Det er 12 som har tatt ulike lederutdanningspakker. Noen av disse utdanningene er bedriftsinterne, andre er lederprogrammer gjennom fagorganisasjoner, Forsvaret, studiepoeng fra høyskoler eller universitet. Noen av lederne på intensivenhetene har spesifisert at de har utdanning innen personal-, økonomi- eller prosjektledelse. Det er også to som har utdanning hvor det ikke har vært mulig ut fra dataene å finne ut hva denne utdanningen består i. Selv om det ikke er spurt direkte om lengde på utdanningene, ser det ut til at det er utdanning som har pågått over noe tid. Det at det er spurt om utdanning og ikke kurs i spørsmålet, tilsier også at det har vært utdanning og ikke kortvarige kurs av noen dagers varighet som respondentene har hatt i tankene når de har besvart spørsmålet.

Oppsummert ser man at ledere på intensivenhetene har høy utdanning innen sykepleie. Alle har tre års grunnutdanning i sykepleie og i tillegg har de 1,5 til 2 års videreutdanning eller mastergrad. I tillegg så har nesten  $\frac{2}{3}$  av lederne på intensivenhetene utdanning innen ledelse. Dette er med på å underbygge at sykepleiere har tatt utdanning innen ledelse. Dette samsvarer med, som nevnt tidligere i oppgaven, at sykepleierne begynte å interessere seg for ledelse og utfordret legene i forhold til lederposisjoner i forbindelse med innføring av profesjonsnøytral

enhetlig ledelse. Sykepleierne har brukt formell utdanning innen ledelse som en karrierevei (Kjekshus et.al. 2013 s.116).

#### **5.3.4 Lederstruktur**

Alle lederne på intensivene har, som tidligere vist, sykepleie som grunnutdanning. På spørsmålet om hvem som har personalansvar for sykepleierne på intensiv, svarer 29 av de 30 respondentene enten at de selv har det, eller at den som har personalansvar har samme tittel som de selv. Det vil med andre ord si at alle de som har svart på denne undersøkelsen har personalansvar for sykepleierne på intensivene, bortsett fra en person. Denne personen har svart at personalansvaret for sykepleierne ligger på nivået over leder på intensiv og profesjonstilhørigheten til lederen på nivået over er ikke kjent. Med andre ord så er det sykepleiere som har personalansvaret for sykepleierne på intensivene, med unntak av den ene hvor ledelsen ligger på nivået over og hvor profesjonstilhørigheten ikke er kjent, men i prinsippet kan også denne personen være sykepleier.

Det er mange ulike titler på lederne på intensivene, noe som gjenspeiler at det ikke er en enhetlig kultur for benevnelse av ulike ledernivåer i det norske helsevesen. De kan for eksempel hete avdeling, seksjon eller enhet og høre til samme hierarkiske ledernivå, eller disse betegnelsene kan være over- eller underordnet hverandre på en hierarkisk måte. Det er også ulikt hvilken benevnelse som er over- eller underordnet hverandre på de ulike sykehusene. Svarene i undersøkelsen viser dette ved at den første delen av tittelen til lederne på intensiv som henviser til nivået man jobber på i den aktuelle organisasjonen, har mange ulike benevnelser. Tittelen til lederne starter med seksjon (13), avdeling (12), enhet (5) eller funksjon (1). Summen i denne besvarelsen er 31 fordi en av lederne har betegnet seg som avdelingssykepleier/enhetsleder. I den siste delen av tittelen til ledere på intensiv er det også ulike benevnelser. Man benevnes som leder (18), sjef (1) eller sykepleier (12); også her totalt 31 av samme årsak som nevnt over. Ser man nærmere på dette, finner man at i overkant av 60% av lederne på intensivene har en profesjonsnøytral tittel, mens det er nesten 40% som har en tittel som peker mot sykepleierprofesjonen. I forhold til enhetlig ledelse må det kunne sies at det er et paradoks at så mange som nesten 40% av lederne på intensivene fortsatt har en tittel som peker mot sykepleierprofesjonen 15 år etter at enhetlig ledelse, som skulle være profesjonsnøytral ledelse, ble innført i lovs form.



Når det gjelder hvem som har personalansvar for legene, så er det ikke et entydig svar på hvilken profesjon disse lederne tilhører. Hvis man også her ser på tittelen til personallederne for legene så er det 30% som har lege i sin tittel. Av de resterende 70% er det de profesjonsnøytrale titlene sjef (9) og leder (11) som betegner tittelen. En respondent har svart med spørsmålsteget på hvem som har personalansvar for legene. Det er med andre ord flere personalledere for legene som har en profesjonsnøytral tittel enn det er for sykepleierne. Når det gjelder den delen av tittelen som viser tilhørigheten, så viser dette seg, selvfølgelig på samme måte for legene som for sykepleierne, at det er ulike betegnelser på ledernivåene i norske sykehus. Derfor kan man heller ikke her enkelt skille det hierarkiske ledernivået ut fra tittelen til disse lederne.

På spørsmålet om enheten har egen leder for sykepleiertjenesten svarer 26 at de har egen leder, mens fire svarer at de ikke har egen leder for sykepleiertjenesten. Av de fire som svarer at de ikke har egen leder for sykepleiertjenesten er det tre som svarer at leder for sykepleierne og leder for legene har samme tittel på sin leder, noe som kan indikere at de er under samme ledelse. Dette kan også ha sammenheng med at de tre respondentene representerer tre relativt små sykehus i denne sammenhengen, og dermed har de ikke så mange hierarkiske nivåer i organisasjonen. Den fjerde representanten som sier at de ikke har egen leder for sykepleiertjenesten er på et større sykehus, og her kan det se ut til at ansvaret ligger et nivå opp.

På spørsmålet om legene og sykepleierne er organisert i samme enhet så svarer 18 at de ikke er organisert i samme enhet, mens 12 svarer at de er organisert i samme enhet. Hvis man ser på de 18 som har svart at leger og sykepleiere ikke er organisert i samme enhet, så ser man at den som har personalansvar for sykepleierne og den som har personalansvar for legene har ulik tittel, noe som gjør at det er samsvar mellom disse svarene. Dette sier imidlertid ikke noe om disse lederne er på samme ledernivå i hierarkiet eller om de er på ulikt nivå med tanke på avstand til øverste leder. Organisatorisk er legene i denne gruppen plassert i en annen enhet slik at man i prinsippet kan ha enhetlig ledelse uten at legene er involvert organisatorisk.

Ser man på de resterende 12 besvarelsene som sier at de er organisert i samme enhet så skulle det ligge til rette for at de kan ha enhetlig personalledelse. Som nevnt tidligere er det kun tre av disse som har samme tittel på den som har personalansvar for legene og den som har personalansvar for sykepleierne. Dette kan tyde på at de tre i alle fall har mulighet til å kunne ha enhetlig ledelse innenfor personalledelse.

Det er syv respondenter som sier at leger og sykepleiere er organisert i samme enhet og som fortsatt har sykepleier i sin ledertittel som leder på intensiv. Disse syv svarer at den som er leder på intensiv innehar samme tittel som den som har personalansvar for sykepleierne, mens den som har personalansvar for legene har en annen tittel. Det tyder på at i alle fall personalansvaret er delt. Det at de har sykepleier i sin tittel viser at de ikke har en profesjonsnøytral ledertittel, og det indikerer også at det da er lite sannsynlig, slik jeg kjenner miljøet, at leger er underlagt denne sykepleielederen, selv om de er organisert i samme enhet.

Oppsummert innenfor personalledelse ser det ut til at det store flertall fortsatt har et to-delt lederansvar for personalet (leger og sykepleiere) på det operative plan. Det er som beskrevet bare fire som har samme tittel på den som er leder for legene og sykepleierne, og alle sykepleierne ledes av sykepleiere, med unntak av en, og så mange som 12 av de 30 respondentene har fortsatt sykepleier som en del av tittelen. Det er 18 som svarer at leger og sykepleiere ikke er organisert i samme enhet. Det kan derfor innen personalledelse se ut til at den gamle to-delte fagledelsen (sykepleiere leder sykepleiere og leger leder leger) i stor grad praktiseres på dette nivået. Ser man på teorien rundt stivhengighet så vil organisasjonene forsøke å bevare den identiteten de har med seg fra oppstarten. Det vil med andre ord si at ledelse innenfor sykehus sannsynligvis vil forsøke å beholde den gamle to-delte ledelsen som var basert på fag. Jacobsen (2011 s.262) viser til at beslutninger som er tatt på et tidlig historisk tidspunkt vil legge sterke føringer for beslutninger som tas seinere. Det kan også tenkes at dette er et utslag av at profesjoner vil lede sin egen profesjon, slik som teorien rundt ekspertorganisasjoner viser (Strand 2012 s.272).

### **5.3.5 Økonomi**

På spørsmålet om hvem som har det økonomiske ansvaret på intensivene, svarer 17 av 30 respondenten at de som leder på intensivene har ansvaret. Det vil si at av de som har personalansvaret for sykepleiertjenesten, svarer 17 at de har det økonomiske ansvaret. Det er 9 som svarer at ansvaret for økonomien ligger på et ledernivå over det som leder på intensiv innehar. Men det store flertall i denne gruppen beskriver også at leder på intensiv er medansvarlig eller at de deler ansvaret med lederen på nivået over. I denne gruppen trekker også flere inn legegruppen som medansvarlig. Fire svarer at ansvaret er delt mellom lege- og sykepleiertjenesten. Det er ingen som svarer at det kun er en lege som har ansvaret, og det er heller ingen som frir seg fullstendig fra det økonomiske ansvaret. Dette er muligens med på å vise at det økonomiske ansvaret er på vei nedover i hierarkiet. Det er 9 personer som svarer at

ansvaret ligger på nivået over, men selv blant disse lederne forklarer de fleste at de som leder på intensivenheten er medansvarlig for økonomien.

Når det gjelder spørsmålene om hvordan prioriteringer foregår når det skal kjøpes nytt utstyr og hvem som kommer med innspill, er det mange ulike varianter av svar. Men det er helt gjennomgående at det er et samarbeid for å lage prioriteringslister. Samarbeidspartnere består av sykepleiere, fagsykepleiere, sykepleieledere, leger, personer fra medisinsk-teknisk og ledere på nivået over. Det er ulikt hvor mange og hvem som blir involvert på de ulike enhetene. Det er 13 som spesifikt svarer at både lege- og sykepleiertjenesten er med i prioriteringene. Av de 18 som sier at leger og sykepleiere ikke er organisert i samme enhet, er det seks personer som spesifikt beskriver at leger og sykepleiere deltar i prioriteringene, noe som er med på å vise at man samarbeider.

Når selve avgjørelsen for hva som skal kjøpes blir tatt, ser det ut til at det avgjøres på minst et nivå over ledelsen på intensiv. Når det gjelder kjøp som er under 100 000 kroner (eller små beløp), kommenterer seks av lederne på intensivenhetene at de som ledere kan stå for innkjøp/innvesteringer i denne prisklassen, men her kan det gjerne være flere som har dette ansvaret fordi det ikke spesifikt er spurt om det er ulik praksis i forhold til prisklassen over eller under 100 000 kroner.

Oppsummert kan man si at alle lederne på intensivenhetene er delaktige i forhold til økonomien, og 17 svarer at det er dem som har ansvaret. Dette tyder kanskje på at man er i ferd med å få ansvaret for den delen av ledelse som omhandler økonomi, ned på de ulike resultatenehetene. Når det gjelder investeringer på over 100 000 kroner, ser det ut til at det ligger på et overordnet plan, men at enhetene kommer med innspill.

### **5.3.6 Fag**

Det er viktig å holde seg faglig oppdatert både for sykepleiere og leger på en intensivenhet. Det er 23 av lederne på intensivenhetene som oppgir at de samarbeider med andre når det gjelder hva man skal satse på innen fagutvikling. 7 ledere på intensiv oppgir ingen andre enn seg selv når det skal prioriteres hva man skal satse på innen fagutvikling. Det betyr likevel ikke at de gjør denne prioriteringen alene, da det ikke er spurt spesifikt om de har andre med i vurderingene. Av de 23 som oppgir at de samarbeider med andre, er det 14 som oppgir spesifikt at de samarbeider med leger, mens det er 9 ledere som sier at de samarbeider med

andre, men ikke oppgir spesifikt at de samarbeider med leger. Heller ikke i denne gruppen kan man utelukke at andre de samarbeider med, kan være leger. De samarbeidspartnerne som nevnes er leger, fagsykepleiere, ansatte, ledernivået over og føringer fra ledelsen oppover i hierarkiet.

Oppsummert kan man si at når det gjelder fagutviklingsarbeid ser det ut til at samarbeid er den rådende formen for ledelse. Dette er jo heller ikke unaturlig sett opp mot at behandling og pleie på intensiv er et svært sammensatt og komplisert område innenfor behandling av pasienter i sykehus, hvor leger og sykepleiere samarbeider tett i det daglige. Det er mange involverte parter for å få til gode løsninger for pasientene.

### **5.3.7 Egen vurdering fra ledere, om de opplever å ha enhetlig ledelse**

Dette spørsmålet er formulert slik at det er opplevelsen av om de har enhetlig ledelse som er etterspurt. Det er ikke spurt om de reelt sett har enhetlig ledelse. Det er kun fem som svarer at de opplever å ha enhetlig ledelse. Halvparten, det vil si 15 respondenter, har svart at de opplever å ha enhetlig ledelse i stor grad, men altså ikke fullt ut. Det er en som opplever at det ikke er enhetlig ledelse og fire andre som har en opplevelse av at det i liten grad er enhetlig ledelse. Det er fem personer som opplever at de er forholdsvis nøytrale i forhold til enhetlig ledelse.

Man kunne tenke seg at dette spørsmålet burde vært formulert som et ja/nei spørsmål for enten har man enhetlig ledelse eller så har man det ikke. Med bakgrunn i lovteksten så er kravet at det skal være enhetlig ledelse på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten. Jeg har allikevel valgt å lage et gradert spørsmål fordi jeg ut fra kjennskap til miljøet har antatt at mange vil synes at enhetlig ledelse ikke er fullstendig implementert. Det viser også svarene på dette spørsmålet, ved at halvparten svarer at de i stor grad har enhetlig ledelse. Det vil si at de ikke har innført enhetlig ledelse fullt ut.

Da denne spørreundersøkelsen skal si noe om man har enhetlig ledelse på intensivene, blir de to mest interessante gruppene i denne sammenhengen den gruppen på 5 som opplever at de har enhetlig ledelse, og den gruppen på 15 som opplever at de i stor grad har enhetlig ledelse. De resterende 10 som opplever at de enten ikke har enhetlig ledelse, at de har enhetlig ledelse i liten grad eller er forholdsvis nøytrale til enhetlig ledelse, har allerede selv gradert seg til at de ikke har enhetlig ledelse.

Av de fem som opplever å ha enhetlig ledelse så finner man de samme tre enhetene som tidligere har svart at det er samme person som har personalansvar for både leger og sykepleiere og som representerer relativt små sykehus. De to andre har tidligere svart at leger og sykepleiere ikke er organisert i samme enhet. Begge disse har sykepleier i sin ledertittel. Det kan derfor se ut til at de opplever at det er enhetlig ledelse på intensivenheten fordi legene ikke er organisert i samme enhet.

Det er 15 som opplever at de i stor grad har enhetlig ledelse. Av disse 15 så har syv tidligere svart at leger og sykepleiere er organisert i samme enhet. Det er ingen av disse som har samme personalleder for leger og sykepleiere og det er fem av disse som har sykepleiere i sin ledertittel. I denne gruppen er det derfor utfordrende med tanke på enhetlig ledelse og at de er organisert i samme enhet, men har ulik personalleder, samtidig som de graderer seg selv så høyt på opplevd enhetlig ledelse. En mulighet til at de har denne graderingen på seg selv kan være at de allikevel holder legene utenfor, de har jo egen personalleder. Men det kan også være at det nettopp er det at legene har egen personalleder som gjør at de ikke opplever at de har enhetlig ledelse fullt ut.

De resterende åtte i den gruppen som opplever at de i stor grad har enhetlig ledelse har organisert leger og sykepleiere i ulike enheter. Det vil med andre ord si at de kan ha stor grad av enhetlig ledelse fordi legene i denne gruppen er plassert i en annen enhet, slik at man i prinsippet kan ha enhetlig ledelse uten at legene er involvert organisatorisk. Hvis de mente at legenes tilhørighet til enheten var viktig for at man skulle ha enhetlig ledelse, kunne man forventet at flere hadde svart at de ikke hadde enhetlig ledelse eller i det minste liten grad av enhetlig ledelse.

### **5.3.8 Mine vurderinger av resultatene fra undersøkelsen**

Jeg har tidligere i denne undersøkelsen delt ledelse på intensivenhetene opp i personalledelse, økonomi og fagutvikling og stilt spørsmål i forhold til disse områdene. Jeg vil nå se på svarene på spørsmålene i disse områdene.

Hvis jeg ser på personalledelse, så er det 18 enheter hvor leger og sykepleiere ikke organisert i samme enhet og derfor har ulik personalleder. Fordi de er organisert i ulik enhet kan de omgå hele problematikken i forhold til enhetlig personalledelse på dette nivået.

På de 12 enhetene hvor leger og sykepleier er organisert i samme enhet, er det kun tre som har samme personalleder (alle disse svarer at de har enhetlig ledelse). De resterende har ulik personalleder for leger og sykepleiere. Det fører til at de ut fra mitt syn ikke fullt ut har implementert enhetlig ledelse. Det er også flere av disse lederne som fortsatt har sykepleier i sin ledertittel noe som jeg mener er med på å bekrefte at de ikke har personalansvar for legene. Ut fra debatten som var ved innføring av enhetlig ledelse og slik jeg kjenner miljøet, kan jeg vanskelig forestille meg at legene ville bli ledet av en sykepleier som ikke en gang har en profesjonsnøytral tittel. Som kommentert tidligere ser det ut til at personalledelsen mer styres ut fra den gamle to-delte ledelsen som var forankret i profesjonene til leger og sykepleiere.

Når det gjelder økonomi, sier alle enten at de har eller er medansvarlig for økonomien. Ut fra enhetlig ledelse så skulle hver resultatenhets enhet ha ansvar for økonomien. Litt over halvparten (17) svarer at de har dette, men det er allikevel mange som kun har delansvar. Det vil derfor være vanskelig å si at de har enhetlig ledelse. Når man ser på innkjøp så er hovedinntrykket at man samarbeider og gir innspill til vurdering som blir tatt på et høyere nivå i organisasjonen. Det er etter min mening i og for seg ikke noe som strider mot enhetlig ledelse fordi innkjøp og investeringer da sees på i en større sammenheng i organisasjonen. I det å styre sin egen enhet ligger også det å kunne argumentere og påvirke organisasjonen til å se behovene til enheten. Jeg mener at innenfor økonomi er det deler av enhetene som har enhetlig ledelse, men mange har det ikke.

Når det gjelder fag, er det som nevnt tidligere samarbeid som er den måten dette driftes på, og det er naturlig fordi verken sykepleietjenesten eller legetjenesten kan drifte eller stå for hele ansvaret på en intensivenhet. Fagene er så innvevd i hverandre, og man er avhengig av den andre part for å få til et best mulig utkomme for pasientene. Det er derfor vanskelig å si om det er enhetlig ledelse innenfor fag eller ikke, ut fra de svarene jeg har fått. Det er en som har kommentert at legene er medisinskfaglige rådgivere, og flere har poengtert at det er et samarbeid.

Hvis man ser på resultatene innenfor de ulike kategoriene, synes det å se ut som om det er få enheter som har implementert enhetlig ledelse fullt ut. Det samsvarer også med at det kun er fem som selv graderer seg til å ha enhetlig ledelse. Jeg oppfatter det også slik at det er mange enheter som tilsynelatende nærmer seg enhetlig ledelse, uten at lederne på intensivenhetene opplever at det fullt ut er implementert.

### 5.3.9 Organisasjonskart

Jeg har i undersøkelsen min bedt om å få tilsendt organisasjonskartet og som nevnt tidligere så har jeg fått det fra noen, men de resterende har jeg funnet på hjemmesidene til det aktuelle sykehuset. Organisasjonskartene er tatt ut fra hjemmesidene i oktober 2016.

Ser man på organisasjonskartene for å se om sykepleiere og leger er organisert i samme enhet på det operative plan, så finner man at de er organisert i ulike enheter. Dette samsvarer ikke med svaret i undersøkelsen når det er 12 som svarer at sykepleiere og leger er organisert i samme enhet. Det er mulig at årsaken til dette ligger i den ulike benevnningen til de hierarkiske nivåene. Det er, som jeg har nevnt tidligere, ulike benevnelser som avdeling, seksjon og enhet på samme hierarkiske nivå. Man må ifølge organisasjonskartet opp et til to nivåer over leder på intensivhetene for å finne felles leder for lege og sykepleiergruppen. Det store flertallet (24 enheter) er allikevel organisert slik at leder for sykepleiertjenesten og leder for legetjenesten er på samme hierarkiske nivå. Med andre ord den gamle to-delte fagledelsen ser ut til å være nokså godt forankret i den formelle strukturen på dette nivået. Det er seks enheter som har nivåforskjell mellom leder for sykepleietjenesten og leder for legetjenesten, og da er det legene som har kortest vei til overordnet ledelse.

Ser man på de 15 lederne på intensivhetene som selv mener at de har stor grad av enhetlig ledelse og sammenligner dette svaret med hvem som er personalleder for legene og sykepleierne, ser man at det er ulik personalleder. Dette er med på å bekrefte at legene ikke er organisert i intensivheten, noe som samsvarer med organisasjonskartet. Det kan tolkes som om disse lederne har svart på enhetlig ledelse ut fra at intensivheten er en slags «sykepleiedreven» enhet, og dermed opplever at de har stor grad av enhetlig ledelse, men ikke helt. En annen årsak til at de ikke mener de har enhetlig ledelse kan være at legene, som tidligere er nevnt, faktisk ikke er organisert i samme enhet.

Ut fra denne undersøkelsen (ulike personalledere) og organisasjonskartet (ingen er organisert i samme enhet) ser man ganske klart at på det operative plan så er det i all hovedsak fortsatt to-delt personalledelse av sykepleiere og leger. Berg (2006 s.88) påpekte i forbindelse med innføring av enhetlig ledelse at helsepersonell fort fant ut hvordan de kunne organisere seg bort fra intensjonen i loven, ved å organisere separate enheter for de ulike gruppen. Det kan se ut til at denne organiseringen fortsatt lever videre i norske intensivheter.

På slutten av spørreundersøkelsen var det mulighet for å kommentere hvis det var noe annet man ønsket å si i forhold til enhetlig ledelse. Kommentarer som er kommet i den sammenheng vil bli brukt i drøftingen.

## 6 Drøftinger

Ut fra resultatene i undersøkelsen min, ser det ut til at det store flertall av intensivenheter i Norge ikke har innført enhetlig ledelse fullt ut. Det er noen få unntak med de fem som svarer at de har innført enhetlig ledelse. Dette understøttes av Johansen (2009 s.68). (Selv om denne undersøkelsen ligger noe tilbake i tid er det min erfaring at det ikke har endret seg mye i den seinere tid.) Johansen (2009 s.68) viser til at det er mye som tyder på at man praktiserer slik man gjorde før enhetlig ledelse ble innført, selv om det juridisk sett er innført enhetlig ledelse. Med andre ord har legene ansvar for det medisinsk-administrative, mens sykepleierne har ansvaret for det sykepleiefaglige og annet administrativt arbeid. Man kan derfor spørre seg hvorfor ikke enhetlig ledelse ser ut til å være bedre integrert 15 år etter innføring av lovendringen. Det at endringer tar tid er en kjent sak, men er det allikevel noe annet som gjør at enhetlig ledelse er vanskelig å innføre på det operative plan i intensivenheter?

### 6.1 Ny-institusjonell organisasjonsteori

En måte å belyse og fortolke mine data om innføringen av enhetlig ledelse i intensivenheten, er ut fra den ny-institusjonelle organisasjonsteorien. Man kan ta utgangspunkt i at samfunnet hadde forventninger til at også ledelse på sykehus ble underlagt mer «moderne» former for ledelse. Det var flere ting i tiden som var med på å påvirke tenkningen rundt ledelse. Som nevnt tidligere i oppgaven kom bl.a. NPM, som kan forstås som en fellesbetegnelse på en reformbølge, hvor hovedhensikten var kostnadseffektivisering av offentlig forvaltning (Johansen, 2009 s.18), og den såkalte «Kenningen-tradisjonen» som la stor vekt på at man kunne lede uavhengig av hvilken type bedrift det var. Det var lederens personlige lederegenskaper som var avgjørende, jf. tidligere i oppgaven. Enhetlig ledelse ble en lovpålagt standard som innebar at ledere ble bemyndiget med fullt budsjett, personal- og resultatansvar, og for å få til det måtte det være en ansvarlig leder på hver resultatenheter. Når Steineutvalget foreslår enhetlig ledelse, føyer dette seg inn i den rådende tanken om ledelse som var i samfunnet på den tiden. Det var moderne og tidsriktig. Man kan derfor se på innføringen av enhetlig ledelse som en slags moteoppskrift, hvor måten å lede sykehusene på fremstår med



endringer som tilfredsstillende forventningene som samfunnet hadde til denne type organisasjoner. Ved å tilpasse seg det som er moderne og tidsriktig vil det inngi tillit og troverdighet til at man er kapabel til å styre. Man oppnår med andre ord mer legitimitet fra omgivelsene og organisasjonen blir forbundet med fremskritt og forbedring. Røvik (2009 s.55-57) kaller det for translasjoner når organisasjoner påvirkes av omgivelsene og tar opp i seg nye trender fra omgivelsene, jf. tidligere i oppgaven. Men det at noe innføres formelt betyr ikke nødvendigvis at det blir gjennomført etter intensjonen. Det ser bare slik ut for omgivelsene, og dermed beholder organisasjonen sin legitimitet i omgivelsen. Samfunnets forventning om at helsevesenet er strukturert og velorganisert er dermed ivaretatt. Slik sett var innføring av enhetlig ledelse i alle sykehus i Norge med på å vise samfunnet at det ble tatt grep.

Sett i forhold til den ny-institusjonelle organisasjonsteorien er det ved innføring av enhetlig ledelse blitt en ny organisasjonsstruktur, men det ser samtidig ut til at den kan være frikoplet fra praksisfeltet. Jf. undersøkelsen min som viser at leger og sykepleiere fortsatt er organisert i ulike enheter på det operative plan, og slik jeg kjenner miljøet er det fortsatt mye av den gamle to-delte fagledelsen som henger igjen i praksisfeltet på dette nivået. I følge organisasjonskartet blir leger og sykepleiere oppover i hierarkiet organisert under en leder, slik at det der blir brudd i den gamle to-delte ledelsesformen. Den ny-institusjonelle organisasjonsteorien sier noe om at organisasjoner ut fra et legitimitetskrav formelt kan innføre nye ledelsesformer og strukturer for å tilfredsstillende forventninger fra omgivelsene, men samtidig sørger for å holde dem frikoplet fra praksisfeltet. De er innført for å tilfredsstillende omgivelsene, men er uegnet til å styre interne aktiviteter (Røvik, 2009 s.26). Det er kanskje litt sterkt å si at enhetlig ledelse er uegnet til å styre interne aktiviteter, men det blir allikevel et spørsmål om enhetlig ledelse først og fremst ble innført for å tilfredsstillende omgivelsen og den øverste ledelsen. Det ser i alle fall ut til at når organisasjonens styringskrav møter hverdagsaktivitetene på det operative plan, så mangler det fortsatt en del på at enhetlig ledelse er innført etter intensjonen. Med andre ord så kan det se ut til at enhetlig ledelse er dekoplet når den møter hverdagsaktivitetene i intensivhetene.

Jeg vil derfor se om det kan finnes noen årsaker til hvorfor det ser ut til å ha foregått en dekopling, og kanskje også om det er noe som kunne tilsi at man måtte forvente dette.

## 6.2 Ekspertorganisasjoner og todelt-fagledelse

Strand (2012 s.272) hevder at profesjoner vil lede seg selv og at det er vanskelig å innføre endringer «top-down». Profesjoner har sin egen måte å jobbe på som de har lært gjennom utdanning og sosialisering i jobbsammenheng. De vet hva som må gjøres i en gitt situasjon og de handler ut fra sitt faglige ståsted. Legene har hatt tradisjon for å være autoriteter i sykehussammenheng og de har forankret denne autoriteten i det kliniske arbeidet, jf. teoriavsnittet hvor jeg beskriver noe av dette.

Ser man tilbake på debatten som pågikk i tiden før enhetlig ledelse ble innført, var det harde fronter på begge sider og mye uro internt på sykehusene. Sykepleierne hevdet at det var den med mest lederkunnskap som skulle lede, uavhengig av profesjon. Legene på sin side hevdet at i kraft av sin medisinske utdanning var de som skulle og kunne lede (Melby, 1990 s.299). På intensivavdelingene har alle lederne mastergrad eller videreutdanning innen intensivsykepleie, og i tillegg har 63% utdanning innen ledelse. Man kan da tenke seg at dette er sykepleiere som har en ekstra sterk faglig tilhørighet og dermed utfordrer legene på en sterkere måte enn i en avdeling hvor sykepleierne ikke i samme grad har videreutdanning.

Sett opp mot ekspertorganisasjoner vil nå to sterke profesjoner kjempe om de samme lederposisjonene. En annen utfordring i enhetlig ledelse er at hvis det ikke er en lege som er leder, så må lederen ha en medisinsk-faglig rådgiver å forholde seg til. Det kan i noen tilfeller være en som har konkurrert om lederstillingen og ikke fått den, noe som kan skape ekstra utfordringer for videre samarbeid. Intervjuene som det refereres til i artikkel til Gjerberg og Sørensen (2006 s.1065) peker på dette, som en utfordring for de involverte, men at det på sikt «har gått seg til».

Legene har ansvar for det medisinskfaglige, men det kan også være slik at legene har en uformell makt i kraft av det at de har det medisinske ansvaret. En av sykepleielederne som har svart på undersøkelsen sier noe om dette:

«Jeg ser også at noen ganger kan seksjonsoverlege ha blitt innkalt til møter med samarbeidende avdelinger, hvor ikke seksjonsleder har blitt kalt inn til møtet. Dette kan være møter der det skal tas medisinske avgjørelser i forhold til oppståtte utfordringer - pasientoverføringer i en periode til vår seksjon f.eks. Det er likevel uheldig og en av utfordringene som viser at enhetlig ledelse ikke er fullt ut akseptert/ ønsket/ eller fulgt. Det har også vært saker som diskuteres der jeg som seksjonsleder ikke har vært med på møter - fordi jeg ikke har blitt invitert med.»

Jeg mener at denne uttalelsen er med på å vise noe av utfordringen som fortsatt lever på de operative plan. Denne uttalelsen er etter min mening med på å peke på noe av den gamle tradisjonen med at legene hadde makt, og at de var de ubestridte lederne i kraft av sin medisinske utdanning.

Uttalelsen over kan gjøre det lett å tenke at dette bare er en lege-/sykepleierutfordring, men slik jeg ser det, er det også et ledelsesspørsmål i forhold til hvordan ledere over ønsker å bruke linjeledelsen, det vil si hvem er de med på å gi makt til. Noe av bakgrunnen for enhetlig ledelsen er at ledere på alle nivåer skal ha det helhetlige ansvaret. Hvis man skal ha ansvaret, må man også være med der hvor avgjørelsene tas. Selv om utgangspunktet for denne hendelsen er en medisinsk problemstilling, vil det få administrative og økonomiske konsekvenser når det er snakk om pasientoverføringer. Det at leger blir invitert og ikke ledere på intensiv (som er sykepleiere), kan gi signal om at ledere oppover i hierarkiet heller ikke tar enhetlig ledelse fullt ut på alvor når de skal forholde seg til det operative plan.

Den to-delte fagledelse viser seg ved at det ikke bare legene som ønsker å lede eget fag. Det gjør sykepleierne også. Dette kommer frem i undersøkelsen min hvor en av sykepleielederne sier ganske klart at sykepleiere bør lede eget fag:

«Jeg mener sykepleierne må lede eget fag, men ser at nivået over meg (N#) kan være besatt av en sykepleier eller lege for å ha bedre samarbeid med legegruppen. Nivået over meg bør være enten lege eller sykepleier. Hvem det er er i stor grad knyttet opp mot "Rett person (personlighet) på rett plass" som kan samarbeide med begge yrkesgrupper».

Dette utsagnet kan tolkes som at det bør være en fagledelse på det operative plan hvor sykepleiere og leger leder sin egen profesjon. Det går samtidig frem at på nivået over intensivenheten, synes denne lederen at det ikke er avgjørende hvem som leder i forhold til profesjon. Da er det viktigere med de personlige egenskapene. Ser man dette i forhold til enhetlig ledelse så er det som nevnt tidligere, slik at organisasjonskartene viser nettopp det at felles leder er på nivåene over intensivenhetene. Med andre ord at enhetlig ledelse i liten grad er fullt ut implementert på intensivenheten, slik undersøkelsen også viser ved at det kun er fem som mener at de har enhetlig ledelse og at innen personalledelse så er det bare sykepleiere som leder sykepleierne (muligens med unntak av en).

Johansen (2009 s.70) viser at det er et skille mellom legenes og sykepleiernes oppfatning av den medisinskfaglige kompetansen. Legene mener at den medisinskfaglige kompetanse er den

som de har gjennom sin medisinske utdanning, mens sykepleierne mener at de også innehar den medisinskfaglige kompetansen som trengs for å kunne lede. Det at det er en ulik oppfatning av begrepet medisinskfaglig kompetanse viser etter min mening at leger og sykepleiere fortsatt strides om hvem som er kvalifisert til å lede, ut fra hvilken profesjon de tilhører. Lederegenskapene og lederutdanningene blir ikke vurdert hvis man skal forholde seg til legenes definisjon av medisinskfaglig kompetanse. Da er det å være lege det som i seg selv er inngangsporten til å være leder.

Slik jeg ser det er det nok lite som skal til før debatten om hvem som skal lede blusser opp igjen, men sannsynligvis vil debatten da bli lokalt ettersom ledige stillinger eller endringer i organisatoriske tilhørighet blir satt på agendaen. Dette vil sannsynligvis komme på ulikt tidspunkt i ulike organisasjoner med mindre det blir en ny nasjonal eller annen større organisatorisk endring. Bakgrunnen for min mening om at lederdebatten ikke er avsluttet er det jeg hører i ulike fora innenfor intensivmiljøet, det enkelte ledere sa uoppfordret om dette når jeg ringte for å spørre dem om å delta i undersøkelsen og da det nylig ble gjort organisatoriske endringer i min organisasjon. Da kom ledelsesproblematikken på nytt fram i uformelle fora.

Undersøkelsen min viser at sykepleierne fortsatt har hovedansvaret for sykepleiertjenesten. Det er ingen leger som har personalansvar for sykepleierne i denne undersøkelsen. Ser man på organisasjonskartet til sykehusene som deltar i undersøkelsen så viser det at sykepleiere på intensiv og anestesileger er organisert i ulike enheter. Det styrker antagelsen om at det fortsatt er leger som leder leger og sykepleiere som leder sykepleiere på dette nivået. Det er altså en form for to-delt fagledelse, selv om hver personalgruppe har sin egen leder. Ut fra organisasjonskartet ser man også at man må opp et eller to ledernivåer for å finne en felles leder. Den formelle organiseringen viser altså at man må på avdelings- eller klinikknivå for å finne det ledelsesnivået hvor leger og sykepleiere er under samme leder. Dette er også med på å forsterke antagelsen om at det fortsatt er en viss grad av todelt ledelse på det operative plan. Organisasjonskartene viser dessuten at det ved seks enheter er en skjevhet i hvilket nivå leger og sykepleiere er organisert på. Det vil si at en gruppe (les: legene) får kortere linje til for eksempel avdelingsleder eller klinikk sjef. Dette kan føre til at når det er møter på et aktuelt ledernivå, vil lederen for legene være representert, men ikke nødvendigvis enhetsleder på intensiv, som er sykepleier. Dette gir etter min mening en maktforskjell som man kan føre

tilbake til legenes tidligere autoritet på sykehusene, altså at det er knyttet opp mot legenes profesjon og medisinske utdanning.

Det kan se ut til at det fortsatt er mye av den gamle to-delte fagledelsen som henger igjen i organisasjonen, og at profesjonstilhørigheten er med på å forme organiseringen på intensiv. Man kan kanskje derfor anta at en årsak til at enhetlig ledelse ikke i større grad er kommet ned på det operative plan er at profesjonene har større lojalitet til egen profesjon enn de har til styringslinjen som går fra toppledelsen og nedover i nivåene til den møter det operative plan. Med andre ord: Profesjonene forholder seg til yrket med en faglig autoritet som de har med seg fra utdanningen og som er med på å prege hvordan de forholder seg til ledelsespraksis, uavhengig av hvordan de formelt sett er organisert.

### **6.3 Stiavhengighet**

Torjesen (2007) har i forbindelse med sin doktorgrad gjennomført intervjuer med ledere som er på nivåene fra mellomledere og oppover til direktørnivået. De nivåene han har undersøkt er høyere opp i hierarkiet enn det min undersøkelse refererer til. Det er allikevel interessant å se at også han påpeker at det ikke nødvendigvis er slik at ideene er virksomme når de blir vedtatt, men at de må brynes og slipes mot det bestående. Han trekker også frem reformer i helsevesenet og viser til at disse i liten grad har blitt omsatt til handling i de operative kjerneområdene, altså på det nivået hvor jeg har utført min undersøkelse. Dette samsvarer også med resultatet i undersøkelsen min, nemlig at det kun er få (fem ledere) som selv mener de har innført enhetlig ledelse. Torjesen (2007 s.58) påpeker også at man ser det todelte ledelsessystemet fra tidligere tider og beskriver det slik:

«De konturene vi ser av reformen med enhetlig ledelse vitner mer om en kontinuitet av det tidligere parallelle systemet, dvs. det er fremdeles mer snakk om en ledelsesmessig komplementaritet mellom leger og sykepleiere enn konkurranse» (Torjesen, 2007 s.58).

Han viser til en kontinuitet av det tidligere parallelle systemet, med andre ord to-delt faglig ledelse. Det er noe vedvarende over dette og kanskje kan dette forklares med det som i organisasjonsteorien kalles for stiavhengighet. Sykehusene og helsevesenet er «gamle» offentlige organisasjoner eller institusjoner. De har med seg sin historie fra den tiden de ble etablert. Den gang hadde leger ansvar for det medisinskfaglige og sykepleierne for det pleiefaglige. Den organiseringen vil være med på å legge sterke føringer for hvordan man vil

fortsette å jobbe sammen. Stiavhengighet er med på å gi stabilitet i de uformelle verdiene som organisasjonskultur og samarbeidsmåter internt, men er mindre fleksibel når det gjelder ytre påvirkning som ikke passer med de uformelle formene og verdiene. Ser man dette opp mot at enhetlig ledelse er en «ytre» påvirkning som ble innført ved lov, er det ikke mye fantasi som skal til for å se at dette ikke ble vel mottatt. Legene gikk, som nevnt flere ganger tidligere i oppgaven, høylytt ut og protesterte på innføringen av enhetlig ledelse, og sykepleierne kastet seg også inn i debatten. Det kan se ut til at begge parter ønsket å bevare det «gamle» systemet fremfor de nye og til dels radikale endringene som kom med innføring av lov om enhetlig profesjonsnøytral ledelse. Dette passer med teorien om stiavhengighet, som viser til at endringer i offentlige organisasjoner sjeldent fører til de store endringene og de radikale bruddene med fortiden. Motviljen som man så på det operative plan i sykehusene kan være et tegn på stiavhengighet, fordi enhetlig ledelse stred mot de etablerte uformelle verdiene som man ønsket å bevare.

#### **6.4 Driftsmessige utfordringer med enhetlig ledelse**

En annen mulighet til å finne en årsak til at enhetlig ledelse ikke fullt ut er implementert i intensivene, er å se hvordan driften er med på å styre aktivitetene.

Intensiv er en enhet som behandler de sykeste pasientene på sykehuset. Det krever et personell som kan mestre medisinsk behandling og avansert teknologi gjennom hele døgnet. Dette gir noen utfordringer organisatorisk fordi det krever mye personell hele døgnet, og man kan ikke redusere mye på bemanningen om natten, i forhold til bemanningen resten av døgnet. Pasienter som har akutt behov for helsehjelp skal få den samme hjelpen enten de kommer inn på dag, kveld eller natt. Derfor er det høy vaktbelastning på sykepleierne, det vil si at det er forholdsvis mange ubekvemme vakter for den enkelte sykepleier. Ubekvemme vakter er vakter på kveld, natt og helg.

Når det gjelder legene, så er det behov for færre leger enn sykepleiere til pasientbehandlingen. Det vil si at det er færre leger på de ubekvemme vaktene, men det er også færre leger til å dekke disse vaktene, derfor blir gjennomsnittet av vakter på den enkelte lege høyt. Hvis man da skulle tenke seg at legene var ansatt på intensiv ville det bli en nærmest umulig form for vaktbelastning. Det er derfor vanlig at legene på intensiv som er anestesileger er organisert inn mot anesthesiavdelingen, og da ofte i en anestesilegeenhet. (Organisasjonskartene viser også dette). Det kan gjerne være noen faste leger som på dagtid er dedikert til intensiv, mens

andre rullerer mellom intensiv og operasjon. Når det gjelder vakttid vil det på mange sykehus være slik at de anestesilegene som er på vakt må fordele seg på intensiv og operasjon alt etter behov. Det er derfor vanskelig å tenke seg at man kan ha enhetlig ledelse på intensiv hvor intensiv skal dekke både lege- og sykepleietjenesten.

Det kan likevel være enhetlig ledelse i den forstand at intensiv er en egen resultatenheter. Det som er utfordrende i den sammenhengen er at intensivene da vil bli en sykepleierdrevet enhet. Det er sykepleiere som er enhetsledere. De har personalansvar, økonomien er helt eller delvis lagt til dette nivået og så samarbeider man om fag, jf. svar i undersøkelsen. Enhetene må da ha en lege som er medisinskfaglig rådgiver (Spesialisthelsetjenesteloven: § 3-9).

Dermed kan lovens intensjon være ivaretatt, om enn i en form hvor legene er skilt ut i en egen organisatorisk enhet. Slik jeg kjenner miljøet, ville vel neppe dette være akseptabelt for legene i den forstand at de blir «reduert» til medisinskfaglige rådgivere.

Det ansvaret legene har på intensivene er større enn at de er medisinske rådgivere, slik det står i lovteksten. Kanskje er dette noe av årsaken til at enhetlig ledelse ikke er bedre implementert enn det ser ut til å være. Det kan se ut til at den profesjonsnøytrale ledelsen vanskelig lar seg forene på det operative plan når hverdagens medisinske og pleiemessige krav skal ivaretas. Etter min mening ville det heller ikke være naturlig at legene bare var rådgivere, da legene har et behandlingsansvar 24 timer i døgnet, og det kreves en tettere oppfølging fra legene på intensiv enn på sengepost. De har et ansvar som er større enn rådgivende når man kommer ned på det operative plan. Det ser derfor ut til at leger og sykepleiere stort sett er organisert i egne enheter for de respektive yrkesgruppene på dette nivået, jf. organisasjonskartene.

Som nevnt tidligere viser Berg (2006 s.88) til at aktørene (helsepersonell) fort fant ut hvordan de kunne organisere seg bort fra intensjonen i loven, ved å organisere separate enheter for de ulike gruppene. Han beskriver dette som at det da ble mulig å ha enhetlig ledelse formelt sett, men at den reelt sett var to-delt ledelse (Berg, 2006 s.88). Årsaken til at det er slik trenger ikke nødvendigvis være at man overser enhetlig ledelse som styringsform, slik det kan se ut til at Berg antyder, men rett og slett at man av driftsmessige eller organisatoriske årsaker må få logistikken i hverdagen til å gå i hop. Det vil blant annet si en logistikk som innebærer at pasientene får den behandlingen og pleien de har krav på, uansett hvilken tid på døgnet de måtte ha behov for denne hjelpen.

Enhetlig ledelse er per definisjon innført, men her ser man kanskje en form for dekopling hvor leger og sykepleiere er organisert på en måte som gjør at de slipper utfordringen med å være organisert i samme enhet. Ved at man fortsatt har beholdt et todelt løp på det laveste organisatoriske nivået, unngår man utfordringen med at leger og sykepleiere blir ledet av en annen faggruppe enn sin egen.

## **6.5 Det medisinske arbeidets infrastruktur**

Sidsel Vinge (2003) har sett på legenes arbeid på danske sykehus. Hun ser en organisering der legene jobber etter vaktlister/turnus og hvor de har ulike oppgaver alt etter hvilken type vakt og funksjon de har den aktuelle dagen. De styres etter prosedyrer, retningslinjer, regler og krav fra samarbeidspartnere. Gjør ikke den ene jobben/rutinen som forventes, får det konsekvenser for andre. Måten det jobbes på er stort sett ganske lik på de ulike sykehusene.

Hun viser til at denne organiseringen er fragmentert og oppdelt i sekvenser. Denne arbeidsstrukturen kaller hun for det medisinske arbeidets infrastruktur. Hun sier også at sykehusets hospitalmaskin gjør seg uavhengig av den enkelte, men den enkelte fyller en funksjon når man er på jobb, en funksjon man er avhengig av. Hun henviser også til at den medisinske infrastrukturen likner mye på Taylors maskinbyråkratiet. (Vinge, 2003 s.125) Når alle gjør sin arbeidsoppgave går maskineriet knirkefritt. Det er her hun ser utfordringen når store endringer/omorganiseringer skal gjennomføres «top-down» og deretter evalueres. De offisielle svarene på problemene med implementeringen konkluderer ofte med holdningsendring hos ansatt og lokale løsninger, med andre ord at det er medarbeidere lokalt som må endre seg (Vinge, 2003 s.286).

Vinge (2003 s) mener det er en annen måte å se dette på. Hun hevder at man overser den medisinske infrastrukturen (arbeidsmåten). Det hun mener er mest permanent i sykehusene er ikke medarbeiderne og deres holdninger, men arbeidsstrukturen og rutinene. Når nye reformer skal innføres er det ofte et ønske om mer styrbarhet, forutsigbarhet og entydig ledelse som er målet med endringen. Det som det ikke ses på er infrastrukturen eller arbeidsmetodene som det styres etter, og som hun mener er forholdsvis permanente og entydige. Denne måten å jobbe på har arbeiderne med seg uavhengig av arbeidssted. Det er kun små variasjoner over samme tema. Hun mener at man derfor ikke kan løse problemet med å se på dette lokalt. Man må se på arbeidsrutiner og ta disse med i implementeringen.



I stedet for de store endringene burde man heller se på de små endringene som til sammen kan gjøre arbeidet bedre og mer rasjonelt. Samtidig sier hun også at de små endringene ikke akkurat skaper blest og legitimitet eksternt. Hun kan derfor forstå at organisasjoner har et behov for legitimitet fra omgivelsene og at de henter denne legitimiteten fra «institusjonaliserte myter». Hun sier derfor ikke at det må være et enten eller, men heller et både og. De store endringene kan kombineres med handymannens handlinger og kreativitet. De små tingene kan gå sammen med de store endringene. (Vinge, 2003 s.303-304)

Sett opp mot innføring av enhetlig ledelse så er det som tidligere nevnt en «top-down»-implementering, hvor man nettopp innførte dette med et mål om mer styrbarhet, forutsigbarhet og entydig ledelse. Vinge (2003 s.296) viser til at dette ofte ligger til grunn når store endringer innføres. Ved innføring av enhetlig ledelse kan det se ut til at det ikke er tatt høyde for infrastrukturen i arbeidsprosessene. Som beskrevet i teoridelen så viser også Meyer og Rowan (1977 s.342) til at de sentrale problemene i organisasjonsteori er å beskrive forholdene som gir grunnlag for den formelle strukturen. Dette fordi man antar at det er samsvar mellom den formelle strukturen og arbeidsaktiviteten. Men det viser seg i empiriske undersøkelser at det i mange tilfeller er et gap mellom den formelle og den uformelle delen av organisasjonen. (Meyer & Rowan, 1977 s.342). Det at man ikke ser på arbeidsaktivitetene/infrastrukturen, kan være en grunn til at enhetlig ledelse ikke er bedre implementert på det operative plan og en av årsaken til at enhetlig ledelse er dekoplet på dette nivået.

## 6.6 Samarbeid

I min undersøkelse kommer det godt frem at leger og sykepleiere samarbeider på det operative nivået. Men det er ikke bare idyll. En leder sier det slik:

«Jeg ser jeg har bemerket i flere spørsmål at det er et samarbeid, og det er det. Det er seksjonsleder som tar avgjørelser, men det er nok en del "skyggesystemer" og en del som gjøres og bestemmes uten spesiell lederforankring. Dette kan være ulike ting man bare har tradisjon for å gjøre, og leder får kanskje bare vite om det litt tilfeldig».

Flere av respondentene viser til at de samarbeider, ikke bare når det gjelder fag, men også innenfor økonomi. Det poengteres at legene nå, mer enn tidligere, vurderer billigere alternativer på forbruk som de har styringen over, for eksempel ved valg av medisiner. En leder på intensiv beskriver det slik:

«Synes det er blitt mer ansvar for det økonomiske knyttet til medisin og forbruksvarer til seksjonsoverlegene. Det er fint, da de har muligheter for å faktisk komme med sparetiltak der i samarbeid med meg og avd.sjef»

Det er også flere respondenter som har kommentert spesifikt at det er et godt samarbeid med legene. Dette kan etter mitt syn være med på å vise at man i det daglige virke har funnet en måte å fungere sammen på, som gjør at den daglige driften blir ivaretatt. Det handler jo til syvende og sist om pasientsikkerhet, og både for leger og sykepleiere så er dette noe som de har med seg fra utdanningen og som er et overordnet mål i deres yrkesutøvelse. Skal de få dette til, må de samarbeide, og spesielt på en intensivenhet hvor det er små marginer i forhold til hvordan pasientenes utkomme skal bli. Det ser ut til at dette er noe som er integrert i intensivenhetene, selv om det som nevnt ikke bare er idyll i så henseende.

Et lite paradoks kan man kanskje også se i den forstand at innføringen av enhetlig ledelse var begrunnet i at behandlingen og pleien skulle utformes med pasienten i sentrum. Utredningen ble jo også kalt «Pasienten først!» Dette burde vært et godt utgangspunkt fordi det også for leger og sykepleiere er pasientens utkomme som skal være i sentrum for deres virke. Men det kan se ut til at det ikke har blitt et felles løft for pasientene, men heller en videreføring av den opprinnelige to-delte fagledelsen, men sannsynligvis med noen modifikasjoner. Hvorvidt dette er en fordel eller ulempe for pasientene er det ikke rom for å mene noe om i forhold til denne oppgaven.

## **7 Avslutning**

Problemstillingen min: «Hvordan blir enhetlig ledelse faktisk tilpasset og praktisert i norske intensivenheter og hva kan forklare denne tilpasningen?» er todelt. Jeg har derfor valgt å dele den opp i to når jeg skal svare på om oppgaven gir svar på problemstillingen. Den første delen retter seg mot hvordan enhetlig ledelse faktisk blir tilpasset og praktisert i norske intensivenheter, og den andre delen retter seg mot hva som kan forklare denne tilpasningen.

### **7.1 Hvordan blir enhetlig ledelse faktisk tilpasset og praktisert i norske intensivenheter**

Jeg vil først se på hvordan enhetlig ledelse blir tilpasset og praktisert. Det er vanskelig å få et entydig svar på dette. Slik det ser ut når man slår sammen de ulike elementene i denne oppgaven, er det mye som tyder på at intensivenhetene preges av samarbeid mellom lege og

sykepleier. Det er fortsatt et to-delt skille når det gjelder personalledelse av leger og sykepleiere på det operative plan. Det kan altså se ut til at det henger igjen noe av den «gamle» to-delte fagledelsen, som også er med på å gi legene en makt som er knyttet opp mot deres medisinske utdannelse. Det er også forhold som kan tyde på at ledelsen oppover i hierarkiet har noe av det «gamle» tankegodset igjen ved at det kan se ut som om legene blir tatt med i sammenhenger hvor leder på intensiv blir utelatt. Noen sykehus har også et organisasjonskart som gir en maktforskjell ved at leger og sykepleiere er organisert på ulike hierarkiske nivåer. I forhold til organisasjonskartene, er leger og sykepleiere plassert i ulike enheter, noe som gjør at man unngår store deler av de utfordringene som omhandler hvem skal lede hvem av leger og sykepleiere på det operative plan.

## **7.2 Hva kan forklare tilpasningen?**

Ser man på den andre delen av problemstillingen som er hva som kan forklare denne tilpasningen, så har jeg fremhevet teorien om dekopling som en forklaring på hvorfor organisasjonen hadde et behov for å tilpasse seg. Det kan være ulike årsaker til dekopling. Noen av årsakene kan være:

- profesjonenes behov for å bli ledet av sine egne
- organisasjonenes behov for å følge de opptrukne stier
- driftsmessige utfordringer
- arbeidets infrastruktur

Dette kan være noen av årsakene som kan forklare hvorfor intensivenhetene har tilpasset seg den nye organiseringen uten fullt ut å implementere enhetlig ledelse.

Denne oppgaven sier noe om intensivenhetene og hvordan de har tilpasset seg den lovpålagte enhetlige ledelsen, men mye av dette trolig også allment for mange sengeposter, men det tar ikke denne oppgaven høye for å si noe om. Det kunne kanskje være noe som var interesant å se på i en annen sammenheng.

## Litteraturliste:

1. Berg, O. (2006) *Fra politikk til økonomikk*, Den norske lægeforening, Oslo
2. Christensen, T. Egeberg, M. Lægroid, P. Roness, P. G. Røvik K. A. (2015), *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, Universitetsforlaget, Oslo
3. Frederiksen, M. (2016), *Mixed methods-forskning*, I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red) *Kvalitative metoder*. Kap. 10, Hans Reitzels forlag,
4. Gjerberg, E. Sørensen, B. Aa. (2006) «*Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet?*», Tidsskrift for Den Norske Legeforening, Vol 126 No 8, pp. 1063 – 6
5. Jacobsen, D.I. (2011), *Organisasjonsendringer og endringsledelse*, Fagbokforlaget, Bergen
6. Johansen, M.S. (2009) «*Mellom profesjon og reform*» Handelshøyskolen BI, Institutt for ledelse og organisasjon.
7. Kalleberg, R. (1991) «*Kenning-tradisjonen i norsk ledelse*», Nytt nordisk tidsskrift, Vol 8 No 3, pp.218-244.
8. Kjekshus, L.E. Byrkjeflot, H. Torjesen, D.O. (2013), *Organisering og ledelse av sykehus etter NPM – legenes tilbaketrekning?* I Tjora, A. & Melby, L. (red) *Samhandling for helse – kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Kap. 5.
9. Lovdata: *Spesialisthelsetjenesteloven: § 3-9.Ledelse i sykehus*. Vedtatt 1999. Ikrafttredelse 2001.
10. Lovdata: *Helseforetaksloven: § 1-5. Alminnelige bestemmelser*. Vedtatt 2001. Ikrafttredelse 2002.
11. Melby, K. (1990), *Kall og kamp, Samarbeid mellom Norsk sykepleierforbund og J.W. Cappelen forlag A.S.* Oslo
12. Meyer, J.W. og Rowan B. (1977) «*Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*», American Journal of Sociology, Vol 83 No 3, pp.340-363.
13. NOU (1997:2) *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning, Oslo
14. Repstad, P. & Ry Nielsen, J.C. (1993), *Fra Nærhet til distanse og tilbake igjen*. I Repstad,P. (red) *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Tano forlag, Oslo. Kap. 12.
15. Røvik, K. A. (2009) *Trender og translasjoner*, Universitetsforlaget, Oslo.
16. Strand, T. (2012), *Ledelse, organisasjon og kultur*, Fagbokforlaget, Bergen.

17. Sundar, T. (2000) «*Enhetlig ledelse – en varm potet*», Tidsskrift for Den Norske Legeforening, Vol 120 No 28, pp. 3466 – 7
18. Torjesen, D.O. (2007), *Foretak, management og medikrati*, Universitetet i Bergen
19. Vinge, S. (2003), *Organisering og reorganisering af medicinsk arbeid på sygehuse*, Samfundslitteratur, Fredriksborg

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Søknad og svar NSD

Vedlegg 2: Personvernombudet OUS

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til respondentene

Vedlegg 4: Samtykke bekreftelse

Vedlegg 5: Spørreskjema

Vedlegg 1:

Dag Olaf Torjesen  
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag Universitetet i Agder  
Serviceboks 422  
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 01.09.2016 Vår ref: 49098 / 3 / AMS Deres dato: Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.06.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende 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, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering  
*49098 Har vi enhetlig ledelse i norske intensivavdelinger?  
Behandlingsansvarlig Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder  
Daglig ansvarlig Dag Olaf Torjesen  
Student Grethe Abusdal*

Kjersti Haugstvedt  
Anne-Mette Somby

Kopi: Grethe Abusdal [grethe.abusdal@sshf.no](mailto:grethe.abusdal@sshf.no)

## **Personvernombudet for forskning**

### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 49098

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet mottatt 26.08.16 er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres

ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

## Vedlegg 2:

Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til personopplysningsloven med forskrifter.

For at forenklet melding skal kunne benyttes må man kunne krysse av på samtlige punkter nedenfor. Dersom ett av utsagnene ikke stemmer overens med prosjektets formål og gjennomføring, så må fullstendig melding sendes til personvernombudet.

Utfylt skjema sendes til [personvern@ous-hf.no](mailto:personvern@ous-hf.no) sammen med informasjonsskriv og prosjektbeskrivelse. Se [www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern) for spørsmål og veiledning.

Når forenklet melding er sendt inn kan prosjektet starte, under forutsetning av at man har innhentet godkjenning fra avdelingsleder. Det er ikke nødvendig å avvente personvernombudets tilbakemelding.

<b>INFORMASJON OM ANSVARLIG FOR PROSJEKTET</b>	
<b>A. PROSJEKTLEDER</b>	
Navn og stilling (VEILEDER) Dag Olav Torjesen førsteamanuensis	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres: Generelle intensivavdelinger ved norske sykehus
Navn (STUDENT) Grethe Abusdal	
Telefonnummer (STUDENT): Jobb 38073761 mobil 40221994	E-postadresse (STUDENT OG VEILEDER): <a href="mailto:dag.o.torjesen@uia.no">dag.o.torjesen@uia.no</a> og <a href="mailto:grethe.abusdal@sshf.no">grethe.abusdal@sshf.no</a>
<b>B. ANSVARLIG VIRKSOMHET</b>	
Navn på høyskolen / universitetet som er ansvarlig for prosjektet Universitet i Agder, Fakultet for samfunnsvitenskap	
<b>PROSJEKTETS NAVN/TITTEL</b>	
Har vi enhetlig ledelse i norske intensivavdelinger?	
<b>ERKLÆRING OM PROSJEKTET</b>	



Avsender erklærer at følgende utsagn er korrekte (sett kryss):

- En høyskole / et universitet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet
- Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK. Veileder har vurdert spørsmålet.
- Prosjektet meldes til NSD
- Deltagerne samtykker skriftlig
- Samtykket vil utformes i tråd med vilkårene i NSDs tilrådning
- Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset
- Det registreres ingen informasjon om deltagerens helse
- Det registreres ingen informasjon om andre personers helse
- Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning av deltagelsen i prosjektet
- Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning til bruk av deltagerens arbeidstid (hvis aktuelt)

#### LAGRING AV DATA

Skal elektroniske data som samles inn lagres ved sykehuset?  Ja  Nei

Hvis ja, hvordan skal dette lagres? Lagring se egne vedlegg

#### DATO FOR UTFYLLING

Sted og dato

05.09.16

Utfylt av:

Grethe Abusdal

Viser til innsendt dokumentasjon.

Dette kan gjennomføres i tråd med forutsetningene i meldeskjema.

Mvh,

Henrik Lindgren Jensen

Personvernrådgiver

Seksjon for informasjonssikkerhet og personvern | Stab pasientsikkerhet og kvalitet

Oslo universitetssykehus HF

mobil 90 53 91 66

Besøk: Kirkeveien 166 (Ullevål sykehus)

[www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern)

ikke sensitiv informasjon

Vedlegg 3:

## **INFORMASJONSSKRIV TIL RESPONDENTENE.**

Masteroppgave på Universitet i Agder, fakultet for samfunnsvitenskap.

Ledelse i offentlig sektor, retning helse.

Grethe Abusdal

Temaet jeg ønsker å undersøke er: **Har vi enhetlig ledelse i norske intensivavdelinger?**

Bakgrunnen for valg av tema er debatten som var i forkant av lovendring om enhetlig ledelse på norske sykehus. Selv om protestene var mange så ble loven om enhetlig ledelse på alle nivåer innen ledelse på norske sykehus vedtatt i 1999 og innført i 2001.

Spesialisthelsetjenesteloven § 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 (lovdata).

Før dette hadde det vært to-delt ledelse, hvor sykepleiere ledet pleierne og legene ledet legene. Debatten foregikk på mange plan og i ulike fora. Debatten har stilnet, men betyr det at enhetlig ledelse er fullstendig implementert. Undersøkelsen til Gjerberg og Sørensen i 2004 viser i en studie noen få år etter at lederreformen var innført i norske sykehus, at ca halvparten av sykehusene og avdelingene hadde hatt større eller mindre konflikter i forbindelse med innføring av enhetlig ledelse. (Tidsskr. Nor Legeforening 2006; 126:1063 – 6 Nr. 8 – 6. april 2006).

Organisatorisk hører sykehusene til ekspertorganisasjoner, hvor ulike profesjoner samarbeider om pasienten behandlingen. Teorien om ekspertorganisasjoner sier at profesjonene har en indre forståelse av yrkesutøvelsen og at lojaliteten til denne er sterk. Indirekte vil det da føre til at det vil være vanskeligere å utøve ledelse etter «top-down» prinsippet. Lojaliteten til arbeidsstokken ligger ofte i den fagspesifikke delen. Arbeidstakerne har fokus på å løse oppgaver, ofte komplekse oppgaver hvor yrkesstoltheten og lojaliteten til faget er retningsgivende for løsningen. I følge teorien vil profesjoner helst ledes av sin egen profesjon (Strand 2012). Ut fra teorien om ekspertorganisasjoner og profesjoner skulle man kunne tenke seg at det ble vanskelig å implementere enhetlig ledelse, i alle fall på det nivået hvor sykepleiere og leger samarbeider tettest.

I mange teorier antas det at den mest effektive måten å koordinere og kontrollere de komplekse aktivitetene som arbeidsaktiviteter representerer, er gjennom formelle strukturer. Dette baserer seg på synet om at aktiviteten tilsvarer beskrivelsen av formell struktur. Empirisk undersøkelser viser derimot til at det i mange tilfeller er et gap mellom den formelle og den uformelle delen av organisasjonen. (Meyer & Rowan, 1977). Organisasjoner påvirkes av og tilpasser seg omgivelsene, og de blir stadig mer isomorf med tilsvarende organisasjoner. Sett i forhold til enhetlig ledelse og innføring av det, var det en trend i tiden at ledere måtte ansvarlig gjøres, ikke minst i forhold til økonomi. Gjennom linjeledelse skulle de øverste lederne få kontroll over ledere og det som ble utøvd av ledelse. På den måten kan man si at overgangen til enhetlig ledelse hadde sin naturlige tilknytning til samfunnets krav om at helsevesenet ikke skulle styres ut fra impulser og tilfeldige innspill.

Den nyinstitusjonelle organisasjonsteorien viser at organisasjoner kan innføre nye organisasjonsstrukturer men samtidig dekoppe dem fra daglig praksis og aktivitet. Det betyr at organisasjoner ut fra legitimitetskrav formelt innfører nye formelementer og strukturer for å tilfredsstille forventninger fra omgivelsene, men samtidig sørger for å holde dem frikoplet fra praksisfeltet. De er innført for å tilfredsstille omgivelsene, men er uegnet til å styre interne aktiviteter. (Røvik, 2009)

Med dette som bakgrunn ønsker jeg å se på om vi har innført enhetlig ledelse i norske intensivavdelinger. Valg av intensivavdeling har sin bakgrunn i to forhold. For det første så jobber jeg selv som ledere på intensivavdeling og for det andre så er det fagfolk hvor både lege og sykepleiergruppen i mange tilfeller har tilleggsutdanning innen for sin spesialitet. Med andre ord kan man anta at profesjonskulturen kan slå inn på en tyngre måte enn på andre avdelinger.

Selve undersøkelsen

Jeg vil gjennomføre en kvantitativ undersøkelse og bruke surveyXact som redskap for å gjennomføre en spørreundersøkelse blant ledere på intensivavdelinger i Norge. Spørsmålene vil gå på ledelse, struktur og ansvarsområde. Spørsmålene vil ikke innbefatte spørsmål om pasientopplysninger eller behandlingsmetoder. Samtidig som jeg gjennomfører spørreundersøkelsen vil jeg be om organisasjonskartet til den aktuelle avdelingen for å se på den formelle strukturen i organisasjonen.

Respondentenes svar vil anonymiseres i presentasjonen.

Godkjenning fra NSD 1/9-16.

Fordi denne oppgaven ikke innbefatter pasientsensitive opplysninger er den vurdert som ikke meldepliktig til REK.

Spørreskjema vil bli sendt fra meg august/september 2016.

#### Litteratur:

Lovdata: Spesialisthelsetjenesteloven: § 3-9. Ledelse i sykehus. Vedtatt 1999. Ikrafttredelse 2001.

Gjerberg, E. Sørensen, B. Aa. (2006) «Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet?», Tidsskrift for Den Norske Legeforening, Vol 126 No 8, pp. 1063 – 6

Strand, T. (2012), Ledelse, organisasjon og kultur, Fagbokforlaget, Bergen.

Meyer, J.W. og Rowan B. (1977) «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony», American Journal of Sociology, Vol 83 No 3, pp.340-363.

Røvik, K. A. (2009) «Trender og translasjoner», Universitetsforlaget, Oslo.

Vedlegg 4:

Masteroppgave på Universitet i Agder, fakultet for samfunnsvitenskap.

Ledelse i offentlig sektor, retning helse.

Grethe Abusdal

Temaet jeg ønsker å undersøke er: **Har vi enhetlig ledelse i norske intensivavdelinger?**

Viser til henvendelse på telefon i juni/juli/august/september hvor jeg har fått tilgang til din e-post og at du muntlig har sagt at du kan besvare spørreskjema.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, men jeg oppfordrer deg til å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg, blir data slettet dersom de ikke allerede er inngått i analyser.

Undersøkelsen søkes godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Data oppbevares på PC med passordbeskyttelse og slettes når prosjektet er avsluttet, senest juni 2017.

Alle resultater som blir formidlet fra undersøkelsen vil være anonyme.

Ved å besvare spørreskjemaet vil det bli betraktet som at du aksepterer å delta i undersøkelsen.

D.D. Kristiansand

Grethe Abusdal

Vedlegg 5:

Velkommen til undersøkelsen om enhetlig ledelse på norske intensivavdelinger!

Undersøkelsen vil ta ca 10 minutter å besvare.

Du kan når som helst bruke knappene nedenfor for å navigere deg frem og tilbake i undersøkelsen.

Trykk på neste for å komme i gang.

Med vennlig hilsen  
Grethe Abusdal

---

Vi starter med et par spørsmål om bakgrunnen din.

---

Kjønn?

Mann  Kvinne

---

Alder?

---

Hvor mange år har du jobbet i din nåværende jobb?

---

---

Hvilken utdanning har du?

Sykepleier  Lege  Annet, vennligst spesifiser:

---

Har du tilleggsutdanning innen din spesialitet som helsearbeider?

Ja  Nei

---

\*\*

---

Hvilken tilleggsutdanning har du innen helsearbeid?

---

---

Har du utdanning innen ledelse?

Ja  Nei

---

---

Hvilken utdanning innen ledelse har du tatt?

---

---

Vi går nå over til selve kartleggingen av enhetlig ledelse.

---

---

\*\*

Hva er tittelen til leder på intensiv?

---

---

Har enheten egen leder for sykepleiertjenesten?

Ja  Nei

---

---

Har enheten egen leder for legetjenesten?

Ja  Nei

---

---

Er leger og sykepleiere organisert i samme enhet?

Ja  Nei

---

---

\*\*

I et følgende kommer det nå noen spørsmål som begynner med: Hvem har.....? Vi spør ikke etter navn på personer, men tittelen til vedkommende som benyttes i organisasjonskartet.

---

---



Hvem har personalansvar for sykepleierne?

---

Hvem har personalansvar for legene?

---

Hvem har det økonomiske ansvaret?

---

\*\*

Hvordan foregår prioriteringene når det skal foretas innkjøp av nytt utstyr?

---

Hvem gir innspill til prioriteringer ved innkjøp av utstyr?

---

Hvem prioriterer det man skal satse på innen fagutviklingsarbeid?

---

I hvilken grad mener du det er enhetlig ledelse på intensiv?

Har enhetlig ledelse  I stor grad  I hverken liten eller stor grad  I liten grad  Har ikke enhetlig ledelse

---

Har du noe annet du vil tilføye/forklare i forhold til hvordan ledelse er organisert på intensiv?

---

\*\*

Takk for dine svar!

De er nå lagret.

Med vennlig hilsen  
Grethe Abusdal

---