

Koordinering i klinisk ledelse - besværlig, men uunnværlig

*En komparativ casestudie
av ledelsesstrukturen på to norske sykehus*

Eirik Lappegard



Mai 2015

UNIVERSITETET I OSLO

Det medisinske fakultet, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Veileder: Trond Tjerbo

Oppgave innlevert som en del av graden:

Master of Philosophy in Health Economics, Policy and Management

Koordinering i klinisk ledelse

- besværlig, men uunnværlig

*En komparativ casestudie
av ledelsesstrukturen på to norske sykehus*

Copyright Eirik Lappegard

2015

Koordinering i klinisk ledelse – besværlig, men uunnværlig

Eirik Lappegard

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Kliniske ledere, klinikere som tar på seg lederroller, står i en utfordrende mellomposisjon i sykehusorganisasjonen. De må koordinere vertikalt mellom toppledelsen og pasientbehandlingen og horisontalt mellom fagprofesjoner som både er selvstendige og gjensidig avhengige av hverandre. Siden ledelse og organisering må ses i sammenheng, tar denne studien for seg hvordan ledelsesstrukturen påvirker koordineringen i klinisk ledelse. Studiens problemstilling er: Hvordan påvirker enhetlig todelt fagledelse koordineringen mellom kliniske ledere?

Metode: Det ble utført en komparativ case studie på to norske sykehus med hver sin ledelsesstruktur. Sykehus A hadde enhetlig ledelse og sykehus B enhetlig todelt fagledelse. Datamaterialet ble innhentet ved hjelp av åtte semistrukturerte intervjuer av kliniske ledere på seksjons- og avdelingsnivå. Halvparten av informantene var leger og halvparten sykepleiere. Datamaterialet ble analysert i lys av tre perspektiver innen organisasjonsteorien; det instrumentelle perspektivet, kulturperspektivet og myteperspektivet.

Funn: Studien finner en sammenheng mellom ledelsesstruktur og koordinering i klinisk ledelse, slik det instrumentelle perspektivet skulle tilsi. Kultur- og myteperspektivet supplerte studiens funn i mindre grad. På sykehus B fungerte horisontal koordinering godt takket være en omfattende tverrfaglig formell møtestruktur. Unntaket var horisontal koordinering innen økonomi, der delte budsjetter for hver fagsøyle opplevdes uhensiktsmessig. På sykehus A var horisontal koordinering preg av å være begrenset til faglig koordinering og omfattet ikke driften i sin helhet. Et gap mellom seksjons- og avdelingsnivået i sykepleiesøylen gav vertikale koordineringssutfordringer for sykehus B. Dette skyldtes blant annet mange og store seksjoner som gav et stort kontrollspenn på avdelingsnivå.

Konklusjon: Studien viser at enhetlig ledelse og enhetlig todelt fagledelse begge gir utfordringer for koordineringen i klinisk ledelse. Det gir imidlertid utslag på ulike måter. Mens sykehuset med enhetlig todelt fagledelse hadde størst utfordring med vertikal koordinering, hadde sykehuset med enhetlig ledelse størst utfordring med den horisontale.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har avrundet mange år med studier. Det har vært en omfattende prosess, men også givende og lærerik.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Trond Tjerbo. Du har gitt svært god oppfølging gjennom hele prosessen. Takk for konstruktiv kritikk og formidling av tro på prosjektet. Takk også til Frode Veggeland som satte meg på rett spor. Denne oppgaven hadde ikke vært den samme uten dine anbefalinger i studiens oppstartsfase.

Takk til alle informanter som stilte opp på intervju og gjorde denne studien mulig. Jeg setter stor pris på at dere så velvillig delte av deres erfaringer som ledere. Takk også til min far som har bidratt med ivrig korrekturlesning.

Til slutt, takk til Anne Kristin for all støtte og oppmuntring du har gitt meg underveis.

Oslo, 8. mai 2015

Eirik Lappegard

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Valg av design og metode	3
1.2	Teoretisk rammeverk	4
1.3	Begrepsavklaring	5
1.4	Avgrensing	5
1.5	Oppgavens oppbygning	6
2	Bakgrunn	6
2.1	Veien frem til ulike ledelsesstrukturer	6
2.1.1	Fra medikrati til enhetlig ledelse	6
2.1.2	Helseforetaksreformen og omorganiseringer	8
2.2	Profesjonenes holdning til ledelse	11
3	Teori	12
3.1	Koordinering	12
3.2	Det instrumentelle perspektivet	14
3.2.1	Egebergs instrumentelle analysemodell	15
3.2.2	Studiens analysemodell	16
3.2.3	Forventninger fra et instrumentelt perspektiv	17
3.3	Det institusjonelle perspektivet	19
3.3.1	Kulturperspektivet	20
3.3.2	Forventninger fra kulturperspektivet	21
3.3.3	Myteperspektivet	22
3.3.4	Forventninger fra myteperspektivet	24
4	Metode	24
4.1	Studiedesign og metode	25
4.2	Utvalg av sykehus og informanter	25
4.3	Dataanalyse	27
4.4	Intern og ekstern validitet	29
4.5	Refleksivitet	31
5	Empiri	32
5.1	Sykehusene og deres organisasjons- og ledelsesstruktur	32
5.1.1	Organisering av medisinsk klinikk - Sykehus A	33
5.1.2	Organisering av medisinsk klinikk - Sykehus B	34
5.2	Koordinering i klinisk ledelse	36
5.2.1	Horisontalt koordinering	36
5.2.2	Oppsummering	42
5.2.3	Vertikal koordinering	43
5.2.4	Oppsummering	48
6	Diskusjon	49

6.1	<i>To instrumentelle påstander</i>	49
6.1.1	Bedre horisontal koordinering på sykehus B?	49
6.1.2	Oppsummering	51
6.1.3	Dårligere vertikal koordinering på sykehus B?	52
6.1.4	Oppsummering	53
6.2	<i>Det institusjonelle perspektivet</i>	54
6.2.1	Kulturperspektivet	54
6.2.2	Myteperspektivet	55
6.2.3	Oppsummering	57
6.3	<i>Forholdet til lovkravet om enhetlig ledelse</i>	58
7	Konklusjon	60
	Vedlegg	66
	<i>Vedlegg 1: Intervjuguide</i>	66
	<i>Vedlegg 2: Kvittering fra NSD</i>	68

Figurer og tabeller

Figur 1: Enhetlig todelt fagledelse.....	2
Figur 2: Enhetlig ledelse (avdelingsnivå).....	3
Figur 3: Todelt ledelse/ teamledelse (forenklet).....	7
Figur 4: Enhetlig ledelse (forenklet).....	7
Figur 5: Todelt fagledelse (forenklet).....	9
Figur 6: Egebergs analysemodell.....	15
Figur 7: Studiens analysemodell.....	16
Tabell 1: Oppsummering av forventede funn i et instrumentelt perspektiv.....	18
Figur 8: Studiens analysemodell (inkludert det institusjonelle perspektivet).....	20
Tabell 2: Oversikt over informantene.....	26
Figur 9: Forenklet organisasjonskart – Sykehus A.....	34
Figur 10: Forenklet organisasjonskart – Sykehus B.....	35
Figur 11: Sammenhengen mellom ledelsesstruktur og koordinering i de tre perspektivene.....	58

1 Innledning

De siste tiårene har sykehusets administrative ledelse blitt profesjonalisert. Toppledelsen styrer etter økonomisk og administrativ forståelse fundert på klassisk management teori (Spehar & Kjekshus, 2012b). Samtidig er sykehuset beskrevet som et profesjonelt byråkrati med klinisk kjernevirksomhet dominert av sterke og selvstendige profesjoner (Mintzberg, 1983). Motstridende verdier og målsettinger har ført til et gap mellom administrativ og klinisk forståelse (Glouberman & Mintzberg, 2001).

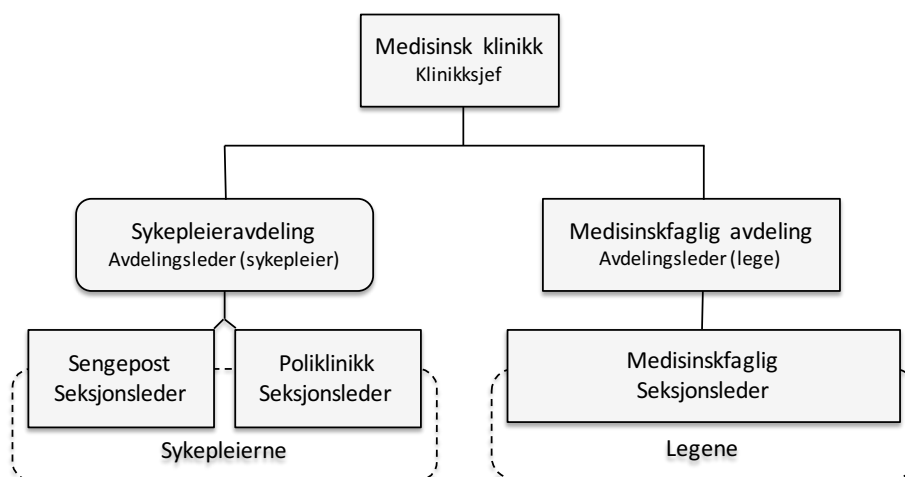
Kliniske ledere, klinikere som tar på seg lederansvar, befinner seg midt i dette spenningsforholdet mellom administrativ og klinisk logikk. Kliniske ledere befinner seg også i et annet spenningsforhold, spenningen mellom de to største fagprofesjonene, legene og sykepleierne. Hver fagprofesjon har stor grad av selvstendighet og spesialisert kompetanse (L. Berg & Byrkjeflot, 2014). Samtidig er profesjonene gjensidig avhengige av hverandre, både i pasientbehandlingen og i det kliniske lederskapet (Johansen, 2009b; Mo, 2008). Kliniske ledere står dermed overfor to viktige koordineringsutfordringer, vertikal koordinering mellom administrativ og klinisk logikk og horisontal koordinering mellom fagprofesjonene.

I de siste årene er det gjort flere norske studier om klinisk ledelse. Blant annet hvordan klinisk ledelse påvirkes av reformer og lovendringer (Johansen, 2009b; Mo, 2008) og hvordan leger og sykepleiere oppfatter lederrollen forskjellig (L. Berg & Byrkjeflot, 2014; Spehar & Kjekshus, 2012a). Det er imidlertid begrenset kunnskap om hvordan ledelsesstrukturen påvirker koordineringen i klinisk ledelse.

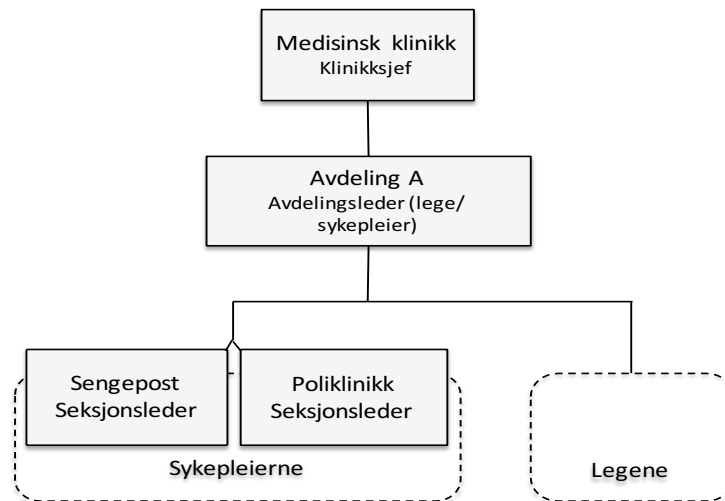
Ledelse og organisering må ses i sammenheng med hverandre (Kjekshus, 2007; Kjekshus & Bernstrøm, 2013). Norske sykehus har ulike modeller for ledelsesstruktur. Ledelsesstrukturene setter føringer for hvilke profesjoner som innehar lederstillingene. Ledelsesstrukturene har også betydning for om lederen leder leger, sykepleiere eller begge fagprofesjoner. Dette gir forskjellig utgangspunkt for ledernes koordinering, både horisontalt og vertikalt i organisasjonen. Ikke minst fordi leger og sykepleiere har hver sin sterke profesjonstilhørighet med sine særtrekk og handlemåter (L. Berg & Byrkjeflot, 2014; Spehar, Frich, & Kjekshus, 2014). Denne studien vil derfor se på sammenhengen mellom ledelsesstruktur og koordinering i klinisk ledelse.

Studien konsentrerer seg om to hovedvarianter av ledelsesstrukturer på norske sykehus; enhetlig todelt fagledelse og enhetlig ledelse. *Enhetlig todelt fagledelse* har separate seksjoner og avdelinger for leger og sykepleiere. En lege leder den medisinskfaglige enheten og en sykepleier leder den sykepleiefaglige enheten. Hver avdeling har kun én leder. *Enhetlig ledelse* har også én leder for hver enhet, men her ledes legene og sykepleierne innenfor samme enhet. Lederstillingen er profesjonsnøytral, men er stort sett besatt av en lege eller sykepleier. Om lederen er en sykepleier, opprettes det en medisinskfaglig rådgiver som skal bistå sykepleieren i medisinskfaglige spørsmål.

Studien er utført på to ulike sykehus. Sykehus B har enhetlig todelt fagledelse både på avdelings- og seksjonsnivå (figur 1). Sykehus A har enhetlig ledelse på avdelingsnivå (figur 2). Mitt forskningsspørsmål er: *Hvordan påvirker enhetlig todelt fagledelse koordineringen mellom kliniske ledere?* Funnene fra sykehus B vil settes opp mot funnene fra sykehus A.



Figur 1: *Enhetlig todelt fagledelse*



Figur 2: Enhetlig ledelse (avdelingsnivå)

1.1 Valg av design og metode

Det finnes lite litteratur om hvordan koordinering i kliniske ledelse er påvirket av ledelsesstrukturen. Studien hadde derfor et eksplorativt design, den forsøkte å utforske en lite kjent sammenheng. Underveis i forskningsprosessen måtte det derfor holdes åpent for at sammenhengen var svak eller ikke eksisterende. Koordinering i klinisk ledelse kunne være påvirket av mange variabler og det ville være vanskelig å isolere ledelsesstrukturen som den eneste. Det kunne også være sammenhenger man ikke viste om på forhånd.

Kvalitativ metode åpner opp for fleksibilitet under datainnsamling og analyse. Den muliggjør også å studere fenomener som vanskelig lar seg måle eller tallfeste. Den egnet seg derfor godt for denne studien. Videre ble semistrukturerte intervjuer valgt som metode for datainnsamling. Semistrukturerte intervjuer gir informantene mulighet til å komme med egne erfaringer og forståelser.

Ledelsesstrukturer på to forskjellige sykehus ble sammenlignet. Studien kunne derfor også betegnes som en komparativ casestudie. To enkelttilfeller ble beskrevet og sammenlignet. Ifølge Yin (2009) er casestudie er hensiktsmessig metode når man stiller hvordan og hvorfor spørsmål og når forskeren har liten kontroll over sammenhengen eller fenomenet.

Koordinering i klinisk ledelse ble operasjonalisert i horisontal og vertikal koordinering. På den måten ble sammenligningen mellom ledelsesstrukturene enklere. De funn som ble gjort er ikke tenkt som *systemisk* generaliserbare. De er først og fremst gjeldende innenfor sykehusene i studien. Innenfor kvalitativ forskning åpnes det likevel opp for en *analytisk* generalisering (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskeren kan beskrive trekk og tendenser som kan ha overførbarhet i andre situasjoner enn casene som er studert. Det er da opp til leseren å vurdere i hvilken grad funnene er overførbare til egen situasjon (Malterud, 2001). Denne studien baserer seg på en slik forståelse av generalisering.

Begge sykehusene ligger på Østlandet og klassifiseres som mellomstore sykehus. Informantene var alle ledere på de to nederste ledernivåene i medisinsk klinikk og alle utenom én arbeidet innenfor samme grenspesialisering. Åtte informanter fra de to sykehusene ble intervjuet, fire leger og fire sykepleiere.

1.2 Teoretisk rammeverk

Datamaterialet ble analysert i lys av et organisasjonsteoretisk rammeverk. Jeg har tatt utgangspunkt i to hovedretninger innenfor organisasjonsteori, det instrumentelle og det institusjonelle. Det instrumentelle perspektivet ser organisasjonen som et verktøy og redskap for lederne til å realisere mål og verdier. Beslutningene anses som analytiske og rasjonelle. Institusjonell tilnærming åpner derimot for at organisasjonene har egne verdier og normer som har innflytelse på beslutningene som tas (Christensen, Lægreid, Roness, & Røvik, 2004).

For det instrumentelle perspektivet har jeg hentet inspirasjon fra Egeberg (1989). Egeberg har utviklet en instrumentell analysemodell om hvordan den formelle organisasjonsstrukturen påvirker beslutningsadferden (Egeberg, 1989). En modifisert versjon av analysemodellen brukes for å illustrere sammenhengen mellom koordinering og ledelsesstruktur.

Den institusjonelle tilnærmingen kan deles i to perspektiver, kultur og myte. I kulturperspektivet fokuseres det på uformelle, interne verdier og normer i organisasjonen. I myteperspektivet fokuseres det på betydningen av normer og verdier som finnes i organisasjonens omgivelser (Christensen et al., 2004).

1.3 Begrepsavklaring

- *Enhetlig ledelse* brukes om en ledelsesstruktur der én leder har det helhetlig ansvaret for avdelingen eller seksjonen. Lederstillingen er profesjonsnøytral, men i praksis er det stort sett leger eller sykepleiere som innehar disse stillingene.
- *Enhetlig todelt fagledelse* brukes om ledelsesstrukturen der enhetene er organisert etter fagprofesjon. Det er én leder for hver enhet. En lege er leder for legene og en sykepleier er leder for sykepleierne. For å forenkle navnet vil jeg fra nå av kalle denne ledelsesstrukturen for *todelt fagledelse*.
- En *seksjonsleder* brukes i denne studien om ledelsesnivået nederst mot klinikken og pasientene. En *avdelingsleder* leder på nivået over og har ansvar for seksjonene i avdelingen.
- *Klinisk ledelse* har ingen klar definisjon i litteraturen. Edmonstone (2009) bruker klinisk ledelse om ledere som fortsatt har en rolle i klinisk arbeid (Edmonstone, 2009). I denne studien regnes også fulltids ledere som tidligere har arbeidet klinisk som kliniske ledere. Én medisinskfaglig rådgiver er inkludert som informant i studien, selv om det kan diskuteres om en slik stilling kan betraktes som en del av klinisk ledelse.
- *Horisontal og vertikal koordinering* blir beskrevet nærmere i kapittel 3.

1.4 Avgrensning

Studien fokuserer på koordinering i klinisk ledelse på de to nederste ledernivåene. Det konsentreres om koordinering *innenfor samme enhet*. Koordinering mellom forskjellige enheter på sykehuset og mellom enheten og service- og støttefunksjoner går utenfor studiens rammer. Jeg ser heller ikke på koordinering mellom enheten og førstelinjetjenesten. Det er vektlagt koordinering mellom de to største profesjonene, leger og sykepleiere. Andre yrkesgrupper er ikke inkludert.

Studien begrenser seg til å se på ledelsesstrukturene på medisinsk klinikk på hvert av sykehusene. Organisasjonsstrukturen som helhet blir ikke nærmere diskutert. Dette innebærer blant annet at sykehusenes organisering av grenspesialitetene, samt service-

og støttefunksjoner i liten grad beskrives. Som nevnt anses likevel sykehusene som sammenlignbare både i størrelse og antall ledelsesnivåer.

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 presenteres bakgrunnsinformasjon for oppgaven. I kapittel 3 redegjøres det for de ulike teoretiske perspektivene og hvilke forventninger disse perspektivene gir. I kapittel 4 forklares studiens metode og hvordan analysen av datamaterialet er gjort. Her vil jeg også diskutere studiens styrker og svakheter. Empirien blir presentert i kapittel 5. I kapittel 6 følger en diskusjon av empirien. Funnene vil ses i lys av de teoretiske perspektivene fra kapittel 3. Kapittel 7 inneholder studiens konklusjoner.

2 Bakgrunn

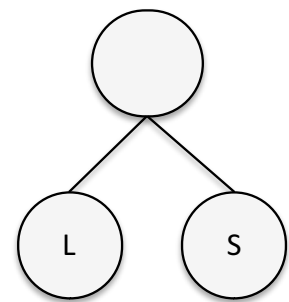
Dette kapittelet presenterer relevant bakgrunnsinformasjon for å forstå studiens funn. Kapittelet vil samtidig gi en gjennomgang av aktuell litteratur. Først vil jeg forklare historikken som har ført frem til de ulike ledelsesstrukturene i norske sykehus. Her vil jeg legge særlig vekt på innføringen av enhetlig ledelse i 2001 og sykehusreformen i 2002. Til slutt vil jeg se nærmere på fagprofesjonenes holdning til ledelse.

2.1 Veien frem til ulike ledelsesstrukturer

2.1.1 Fra medikrati til enhetlig ledelse

Legene har historisk sett hatt stor makt og innflytelse på sykehuset. Inntil 60-tallet ble sykehusene styrt av et kollegium av sjefsoverleger. Ledelsen fikk assistanse av en administrativ forvalter, men legene hadde likevel autoritet til å drive sykehuset som de selv ville. Overlegene var selvskrevne ledere i kraft av sin medisinske fagkunnskap (Torjesen, 2007). Sykehusene kunne dermed karakteriseres som "medikratiske" institusjoner (O. Berg, 2009).

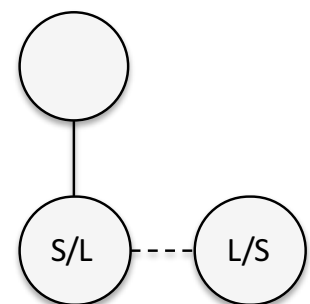
Utover 70-årene vokste sykehusene i størrelse og det ble behov for økt personale, budsjett og økonomistyring. Dette bidro til en ekspanderende sykehusadministrasjon. Samtidig spilte sykepleierne en stadig viktigere rolle på sykehuset. Sykepleiefaget fikk økende status og flere sykepleiere tok på seg de nye administrative oppgavene (Torjesen, 2007). Det utviklet seg en todelt ledelse på sengeposten der avdelingsoverlegen og avdelingssykepleieren styrte sammen (figur 3). Avdelingsoverlegen hadde ansvar for pasientbehandlingen og den medisinskfaglig kvaliteten. Avdelingssykepleieren hadde ansvar for pleiefunksjoner og de fleste administrative oppgaver. Det var likevel avdelingsoverlegen som hadde siste ord i den daglige driften (L. Berg & Byrkjeflot, 2014). I 1997 var omtrent 90% av sykehusene i Norge organisert etter todelt ledelse (Spehar & Kjekshus, 2012b). Selv om ledelsen var todelt, var legene og sykepleierne organisert under samme avdeling.



Figur 3: Todelt ledelse/
teamledelse (forenklet)
(L = Lege S = Sykepleier)

Utover 90-tallet opplevde sykehusene en sterk kostnadsvekst. Behandlingsformene ble dyrere, etterspørselen økte og ventelistene ble lengere. Dette førte til det som ble kalt "sykehuskrisen", og politikerne søkte etter løsninger for en mer effektiv drift (Spehar & Kjekshus, 2012b).

Sosial- og helsedepartementet nedsatte "Steine-utvalget" i 1996 som skulle utrede spørsmålet om intern organisering og ledelse i norske sykehus (Gjerberg & Sørensen, 2006; Traasdahl, 2012). Utvalget anbefalte at den eksisterende todelte ledelsen med både leger og sykepleiere burde erstattes med enhetlig ledelse (figur 4). Det betydde at hver organisatoriske enhet skulle ledes av en person uavhengig av profesjonsbakgrunn. (NOU 1997:2, 1997; Torjesen, 2007). Forslaget fra Steineutvalget fikk politisk gjennomslag og Stortinget innførte et lovkrav om enhetlig ledelse på sykehusene med kraft fra 1. januar 2001 ("Lov om spesialisthelsetjenesten," 1999).



Figur 4: Enhetlig ledelse
(forenklet)
(L = Lege S = Sykepleier)

Hovedhensikten med enhetlig ledelse var at ansvarslinjene i sykehusene skulle bli

klarere og kommunikasjonen mellom nivåene enklere. Avdelingslederen skulle ha det fulle og hele ansvar for avdelingens drift og alle ansatte. Dette forutsatte en mer profesjonell lederrolle og reell lederkompetanse. Man åpnet derfor opp for en tilsettingsprosess der ledelseskvalifikasjoner og ikke profesjon skulle være avgjørende ved valget av leder. Det ble likevel anbefalt at lederen også hadde helsefaglig bakgrunn. Der den tilsatte ikke var lege, skulle avdelingen i tillegg ansette en medisinskfaglig rådgiver som tok seg av medisinskfaglige spørsmål (NOU 1997:2, 1997).

Vedtaket om å innføre enhetlig ledelse brøt med en etablert arbeidsdeling og var meget omdiskutert. Implementeringen av ordningen skapte uro og konflikter ved en rekke sykehusavdelinger og debatt i presse og tidsskrifter. Legeforeningen mente det totale lederansvaret ikke kunne tilhøre andre enn leger, siden sengepostens kjerneaktivitet var medisinsk diagnostikk og behandling (Aarseth, 1997). Enkelte leger sa også opp sine stillinger i protest mot å bli underordnet en sykepleier (Gjerberg & Sørensen, 2006). De mente ordningen med medisinskfaglig rådgiver ikke var tilstrekkelig. Siden en medisinskfaglig rådgiver ikke skulle ha utøvende myndighet, kunne ansvaret på avdelingen bli pulverisert (Sundar, 2000).

De største protestene stilnet, men halvparten av norske sykehusavdelinger rapporterte en pågående konflikt 3 år etter lovendringen (L. Berg & Byrkjeflot, 2014). Dette var imidlertid i en tid med store omveltninger i spesialisthelsetjenesten og må ses i sammenheng med blant annet helseforetaksreformen i 2002.

2.1.2 Helseforetaksreformen og omorganiseringer

Fra 2002 ble spesialisthelsetjenesten organisert som 20 helseforetak (HF) underlagt fem (senere fire) regionale helseforetak (Sosial- og helsedepartementet, 2000-2001). Eierskapet av sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten. Helseforetakene fikk likevel utstrakt beslutningsmyndighet og resultatansvar. Som en følge av reformen bar sykehusene en større økonomisk risiko enn tidligere.

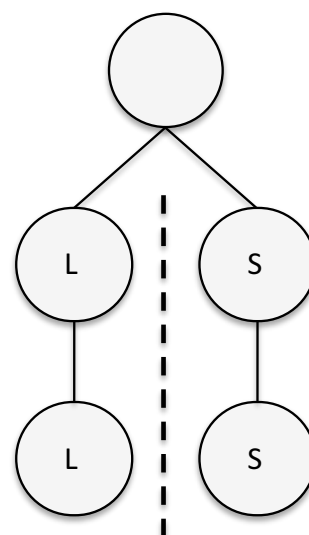
Helsetaksreformen var inspirert av ideer fra New Public Management (Spehar & Kjekshus, 2012b). Norge hadde tidligere blitt sett på som en "reluctant reformer", men med Helseforetaksreformen tok Norge igjen etterslepet (Spehar & Kjekshus, 2012b). New Public Management (NPM) kan karakteriseres som et samlebegrep om

reformforsøk i offentlig sektor med kostnadseffektivisering som hovedhensikt. Dette ble blant annet oppnådd gjennom konkurranseutsetting, målstyring og rasjonalisering. Vedtaket om enhetlig ledelse kan også ses i lys av tankegangen i NPM (Johansen, 2009a; Mo, 2006).

Helseforetaksreformen førte til omorganiseringer. Skjerpede krav om økonomisk balanse gav også incentiver for å finne bedre og mer lønnsomme organisasjonsmodeller (Nerland, 2007). Flere mindre lokalsykehus ble etter hvert slått sammen i større sykehus under én ledelse. Det ble mer utbredt bruk av divisjons- og klinikkorganisering og antall ledernivåer var økende. I 2005 hadde de fleste sykehusene 3 ledernivåer, mens i 2012 var 67 % av sykehusene organisert med 4 ledernivåer (Kjekshus & Bernstrøm, 2013) ¹.

Sykehusene tilpasset seg etter hvert vedtaket om enhetlig ledelse. Mange sykehus innførte en ledelsesstruktur der enheten ble ledet av én leder i tråd med prinsippet om enhetlig ledelse. Johansen (2009a) fant imidlertid at ledelsesstrukturen ofte kunne være "skinnimplementert". På papiret hadde sykehuset enhetlig ledelse, men i praksis fungerte ledelsen slik den hadde gjort ved todelt ledelse (Johansen, 2009a).

Flere sykehus tilpasset også ledelsesstrukturen slik at den lignet mer på todelt ledelse. Dette ble for eksempel gjort ved at enheten hadde en assisterende leder med motsatt profesjonsbakgrunn enn lederen. Om lederen var en lege var assisterende en sykepleier, og motsatt (Brenden, 2010). Sammen arbeidet de mer eller mindre som team. Sykehuset tilfredsstilte kravene til enhetlig ledelse, men man kan spørre seg om intensjonen om én ansvarlig leder var bevart. Blant annet er Akershus universitetssykehus organisert på denne måten (Brenden, 2010).



Figur 5: Todelt fagledelse (forenklet)
(L = Lege S = Sykepleier)

¹ INTORG-studien viser imidlertid at endringene begynte før sykehusreformen og kan derfor ikke tilskrives helseforetaksreformen alene (Kjekshus & Harsvik, 2007).

En annen måte å omgå vedtaket om enhetlig ledelse, var innføring av todelt fagledelse (figur 5). Her ble legene og sykepleierne separert i ulike enheter. En lege ledet den medisinskfaglige enheten og en sykepleier ledet den sykepleiefaglige enheten. Et økende antall sykehus har i de siste årene innført denne ledelsesstrukturen (Kjekshus, 2013). Blant annet er medisinsk klinikk på Universitetssykehuset i Nord-Norge organisert på denne måten (Traasdahl, 2012; UNN, 2015).

Enkelte sykehus gikk enda lengre og innførte gjennomgripende endringer i ledelsesstrukturen helt opp til toppledelsen. Akershus Universitetssykehus (AHUS) er et eksempel på dette. I forbindelse med utbygging av nytt AHUS ble det i 2007 forsøkt en helt ny organisasjonsmodell inspirert av sykehus i USA (Lippestad, Harsvik, & Kjekshus, 2011). I tillegg til medisinsk og kirurgisk divisjon ble sykepleierne skilt ut i en egen divisjon for sykepleie. I denne divisjonen ble det gjennomført sykepleieleidelse på alle nivåer. De to linjene med medisin og sykepleiefag var separert i egne enheter på alle nivåer helt opp administrerende direktør. Organisasjonsmodellen ble imidlertid endret igjen i 2010 da den ikke fungerte etter intensjonen. Hovedårsaken var mangelfull implementering av Divisjon for sykepleie (Lippestad et al., 2011).

Jeg har ikke funnet tall på hvor utbredt de ulike ledelsesstrukturene er. Dette er imidlertid ikke så lett å få oversikt over. Hvert sykehus kan ha flere ulike ledelsesstrukturer samtidig. For eksempel kan kirurgisk klinikk ha todelt fagledelse og medisinsk klinikk kan ha mer rendyrka enhetlig ledelse. Man finner også eksempler på ledelsesstrukturer med elementer fra både todelt fagledelse og enhetlig ledelse. Ledelsesstrukturen vil også avhenge av sykehusets størrelse og hvordan sykehuset ellers er organisert. Sykehusene kan blant annet ha flere geografiske lokalisasjoner, varierende antall grenspesialiteter og ulikt antall ledelsesnivåer.

I kapittel 6 kommer jeg tilbake til utviklingen av de ulike ledelsesstrukturene. Selv om studien ikke omhandler dette direkte, er det naturlig å sette ledelsesstrukturene i sykehus A og B i en større sammenheng og trekke linjene tilbake til vedtaket om enhetlig ledelse.

2.2 Profesjonenes holdning til ledelse

Klinisk ledelse utøves ulikt av leger og sykepleiere. Dette er viktig å ha som bakteppe før jeg presenterer mine informanters erfaringer i kapittel 5. Profesjonenes særtrekk og handlemåter setter føringer for hvordan de koordinerer mellom ledernivåene og med hverandre.

Sykepleierne har i større grad enn legene identifisert seg med den nye managementforståelsen (Torjesen, 2007). Sykepleieledere drifter seksjonen på fulltid og tar et helhetlig ansvar for driften inkludert personalansvar, service, økonomi og kvalitetsarbeid. Sykepleierne ser på ledelse som en karrierevei. Flere av lederne har gjennomført videreutdanning innen ledelse eller sykepleievitenskap. (Johansen, 2009b; Torjesen, 2007).

I en nyere studie av Berg (2014) fremhever sykepleieledere likevel sin kliniske bakgrunn som viktig og identifiserer seg mer som sykepleier enn ledere. Sykepleiernes inntog som ledere er blitt forstått som et forsøk å etablere en sterkere og mer selvstendig profesjon (L. Berg & Byrkjeflot, 2014).

Legelederne leder med utgangspunkt i faget og er nært tilknyttet medisinsk praksis. På seksjonsnivå går det meste av arbeidstiden til klinisk arbeid. Selv ledere høyere i hierarkiet beholder en fot i klinikken. Fra legenes ståsted er dette naturlig. Fortsatt klinisk arbeid gir legitimitet som leder og blir sett på som viktig for å opprettholde den faglige kunnskapen. Lojaliteten til profesjonen er høy og klinisk spesialisering gir høyere status enn ledelse. Av denne grunn har et mindretall av legelederne tatt videreutdanning innen ledelse (Johansen, 2009b; Llewellyn, 2001; Mo, 2008; Torjesen, 2007).

Legenes begrensede interesse for drift og styring av sykehuset har blitt omtalt som legenes abdisering. Den økende tendensen til at legene organiserer seg i egne enheter beskriver Kjekshus som et resultat av legenes begrensede interesse for drift og styring: *"I dagens organisering er legene i ferd med å organisere seg ut av sykehuset. Mens legene lager stadig mindre legeseksjoner, lager sykepleierne store avdelinger hvor de virkelige store driftsavgjørelsene tas. Legene konsentrerer seg om faget."* (Kjekshus, 2013).

Dette bildet er imidlertid i ferd med å nyanseres. Berg (2014) finner at leger i økende grad aksepterer management som en nødvendig del av klinikken. Flere leger leder på heltid og flere anser ledelse som en karrierevei (L. Berg & Byrkjeflot, 2014). Dette er blitt sett på som en måte legene kan reetablere profesjonens innflytelse og autoritet i sykehuset (Spehar & Kjekshus, 2012b). I 2012 var 48 % av avdelingslederne leger, 40 % sykepleiere og 12 % hadde annen yrkesbakgrunn. Av seksjonsledere var det 28 % leger, 55 % sykepleiere og 17 % av annen yrkesbakgrunn (Kjekshus & Bernstrøm, 2013).

Leger, men også sykepleiere med mer forståelse for ledelse, er fortsatt etterspurt (Spehar & Kjekshus, 2012a; The McKinsey Quarterly, 2009). Kliniske ledere med en fot innenfor både klinisk og administrativ tankegang blir sett på som viktige brobyggere (Kippist & Fitzgerald, 2009; Llewellyn, 2001) i sykehusorganisasjonen. Flere studier viser også at kliniske ledere bidrar til å heve kvaliteten og effektiviteten av pasientbehandlingen (McKinsey & Company & London School of Economics and Political Science, 2010; The McKinsey Quarterly, 2009; Warren & Carnall, 2011).

3 Teori

Organisasjonsteori prøver å forklare hvordan samspillet mellom mennesker og organisasjoner kan forstås. Tre mye brukte perspektiver i organisasjonsteorien er det instrumentelle perspektivet, kulturperspektivet og myteperspektivet. Jeg vil her presentere de grunnleggende ideene i disse perspektivene. Jeg vil også beskrive de forventede funn hvert perspektiv gir. Perspektivene vil senere i oppgaven bli brukt til å belyse hvordan ledelsesstrukturen påvirker koordineringen i kliniske ledelse. Før jeg kommer inn på perspektivene vil jeg gjøre rede for begrepet koordinering, og hvilke rolle koordinering har i organisasjonen.

3.1 Koordinering

En organisasjon består ifølge Mintzberg (1983) av to fundamentale egenskaper, *arbeidsdeling og koordinering*. Det totale arbeidet organisasjonen skal utføre må fordeles utover aktørene. Dette innebærer en spesialisering. Hver aktør har sin funksjon og arbeidsområde. Spesialiseringen av arbeidsoppgavene skaper behovet for

koordinering mellom aktørene. Bare gjennom god koordinering kan organisasjonene fungere som tiltenkt (Mintzberg, 1983).

Koordineringen i en organisasjon fungerer på ulike måter. *Vertikal koordinering* fordrer et hierarki med ulike ledelsesnivåer. Lederen koordinerer sine underordnede gjennom styring og kontroll (Christensen et al., 2004; Mintzberg, 1983). God koordinering oppnås blant annet ved at lederen har legitimitet og innflytelse. Vertikal koordinering går også motsatt vei, oppover i hierarkiet. Dette kan ses på som informasjon lederen trenger for å gjøre beslutninger (Christensen et al., 2004).

Stor arbeidsdeling på tvers i organisasjonen gir også behov for horisontal koordinering. Profesjonene i et sykehus er gjensidig avhengige av hverandre for å kunne utføre jobben. Koordineringen skjer både gjennom uformell kommunikasjon og mer formelt samarbeid med faste tverrfaglige møter. Horisontal koordinering finner sted i den operative kjernen, men også mellom ledelsesnivåene høyere i organisasjonen (Christensen et al., 2004).

Organisasjoner med flat struktur har stor grad av horisontal koordinering. I organisasjoner som er vertikalt spesialiserte er vertikal koordinering den dominerende koordineringsmekanismen (Christensen et al., 2004).

Ifølge Mintzberg (1983) kan koordinering også gjøres ved hjelp av standardisering; standardisering av oppgaver, resultat eller kompetanse. Han trekker frem standardisering av kompetanse som en viktig koordineringsmekanisme på sykehus. Fagprofesjonene har ett sett av kunnskap og ferdigheter som på forhånd er definert. For eksempel trenger anestesilegen og kirurgen knapt å kommunisere under en operasjon, de vet begge hva som skal gjøres og hva de kan forvente av hverandre (Mintzberg, 1983).

Siden profesjonene har *standardisert kompetanse* med stor selvstendighet i arbeidet, lar de seg vanskelig koordinere ovenfra. Mintzberg (1983) påpeker at de nærmeste lederne forsøker å styre profesjonene med vertikal koordinering, men at denne koordineringsmekanismen ofte ikke vil fungere i profesjonelt byråkrati. Han mener likevel at kliniske ledere, ledere med samme profesjonsbakgrunn som klinikerne, vil ha økt sjans for å lykkes (Mintzberg, 1983).

3.2 Det instrumentelle perspektivet

I et instrumentelt perspektiv ses organisasjonen som et instrument eller verktøy for å oppnå mål og verdier. Det instrumentelle perspektivet har lange tradisjoner i organisasjonsteorien med Taylor, Fayol, og Weber som viktige representanter (Burns, Bradley, & Weiner, 2006). Et viktig prinsipp i den instrumentelle tilnærmingen, med røtter helt tilbake til Webers byråkratiteori, er at den formelle organisasjonsstrukturen har betydning for organisasjonens beslutninger og atferd (Burns et al., 2006).

Med "formell organisasjonsstruktur"² menes et sett stabile normer og regler om hvordan organisasjonen er bygd opp og som i praksis til uttrykk gjennom organisasjonskart og stillingsinstrukser (Egeberg, 1989). Organisasjonsstrukturen er *formell* fordi de forventningene som er knyttet til aktørene er upersonlige, det vil si at de eksisterer uavhengig av hvilke personer som er ansatt (Egeberg, 1984, s. 21).

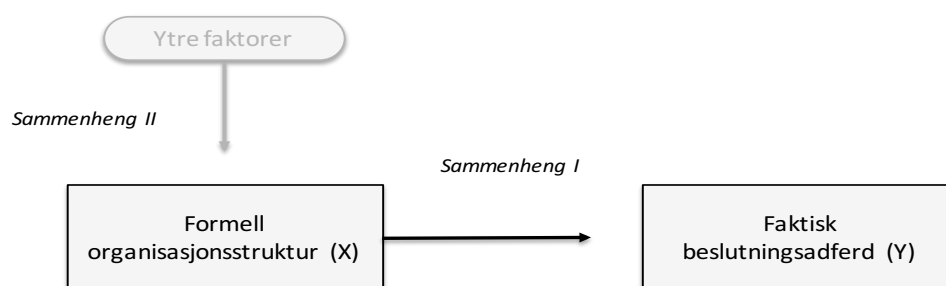
Gulick (1969) bygde på arbeidene til Weber og analyserte ulike organisasjonsprinsipper og hvordan dette kunne påvirke måloppnåelsen. Han mente organisasjonsstrukturer ordnet etter funksjon, formål, prosess, klient eller geografi ville gi ulike resultater (Christensen et al., 2004; Egeberg, 1984). Dette illustrerer en viktig antagelse i den instrumentelle tilnærmingen. Den formelle organisasjonsstrukturen er manipulerbar og endringer vil føre til endret beslutningsadferd. Organisasjonsstrukturen kan derfor brukes som et verktøy for å oppnå målsettinger. Man kan si at organisasjonsstrukturen kanalisere beslutningene i ønsket retning. Dette er også nødvendig fordi beslutningstageren i seg selv har begrenset rasjonalitet (Simon 1965 i Egeberg, 1984). Beslutningstageren har ikke oversikt eller kunnskap nok til å ta den optimale beslutning. Organisasjonsstrukturen er med å spesifisere hva beslutningsdeltagerne skal gjøre og hvordan de skal handle. Organisasjonsstrukturen forenkler derfor valgalternativene for deltageren og filtrerer hva som anses som problemer og løsninger. Rasjonaliteten i det instrumentelle perspektivet ligger først og fremst i organisasjonen, ikke hos den enkelte deltager. Wolin har spissformulert dette fenomenet som "*møtet mellom det irrasjonelle mennesket og den rasjonelle organisasjon*" (Wolin sitert i

² På grunn av at organisasjonsstrukturen består av formelle normer kalles også organisasjonsstrukturen i instrumentell teori for "Formell normativ struktur" (FNS).

Egeberg, 1984). Simon (1965) understreker imidlertid at mennesket ikke er irrasjonelt, men begrenset rasjonelt (Simon (1965) i Egeberg, 1984, s. 27).

3.2.1 Egebergs instrumentelle analysemodell

Egeberg (1984) har sett nærmere på sammenhengen mellom formell organisasjonsstruktur og beslutningsadferd (Egeberg, 1984). I boka "Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet" har han utviklet en enkel analysemodell med to variabler (Egeberg, 1984, s. 20). Den formelle organisasjonsstrukturen er den uavhengige variabelen, beslutningsadferd er den avhengige variabel og forholdet mellom kalles sammenheng I.



Figur 6: Egebergs analysemodell

Modellen er ikke begrensende og heller ment som en teoretisk forenkling for å sette empiriske undersøkelser i system. Sammenhengen mellom organisasjonsstrukturen og beslutningsadferden har flere samspillsvARIABLER, som for eksempel organisasjonstype, organisasjonsstørrelse og politisk kultur. Egeberg opererer også med en sammenheng II, om hvordan den formelle organisasjonsstrukturen blir påvirket og endret av utenforliggende faktorer.

I en senere utgivelse trekker Egeberg (1989) også frem to andre uavhengige variabler som påvirker beslutningsadferd, demografi og fysisk struktur. Fysisk struktur har med hvordan organisasjonens geografiske lokalisasjon, bygningsmasse, innredninger og maskiner kan påvirke adferden i organisasjonen (Egeberg, 1989).

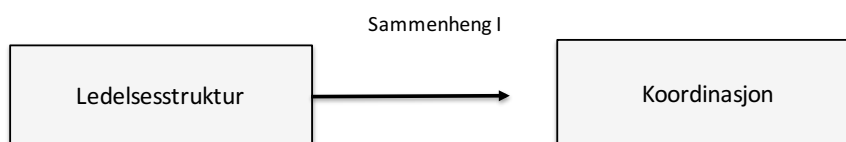
Den demografiske variabelen består i hvordan aktørens yrkeserfaring, utdanning, kjønn, alder og andre sosiale faktorer påvirker beslutningsadferden. Det er snakk om ytre stabile kjennetegn, ikke holdninger eller meninger (Egeberg, 1989). For eksempel vil en bestemt utdanning eller yrkeserfaring gi bestemte måter å forstå et problem på.

Planmessig inntak og uttak av ledere og personell med visse demografiske kjennetegn kan dermed styre organisasjonens adferd i ønsket retning. (Egeberg, 1989).

Den avhengige variabelen "faktisk beslutningsadferd" er de handlinger som gjøres i en beslutningsprosess. Dette innebærer å klargjøre alternativer, treffe vedtak, iverksette beslutninger og evaluere virkninger. Det er altså ikke innholdet i de konkrete beslutningene som er i fokus, men aktørens adferd i selve beslutningsprosessen (Egeberg, 1989). Det er snakk om *faktisk* beslutningsadferd, altså den adferden som virkelig finner sted i organisasjonen (Egeberg, 1984).

3.2.2 Studiens analysemodell

I denne studien bruker jeg en modifisert versjon av Egebergs instrumentelle analysemodell. Jeg vil her forklare variablene i modellen.



Figur 7: Studiens analysemodell

Ledelsesstruktur er min uavhengige variabel. Todelt fagledelse blir sammenlignet med enhetlig ledelse. Disse to ledelsesstrukturene sier noe om hvilke profesjoner som innehar lederstillingene og hvilke profesjonsgrupper de er leder for. Ledelsesstrukturen kan betraktes som en del av den formelle organisasjonsstrukturen. I tillegg til ledelsesstrukturen er sykehusene organisert etter andre organisasjonsprinsipper, som for eksempel grenspesialiserte avdelinger og seksjoner. Som beskrevet tidligere fokuserer jeg i denne studien bare på ledelsesstrukturen og kun på de to nederste ledernivåene.

Koordinering er min avhengige variabel. Koordinering er ikke det samme som beslutningsadferd, men det er en viktig del av beslutningsprosessen. Koordinering må gjøres både før og etter at beslutningen treffes. *Før* som en del av forhandling og informasjonsinnhenting og *etter* for å sette beslutningen ut i livet. Hvem koordineringen gjøres med sier noe om hvordan beslutninger skapes og gjennomføres.

De andre uavhengige variablene Egeberg trekker frem, demografi og fysisk struktur er ikke uvesentlige for koordineringen. Jeg har likevel valgt å fokusere på den formelle ledelsesstrukturen som en uavhengig variabel. Jeg oppfatter demografi og fysisk struktur som både uavhengige og samspillsvariabler, men i denne sammenheng sterkest som samspillsvariabler. For eksempel vil ledernes profesjonsbakgrunn påvirke hvordan koordineringen gjøres. Sammensetningen av de ulike ledernes profesjonsbakgrunn vil imidlertid være avledet av ledelsesstrukturen. I todelt fagledelse vil halvparten være sykepleiere og halvparten leger.

3.2.3 Forventninger fra et instrumentelt perspektiv

Organisasjonsstrukturen kan brukes som et verktøy for å oppnå ulik beslutningsadferd. Dette betyr at ledelsesstrukturen kan brukes som verktøy for å oppnå ønsket koordinering. Jeg vil forvente å finne en klar sammenheng mellom ledelsesstrukturen og koordineringen i klinisk ledelse på hvert av sykehusene. Jeg vil også forvente å finne en forskjell på hvordan koordineringen fungerer mellom de to sykehusene.

Ifølge instrumentelt perspektiv vil ledelsesstrukturene ha elementer som gir bedre eller dårligere forhold for koordinering. Jeg vil nå gå nærmere inn på hva som kan være fordeler og ulemper med hver ledelsesstruktur. Jeg har valgt å dele inn koordinering i to kategorier, horisontal og vertikal.

Horisontal koordinering

Horisontal koordinering skjer mellom profesjonene innenfor hver enhet. Legene og sykepleierne er gjensidig avhengige av hverandre både i den operasjonelle driften og i det kliniske lederskapet. De har hver sin spesialiserte kunnskap som skaper et stort behov for koordinering.

Med enhetlig ledelse vil det være tydelig hvem som har ansvaret av de to profesjonene. Todelt ledelse har egne enheter for hver profesjon. Det er imidlertid kun en leder i hver enhet. Jeg vil derfor forvente at ansvarsfordelingen innenfor hver faggruppe oppleves god. Todelt fagledelse gir imidlertid en større avstand mellom profesjonene innenfor hver grenspesialisering. Dette kan gå utover koordineringen og samarbeidet. Det kan også føre til uklar ansvarsfordeling mellom profesjonene. Med enhetlig ledelse er profesjonene organisert innenfor samme enhet. Det er derfor sannsynlig at lederen

jobber tettere med de andre profesjonene, og at koordineringen er enklere. I enheter som har medisinskfaglige rådgivere kommer det likevel an på hvor disponible disse er for sykepleielederen.

Vertikal koordinering

Vertikal koordinering skjer oppover og nedover mellom ledelsesnivåene, men også mellom kliniske ledere og fotfolket ute i klinikken. Kliniske ledere er bindeleddet mellom klinisk og administrativ logikk. De skal fungere som oversettere mellom toppledelsen og klinikerne. Det vil imidlertid variere i hvilken grad lederne identifiserer seg med den kliniske eller den administrative tankegangen. Dette har betydning for den legitimitet og innflytelse de har overfor medarbeiderne i klinikken. Hvilken profesjonsbakgrunn lederen har, vil også her ha betydning. Hvor godt samarbeidet fungerer med de ulike profesjonene kan variere etter om lederen er lege eller sykepleier.

Sykehus A med enhetlig ledelse har en leder på hvert nivå. Dette vil en forvente gir god koordinering vertikalt. Det er klare beslutningslinjer oppover og nedover i organisasjonen. Todelt fagledelse vil imidlertid kunne skape problemer i tverrfaglige saker. Hvem har ansvaret for å få beslutningen implementert nedover i organisasjonen? Sykehus B har, som jeg senere skal beskrive, mange seksjoner innenfor hver avdeling. Kan dette medføre for stort kontrollspenn og dårligere koordinering?

Koordinering	Sykehus A - Enhetlig ledelse	Sykehus B - Todelt fagledelse
<i>Horisontalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tydelig hvem som har lederansvaret. • Bedre samarbeid mellom faggruppene siden de er organisert under samme enhet. • Avhengige av tilgjengelige medisinskfaglig rådgivere. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tydelig hvem som har lederansvar i hver fagprofesjon. • Uklar ansvarsfordeling innenfor hver grenspesialisering. • Separate fagenheter skaper avstand mellom faggruppene.
<i>Vertikalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> • En leder på hvert nivå gir klare ansvarslinjer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan gi koordineringsproblemer i tverrfaglige saker. • Avdelingslederne har flere seksjoner under seg, vanskeligere å få oversikt.

Tabell 1: Oppsummering av forventede funn i et instrumentelt perspektiv

Det vil ifølge instrumentell tankegang eksistere en ledelsesstruktur som er mer optimal enn andre. En bestemt ledelsesstruktur vil resultere i bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen enn en annen. Med utgangspunkt i en slik tankegang ble enhetlig ledelse innført på norske sykehus i 2001.

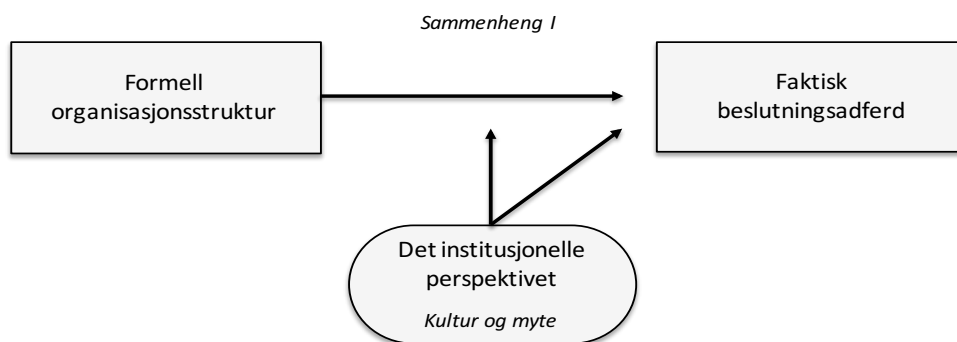
3.3 Det institusjonelle perspektivet

Det institusjonelle perspektivet legger mer vekt på at organisasjonene har egne verdier og normer som har innflytelse på beslutningene som tas (Christensen et al., 2004, s. 13). Organisasjonsstrukturen utelukkes ikke, men den er ikke like sentral for å forstå organisasjonen. Uformelle strukturer og tilpasninger er viktigere for å forstå beslutningsadferden.

I institusjonell teori blir organisasjoner betraktet som institusjoner. Institusjoner skiller seg fra organisasjoner ved at de har utviklet uformelle normer og verdier i tillegg til de formelle. Selznic beskriver institusjonalisering i organisasjoner slik: *"To infuse with value beyond the technical requirements of the task at hand"* (Selznic, 1997, s. 8).

Selznic (1997) vektlegger at institusjonalisering tar tid. Organisasjoner institusjonaliseres gradvis gjennom indre og ytre press. Enhver organisasjon vil utvikle en bestemt identitet med sine egne normer og verdier (Christensen et al., 2004; Selznic, 1997). Dette bidrar til å gjøre organisasjonen mer kompleks og mindre tilpasningsdyktig overfor nye krav og forandringer. Normene og verdiene er ikke tilknyttet bestemte personer eller grupper, men er overførbare gjennom generasjoner (Christensen et al., 2004).

Egebergs analysemodell over sammenhengen mellom formell organisasjonsstruktur og beslutningsadferd er i utgangspunktet en instrumentell modell. I en senere artikkel trekker likevel Egeberg inn det institusjonelle perspektivet som en egen variabel i modellen (Egeberg, 2003). Den institusjonelle variabelen påvirker sammenheng I, samt at den har en selvstendig effekt på beslutningsadferden. Den er altså både en samspills- og uavhengig variabel.



Figur 8: Studiens analysemodell (inkludert det institusjonelle perspektivet)

Denne studien tar for seg to retninger innenfor institusjonell teori, kulturperspektivet og myteperspektivet. Kultur og myteperspektivet som begrep er hentet fra Egeberg og Christensen (Christensen et al., 2004; Egeberg, 1984), som igjen er inspirert av en rekke viktige institusjonelle bidrag (Krasner 1988, March & Olsen 1976, Selznick 1957, DiMaggio & Powell 1991, Brunsson 2002, Scott 2001). Felles for de to perspektivene er synet på organisasjoner som institusjoner, der normer og verdier styrer atferden til aktørene i større grad en organisasjonens formelle trekk.

3.3.1 Kulturperspektivet

Organisasjonskultur er noe som "sitter i veggene" i institusjonen. De ansatte lærer av hverandre og etter hvert internaliserer organisasjonskulturen (Christensen et al., 2004, s. 53). Dette kan skje enten ved passiv tilpasning eller aktiv indoktrinering. Det skapes en ramme for hva som er passende adferd og en opplevelse av felles tilhørighet og felles verdier. March og Olsen fremhever uttrykket "logics of appropriateness" som en kontrast til instrumentell teori, der konsekvenslogiske vurderinger av handlingsalternativer og rasjonell kalkulasjon er i fokus. Innenfor kulturperspektivet tilpasser aktørene seg og handler i tråd med hva som er forventet av dem (March & Olsen, 1989 i Christensen et al., 2004).

Et sentralt begrep innenfor kulturperspektivet er "stivhengighet". Når institusjonelle normer og verdier først er etablert i en organisasjon, setter disse føringer for veien videre. En stabil og sterk organisasjonskultur begrenser endring i organisasjonen og gjør den mindre fleksibel (Christensen et al., 2004, s. 62). Selznick (1997) sier "*Det er et banalt faktum at det er vanskeligere å gjennomføre administrative endringer når folk har lagt seg til inngrodde vaner og identifisert seg med dem*" (Selznick, 1997).

I et instrumentelt perspektiv fører stivhengighet til at organisasjonene blir mindre effektive siden de ikke greier å tilpasse seg raskt nok til omgivelsene. Ut fra kulturperspektivet vil man kunne si at en organisasjon godt kan leve med denne historiske ineffektiviteten over tid. En sterk organisasjonskultur gir fordeler som kan oppveie for redusert fleksibilitet. Blant annet kan en sterk organisasjonskultur gi aktørene en stabil og mer intuitiv evne til å håndtere ulike komplekse situasjoner og oppgaver (Christensen et al., 2004, s. 62).

Ifølge kulturperspektivet er ikke bare organisasjonen et instrument for måloppnåelse, men er også et mål i seg selv. Organisasjonen er et møtested for menneskelig samhandling og utfoldelse. Aktørenes handlinger er ikke bare plikt til å følge organisasjonens mål, men også mulighet til å vise evner og ferdigheter, til læring, selvrealisering og sosialt samvær. Slike verdier kan bidra til at sammenhengen mellom formelle organisasjonsstrukturen og den faktiske beslutningsadferden reduseres (Egeberg, 1984, s. 36).

I Egebergs analysemodell vil det kultur-institusjonelle perspektivet således virke inn på og redusere sammenheng I. Adferden til aktørene vil i større grad reflekteres ut fra det uformelle og ikke ut fra deres formelle organisasjonstilknytning eller stilling. Adferden forklares heller ut fra normer og verdier i organisasjonen.

Om det observeres samsvar mellom den formelle organisasjonsstrukturen og faktisk adferd kan det ifølge Egeberg (1984) også forklares ut fra kulturperspektivet. Da har det skjedd en reaktiv prosess der den faktiske adferden har satt føringer for den formelle strukturen, ikke motsatt som i det instrumentelle perspektivet (Egeberg, 1984, s. 38).

3.3.2 Forventninger fra kulturperspektivet

Ved kulturperspektivet vil en forvente svake sammenhenger mellom ledelsesstrukturen og koordinering mellom kliniske ledere. Kontaktmønstre vil i større grad preges av uformelle normer og verdier. Sykehusene har utviklet hver sin organisasjonskultur. Det kan påvirke det kliniske lederskapet, slik at måten lederne koordinerer på er ulikt mellom de to sykehusene. Forskjellene er ikke på grunn av forskjellige ledelsesstrukturer, men forskjellige organisasjonskulturer.

På grunn av stivhengighet vil sykehusene være lite fleksible for endringer. Vedtaket om enhetlig ledelse og sykehusreformen er eksempler på eksterne omveltninger som det tar tid for sykehusene å tilpasse seg til. Institusjonelle normer og verdier gjør at de kliniske lederne handler som "de alltid har gjort".

Om ledelsesstrukturen ikke er optimal er kan dette være underordnet fordelene ved en sterk organisasjonskultur. Organisasjonskulturen har over tid grodd frem, tilpasset seg og kan ha ført til smidig drift og hensiktsmessig klinisk ledelse. Det er i motsetning til det instrumentelle perspektivet ingen ledelsesstruktur som er mer riktig enn andre.

Som Egeberg (1984) påpeker kan beslutningsadferden sette føringer for organisasjonsstrukturen gjennom en reaktiv prosess. Ut fra et slikt syn kan man spekulere i om sterke profesjonskulturer på det ene sykehuset har ført til todelt fagledelse, mens det på det andre sykehuset ikke har hatt denne effekten.

3.3.3 Myteperspektivet

Mens det i kulturperspektivet fokuseres på verdier og normer internt i organisasjonen, er myteperspektivet mer opptatt av verdier og normer i omgivelsene (Christensen et al., 2004, s. 75). Ordet myte er i dagligtale brukt som en symbolsk fortelling, eller en allmenn oppfatning som ikke er sann. I organisasjonsteorien har ordet en lignende betydning og refererer til sosialt skapte normer som organisasjonen må forholde seg til. Dette kan være normer om hva som er akseptabel og riktig adferd i en organisasjon, samt hvordan organisasjonen bør utformes og drives.

Mytene fungerer imidlertid mer som symboler og gir ingen instrumentelle effekter. På den måten er de kun et "utstillingsvindu" eller ferniss. Reformen som blir snakket mye om, men som reelt ikke får innvirkning på organisasjonen, er eksempel på dette. Brunsson (2002) kaller dette fenomenet for *hypocrisy* eller hykleri. Det er da liten sammenheng mellom prat, beslutninger og handlinger i organisasjonen (Brunsson, 2002).

Organisasjonen må følge gjeldene normer i omgivelsene for å få legitimitet. Ifølge myteperspektivet holder det ikke bare å være effektivitetsorientert for å overleve. Ved å tilpasse seg og strukturere seg på en måte som blir ansett som riktig og moderne, sikrer organisasjonen forståelse og aksept. Hva som er moderne kan variere og ulike myter

kan være "på moten" og spre seg mellom organisasjoner innenfor en tidsperiode (Christensen et al., 2004).

Mytene blir ofte rasjonaliserte av vitenskapslignende argumentasjon som overbeviser om at myten er et effektivt virkemiddel for å oppnå bestemte organisatoriske mål. Organisasjonene opplever likevel ofte at effektene ikke var som forventet, og de begynner søken etter en ny myte å implementere. Myter har ofte som kjennetegn at de begeistrer og vekker oppmerksomhet eller at de anses som selvfølgelige i samtiden (Christensen et al., 2004, s. 77). New Public Management har av enkelte blitt beskrevet som en mytefamilie, med flere myter innenfor samme administrative filosofi (Christensen et al., 2004, s. 80).

Spredning av myter fører til at organisasjonene blir likere hverandre, i hvert fall på overflaten. Dette kaller DiMaggio og Powell (1991) isomorfi. De deler inn mekanismene bak isomorfi i tre hovedgrupper, tvingende, mimetisk og normativ isomorfisme. Tvingende isomorfisme er når endringene er påtvunget utenfra, for eksempel nye reformer igangsatt av staten. Mimetisk isomorfisme er imitasjon av andre organisasjoner. Imitasjonen kan drives frem av at man i stedet for å finne egne løsninger på problemer i organisasjonen forsøker å etterligne organisasjoner som har mestret å finne gode løsninger tidligere. Normativ isomorfisme skjer når sterke profesjoner sprer nye trender innenfor den gruppen de tilhører, men på tvers av etablerte organisasjoner (DiMaggio & Powell, 1991; Johansen, 2009a).

Mytene innlemmes ofte i den formelle strukturen til organisasjonen, til tross for at de ifølge myteperspektivet kun er symboler eller ferniss. Når dette skjer, utvikler organisasjonen to distinkte organisatoriske strukturer: en formell og en uformell (Brunsson, 2002). Den formelle strukturen er da tilpasset omgivelsene for å få legitimitet, men har ingen praktisk betydning for beslutningsadferden. Dette fenomenet kaller Meyer og Rowan (1977) for løs kobling eller dekobling. Den formelle og uformelle strukturen i organisasjonen er dekkoblet fra hverandre (Meyer & Rowan, 1977 i Johansen, 2009).

I modellen til Egeberg vil dette resultere i at sammenheng I reduseres eller opphører av den myte-institusjonelle variabelen. De ulike årsakene til isomorfi vil i Egebergs modell virke inn på sammenheng II; hvordan organisasjonsstrukturen påvirkes utenfra. Her

skiller myteperspektivet seg fra kulturperspektivet. Ifølge kulturperspektivet fører kulturelt mangfold til at organisasjonene over tid blir stadig mer ulik hverandre. I myteperspektivet blir organisasjonene likere hverandre, i hvert fall på utsiden (Christensen et al., 2004, s. 75).

3.3.4 Forventninger fra myteperspektivet

I myteperspektivet blir organisasjonsstrukturen sett på som et skall som stadig endres og tilpasses omgivelsene. Dette gjør organisasjonen for å oppnå legitimitet og aksept utenfra. Den formelle strukturen er dekket av den uformelle. Det betyr at de ulike ledelsesstrukturene, enhetlig og todelt fagledelse kan ses på som symboler uten noen praktisk betydning for ledelsen på enhetene. Enhetene ledes som de har blitt gjort tidligere uavhengig av hvilke ledelsesstruktur sykehuset velger.

Ifølge myteperspektivet vil en derfor forvente å finne få forskjeller mellom koordineringen mellom kliniske ledere på de to sykehusene. Dette er fordi sammenhengen mellom ledelsesstruktur og koordineringen mellom kliniske ledere ikke eksisterer.

Vedtaket om enhetlig ledelse i 2001 er uten tvil en viktig pådriver for endring av ledelsesstrukturen på sykehusene. Johansen (2009a) mener at de strukturelle endringene etter vedtaket om enhetlig ledelse var av symbolsk art og at den uformelle strukturen fortsatte som før. Todelt ledelse slik ledelsesstrukturen var før vedtaket om enhetlig ledelse levde videre i beste velgående (Johansen, 2009a).

4 Metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive forskningsprosessen. Jeg vil forklare ikke bare hva som er gjort, men også hvorfor jeg har valgt som jeg har gjort. Malterud (2011) understreker at åpenhet om hvert ledd i forskningsprosessen, også kalt *transparency*, vil øke studiens kvalitet (Malterud, 2011). Det blir da lettere for leseren å bedømme studiens *koherens* og *konsistens*. Koherens er at forskningsprosessen følger en sammenheng og ikke består av valg som er i konflikt med hverandre. Konsistens er at studiens innhold er solid

oppbygd og ikke har blitt til ved tilfeldigheter (Justesen & Mik-Meyer, 2012; Kuper, Lingard, & Levinson, 2008).

4.1 Studiedesign og metode

Mitt forskningsspørsmål er: *Hvordan påvirker todelt fagledelse koordineringen mellom kliniske ledere?* Forskningsspørsmålets uavhengige variabel er ledelsesstrukturen "todelt fagledelse". Denne blir sammenlignet med ledelsesstrukturen "enhetlig ledelse". "Koordinering mellom kliniske ledere" er den avhengige variabelen. Studien forsøker å forstå sammenhengen mellom disse variablene.

Som beskrevet i innledningen, har studien et eksplorativt design, den skal forsøke å utforske en lite kjent sammenheng. Kvalitativ metode åpner opp for fleksibilitet under datainnsamling og analyse. Den muliggjør også å studere fenomener som vanskelig lar seg måle eller tallfeste. Den egnet seg derfor godt for denne studien. Videre ble semistrukturert intervju valgt som metode for datainnsamling. Semistrukturert intervju gir informantene mulighet til å komme med egne erfaringer og forståelser.

Ledelsesstrukturer fra to forskjellige sykehus ble sammenlignet. Studien kunne derfor også betegnes som en komparativ casestudie. To enkelttilfeller ble beskrevet og sammenlignet. Ifølge Yin (2009) er casestudie en hensiktsmessig metode når man stiller hvordan og hvorfor spørsmål og når forskeren har liten kontroll over sammenhengen eller fenomenet.

Studien benytter seg av ulike teoretiske perspektiver for å belyse resultatene fra flere sider. En slik studie betegnes *teoretisk fortolkende casestudie* (Andersen, 1997). Det instrumentelle perspektivet, kulturperspektivet og myteperspektivet virker både konkurrerende og komplementære til hverandre. Samlet gir perspektivene mer innsikt og forståelse enn hva hver av dem hadde gitt alene.

4.2 Utvalg av sykehus og informanter

Sykehusene ble først og fremst valgt ut fra deres ledelsesstruktur. Ved sykehus B med todelt fagledelse hadde jeg selv arbeidet tidligere som turnuslege. Det var også her jeg

fikk idéen til studien. Sykehus A med enhetlig ledelse ble funnet ved hjelp av en ringerunde til sykehus i geografisk nærhet og som var størrelsesmessig sammenlignbart med sykehus B. Jeg forhørte meg om hvilken ledelsesstruktur sykehuset hadde og fant etter hvert ett som egnet seg godt. Som vist på figur 1 har ikke sykehus A en "rendyrket" enhetlig ledelse. Sykehuset har på seksjonsnivå et element av fagledelse i og med at seksjonslederne kun leder sykepleiere. Forskjellen mellom ledelsesstrukturene ble likevel ansett som vesentlig.

Informantene ble valgt ut ved hjelp av "typical case sampling" (Kuper et al., 2008). Informantene skulle være "ordinære" seksjons- og avdelingsledere på begge sykehusene. Organisasjonskartet var grunnlaget for utvelgelsen av informantene på begge sykehusene. Jeg forsøkte å velge ledere for enheter i samme grenspesialisering. Jeg ønsket også å intervju ledere med både sykepleie- og legebakgrunn. Som forklart i kapittel 2 utføres klinisk ledelse forskjellig ut fra hvilken profesjonsbakgrunn man har. Å intervju begge profesjoner ville gi flere aspekter ved hvordan koordineringen i klinisk ledelse fungerte.

Jeg valgte å intervju ledere nærmest pasientbehandlingen, på de to nederste ledernivåene. Ved å intervju ledere på to ulike nivåer kunne jeg få et bedre inntrykk av koordineringen vertikalt i organisasjonen. Horisontal koordinering ble dermed også vurdert på to ulike nivåer. Her følger en oversikt over de 8 informantene:

	Ledelsesstruktur	Ledernivå	Profesjon	Kjønn
Informant a3-l	A - Enhetlig	Nivå 3 (avd.)	Lege	Mann
Informant a3-s	A - Enhetlig	Nivå 3 (avd.)	Sykepleier	Kvinne
Informant a4-l	A - Enhetlig	Nivå 4 (seksjon)	Lege	Mann
Informant a4-s	A - Enhetlig	Nivå 4 (seksjon)	Sykepleier	Kvinne
Informant b3-l	B - Todelt fag	Nivå 3 (avd.)	Lege	Mann
Informant b3-s	B - Todelt fag	Nivå 3 (avd.)	Sykepleier	Mann
Informant b4-l	B - Todelt fag	Nivå 4 (seksjon)	Lege	Mann
Informant b4-s	B - Todelt fag	Nivå 4 (seksjon)	Sykepleier	Kvinne

Tabell 2: Oversikt over informantene

Antall informanter ble valgt på bakgrunn av studiens omfang og tidsramme. Metning brukes gjerne som et kriterium for å avgrense utvalget i kvalitativ forskning. Metningspunktet nås når ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap

(Malterud, 2011, s. 60). Jeg vurderte det slik at flere informanter sannsynligvis ikke ville endret resultatene i studien.

Klinikkjefene på begge sykehus gav meg tillatelse til å utføre studien. De innhentet også godkjenning fra informantene. Alle informantene ble informert om studien i god tid før intervjuene. Det ble formidlet at deltagelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Studien ble meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg 2). Informantene fikk også tilbud om å godkjenne sitatene brukt i oppgaven. En av informantene valgte dette.

Det ble i forkant utarbeidet en intervjuguide med hovedspørsmål for intervjuene (vedlegg 1). Intervjuene ble utført i løpet av januar 2015. Lengden på hvert intervju ble mellom 45 og 70 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp og senere transkribert av meg. Malterud (2011) anbefaler å transkribere intervjuene selv, da dette gir forskeren mulighet til å bli kjent med materialet fra en ny side. Transkripsjon er således ikke en passiv og teknisk handling, men en del av den analytiske prosessen (Malterud, 2011).

4.3 Dataanalyse

Analysen skal danne bro mellom rådata og resultatene ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Jeg har valgt å bruke en analysemetode utviklet av Malterud kalt Systemic Text Condensation (STC). Dette er en systematisk fire-trinns metode for å fortette og fortolke kvalitative data (Malterud, 2012). Malterud (2011) mener en slik strukturell fremgangsmåte spesielt er en fordel for ferske forskere. Erfarne forskere kan lettere bevege seg friere i materialet uten å miste taket på det som skal redegjøres for. Malterud påpeker også at gjennom en systematisk analyse vil prosessen lettere kunne formidles til leseren (Malterud, 2011, pp. 91, 112). STC påberoper seg ikke å være eneste riktige analysemetode, men en av mange som kan hjelpe forskeren i fortolkningen av materialet. Jeg vil nå forsøke å gjengi min analyseprosess.

Første trinn i STC er å identifisere foreløpige temaer i råmaterialet (Malterud, 2012). Spørsmålene i intervjuguiden var sortert i kategorier. Disse kategoriene dannet utgangspunkt for mine foreløpige temaer, men ble moderert noe etter hvert som jeg leste intervjuene.

Andre trinn i STC er å sortere relevant tekst fra irrelevant. Teksten gjennomgås systematisk for å finne *meningsbærende enheter*. Disse meningsbærende enhetene systematiseres og sorteres etter koder og kodegrupper (Malterud, 2012). For dette arbeidet brukte jeg dataprogrammet NVivo som verktøy. Det var hensiktsmessig å dele inn materiale i tre hovedkategorier. Disse ble hetende; "Operasjonalisering av klinisk ledelse", "generelt om klinisk ledelse" og "om sykehusets ledelsesstruktur". Innenfor disse hovedkategoriene ble materiale sortert i 5 – 8 koder. Hver kode hadde meningsbærende enheter fra de åtte ulike intervjuene tilknyttet seg.

Tredje trinn i STC er å dele inn hver kode i flere subgrupper som synliggjør ulike nyanser i innholdet. Hver meningsbærende enhet blir derfor delt opp og forkortet. Disse gjenværende tekstbitene kaller Malterud *kondensat* (Malterud, 2012). På denne måten reduseres råmateriale ytterligere. I hovedkategorien "operasjonalisering av klinisk ledelse" ble det behov for mange subgrupper. Disse ble omgruppert og endret etter hvert som jeg arbeidet med dem. Hovedkategorien om sykehusets ledelsesstruktur fant jeg mindre relevant for forskningsspørsmålet mitt. Jeg beholdt likevel noen kondensater som hjelp i å beskrive sykehusenes ledelsesstruktur.

Fjerde trinn i STC er å utvikle kategorier som sammenfatter essensen i hver av de kondenserte kodegruppene. Kondensatene rekontekstualiseres, de settes sammen igjen og danner grunnlaget for studiens funn. Det forsikres imidlertid om at tekstbitene fortsatt stemmer overens med den sammenhengen materialet er hentet fra (Malterud, 2012).

I mitt arbeid gled tredje og fjerde trinn over i arbeidet med resultatdelen. Som intervjuguiden viser, var utgangspunktet for studien først en sammenligning av klinisk ledelse i sin helhet. Under analyseprosessen ble imidlertid problemstillingen begrenset til kun å fokusere på koordinering. Jeg oppdaget at klinisk ledelse ble for stort og uoversiktlig til å kunne sammenlignes på en god måte. Det viste seg imidlertid at essensen i det informantene fortalte i stor grad dreide seg om hvordan de koordinerte sitt arbeid. Det ble naturlig å operasjonalisere koordinering i to kategorier, vertikal og horisontal koordinering. Dette ble også underoverskriftene i kapittel 5.

STC er en fenomenologisk analysemetode. I motsetning til et realistisk perspektiv skal ikke analysen finne frem til en "sannhet" som ligger skjult for forskeren. Den skal heller

prøve å finne essensen i informantenes egne opplevelser av situasjonen (Malterud, 2011, s. 97).

Studiens funn kan tendere mot å ha en mer realistisk forståelse enn det STC legger opp til. Dette må likevel ses i sammenheng med de tre teoretiske perspektivene som brukes. Funn som beskrives under det instrumentelle perspektivet vil naturlig nok være nærmere en realistisk virkelighetsoppfatning.

4.4 Intern og ekstern validitet

Studiens validitet deles ofte opp i ekstern og intern. Intern validitet angir om studien undersøker hva den er ment å undersøke. Dette innebærer blant annet at de data som er innhentet er relevante for studiens problemstilling (Malterud, 2001).

Under utarbeidelsen av intervjuguiden ble det fokusert på å ha spørsmål som dekket problemstillingen. Jeg hadde på forhånd operasjonalisert klinisk ledelse i seks kategorier³ og organiserte spørsmålene ut fra disse. Kategoriene var basert på arbeider av National Health Service Leadership Academy i Storbritannia og en artikkel av Scally og Donaldson (1998) om klinisk ledelse i National Health Service (NHS) i Storbritannia (NHS Leadership Academy, 2013a, 2013b; Scally & Donaldson, 1998).

Problemstillingen ble altså underveis i forskningsprosessen begrenset til å kun se på koordinering mellom kliniske ledere, i stedet for klinisk ledelse i sin helhet. Mange av kategoriene fra intervjuguiden omhandlet imidlertid koordinering direkte og indirekte. En av kategoriene fra intervjuguiden var "samarbeid". Ved spørsmål om kvalitetsforbedring og problemløsning var også koordinering et sentralt tema. Under analyseprosessen opplevde jeg at spørsmålet dekket koordinering i klinisk ledelse på en god måte. Det er likevel mulig datamaterialet hadde vært rikere om koordinering hadde vært hovedproblemstillingen for informantene.

Triangulering kan øke studiens interne validitet. Triangulering er å bruke to eller flere metoder for innhenting av data (Yin, 2009). På den måten får forskeren bedre grunnlag

³ Tidsbruk og tilstedeværelse, samarbeid, motivasjon og veiledning, problemløsning, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

for å svare på forskningsspørsmålet. Triangulering kan være å benytte seg av dokumentanalyse eller spørreundersøkelse i tillegg til intervjuer. En svakhet med min studie er at jeg ikke har benyttet meg av flere kilder til datainnsamlingen. Ved å supplere datamaterialet med en spørreundersøkelse kunne jeg fått frem ny og annen type informasjon. Av hensyn til studiens tidsramme valgte jeg å begrense meg til semistrukturerte intervjuer som datainnsamling. Det kan også argumenteres med at en spørreundersøkelse ikke ville gitt tilstrekkelig dybdeinformasjon for problemstillingen i denne studien. At jeg har benyttet meg av et komparativt design med en sammenligning av to ledelsesstrukturer styrker validiteten i studien.

Jeg forsøkte å få tak i relevante dokumenter om sykehusenes organisasjons- og ledelsesstruktur for å utføre en dokumentanalyse. På sykehus B ble denne forespørselen ikke besvart og på sykehus A var det ikke slike dokumenter tilgjengelige. Jeg fikk riktignok sendt over "Strategisk plan for Medisinsk klinikk", men denne inneholdt ikke relevant informasjon for problemstillingen. Organisasjonskart ble brukt for å kartlegge organisasjons- og ledelsesstrukturen på de to sykehusene. Organisasjonskartene ble gjennomgått sammen med informantene.

Triangulering kan også brukes under dataanalysen ved å bruke flere metoder eller perspektiver. At studien min tar i bruk tre teoretiske perspektiver er en form for triangulering. Dette styrker den interne validiteten.

Ekstern validitet eller generaliserbarhet angir i hvilken grad studiens resultater kan anvendes utenfor de casene som er studert. Det er enighet om at kvalitative studier ikke egner seg som systemisk generaliserbare. Malterud (2011) skriver: *"Bruker vi kvalitative forskningsmetoder, skal vi verken tro eller påstå at våre funn har den samme form for overførbarhet til en utgangspopulasjon som vi kan oppnå med et epidemiologisk design"* (Malterud, 2011, s. 62).

Det åpnes likevel for at kvalitative studier kan gi grunnlag for en analytisk generalisering. Forskeren kan beskrive trekk og tendenser som kan ha overførbarhet i andre situasjoner enn casene som er studert. Kvale skriver: *"Ved å spesifisere bevisene og gjøre argumentene eksplisitte tillater forskeren leserne selv å bedømme hvor holdbar generaliseringen er"* (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er altså opp til leseren å vurdere i hvilken grad funnene er overførbare til egen situasjon (Malterud, 2001).

Denne studien baserer seg på en slik forståelse av generalisering. De funn som gjøres er først og fremst gjeldende innenfor casene som er studert. Gjennom analysen er det likevel trekk og tendenser som utpeker seg og som kan passe inn i andre lignende rammer. Samtidig er det viktig å understreke at konklusjonene i studien ikke er ment som systemisk generaliserbare.

4.5 Refleksivitet

Å reflektere over betydningen av forskerens egen rolle i konstruksjonen av ny kunnskap kan bidra til økt vitenskapelig kvalitet (Kuper et al., 2008; Malterud, 2001). Jeg vil her forsøke å stille meg selv i metaposisjon og se hvordan jeg og min bakgrunn kan ha påvirket resultatene i de ulike delene av forskningsprosessen.

Jeg har arbeidet som turnuslege på et av sykehusene som er med i studien. Jeg kjente derfor delvis til hvordan dette sykehuset var organisert. Jeg utførte imidlertid intervjuene på avdelinger og seksjoner jeg ikke hadde kjennskap til fra før og mener derfor at tidligere arbeidserfaringer ikke har influert resultatene. Jeg hadde heller ikke personlig kjennskap til noen av informantene, slik at intervjusituasjonen opplevdes lik for begge sykehusene.

Min bakgrunn som lege kan ha hatt påvirkning på de svarene informantene gav. Informantene hadde fått vite om bakgrunnen min i et informasjonsskriv før intervjuene. Spesielt hos legene jeg intervjuet merket jeg at flere refererte til min bakgrunn. Jeg fikk høre utsagn som for eksempel "Ja, du som lege vet jo hvordan det er!". Dette kan tolkes som at legene så på meg som "en av dem" og på grunn av dette snakket mer åpent. Når jeg intervjuet sykepleierne om samarbeidet med legene kan man spørre seg om min bakgrunn som lege førte til mindre åpne svar. Dette var imidlertid noe jeg ikke kunne merke. Selv om min bakgrunn har betydning for svarene informantene gav er det vanskelig å vite på hvilken måte. Dette er derfor noe usikre overveielser.

Noen begreper jeg spurte om var ukjente for informantene. For eksempel var det flere som ikke hadde hørt begrepet "klinisk ledelse" før. I ettertid ser jeg at jeg i større grad kunne latt informanten tilegne seg slike begreper selv, heller enn at jeg forklarte dem. På den måten kunne jeg unngått risikoen med å gi føringer når disse begrepene ble

forklart. I det store og hele forsøkte jeg likevel å stille nøytrale spørsmål uten å styre dem i en spesiell retning. Ved de første intervjuene fulgte jeg intervjuguiden relativt nøye, men ble etter hvert flinkere til å la dem snakke fritt og komme med utdypende spørsmål ut fra intervjuguidens temaer. Jeg intervjuet informanter på sykehus A først. Det kan derfor tenkes at informantene på sykehus B lettere kom til med egne betraktninger. Forskjellen mener jeg likevel ikke var vesentlig for resultatene i studien.

Under analyseprosessen har jeg hatt fokus på ikke å låse meg til forutinntatte betraktninger. Det har ikke vært målet å finne "den beste" ledelsesstrukturen. Dette tror jeg har hjulpet meg til å fortolke informantenes beskrivelser mer nøytralt. Jeg har også forsøkt å sikre at de funn som er gjort er konsistente med hverandre.

Min bakgrunn som lege kan imidlertid ha hatt innvirkning på analyseprosessen. Siden jeg har en tilhørighet til en av profesjonene kan dette ha ført til mindre objektive tolkninger. Jeg har likevel forsøkt å være bevisst på dette og i den grad det er mulig prøvd å se problemstillingen gjennom nøytrale briller. Malterud (2011) påpeker at det likevel er uunngåelig at forskernes egen forståelse påvirker datamaterialet og analysen. Hun mener likevel at en transparent forskningsmetode og et reflektert forhold til egen innflytelse kan bidra å få frem informantenes egen forståelse i størst mulig grad (Malterud, 2011, s. 97).

5 Empiri

I dette kapitlet vil jeg først forklare mer detaljert om sykehusene og deres organisasjon- og ledelsesstruktur. Etterpå vil jeg presentere de empiriske funn om koordineringen på de to sykehusene. I neste kapittel diskuteres resultatene i lys av de teoretiske perspektivene.

5.1 Sykehusene og deres organisasjons- og ledelsesstruktur

Sykehuset med enhetlig ledelse, sykehus A, har et befolkningsgrunnlag og antall innleggelses som et mellomstort norsk sykehus. Sykehuset med todelt fagledelse, sykehus B, er noe større enn sykehus A. Befolkningsgrunnlaget er omtrent 50 000

større enn ved sykehus A, og sykehuset har noen tusen flere innleggelser årlig. Begge sykehus kan klassifiseres som mellomstore sykehus. Tall fra 2013 viser at Sykehus A gikk i underskudd, mens sykehus B gikk godt i overskudd. Sykehusene er lokalisert på Østlandet og tilhører Helse Sør-Øst RHF.

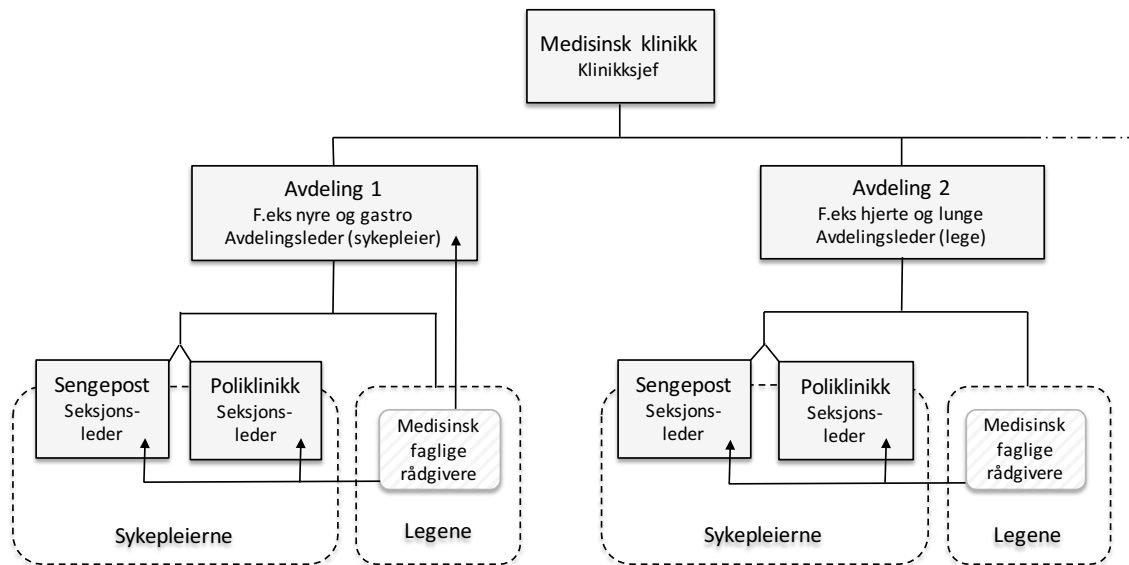
Både sykehus A og B er organisert i 4 ledelsesnivåer; administrerende direktør, klinikkssjef, avdelingsledere og seksjonsledere. De er også begge delt i kirurgisk og medisinsk klinikk. Alle informanter fra studien er ledere på medisinsk klinikk på de to nederste ledelsesnivåene.

5.1.1 Organisering av medisinsk klinikk - Sykehus A

Medisinsk klinikk på Sykehus A gikk gjennom en omorganisering i tiden etter vedtaket om enhetlig ledelse. Klinikken gikk fra todelt ledelse til profesjonsnøytral enhetlig ledelse. Avdelingene skulle nå ledes av kun en person, og dette kunne både være en lege eller sykepleier. Klinikken har siden den gang hatt mer eller mindre samme form for organisering.

Klinikken har 5 avdelinger der flere grenspesialiteter er samlet under samme avdeling. Avdelingslederne har ulike profesjonsbakgrunner; en lege, tre sykepleiere og en fysioterapeut. Disse avdelingslederne leder både legene og sykepleierne på avdelingen. Legene har avdelingslederen som nærmeste leder. Sykepleierne har imidlertid et fjerde ledelsesnivå. Hver avdeling er delt inn i to eller flere seksjoner, som regel sengepost og poliklinikker. Disse enhetene har sine seksjonsledere som alle er sykepleiere. Seksjonslederne leder sykepleierne, men har ikke ansvar for legene. Ledelsesstrukturen er derfor enhetlig ledelse på avdelingsnivå, men har et innslag av fagledelse på sykepleiersiden.

Om avdelingslederen ikke har legebakgrunn, vil en lege i hver fagspesialisering være medisinskfaglig rådgiver for avdelingslederen. Seksjonslederne på sengeposten og poliklinikken vil også ha medisinskfaglige rådgivere i de ulike fagspesialitetene.



Figur 9: Forenklet organisasjonskart – Sykehus A

Organisasjonskartet viser avdeling 1 og 2. Hvilke grenspesialiteter som er samlet i de ulike avdelingene er anonymisert, men for eksempel kan avdeling 1 bestå av grenspesialitetene nyre og gastro og avdeling 2 av hjerte og lunge. Klinikken følger altså organiseringsprinsipp etter grenspesialitet. Da ser jeg bort i fra service og støttefunksjoner.

Avdeling 1 har to seksjoner, en sengepost og en seksjon med poliklinikker. Avdelingslederen som her har bakgrunn som sykepleier er leder for seksjonene og legegruppa. Siden avdelingslederen i avdeling 1 er sykepleier har personen "en stab" med medisinskfaglige rådgivere i hver fagspesialisering.

Den samme strukturen finner vi på avdeling 2. Avdelingen har 2 seksjoner, en sengepost og en seksjon med poliklinikk. Avdelingslederen som her er lege leder legegruppa og de to seksjonene.

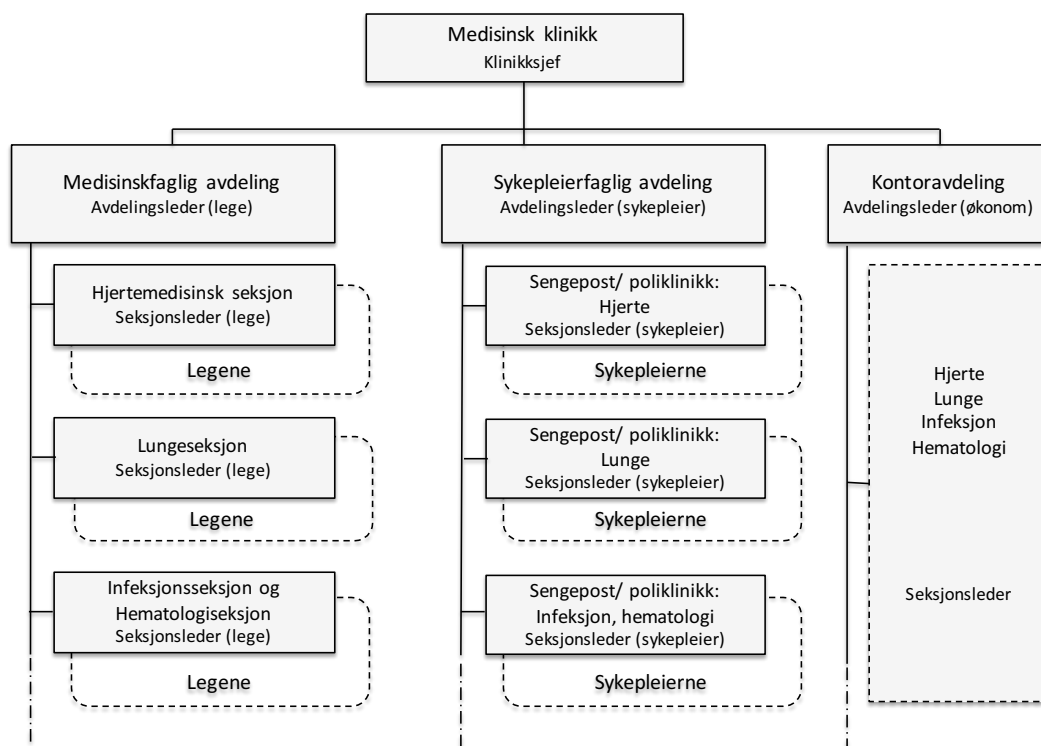
5.1.2 Organisering av medisinsk klinikk - Sykehus B

Sykehus B kaller organisasjonsstrukturen de har valgt for søyleorganisering. Hver søyle tilsvarer tre ulike fagområder, en medisinskfaglig, en sykepleiefaglig og en kontorfaglig søyle. Disse søylene er gjennomgående fra seksjonsnivå og møtes hos klinikksjefen. Både medisinsk og kirurgisk klinikk fikk denne søyleorganiseringen etter en stor omorganiseringsprosess i 2008.

Medisinsk klinikk har en avdeling for hver søyle. Medisinsk klinikk ledes av en klinikkssjef med bakgrunn som lege. Medisinskfaglig avdeling har 7 seksjoner og sykepleieravdelingen har 10. Seksjonene i sykepleieavdelingen tilsvarer seksjonene i medisinskfaglig avdeling innenfor hver fagspesialisering. For eksempel finnes det både en medisinskfaglig seksjon og en sykepleieseksjon for lungesykdommer. Innunder sykepleieseksjonen for lunge ligger både lungesengeposten og lungepoliklinikken. Strukturen ligner en matriseorganisering med grenspesialitetene horisontalt og fagprofesjonene vertikalt. Det er imidlertid ikke egne ledere for hver grenspesialitet. Det er trioen fra hver fagsøyle som sammen har ansvaret for grenspesialiteten.

I den sykepleiefaglige søylen er både avdelingslederen og alle seksjonslederne sykepleiere. I den medisinskfaglige søylen er avdelingslederen og alle seksjonsledere leger. Sykehuset har et prinsipp om at fag leder fag. Sykehus B har derfor ingen medisinskfaglige rådgivere. Ledelsesstrukturen kalles som tidligere beskrevet enhetlig todelt fagledelse.

På organisasjonskartet under har jeg tatt med 3 av seksjonene til både medisinskfaglig og sykepleiefaglig avdeling. For å få frem de tre søylene har jeg inkludert kontoravdelingen.



Figur 10: Forenklet organisasjonskart – Sykehus B

5.2 Koordinering i klinisk ledelse

5.2.1 Horisontalt koordinering

Koordineringen horisontalt har ulike kjennetegn avhengig av ledelsesnivået. Jeg vil derfor presentere avdelings- og seksjonsnivået for hvert sykehus for seg. Først tar jeg for meg avdelings og seksjonsnivået på sykehus A, deretter avdelings og seksjonsnivået på sykehus B. Funnene oppsummeres på side 42. I neste kapittel vil jeg sammenligne og diskutere sykehusene opp mot hverandre.

Avdelingsnivå – Sykehus A

På sykehus A intervjuet jeg to avdelingsledere, en lege og en sykepleier. De var ledere for hver sin legegruppe i tillegg til sykepleielederne på de ulike sengepostene og poliklinikkene. Begge to hadde personalansvar for omtrent 20 leger. Personalansvaret for sykepleierne tok seksjonslederne seg av. Avdelingsledersykepleieren var tydelig på at det var nødvendig med medisinskfaglige rådgivere. Hun samarbeidet med en lege fra hver av de ulike grenspesialitetene.

Men jeg må være ydmyk for hvem som faktisk har den medisinske kompetansen. Og det er jeg nødt til å forholde meg til på en måte. Jeg kan det ikke. ... Men det er viktig å si at ansvaret ligger tross alt på meg.

Informant a3-s

Til tross for sin manglende medisinskfaglige kunnskap hadde hun det fulle ansvaret for avdelingen. Problemet med uklar ansvarsfordeling slik som ordningen med todelt ledelse innebar, så ut til å være begrenset. Hun hadde et tett samarbeid med legene, både gjennom formelle møter og mer uformelt samarbeid. Likevel opplevde hun at de kunne være lite tilgjengelige når det var behov for dem. Hun uttrykte ønske om at flere av legene hadde avsatt tid til administrasjon. De fleste medisinskfaglige rådgiverne jobbet 100 % i klinikken.

De har ingen dedikert, de har ikke satt av noen sånn stor tid til det. En av dem har en halv dag mer enn de andre til administrasjon i uka. Som kanskje er noe tilrettelagt for å hjelpe meg.

Informant a3-s

Hun så på det å motivere sine medarbeidere som en viktig del av arbeidet. Hun opplevde det enklere å virke motiverende for sykepleierne enn for legene. Hun visste

ikke hva som faglig motiverte leger. Dette var en oppgave hun måtte delegere til sine medisinskfaglige rådgivere.

Avdelingslederlegen brukte også medisinskfaglige rådgivere. Siden hvert fagområde er svært spesialisert hadde han behov for assistanse på medisinskfaglige spørsmål utenom hans egen spesialisering. Han trodde likevel det var lettere for han å samarbeide med de andre legene siden han selv hadde bakgrunn som lege.

Det er veldig viktig at jeg har en god dialog med de som kan mer om det enn meg, men at jeg kan sette noen medisinskfaglige kriterier for hva jeg sier er akseptabelt og det tenker jeg som lege og leder har en større mulighet til å gjøre enn en sykepleier som leder.

Informant a3-l

I forhold til sykepleiefaget jobbet han tett med sine to seksjonsledere med sykepleiebakgrunn. Disse fungerte som rådgivere innenfor sykepleiefaget.

Klinikksjefen hadde regelmessige møter sammen med avdelingslederne. Som avdelingsledere var som nevnt både lege, sykepleiere og fysioterapeut representert.

Jeg tror det har mye å si for tilliten vår ute til det medisinske personellet at vi har en ledergruppe som har både lege representert og har sykepleier representert. ...Så det, jeg tror det er veldig viktig at vi har bred kompetanse, at vi har en lege ikke minst.

Informant a3-s

For et par år siden var det ingen lege som var avdelingsleder. For å få det medisinskfaglige perspektivet på klinikk møtene var da en medisinskfaglig rådgiver alltid med. Avdelingsledersykepleieren syntes det fungerte bedre nå som legen faktisk var avdelingsleder.

Fordelen med at han nå har kommet inn i ledergruppa som en reell leder, med sin reelle makt, for å si det sånn, er at han har fått ledertittelen på seg. Som rådgiver er du egentlig bare rådgiver.

Informant a3-s

Seksjonsnivå – Sykehus A

På seksjonsnivå intervjuet jeg en seksjonsleder på sengeposten og en medisinskfaglig rådgiver. Seksjonslederen arbeidet 100 % administrativt og hadde ansvar for 80-90

sykepleiere og hjelpepleiere. Hennes viktigste arbeidsoppgaver var personalansvar, bemanningsplaner og daglig drift av sengeposten. Kvalitetsforbedringsarbeid var delegert til flere fagsykepleiere. En av disse jobbet 100 % med fagutvikling.

Den medisinskfaglige rådgiveren hadde ansvar for at kvaliteten på den medisinskfaglige behandlingen var tilfredsstillende. Han hadde et tett samarbeid med den ene fagutviklingssykepleieren, men arbeidet lite sammen med seksjonslederen på sengeposten. Dette kan antyde at samarbeidet innenfor behandlingskvaliteten var god, men at seksjonslederen var mer alene om driftsrelaterte spørsmål. Ifølge avdelingsledersykepleieren kunne likevel kvalitetsforbedringsarbeidet bære preg av at koordineringen mellom legene og sykepleierne ikke var god nok.

På de større enhetene, de store sengepostene mine, er det nok mye mer sykepleieren/legen. Og det, da blir nok heller ikke de kvalitetsforbedringstiltakene like gode tror jeg, blir ikke godt nok integrert og implementert.

Informant a3-s

Om det oppsto et driftsproblem på avdelingen, ble ansvaret koordinert etter hvilket fagområdet problemet tilhørte. Det meste som omhandlet drift, ble tatt hånd om av seksjonslederen. Var problemet innenfor medisinfaget, ble det ofte løftet opp til avdelingslederen. Den medisinskfaglige rådgiveren ble ikke brukt til slike administrative oppgaver. Han hadde for øvrig en mer uformell tilnærming til hvordan å løse driftsproblemer i hverdagen.

Hvis det er en av de unge som ikke vet hvem de skal ringe til så sier de ifra til en av oss eldre og sier; hva gjør vi nå? Det er vel sånn man arbeider skulle jeg tro.

Informant a4-l

Avdelingsnivå – Sykehus B

Jeg intervjuet en lege og en sykepleier som ledet hver sin avdeling på sykehus B. I motsetning til sykehus A hadde legen kun lederansvar for de medisinskfaglige seksjonene, og sykepleieren kun lederansvar for de sykepleiefaglige seksjonene.

Separerte fagsøyler helt opp til klinikksjefen kan gi utfordringer for tverrfaglig samarbeid. Avdelingslederen på medisinskfaglig søyle var klar over disse utfordringene.

Og så vil det ikke være gode beslutninger med å stå alene, for da har du ikke koordinerte beslutninger. Så koordineringen skjer hos oss i veldig stor grad i klinikk sjefens ledergruppe.

Informant b3-1

Ledergruppa besto av klinikk sjefen og avdelingslederne fra de tre søylene. Ledergruppa hadde regelmessige møter hvor driften ble forsøkt koordinert mellom fagprofesjonene.

Et av temaene som ble behandlet var innføringen av tavlemøter. I stedet for tradisjonelle previsitter på sengepostene, skulle pasientene systematisk vurderes med risiko-score av leger og sykepleiere i samarbeid. Innføringen av tavlemøter hadde vært en lang prosess hvor både legene og sykepleierne hadde sterke meninger om hvordan ordningen skulle utformes.

Man har noen kjepphester innen sykepleiergruppa. Også har man noen meninger i legegruppa om hvordan sykepleierne skal organisere seg og stille opp slik at de understøtter det medisinske behandlingstilbudet best mulig, og det er det liksom, ellers så får dere innordne dere. Sånn kan det jo tilspisse seg. Og da blir det å bruke litt mer tid på det da...

Informant b3-s

Selv om prosjektet hadde tatt tid, opplevde begge avdelingslederne at de hadde kommet i mål. Generelt syntes sykepleielederen samarbeidet i ledergruppa stort sett fungerte bra.

Vi ser at det kan være motsetninger mellom disse to søylene spesielt, men som sagt det har ikke tatt mye av kreftene de siste 6 åra. Det er 6 år vi har drevet den modellen her da. ... Så vi får, vi synes det er en enkel modell hvor det er 3 kanaler. Og så lenge vi er samkjørte så har vi vært fornøyde på måten det fungerer.

Informant b3-s

Begge avdelingslederne virket svært bevisst på å få til et godt samarbeid på tvers av fagsøylene. De konkluderte med at dette var noe de syntes de hadde greid å oppnå.

At vi har en kultur hvor vi tenker teamet; kontor, lege og sykepleier og hvordan vi da snakker sammen når vi møter utfordringer, så tror jeg det er noe av grunnen til at vi har fått det til. Det er teamet, det er der vi skaper den kvaliteten pasientene vil oppleve. Det er gjennom godt teamarbeid, ikke en enkel profesjon som blir seg sjøl god nok på en måte.

Informant b3-s

Seksjonsnivå – Sykehus B

De tre seksjonslederne i fagsøylene utgjorde et lederteam i hver grenspesialisering. Det var ingen av dem som hadde det overordnede ansvaret. Hver sak ble avgjort etter hvilke område det tilhørte. For eksempel ville seksjonslederen i legesøylen ha siste ord i medisinskfaglige spørsmål. I saker som var tverrfaglige måtte de bli enig om en felles løsning.

Jeg intervjuet to seksjonsledere tilhørende den samme grenspesialiteten. Seksjonslederne møttes en halvtime hver uke hvor de diskuterte felles anliggender. Kontorene deres var i nærheten av hverandre, noe som bidro til at de også hadde stor uformell kontakt. Begge syntes samarbeidet fungerte bra seg imellom. Det var få konflikter og de ble som regel enige om hvilke prioriteringer de måtte ta hensyn til. Det gode samarbeidet mente de likevel først og fremst var personavhengig.

Jeg tror det fungerer veldig godt hos oss fordi han og jeg har jobbet sammen i 25 år. Så vi kjenner hverandre veldig godt. ... Vi er litt ulike på hvordan å jobbe og hva vi fokuserer på og sånn, men vi har veldig sånn uformell god tone og er venner på en måte. Det gjør at vi har veldig lett for å samarbeide. Det er nok en suksessfaktor her.

Informant b4-s

Seksjonslederen i legesøylen kan bekrefte det gode samarbeidet.

Egentlig, det har ikke vært noe problem. Men jeg ser at det kan være et problem. Men det er veldig personrelatert, vet du. Men vi har jo veldig god kjemi. Informant b4-l

Seksjonslederen i sykepleiesøylen hadde imidlertid forstått at samarbeidet i andre grenspesialiteter ikke hadde fungert like bra. Det kunne være et problem at legelederen ikke kom sykepleielederens behov og ønsker i møte. I slike tilfeller mente hun det å være organisert i fagsøyler kunne være problematisk.

Er det i utgangspunktet en profesjonskamp, så er det utfordrende øvelse å være organisert i søyler. ... Men jeg synes at når det fungerer godt så fungerer det veldig godt.

Informant b4-s

I motsetning til den medisinskfaglige rådgiveren på sykehus A, var seksjonslederen i legesyøylen ansvarlig for driftsproblemer som måtte oppstå. Det virket som fordelingen av ansvarsområdet mellom lege- og sykepleielederen var godt koordinert.

Ja, når det er på sengeposten, så er det meg. Alle sånne småting eller store ting på sengeposten. Men er det store ting som gjelder medisinske fag, sånn som ultralydmaskin så er det seksjonsleder på medisinskfaglig. Informant b4-s

Hvis det er et personproblem på sykepleiersiden, så går de jo til henne selvfølgelig, men apparater og sånn er det jeg som tar meg av stort sett. Informant b4-l

Seksjonslederteamet, inkludert seksjonslederen på kontorfløyen hadde også månedlige drifts- og kvalitetsråd. Det tverrfaglige kvalitetsrådet skulle sikre at kvalitetsforbedringsarbeidet ble koordinert på tvers av fagsøylene.

Vi er veldig bevisste på å legge kvalitetsprosjektene opp både på sykepleiefaglig, medisinskfaglig og merkantil søyle. At alle søylene er representert slik at det har en breiest mulig implementering. Informant b3-l

Å jobbe med kvalitetsforbedring på tvers av fagene var uvant for mange og avdelingsoverlegen vedkjente at det ikke alltid hadde fungert som tiltenkt. Men med ulike tiltak så det ut til at ordningen begynte å få rotfeste.

Vi har også sett at det ikke fungerte godt nok. Så vi har en egen kvalitetsrådgiver på sykepleiersida som har gått inn i kvalitetsgruppene som en veileder og deltager. Og det har hatt god effekt på at de har blitt mer komfortabel med tankegangen som har med flerfaglighet å gjøre, så nå tror jeg det fungerer litt bedre... Informant b3-l

På sykehus B var budsjettet for grenspesialiteten delt opp i tre separate deler for hver av fagsøylene. Seksjonslederen i sykepleiesøylen syntes det var utfordrende å jobbe med et eget budsjett for sykepleierne. I legeseksjonen ble det på grunn av innsatsstyrt finansiering økte inntekter i travle perioder. Behandling av flere pasienter gav flere DRG poeng. Siden sykepleierseksjonen driver med pleie og ikke behandling ble det i travle perioder ikke mer inntekter. Tvert imot ble utgiftene ekstra store. Sykepleierseksjonen fikk riktignok da overføring fra legeseksjonen for å dekke budsjettet. Seksjonslederen syntes likevel det var lite motiverende å bare jobbe med utgifter. Hun var også avhengig

av et godt samarbeid med legeseksjonen for å få dekket nok av sine utgifter. I seksjoner hvor samarbeidet var mindre bra hadde dette vært et problem. Sykepleierseksjonen kunne gå stort i underskudd, noe som kunne medføre at insentivene for å holde budsjettet ble små. Delt budsjetter kunne oppleves kunstig og medførte store krav til koordinering mellom fagsøylene. Sykehus A hadde ikke budsjetter delt etter fagprofesjon, hver avdeling hadde ett budsjett. Her ble budsjettet først og fremst tatt hånd om på avdelingsnivå, ikke av seksjonslederne.

5.2.2 Oppsummering

Sykehus A

- Avdelingsledersykepleieren var avhengig av tilgjengelige medisinskfaglige rådgivere. Hun savnet at de medisinskfaglige rådgiverne hadde avsatt tid til administrasjon og rådgiving i tillegg til det kliniske arbeidet.
- Avdelingslederlegen opplevde et godt samarbeid med sine medisinskfaglige rådgivere. Seksjonslederne var godt tilgjengelige for assistanse innenfor sykepleiefaglige spørsmål.
- Det opplevdes bedre at det medisinskfaglige perspektivet ble dekket av en lege som avdelingsleder enn av en medisinskfaglig rådgiver. En linjeleder har mer reell makt og innflytelse.
- Den medisinskfaglige rådgiveren så ikke på seg selv som leder.
- Kvalitetsforbedringsarbeid på sengeposten kunne oppleves lite koordinert mellom profesjonene.

Sykehus B

- Organiseringen i separate fagsøyler kunne gi utfordringer for tverrfaglig samarbeid. Avdelingslederne var svært bevisst på denne utfordringen og forsøkte å legge til rette for størst mulig tverrfaglig drift. Begge avdelingslederne opplevde at dette var noe som fungerte godt.
- Seksjonslederne opplevde også at de samarbeidet godt på tvers av fagsøylene. Dette var imidlertid takket være god personkjemi. I seksjoner hvor lederne ikke arbeidet like godt sammen kunne de separate fagsøylene gi koordineringsvansker.
- Sykehuset hadde fokus på å få til tverrfaglig kvalitetsforbedringsarbeid. Selv om

dette var en ny måte å jobbe på og hadde møtt problemer i oppstarten, virket det som kvalitetsforbedringsarbeidet nå fungerte bedre.

- Å dele budsjettet for hver grenspesialiseringen etter fagsøylene opplevde seksjonsledersykepleieren som kunstig. Hun syntes det var frustrerende å jobbe med bare utgifter og være avhengig av få disse dekket av legeseksjonen.

5.2.3 Vertikal koordinering

Jeg vil her se på koordineringen mellom ledernivåene og mellom lederne og klinikerne. Det fokuseres spesielt på ledernes grad av tilknytning til klinikken og hvilken betydning dette har for koordineringen og samarbeidet. Jeg vil også her presentere avdelings- og seksjonsnivåene for hvert sykehus for seg. Funnene oppsummeres på side 48.

Avdelingsnivå - Sykehus A

Begge avdelingslederne var bevisst på å ha med seg sine medarbeidere på laget. Spesielt i større endringsprosesser ble arbeidet enklere om det var god toveis kontakt mellom dem og klinikerne. På avdelingen til avdelingslederlegen hadde det nylig blitt lagt ned en sengepost som en del av flere sparetiltak.

Da er det ekstremt viktig del det å ha en forankring ned i medarbeiderne. Det at medarbeiderne er informert og forstår hva som drives med og at jeg er tilstede for dem.

Informant a3-l

En måte å få til dette på var å ha nærhet til den daglige driften i klinikken. Avdelingslederlegen tok fremdeles vakter. Han hadde imidlertid en full administrativ stilling, så dette arbeidet ble i tillegg. Selv om det kliniske arbeidet var mindre enn før, var han tydelig på at han ennå var en kliniker. Dette ble også bekreftet fra avdelingsledersykepleieren. Han ble beskrevet som en som hadde lederkappa si på, men fortsatt var doktoren.

Avdelingsledersykepleieren arbeidet 100 % administrativt. Kontoret hennes lå et stykke fra sengeposten og poliklinikken der både legene og sykepleierne arbeidet. Hun var redd dette kunne gå ut over kvaliteten på lederskapet.

...jeg ser jo hvordan den avstanden øker for min del og. Blir nesten bare sittende her på kontoret eller går i alle de forskjellige møtene. ... Og det er en fare, vil jeg si. Jeg er

veldig redd for å ikke være nært nok til praksis, og forstå praksisen godt nok.

Informant a3-s

Begge var tilstede på morgenmøtene til legene hver dag. Spesielt avdelingslederlegen trakk frem dette som en god arena for samarbeid med legene.

Jeg prøver også å sette meg ned med de når jeg har muligheten til det, sette meg ned sammen med legene å prate litt om morgenen etter morgenmøtet. Jeg er alltid på morgenmøtene så jeg tror jeg er veldig tilstede i legegruppen.

Informant a3-l

Avdelingslederne på sykehus A hadde ulike lederroller for legene og sykepleierne. De var nærmeste leder for legene i klinisk virksomhet og hadde også personalansvar for disse. De hadde imidlertid ikke noe personalansvar for sykepleiere foruten om de to seksjonslederne. De var både første- og andrelinjeledere på samme tid.

Samarbeidet med seksjonslederne på sengeposten og poliklinikken karakteriserer avdelingslederlegen som svært godt.

Jeg stoler 100 % på mine seksjonsledere her sånn. Jeg vet at de er kjempeerfarne, de har vært ledere på det nivået i mange, mange år. De kan dette her sånn. Og jeg opplever at vi har en veldig god løpende dialog om ting. Jeg stoler på dem.

Informant a3-l

Seksjonsnivå - Sykehus A

Seksjonslederen jeg intervjuet, kunne bekrefte et godt samarbeid med avdelingslederen. Jeg fikk likevel inntrykk av at seksjonslederen jobbet relativt selvstendig. Seksjonslederen arbeidet 100 % administrativt. Hun var opptatt av å følge med på hva som skjedde ute på sengeposten. Hun hadde kontor midt i sengeposten og satt med åpen dør. Hun var også med på vaktskiftemøtene hver morgen. Mye av arbeidsdagen gikk med til å prate med sykepleierne på sengeposten. Legene hadde hun mindre kontakt med.

Den medisinskfaglige rådgiveren arbeidet 100 % klinisk. Han var klar på at han ikke var en klinisk leder, men mer en del av legegruppen. Han betraktet den viktigste oppgaven hans som å få kollegaene til å arbeide sammen som et lag.

Som jeg har sagt hele tiden; jeg oppfatter meg ikke som i en lederstilling eller ledende posisjon. ... Jeg er ikke plassert på noe høyere nivå enn kollegaene mine på noen måte.

Informant a4-l

Selv om avdelingslederen riktignok var legenes nærmeste leder, var avdelingslederen fjernere fra pasientbehandlingen enn den medisinskfaglige rådgiveren. Om man skulle snakke om en klinisk leder tilstede på sengeposten, ville dette i større grad kunne være den medisinskfaglige rådgiveren. Det er derfor interessant at han ikke ser på seg selv som noen form for lederskikkelse.

Avdelingsnivå - Sykehus B

Avdelingslederen i legesøylen på Sykehus B hadde en full administrativ stilling, men jobbet likevel en dag i uka på poliklinikken som kliniker. Å være nær klinikken gav han legitimitet som leder og bedret samarbeidet med legene i klinikken. Han trekker også frem en annen viktig grunn til at han som avdelingsleder fortsatt holdt en fot i klinikken:

Det preger meg også litt i beslutningsprosessene også, at jeg har en nærhet til klinikken, og det vil si også en nærhet til pasienten. Jeg får et mye bedre pasientperspektiv som leder når jeg en gang i uken også skal møte de samme folkene som jeg skal gi tilbud til.

Informant b3-l

I likhet med avdelingslederne på sykehus A brukte avdelingslederne mye tid på å bringe besluttede tiltak og endringsprosesser videre ned til sine seksjonsledere.

Fordi det hjelper veldig lite om beslutninga stopper i et ledd over medarbeideren. Da har vi ingen effekt av tiltakene, for da har vi gjort sånn vi alltid har gjort likevel. Sant? Sånn at det er jo den viktigste jobben for meg som avdelingssjef det å stimulere til lederskapet på fjerde nivå.

Informant b3-l

Likevel ble han preget av den administrative tankegangen i og med at han hver dag jobbet med økonomi, styringsmål og langsiktige strategier. Det kunne være vanskelig å forklare sine seksjonsledere meningen bak tiltak som ble bestemt ovenfra, fra toppledelsen, men også fra politisk hold. Han måtte stadig oversette strategiske planer på en slik måte at det gav mening i den daglige driften i klinikken. Spesielt kunne det

være vanskelig å forklare hvorfor en seksjon fikk mer eller mindre penger enn en annen. Han poengterer:

Utfordringa blir å forklare hver fagperson hvorfor deres jobb er viktig, men at den nå ikke skal prioriteres foran en annen sin. Informant b3-l

En likeså viktig jobb som det å bringe tiltak og prosesser nedover i organisasjonen, var å stimulere seksjonslederne til egne beslutninger. Direktøren på sykehus B hadde en tydelig ledelsesfilosofi på at det var fjerde nivå- lederne som var de viktigste og at det var der flesteparten av beslutningene skulle tas. Fikk man dette til, var ledernivåene oppover i hierarkiet mer en støttefunksjon.

Så det er jo alltid utfordringen å få det ytterste leddet nærmest medarbeiderne til å erkjenne at de har et annen rolle enn medarbeiderne, at de faktisk er ledere. Og derfor har vi også gjort den satsingen her at samtlige fjerde nivå's ledere her har tatt lederutviklingsprogram i alle fagsøyler i et forsøk på å bevisstgjøre det. ... For det er der lokalt, at de gode beslutningene tas... Informant b3-l

Avdelingslederen i sykepleiesøylen arbeidet 100 % administrativt. Han mente selv han var tydelig preget av administrativ logikk. Tidligere hadde han jobbet som driftsleder i det private og var vant til ledelse og virksomhetsstyring. Han anså seg selv mer som en driftsleder enn en klinisk leder. Hans bakgrunn som sykepleier var imidlertid viktig, ikke for å utføre jobben, men for å få aksept som leder. Det var likevel et ønske fra hans seksjonsledere at hans fokus var mer rettet ned mot klinikken.

Jeg tror nok at mine seksjonsledere hadde ønsket en leder som var litt tettere på dem og forsto dem litt mer i hverdagsutfordringene. ... Når det kommer til sykepleiefag og pasientarbeid og sånn så ser de på meg som litt mer leder og kanskje mer byråkrat i forhold til deres oppgaver. Informant b3-s

For å møte dette ønsket hadde han blant annet begynt å kle seg i hvitt. Han forsøkte også å ha møtene med seksjonslederne i nærheten av sengepostene. Parallelt syntes han i likhet med avdelingslederlegen at det kunne være vanskelig å formidle føringer ovenfra på en måte som ble forstått i den daglige driften.

Seksjonsnivå - Sykehus B

Seksjonslederen i sykepleiesøylen omtalte også utfordringen med avstanden mellom avdelings- og seksjonsledernivået.

Jeg synes det er veldig sånn, det har jeg sagt i ganske mange fora, vi jobber veldig tett ned mot personalgruppa, tett mot alle som jobber her. Også jobber vår leder oppover. ... Teppeavdelingen som vi kaller oss. Ikke sant. Jeg jobber veldig tett ned. Og han jobber oppover. Og da blir det et gap imellom her da. Informant b4-s

Hun syntes hun jobbet mye aleine og savnet støtte i den daglige driften fra avdelingslederen. Nylig hadde hun hatt en vanskelig personalkonflikt der hun trengte støtte og rådgiving. Avdelingslederen hadde ikke hatt mulighet til å hjelpe til før etter at saken var ferdig behandlet. Dette kan kanskje antyde at avdelingslederen hadde et for stort kontrollspenn og for mange seksjoner å følge opp. Seksjonslederen påpekte selv dette som en sannsynlig årsak.

Seksjonslederen i sykepleiesøylen jobbet 100 % administrativt, men tok et par vakter innimellom. Disse vaktene gav henne mye og hun følte hun ble bedre kjent med driften. I likhet med seksjonslederen i sykehus A gikk mye av tiden til å snakke med sykepleierne på avdelingen, motivere dem og skape en god arbeidsplass.

Når det er bra å være her, så gjør de en god jobb også. Så jeg jobber en del med motivasjon på ulike måter. Informant b4-s

Seksjonslederen i legesøylen arbeidet omtrent 70 % klinisk og resten administrativt. Han hadde ifølge sin lederavtale 3 hovedoppgaver; personalansvar, budsjettansvar og resultatansvar. Personalansvaret innebar oppfølging av omtrent 20 ansatte leger. Han hadde også ansvar for vaktlista for legene, men dette var delegert til en Lege i spesialisering. Ellers var han delaktig i prosjektet med å implementere tavlemøter på sengeposten. Han betraktet seg som en leder, men helst for de yngre legene.

De fleste av de jeg er såkalt leder for, dem er jo kompisene mine. Men jo, jeg føler meg jo som leder, ... men kanskje spesielt for de yngre... Informant b4-l

Hans tillit som leder betraktet han helst som et resultat av hans medisinskfaglige kunnskap.

... jeg har jo holdt på med det her i en mannsalder og er jo helt oppdatert faglig, og kan jo mer enn, jeg kan vel nesten mest vel, vil jeg tro, tror nok det. Det er jo sånt som gir tillit og styrke da.

Informant b4-l

I tiden han hadde jobbet som seksjonsleder hadde han imidlertid fått økt forståelse for administrativ logikk og nødvendigheten av å følge budsjettet.

Jeg tenkte at alle direktører og sånne administrative folk var idioter til det motsatt var bevist, stort sett. For i gamle dager ville du sagt at underskudd det driter jeg i for det viktigste er å behandle pasienter. ... Men jeg har jo merket at etter hvert når du sitter med sånne budsjetter så ser du jo at det er jo greiere at du får det gjennom enn at du går med jævla underskudd liksom.

Informant b4-l

Selv om dette ikke direkte omhandler samarbeid vertikalt illustrerer det at leger som tar på seg lederstillinger etter hvert kan tilegne seg økt forståelse for administrativ logikk. På den måten kan de bli viktige bindeledd mellom legene i klinikken og avdelingslederen. Dette kommer jeg tilbake til under diskusjonen i neste kapittel.

5.2.4 Oppsummering

Sykehus A

- Ved endringsprosesser og sparetiltak ble det spesielt lagt vekt på forankring hos medarbeiderne, både legene og sykepleierne.
- Avdelingslederne var både første og andrelinjeledere samtidig, nærmeste leder for legene og leder for seksjonslederne på sykepleiersida.
- Avdelingslederlegen opplevde tett samarbeid med både legene og seksjonslederne. Avdelingsledersykepleieren kunne i større grad kjenne på en avstand til den kliniske praksisen.
- Den medisinskfaglige rådgiveren hadde ingen administrative oppgaver og betraktet seg ikke som noen klinisk leder. Han var på lik linje med de andre legene.

Sykehus B

- Avdelingslederen i legesøylen jobbet fortsatt som kliniker, noe som gav han legitimitet som leder og bedret samarbeidet med legene.

- I sykepleiersøyla kunne både avdelingsleder og seksjonsleder fortelle om en opplevd avstand mellom tredje og fjerde ledernivå. Dette til tross for avdelingsledernes fokus på koordinering med seksjonslederne.
- Seksjonslederen i legesøylen så på administrasjon og økonomi på en ny måte etter han selv var blitt leder. Han betraktet seg som en klinisk leder, hvert fall for de yngre legene.

6 Diskusjon

Det er to sentrale spørsmål som utpeker seg under sammenligningen mellom sykehusene:

1. Fungerer den horisontale koordineringen bedre på sykehus B?
2. Fungerer den vertikale koordineringen dårligere på sykehus B?

I første del av kapittelet vil jeg diskutere i hvor stor grad disse påstandene er gjeldende. Diskusjonen vil gjøres med "instrumentelle briller" og forutsetter at det er en sammenheng mellom ledelsesstruktur og koordinering. I andre del av kapittelet vil jeg supplere diskusjonen med de institusjonelle perspektivene. Her vil jeg særlig vurdere i hvor stor grad det er en sammenheng mellom ledelsesstruktur og koordinering i klinisk ledelse. Til slutt vil jeg sette studiens funn i en større sammenheng og trekke linjene tilbake til vedtaket om enhetlig ledelse.

6.1 To instrumentelle påstander

6.1.1 Bedre horisontal koordinering på sykehus B?

I motsetning til hva som var forventet gav informantene inntrykk av at den horisontale koordineringen fungerte bra på sykehus B. Den tverrfaglige møtestrukturen gav lederne mange arenaer for samarbeid, både innen drift og kvalitetsforbedring. Denne møtestrukturen kan ses på som en del av den formelle ledelsesstrukturen. Den medvirket til å gjøre beslutningsprosessen mer tverrfaglig. Dette peker i retning av en sammenheng mellom ledelsesstruktur og koordinering.

Sykehus A hadde også tverrfaglige møter, men sjeldnere. Det var ikke på samme måte bygd opp et nettverk av formelle kontaktpunkter mellom profesjonene. Den horisontale koordineringen var i større grad uformell. Avdelingsledersykepleieren savnet at de medisinskfaglige rådgiverne var mer tilgjengelige. Dette problemet var mindre for avdelingslederlegen. Kvalitetsforbedringsarbeidet opplevdes delt mellom hver fagprofesjon. Dette illustrerer også at den horisontale koordineringen på sykehus A ikke var optimal.

På sykehus B kom den uformelle tverrfaglige koordineringen mest til uttrykk på seksjonsnivå. Her jobbet seksjonslederen i lege- og sykepleiesøylen tett sammen. Samarbeidet fungerte godt, men begge mente dette var personavhengig. Det var eksempler på andre seksjoner der samarbeidet fungerte dårligere. Det kan argumenteres med at man ikke kan trekke noen konklusjoner av det uformelle samarbeidet basert på så få informanter. Særlig med tanke på at de selv rapporterer at den gode tverrfagligheten var basert på personkjemi.

Personkjemi vil etter det instrumentelle perspektivet ha mindre betydning for den formelle koordineringen. I de tverrfaglige møtene preges aktørene mer av de forventninger som er knyttet til stillingene. Personlige meninger og holdninger er underordnet. Dette skulle tilsi at jeg kan legge mer vekt på den formelle koordineringen, deriblant den formelle møtestrukturen, som forklaringsfaktor. Da er det grunnlag for å si at den horisontale koordineringen fungerer bedre på Sykehus B.

Dette synet kan også støttes av at seksjonslederlegene på sykehus B hadde mer tid avsatt til det administrative arbeidet. De var mer tilgjengelige for seksjonsledersykepleieren. På sykehus A oppfatter jeg de medisinskfaglige rådgiverne mer som *faglige* rådgivere for sykepleielederne. På sykehus B var seksjonslederlegene faglige rådgivere, men også *administrative* sparringspartnere for sykepleielederne. Beslutninger om både økonomi, resultat, strategi og drift ble i større grad tverrfaglige.

Tverrfagligheten i administrative beslutninger var på sykehus A i større grad på avdelingsledernivå. I avdelingsledermøtene var begge profesjonene representert. Avdelingslederne hadde imidlertid ansvar for hver sin avdeling, med sine grenspesialiteter. Lederne hadde forskjellige anliggender i kontrast til seksjonslederne

på sykehus B som var ledere innenfor samme grenspesialitet. Jeg vil derfor mene at dette også peker i retning av en bedre horisontal koordinering på sykehus B.

Det er likevel et unntak. Koordineringen av økonomistyringen så ut til å fungere bedre på sykehus A. Her hadde avdelingslederen ansvar for hele budsjettet, inkludert begge fagprofesjonene. På sykehus B var budsjettet delt for hver fagsøyle, både på seksjons- og avdelingsnivå. Dette medførte økt behov for horisontal koordinering. Siden sykepleiesøylen ikke genererte inntekter, var de avhengige av å få nok overføringer fra legesøylen for å gå i balanse. Dette opplevdes kunstig og kunne redusere insentivene for å holde budsjettet.

Funnet om at delt budsjett opplevdes uhensiktsmessig er i stor grad basert på én informant. Andre seksjonsledere ha ment noe annet. Jeg har likevel valgt å vektlegge dette funnet da delt budsjett etter min mening er en potensiell utfordring med todelt fagledelse.

Ansvarsforholdene virket avklart på begge sykehus. Avdelingslederne på sykehus A var klare på at de hadde det helhetlige ansvaret for avdelingen. På sykehus B ble hver grenspesialitet styrt av en tverrfaglig ledergruppe med én leder fra hver av de tre søylene. Dette skulle en tro kunne gi uklare ansvarsforhold. Informantene gav likevel ikke dette inntrykket. De hadde en klar formening om sine ansvarsområder. Saker som omhandlet flere profesjoner ble behandlet på de tverrfaglige driftsmøtene. Dette peker i retning av at god tverrfaglig formell møtestruktur også løste utfordringer med ansvarsfordelingen.

6.1.2 Oppsummering

- På bakgrunn av en omfattende tverrfaglig formell møtestruktur fungerte den horisontale koordineringen bedre på sykehus B.
- Unntaket var koordinering innenfor økonomistyring, der delte budsjetter for hver fagsøyle opplevdes uhensiktsmessig.
- Ansvarsforholdene var klare på begge sykehus.

6.1.3 Dårligere vertikal koordinering på sykehus B?

Sykehus B hadde en utfordring med koordineringen mellom seksjons- og avdelingsnivå. Både avdelingsleder og seksjonsleder i sykepleiesøylen kunne fortelle om en opplevd avstand mellom ledernivåene. Sammenlignet med sykehus A hadde avdelingslederen på sykehus B svært mange flere seksjoner å følge opp. Det kan virke som kontrollspennet var for stort, og at oppfølging av hver enkelt seksjonsleder ble skadelidende av dette. Både på grunn av antallet, men også på grunn av at hver seksjon representerte en grenspesialitet med sine særegenheter og utfordringer. På sykehus A var det maksimalt fem ulike grenspesialiteter innenfor samme enhet. Det at avdelingsledersykepleieren identifiserte seg mer som en driftsleder enn en klinisk leder kan også ha hatt betydning.

Man kan spørre seg hvorfor avstanden mellom seksjons- og avdelingsledernivå ikke ble beskrevet i legesøylen. Det er flere faktorer som kan forklare hvorfor dette problemet ikke gjaldt i like stor grad her. Legesøylen besto av færre og mindre seksjoner enn sykepleiesøylen. Seksjonslederne i legesøylen arbeidet også bare 20 – 50 % som ledere. En annen årsak kan være at avdelingslederlegen i større grad enn avdelingsledersykepleieren identifiserte seg med klinisk praksis. Ved å være en "kollega" til sine seksjonsledere kunne oppfølgingen i større grad skje på deres premisser. Dette ble også bekreftet av avdelingslederlegen.

Den vertikale koordineringen på sykehus A opplevdes god. Som nevnt var hver avdeling mindre. Avdelingslederne var både første- og andrelinjeledere på samme tid. Avdelingslederne hadde personalansvar for legene, samtidig som de var leder for seksjonslederne. Dette mener jeg bidro til en tettere kontakt mellom ledelsesnivåene. Det kan også ha bidratt til at avdelingslederne var tettere på den kliniske praksisen. Dette så ut til å stemme for avdelingslederlegen, som følte seg veldig tilstede i legegruppen. Avdelingsledersykepleieren derimot kunne kjenne på en avstand til klinikken. Dette kan forklares med at hennes profesjonsbakgrunn var forskjellig fra dem hun hadde personalansvar for.

På denne bakgrunn fremstår det en forskjell mellom sykehus A og B. I sykehus B gikk den vertikale koordineringen i faglinjene, i og med at "fag ledet fag". På sykehus A gikk den vertikale koordineringen mellom ulike fagprofesjoner, (utenom innslaget med fagledelse på seksjonsnivå for sykepleierne). Dette kan ses på som en utfordring med

denne ledelsesstrukturen. Jeg tolker dette likevel som en utfordring med utgangspunkt i problemet med den horisontale koordineringen.

Sykehus B hadde som nevnt innenfor hver grenspesialisering en teamledelse med de tre seksjonslederene i hver fagsøyle. En vanlig innvendig mot teamledelse er at ansvarslinjene oppover og nedover blir uklare. Det ser imidlertid ikke ut til at dette var et problem på sykehus B. For det første fordi saker innenfor hvert fagfelt ble holdt innenfor fagsøylen oppover og nedover. For det andre fordi tverrfaglige saker ble tatt hånd om på tverrfaglige driftsmøter og fordelt. Kanskje nettopp fordi den horisontale koordineringen fungerte bra, hadde dette positive effekter for den vertikale koordineringen.

Et siste poeng jeg vil trekke frem, er forskjellen på den medisinskfaglige rådgiveren på sykehus A og seksjonslederlegen på sykehus B. På sykehus A hadde den medisinskfaglige rådgiveren ingen administrative oppgaver utenom det faglige ansvaret. Han betraktet seg ikke som en klinisk leder. På sykehus B hadde seksjonslederlegen en deltids administrativ stilling med resultat- og budsjettansvar. Han følte seg i større grad som en klinisk leder. Jeg mener denne ordningen bidro til å stimulere legene til å ta et større lederansvar utover det rent faglige. Dette har flere gunstige effekter. Avdelingslederlegen kunne i større grad spille på en leder ute i klinikken å spille på for å få beslutninger og tiltak videre ut til legene. Som nevnt hadde også seksjonssykepleieren en samarbeidspartner utover rent faglige spørsmål. Legene hadde også i større grad en leder tilgjengelig i klinikken som kunne ta hånd om ideer, frustrasjoner eller problemer.

6.1.4 Oppsummering

- Sykehus B hadde en utfordring med et gap mellom seksjons- og avdelingsnivå i sykepleiesøylen med konsekvens for den vertikale koordineringen. Denne ble imidlertid bedret av den gode tverrfaglige koordineringen.
- På Sykehus A opplevdes den vertikale koordineringen god med mindre avstand mellom ledernivåene.
- Ledelsesstrukturen på sykehus B ser ut til å stimulere til at seksjonslederlegene tar et større lederansvar utover det rent faglige.

6.2 Det institusjonelle perspektivet

De funn som er diskutert ovenfor, mener jeg i stor grad kan forklares ut fra et instrumentelt perspektiv. Ledelsesstrukturen er med på å spesifisere ledernes kontaktpunkter og møtearenaer både for koordineringen horisontalt og vertikalt. Ledelsesstrukturen setter føringer for hvilken profesjonsbakgrunn lederen har og hvilke profesjon han er leder for. Dette har betydning for ledernes legitimitet og evne til å sette beslutninger ut i livet. Jeg vil nå se nærmere på hvordan institusjonelle faktorer kan supplere forståelsen av de funn som er gjort.

6.2.1 Kulturperspektivet

Ved kulturperspektivet forventes det en svak sammenheng mellom ledelsesstruktur og koordinering i kliniske ledelse. Koordineringen og kontaktmønstrene er heller preget av organisasjonskulturen i hvert sykehus.

Ledelsesstrukturen på sykehus B ble implementert i 2009. Ut fra kulturperspektivet ville man forvente at det på grunn av stivhengighet ville ta lang tid før sykehuset tilpasset seg den nye ledelsesstrukturen. Aktørene kunne lett fortsette å handle slik de tidligere gjorde. Ut fra mine funn ser det imidlertid ut til at lederne er godt tilpasset ledelsesstrukturen. Jeg fant ingen beslutningsadferd som gikk på siden av eller på tvers av ledelsesstrukturen. Koordineringen så ut til å følge de formelle kontaktpunkt og møtearenaer.

Dette kan ha flere årsaker. For det første kan det være at jeg ikke i tilstrekkelig grad har greid å fange opp de mer uformelle trekkene i organisasjonen. Organisasjonskultur kan være vanskelig å studere. (Christensen et al., 2004). Instrumentelle virkninger er lettere å se og beskrive. Organisasjonens verdier og uformelle normer ligger mer som et bakteppe og preger aktørene i tillegg til de rammer organisasjonsstrukturen setter.

For det andre kan en tenke seg at organisasjonskulturen har blitt tilpasset den nye ledelsesstrukturen. Dette kan illustreres med eksempelet om kvalitetsarbeidet. Det tverrfaglige kvalitetsarbeidet ble beskrevet som tungrodd i starten. Det hadde vært uvant for seksjonslederne å arbeide slik ledelsesstrukturen la opp til. Etter hvert, med ulike tiltak fra avdelingsledelsen, så kvalitetsarbeidet ut til å fungere bedre. Kanskje var det kulturen for kvalitetsarbeid som gradvis tilpasset seg ledelsesstrukturen.

En tredje årsak er at det var organisasjonskulturen som i sin tid satte føringer for ledelsesstrukturen. Når sykehuset endret ledelsesstrukturen i 2009, kan en se for seg at ledelsesstrukturen ble tilpasset slik at den i større grad passet organisasjonskulturen. På den måten fikk lederne en ledelsesstruktur som passet overens med slik de allerede arbeidet. Som beskrevet i kapittel 3 påpeker Egeberg (1984) dette poenget. Om organisasjonsstrukturen samsvarer med beslutningsadferden kan dette forklares ved at beslutningsadferden har bestemt ledelsesstrukturen. Dette kan kalles en reaktiv prosess, der sammenhengen mellom ledelsesstruktur og koordinering går begge veier (Figur 11 side 58).

Studien min gir ikke grunnlag for å konkludere om det er dette som har skjedd på sykehus B. At organisasjonskulturen har hatt betydning for hvordan ledelsesstrukturen har blitt utformet, ser jeg likevel på som sannsynlig.

De funn som er gjort for sykehus A er også enklere å forklare med det instrumentelle perspektivet. På dette sykehuset hadde de stort sett hatt den samme ledelsesstrukturen helt tilbake til vedtaket om enhetlig ledelse. Sykehuset har dermed hatt enda lengre tid for at organisasjonskulturen skulle tilpasse seg ledelsesstrukturen. Det er ikke usannsynlig at det har vært en reaktiv prosess også på sykehus A. Kanskje har behovet for en klarere profesjonsinndeling ført til innslaget av fagledelse på seksjonsnivået for sykepleierne.

6.2.2 Myteperspektivet

I myteperspektivet blir ledelsesstrukturen sett på som et skall som stadig endres og tilpasses omgivelsene. Dette gjør organisasjonen for å oppnå legitimitet og aksept utenfra. Den formelle strukturen er dekket av den uformelle (figur 11). Et slikt perspektiv skulle tilsi at det var få forskjeller mellom koordineringen i klinisk ledelse på de to sykehusene. Studiens funn viser imidlertid klare forskjeller mellom de to sykehusene. Forskjellene kan også knyttes opp til ledelsesstrukturene i tråd med det instrumentelle perspektivet. Ut fra de funn som er gjort, mener jeg ikke at det er grunnlag for å si at den formelle og uformelle strukturen er dekket.

Det er likevel elementer i det informantene forteller som passer overens med myteperspektivet. Eksempelvis kan kvalitetsforbedringsarbeid betegnes som en myte.

Dette er ikke direkte relatert til koordinering, men viser hvordan myteperspektivet kan ha betydning for kliniske ledere. Kvalitetsforbedringsarbeid har fått stadig større fokus både nasjonalt og internasjonalt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Kvalitetsforbedringsarbeid kan ses på som noe sykehusene må kunne vise til for få aksept fra omgivelsene. Det er imidlertid en fare for at sykehusene skilter med kvalitetsforbedringsarbeid uten at dette i tilstrekkelig grad er implementert.

Alle informantene formidlet at kvalitetsforbedringsarbeid var et viktig område. På sykehus B virket likevel arbeidet mer integrert med ledelsesstrukturen. Det var blant annet lagt opp til kvalitetsråd annenhver uke for å diskutere kvalitetsforbedringsarbeid og pasientsikkerhet. Jeg fikk ikke inntrykk av en like systematisk fremgangsmåte på sykehus A. Det ble ikke vist til noen konkrete rutiner for kvalitetsforbedringsarbeid. Dette kan tolkes som at kvalitetsforbedringsarbeid i større grad var en "ferniss" på sykehus A.

At ledelsesstrukturen i seg selv var en slik "ferniss" kan vanskelig trekkes ut av datamaterialet. Jeg oppfattet ikke todelt fagledelse ved sykehus B som en ledelsesstruktur som skulle vises utad for å få legitimitet fra omgivelsene. Det kan heller argumenteres med at denne ledelsesstrukturen ikke kunne eller burde skiltes utad. Dette på bakgrunn av at det kan diskuteres i hvor stor grad den tilfredsstillende lovkravet om enhetlig ledelse.

Sykehus A har en ledelsesstruktur som er mer i tråd med intensjonen med enhetlig ledelse. Det at sykehusene måtte endre ledelsesstrukturen etter et politisk vedtak, kan ses på som tvingende isomorfisme, jamfør DiMaggio og Powell (1991). Som nevnt finner Johansen (2009a) at enhetlig ledelse var skinnimplementert på mange sykehus, med andre ord at den formelle og uformelle strukturen var dekket. Dette ble begrunnet med at uavhengig av om legen eller sykepleieren var leder for enheten, ble den fortsatt driftet som ved todelt ledelse; legen tok seg av faglige spørsmål og sykepleieren driften ellers (Johansen, 2009a).

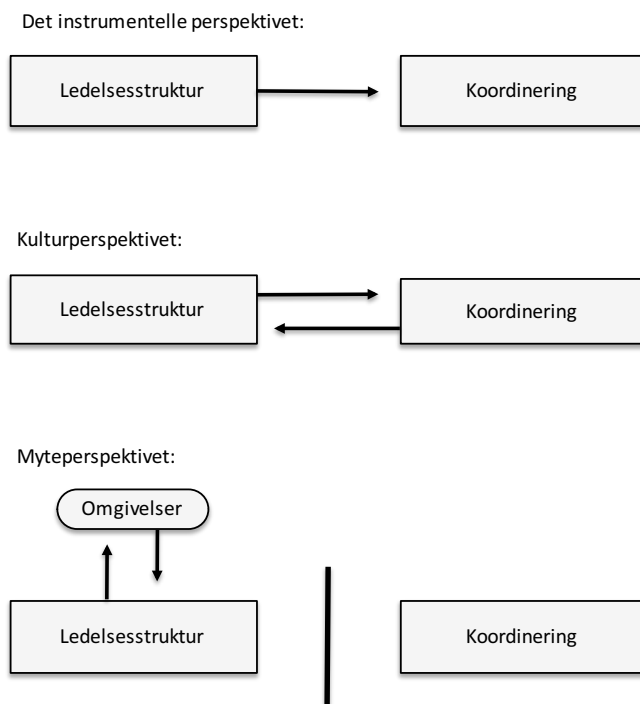
I min studie finner jeg at avdelingslegen og avdelingssykepleieren har en mer lik håndtering av den administrative driften. Avdelingssykepleieren er riktig nok avhengig av de medisinskfaglige rådgiverne i faglige spørsmål, men dette ser jeg på som en tilsiktet konsekvens av enhetlig ledelse. Jeg mener derfor at ledelsesstrukturen på

sykehus A heller ikke kan betegnes som en "ferniss". Det er mange år siden enhetlig ledelse på sykehus A ble innført, og det er mulig den uformelle strukturen etter hvert har blitt bedre integrert med ledelsesstrukturen.

Det kan diskuteres hvor godt myteperspektivet egner seg for problemstillingen i denne studien. Perspektivet legger vekt på hvordan ledelsesstrukturen endres gjennom påvirkning fra omgivelsene. Teorien omhandler i mindre grad hvordan ledelsesstruktur påvirker koordinering. Om studien ikke hadde funnet en sammenheng mellom ledelsesstruktur og koordinering, hadde imidlertid perspektivet vært en viktig forklaringsmodell. En dekket formell og uformell struktur ville bety at koordineringen i klinisk ledelse var mer preget av uformelle normer og verdier. Det bør også poengteres at hvordan endring av ledelsesstrukturen forstås (sammenheng 2) har betydning for hvordan man forstår koordineringen (sammenheng 1). Sammenhengene er nært tilknyttet hverandre (Figur 6 side 15). Figuren på neste side (figur 11) illustrerer ledelsesstrukturens påvirkning på koordineringen i de ulike teoretiske perspektivene.

6.2.3 Oppsummering

- På begge sykehus finner studien en sammenheng mellom ledelsesstruktur og koordinering i klinisk ledelse, noe som kan forklares med et instrumentelt perspektiv.
- Denne sammenhengen kan, etter kulturperspektivet, alternativt forklares med at den faktiske beslutningsadferden har endret ledelsesstrukturen slik at de i større grad tilsvarte hverandre.
- Myteperspektivet kan i begrenset grad brukes som forklaringsfaktor for denne studien, siden den formelle og uformelle strukturen ikke ser ut til å være dekket.



Figur 11: Sammenhengen mellom ledelsesstruktur og koordinering i de tre perspektivene

6.3 Forholdet til lovkravet om enhetlig ledelse

Jeg vil i dette avsnittet sette funnene fra studien i en større sammenheng og trekke linjene tilbake til lovkravet om enhetlig ledelse.

Enhetlig ledelse ble som beskrevet innført for å profesjonalisere lederrollen og sørge for klare ansvarsroller. Én leder skulle ha det helhetlige ansvaret for driften, inkludert budsjett, resultat, personal og fag. Man kan si at vedtaket prøvde å redusere ansvarsproblemet med den todelte ledelsen. Enhetlig ledelse skulle også ivareta god tverrfaglig koordinering gjennom de faglige rådgiverne. Slik jeg forstår vedtaket om enhetlig ledelse, ble koordineringsproblemet begrenset til et faglig problem. En medisinskfaglig rådgiver ble ikke innblandet i driften utover den faglige rådgivningen. Jeg mener at det er en svakhet med enhetlig ledelse at tverrfagligheten ikke i like stor grad blir ivaretatt i driften som helhet. Dette synet støttes av empirien fra sykehus A.

Det har utviklet seg flere varianter av ledelsesstrukturer på tross av at vi har lovbestemt enhetlig ledelse (Kjekshus, 2013). Todelt fagledelse, som sykehus B er et eksempel på, men også ulike former for teamledelse. En av årsakene til denne utviklingen, sett med instrumentelle briller, er at enhetlig ledelse ikke i tilstrekkelig grad ivaretok den horisontale koordineringen mellom fagprofesjonene. Ledelsesstrukturen ble derfor endret og brukt som et instrument for å oppnå bedre koordinering og samarbeid. Utviklingen av de ulike ledelsesstrukturene kan også forklares ut fra kulturperspektivet. Ledelsesstrukturene ble endret slik at de samsvarte bedre med slik koordineringen fungerte i virkeligheten. Som nevnt kan sykehus B være et eksempel på en slik reaktiv prosess.

Enhetlig ledelse og todelt fagledelse vektlegger forskjellige verdier. Enhetlig ledelse fokuserer på profesjonalisering av lederskapet og klare ansvarsroller. Ledelsesstrukturen kan beskrives som en del av den administrative forståelsen. Todelt fagledelse er derimot formet med utgangspunkt i fagprofesjonene. Ledelsesstrukturen kan betraktes som nærmere den kliniske forståelsen. Dette kan være en grunn til at todelt fagledelse ser ut til å legge mer til rette for horisontal koordinering mellom fagprofesjonene. Samtidig kan det administrative utgangspunktet for enhetlig ledelse legge til rette for den vertikale koordineringen.

Ledelsesstrukturene har forskjellige utfordringer og det må avveies mellom fordeler og ulemper. Sykehusene kan imidlertid ta lærdom av hverandre og iverksette tiltak for å kompensere for det som ikke fungerer. Det at deltids lederstillinger kan stimulere leger til et større lederansvar utover det rent faglige, kan for eksempel være til inspirasjon for flere sykehus.

Norske sykehus er riktignok svært forskjellige. De har forskjellig størrelse, varierende antall grenspesialiteter og ulikt antall ledernivåer. Samme sykehuset kan også ha flere geografiske lokalisasjoner. Ledelsesstrukturene kan gi ulike koordineringsproblemer avhengig av sykehuset og i hvilken grad ledelsesstrukturen er integrert i den uformelle strukturen. På bakgrunn av et slikt resonnement kan man spørre seg hvor hensiktsmessig et lovkrav om enhetlig ledelse for alle norske sykehus egentlig er.

7 Konklusjon

Kliniske ledere står i en utfordrende mellomposisjon. De må koordinere både vertikalt og horisontalt i organisasjonen mellom en administrativ og klinisk tankegang og mellom fagprofesjoner som er både selvstendige og gjensidig avhengige av hverandre.

Studiens forskningsspørsmål var: Hvordan påvirker todelt fagledelse koordineringen mellom kliniske ledere? Studien finner først og fremst en sammenheng mellom ledelsesstrukturen og koordineringen, slik et instrumentelt perspektiv skulle tilsi. Denne sammenhengen kan alternativt forklares med kulturperspektivet ved at den uformelle strukturen har bestemt ledelsesstrukturen gjennom en reaktiv prosess. Myteperspektivet kunne i begrenset grad brukes som forklaringsfaktor for studiens funn.

På sykehus B fungerte horisontal koordinering godt takket være en omfattende tverrfaglig formell møtestruktur. Unntaket var horisontal koordinering innenfor økonomi, der delte budsjetter for hver fagsøyle opplevdes uhensiktsmessig. På sykehus A bar horisontal koordinering preg av å være begrenset til faglig koordinering og omfattet ikke driften i sin helhet. Et gap mellom seksjons- og avdelingsnivå i sykepleiesøylen gav vertikale koordineringsutfordringer for sykehus B. Dette skyldtes blant annet mange og store seksjoner som gav et stort kontrollspenn på avdelingsnivå. Ledelsesstrukturen på sykehus B så ut til å stimulere seksjonslederlegene til å ta større lederansvar, utover det rent faglige.

Studien viser at enhetlig ledelse og todelt fagledelse begge gir utfordringer for koordineringen i klinisk ledelse. Det gir imidlertid utslag på ulike måter. Mens sykehuset med todelt fagledelse hadde størst utfordring med vertikal koordinering, hadde sykehuset med enhetlig ledelse størst utfordring med den horisontale.

Litt forenklet kan dette funnet forklares ut fra hva ledelsesstrukturene vektlegger. Enhetlig ledelse vektlegger profesjonalisering av lederrollen og klare ansvarsforhold. Dette legger forholdene til rette for god vertikal koordinering. Todelt fagledelse er derimot formet med utgangspunkt i fagprofesjonene. Dette stimulerer til god horisontal koordinering mellom legene og sykepleierne.

Disse tendensene må ses i sammenheng med at norske sykehus er forskjellige. De har forskjellig størrelse, varierende antall grenspesialiteter og ulikt antall ledernivåer. Ledelsesstrukturene kan gi ulike koordineringsproblemer avhengig av sykehuset og i hvilke grad ledelsesstrukturen er integrert i den uformelle strukturen. Sykehusene kan likevel ta lærdom av hverandre. Ved å være klar over hvilke utfordringer de ulike ledelsesstrukturene gir, kan det enklere iverksettes tiltak for å løse dem. Jeg mener denne studien er et bidrag til dette. På grunn av et begrenset datatilfang i denne studien, er det imidlertid behov for flere studier om ledelsesstruktur og koordinering i klinisk ledelse.

Litteraturliste

- Andersen, S. (1997). *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berg, L., & Byrkjeflot, H. (2014). Management in hospitals. A career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), 379-394.
- Berg, O. (2009). Spesialisering og profesjonalisering. *Rapport fra Helsetilsynet*, 8/2009.
- Brenden, K. (2010). Divisjon for sykepleie avvikles. Hentet 16.04.2015, fra <https://http://www.nsf.no/vis-artikkel/360984/1212089/Divisjon-for-sykepleie-avvikles>
- Brunsson, N. (2002). *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Burns, L. R., Bradley, E., & Weiner, B. (2006). *Shortell & Kaluzny's Health Care Management; Organization Design & Behavior*. London: Delmar Cengage Learning.
- Christensen, T., Lægred, P., Roness, P., & Røvik, K. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1991). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organization Fields. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Edmonstone, J. (2009). Clinical leadership: the elephant in the room. *Int J Health Plann Manage*, 24(4), 290-305. doi: 10.1002/hpm.959
- Egeberg, M. (1984). *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli.
- Egeberg, M. (1989). *Institusjonspolitikk og forvaltingsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Otta: Tano AS.
- Egeberg, M. (2003). How bureaucratic structure matters: An organizational perspective. In G. Peters & J. Pierre (Eds.), *Handbook of Public Administration*. London: SAGE publications Ltd.
- Gjerberg, E., & Sørensen, B. (2006). Enhetlig ledelse - fortsatt en varm potet? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 126, 1063-1066.

- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Johansen, M. (2009a). Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen. *PhD thesis Handelshøyskolen BI*.
- Johansen, M. (2009b). Unitary management, multiple practices. *J Health Organ Manag*, 23(4), 396-410.
- Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative research methods in organisation studies*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kippist, L., & Fitzgerald, A. (2009). Organisational professional conflict and hybrid clinician managers. *J Health Organ Manag*, 23(6), 642-655. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/14777260911001653>
- Kjekshus, L. (2007). Modernisering av norske sykehus - Organisasjonsutvikling fra 1999 til idag. Hentet 11.03.2015, fra http://www.polis.no/Seminars/polis_molde/Kjekshus.ppt
- Kjekshus, L. (2013). Ta ledelsen tilbake! *Tidsskr Nor Laegeforen*, 133(9), 938-939. doi: 10.4045/tidsskr.13.0432
- Kjekshus, L., & Bernstrøm, V. (2013). Helseforetakenes interne organisering og ledelse, INTORG 2012. *Helseøkonomisk forskningsprogram. Skriftserie 2013:8, Universitetet i Oslo*.
- Kjekshus, L., & Harsvik, T. (2007). Organisasjonsutvikling ved norske sykehus. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127, 288-290.
- Kuper, A., Lingard, L., & Levinson, W. (2008). Critically appraising qualitative research. *BMJ*, 337, 687-692.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lippestad, J., Harsvik, T., & Kjekshus, L. (2011). Ledelse i et sykehus i omstilling. En oppsummering av et følgeforskningsprosjekt ved Akershus Universitetssykehus i perioden 2006-2010. *SINTEF Helse*.
- Llewellyn, S. (2001). Two-way windows: Clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22(3), 593-623.
- Lov om spesialisthelsetjenesten, LOV-1999-07-02-61 §9.3 (1999).

- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483-488.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press.
- McKinsey & Company, & London School of Economics and Political Science. (2010). Why good practice really matters. Hentet 30.09.2014, fra http://www.leadingssystemsnetwork.com/pdf/Management_Matters.pdf
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives. Designing effective organizations*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Mo, O. (2006). Ledelse til begjær eller besvær. Om reformer, fag og ledelse i sykehus. *PhD thesis Trondheim University*.
- Mo, O. (2008). Doctors as managers: moving towards general management? The case of unitary management reform in Norwegian hospitals. *J Health Organ Manag*, 22(4), 400-415.
- Nerland, S. M. (2007). Konkurransen eller vertikal integrasjon? De regionale helseforetaks valg av organisasjonsmodeller. *HORN; UiO og SINTEF, Skriftserie 2007:2*.
- NHS Leadership Academy. (2013a). Healthcare leadership model - The nine dimensions of leadership behavior. Hentet 30.09.2014, fra http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wpcontent/uploads/dlm_uploads/2014/10/NHSLeadership-LeadershipModel-colour.pdf
- NHS Leadership Academy. (2013b). Leadership Framework (LF). Hentet 30.09.2014, fra <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/discover/leadership-framework/>
- NOU 1997:2. (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317, 61.

- Selznick, P. (1997). *Lederskap*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000-2001). *Ot.prp. nr. 66*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ...Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og Helsetjenesten.
- Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekshus, L. E. (2014). Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Serv Res*, 14, 251. doi: 10.1186/1472-6963-14-251
- Spehar, I., & Kjekshus, L. E. (2012a). Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12, 421.
- Spehar, I., & Kjekshus, L. E. (2012b). Medical Management in Norwegian Hospitals. *Professions and Professionalism*, 2(1), 42-59.
- Sundar, T. (2000). Enhetlig ledelse – en varm potet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120, 3466 – 3467.
- The McKinsey Quarterly. (2009). When clinicians lead. Hentet 30.09.2014, fra <http://www.peakhealthcare.co.nz/wp-content/uploads/2011/03/when-clinicians-lead-mckinsey-2009.pdf>
- Torjesen, D. (2007). Kunnskap, profesjon, og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 48(2), 275-290.
- Traasdahl, E. (2012). «Reform i hvit uniform...» Hvordan praktiseres enhelig ledelse på en klinikk på UNN? *Masteroppgave i Helseledelse - UiN*.
- UNN. (2015). UNN Organisasjonskart. Hentet 16.04.2015, fra <http://www.unn.no/organisering/category19889.html>
- Warren, O. J., & Carnall, R. (2011). Medical leadership: Why it's important, what is required, and how we develop it. *Postgrad Med J*, 87(27), 27-32.
- Yin, R. (2009). *Case Study Research. Design and Methods* (4 ed.). London: Sage.
- Aarseth, H. P. (1997). Steineutvalget - sluttstrek for ørkenvandringen? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 4, 583.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguiden var noe ulikt utformet for legene og sykepleierne. I realiteten ble temaene brukt som utgangspunkt for samtalen og spørsmålene mer som forslag til formuleringer.

DEL 1 – Organisasjonskartet

1. Fortell om organisasjonskartet
Hvordan vil du beskrive ledelsesstrukturen?
I hvor stor grad tror du organisasjonsstrukturen påvirkes fra andre sykehus/ helseforetak?
2. Gir organisasjonsstrukturen et godt bilde over hvordan sengepostene/ avdelingene styres?
Hvem har størst innflytelse for ledelsen av sengeposten, sykepleier eller legeseksjonen? *Om annet enn på papiret*
3. Klinikken har egne seksjoner for leger og sykepleiere? Hvordan synes du denne inndelingen/ organisasjonsstrukturen fungerer?
Hvilke fordeler og ulemper ser du ved en slik organisering?

DEL 2 - Klinisk ledelse

Generelt om klinisk ledelse

4. Hva legger du i begrepet klinisk ledelse?
Hva mener du god klinisk ledelse betyr for pasientbehandlingen?
5. Hvordan praktiseres klinisk ledelse på sengeposten?
Sykepleier og medisinskfaglig rådgiver?
I hvilken grad arbeider disse faggruppene sammen?
Hvordan fungerer ordningen? *Hva fungerer bra / dårlig?*
6. Anser du deg selv som en klinisk leder?
Om ikke, hvem kan karakteriseres som klinisk leder på avdelingene?

Informanten som klinisk leder

A. Tidsbruk

7. Fortell om en vanlig arbeidsdag *Morgenmøte, previsit, visitt, postarbeid, møter, administrasjon, ledelse.*
Hvor mye tidsbruk bruker du på ledelse kontra klinisk arbeid?
Hvor oppholder du deg det meste av dagen?
Når du er på sengeposten, hvor mye tid blir brukt til klinisk ledelse kontra klinisk arbeid?
8. Er "legefløyen" et annet sted på sykehuset enn ved sengepostene?
Synes du disse avstandene har betydning for tilstedeværelse på sengepostene?

B. Om lederoppgavene

9. Hva er de viktigste oppgavene dine som leder? *Hvilke ansvarsområder. Administrasjon, økonomi, informasjon, faglig ledelse.*
Hva bruker du mest tid på?
10. Bestemmer du selv hvordan du utfører dine lederoppgaver? *Fritt, bestemmer selv, sterke føringer ovenfra, detaljert arbeidsinstruks*
11. I hvor stor grad tror du lederoppgavenes utførelse påvirkes av "slik det alltid har blitt gjort"?
12. Føler du at du har påvirkningskraft oppover/ nedover i organisasjonen?

C. Samarbeid og samhandling

13. Hvordan organiseres driftsmøtene på avdelingen? *Hvilke yrkesgrupper, hvilke ledernivåer er med.*
14. Hvordan er det uformelle samarbeidet om driften på seksjonen? *Uformell samarbeid = Ikke formelle møter, på sengeposten, i kantinen.*
15. Hvem er dine viktigste samarbeidspartnere som avdelingssjef? *Viktigste kontakter.*
16. Hvordan får du vite over hva som skjer på sengepostene?
17. Hvordan samarbeider legene og sykepleierne om driften av sengeposten?
Hvordan fordeles lederoppgavene mellom yrkesgruppene?

D. Problemløsning / Motivering, veiledning og støtte

18. Når driftsproblemer oppstår på avdelingen hvordan håndteres disse? *Hvem har ansvar, brannsløkking kontra forutse problemer, eksempler.*
19. Hvordan fungerer veiledning og opplæring av helsepersonell på avdelingen?
Delt mellom leger og sykepleiere? Formell, uformell, på avdeling, på kurs.
Opplever du at helsepersonell på avdelingen søker veiledning og støtte hos deg som medisinsk faglig leder for avdelingen? *Sykepleiere, leger*
20. Tror du at du som avdelingssjef kan virke motiverende for helsepersonell på sengepostene?
Er motivering noe du bevisst bruker i det daglige arbeidet som klinisk leder?

E. Kvalitetsforbedring / Pasientsikkerhet

21. Hvordan gjøres kvalitetsforbedring på avdelingen?
Mener du dette arbeidet ivaretas?
Skilles det mellom kvalitetsforbedring innenfor medisinsk og sykepleiefaglige fagområde?
Hvor hentes ideer og inspirasjon til kvalitetsforbedringsarbeid?
22. På hvilke måte tas det hensyn til pasientsikkerhet på avdelingen? *Prosedyrer og retningslinjer, pasientens tilbakemelding, hindre nye feil, ansvarsområder*

Takk for deltagelsen i studien!

Vedlegg 2: Kvittering fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Trond Tjerbo
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 26.01.2015

Vår ref: 41442 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

41442	<i>Organisasjonsstrukturens betydning for klinisk ledelse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Trond Tjerbo</i>
<i>Student</i>	<i>Eirik Lappegard</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Inga Brautaset

Kontaktperson: Marianne H. Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

