

Endringsvillighet og endringskapasitet i sykehus under covid-19 pandemi
- **endringsledelse i krisetid ved Sørlandet sykehus Arendal**

Dette er ikke tiden for «jeg». Dette er tiden for «vi».

- Statsminister Erna Solberg 18.3.20

JARLE JORTVEIT, THERESE BERÅS & MARIT HEGGLI NYHUS

VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Med denne masteroppgaven avslutter vi studiet Master i ledelse, spesialisering i helseledelse. Studiet ble gjennomført ved Universitetet i Agder, Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag.

Covid-19 rammet hele verdenssamfunnet brått og uventet vinteren 2020. Dette ga en unik mulighet til å studere endringer i helsevesenet i en krisesituasjon. Graden av aktualitet, alvorlighet og hast har medført at denne oppgaven måtte gjennomføres på relativt kort tid. Av den grunn har det vært nødvendig å fordele oppgavene på flere forfattere.

Vi ønsker å takke for et lærerikt studium som har gitt oss en god innføring i ledelse og dens historie, styring, organisering og endring av politisk styrte organisasjoner med særlig fokus på helseinstitusjoner. Vi har fått utvikle egne lederegenskaper gjennom teoretisk kunnskap, bevisstgjøring og refleksjon, og med oss på veien har vi fått en rekke verktøy som gjør oss bedre rustet til å møte morgendagens utfordringer i spesialisthelsetjenesten.

Tusen takk til:

- Sørlandet sykehus som ga oss muligheten til å studere helseledelse
- Alle ansatte i Klinikk for somatikk, Arendal som tok seg tid til å besvare spørreundersøkelsen
- Alle som deltok i intervjuer med stort engasjement

Spesiell takk til vår veileder førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen, Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag, Universitetet i Agder for god veiledning.

Arendal, juni 2020

Jarle Jortveit, Therese Berås & Marit Heggli Nyhus

Sammendrag

Innledning

Pandemien covid-19 er en global krise som har medført store omstillinger i helsevesenet og samfunnet for øvrig. Sykehus er tradisjonsrike profesjonsbyråkratier med lav endringsvillighet og endringskapasitet. Tross dette medførte covid-19 tidlig en rekke større endringer av både praktisk og organisatorisk art på kort tid ved Sørlandet sykehus.

Problemstilling

Hvordan påvirket covid-19 endringsvillighet, endringskapasitet og ledelse i Klinikk for somatikk, Sørlandet sykehus Arendal?

Teori

Problemstillingen forsøkes belyst i relasjon til tidligere studier av endringer i krisesituasjoner, samt relevant organisasjons- og endringsteori.

Metode

Case-studie av endringer i forbindelse med covid-19 pandemien. Studien er gjennomført med en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode og omfatter ansatte i Klinikk for somatikk, Sørlandet sykehus Arendal våren 2020.

Resultater

Totalt 635 (64 %) av klinikkens ansatte deltok i prosjektet ved å besvare en spørreundersøkelse om endringsvillighet, endringskapasitet og ledelse i forbindelse med covid-19. Deltakelsen var jevnt fordelt på ulike yrkesgrupper. Det ble i tillegg gjennomført fem fokusgruppeintervju med deltakelse fra 8 leger, 4 sykepleier og 5 merkantilt ansatte.

Covid-19 medførte endret arbeidssituasjon for 97 % av respondentene, 29 % hadde endret arbeidstid, 26 % hadde endret ferietidspunkt, 55 % hadde endret arbeidsoppgaver og 18 % hadde endret arbeidssted, mens arbeidsmengden i stor grad uendret. Få av studiedeltakerne var opptatt av at lov- og avtaleverk ble fulgt. Det forelå svært stor grad av forståelse for årsakene til endringene og svært stor grad av enighet i og lojalitet til endringene. Utøvende ledelse ble i stor grad samlet hos mellomledere med medisinskfaglig kompetanse som fikk økt styringsrom, mens klinikk- og kriseledelse ble oppfattet som fraværende. Tillit og støtte til nærmeste leders

håndtering av krisen ble i stor grad vurdert som svært god, mens klinikk- og kriseledelse fikk signifikant lavere score.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
1 Innledning	7
1.1 Problemstilling	8
1.2 Avgrensning av oppgaven	9
1.3 Oppbygning av oppgaven.....	10
2 Beskrivelse av krisen	11
2.1 Covid-19.....	11
2.2 Økt beredskap ved covid-19.....	14
2.3 Endringer under covid-19.....	15
3 Litteraturgjennomgang	22
3.1 Utviklingstrekk og endringer i norske sykehus	22
3.2 Organisasjonsteori	24
3.2.1 Organisasjon.....	25
3.2.2 Organisasjonsform	26
3.3 Organisatorisk endring	27
3.3.1 Perspektiver på endring	27
3.3.2 Strategier for endring	28
3.3.3 Endringsprosesser.....	29
3.3.4 Organisasjonsendringer og reformer som ikke lykkes	31
3.4 Ledelse	34
3.4.1 Endringsledelse i ordinære driftssituasjoner	35
3.4.2 Endringer og ledelse under kriser.....	36
3.5 Styringsverktøy	39
3.6 Arbeidsrett	41
3.6.1 Arbeidsmiljøloven.....	41
3.6.2 Tariffavtale	42
3.6.3 Ferieloven.....	42
3.7 Motivasjonsteori.....	42
4 Metode	44
4.1 Valg av forskningsdesign	44
4.2 Kvalitativ versus kvantitativ metode	45
4.2.1 Spørreundersøkelse	46
4.2.2 Fokusgruppeintervju.....	46

4.3	Datainnsamling og analyse.....	47
4.3.1	Spørreundersøkelse	47
4.3.2	Fokusgruppeintervju.....	47
4.3.3	Studiepopulasjon	48
4.4	Måleproblematikk	48
4.4.1	Validitet og reliabilitet	49
4.4.2	Sanntidsdata versus retrospektive data.....	49
4.4.3	Nærhet versus avstand til organisasjon	50
4.5	Statistikk.....	50
4.6	Etikk	50
5	Resultater	51
5.1	Studiepopulasjon	51
5.2	Endring i arbeidssituasjonen	58
5.2.1	Arbeidstid	59
5.2.2	Ferie.....	65
5.2.3	Arbeidsoppgaver	65
5.2.4	Arbeidssted.....	70
5.2.5	Arbeidsmengde.....	73
5.3	Styringsverktøy	74
5.4	Oppslutning og motstand	76
5.5	Ledelse	85
5.6	Økonomi og utstyr.....	92
5.7	Smitterisiko og eksponering.....	93
6	Diskusjon.....	98
6.1	Diskusjon av funn.....	98
6.1.1	Endringsvillighet og endringskapasitet i kritesituasjoner	98
6.1.2	Perspektiver på endringer i kritesituasjoner.....	98
6.1.3	Strategier for endring i kritesituasjoner	100
6.1.4	Endringsprosesser i kritesituasjoner	101
6.1.5	Endringsvillighet og endringskapasitet i kritesituasjoner versus planlagte endringer	102
6.1.6	Ledelse i kritesituasjoner	105
6.1.7	Styringsverktøy	107
6.1.8	Arbeidsrett.....	107
7	Styrker og svakheter	109
8	Konklusjoner	110
9	Referanser	111

10	Vedlegg	114
10.1	Godkjenning Norsk Senter for forskningsdata (NSD)	114
10.2	Spørreundersøkelse	118
10.3	Samtykkeskjema.....	144
10.4	Intervjuguide	147
10.5	Transkriberte intervjuer.....	148

1 Innledning

Sykehusene i Norge forventes å være velfungerende til enhver tid og i enhver situasjon. Sykehusene skal levere utredning, behandling, pleie, forskning og opplæring av høy internasjonal standard. Tilgjengelighet, kvalitet og brukermedvirkning er sentrale verdier som gjenspeiles i strategier og kvalitetsindikatorer. Dette balanseres mot begrensede økonomiske ressurser og et konstant krav om kostnadskontroll. Dette har medført en rekke omorganiseringer og organisatoriske reformer i sykehusene. Parallelt med dette foregår en kontinuerlig kostnads- og kompetansekrevene medisinskfaglig utvikling. Følgelig er planlagte endringer og kontinuerlig forbedring en del av hverdagen for ansatte i norske sykehus.

Sørlandet sykehus (SSHF) var vinteren 2020 i full gang med et nytt stort virksomhetsprogram; «Kvalitet og modernisering - for et bærekraftig sykehus». Fornying av arbeidsprosesser og økt digitalisering skulle bringe sykehuset nærmere målet om å flytte 200 millioner kroner fra drift til investeringsbudsjett hvert år. Denne planlagte endringen kom brått og uventet i skyggen av en global folkehelsekrise, pandemien covid-19. Covid-19 medførte store utfordringer og endringer for både sykehuset og samfunnet for øvrig.

Helseminister Bent Høie understreket ved starten av pandemien alvoret og kompleksiteten i situasjonen med en forventning om at hele den norske befolkningen måtte bidra i kampen mot covid-19:

«Vi er gode på dugnad i Norge. Mange av oss har vært med på jobben som nabolaget og idrettslaget gjør i fellesskap hver vår og hver høst. Før dugnaden planlegger vi de store arbeidsoppgavene. Men det dukker alltid opp nye oppgaver underveis, som vi først ser når vi er i gang med jobben.

Nå trenger vi en dugnad i det norske samfunnet. I helsesektoren tar vi grepene som trengs for å hindre smittespredning og sørge for at alvorlig syke får helsehjelpen de trenger. Men det er ikke bare i helsesektoren vi har en viktig jobb å gjøre i tiden som kommer. Alle sektorer må bidra i dugnaden. Noen av oppgavene vi skal ta fatt på har vi kartlagt og planlagt. Noen kommer til å dukke opp underveis. Det er bare å brette opp ermene»

Helseminister Bent Høie, 11. mars 2020

Sammen med resten av helse-Norge stod Sørlandet sykehus HF i en krisesituasjon sykehuset aldri hadde vært i tidligere. Økt beredskap ble iverksatt og sykehuset forberedte seg på en situasjon med betydelig økning i antall pasienter med stort behov for intensivbehandling.

1.1 Problemstilling

Endringsvillighet, endringskapasitet og endringsledelse i sykehus i krisesituasjoner ble i mars 2020 helt uventet en svært aktuell problemstilling for en masteroppgave i helseledelse. Sørlandet sykehus var forberedt på omfattende planlagte endringer over den neste 4-års perioden, men da Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærte utbruddet av covid-19 for en internasjonal pandemi 12. mars, ble alle planlagte endringer satt til side. Sykehuset måtte mobilisere på alle fronter og som del av Klinikk for somatikk, Arendal fikk vi en unik mulighet til å innhente kunnskap og studere endringsvillighet, endringskapasitet og endringsledelse i sanntid og på nært hold.

Vi er tre medforfattere som representerer ulike yrkesgrupper og ledelse på ulike nivå i klinikken. Av den grunn har vi valgt å gjøre et omfattende forskningsarbeid der flere problemstillinger er undersøkt og diskutert. Vi var nysgjerrige på endringsvillighet, endringskapasitet, ledelse og ansattes opplevelse av arbeidssituasjonen under covid-19. Dette ledet frem til følgende hovedproblemstilling:

Hvordan påvirket covid-19 endringsvillighet, endringskapasitet og ledelse i Klinikk for somatikk, Sørlandet sykehus Arendal?

Avledet av denne hovedproblemstillingen ønsket vi å belyse følgende underspørsmål:

- Hvordan opplevde ansatte arbeidssituasjonen under covid-19?
- Hvilke endringer medførte covid-19 ved Klinikk for somatikk, Arendal?
- Opplevde ulike yrkesgrupper arbeidssituasjonen og iverksatte endringer ulikt?
- Hvordan fungerte personaladministrative styringsverktøy i krisesituasjonen?
- Hvordan agerte ledelsen av klinikken under covid-19, og hvordan ble dette erfart blant ansatte?
- Hva skiller endringer i en krisesituasjon fra tradisjonelle planlagte endringsprosesser?
- Hva var årsakene til eventuell økt endringsvillighet og endringskapasitet i krisesituasjoner sammenliknet med planlagte endringer?

Resultat av studien kan være av interesse for videre håndtering av den pågående covid-19 situasjonen i klinikken, på foretaksnivå og for fremtidige kriser både i helsevesenet og annen privat og offentlig sektor. Funnene kan også ha betydning for ledelse og gjennomføring av planlagte endringer i sykehus utenom krisesituasjoner.

1.2 Avgrensning av oppgaven

Organisasjonsendringer, endringsledelse og kriseledelse er store tema. Vi har derfor funnet det nødvendig å avgrense oppgaven til utvalgte endringer i deler av organisasjonen og til en begrenset tidsperiode.

Sørlandet sykehus tilbyr spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling til innbyggerne i Agder. Foretaket har også regionale og nasjonale funksjoner. I oppgaven har vi begrenset oss til Klinikkk for somatikk, Arendal. Den 15.04.2020 var det totalt 992 ansatte fordelt på ni avdelinger i tillegg til klinikkdirektørens stab, i denne organisatoriske enheten. Dette utgjør aktuell studiepopulasjon.

Vi har sett nærmere på om det var enkelte endringer som var lettere å akseptere og gjennomføre enn andre. Dette omfatter blant annet ledelsesstruktur/organisatoriske endringer, endringer som påvirker arbeidstid/arbeidssituasjon og praktiske endringer som påvirker daglige arbeidsrutiner. Vi har også sett på om det var forskjeller i graden av aksept for endringer mellom ulike yrkesgrupper og hva som skiller endringer og ledelse i en krisesituasjon fra med tradisjonelle planlagte endringsprosesser. Styringsverktøy er begrenset til de mest brukte personaladministrative systemene. Fagspesifikke systemer og prosedyrer («standard operating procedures (SOP)») er ikke inkludert i studien.

Oppgaven er begrenset til første fase av covid-19 pandemien som foregikk i mars-april 2020. I denne perioden var sykehuset i både grønn og gul beredskap, og i skrivende stund er covid-19 fortsatt en pågående pandemi. En konsekvens av våre avgrensninger er at omstillinger av praktisk og organisatorisk art fortsatt pågår. Det er heller ikke mulig å vite om de innførte endringene vil bli opprettholdt og føre til varige endringer i organisasjonen.

1.3 Oppbygning av oppgaven

Første kapittel er en introduksjon til temaet. Kapitlet inkluderer bakgrunn for oppgaven, presentasjon av problemstilling og en avgrensning av oppgaven før det i kapittel to gis en beskrivelse av krisesituasjonen.

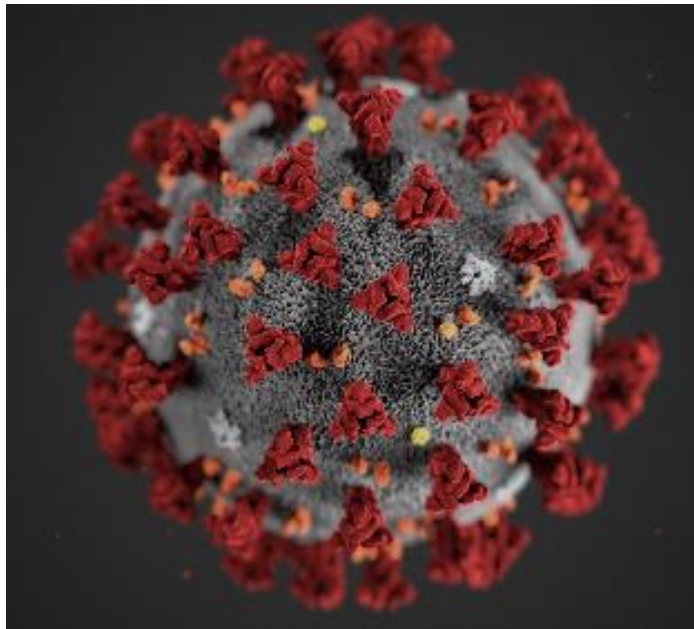
Videre gis en innføring i det teoretiske rammeverket som vi har benyttet oss av i analysen. Her presenterer vi teori og forskning som vi oppfatter som relevant for vår problemstilling. I kapittel fire beskriver vi valg av metode. I dette inngår forskningsdesign, kvalitativ og kvantitativ metode, datainnsamling, måleproblematikk, statistikk og etikk. Vi redegjør for hvordan vi har innhentet datamateriell ved bruk av spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju samt en beskrivelse av studiepopulasjon. Under måleproblematikk drøftes validitet og reliabilitet, sanntidsdata versus retrospektive data og nærhet versus avstand til organisasjonen.

I det femte kapitlet presenteres resultatene fra studien og i kapittel seks blir resultatene drøftet i lys av aktuell teori. I kapittel syv beskriver vi styrker og svakheter ved studien – før vi til slutt forsøker å oppsummere og konkludere i kapittel åtte.

2 Beskrivelse av krisen

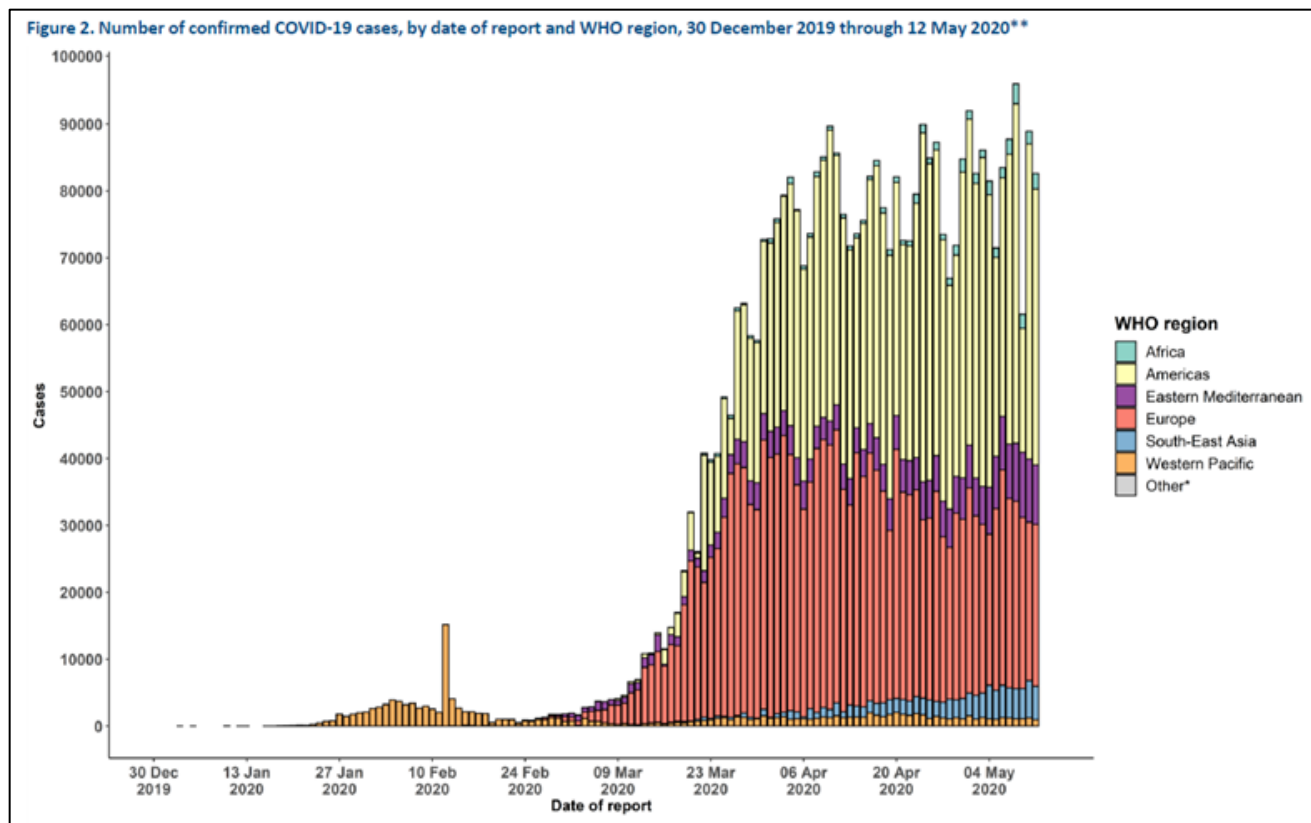
2.1 Covid-19

Koronaviruset SARS-CoV-2 (bilde 2-1) er et tidligere ukjent virus som sannsynligvis smittet fra dyr til mennesker i slutten av 2019 i Wuhan-provinsen i Kina. Viruset smitter hovedsakelig ved dråpe- og kontaktsmitte og er betydelig mer smittsomt enn virus ved andre tilsvarende infeksjonssykdommer. Viruset gir luftveisinfeksjoner med stor variasjon i klinisk bilde fra nesten ingen symptomer til alvorlig respirasjonssvikt og død. Eldre og personer med andre grunnsykdommer, eller en kombinasjon av disse, har økt risiko for alvorlig forløp av covid-19 og det finnes ingen kausal behandling eller vaksine mot sykdommen.



Bilde 2-1: Koronaviruset SARS-CoV-2. (Eckert & Higgins (2020), <https://phil.cdc.gov/Details.aspx?pid=23311>)

Covid-19 ble i løpet av kort tid spredt fra Kina til store deler av verden, inkludert Europa og Norge. Antall syke og antall døde økte fra dag til dag og 12. mars 2020 erklærte WHO utbruddet som en internasjonal pandemi (bilde 2-2).



Bilde 2-2: Antall bekreftede covid-19 pasienter registrert av Verdens helseorganisasjon (WHO).

(https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200504-covid-19-sitrep-105.pdf?sfvrsn=4cdda8af_2)

På tross av mange advarsler (bilde 2-3) var både samfunnet og helsevesenet i liten grad forberedt på en pandemisituasjon. Sykehusene manglet planer, arealer og utstyr for mottak av pasienter. Det manglet isolater, overvåkingsutstyr og respiratorer. Basalt smittevernutstyr var mangelvare og legemiddelmangel en reell sannsynlighet. Mange sykehus hadde begrenset kompetanse og personell innen infeksjon- og intensivmedisin.



Bilde 2-3: Forside fra Time Magazine 15. mai 2017 (<https://time.com/vault/year/2017/>)

For å forhindre rask smitte, innførte store deler av verden svært inngripende tiltak i dagliglivet. I Norge ble skoler, barnehager og en rekke ulike bransjer som serveringssteder, frisører, treningsentre, campingplasser etc. stengt ned (bilde 2-4). Alle som hadde mulighet, ble oppfordret til å ha hjemmekontor og det ble innført betydelige reisebegrensninger og hytteforbud.

Helsedirektoratet stenger alle barnehager og skoler

For å stoppe spredning av Covid-19 og bidra til å opprettholde nødvendige helse- og omsorgstjenester har Helsedirektoratet besluttet en rekke tiltak som gjelder fra i dag, torsdag 12. mars kl. 1800.

Bilde 2-4: Skoler og barnehager ble stengt 12. mars 2020

(<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-stenger-alle-barnehager-og-skoler>)

2.2 Økt beredskap ved covid-19

Foretaksledelsen i Sørlandet sykehus besluttet 10. mars å gå i grønn beredskap med daglige møter i overordnet- og stedlig kriseledelse. Følgende rapporteringstema ble innført:

1. Ansatte i karantene
2. Arealer stengt
3. Påvirkning på drift
 - a. Reduksjon i elektiv funksjon
 - b. Ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp
 - c. Bemanningssituasjon

- d. Utstyr og forsyninger
- e. Belegg i senger
- f. Intensivkapasitet
- g. Ledige respiratorer
- h. Antall innlagte med covid-19 (mistenkt og påvist)

Helse Sør-Øst og de øvrige foretakene i foretaksgruppen besluttet å øke til gul beredskap 13. mars. Sørlandet sykehus hadde da fått første smittede pasient og det var forventet mange flere i løpet av kort tid. Dette var en helt spesiell beredskapssituasjon som krevde andre løsninger enn de organisasjonen hadde planlagt for. Administrerende direktør Nina Mevold formidlet samme dag alvoret i situasjonen i en e-post til samtlige ansatte (bilde 2-5):

Kjære medarbeider ved Sørlandet sykehus

Vi har en alvorlig situasjon i landet, og regionen vår rammes hardt av covid-19-utbruddet. Jeg er imponert over innsatsen til medarbeidere i foretaket, og takknemlig over denne mobiliseringen. Situasjonen vi er i kommer til å vedvare over en lang periode. Folkehelseinstituttets anslag er en pågående koronainfeksjon i befolkningen i ca. 400 dager. Dette blir langvarig! De første ukene vil være preget av at vi har mange medarbeidere i hjemmekarantene på grunn av reisevirksomhet. Om to uker vil de fleste i karantene være tilbake i jobb igjen. Vi forventer derfor en periode med nesten normal bemanning, inntil bølgen av smittede som trenger sykehusbehandling treffer oss.

Vi har et anslag nasjonalt som tilsier at den perioden med flest antall innlagte med covid-19 kommer i slutten av sommerferien. Agder har imidlertid allerede mange smittede og det er derfor mulig at smittetoppen kan komme tidligere hos oss. Vi planlegger for begge scenarier.

Vedlagt følger tekst som er lagt ut på intranettet. Det er nå viktig at alle følger med på intranettet og sshf.no for korrekt informasjon.

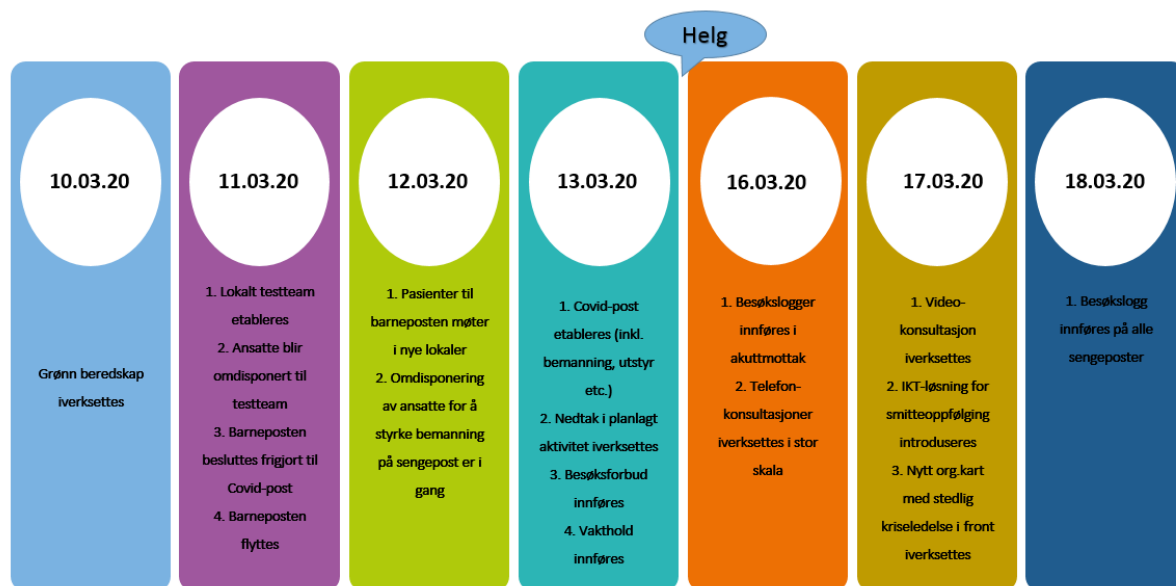
Takk igjen for innsatsen!
Beste hilsen Nina

*Bilde 2-5: E-post til samtlige ansatte ved Sørlandet sykehus fra administrerende direktør
13.3.2020*

2.3 Endringer under covid-19

Sørlandet Sykehus forberedte seg på en situasjon med betydelig økning i antall pasienter og iverksatte tiltak for å sikre tilstrekkelig behandlings- og intensivkapasitet. Alle yrkesgrupper måtte forberedes på en ny og endret arbeidshverdag. Det ble gjennomført kompetansekartlegging av alle ansatte med mål om å omdisponere ansatte både internt og på tvers av fagområder og

avdelinger. Dette skulle gi oversikt over hva sykehuset hadde av tilgjengelig ressurser og kompetanse, samt oversikt over det som manglet. Det ble iverksatt undervisnings- og opplæringstiltak for å gjøre ansatte i stand til å utføre oppgaver utenfor deres kjernekompetanse. I løpet av én uke kom organisatoriske, arbeidsrettslige, tekniske og administrative endringer på plass. Tidslinjen under illustrerer endringstempoet i organisasjonen den første uken (figur 2-1).



Figur 2-1: Tidslinje – endringer i Sørlandet sykehus Arendal ved utbruddet av covid-19, mars 2020

Opprettelse av ny covid-sengepost

Barne- og ungdomsavdelingens lokaler var godt egnet som ny covid-sengepost med flere isolater og kort transportvei via heis direkte fra akuttmottak. I tillegg var det nødvendig å forberede ytterligere to sengeposter til behandling av smittede. Beslutningene fikk en dominoeffekt på øvrige sengeposter og avdelinger. Når Barne- og ungdomsavdelingen ble flyttet, måtte Pasienthotell og Netthinneklinikken flyttes. Øvrige sengeposter ble også sterkt berørt. En helt nye sammensetninger av fagområder medførte endring i pasientgrupper som igjen påvirket sammensetning av helsepersonell.



Bilde 2-6: Ny covid-sengepost

Endringer i akuttmottak

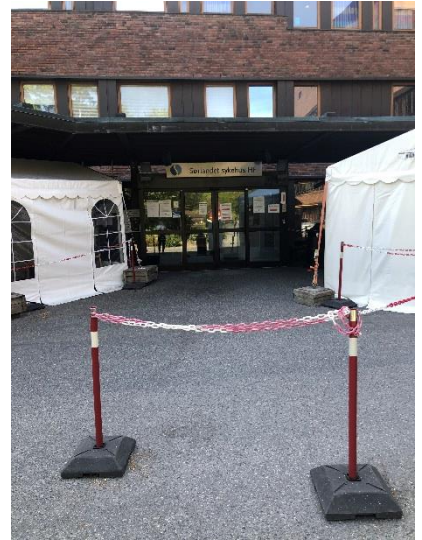
I Akuttmottaket ble mottak av pasienter totalt endret gjennom midlertidige prioriteringslokaler (triage) i brakker utenfor inngangen. Det ble innført screening for covid-19 av alle pasienter umiddelbart etter ankomst. Mistenkt smitte medførte full isolasjon av pasienten. Egen heis merket «covid» ble benyttet til transport til covid-sengepost. Akuttmottaket ble styrket med egne «covid-leger». Flytskjema ble utarbeidet for å sikre god logistikk og pasientflyt. Ny tavle med telefonnummer til alle leger som var på vakt var til enhver tid oppdatert. Besøkslogg ble innført ved hvert behandlingsrom som verktøy for smittesporing. Det var eget område for påkledning av smittevernustyr og et av ventearealene ble omgjort til lager for oppbevaring av smittevernustyr. Det ble også gjort tiltak for å unngå smittespredning blant ansatte. Ingen fikk oppholde seg sammen i mer enn 15 minutter og alle måtte holde to meters avstand. I tillegg ble personalet spredt på flere rom.



Bilde 2-7: Triagelokaler etablert i brakker utenfor akuttmottaket

Besøksforbud og vakthold ved hovedinngang

Sykehuset innførte besøksforbud, samt vakthold ved hovedinngangen. Det ble også innført begrensninger for å ha med seg pårørende til undersøkelse og behandling. Alle pasienter som skulle til behandling ble screenet ved ankomst. Pasienter med symptomer ble avvist, henvist til teststasjon eller utstyrt med munnbind.



Bilde 2-8: Sperringer og vakthold ved hovedinngangen

Teststasjon etablert

For å forhindre spredning av smitte i sykehusets lokaler måtte alle pasienter og ansatte som hadde symptomer på covid-19 testes. Teststasjon ble etablert i telt utenfor sykehusets hovedbygg og var bemannet av eget testteam.



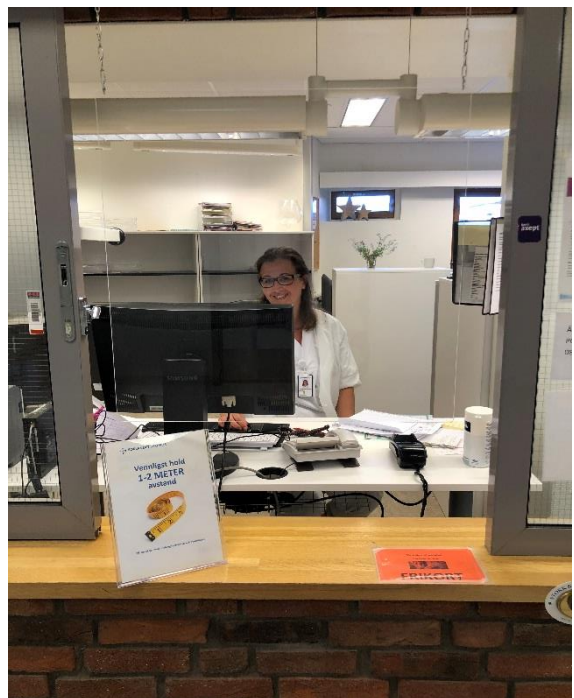
Bilde 2-9: Teststasjon utenfor sykehuset

Endringer i planlagt aktivitet

Risikoen for smitte og behovet for økt beredskap, gjorde det nødvendig å redusere planlagt aktivitet til et minimum. Kun et fåtall pasienter fikk komme til behandling, de resterende ble kontaktet og satt tilbake på ventelistene. Samtidig ønsket flere pasienter å utsette behandling grunnet frykt for smitte. En slik reduksjon i planlagt aktivitet fikk stor betydning for pasienter og ansatte. Før elektiv drift kunne gjenopptas, ble det utarbeidet en rekke nye rutiner for å begrense smitte. Alle pasienter ble screenet før undersøkelse. Pasienter som hadde vært i utlandet ble satt i karantene. Pasienter med symptomer ble henvist til testing. Telefon- og videokonsultasjon ble alternativ til fysisk oppmøte for noen.

Smittevern

Det ble iverksatt tiltak for å hindre smittespredning blant ansatte. Alle ansatte som hadde vært på utenlandsreise ble satt i 14 dagers karantene. Ansatte som utviklet symptomer som tørrhoste, feber eller hodepine ble satt i karantene og måtte testes før de fikk komme tilbake i arbeid. Ansatte ble spredt over flere rom der det var mulig. Plexiglass ble montert i nesten samtlige luker for å sikre avstand mellom ansatte og pasient. Dispensere med desinfeksjonsmidler var tilgjengelig over hele sykehuset, og plakater med påminning om avstand var godt synlig.



Bilde 2-10: Smitteverntiltak i lukefunksjoner

Omdisponering av ansatte

Reduksjon i planlagt aktivitet medførte mye tilgjengelig personale. Mange ansatte fikk både opplæring i nye arbeidsoppgaver og funksjoner. Mange endret arbeidssted, arbeidstid og turnus, og mange fikk nye kolleger og ledere.



Bilde 2-11: Opplæring av ansatte i smittevern

Endringer i pasientadministrative rutiner

Midlertidige endringer i Lov- og avtaleverk førte til omfattende endringer i de pasientadministrative rutinene. Venteliste- og innkallingsbrev måtte endres, og fraser, prosedyrer og brukerveiledninger ble fortløpende utarbeidet og oppdatert. Tilgangsstyring ble betydelig forenklet og det ble lettere å be om utvidede datatilganger. I tillegg ble nytt IKT-system for smittesporing utviklet og innført.

Hjemmekontor

Nasjonalt ble det anbefalt å benytte hjemmekontor for å redusere smitte. Dette ble forsøkt tilrettelagt, men mangel på utstyr gjorde dette vanskelig i første fase. Prioriteten var legeressurser i sårbare vaktlag. Etter hvert ble det åpnet opp for å benytte privat datautstyr, og flere ansatte fikk mulighet til å benytte seg av denne løsningen.

Endringer i lov- og avtaleverk

For å øke tilgangen på ansatte og kompetanse, ble det gjort flere endringer i lov- og avtaleverk. Blant annet ble en ny avtale mellom Sykepleieforbundet, LO- og YS-forbundet inngått. Denne avtalen gjorde det mulig å endre turnusordninger med tre dagers varsel dersom det på grunn av covid-19 gjorde det nødvendig. I overgangen fra grønn til gul beredskap ble flere ansatte berørt av denne avtalen.

Flere ansatte jobbet utover ordinær arbeidsdag uten at det ble gjort endringer i arbeidsplan/turnus. Arbeidsmiljølovens (AML) § 10-6 gir alminnelige retningslinjer for overtidarbeid, men AML § 10-6.5. ledd gjør det mulig å inngå avtaler om utvidet adgang til overtid.

Det ble også gjort endringer knyttet til arbeid utført av pensjonister. Vanligvis kan pensjonister jobbe et begrenset antall timer i kvartalet, men ny midlertidig lov gjorde det mulig å jobbe ubegrenset mot vanlig lønn.

Ferie

Flere ansatte måtte avbestille sine planlagte reiser. Noen ble pålagt, mens andre gjorde dette frivillig. Reiser som måtte avbrytes på grunn av covid-19 ble dekket av arbeidsgiver dersom ikke reiseselskap eller egen reiseforsikring dekket dette.

Hovedferieavviklingen ble planlagt som normalt, samtidig som man planla for ulike scenarioer av smittetopper. Hovedferieperioden i Ferieloven ble midlertidig endret til å strekke seg over en lengre periode enn vanlig. Varslingsfristen for planlegging av hovedferieavvikling er normalt to måneder, men kan fravikes dersom det er særskilt grunn for det.

3 Litteraturgjennomgang

I litteraturgjennomgangen presenteres et utvalg av relevant teoretisk rammeverk for problemstillingen. Oppsummeringen er gjort etter søk i norsk og engelsk Oria, samt bruk av forelesningsmateriell og anbefalt litteratur fra øvrige deler av masterstudiet i helseledelse ved Universitetet i Agder.

Det ble søkt i Oria med følgende søkestrategi:

- Ledelse og Sykehus i alle felt fra 1995
- Ledelse i tittel og Sykehus i alle felt fra 1995
- Enhetlig ledelse og sykehus fra 1995
- Leadership Management Hospital Norway i alle felt fra 1995

3.1 Utviklingstrekk og endringer i norske sykehus

Helseforetakene har over mange år hatt fokus på å møte framtidens befolkningsvekst, en høy andel eldre og økt etterspørsel etter helsetjenester. Samtidig har det vært et uttalt og nødvendig mål å begrense utgiftsveksten. Sykehusene i Norge var frem til tusenårsskiftet relativt klare profesjonsbyråkratier (Mintzberg, 1979) eller såkalte ekspertorganisasjoner (Strand, 2018) med en sterk medisinsk faglig ledelse, der faglig kyndighet ga ledelsesautoritet – et «medikrati» (Berg, 2005). Sykehusene var oppdelt etter medisinske spesialiteter med et hovedskille mellom medisin, kirurgi og psykiatri, og med lite rom for generalistledelse.

De siste 25 årene har en rekke organisatoriske, regulatoriske, økonomiske og samfunnsmessige endringer medført store omorganiseringer i norske sykehus med blant annet innføring av generalistledelse og tilsvarende svekkelse av faglig ledelse.

I 1997 ble såkalt innsatsstyrt finansiering (ISF) innført i spesialisthelsetjenesten, der fokus i større grad enn tidligere ble satt på økonomisk styring av sykehusene. ISF er en aktivitetsbasert finansieringsmodell for all somatisk spesialisthelsetjeneste i Norge. Modellen baseres på såkalte diagnoserelaterte grupper (DRG), som er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Intensjonen med DRG-systemet var å forenkle en kompleks virkelighet med mange ulike diagnoser, undersøkelser og behandlinger til relativt få grupper. Systemet skal også ta hensyn til andre kostnader ved sykehusene slik som administrasjon og

medisinske servicefunksjoner. DRG-systemet benyttes også som aktivitetsmål, og gjør det mulig å sammenligne sykehus gjennom benchmarking. Utgiftskontroll er et klart uttalt mål og økt fokus på kostnadsreduksjon kan ha medført svekket kriseberedskap.

Gjennom den offentlige utredningen «Pasienten først!» (NOU 1997:2) og lovreguleringen av ledelse i spesialisthelsetjenesteloven i 1999 (Ot.prp. nr. 10 (1998-1999)), ble det innført et enhetlig profesjonsnøytralt ledelseshierarki i sykehusene. Hensikten var primært å unngå at pasienter med tverrfaglige problemstillinger skulle unngå å falle mellom medisinske spesialiteter og organisatoriske skiller. Tidligere var sykehusene vanligvis organisert i en tredelt ledelsesmodell der avdelingsledelsen bestod av administrativ leder, avdelingsoverlege og avdelingssykepleier. Sykehusene skulle fra 2002 organiseres og sentreres rundt pasientens behov – på tvers av medisinske fag og profesjoner. Linjeledelsen ble styrket og hver enkelt leder ble gitt et større ansvar for personal, fag og økonomi (Kjekshus & Bernstrøm, 2010). De fleste sykehus har i dag én formell leder på alle nivåer, mens organisering på tvers av profesjoner og fag i mindre grad er gjennomført. Ledelsesreformen reflekterer også et ideologisk skifte der ledelse ble et fag i seg selv og hierarkisk styring en forutsetning for endring. Slik styring med fokus på mål og resultater omtales gjerne som New-Public-Management (NPM) og har møtt mye motstand spesielt i sykehusorganisasjoner (Kragh Jespersen & Wrede, 2009). Flere norske studier har også rapportert om såkalt «institusjonelt stress» i helsevesenet som følge av sprik mellom faglige verdier og institusjonens verdier, f.eks. ved at antallet eller tempoet oppgaver utføres på er viktigere enn faglig kvalitet (Bjaalid, 2018). I en nylig kronikk oppsummerte psykologspesialist Kari Lossius dette slik (Lossius, 2020):

«Det er bedre å ha ryggen fri enn å ha frie luftveier»

Helseforetaksreformen i 2002, der staten overtok som eier av sykehusene fra fylkeskommunene har medført ytterligere fokus på hierarkisk kontroll (Kjekshus, Byrkjeflot, & Torjesen, 2013; Torjesen, Byrkjeflot, & Kjekshus, 2011). Helseforetaksreformen samlet alle sykehusene i regionale helseforetak (RHF) og flere sykehus innenfor et større geografisk område ble slått sammen til ett felles helseforetak. Dette har medført økende grad av divisjonalisering med klinikkstrukturer (Torjesen et al., 2011). Komplekse organisasjoner, flere ledernivåer, store kontrollspenn, til dels manglende stedlig ledelse og «outsourcing» av støttefunksjoner har flyttet

beslutninger lengre unna pasientene og medført mer kompliserte beslutningsprosesser. Samlet har dette sterkt utfordret legenes ledelsesautoritet og den tradisjonelle organiseringen av sykehus i betydelig grad. Handlingsrommet til førstelinjeledere i helsevesenet har blitt svært begrenset og stadige endringer av ytre rammer har komplisert førstelinjelederens mulighet for styring innenfor egen enhet (Ekeland, 2019).

Samtidig har helseforetaksreformen gitt en sterkere toppledelse med større beslutningsmakt i helseforetakene. De fleste helseforetak omfatter nå mer enn ett sykehus og toppledelsen har derfor kontroll over større organisasjoner med større geografisk utbredelse. Direkte politisk innflytelse, spesielt lokalt, er sterkt redusert. En slik sentralisert ledelse kan gi mulighet til raskere beslutninger og mer koordinerte endringer i krisesituasjoner (Pinheiro, Aarrevaara, Berg, Geschwind, & Torjesen, 2017).

På tross av store reformer og endringer i sykehusene over de siste 20-30 årene, opplever mange ansatte at den daglige pasientnære kliniske virksomheten fungerer relativt uendret og til dels uavhengig av de beskrevne endringene. Weick og medarbeidere karakteriserte profesjonsbyråkratier nettopp ved deres evne til å ignorere ordrer (K. Weick, 1979). Mange andre har også beskrevet hvordan sterke faggrupper i sykehusene viser lite endringsvilje, til dels blokkerer endringer og fortsetter som før (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005). I sterk kontrast til dette, viser de kliniske miljøene i sykehusene hver dag en stor evne til raske omstillinger, improvisasjon og fleksibilitet i pasientbehandlingen. Helsepersonell har tradisjon og rutine for raske avgjørelser og rask behandling ved medisinske sykdomstilstander og traumer. Rapport fra 22. juli kommisjonen (NOU, 2012) berømmer spesielt helsevesenets evne til raske omstillinger og håndtering i den alvorlige terroraksjonen. 22. juli 2011 var en krise som utløste omstillinger, improvisasjon og fleksibilitet i sykehusene.

3.2 Organisasjonsteori

Kunnskap om organisasjonsteori og organisasjoner bidrar til forståelse av både ansattes og ledelsens perspektiver på organisasjonen, hvorfor endringer skjer og i hvilken kontekst endringer oppstår. Organisasjonsteori har stor nytteverdi for å forstå endringsprosesser og gir (D.I. Jacobsen & Thorsvik, 2019):

- Forståelse for verktøy, teorier og begreper man trenger for å analysere organisasjoner

- Forklaring på hvordan ulike fenomener og hendelser henger sammen i en årsak-virkning-forhold
- Kunnskap om måter å forbedre organisasjoner på

3.2.1 Organisasjon

Organisasjoner beskrives av Jacobsen & Thorsvik (2019) som bestående av mennesker som samhandler, har relasjoner til hverandre og er knyttet sammen i et sosialt system som skal bidra til at man sammen når felles mål for fremtiden (D.I. Jacobsen & Thorsvik, 2019). Organisasjoner oppstår fordi man ser at de bidrar til å løse oppgaver på en effektiv måte.

Sørlandet sykehus er en organisasjon som skal levere spesialisthelsetjenester av høy kvalitet og med effektiv ressursutnyttelse. Verdigrunnlaget legger verdiene respekt, faglig dyktighet, tilgjengelighet og engasjement som forventning til ansatte i møte med pasienter, pårørende, kollegaer og andre samarbeidspartnere. Hovedoppgavene er god pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Sykehusene er politisk styrte organisasjoner med folkevalgte representanter som eiere og er regulert av lover og offentlige bestemmelser. De overordnede føringene for alle offentlige virksomheter fordrer (Torjesen, 2020):

- Hensyn til demokratiet
- Hensyn til samfunnets beste
- Å utnytte skattebetalernes penger/samfunnets ressurser best mulig
- Demokratisk styrbarhet

De politiske organene styrer hvilke områder som skal ha størst oppmerksomhet og prioritet. Det stilles krav til at offentlige midler brukes effektivt, rettferdig og med sparsomhet. Verdier som etterrettelighet, rettferdighet, upartiskhet og fagbegrunnelse skal være gjeldende (Strand, 2018). Som offentlig virksomhet skal sykehusene ivareta verdier i den norske velferdsstaten og inngå i en normativ kontekst som gir en rekke føringer for passende atferd og mulige valg. Offentlige oppgaver representerer fundamentale verdier i samfunnet, de er komplekse og ofte er oppgavene offentlige fordi markedet og enkeltaktørene ikke ser fortjeneste i å arbeide med dem.

Norske helseforetak er juridiske enheter, med staten som eier og øverste myndighet, og bærer sterkt preg av å være offentlige virksomheter. De er gjenstand for stor politisk oppmerksomhet og er i tillegg sterkt politisk styrt gjennom lover og forskrifter og en rekke styringskrav.

Helseforetaksloven, pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven kombinert med Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument er eksempler på hvordan fullmakter er regulert samtidig som det stilles krav til hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år. Dette skal sikre en spesialisthelsetjeneste som innfrir på de ovennevnte fire overordnede målene i offentlig sektor. Helseforetakene skal tilby befolkningen spesialisert utredning, behandling, opplæring og forskning til samfunnets beste og med en best mulig utnyttelse av skattebetalernes penger.

Helseforetakene bærer, som beskrevet over, sterkt preg av å være offentlige virksomheter. Reformen i helsetjenesten fra 1980-årene og framover har imidlertid bidratt til økt markedsorientering og en profesjonalisering av ledelse. Ole Berg beskriver dette slik «Sykehusene gjøres i stigende grad om til bedrifter, ja, til industripregede bedrifter» (Berg, 2005). I dette ligger blant annet økt grad av kundeorientering med styrking av pasientrettigheter og fokus på pasientens helsetjeneste. Dette i kombinasjon med fritt behandlingsvalg og innsatsstyrt finansiering, bidrar til at markedskreftene og konkurransemarkedet også preger helseforetakene. Vi har vært vitne til omfattende reformer og endringer i retning av at helseforetakene i større grad styres av bedriftsøkonomiske prinsipper fra privat sektor (Kjekshus et al., 2013). Norske helseforetak har på mange måter fått et markedsorientert preg til tross for at de fortsatt er offentlige virksomheter.

3.2.2 Organisasjonsform

Klinikk for somatikk, Arendal utgjør en betydelig del av virksomheten i Sørlandet sykehus og bærer preg av å være ekspertorganisasjon (Strand, 2018) med utgangspunkt i Mintzbergs organisasjonstype profesjonsbyråkrati (Mintzberg, 1979). I denne organisasjonstypen er fagfolk viktigste enhet og kunnskap viktigste styrings- og koordineringsmåte. Disse organisasjonene er arena for fagspesialisering og fagautonomi og har tradisjonelt et lavt hierarki. Motivasjonen hos de ansatte ligger i faget med forpliktelse i profesjonsverdier.

Ekspertorganisasjoner som sykehus har innflytelsesrike ansattgrupper hvor identitet i fag og måloppnåelse avhenger av høy medisinsk kompetanse i kombinasjon med utstrakt samhandling på tvers av yrkesgrupper. Ekspertene som leger og sykepleiere tilhører yrkesgrupper som er sterkt profesjonalisert. T. Strand beskriver profesjoner som yrkesutøvere med langvarig utdanning, lojalitet til arbeidet og profesjonen og med kollegiale og etiske standarder for profesjonen (Strand, 2018). Helseforetakenes ansattgrupper innehar disse kvalifikasjonene og egenskapene, og har makt i form av kompetanse, profesjon og nøkkelrolle i organisasjonen. I tillegg finner vi

høy fagautonomi ved at hierarkisk overordnet administrativ ledelse har mindre tilgang til å forstå virksomheten fullt ut.

3.3 Organisatorisk endring

De fleste individer, sosiale systemer og organisasjoner vil over tid endres. På tross av det sentrale organisasjonsforskere har beskrevet som individets/organisasjonens iboende trang til å søke stabilitet, erkjennes også en kontinuerlig og påvirkbar endring over tid (Lewin, 1997).

3.3.1 Perspektiver på endring

Det finnes mange ulike perspektiver på endring i sosiale systemer og organisasjoner. Van de Ven og Poole publiserte i 1995 ulike hovedperspektiver på endring basert på en omfattende litteraturgjennomgang. Perspektivene identifiserer ulike drivkrefter bak en endring og prøver å forklare hvorfor endringer skjer (Dag Ingvar Jacobsen, 2012; Van De Ven & Poole, 1995).

3.3.1.1 Planlagt endring

En planlagt endring beskrives gjerne som en teleologisk modell der en endring skal ha en klar hensikt som drivkraft og forutsetning. Endringsprosessen deles gjerne ulike faser:

- a) Erkjenne et problem f.eks. salgssvikt, interne konflikter etc. I denne fasen analyseres årsaker og muligheter (SWOT-analyse).
- b) Utarbeide løsningsforslag og velge nødvendige tiltak
- c) Gjennomføre endring etter utarbeidet plan
- d) Evaluere effekten av gjennomførte tiltak

3.3.1.2 Endring som evolusjon

I dette perspektivet speiler organisasjonsendringer først og fremst endringer i omgivelsene. Kun organisasjoner tilpasset (skiftende) omgivelsers behov overlever, mens mindre tilpassede organisasjoner dør ut. Drivkraften er først og fremst konkurranse om knappe økonomiske ressurser, men også legitimitet kan være en drivkraft. Evolusjon kan også observeres innenfor enkeltorganisasjoner, bl.a. på grunn av faglig utvikling (f.eks. ny medisinsk kunnskap/metoder).

3.3.1.3 Endring som maktkamp (dialektisk prosess)

Perspektivet beskriver endring i organisasjoner som et resultat av konflikt og politikk. De dominerende maktbaser utfordres, og parten som vinner endrer organisasjonen i tråd med egen

oppfatning. Prosessen gjentas hver gang en ny ”opposisjon” dannes. Noen ganger vil man ved jevne maktforhold kunne ende med kompromisser som kanskje ingen er fornøyd med.

3.3.1.4 Endring som tilfeldighet (anarki)

I dette perspektivet beskrives endring som et resultat av at det mer eller mindre kontinuerlig innenfor de fleste organisasjoner finnes nye løsninger på større eller mindre problemer som oppstår. Løsningene vil i stor grad være avhengig av personene som kobles i hver enkelt situasjon. Summen av mange slike ”problemløsninger” kan over tid medføre store endringer i organisasjoner – uten at dette følger en på forhånd definert og vedtatt plan. Ulike personer og utskifting av personer i organisasjoner kan også ha stor betydning for slike endringer. Rasjonelle beslutninger på individnivå medfører ikke nødvendigvis rasjonelle beslutninger for hele organisasjonen. Dette perspektivet er ikke omtalt som egen modell av Van de Ven og Poole, men inngår i de øvrige perspektivene.

3.3.1.5 Endring som livssykluser

I dette perspektivet betraktes endring mer som en forutbestemt prosess, fra etableringsfase (klar ledelse, få regler/systemer), vekstfase (etablering av overvåking og kontroll), byråkratisk fase (omfattende hierarki) til divisjonalisering (selvstendige organisasjoner, manglende koordinering). Dette perspektivet på organisasjonsutvikling gjennom ulike «livsfaser», der vekst fremtvinger endring medfører en risiko for at organisasjonen ikke klarer overgangen fra en fase til den neste (Greiner, 1997; Mintzberg, 1979).

3.3.2 Strategier for endring

Det har vært vanlig i organisasjonsforskningen å beskrive to hovedstrategier for planlagte endringer: strategi E («Economic») og strategi O («Organization») (Dag Ingvar Jacobsen, 2012). Strategiene kan svært kort oppsummeres slik:

3.3.2.1 Strategi E

En økonomisk motivert endring drevet gjennom av toppledelsen («top-down») på relativt kort tid. Organisasjonen forøvrig involveres i liten grad i vurderinger og planlegging, rask og objektive tilbakemelding på effekt av endring fokuseres og økonomisk incentiver benyttes ofte for å gjennomføre endringen. Uttalt bruk av eksterne konsulenter er vanlig.

3.3.2.2 Strategi O

Endring preget av et mål om å skape en lærende organisasjon med fokus på enkeltmennesker og relasjoner mellom ansatte. Endring skal skje gjennom dialog og læring på gruppenivå, med bred deltakelse og delegering av ansvar og oppgaver («bottom-up»). En slik endringsstrategi er kontinuerlig og inkrementell. Påvirkningsmulighet og eierskap til resultat/prosess er viktigste motivasjonsfaktorer.

I praksis vil ofte disse to strategiene overlappe, og valg av strategi vil også i stor grad være påvirket av type organisasjon. Mens strategi E er lettere å anvende i en «samlebåndsproduksjon» vil strategi O ofte fungere bedre i en kunnskapsbedrift.

3.3.3 Endringsprosesser

Lewin har postulert et «sosialt kraftfelt» der enhver organisasjon kontinuerlig påvirkes av både endringskrefter og motkrefter (figur 3-1).



Figur 3-1: Organisasjoner påvirkes av både endringskrefter og motkrefter

Planlagte endringer kan skapes ved å forsterke endringskreftene eller dempe motkreftene («stabiliseringskreftene»). Lewin fremholdt at dette best skjer gjennom tre ulike faser: 1) Opptining, 2) bevegelse/gjennomføring og 3) nedfrysing (figur 3-2).



Figur 3-2: Lewins tre-steps-modell for endring

3.3.3.1 Opptining

Mange teorier innen endringsledelse vektlegger opptiningsfasen mer enn selve gjennomføringsfasen (Burke, 2002; Kotter, 1995). For å få til endring er det nødvendig at menneskene i organisasjonen ser behovet for endring og at det skapes et ønske om endring. Endringen må fremstå som «viktig, riktig og god» (Dag Ingvar Jacobsen, 2012). Endringen må oppleves som nødvendig for at organisasjon skal overleve og videreutvikles. Endringsviljen synes større jo større risikoen fremstår ved å ikke gjennomføre endringen. Det er videre viktig å få forståelse i organisasjonen for at den skisserte endringen representerer en riktig løsning på utfordringen/problemet og at endringen medfører en forbedring sammenliknet med dagens situasjon. I perspektivet endring som en planlagt prosess ligger vanligvis ansvaret for å skape forståelse for at en endring er «viktig, riktig og god» og å forsterke endringskreftene hos organisasjonens ledelse. I denne fasen påpekes særlig viktigheten at tydelig og bred kommunikasjon til alle involverte i organisasjonen, samt kommunikasjon gjennom synlige handlinger hos endringsledelsen («walk the talk»). Lewin trekker frem tre grunnleggende elementer i opptiningsfasen før en endring kan iverksettes:

- Fortolkning av fortiden
- Skissering av fremtiden
- Kommunikasjon gjennom språk og handling

3.3.3.2 Gjennomføring

Selve gjennomføringen av en reform eller endring forutsetter at individene i organisasjonen endrer adferd. Følgelig vil gjennomføring og ledelse av gjennomføringen i stor grad avhenge av motstanden i organisasjonen mot endring av adferd. Motstand mot endring kan bunne i mange forhold (Dag Ingvar Jacobsen, 2012):

- Faglig uenighet
Ulike mennesker i organisasjonen kan ha ulike oppfatninger om hvorvidt en endring faktisk er «viktig, riktig og god».
- Frykt for det ukjente
- Redsel for å miste jobb/oppgaver eller å ikke klare nye oppgaver etter endringer.
- Tap av personlige goder
Endringer vil ofte medføre andre arbeidsoppgaver eller endret arbeidssted/-forhold.

- Tap av identitet
Oppgaver, lokalisasjon, kolleger etc. kan endres ved omorganiseringer.
- Ekstraarbeid
I en endringsprosess må man regne med økt arbeid. Gamle arbeidsoppgaver må avsluttes, andre medarbeidere må lære opp, ny kunnskap må erverves etc.
- Tap av gode sosiale relasjoner/psykologiske kontrakter
Endringer kan medføre skifte av arbeidskolleger, arbeid alene etc.
- Endrede maktforhold
Tap av uformell makt f.eks. knyttet til spesielle arbeidsoppgaver.
- Tap av «symbolske goder»
F.eks. størrelse og plassering på kontor, klær og utstyr
- Eksterne forhold
F.eks. flytting av arbeidsplass til annet sted enn bosted.

I noen situasjoner vil ledelsens oppgave være å tvinge gjennom endring uansett stor motstand. Jacobsen omtaler en slik ledelsesstrategi som lederstil E siden den ofte vil være nært relatert til endringsstrategi E (se over). Ved en slik tilnærming handler ledelse mer om å overvinne motstand enn å redusere motstand. Dette kan gjøres gjennom bl.a. å kartlegge motstand og støtte i organisasjonen, kartlegge uformelle maktbaser og bygge allianser, kanalisere sentrale beslutninger til fora hvor ledelsen har kontroll, definere taktiske mål, overvåke prosessen nøye underveis og å benytte press, trusler og belønning. I organisasjoner med liten motstand mot endring og sammenfallende interesser beskriver Jacobsen en annen type lederstil (O) preget av inspirasjon og støtte, fokusering på enkeltmennesker, tilstrekkelig ressurstilførsel, motiverende og delegerende adferd der leder først og fremst er bindeledd og motivator. I praksis vil de fleste endringsprosesser og ledelse av endringsprosesser inneholde komponenter av begge strategier og stiler, ofte omtalt som hybridløsninger.

3.3.3.3 Nedfrysing

I tredje steg stabiliseres forandringene og organisasjonen er igjen i balanse – inntil neste endringsprosess.

3.3.4 Organisasjonsendringer og reformer som ikke lykkes

Balogun og Hailey hevdet i 2008 at omlag 70 % av alle planlagte endringsprogrammer ikke var vellykkede (Balogun & Hailey, 2008). Hvorvidt en organisasjonsendring eller reform lykkes eller

ikke, vil det ofte foreligge delte meninger om blant de involverte. Oppfatningene kan være ulike avhengig av om endringen vurderes innenfra eller utenfra organisasjon og fra ulike nivåer i organisasjonen. Det kan ofte foreligge ulike meninger om hvilke kriterier endringen eller reformen skal måles etter. Resultatet kan avhenge av valg av strategi, gjennomføring og ledelse av prosessen ref. ovenfor. J. P. Kotter publiserte i 1995 en mye sitert artikkel «Leading Change: Why Transformation Efforts Fail» hvor han peker på åtte forhold som han mener kan forklare hvorfor mange organisasjonsendringer og reformer ikke lykkes. Kotter er tydelig inspirert av Lewins tanker om «opptining», gjennomføring og «nedfrysing» og de åtte trinnene inneholder elementer av begge endringsstrategiene og lederstilene E og O.

Viktige årsaker til en organisasjonsendring/reform mislykkes (Kotter, 1995):

Manglende erkjennelse av at en endring er viktig og at den haster

I følge Kotter mislykkes minst 50% av organisasjonsendringene som følge av at man ikke lykkes i denne første fasen av en endringsprosess. Han hevder videre at minst 75% av de ansatte må være overbevist om at «business-as-usual» ikke er mulig, for å gjennomføre en omfattende endring. Som Lewin og Burke også presiserer er «opptiningsfasen» den kritiske fasen for å få til en endring. Ansatte i organisasjonen må få en forståelse for at en endring er helt nødvendig for videre drift, og den skisserte endringen må oppfattes som riktig og god.

Fravær av en styringsdyktig koalisjon

Kotter påpeker viktigheten av å forankre en endringsprosess tungt i ulike deler av en organisasjon på forhånd. Han fremholder videre at en slik koalisjon gjerne også bør bestå av «sterke» personer utenfor den formelle ledelsen. Dette er nødvendig og viktig for å gjennomføre endringen i hele organisasjonen. Lojaliteten hos ansatte kan i mange tilfeller være sterkere til både formelle og uformelle ledere på lavere nivå enn til toppledelsen. Dette er ofte mest uttalt i typiske ekspertorganisasjoner slik som sykehus og universiteter (Strand, 2018).

Manglende visjon og strategi for å nå visjonen

En enkel, tydelig og klar hensikt med en endring er nødvendig for å få til endring hevder Kotter. Mislykkede endringer karakteriseres ofte av multiple planer, direktiver og programmer, hvilket Kotter mener er mer egnet til å skape motstand mot endring.

Manglende kommunikasjon av visjon og strategi

Mange organisasjonsendringer og reformer mislykkes ifølge Kotter på grunn av manglende formidling av betydningen av endringen. Viktigheten av å gjennomføre en endring må inkluderes i alt annet arbeid, i alle møter og i alle sosiale sammenhenger. Ledelsen må også leve som de lærer («walk the talk») og være et levende symbol på viktigheten av å gjennomføre en organisasjonsendring.

Manglende etterlevelse av visjon og strategi i organisasjonen

En organisasjonsendring/reform affiserer ofte mange mennesker. Ansatte får nye oppgaver og utfordringer, men ofte også ekstraarbeid, tap av sosiale fellesskap, tap av uformelle goder og tap av identitet. Motstand mot endringer er derfor svært vanlig, men er ofte mer uttalte hos enkelte medarbeidere enn hos andre. Sykehus er typiske ekspertorganisasjoner karakterisert av lavt hierarki, komplekse problemer og stor autonomi. Mange vanlige ledelsesoppgaver (opplæring, instruering og kontroll) nøytraliseres og byråkratledere har ofte ingen faglig legitimitet (Strand, 2018). Følgelig kan det spesielt i denne typen organisasjoner være vanskelig å få ansatte til å delta/bidra til administrative endringer/reformer. Lojaliteten til fag og kunder/pasienter er i mange tilfeller sterkere enn til administrativ ledelse.

Manglende identifisering av synlige, oppnåelige og målbare mål underveis

De fleste endringer tar lang tid å gjennomføre. Oppnåelse og markering av oppnådde delmål underveis fremholdes som svært viktig for å opprettholde moment og entusiasme for å nå intensjonen med en større endring. Slike delmål må være realistiske, oppnåelige og synlige. Delmålene kan også knyttes til ulike former for belønning (både materielle og symbolske).

Manglende konsolidering av endringer underveis i prosessen

Etter endringer og reformer er mange organisasjoner relativt «skjøre». Arbeidsoppgaver, utstyr, ansatte og kompetanse kan være flyttet og endret. Kotter maner til forsiktighet med å erklære «krigen for vunnet etter første slaget». Endringer kan mislykkes fordi forståelsen for endring forsvinner og at ledelseskoalisjonen og visjonen ikke er sterk nok til å overleve tiden endringen faktisk tar.

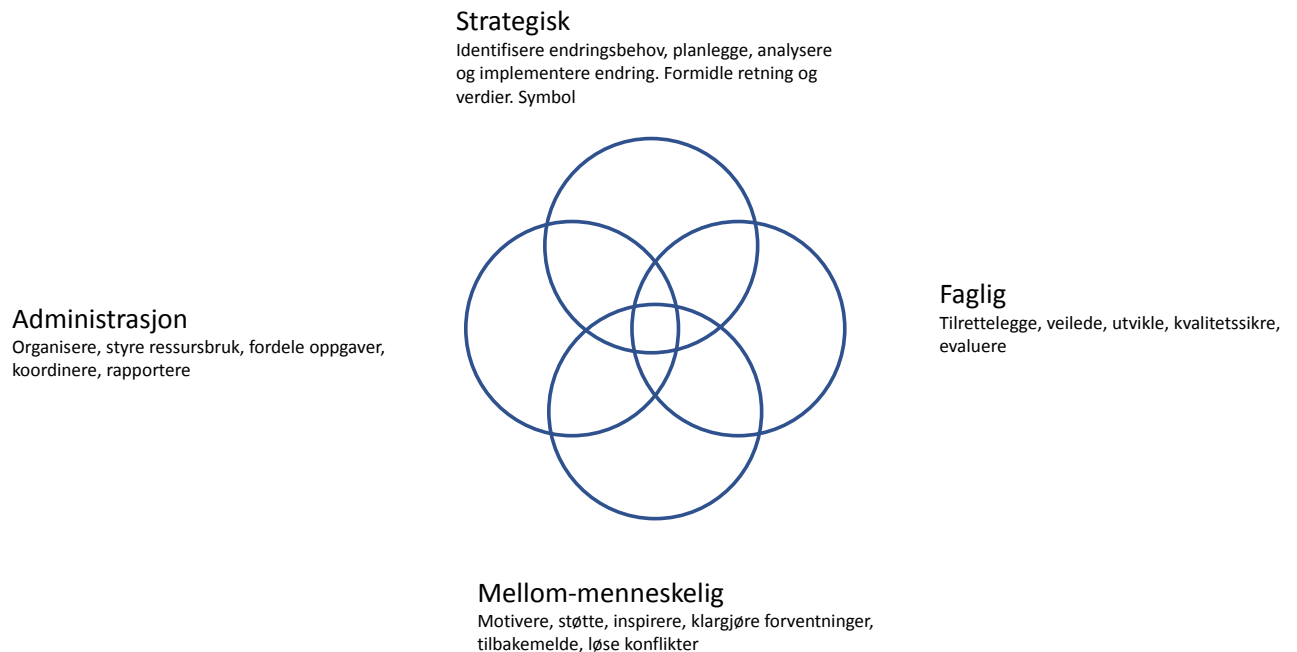
Manglende forankring av sammenhengen mellom endringene og oppnådde resultater

For å lykkes med en endring må den positive nytten av en endring synliggjøres og «merkes på kroppen» for at den skal opprettholdes og videreutvikles. Den eller de nye måtene å organisere/jobbe/samhandle må bli en del av organisasjonens kultur og identitet. Dette krever at

resultater formidles bredt og hyppig, men også at effekten faktisk oppleves som «viktig, riktig og god».

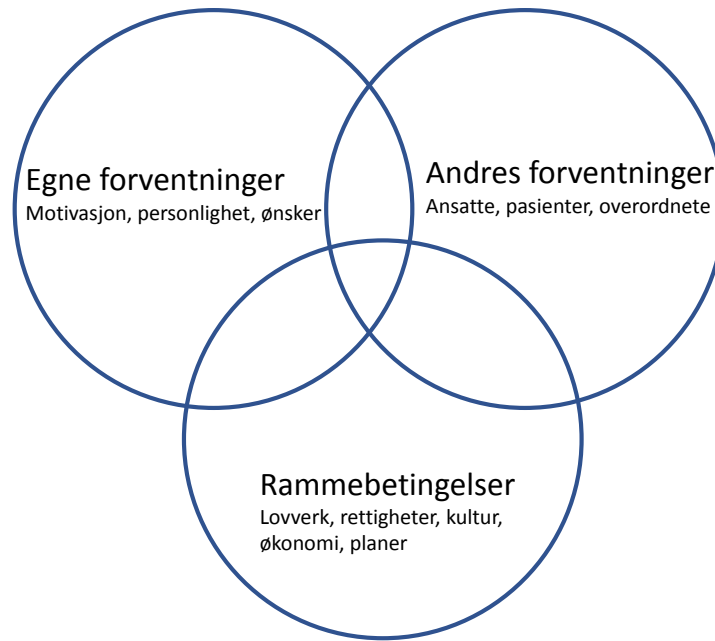
3.4 Ledelse

Ledelse er et komplisert samspill mellom overlappende funksjoner og forventninger (figur 3-3) (Mintzberg, 1979).



Figur 3-3 Lederfunksjoner (basert på Mintzberg (1979))

Tilsvarende handler ledelse om å fylle en rolle definert av forventninger fra seg selv, forventninger fra andre og forventninger generert fra ytre rammer eller krav (figur 3-4). Større overlapp mellom sirklene, kan indikere større styringsrom og følgelig større mulighet for endringsledelse. Disse modellene utfordres i krisesituasjoner. Tradisjonell endringslitteratur har fokusert på behovet for å skape en forståelse av «krise» for å mobilisere endring. Ved covid-19 pandemien forelå krisen først. Rammebetingelsene var uklare og forventningene fra ansatte og samfunnet forøvrig ble endret nærmest fra dag til dag. En slik situasjon stiller store krav til ledelse på alle nivåer og store krav til å akseptere endringer i organisasjonen.



Figur 3-4 Lederrollen

3.4.1 Endringsledelse i ordinære driftssituasjoner

Å utøve ledelse henger sammen med hvordan organisasjonen fungerer og kan være et kontekstavhengig fenomen. Ledelse utøves i relasjon med andre og skal bidra til å løse organisasjonens oppgaver og realisere bestemte mål. Ved å påvirke ansattes tenkning, holdning og atferd skal ledelse oppmuntre til innsats, motivere til å yte mer og få ansatte til å trives i arbeidet (D.I. Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Ledelse i ekspertorganisasjoner som sykehus må forstås i sammenheng med særpreget ved organisasjonsformen, sektoren og kulturen, det vil si et arbeidsmiljø med fokus på å utøve fag og komplekse prosedyrer orientert mot problemløsning for andre. Betingelser for å utøve lederrollen vil variere og personlige egenskaper og autoritet vil ha stor betydning for å skulle ivareta (Strand, 2018):

- Ansvar for andres arbeid/funksjonsmåte
- Mandat/tillitserklæring fra interessentene i og rundt organisasjonen til å kunne påvirke organisasjonen
- Å utføre de antatt viktig funksjonene for *hele* organisasjonen

Å utøve ledelse er å utøve innflytelse og makt og den eneste forskjellen mellom ledere og andre er knyttet til ressurser lederen kontrollerer og den autoritet som følger lederposisjonen. Ekspertise er også en kilde til makt og kan befinne seg hos andre enn leder (D.I. Jacobsen & Thorsvik, 2019). Når makten er lokalisert andre steder enn hos lederen, vil forsøk på å utøve ledelse – det vil si å påvirke andres atferd – kunne nøytraliseres. Empirisk forskning antyder at ekspertorganisasjoner er en organisatorisk kontekst der forsøk på å utøve ledelse ofte nøytraliseres. Organisasjonen har høyt utdannede, profesjonelle ansatte som ofte får indre belønning gjennom jobben og hvor makt i stor grad er lokalisert i produksjonskjernen, blant de profesjonelle.

Ekspertorganisasjonens innebygde egenskaper gjør direkte ledelse mindre viktig (Strand, 2018). De ansatte er selvgående og har generelt lite behov for instruksjoner, mål og tildelte oppgaver og får rask respons på gjennomført arbeid. Kunnskap om hva som er riktig, ligger hos den ansatte, er tilgjengelig for kolleger, men kan være vanskelig å forstå og få tilgang til for hierarkisk overordnet. Dette gir et skille mellom kollegial og hierarkisk styring. Kollegial ledelse omfatter faglig veiledning og utvikling på profesjonens premisser, mens administrativ ledelse ivaretar de øvrige behov for styring, ressursdisponering og prioritering. God ledelse innebærer blant annet å la folk gjøre det de er gode til og la drivkraften være utfordringene som fagfolkene selv føler ligger i arbeidet. Ledelsens oppgave blir å legge til rette for at disse drivkreftene drar i en retning som både fagfellesskapet og oppdragsgiverne er tjent med.

Sykehusene er i kontinuerlig endring. Dette stiller store krav til helseledere på alle nivåer og fordrer et betydelig styringsrom. Likevel beskrev Hippe og Trygstad i 2012 at under halvparten av de spurte enhetslederne opplevde et tilstrekkelig stort handlingsrom. Videre fant man et lavt eierforhold til indikatorer og styringsmål for driften. Manglende økonomiske ressurser og tidkrevende rapportering begrenset faglig utøvelse og utvikling. Ledelse foregikk stort sett «fra dag til dag» uten mulighet til langsiktig planlegging. Mange ledere rapporterte om begrenset legitimitet og autoritet som leder og så mange som 1 av 3 ønsket å gå ut av lederrollen (Hippe & Trygstad, 2012). Tilsvarende funn er også beskrevet av andre (Andrews & Gjertsen, 2014; Haugnæss, Ekeland, Schjetne, & Lohne, 2018).

3.4.2 Endringer og ledelse under kriser

Alle kriser uansett årsak (ulykker, naturkatastrofer, krig, kriminelle handlinger, sykdommer etc.) har mulighet for store negative konsekvenser for enkeltmennesker, organisasjoner og samfunnet

rundt. Kriser truer liv, helse, miljø, og økonomi. Fellestrekk ved kriser er en trussel mot virksomhetens sentrale verdier, stor grad av usikkerhet og ofte også et betydelig tidspress (Moynihan, 2008; Pearson & Mitroff, 1993). Større kriser som krig, terrorangrep og pandemier involverer omtrent alle deler av samfunnet og ofte flere nasjoner og regioner.

Kriser stiller store krav til organisasjoner og til ledelse av organisasjoner. Ledelse av organisasjoner i kriser kan ha betydning både for utfallet av krisen og for organisasjonens mulighet til å overleve krisen (DuBrin, 2013; Yukl, 2006). Konsekvensene av en krise kan være så store at læring gjennom «prøving og feiling» ikke er akseptabelt. Samtidig ligger det i krisens natur at det ofte foreligger lite erfaring og få prosedyrer for håndtering av den aktuelle krisesituasjonen (Moynihan, 2008).

Kriseledelse omfatter ikke bare 1) operativ respons i krisesituasjoner, men også 2) forebyggende tiltak for å redusere skadevirkningene av en krisesituasjon, 3) forberedelse på håndtering av en krisesituasjon og 4) tiltak for å opprettholde og gjenoppta organisasjonens basisfunksjoner i og etter en krisesituasjon (Waugh & Streib, 2006).

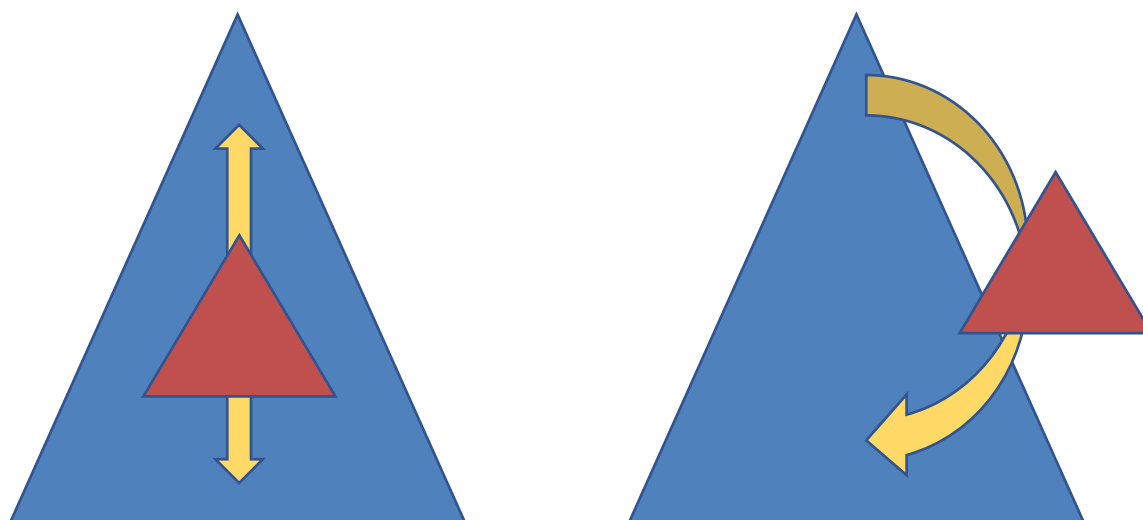
Oppfatningen av hvordan kriseledelse bør utøves varierer i ulike kulturer og organisasjoner. Flere studier peker også på en internasjonal historisk endring i utøvelse av kriseledelse fra militærliknede kommandostruktur til ledelse i nettverk over de siste 30-40 årene (Drabek, 1987). Krisehåndtering skiller seg på mange måter fra de siste tiårenes markedsorienterte organisering av offentlig sektor med vekt på mål- og resultatstyring. Kriser er ofte mer eller mindre akutt kaos og uforutsigbarhet, og må håndteres med begrensede ressurser innenfor en kort tidsperiode. Samarbeid mellom ulike personer, organisasjoner og involvering av frivillige organisasjoner og enkeltpersoner er derfor vesentlig ved krisesituasjoner. Daglig beredskap og større eller mindre krisehåndtering i Norge er fremdeles i stor grad basert på dette, eksemplifisert ved Røde Kors' innsats i leteaksjoner og Redningsselskapets betydning for maritim sikkerhet. I Norge ble et eget overordnet organ, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, først etablert i 2003.

Grad av kriseberedskap og kriseforberedelse kan variere blant annet avhengig av type krise og type organisasjon (Burnes, 2004). Mange organisasjoner har planer klare for krisehåndtering, men kriser passer sjeldent inn i slike planer og ulike kriser kan kreve ulike ressurser (Waugh & Streib, 2006). De nødvendige ressursene er sjeldent tilgjengelige når behovet oppstår. Ved store planlagte endringer er det vanlig å etablere midlertidige prosjektorganisasjoner, mens det ved

kriser i større grad ser ut til å dannes temporære ad-hoc ledelsesgrupperinger og flatere organisasjonsstrukturer, slik man ser ved ledelse i nettverk (Hannah, Uhl-Bien, Avolio, & Cavarretta, 2009). Slikt samarbeid på tvers av ordinære skillelinjer i og mellom organisasjoner har vist seg å være essensielt for håndtering av krisesituasjoner (Ansell, Boin, & Keller, 2010). Koordinering mellom ulike «nye» og «gamle» grupperinger kan også være utfordrende. Ulike kulturer i ulike organisasjoner og mellom ulike profesjoner kan være krevende å forene. Systemer for effektiv deling av informasjon mellom ulike organisasjoner er ofte ikke tilgjengelige i krisesituasjoner. Flere studier har vist at det i slike situasjoner lett kan oppstå forsinkelser, manglende respons og manglende gjennomføring (Hannah et al., 2009; Waugh & Streib, 2006). Ledelse under kriser karakteriseres i stor grad av umiddelbar håndtering av hendelser der en rekke uforutsette faktorer og usikre effekter påvirker resultatet av beslutningene (K. E. Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2008). Manglende ledelsesinitiativ har vært et konsistent funn i evalueringer etter flere store katastrofer bl.a. terrorangrepene i USA 11. september 2001 (Waugh & Streib, 2006). Etablering av såkalt Incident Command System (ICS) – en organisatorisk kriseledelse over ordinær hierarkisk ledelse – kan bidra til å sikre raske og koordinerte beslutninger i krisesituasjoner (Moynihan, 2008). ICS kan også redusere individuell autonomi og opportuniste. En slik struktur forutsetter imidlertid at systemet er etablert før krisen oppstår. ICS må bestå av kompetent personell med tillit i organisasjonen, nødvendige fullmakter og klart ansvar. En etablert relasjon mellom deltakerne i kriseledelsen anses også som nødvendig for å være styringsdyktig.

I en studie av kriseledelse i forbindelse med terrorangrepet på Statoils anlegg i In Amenas, Algerie i 2013 trekker S. Nesse flere forhold av betydning for kriseledelse og krisehåndtering (Nesse, 2015). Nye improviserte organisasjonsstrukturer og oppgavestrategier vokste frem innenfor ulike kontekster. Nye formelle og uformelle ledere oppstod mer eller mindre tilfeldig. Utøvelse av ledelse var viktigere enn formell rolle og posisjon. Krisen demonstrerte med andre ord en utvidet ledelseskapasitet i organisasjonen. Noen nye ledere ble utpekt, mens andre tok ledelse på eget initiativ. Noe ble ledere på grunn av kompetanse, mens andre fikk lederoppgaver fordi de var tilgjengelige i aktuelle øyeblikk. Makt ble overført fra tidligere ledere til nye ledere uten formalia. Men samtidig ble ledelsen mer kollektiv, med en flatere struktur og i større grad lokalisert i midten av organisasjonen (figur 3-3). Samspillet ble tettere enn tidligere. Dette medførte en sterkere forankring i organisasjonen, og en tydeligere horisontal tillit. Krisen skapte

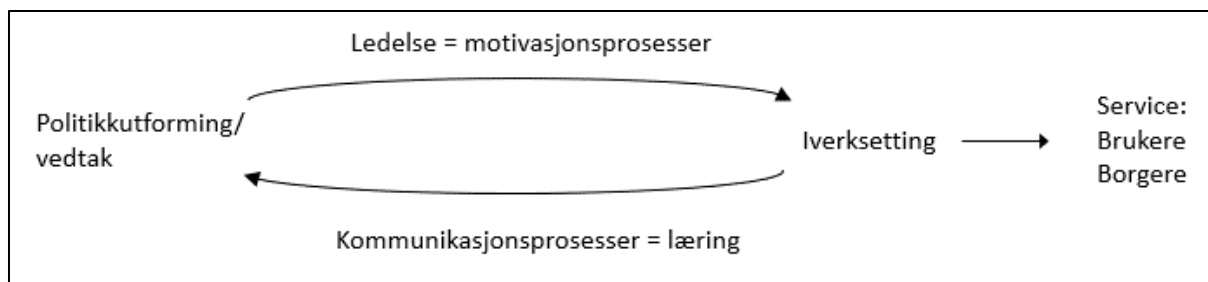
en sterk endringsvilje og en «kraft» som ellers ikke var like tydelig. Dynamisk tilpasning gav større implementeringssuksess enn rigid kontroll. Kriseledelse var ikke statisk, hierarkisk eller kun basert på planer. Forberedelse og kriseplaner hadde begrenset nytteverdi. Kriseledelse ble et heterarkisk-fenomen – «man tar den makt og lar den vandre» – ut fra situasjonsbestemte behov. Dynamiske endringer i roller og strukturer ble drevet frem av hvem som hadde kompetanse og legitimitet til å lede til enhver tid.



Figur 3-3: Kriseledelse versus tradisjonell endringsledelse

3.5 Styringsverktøy

Helseforetakene er i stor grad underlagt administrative styringssystemer. «Budsjettrammer og målstyring er to forhold som fagfolkene merker, sammen med andre administrative prosjekter, som total kvalitetsledelse, kontinuerlig forbedring og internkontroll» (Strand, 2018).



Figur 3-4: Det kommunale styringskretsløp (Øgård, 2018)

Styringsløyfen i offentlig sektor skiller mellom de som utformer politikk/vedtar strategi (principalen) og de som skal iverksette (agent). I dette spenningsfeltet oppstår styringsutfordringer og behov for styringsverktøy som kan redusere gapet mellom det som er vedtatt og det som iverksettes.

Styringsverktøy strukturerer handling ved å definere hvem som er involvert, hvilken rolle de skal ha og hvordan man skal relatere seg til andre. I tillegg er handlingen som er strukturert av verktøyet, en kollektiv handling rettet mot å løse problemer og nå felles mål. Lester M. Salamon beskriver dette på følgende måte (Salamon, 2002):

“A tool of public action is an identifiable method through which collective action is structured to address a public problem”

Interne styringsverktøy refererer til prosedyrer for håndtering av interne prosesser/handlinger og eksterne styringsverktøy er rettet mot å påvirke enkeltpersoner eller grupper av enkeltpersoner eksternt for organisasjonen.

Salamon viser videre til at styringsverktøy er komplekse, bestående av ulike elementer og knyttet til fem kriterier for evaluering av effekt/resultat. Disse er:

- Effektivitet, dvs. i hvilken grad vi oppnår vi målene.
- Kostnadseffektivitet, det vil si å balansere resultat opp mot kostnad.
- Likhet for alle grupper/omfordelingseffekt
- Håndterbarhet/styrbarhet mht. å innføre styringsverktøyet (iverksetting)
- Legitimitet/politisk støtte

Utfordringen i å bruke styringsverktøy ligger i å vite nok om de ulike verktøyene for å kunne velge riktig verktøy og å definere hvordan og til hva verktøyet skal brukes. Moynihan viser til betydningen av velfungerende digitale styringsverktøy for pålitelige, oppdaterte og tilgjengelige data også i en krisesituasjon (Moynihan, 2008). Dette både for å ha oversikt over og kontroll på selve krisesituasjonen og effekt av iverksatte tiltak, og for kontroll på personell og annen ressursbruk. Styringsverktøy og ledelsessystemer har imidlertid negativ effekt hvis de ikke er fortløpende oppdatert, har upålitelige data eller de ikke er tilpasset organisasjonens reelle behov under krisesituasjonen.

Styringsverktøy med fokus på arbeidstid og fordeling av oppgaver og ansatte er innarbeidet i klinikkens daglige drift og vi antok at disse var mest sentrale også i forhold til håndtering av den akutte krisen. Oppgaven fokuserer av den grunn på disse styringsverktøyene.

3.6 Arbeidsrett

Arbeidsretten er den rettslige reguleringen av arbeidsforholdet og omhandler rettsregler mellom partene i et arbeidsforhold som arbeidsgiver og arbeidstaker. Vi skiller mellom den individuelle arbeidsretten og den kollektive arbeidsretten. Den førstnevnte tar for seg rettsregler som omhandler det konkrete arbeidsforholdet og forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Arbeidsforholdet etableres når det foreligger en avtale mellom de to partene. Den kollektive arbeidsretten omhandler rettsregler om arbeidslivets organisasjoner og forholdet mellom en fagforening og arbeidsgiver/arbeidsgiverforening og kjennetegnes ved at arbeidstaker opptrer kollektivt via organisasjoner. (Skjønberg, Hognestad, & Hotvedt, 2017).

Arbeidsretten har hatt en lang historisk utvikling. Før 1850 forelå nesten ingen regulering i Norge. Først i 1977 kom arbeidsmiljøloven som i 2006 ble erstattet av gjeldene lov.

3.6.1 Arbeidsmiljøloven

«Arbeidsmiljølovens formål er å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet. Loven har også som formål å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, og bidra til et inkluderende arbeidsliv». ("Arbeidsmiljøloven," 2006).

Nesten alle arbeidsforhold i privat og offentlig virksomhet omfattes av arbeidsmiljøloven. Som arbeidsgiver er man pliktig å overholde disse reglene og det er bare mulig å avvike fra loven til ugunst for arbeidstakeren dersom det står i den enkelte regelen at den kan fravikes ved skriftlig avtale, tariffavtale eller etter dispensasjon fra arbeidstilsynet.

3.6.2 Tariffavtale

En tariffavtale kan inngås mellom en fagforening og en arbeidsgiver/arbeidsgiverforening. En slik avtale omhandler ofte arbeids- og lønnsvilkår eller andre arbeidsforhold.

3.6.3 Ferieloven

Ferieloven er etablert for å sikre at arbeidstakere får årlige ferie, fritid og feriepenger ("Lov om ferie," 1998). Loven omfatter bestemmelser vedrørende beregning av feriepenger og utbetalingstidspunkt, tidsramme for når arbeidstaker kan kreve sin ferie avvirket, samt bestemmelser om ferieavvikling under sykdom, permisjon, oppsigelsestid mm. Det er mulig å fravike fra loven via skriftlig avtale.

3.7 Motivasteori

Et insentiv er noe som motiverer mennesker til handling og som kan påvirke adferd og valg gjennom å gjøre et alternativ mer å foretrekke enn et annet ("Insentiv, Store norske leksikon,"). Det skilles mellom ytre incentiver og indre insentiver. Ytre insentiver kan for eksempel være belønning i form av økonomisk gevinst. Indre insentiver kan være opplevelsen av tilfredshet ved den handlingen eller aktiviteten man har gjort.

I organisasjoner brukes insentiver til å fremme innsats, prestasjoner og produktivitet.

Organisasjoners belønningssystemer vil være basert på en underliggende antagelse om hvilke incentiver som får folk til å gjøre en best mulig innsats i jobben. Økonomiske insentiver er mye brukt for å motivere til prestasjon og produktivitet, for eksempel i form av prestasjonsbasert lønn og bonusordninger. Motivasteori er imidlertid et sammensatt fenomen, og det er ikke nødvendigvis slik at økonomisk belønning vil være det beste insentivet når det gjelder å motivere til arbeidsinnsats. Indre insentiver vil kunne være en vel så viktig motivasjonsfaktor. Slike insentiver kan for eksempel være tilfredshet med arbeidet eller ved å tilhøre organisasjonen, eller opplevelse av glede over eller mening med det arbeidet man gjør.

Frykt kan også motivere til handling. Spesielt i krisesituasjoner antas frykt å være sterkt medvirkende til de valg som tas. Covid-19 ble av mange oppfattet som en trussel mot egen helse og for samfunnets opprettholdelse i nåværende form, og kan derfor ha hatt avgjørende betydning for endringsvillighet og endringskapasitet i sykehuset.

4 Metode

”En metode skal hjelpe oss til å samle inn data, det vil si informasjon, om et fenomen vi ønsker å undersøke” (Ghauri, 2005).

I dette kapittelet beskrives de metodiske trinnene vi har foretatt i forbindelse med oppgaven. Vi belyser forskningsdesign og valgte forskningsmetoder og beskriver videre datainnsamlingen, hvilken populasjon og hvilket utvalg vi har gjennomført forskningsmetodene på. Vi avslutter kapittelet med å rette fokus mot måleproblematikk, anvendt statistisk metode og etikk.

Det vesentlige i metodesammenheng er hvilke midler man velger å benytte til å svare på problemstillingen og hvordan man analyserer og tolker dataene man samler inn. Det er viktig å foreta en grundig helhetlig vurdering av best egnet metode ut fra de begrensingene man står overfor i form av tid, økonomi, erfaring, kompetanse osv. Ethvert forskningsopplegg vil innebære en avveining mellom ideell metode og det som er praktisk gjennomførbart.

4.1 Valg av forskningsdesign

Det å ta stilling til hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres, blir ofte omtalt som forskningsdesign. Forskningsdesign er valgt strategi for å innhente data og ønsket informasjon for å belyse tema og tilhørende problemstilling. Hensikten er å sikre så pålitelig informasjon som mulig for å belyse problemstillingen innenfor de rammene man har. Vi har valgt kausalt forskningsdesign for å finne forklaring på vår problemstilling og satt fokus på en kollektiv enhet (D.I. Jacobsen, 2015). I denne konteksten er den kollektive enheten Klinikk for somatikk ved Sørlandet sykehus Arendal som består av ni avdelinger med flere enheter og seksjoner. Dette gir oss en case-studie der vi går dypt inn i en situasjon og får fram en virkelighetsnær og detaljert beskrivelse. Studien er følgelig i stor grad deskriptiv og kan i liten grad brukes til å trekke slutninger om årsakssammenhenger. Case-studier kan likevel være nyttige for å belyse en situasjon og til å generere nye hypoteser (Flyvbjerg, 2006).

Selv om sykehusene er relativt likt organisert i Norge og covid-19 pandemien rammer hele landet, er likevel generaliserbarheten av denne studien begrenset. Funnene i studien må av den grunn benyttes med svært stor forsiktighet i andre kontekster og i andre land.

4.2 Kvalitativ versus kvantitativ metode

I case-studien kombinerer vi kvalitativ og kvantitativ metode med en kombinasjon av intervju og spørreundersøkelse til et bredt utvalg respondenter. Som del av den kvalitative metoden, har vi benyttet litteratur, observasjon og intervju. Videre har vi benyttet kvantitativ metode med spørreundersøkelse til et bredt utvalg endringsmottakere for å forsøke å tallfeste resultatene. Ved å innhente både kvantitative og kvalitative data, begrenser vi svakheten ved den enkelte metode. Dag Ingvar Jacobsen (2015) viser til at de to metodene må betraktes som utfyllende og berikende.

Kvalitative metoder benyttes ofte for generering av kunnskap om erfaring og meninger hos studiepopulasjonen. Denne tilnærmingen gir mulighet til å inkludere immaterielle faktorer som følelser og verdier. Ulempene er lav generaliserbarhet grunnet lite og potensielt ikke-representativt utvalg, hvilket igjen er begrunnet med begrenset tid- og ressurstilgang. Relasjon mellom intervjuer og intervjuobjekt vil kunne være problematisk og av betydning spesielt i aktuelle problemstilling. Anonymitet vil være tilnærmet umulig, hvilket vil kunne begrense intervjuobjektets mulighet til åpne og ærlige svar. Videre vil fortolkning av intervjuene, uansett forsøk på åpen tilnærming, bli påvirket av fortolkers egne erfaringer og opplevelser i prosessen denne studien forsøker å analysere.

En kvantitativ tilnærming gjennom en spørreundersøkelse løser flere av svakhetene ved en kvalitativ tilnærming. En viktig ulempe ved en slik metode er at den ikke får frem forhold som det ikke er utarbeidet variabler for på forhånd. Av samme grunn risikeres en overforenkling uten mulighet til å belyse kompleksiteten i problemstillingen. Flere faktorer i en endringsprosess som involverer mennesker er vanskelige å gjøre målbare.

Vi ønsket gjennom kombinasjon av disse to metodene å belyse endringsvillighet og endringskapasitet i sykehus i en krisesituasjon. For å kartlegge omfang og utbredelse anvendte vi kvantitativ metode (spørreskjema) til samtlige ansatte i Klinikk for somatikk, Arendal. I etterkant benyttet vi kvalitativ metode (intervju) for å få dybdekunnskap om temaet. Slik metodetriangulering der en problemstilling belyses med ulike metoder kan gi en bedre forståelse for problemstillingen gjennom fullstendige data (completeness) hvor metodene videreutvikler og utfyller hverandre (Røyknes, 2009). Mønstre som kommer frem ved bruk av en metode, suppleres, bekreftes eller kan motsies av funn ved den andre metoden som bidrar til mer detaljert kunnskap. Benyttes kun én metode, vil man ikke kunne få denne kunnskapen. Ved å benytte en kombinasjon av metoder kan man også søke en bekreftelse (confirmation) ved at de ulike

metodene støtter hverandre. Eventuelle svakheter ved én metode vil kunne motvirkes av styrken til en annen og bidra til mer pålitelige og bekreftende resultater. Metodetriangulering kan også være utfordrende og komplisert. Kombinasjonen av kvalitative og kvantitative metoder representerer ulike kunnskapssyn, virkelighetsoppfatninger, forskningsstrategier og tolkninger av funn og en fare kan være større mulighet til selektiv bruk av resultater for å bekrefte forskerens egne synspunkter (Røyknes, 2009)

4.2.1 Spørreundersøkelse

Vi valgte spørreundersøkelse for å få innsikt i den generelle oppfatningen av situasjonen. Spesielt tre faktorer må tas i betraktning ved bruk av spørreundersøkelse og disse er administrasjon og ressurser, utforming av spørreskjema og datakvalitet. Ved å velge spørreundersøkelse nådde vi ut til mange respondenter på kort tid og til lave kostnader. Utforming av spørreskjemaet inkluderer hvor mange og hvilke typer spørsmål man må stille for å få svar på problemstillingen og de konkrete spørsmålene må samsvare med hva man ønsker å finne ut ved undersøkelsen. Datakvalitet refererer til hvilken metode man vurderer vil appellere mest til respondentene.

Vi valgte å sende spørreskjemaet til alle ansatte i Klinikk for somatikk, Arendal. Det var en anonym tilnærming som enkelt nådde ut til alle yrkesgrupper. Vi valgte å distribuere spørreskjemaene til mottakerne elektronisk og dette ga oss mulighet for å samle inn data fra mange respondenter på forholdsvis kort tid. Elektroniske skjema forenklet også bearbeidelsen av forskningsdata, lettet arbeidet med dataanalysen og resultatene forelå nærmest umiddelbart. Ulemper er at man ikke får sett kroppsspråk hos mottakeren, det er vanskelig å oppklare eventuelle misforståelser og man mister muligheten for å komme med oppfølgingsspørsmål. Gjensidig påvirkning av andre er også en mulig svakhet ved denne typen studier.

4.2.2 Fokusgruppeintervju

Vi har valgt personlige fokusgruppeintervju (ansikt til ansikt) i form av semi-strukturerte intervjuer. Denne formen for intervju gir balanse mellom fleksibilitet og stabilitet ("Fokusgruppeintervju," 2019). Fleksibiliteten bidro til at vi kunne gå i dybden der vi hadde behov for det, ved at vi kunne stille tilleggsspørsmål. Dette kan for eksempel være tema som intervjuobjektet kom inn på selv og som vi ikke hadde tenkt på i utgangspunktet.

Standardiseringen av spørsmålene i denne formen for intervju er nyttig ved analyse og tolkning av respondentenes svar (Thagaard, 2003). Vi hadde her anledning til å stille spørsmålene i den rekkefølgen de passet inn i samtalen, men hovedspørsmålene/temaene var likevel fastsatt i

forkant. Et ustrukturert intervju ville gjort det vanskelig å sammenligne svarene, da intervjuobjektene her står helt fritt i sin vinkling og lite er forhåndsbestemt.

Respondentene hadde gjennomført spørreundersøkelsen i forkant og var på forhånd kjent med temaet. På denne måten fikk vi fyldigere svar på spørsmålene, og vi mener at dette økte kvaliteten på intervjuet.

4.3 Datainnsamling og analyse

I dette avsnittet presenterer vi gjennomføring av datainnsamlingen og hvordan vi har analysert informasjonen vi hentet inn gjennom både intervjuene og spørreskjemaene og også selve utviklingen av spørreskjemaet.

4.3.1 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ble utført som en nettbasert anonym undersøkelse ved hjelp av SurveyXact (Rambøll – www.surveyxact.com). Undersøkelsen ble distribuert til samtlige ansatte via e-post og fulgt opp med tre påminnelser til respondenter som ikke hadde besvart. Videre ble det informert om studien på intranett, via e-post, muntlig, via Facebook og via plakater på de ulike avdelingene. Datainnsamlingen ble avsluttet 14 dager etter distribusjon. Komplette spørreskjema er vedlagt (vedlegg 1). Analyser er beskrevet i statistikkavsnittet.

4.3.2 Fokusgruppeintervju

Under forberedelsene ble det utarbeidet egen intervjuguide basert på hovedproblemstilling og tilhørende delspørsmål og oppbyggingen samsvarte med hovedtemaene i spørreundersøkelsen. Det ble gjort et tilfeldig uttrekk av respondenter etter å på forhånd ha delt de inn i yrkesgruppene lege, merkantil og sykepleier. Metoden sikret at vi fikk respondenter fra hver av de tre største yrkesgruppene, som vi mente var mest relevant for undersøkelsen.

Det ble gjennomført fem fokusgruppeintervjuer hvorav fire grupper var sammensatt med ansatte fra samme yrkesgruppe, såkalt homogene grupper. En slik sammensetning bidro til at medlemmene hadde et felles erfaringsgrunnlag med mange av de samme opplevelsene og utveksling av erfaringer ble lettere (Malterud, 2012). Sosial likhet bidro til en lavere kommunikasjonsbarriere mellom deltakerne. Det siste intervjuet ble en oppsamling av

respondenter som hadde meldt forfall til tidligere avtalt intervju og ble gjennomført med respondenter fra ulike yrkesgrupper, en såkalt heterogen gruppe.

Intervjuene ble gjennomført i grupper på tre til fem deltakere og med en varighet på 45 minutter. Under intervjuet fikk deltakerne snakke fritt med utgangspunkt i temaene fra intervjuguiden. Det ble benyttet lydopptak i tillegg til at vi noterte kroppsspråk underveis som uttrykk for følelser. Dette ble transkribert i etterkant fortløpende og identisk til gjennomføringen av intervjuet. Når det transkriberte materialet er sitert i oppgaven, er materialet anonymisert og dialektord, lokasjonsbenevnelser samt stillingskarakter som vil kunne identifisere deltaker, er tatt bort.

Vi har anvendt tekst-graving, det vil si benyttet et digitalt verktøy (NVivo 12) for å finne struktur og innhold i en mengde tekst. Vi startet med en åpen tilnærming til rådataene, det vil si de transkriberte intervjuene. Relevante data ble inndelt i såkalte «meningsenheter» som ble kategorisert etter tematikk og innhold i henhold til intervjuguide og spørreundersøkelse. Kategoriene ble redefinert flere ganger i prosessen. Til slutt ble det utformet en abstraksjon gjennom beskrivelser i aktuelle kategorier. Abstraksjonen er supplert med utvalgte sitater.

4.3.3 Studiepopulasjon

Samtlige ansatte ved Klinikk for somatikk, Sørlandet sykehus Arendal per 15.04.2020 er inkludert i studien. Dette utgjør 992 ansatte fordelt på ni avdelinger i tillegg til klinikkdirektørens stab. Avdelingene som inngår i studien er Avdeling for anestesi, intensiv og operasjon, Avdeling for pleie og poliklinikk, Barne- og ungdomsavdelingen, Kirurgisk avdeling, Kvinneklinikken, Medisinsk avdeling, Merkantil avdeling, Ortopedisk avdeling og Øyeavdelingen.

4.4 Måleproblematikk

For å sikre at konklusjonen er gyldig og til å stole på, er det avgjørende å ha fokus på studiens kvalitet på innsamlede data. Validitet og reliabilitet, sanntidsdata versus retrospektive data samt nærhet versus avstand til organisasjonen beskrives nærmere i dette kapitlet.

4.4.1 Validitet og reliabilitet

I metodetilnærming og forskningsdesign er det avgjørende å holde fokus på validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet). Dette er avgjørende for å sikre kvaliteten på innsamlede data og for å sikre at konklusjonene er gyldige og til å stole på (D.I. Jacobsen, 2015).

Validering handler om tre trinn i beskrivelse av en virkelighet som ikke er direkte observerbar. Første trinn handler om at studieobjektene faktisk har gitt en ærlig og sann beskrivelse i sin tilbakemelding. Trinn to er knyttet til gjengivelsen og fortolkningen av dataene og at dette er riktig. Tredje trinn handler om at de funn og konklusjoner som trekkes, gjenspeiler virkeligheten. Ved å inkludere samtlige ansatte i klinikken i spørreundersøkelsen og supplere denne med fokusgruppeintervju vurderer vi at validitet er ivaretatt. Vi har tilstrebet enkle, presise og relevante spørsmål for å sikre forståelse for hvilken informasjon vi er ute etter.

Intervjusituasjonen opplevde vi som åpen og ærlig og vi oppfattet informantene som oppriktig engasjert i å bidra til en korrekt beskrivelse av situasjonen.

Ved å stille relevante spørsmål under intervjuene ønsket vi å styrke troverdigheten i studien ved å komme tett på, få innsikt og utforske problemstillingen fullt ut. Intervjuguiden bidro til at informantene uttalte seg om de samme spørsmålene, samtidig som vi inkluderte åpne spørsmål. Vår målsetning var å på denne måten fange opp ulike tilnærminger og i størst mulig grad få et helhetlig bilde og en ærlig tilnærming. Intervjuene gjenspeilet spørreundersøkelsen ved lik temainndeling og gjenkjennbare spørsmål. Vi har benyttet verktøy for objektiv håndtering av funn og gjennom dette ivaretatt resultatenes konsistens og troverdighet.

For å styrke validitet og reliabilitet har vi benyttet metodetriangulering for å supplere, bekrefte eller motsi funn som kommer fram.

4.4.2 Sanntidsdata versus retrospektive data

Oppfatninger, meninger og erfaringer endres ofte med tiden og kan således svekke verdien av data samlet inn i ettertid. Covid-19 pandemien muliggjorde innhenting av sanntidsdata. Slike data anses ofte som spesielt verdifulle i denne type studier (Langley & Stensaker, 2012). En av flere ulemper er at vi i skrivende stund ikke kjenner konsekvensene av krisen for sykehuset eller for samfunnet ellers.

4.4.3 Nærhet versus avstand til organisasjon

Alle forfatterne er ansatt i Klinikk for somatikk, Sørlandet sykehus Arendal, og er av den grunn selv påvirket av endringene ved covid-19. Dette representerer en betydelig svakhet, der egne preferanser, erfaringer og meninger uansett vil ha betydning for fortolkningen. Særlig var intervjudelen påvirkbar. På den andre siden kan inngående kjennskap til organisasjonen og de aktuelle endringene også være en fordel. Forfatterne har også ulike fagbakgrunner og ulike lederroller som også har bidratt til å nyansere fortolkningen av funnene.

4.5 Statistikk

Kontinuerlige variabler er presentert som gjennomsnitt \pm SD (standarddeviasjon) eller median (nedre, øvre kvartil), forskjeller mellom grupper er analysert med t-test eller ikke-parametriske tester. Kategoriske data er presentert som antall og prosentandel, forskjeller mellom grupper er analysert med khikvadratetest. Andeler er angitt som andel av studiepopulasjonen som besvarte aktuelle variabel. For graderingssvar ble det benyttet en modifisert Likert-skala med verdier fra 1 til 10 der 5 tilsvarte ingen endring, verdier <5 mindre/dårligere enn vanlig og >5 mer/bedre enn vanlig. I noen tilfeller ble også en tilsvarende skala benyttet til å gradere grad av f.eks. mestring og påvirkning. P-verdi $< 0,05$ er vurdert som statistisk signifikant. Data ble analysert i statistikkprogrammet Stata (versjon 16).

4.6 Etikk

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) i forhold til behandling av personopplysninger. NSD har vurdert studien til å tilfredsstillende krav i personopplysningsloven og databehandlingen er godkjent. I tillegg er studien forankret i klinikkledelsen ved Sørlandet sykehus Arendal.

Spørreundersøkelsen er gjennomført med individuell anonymitet og frivillig deltakelse. Det er det aggregerte svaret vi har interesse av i vår studie og resultatene presenteres uten mulighet for å skille ut enkeltrespondenter.

Intervjuene er basert på skriftlig samtykke (vedlegg 2) og under transkribering er personidentifisering umuliggjort ved at reelle navn er byttet ut med «NN». Ingen bakgrunnsopplysninger blir gjengitt uten at de er omskrevet. Dette for å sikre at opplysninger ikke kan føres tilbake til enkeltpersoner. Dialektord, lokasjonsbenevnelser og stillingstype er tatt bort for å unngå at noen kan identifiseres.

5 Resultater

I denne delen av oppgaven fremlegges en presentasjon av de kvantitative dataene. De kvalitative dataene bidrar som supplement til spørreundersøkelsen.

5.1 Studiepopulasjon

Samtlige 992 registrert ansatte ved Klinikk for somatikk, Sørlandet sykehus Arendal ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen. Totalt 635 (64 %) ansatte besvarte spørreskjemaet. Fordelingen av respondenter i ulike yrkesgrupper er presentert i tabell 5-1. Angivelsen av totalt antall ansatte og fordeling i enkelte grupper er forbundet med noe usikkerhet siden blant annet enkelte vikarer, tidligere ansatte og studenter også var registrert i de administrative systemene. Reell responsrate var følgelig sannsynligvis enda høyere. Enkelte ansatte tilhører ulike yrkesgrupper (f.eks. sykepleiere i administrasjon/klinikkledelse) hvilket gjør estimatene for antall i hver gruppe noe usikre.

Som supplement til spørreundersøkelsen ble det gjennomført fem fokusgruppeintervju. I alt deltok 17 respondenter hvorav 11 kvinner og 6 menn. Samtlige var fast ansatt og fire av disse var omdisponert til andre stillinger/funksjoner. Fordeling på yrkesgruppe var åtte leger, fire sykepleiere og fem merkantile. En respondent var leder med personalansvar.

Tabell 5-1: Yrkesgrupper

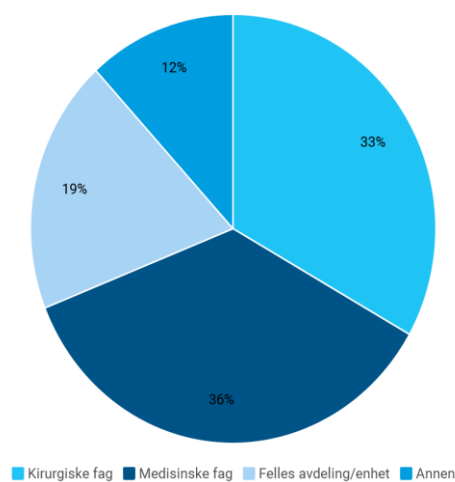
	Respondenter	Prosent
Sykepleier	328	52 %
Lege i spesialisering	65	10 %
Overlege	70	11 %
Hjelpepleier	23	4 %
Helsesekretær/merkantilt ansatt	83	13 %
Administrasjon/klinikkledelse	19	3 %
Annen yrkesgruppe	47	7 %
I alt	635	100 %

Responstrate var spesielt høy i legegruppene og blant helsesekretærene/merkantilt ansatte (tabell 5-2).

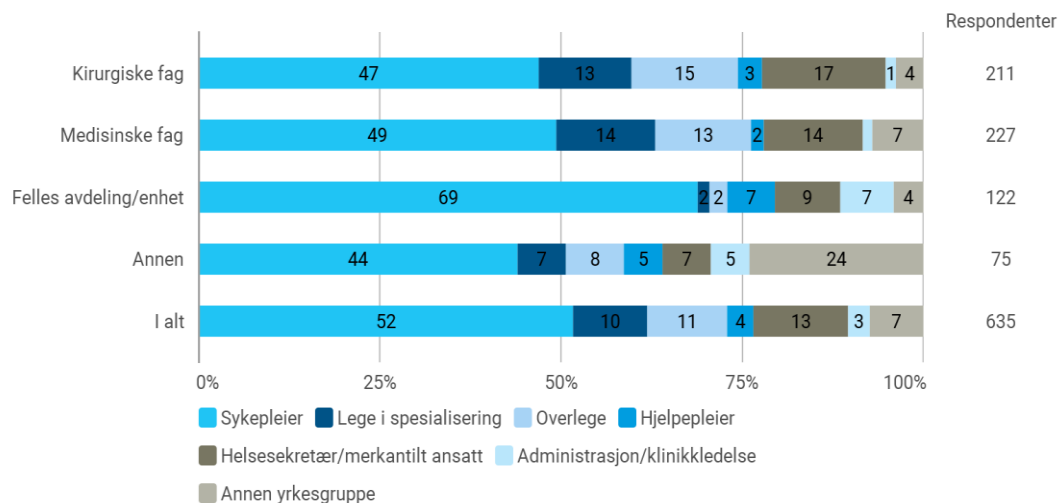
Tabell 5-2: Responstrate

	Respondenter	Totalt antall ansatte	Responstrate
Sykepleier	328	599	55 %
Lege i spesialisering	65	90	72 %
Overlege	70	94	74 %
Hjelpepleier	23	63	37 %
Helsesekretær/merkantilt ansatt	83	104	80 %
Administrasjon/klinikkledelse	19		
Annen yrkesgruppe	47		
I alt	635	992	64 %

Undersøkelsen oppnådde også en bred fordeling innenfor de ulike fagområdene, se figur 5-1 og 5-2. Siden undersøkelsen ble utført anonymt hadde vi ikke mulighet til nærmere analyse av eventuelle skjevheter i respondentutvalget.

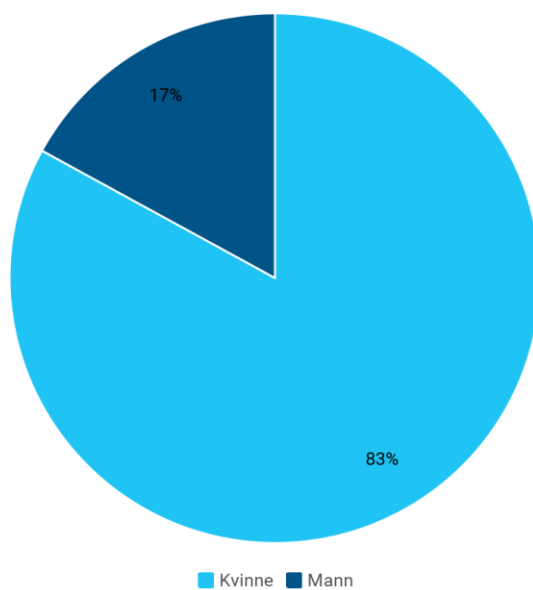


Figur 5-1: Fagområde

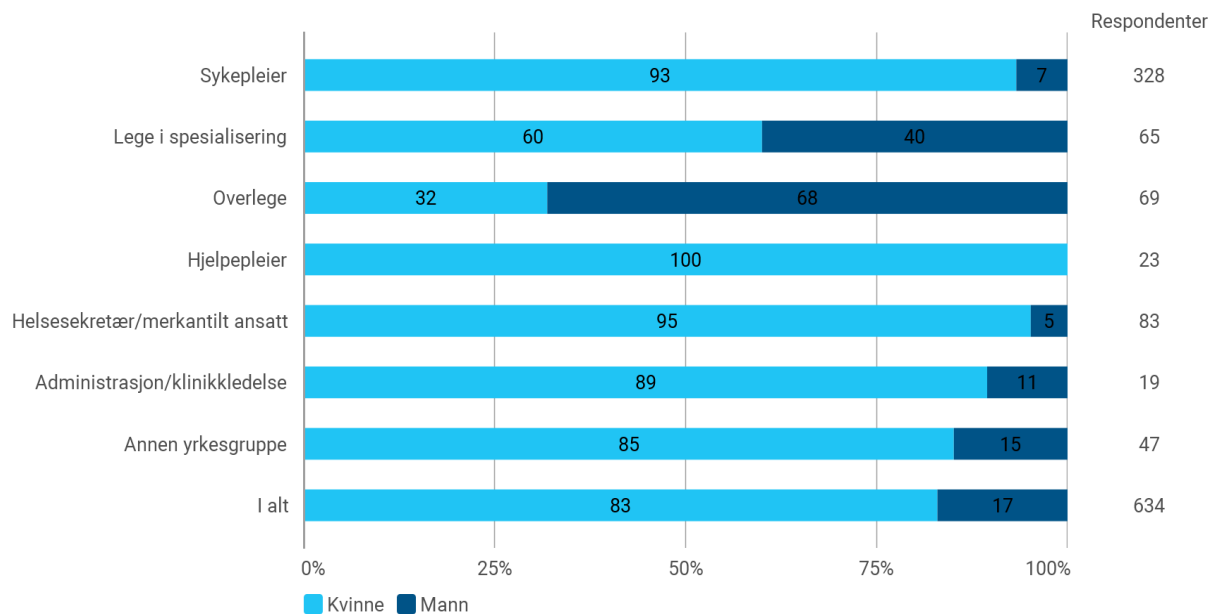


Figur 5-2: Fagområde ulike yrkesgrupper

Flertallet av respondentene var kvinner (n=526), med en klar overvekt av kvinner spesielt i sykepleiergruppen. Kun i overlegegruppen var mennene i flertall (figur 5-3 og 5-4).

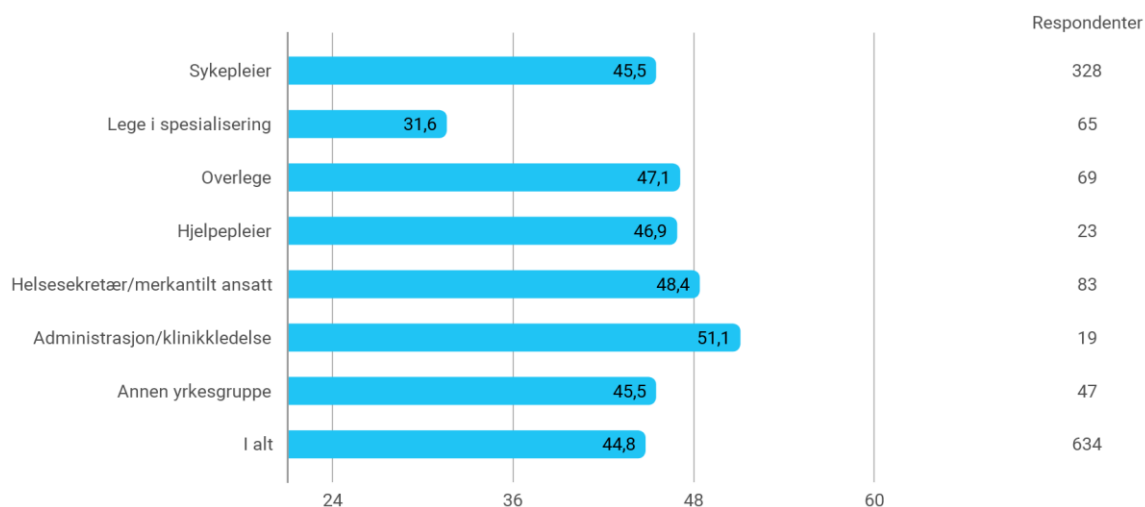


Figur 5-3: Kjønnfordeling



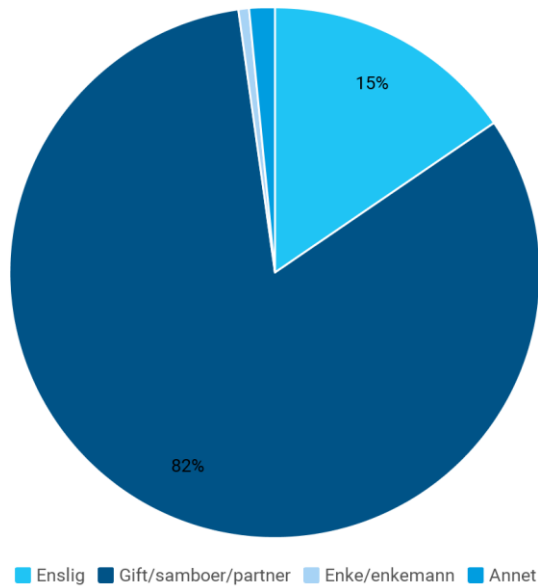
Figur 5-4: Kjønnfordeling i ulike yrkesgrupper

Gjennomsnittlig alder var 45 (± 12) år, men relativt lite variasjon i de ulike yrkesgruppene (figur 5-5).

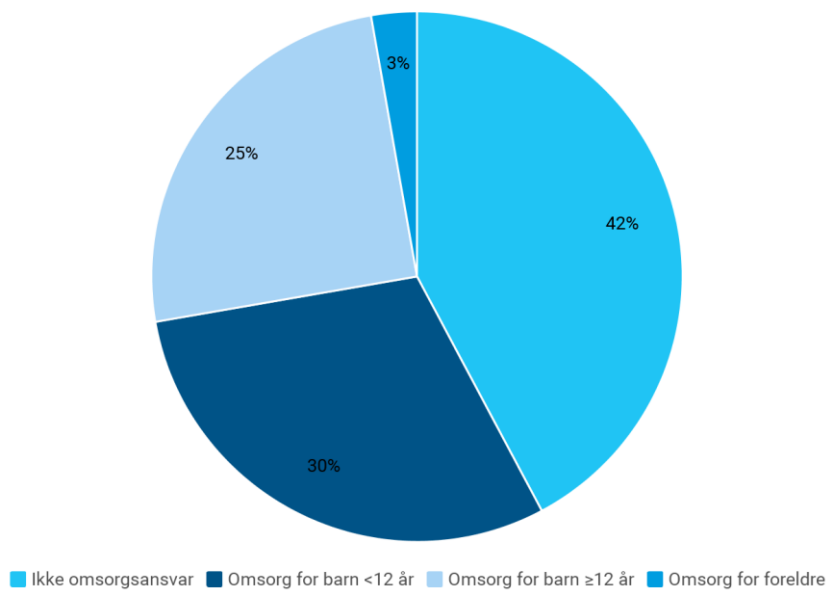


Figur 5-5: Alder

Totalt 522 (82 %) av respondentene var gift/samboer/partner (figur 5-6) og 346 (54 %) hadde omsorgsansvar for andre utenfor arbeidet (figur 5-7):

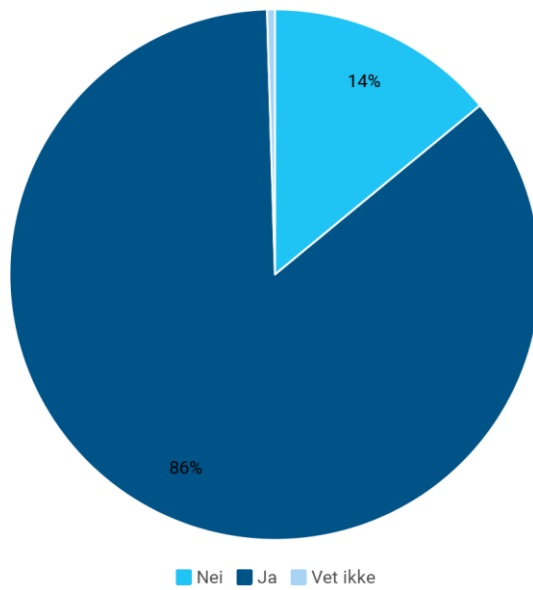


Figur 5-6: Sivilstatus

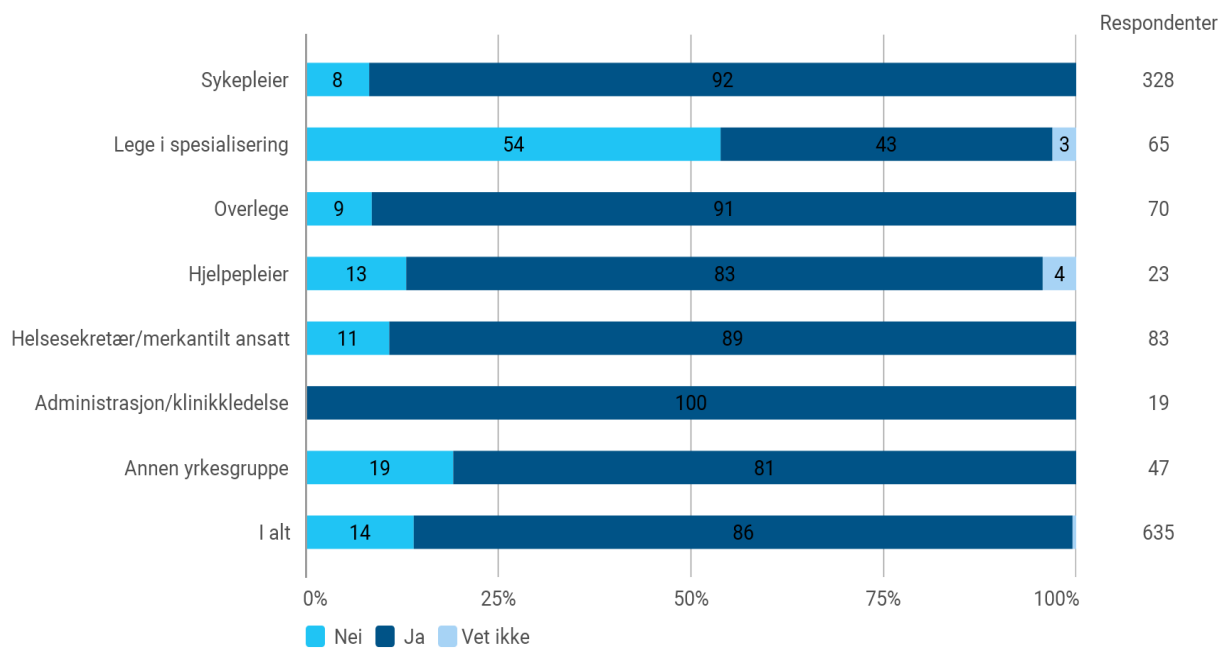


Figur 5-7: Omsorgsansvar for andre

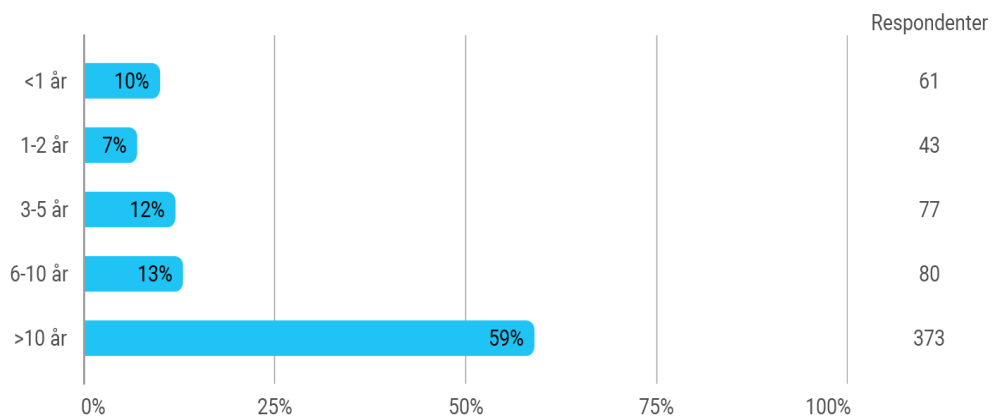
I alt 543 (86 %) av respondentene var fast ansatt (figur 5-8), men her forelå store forskjeller mellom yrkesgruppene. Flertallet av legene i spesialisering var midlertidig ansatt (figur 5-9). Nesten 6 av 10 hadde vært ansatt ved Sørlandet sykehus i minst 10 år (figur 5-10).



Figur 5-8: Fast ansettelse



Figur 5-9: Fast ansettelse i ulike yrkesgrupper



Figur 5-10: Varighet ansettelse

Totalt 18 (3%) personer anga å være nyansatt i forbindelse med/på grunn av covid-19, hvorav halvparten var sykepleiere (tabell 5-3).

Tabell 5-3: Fordeling av yrkesgrupper blant nyansatte i forbindelse med covid-19

	Respondenter	Prosent
Sykepleier	9	50,0%
Lege i spesialisering	3	16,7%
Overlege	2	11,1%
Hjelpepleier	1	5,6%
Helsesekretær/merkantilt ansatt	1	5,6%
Administrasjon/klinikkledelse	0	0,0%
Annen yrkesgruppe	2	11,1%
I alt	18	100,0%

Totalt 43 (7 %) respondenter var ansatt i lederstillinger med personalansvar med tilnærmet numerisk lik fordeling mellom sykepleiere, overleger og administrasjon/klinikkledelse (tabell 5-4). I alt 65 % av lederne hadde ansvar for >20 ansatte. Ytterligere 18 (3 %) ansatte var ledere uten personalansvar.

Tabell 5-4: Ledere med personalansvar

	Respondenter	Prosent
Sykepleier	12	27,9%
Lege i spesialisering	0	0,0%
Overlege	13	30,2%
Hjelpepleier	0	0,0%
Helsesekretær/merkantilt ansatt	2	4,7%
Administrasjon/klinikkledelse	14	32,6%
Annen yrkesgruppe	2	4,7%
I alt	43	100,0%

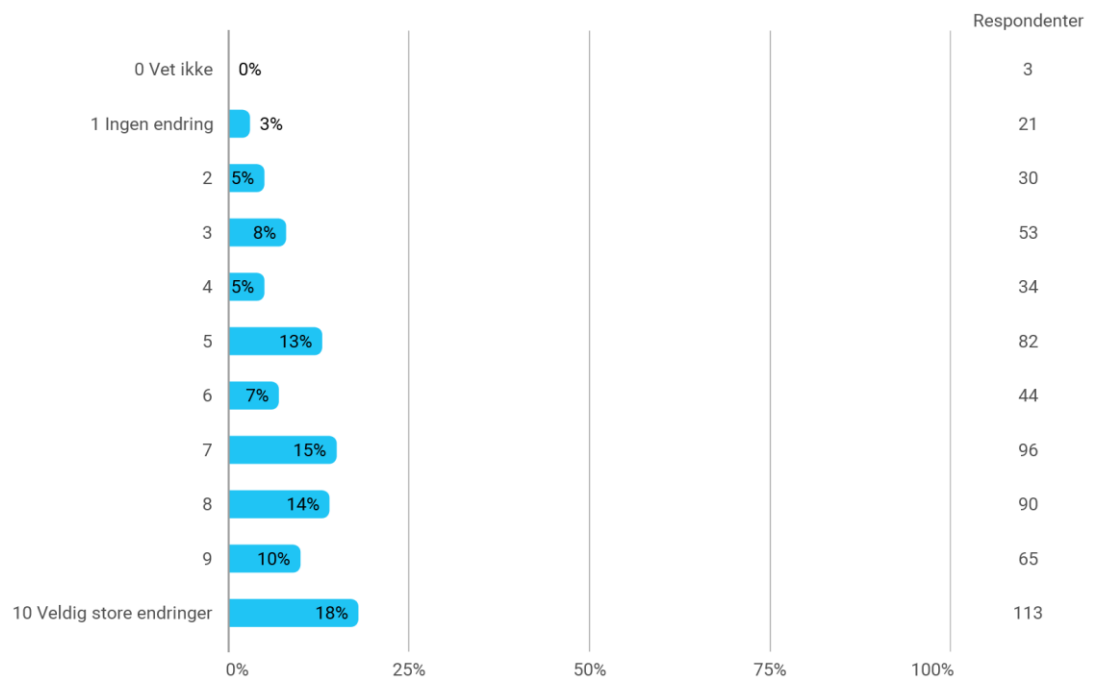
5.2 Endring i arbeidssituasjonen

Nesten samtlige ansatte (n=610, 97 %) anga at covid-19 hadde påvirket egen arbeidshverdag (figur 5-11), hvorav gjennomsnittlig grad av endring på en skala fra 1 til 10 var 6,6 ($\pm 2,6$) (figur 5-11). Det forelå ingen forskjeller mellom leger og sykepleiere (gjennomsnittlig score 6,8 ($\pm 2,4$) versus 6,8 ($\pm 2,6$), $p=0,93$), men klinikkledelse/administrativt ansatte rapporterte om signifikant større endringer enn legene ($p=0,005$), sykepleierne ($p=0,006$) og helsesekretærene/merkantilt ansatte ($p=0,0002$). Ledere med personalansvar opplevde større grad av påvirkning enn øvrige ansatte (gjennomsnittlig score 8,0 ($\pm 2,2$) versus 6,5 ($\pm 2,7$), $p=0,0002$).

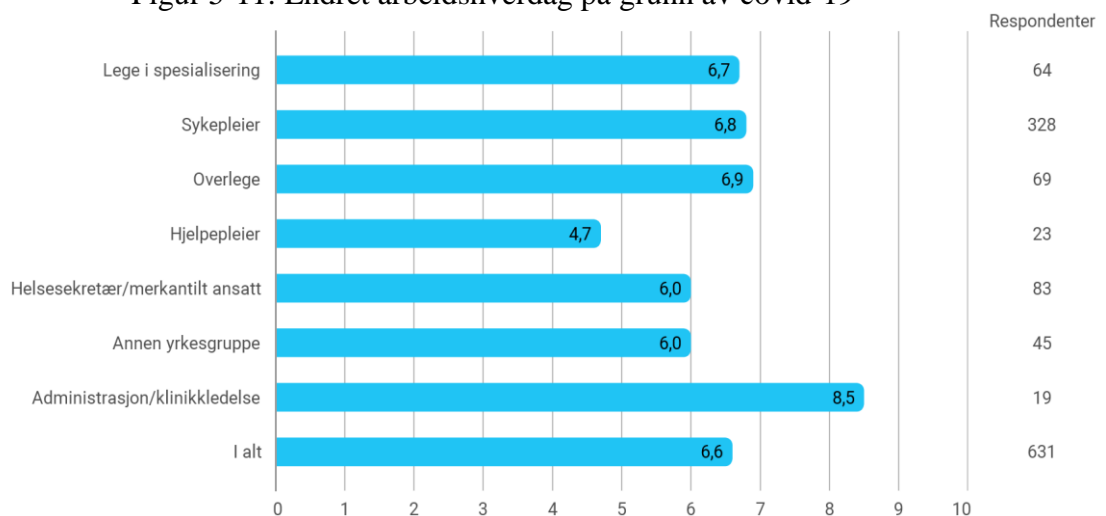
I fokusgruppeintervjuene er det en generell oppfatning av at arbeidshverdagen er endret, uavhengig av yrkesgrupper. Endringene kan oppsummeres i følgende fem hovedområder:

- Noen ansatte opplevde å få mindre å gjøre, mens andre gikk inn i en periode med overtid og økt arbeidsmengde.
- Enkelte opplevde bortfall av oppgaver, mens andre fikk tilført nye og hittil ukjente oppgaver.
- Møtearenaer forsvant og delvis erstattet av digitale løsninger.
- Informasjon på mail og intranett til ansatte eksploderte i omfang og hyppighet.
- Ordinær oppfølging og rapportering på økonomi, aktivitet og kvalitet ble satt til side.

I tillegg beskrives arbeidssituasjonen med en kollektiv vilje til krisehåndtering, ansatte som iverksatte endringer på eget initiativ og at profesjonenes kompetanse og nøkkelrolle fikk større plass og oppmerksomhet i den daglige drift.



Figur 5-11: Endret arbeidshverdag på grunn av covid-19



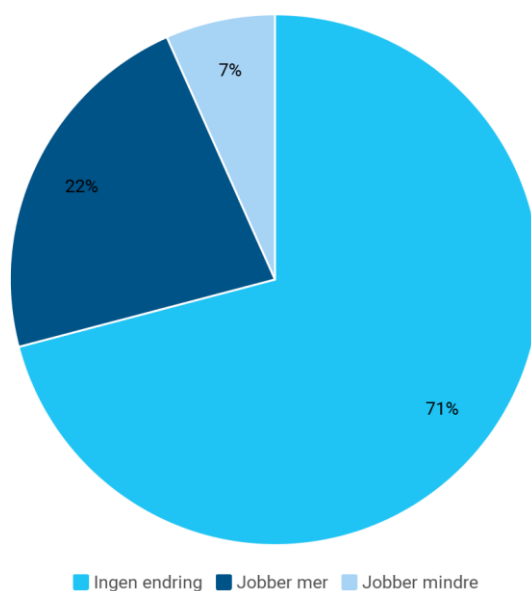
Figur 5-12: Grad av endret arbeidshverdag på grunn av covid-19 i ulike yrkesgrupper

5.2.1 Arbeidstid

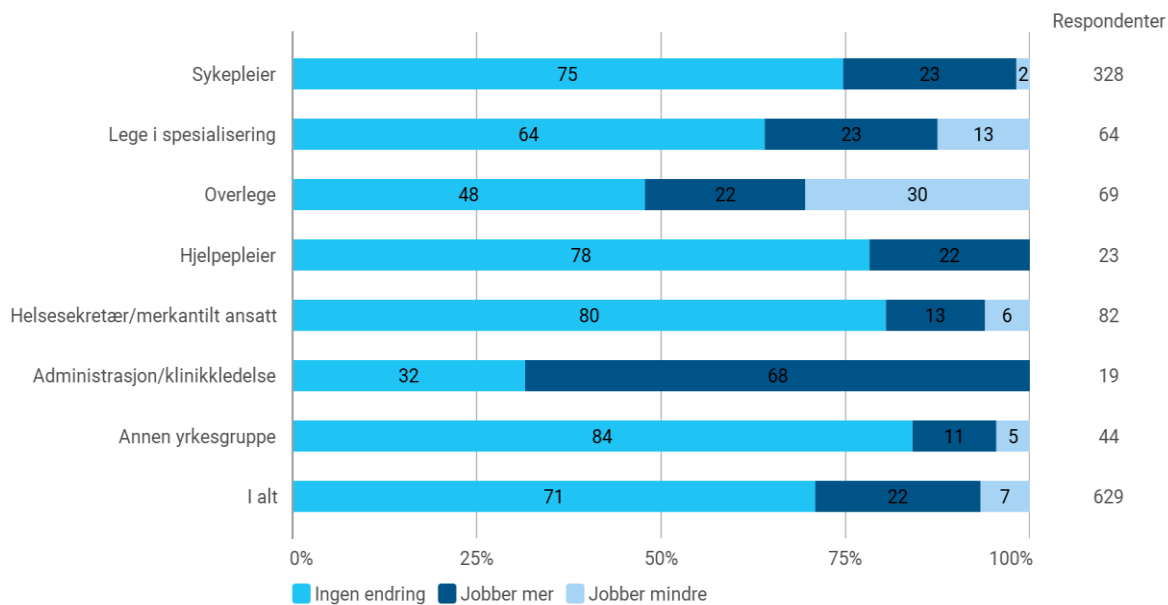
For de fleste arbeidstakerne (n=446, 71 %) i Klinikk for somatikk, Arendal som besvarte spørreskjemaet medførte ikke covid-19 endringer i arbeidstid per 15.04.2020 (figur 5-13). De 141 (22 %) ansatte som jobbet mer, jobbet i snitt 8,0 ($\pm 6,7$) timer mer, mens de 42 (7 %) ansatte som jobbet mindre, jobbet 8,2 ($\pm 6,7$) timer mindre. I overlegegruppen rapporterte 30 % at de jobbet mindre enn vanlig (figur 5-14), men her var forskjellen stor mellom overleger i kirurgiske og

medisinske fag (figur 5-15). Flere ledere med personalansvar hadde økt arbeidstiden (n=23 (5%)) sammenliknet med øvrige ansatte (n=115 (21 %), $p<0,001$) Endringer i arbeidstid i ulike yrkesgrupper er presentert i figur 5-16 og 5-17. Endringene i arbeidstid var i stor grad frivillig. I alt 38 (22 %) ansatte svarte at arbeidsgiver hadde pålagt dem å endre arbeidstiden.

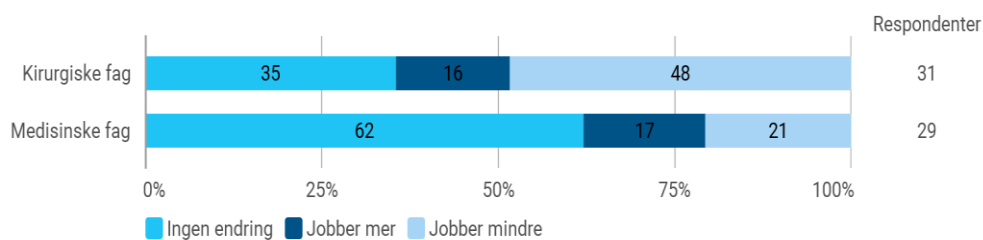
I fokusgruppeintervjuene var det spesielt leger innen kirurgiske fag som ga uttrykk for at det har vært endring i arbeidstid og at dette handlet om at de fikk mindre å gjøre som følge av nedtak i elektiv drift. Leger innen medisinske fag beskrev at arbeidstiden har vært uendret. For de øvrige yrkesgruppene var det ikke vesentlige endringer i arbeidstid.



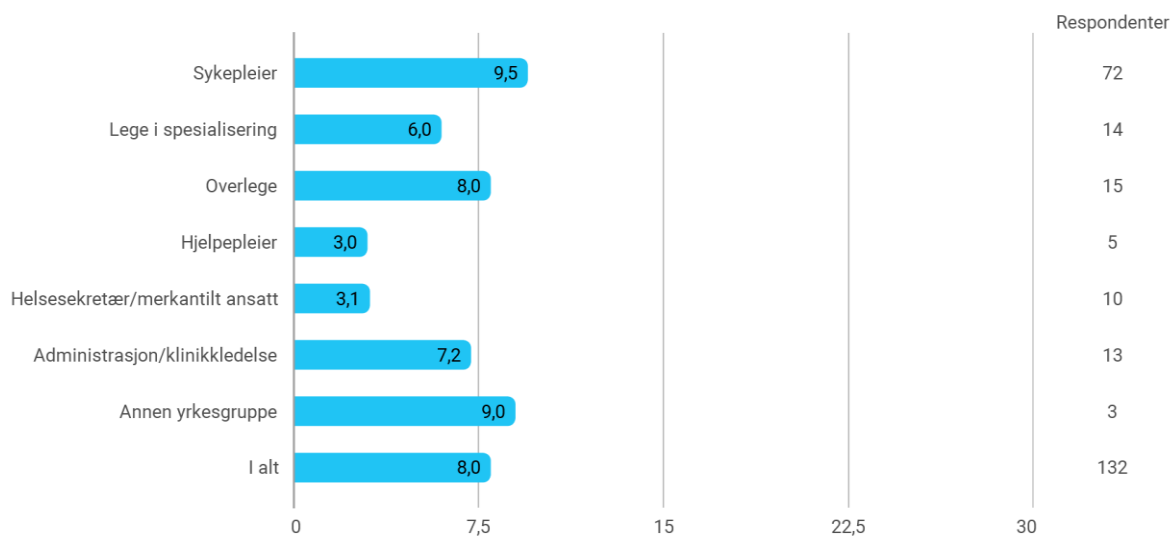
Figur 5-13: Endringer i arbeidstid



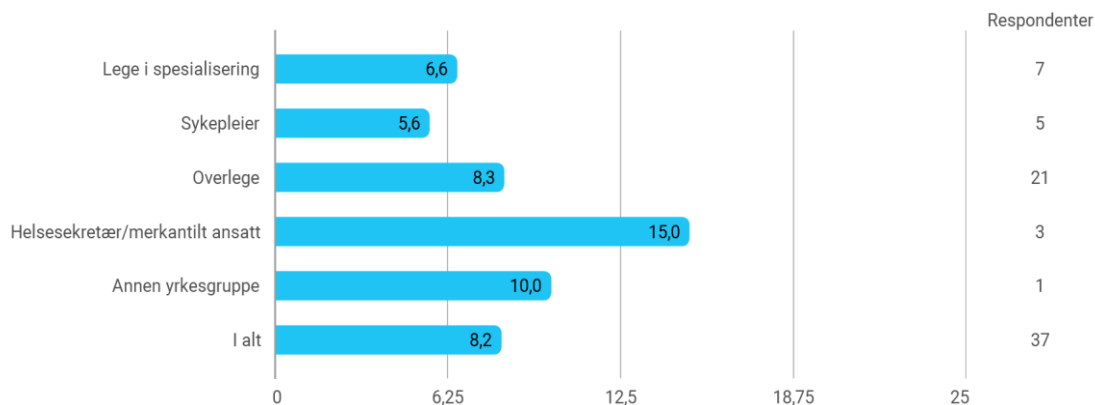
Figur 5-14: Endringer i arbeidstid i ulike yrkesgrupper



Figur 5-15: Endringer i arbeidstid hos overleger ved kirurgiske og medisinske fag



Figur 5-16: Gjennomsnittlig antall timer økt arbeidstid per uke hos ansatte med økt arbeidstid

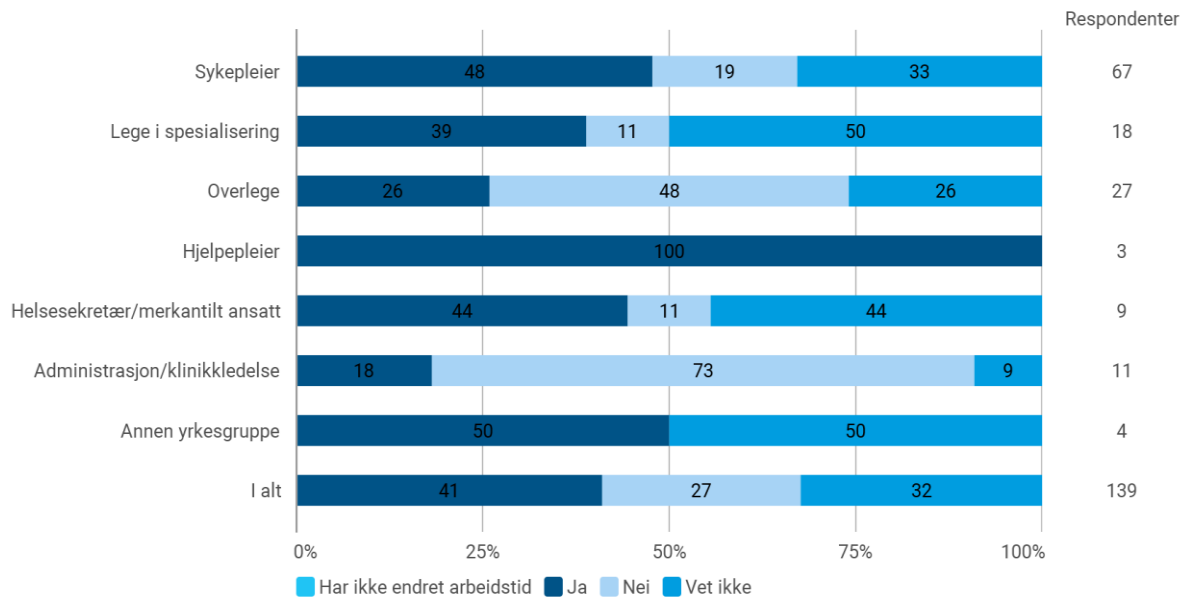


Figur 5-17: Gjennomsnittlig antall timer redusert arbeidstid per uke hos ansatte med redusert arbeidstid

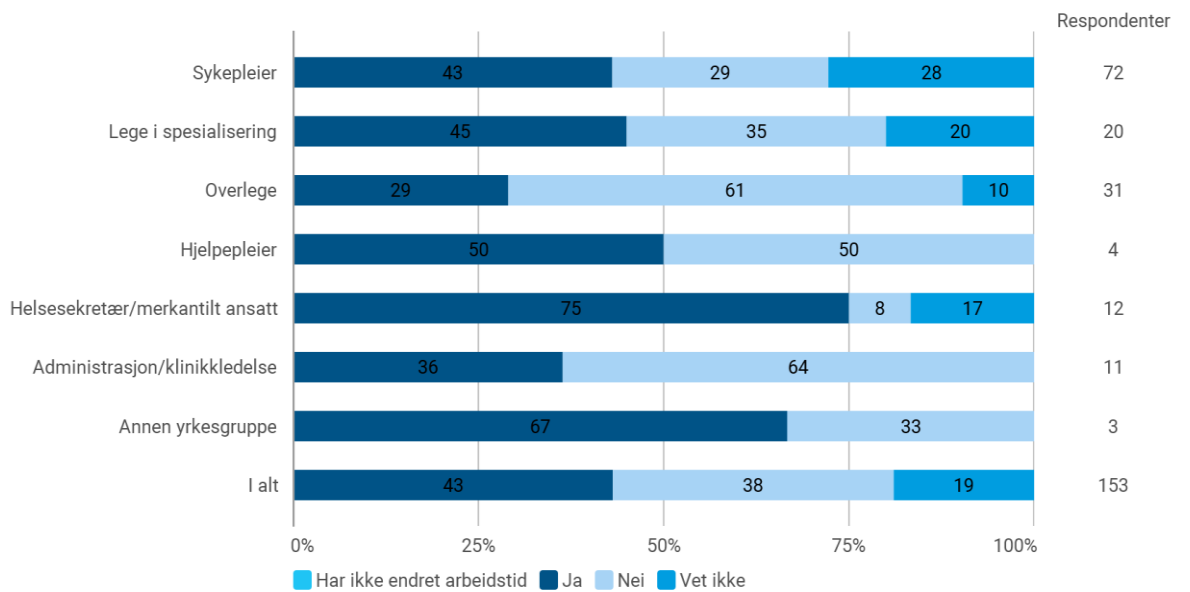
Hos de som opplevde å endre arbeidstiden, var arbeidsplaner/turnus endret hos 76 (49 %) ansatte, og 3 av 4 leger i spesialisering med endret arbeidstid hadde beholdt vanlig arbeidsplan. Hos under halvparten av de ansatte med endret arbeidstid, var dette varslet i henhold til gjeldende frister i avtaleverket. Relativt mange visste ikke om endringene var gjort i henhold til avtaleverket (figur 5-18). Endret arbeidstid medførte endringer i fast lønn hos mindre enn halvparten av arbeidstakerne (figur 5-19). Over halvparten av sykepleierne hadde flyttet vakter/forskjøvet arbeidstid i perioden og hos 73% var dette ikke frivillig (figur 5-20 og 5-21), men bare 7 % rapporterte brudd på Arbeidsmiljøloven.

Ansatte ga i fokusgruppeintervjuet uttrykk for manglende kunnskap om lov- og avtaleverk og var usikker på om varslingsfrister var overholdt. Det var lite engasjement i intervjuene på spørsmål om avtaleverket og det ble gitt inntrykk av at dette opplevdes uvesentlig i den krisesituasjonen vi stod i, slik som det kommer til uttrykk i dette utsagnet:

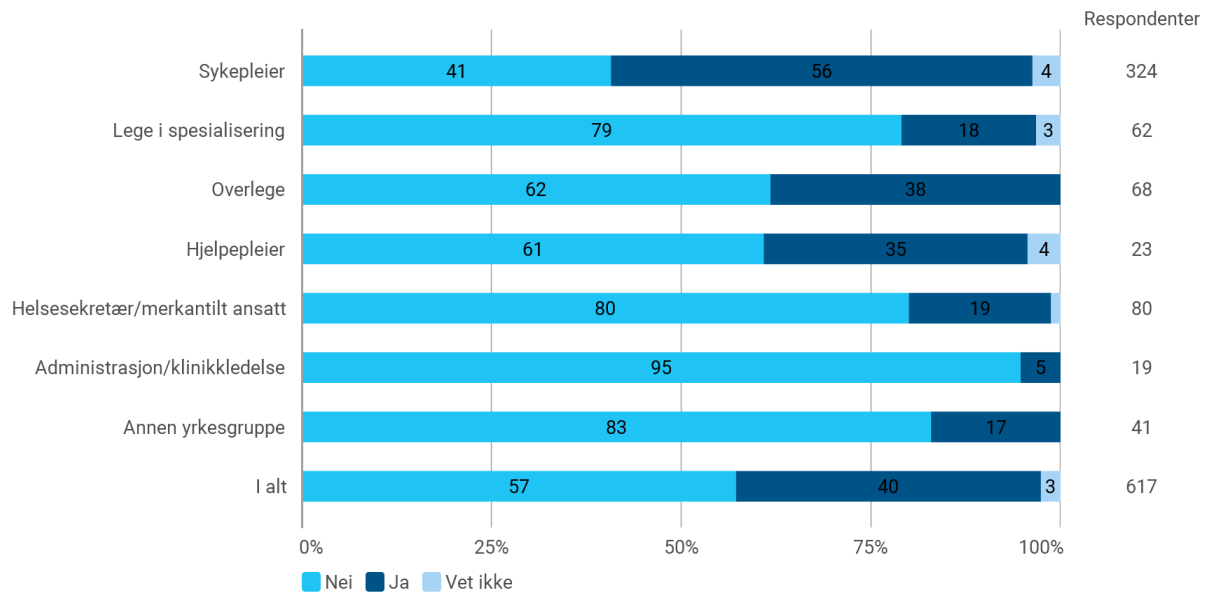
«Det er jo en krisesituasjon og vi kan ikke forvente prosesser på samme måte som ved ordinær drift»



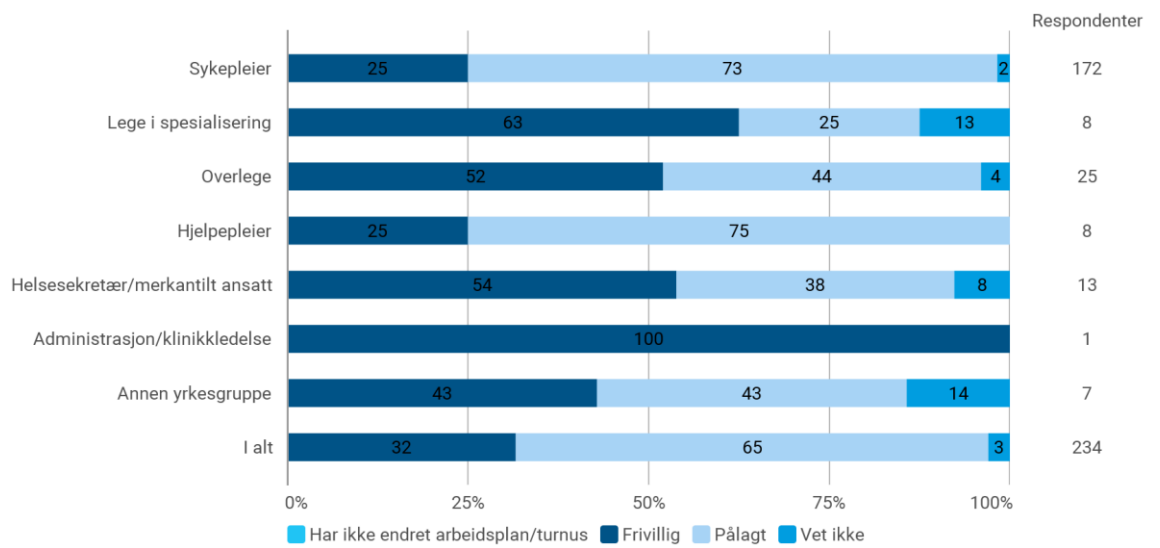
Figur 5-18: Endringer i arbeidstid utført i henhold til avtaler og overenskomster mellom arbeidstaker og arbeidsgiver



Figur 5-19: Endret fast lønn på grunn av endret arbeidstid



Figur 5-20: Flyttet vakter eller forskjøvet arbeidstid i perioden

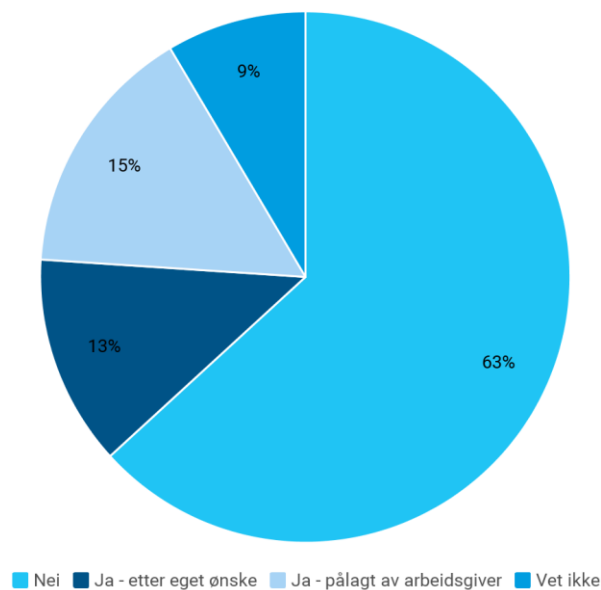


Figur 5-21: Frivillig eller pålagt flytting av vakter

5.2.2 Ferie

Totalt 166 (26 %) av respondentene rapporterte om endringer i avtalt ferie hvorav dette i omlag halvparten av tilfellene var pålagt av arbeidsgiver (figur 5-22).

I fokusgruppeintervjuene var det kun én som fikk endring i avtalt ferie og dette var en frivillig endring. Krisesituasjonen gjorde det mer naturlig å være på jobb enn å avvike ferie.



Figur 5-22: Endringer i planlagt ferie

5.2.3 Arbeidsoppgaver

Totalt 331 (55 %) av de ansatte som besvarte spørreskjemaet rapporterte om endrede arbeidsoppgaver som følge av covid-19 (figur 5-23). Numerisk flere sykepleiere (n=199, 63 %) hadde endret arbeidsoppgaver enn leger (n=69, 54 %), men endringen var ikke statistisk signifikant (p=0,007). Vi fant ingen forskjeller mellom ledere og øvrige ansatte (henholdsvis 54 % og 56 %, p=0,79). Endringen var pålagt av arbeidsgiver hos 77 %. Hos 135 (44 %) ansatte med endrede arbeidsoppgaver var arbeidsplan/turnus endret. Svært mange opplevde høy grad av mestring av nye oppgaver (gjennomsnittlig score $7,0 \pm 2,7$) (figur 5-24). Det forelå ingen forskjeller mellom legene samlet og sykepleierne (gjennomsnittlig score $7,3 \pm 3,0$ vs. $6,6 \pm 2,5$, p=0,05), men overlegene rapporterte høyere grad av mestring enn legene i spesialisering (gjennomsnittlig score $8,6 \pm 2,0$ vs. $6,0 \pm 3,3$, p=0,0002). Helsesekretærer/merkantil ansatte

rapporterte også om høy grad av mestring sammenliknet med øvrige ansatte (gjennomsnittlig score $8,2 \pm 2,7$ vs. $6,9 \pm 2,6$, $p=0,01$). Opplæring i nye arbeidsoppgaver ble kun gitt i moderat grad (gjennomsnittlig score $4,9 \pm 2,8$) og muligheten til påvirkning var relativt liten (gjennomsnittlig score $3,3 \pm 2,8$) (figur 5-25 og 5-26).

Fokusgruppeintervjuene beskrev vesentlige endringer i arbeidsoppgaver for samtlige yrkesgrupper. Hovedtrekkene var endring i rutiner, endring i pasientflyt, bortfall av oppgaver når planlagt drift ble tatt ned og nye oppgaver som oppstod. Opplevelsen hos de ansatte var at endringene vokste fram nedenfra og opp med utgangspunkt i en faglig tilnærming. Smittevernrutiner ble førende samtidig som vi skulle ivareta tilgjengelighet og medisinsk forsvarlighet. Covid-19 var fokusområdet, men de øvrige pasientgruppene skulle også ivaretas.

Endring i arbeidsoppgaver hadde ulik karakter og ble beskrevet ut fra to vinklinger:

1. Håndtering av covid-19 inklusiv mistenkte tilfeller, påviste tilfeller og det generelle smitteregimet
2. Håndtering av pasienter uten mistanke om covid-19 med behov for medisinsk vurdering og behandling

Alle yrkesgruppene ble påvirket av begge typer endringer, men var avhengig av hvilken rolle du fikk i pasientforløpet. Spesielt endringer for håndtering av covid-19 ble i intervjuene beskrevet som nytt og ukjent for alle og som endringer som måtte iverksettes raskt. Endringer for håndtering av pasienter uten mistanke bar i større grad preg av å ta i bruk kjente verktøy og justere rutiner som allerede var kjent.

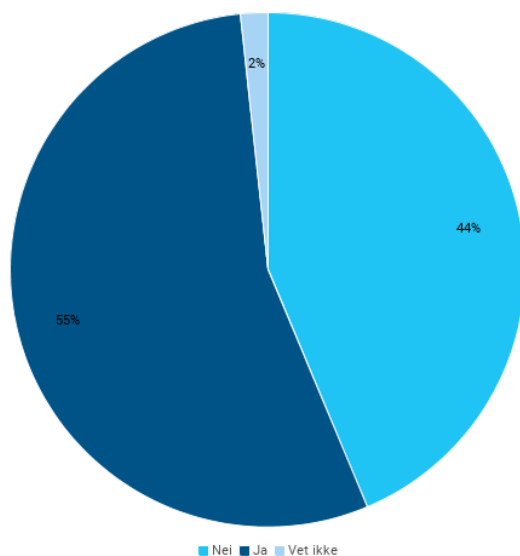
Beskrivelsen over bekreftes i utsagn som fremkom i fokusgruppeintervjuene:

«Jeg blir stum av beundring over sykepleierne – snakk om å få ny hverdag!»

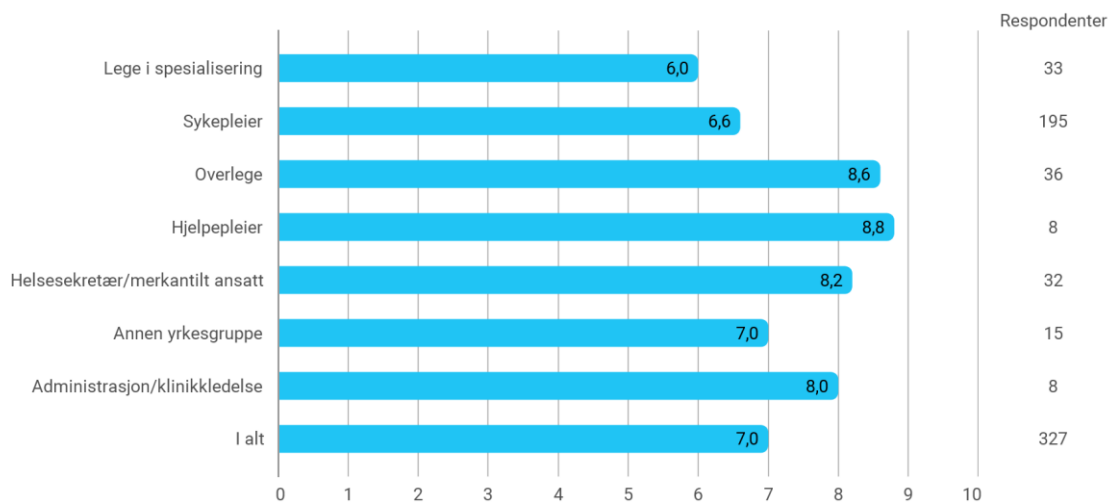
«Vi fikk ikke opplæring og alt var nytt, men ingen har kjent på at det har vært negativt å ikke få opplæring. Heller tvert imot så har dette spleiset gjengen sammen.»

«Når vi kommer på jobb så er det alltid en eller annen luring blant oss som har vært borti det før og så finner vi bare ut av det sammen»

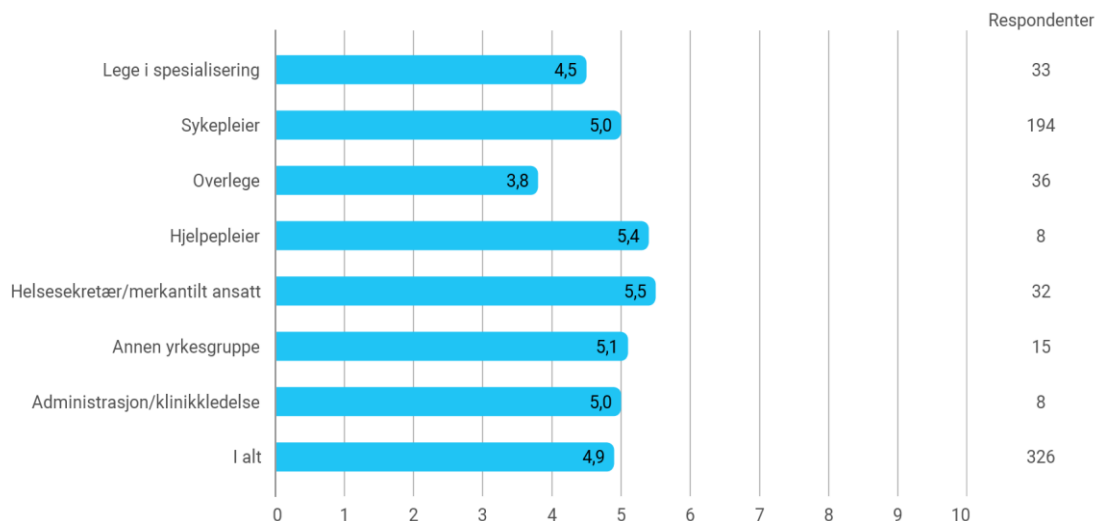
«Jeg har aldri vært negativ til endringene, omdisponering etc., men jeg har vært usikker. Er det meg og det jeg kan, de vil ha?»



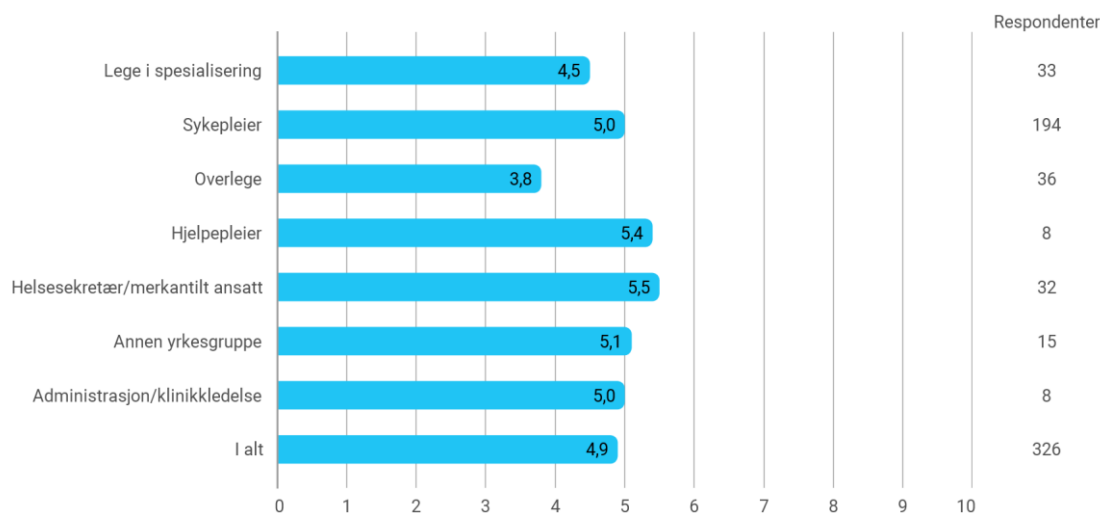
Figur 5-23: Endring i arbeidsoppgaver



Figur 5-24: Grad av mestring av nye arbeidsoppgaver



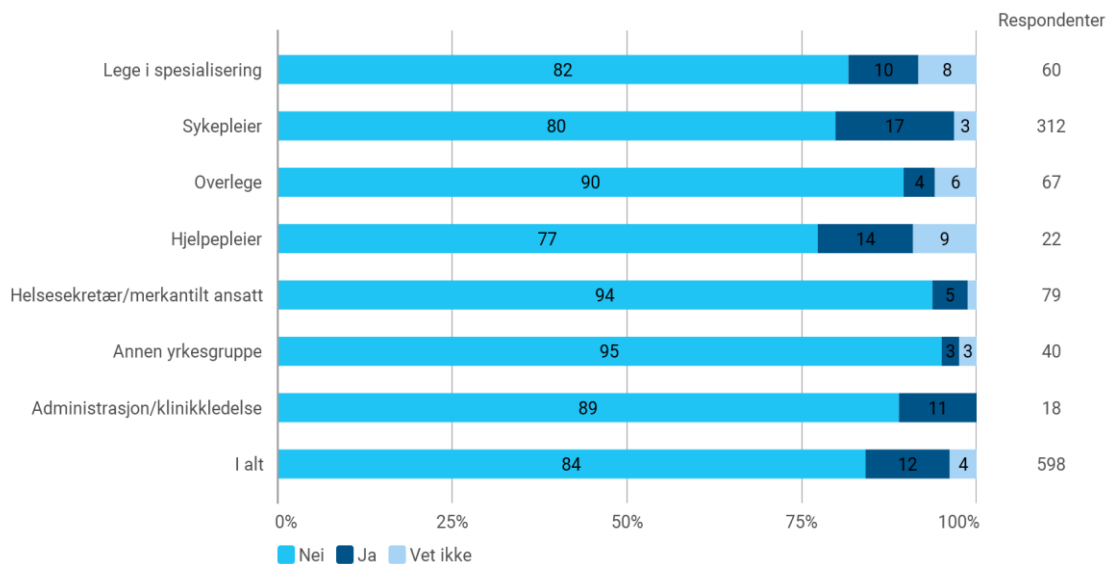
Figur 5-25: Grad av opplæring av nye arbeidsoppgaver



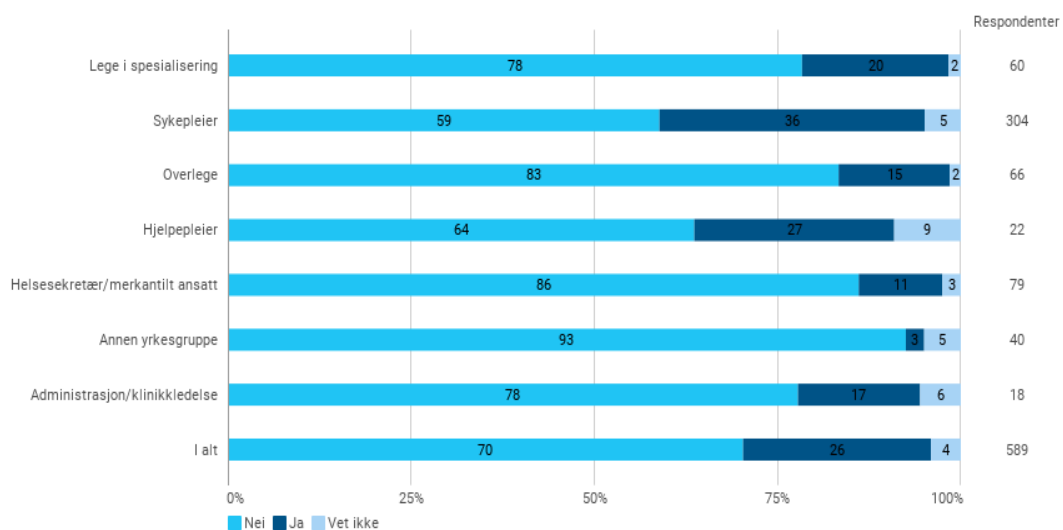
Figur 5-26: Grad av påvirkning av nye arbeidsoppgaver

Totalt 72 (12 %) respondenter hadde opplevd at egne arbeidsoppgaver var overført til andre yrkesgrupper (figur 5-27), mens 151 (26 %) respondenter mente å ha fått oppgaver overført fra andre yrkesgrupper (figur 5-28). De fleste yrkesgrupper opplevde det som mer hensiktsmessig å overføre oppgaver til andre grupper enn å få oppgaver overført til seg selv (figur 5-29 og 5-30).

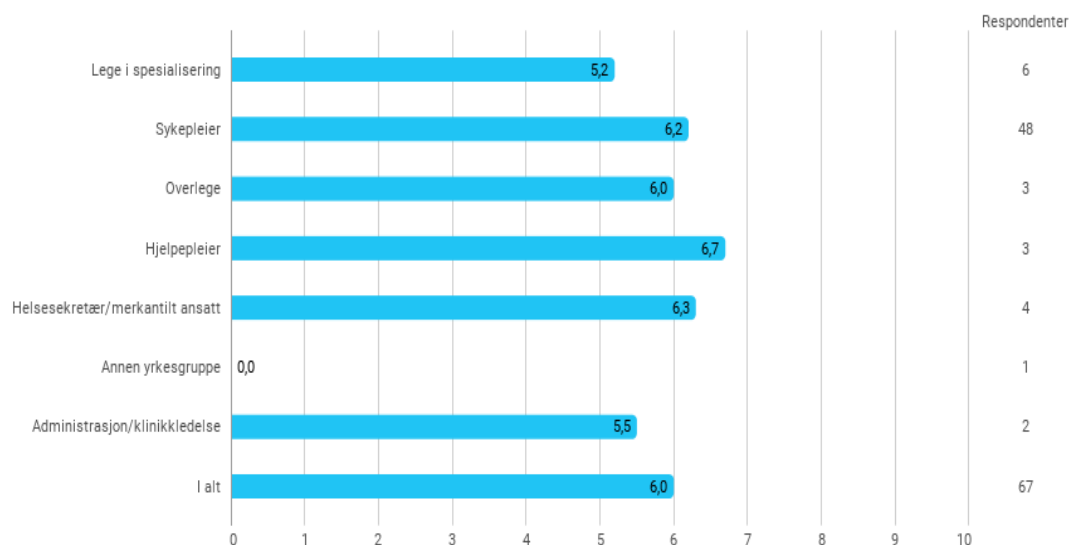
I fokusgruppeintervjuet deltok ansatte som hadde blitt omdisponert til nye oppgaver og disse mente det var hensiktsmessig og riktig bruk av kompetanse i denne situasjonen.



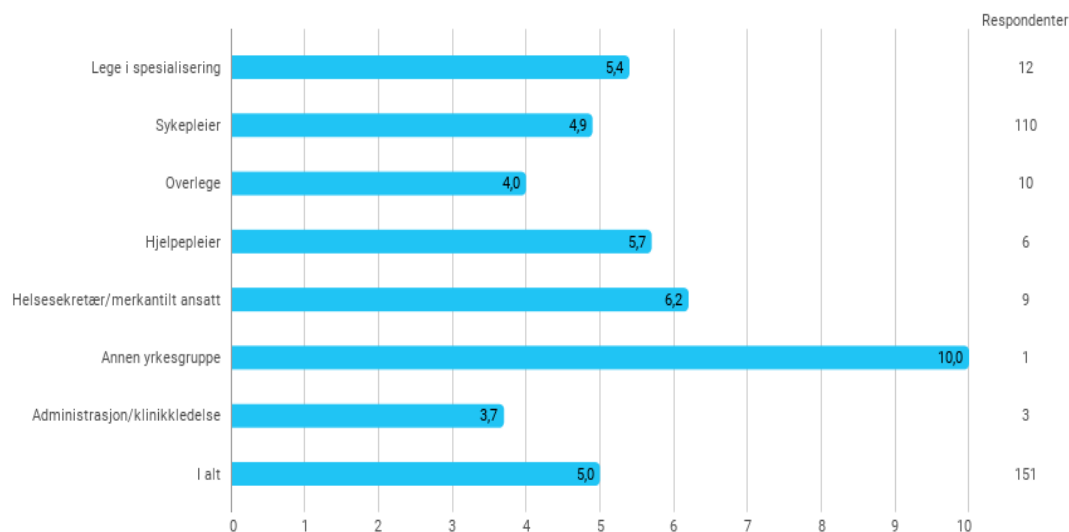
Figur 5-27: Overføring av arbeidsoppgaver til andre arbeidsgrupper



Figur 5-28: Overføring av arbeidsoppgaver fra andre arbeidsgrupper



Figur 5-29: Hensiktsmessighet ved iverføring av arbeidsoppgaver til andre arbeidsgrupper

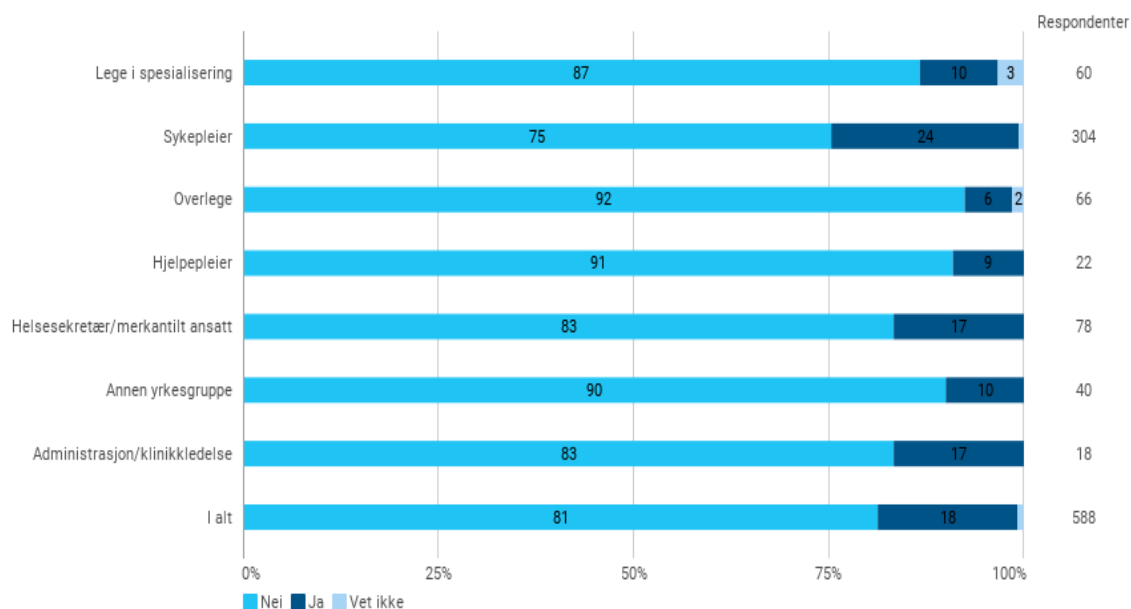


Figur 5-30: Hensiktsmessighet ved overføring av arbeidsoppgaver fra andre arbeidsgrupper

5.2.4 Arbeidssted

Totalt 105 (18%) respondenter rapporterte om endret arbeidssted internt i klinikken i forbindelse med covid-19. Fordeling av endret arbeidssted på ulike yrkesgrupper er vist i figur 5-31. For 85 (81 %) ansatte med endret arbeidssted var forflyttingen pålagt av arbeidsgiver, mens 67 (64%) hadde endret arbeidsplan/turnus.

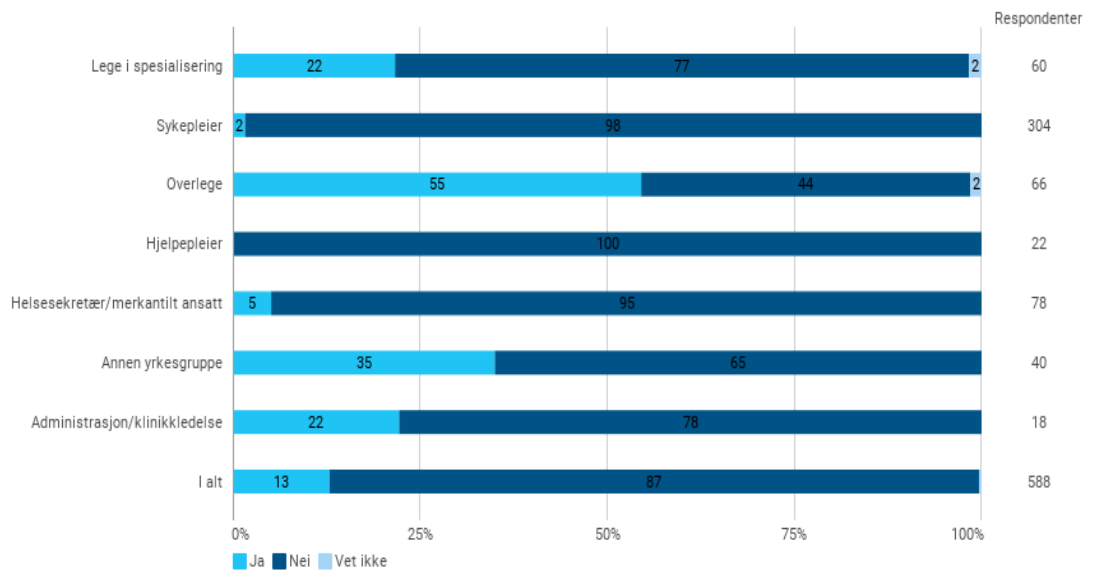
I fokusgruppeintervjuene ble endret arbeidssted relatert til både fysisk flytting av sengeposter, flytting av pasientgrupper og flytting av ansatte til nye enheter. Beslutning om flytting av sengeposter og pasientgrupper ble tatt på overordnet nivå og var endringer pålagt av arbeidsgiver. Flytting av ansatte til nye enheter var i større grad frivillig, noe pålagt og flere beskrev flyttingen som «frivillig tvang».



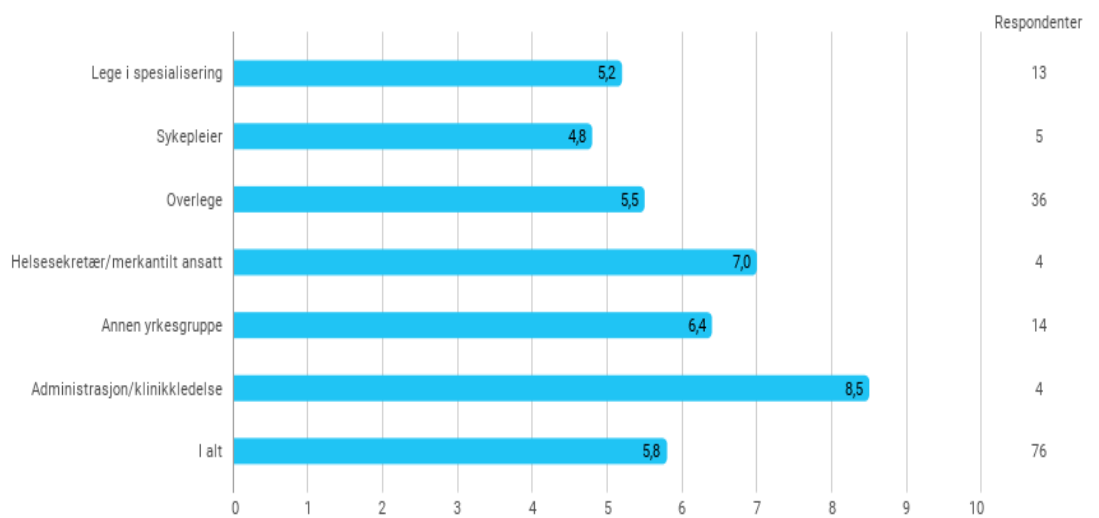
Figur 5-31: Endret arbeidssted

Hjemmekontor var i liten grad benyttet (n=76, 13%), men mange av overlegene hadde benyttet hjemmekontor (figur 5-32). Muligheten til å gjøre egne arbeidsoppgaver varierte noe i de ulike yrkesgruppene (figur 5-33). Bare 121 (21 %) av respondentene mente det i større grad burde vært tilrettelagt for hjemmekontor.

I intervjuene skilte respondenter knyttet til pasientadministrativt arbeid seg ut. De var tydelig på at det i større grad burde vært lagt til rette for hjemmekontorløsning, spesielt når det ble åpnet for bruk av private PC'er og tilgang til pasientadministrative systemer for alle yrkesgrupper på hjemmekontor. Ut fra arbeidets karakter ble det vist til lite dialog og manglende begrunnelse fra nærmeste leder for hvorfor hjemmekontor ikke ble iverksatt i større skala.



Figur 5-32: Bruk av hjemmekontor



Figur 5-33: Mulighet til å utføre egne arbeidsoppgaver på hjemmekontor

5.2.5 Arbeidsmengde

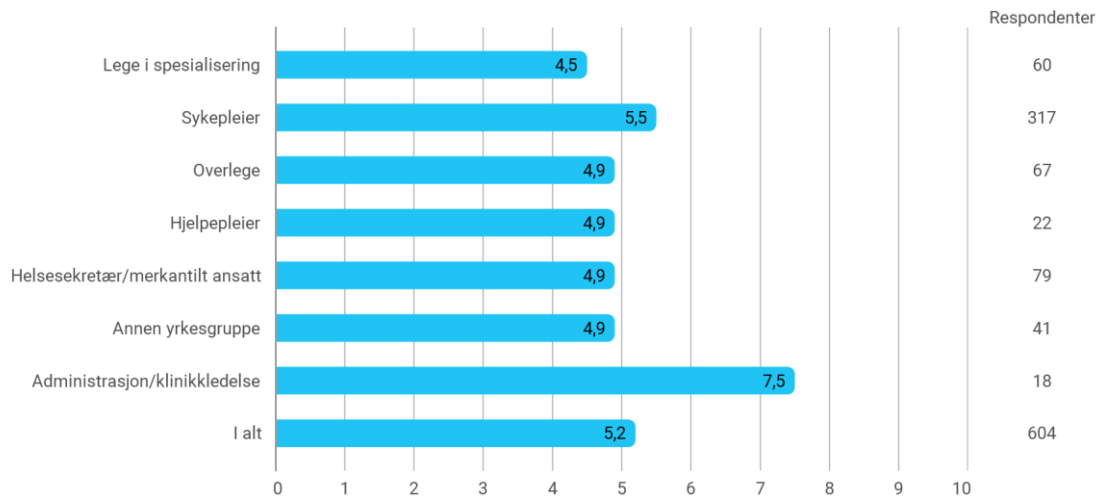
Arbeidsmengden i forbindelse med covid-19 var i stor grad uendret (gjennomsnittlig score 5.2 ($\pm 2,2$)) (figur 5-34). Medisinske fag hadde større endring i arbeidsmengde enn kirurgiske fag (gjennomsnittlig score 5,3 versus 4,8, $p=0,03$) og ledere med personalansvar opplevde større endring enn ikke-ledere (gjennomsnittlig score 6,8 versus 5,1, $p<0,001$). Sykepleierne opplevde også større endring enn legene (gjennomsnittlig score 5,3 versus 4,8, $p=0,03$). Størst endring ble rapportert fra klinikkledelsen (gjennomsnittlig score 7,5 versus gjennomsnitt alle ansatte 5,2, $p<0,001$),

Som beskrevet i innledningen til kapittel 5.2 var to av fem hovedområder for endring i arbeidssituasjonen følgende:

- Noen ansatte opplevde å få mindre å gjøre, mens andre gikk inn i en periode med overtid og økt arbeidsmengde.
- Enkelte opplevde bortfall av oppgaver, mens andre fikk tilført nye og hittil ukjente oppgaver.

Perioden med overtid og økt arbeidsmengde beskrives i fokusgruppeintervjuene som en begrenset periode på to til tre uker i starten av utbruddet, før det ble roligere. Smittetoppen kom ikke i april som først antatt, men avdelingene hadde i løpet av de første ukene etablert løsninger og var forberedt på en kommende smittetopp. Overtid og økt arbeidsmengde av organisatorisk karakter var i hovedsak relatert til sykepleiergruppen. Arealer, tekniske løsninger og arbeidsplaner for personell skulle etableres på kort tid for å ivareta covid-19 (mistenkte og påviste). I dette lå også omdisponering av ansatte, rekruttering og opplæring. I tillegg skulle øvrige pasienter ivaretas.

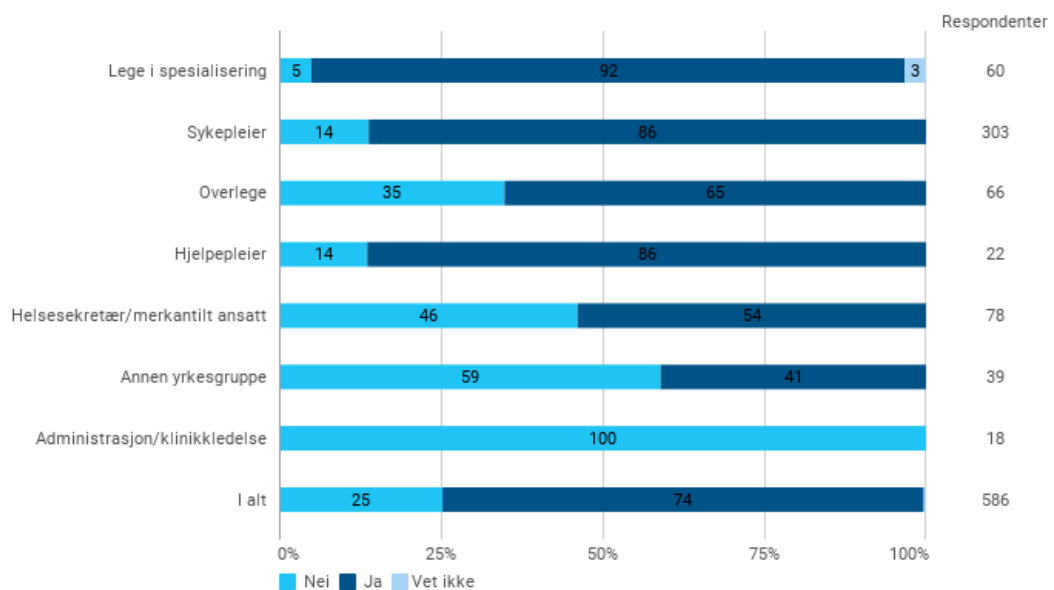
Ansatte opplevde også å få mindre å gjøre og bortfall av oppgaver. Dette beskrives i intervjuene spesielt for leger innen de kirurgiske fagområdene og merkantilt personell. Avdelingene reduserte planlagt aktivitet både for å etablere tilstrekkelig beredskap og for å følge smitteverntiltakene med redusert kontakt mellom personer og unngå større folkemengder blant annet i ventarealer.



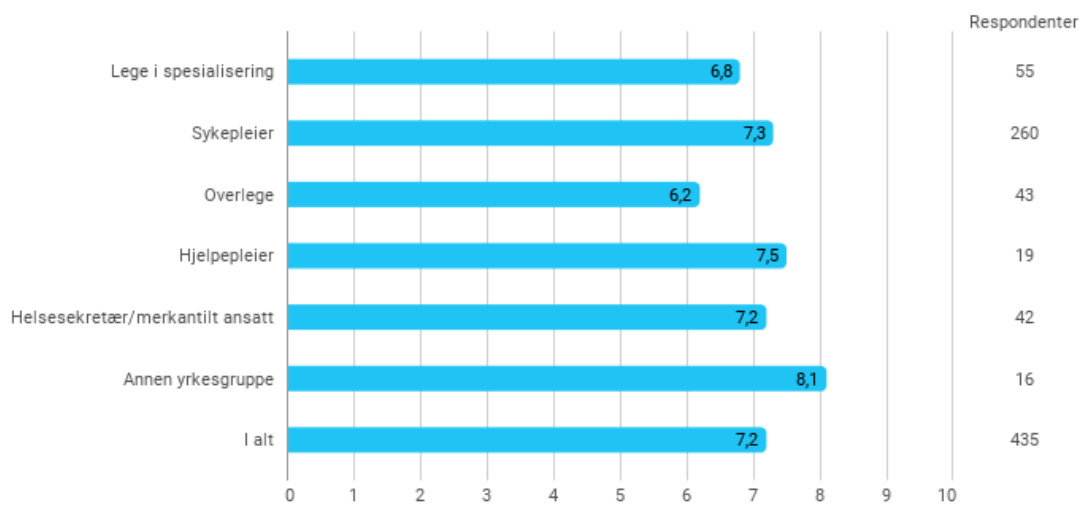
Figur 5-34: Endringer i arbeidsmengde

5.3 Styringsverktøy

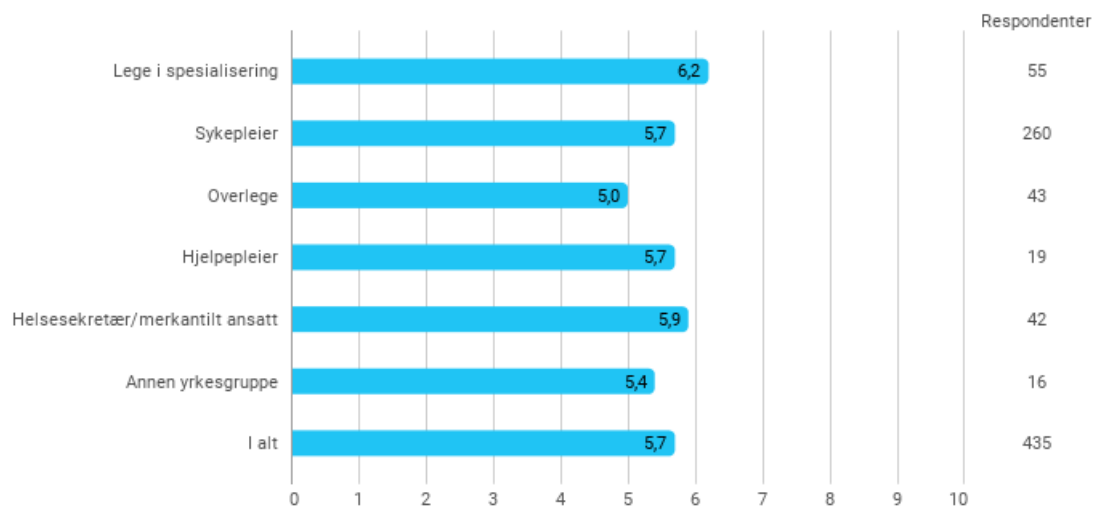
Totalt 436 (74 %) av respondentene benyttet arbeidsplanverktøyet MinGat for å holde oversikt over vakter/arbeidstid og arbeidsoppgaver (figur 5-35). De fleste yrkesgrupper var relativt fornøyd med bruken av MinGat i ordinær drift. Graden av tilfredshet med MinGat var signifikant lavere i Covid-19 perioden (gjennomsnittlig score $5,7 \pm 2,0$ vs. $7,2 \pm 2,2$, $p < 0,001$) sammenliknet med ordinær drift (figur 5-36 og 5-37).



Figur 5-35: Ulike yrkesgrupper bruk av MinGat



Figur 5-36: Erfaring med MinGat i ordinær drift



Figur 5-37: Erfaring med MinGat i covid-19 perioden

Hele 234 (40%) respondenter svarte at de benyttet Gat til å planlegge drift og personalbruk. Siden Gat er beregnet for ledere, har sannsynligvis mange respondenter blandet MinGat og Gat. Blant ledere med personalansvar ble erfaringene med Gat gitt en score på 7,4 i ordinær drift og 6,1 i forbindelse med covid-19. Endringen var ikke statistisk signifikant.

Styringskuben ble bare benyttet av 40 (7 %) respondenter. Opplevd erfaring ble scoret til 6,1 i ordinær drift og 5,0 i covid-19 perioden (ikke-signifikant).

Sengeposttavle ble benyttet av 174 (30 %) respondenter. Opplevd erfaring ble scoret til 6,2 i ordinær drift og 5,7 i covid-19 perioden (ikke-signifikant).

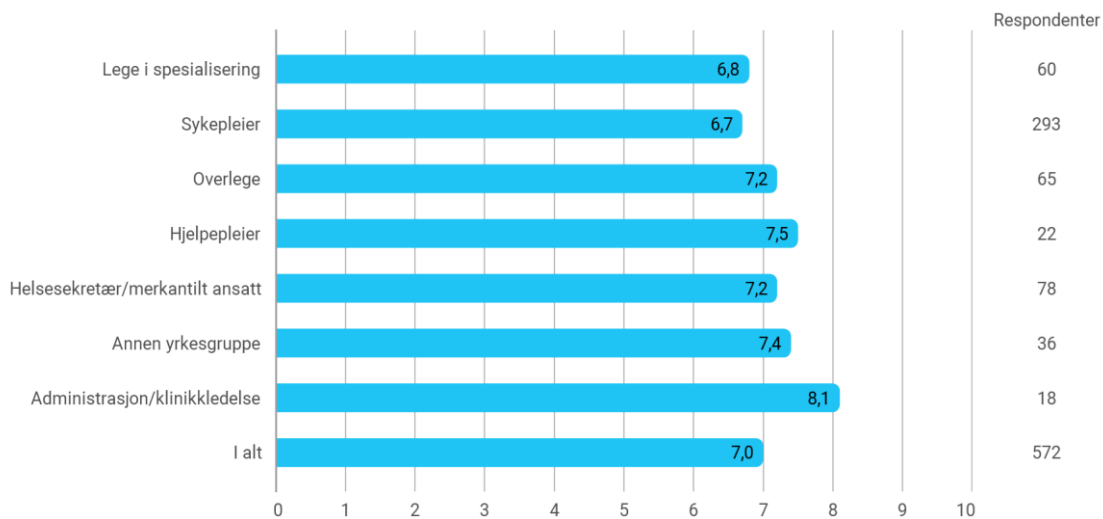
Under fokusgruppeintervjuene fikk vi verken positive eller negative tilbakemeldinger på bruken av styringsverktøy. Tilbakemeldingen var at digitale styringsverktøy er av minimal betydning for ansatte i en krisesituasjon. F.eks. var ingen var kjent med løsningen «*Corona – tester og innlagte*» i styringskuben.

5.4 Oppslutning og motstand

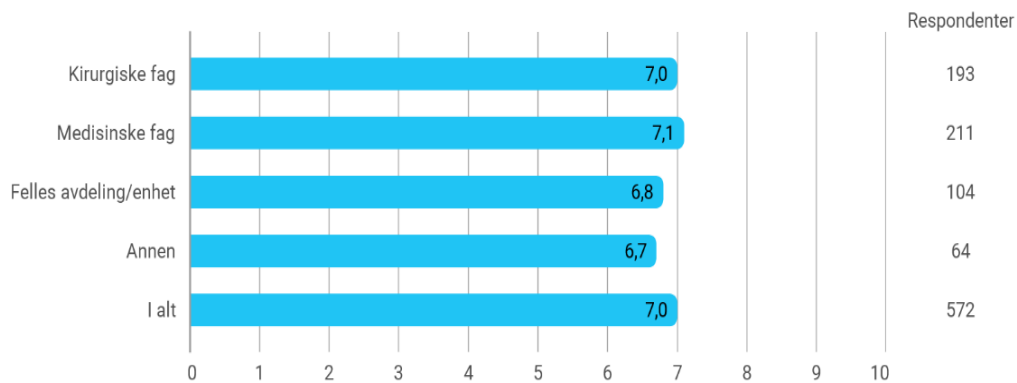
Covid-19 medførte en rekke faglige og praktiske endringer i pasientbehandlingen og i administrative/praktiske rutiner ved Klinikken for somatikk, Arendal som i stor grad påvirket de ansattes arbeidsdag. Det forelå stor grad av enighet om de gjennomførte tiltakene med en gjennomsnittlig score 7,0 ($\pm 2,1$) på en skala 0-10 (figur 5-38). Det forelå ingen betydningsfulle forskjeller mellom yrkesgrupper, ulike kjønn, ulik sivilstatus, ulike fagområder (figur 5-39), ulik grad av omsorgsansvar utenfor arbeidet, varighet av ansettelsesforholdet eller om respondenten hadde ledelsesansvar (figur 5-40).

Fokusgruppeintervjuene beskriver en kollektiv vilje til krisehåndtering som vokste fram. Innstillingen var at klinikken i fellesskap og på tvers av yrkesgrupper og organisatoriske enheter skulle møte pandemien og løse denne med alle ukjente faktorer som den bestod av. Det var en opplevelse av at profesjonenes kompetanse ble verdsatt med tillit til de ansattes vurderinger og forslag til løsninger. Samtidig beskrives en avstand mellom ansatte og stedlig kriseledelse og videre til foretaksledelsen.

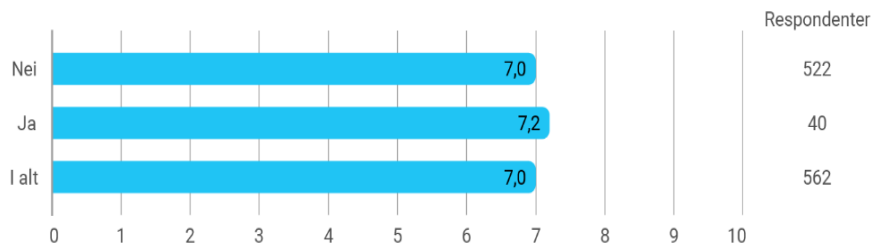
«Det har blitt bedre samhandling disse ukene og dugnadsåndtankegangen har kommet.»



Figur 5-38: Grad av enighet om gjennomførte endringer i forbindelse med covid-19 – ulike yrkesgrupper



Figur 5-39: Grad av enighet om gjennomførte endringer i forbindelse med covid-19 – ulike fagområder

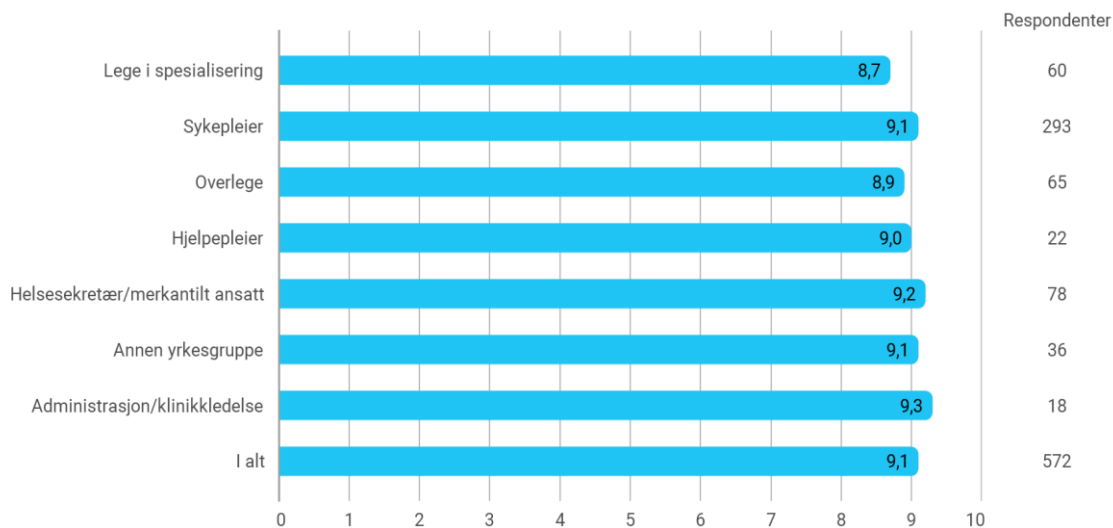


Figur 5-40: Grad av enighet om gjennomførte endringer i forbindelse med covid-19 hos ikke-ledere versus ledere

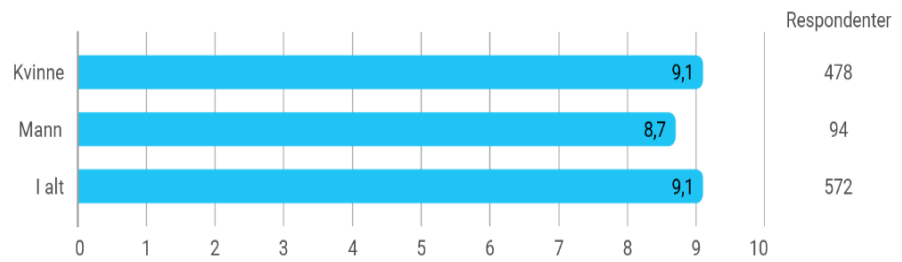
Ansatte i klinikken fulgte i svært stor grad lojalt opp endringen som ble gjennomført i forbindelse med covid-19 (figur 5-41). Det forelå ingen betydningsfulle forskjeller mellom yrkesgrupper, ulike kjønn (figur 5-42), ulik sivilstatus, ulike fagområder, ulik grad av omsorgsansvar utenfor arbeidet, varighet av ansettelsesforholdet (figur 5-43) eller om respondenten hadde ledelsesansvar

Lojaliteten ble også bekreftet i fokusgruppeintervjuene hvor det ofte ble henvist til at mange endringer ble initiert av profesjonene og vurdert som nødvendige ut fra situasjonen som forelå. Endringer skjedde raskt og mange tiltak ble gjennomført på kort tid. Til tross for dette var det en oppfatning spesielt i legegruppene om at etablering av tilstrekkelig beredskap tok unødvendig lang tid og at årsaken til dette lå på ledernivå.

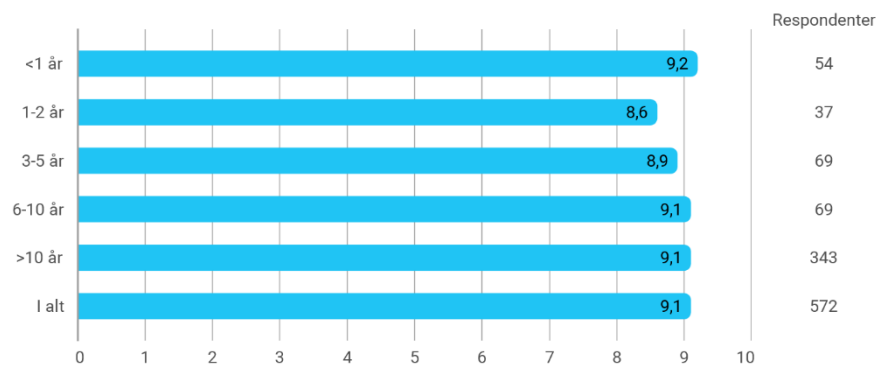
Alle vi som jobber sammen så at her må vi gjøre noe og dette må skje fort. Men alt stoppet to nivå over oss og ingenting skjedde.



Figur 5-41: Grad av lojalitet til gjennomførte endringer i forbindelse med covid-19 – ulike yrkesgrupper



Figur 5-42: Grad av lojalitet til gjennomførte endringer i forbindelse med covid-19 – kvinner og menn



Figur 5-43: Grad av lojalitet til gjennomførte endringer i forbindelse med covid-19 – varighet ansettelsesforhold

Rapporterte årsaker til gjennomførte endringer er presentert i tabell 5-5. Kun 17 (3 %) svarte «Vet ikke» på spørsmålet om årsak til endringene som ble gjennomført i sykehuset i forbindelse med covid-19.

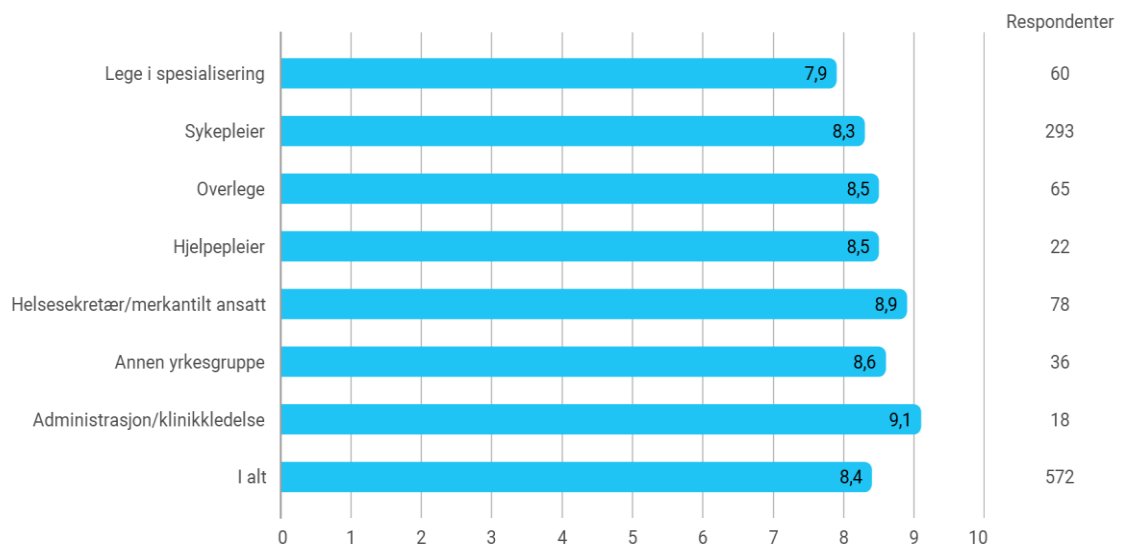
Tabell 5-5: Årsaker til endringer ved covid-19

Årsak	Respondenter	Prosent
Økonomi	7	1,2%
Smittevern	424	74,1%
Frykt	19	3,3%
Beskjed fra sentrale myndigheter	102	17,8%
Andre årsaker	3	0,5%
Vet ikke	17	3,0%
I alt	572	100,0%

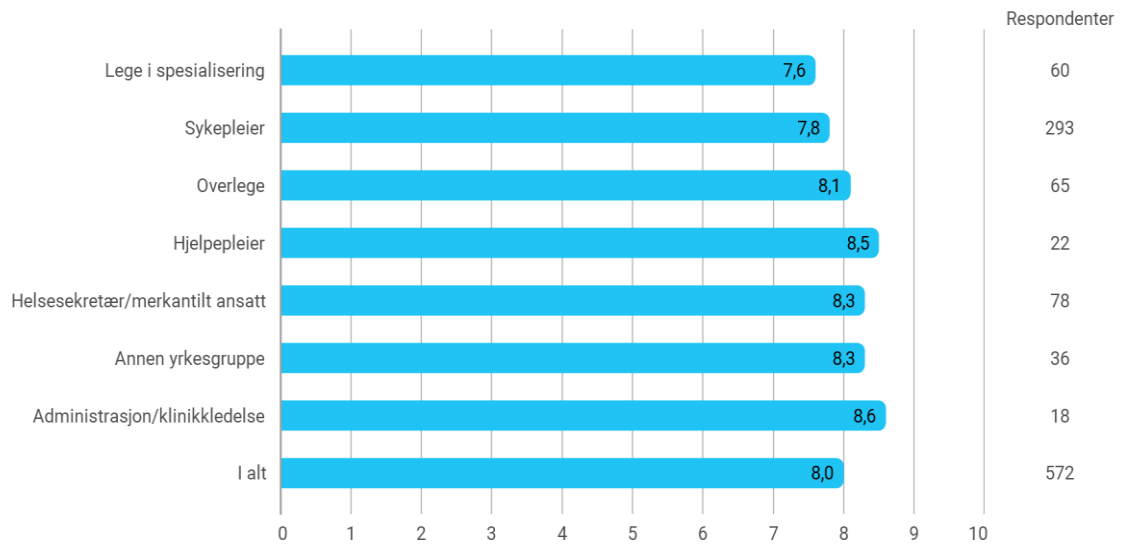
Håndtering av pandemien og ivaretagelse av smittevern ble vist til som forklaring på gjennomførte endringer i intervjuene. I motsetning til ordinær drift opplevde ansatte at økonomi ikke var til hinder for nødvendige og hensiktsmessige endringer.

Høy grad av forståelse for de gjennomførte endringene ble rapportert fra alle yrkesgrupper (figur 5-44). Likedan opplevde de fleste ansatte at kollegene forsto hvorfor endringene ble gjennomført (figur 5-45) og støttet disse (figur 5-46). På tross av dette rapporterte de fleste ansatt at de i liten grad ble involvert eller fikk påvirke endringene (figur 5-47).

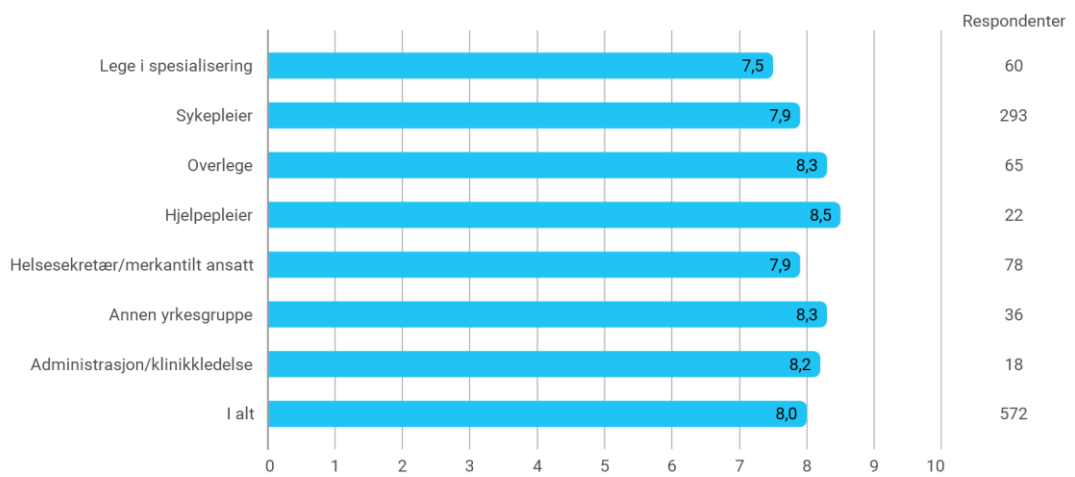
Det ble beskrevet et litt annet bilde i fokusgruppeintervjuene med at mange endringer ble initiert av de ansatte. Endringene beskrives som nødvendige og uten reelle alternativ, men like fullt som resultat av initiativ fra ansatte.



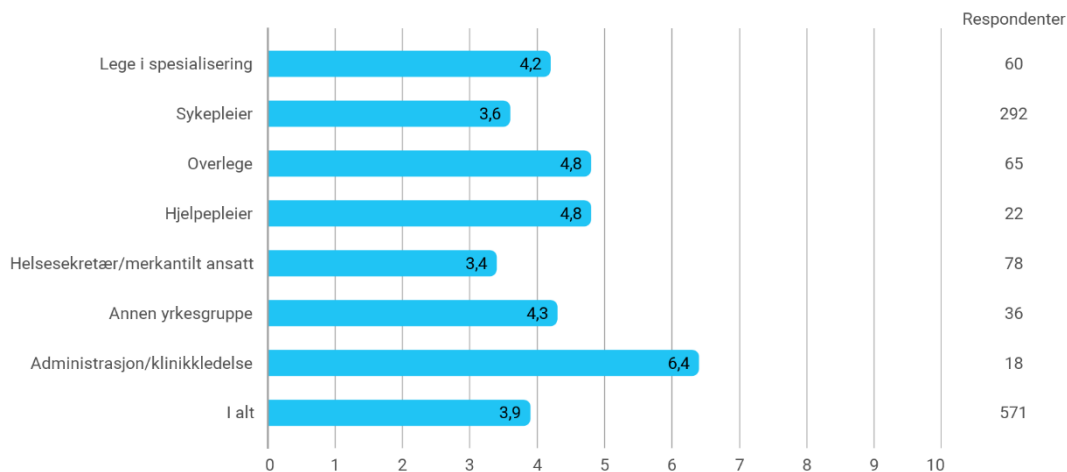
Figur 5-44: Grad av forståelse for endringer



Figur 5-45: Grad av forståelse hos kolleger for endringer

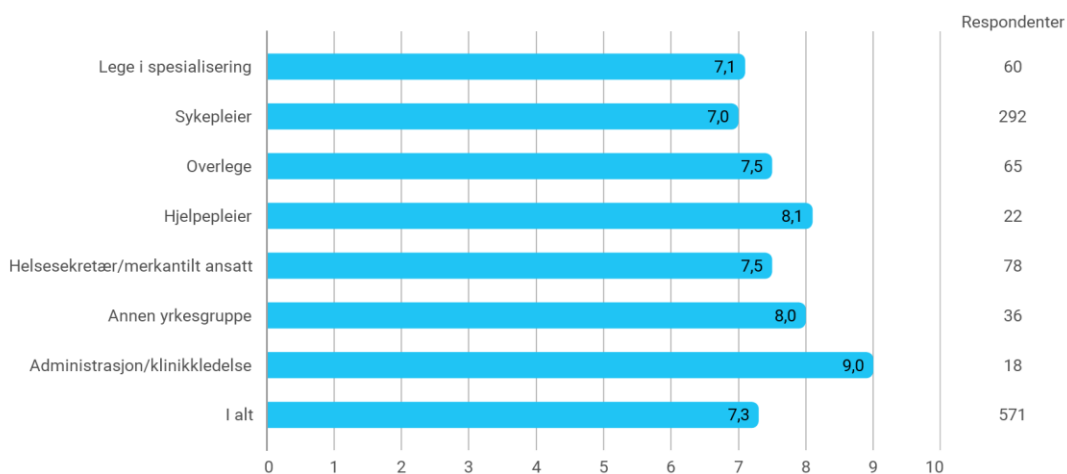


Figur 5-46: Grad av støtte/enighet hos kolleger for endringer



Figur 5-47: Grad av involvering i endringer

Informasjonen om årsakene til gjennomførte endringer ble i stor grad oppfattet som god, med en gjennomsnittlig score 7,3 ($\pm 2,5$) og lite variasjon mellom ulike yrkesgrupper (figur 5-48). Det forelå heller ingen forskjeller mellom ledere og ikke-ledere (gjennomsnittlig score 7,7 ($\pm 2,2$) vs. 7,3 ($\pm 2,5$), $p=0,35$).

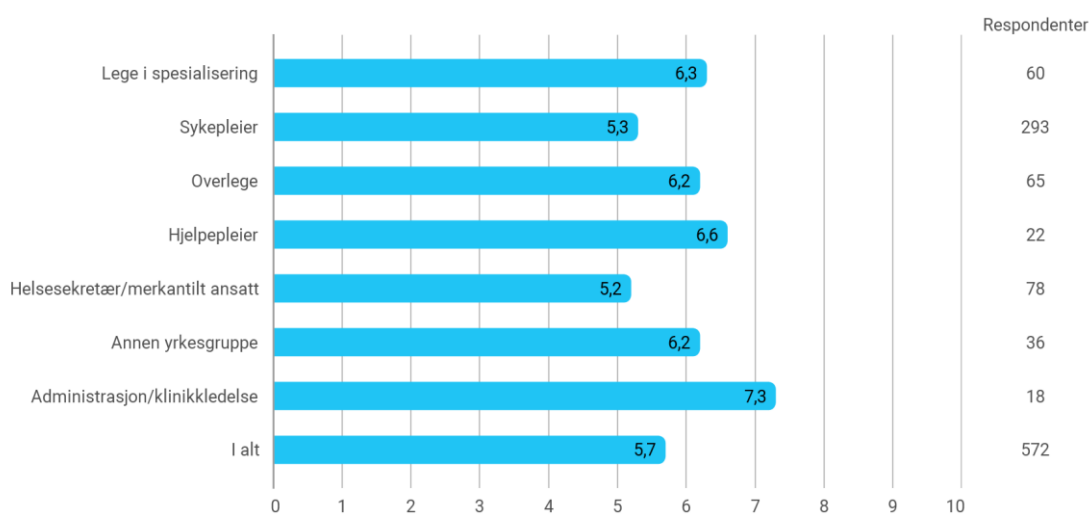


Figur 5-48: Grad av tilfredshet med informasjon om endringer

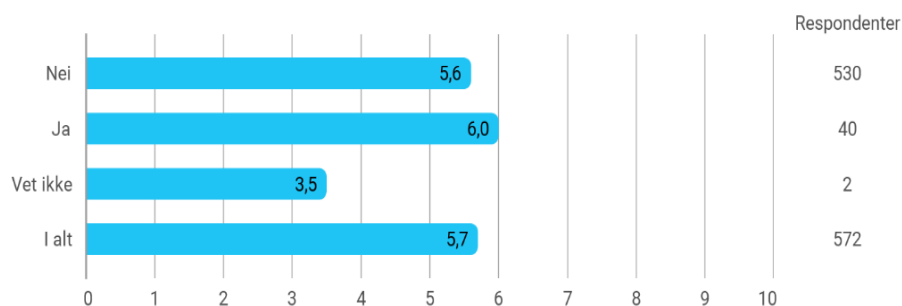
Informasjon var et tema som skapte engasjement under fokusgruppeintervjuene. Ansatte som ble direkte berørt av endringer med etablering av beredskap fikk fortløpende informasjon, var fornøyd og presiserte betydningen av muntlig, direkte kommunikasjon i en krisesituasjon. Øvrige

ansatte som opplevde redusert arbeidsmengde, bortfall av oppgaver og som skulle ivareta den ordinære driften, opplevde å ikke få informasjon og å bli satt på sidelinjen som mindre betydningsfulle.

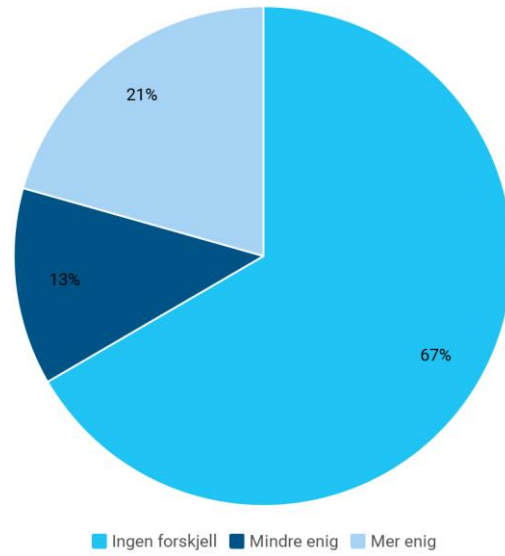
Mange ansatte opplevde at endringene på grunn av covid-19 ble evaluert og endret underveis (figur 5-49 og 5-50), mens egne holdninger til endringene var relativt stabile (figurene 5-51, 5-52 og 5-53). Evaluering ble ikke spesifikt tatt opp i fokusgruppeintervjuene, men det ble beskrevet at det ble foretatt fortløpende justeringer av løsninger lokalt på de ulike enhetene. Også dette i hovedsak på eget initiativ i ansattgruppene.



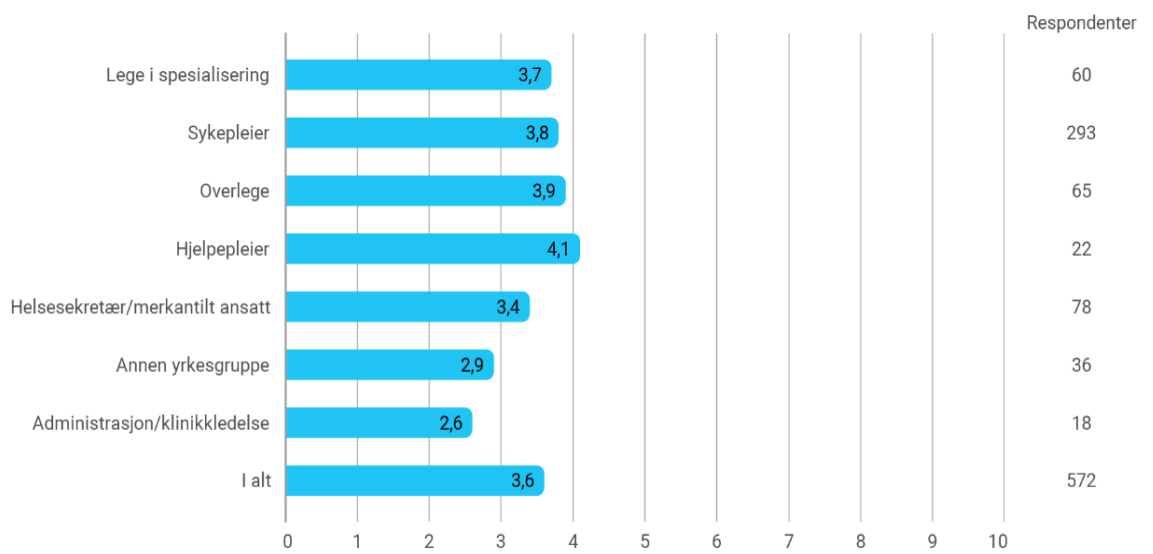
Figur 5-49: Grad av opplevd evaluering av covid-19 tiltak i løpet av perioden – ulike yrkesgrupper



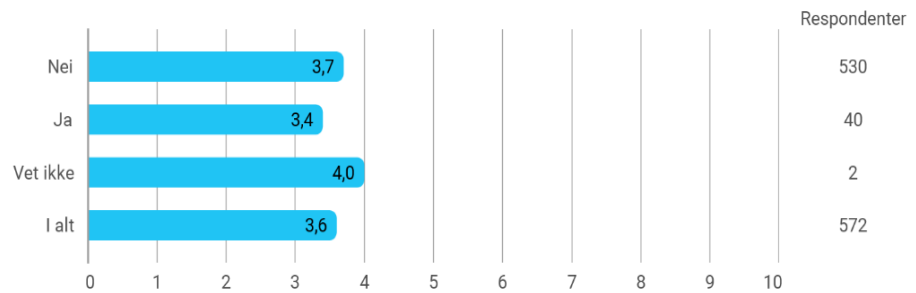
Figur 5-50: Grad av opplevd evaluering av covid-19 tiltak i løpet av perioden – ikke-ledere versus ledere



Figur 5-51: Endring av egne holdninger til covid-19 tiltak



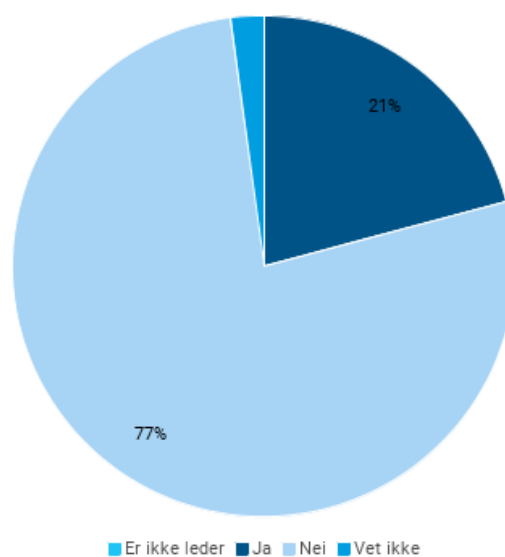
Figur 5-52: Grad av endring av egne holdninger til covid-19 tiltak – ulike yrkesgrupper



Figur 5-53: Grad av endring av egne holdninger til covid-19 tiltak – ikke-ledere versus ledere

5.5 Ledelse

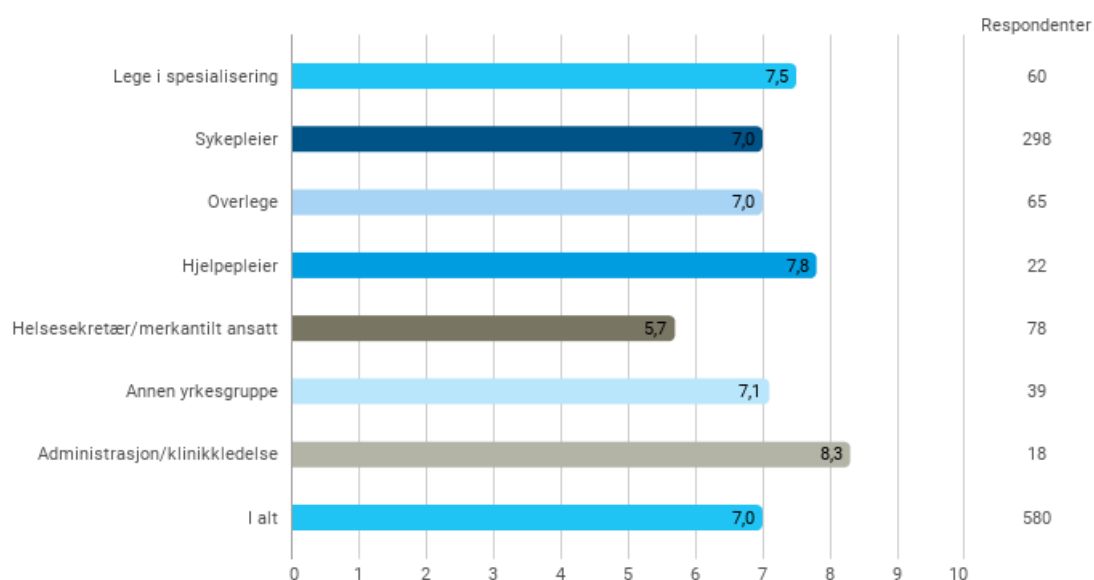
I alt 61 (10 %) av de ansatte som besvarte spørreskjemaet definerte seg som ledere med (n=43) eller uten personalansvar (n=18). Ytterligere 20 (3%) personer (10 sykepleiere, 4 leger i spesialisering, 5 overleger og 1 helsesekretær) anga at de hadde fått lederfunksjoner i forbindelse med Covid-19, hvorav dette ikke var formalisert hos 19 av 20. Av de 48 lederne som besvarte spørsmålet mente 10 (21 %) at de hadde endret ansvarsområde i forbindelse med covid-19 (figur 5-54) og 16 (33 %) ledere at sammensetningen av kompetanse i egen enhet var endret. Totalt 36 (75 %) av lederne hadde omdisponert ansatte til andre oppgaver i perioden. Det var kun én leder med personalansvar som deltok i intervju og vedkommende hadde ikke fått endret ansvarsområde.



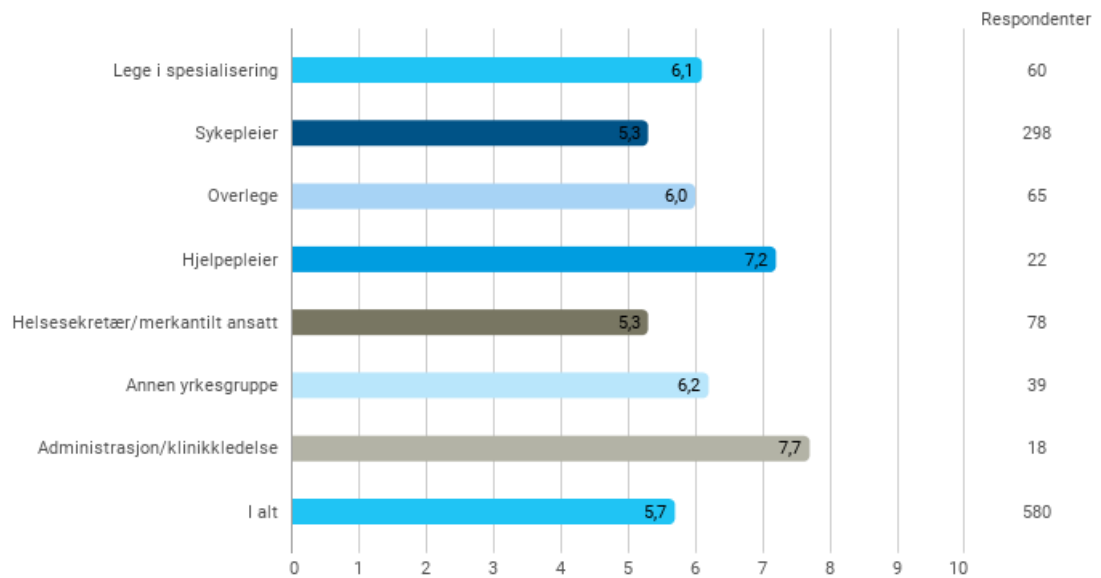
Figur 5-54: Endret ansvarsområde for ledere

Nærmeste leder scorer høyt blant egne ansatte på hvordan endringene i forbindelse med covid-19 ble håndtert (figur 5-55). Gjennomsnittlig score på en skala 1-10 (svært dårlig – svært godt) var 7,0 ($\pm 2,5$). Det forelå ingen forskjeller mellom leger og sykepleiere ($p=0,41$), men helsesekretærene/merkantil ansatte var signifikant mindre fornøyde enn øvrige ansatte ($p<0,001$). Klinikkledeelsen fikk også signifikant dårligere gjennomsnittlig score enn nærmeste leder ($p<0,001$) (figur 5-56).

I intervjuene uttrykte respondentene stor grad av fornøydhet med nærmeste leder, men helsesekretærer/merkantil ansatte ga uttrykk for misnøye. Dette var knyttet til informasjon, manglende tilrettelegging og pålagte endringer i arbeidsoppgaver.

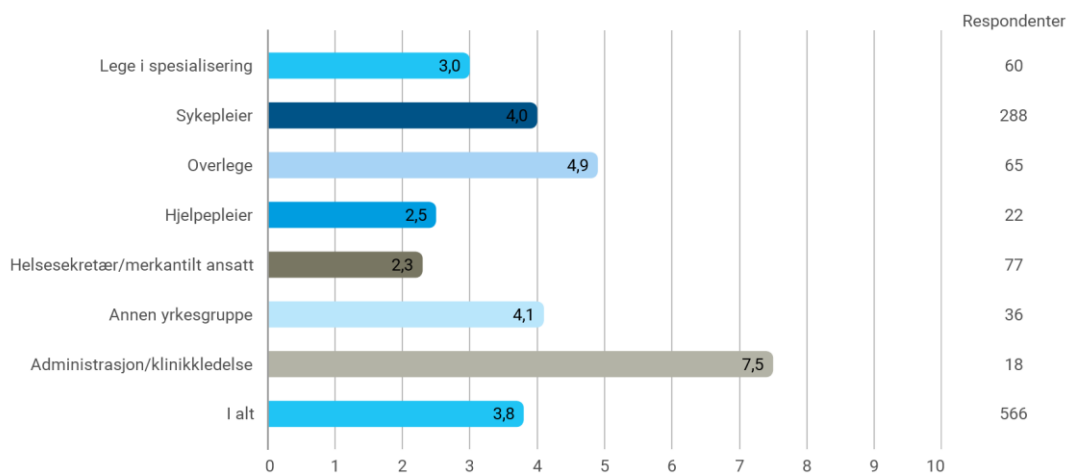


Figur 5-55: Vurdering av nærmeste leders håndtering av endringer i forbindelse med covid-19



Figur 5-56: Vurdering av klinikkledelsens håndtering av endringer i forbindelse med covid-19

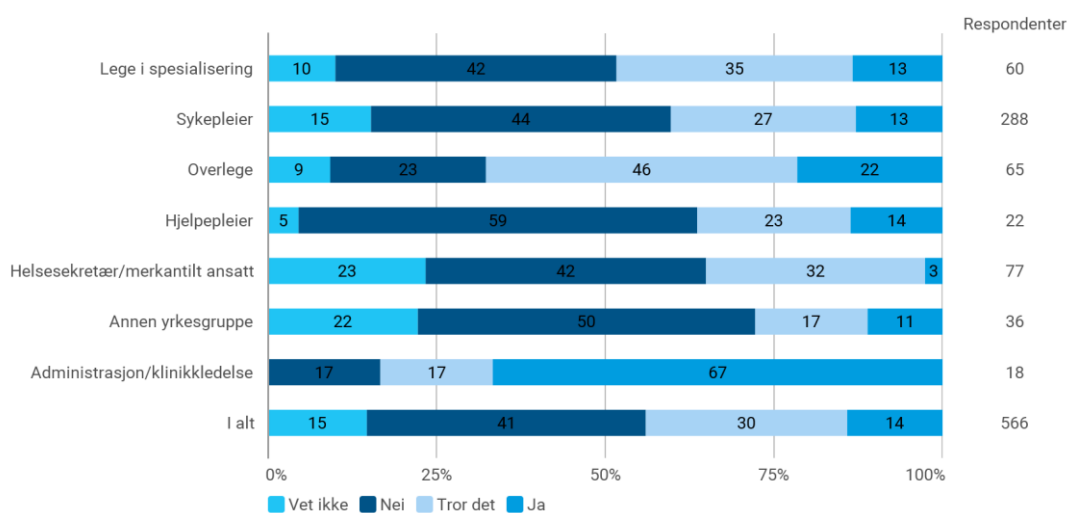
Nesten samtlige ansatte (n=492, 87%) visste hvordan man kunne gi tilbakemeldinger til egen leder vedrørende endringer i forbindelse med covid-19, men graden av respons på tilbakemeldinger var lav og varierte mellom ulike yrkesgrupper (figur 5-57). Som beskrevet i kapittel 5.4, indikerte fokusgruppeintervjuene et klart skille mellom ansatte som ble direkte berørt av endringer med etablering av beredskap og øvrige ansatte. Det samme gjenspeiles i opplevelsen av å få/ikke få respons fra egen leder.



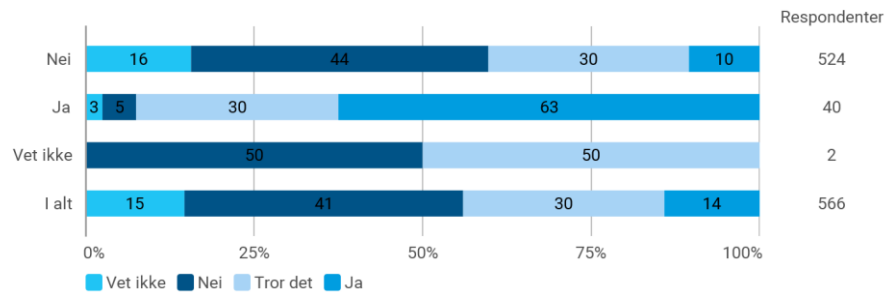
Figur 5-57: Respons fra nærmeste leder på tilbakemeldinger vedrørende endringer i forbindelse med covid-19

Stedlig kriseledelse

Kun 80 (14 %) av respondentene visste hvem som var medlem av stedlig kriseledelse. Andelen var betydelig høyere hos ledere enn hos ikke-ledere (figur 5-58 og 5-59).



Figur 5-58: Kunnskap om medlemmene i stedlig kriseledelse – ulike yrkesgrupper

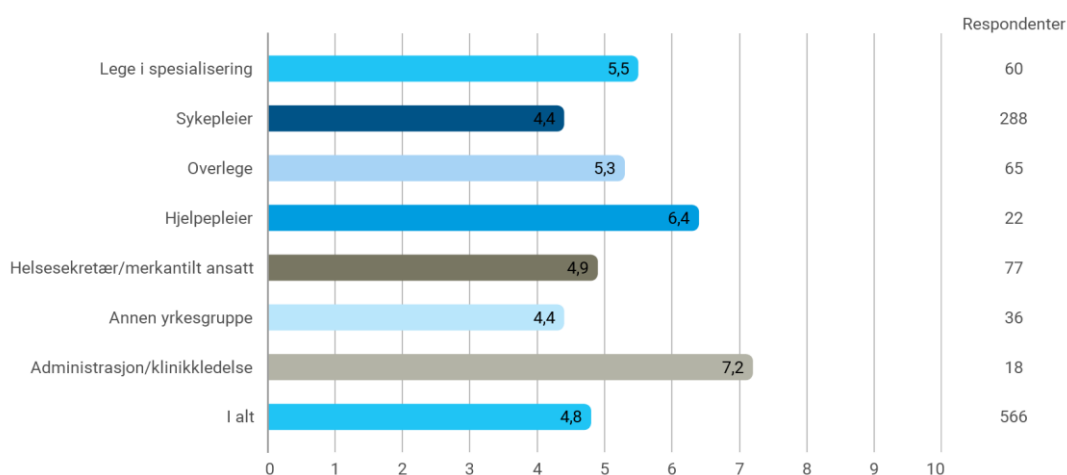


Figur 5-59: Kunnskap om medlemmene i stedlig kriseledelse – ikke-ledere versus ledere

Informasjon fra stedlig kriseledelse til ansatte fikk lav score fra de fleste yrkesgrupper (figur 5-60). Ledere opplevde å få bedre informasjon enn øvrige ansatte (gjennomsnittlig score 6,3 ($\pm 2,4$) vs. 4,7 ($\pm 2,6$), $p=0,0002$).

I fokusgruppeintervjuene ble nærmeste leder sett på som viktigste informasjonskilde. Direkte muntlig informasjon var avgjørende. E-post og intranettløsningen i sin nåværende form ble vurdert som lite hensiktsmessig, men et godt supplement til den direkte, muntlige informasjonen.

«Men så tror jeg at mangelfull informasjon også bunner i at det er veldig forskjellig mellom foretakene og at vi har manglet en tydelig overordnet føring. Men vi kunne i hvert fall fått en bestemmelse som var generell og unngå at hver enkelt avdelingssjef (de andre nikker) tok avgjørelser på egen hånd.»



Figur 5-60: Kvalitet på informasjon fra stedlig kriseledelse

Det forelå ulike oppfatninger om hvilke informasjonskanaler som var best egnet til kommunikasjon mellom stedlig kriseledelse og ansatte forøvrig (tabell 5-6).

I intervju bekreftes e-post og intranett som gode verktøy, men flere respondenter uttrykte noe usikkerhet på hvor gode informasjonskanaler intranett og e-post er i en «ordentlig krisesituasjon». Kort statusrapport muntlig fra leder ble trukket fram som viktig for å holde seg oppdatert på siste nytt.

På spørsmål om hva som er den viktigste læringen hittil for å klare å rigge oss fort nok, sier flere i munnen på hverandre: «kommunikasjon»

«E-post og intranett er gode verktøy, men gjør informasjon lett forståelig. Vi trenger ikke historier om Espen Askeladd. Sett fokus og ha kort informasjon med sånn, sånn og sånn»

«Vi har fortsatt ingen god intranettside hvor vi kan gå kjapt inn og se hva som er siste nytt, f.eks. noe så basalt som å legge inn dato + klokkeslett og kort info. Hvis vi må bla og bla og åpne ulike tema så blir det uoversiktlig og vanskelig å finne fram. Det her er jo elementært – vi må kunne gå kjapt inn og med et blick se de siste fem endringene»

Tabell 5-6: Ønskede informasjonskanaler mellom stedlig kriseledelse og ansatte

	Respondenter	Prosent
Intranett	169	29,9%
E-post	222	39,2%
Informasjonsmøter	43	7,6%
Muntlig informasjon i linjen	71	12,5%
Sosiale medier/grupper (Facebook e.l.)	7	1,2%
Andre	4	0,7%
Vet ikke	50	8,8%
I alt	566	100,0%

Totalt 392 (69 %) respondenter visste ikke hvordan man skulle gi tilbakemeldinger til den stedlige kriseledelsen.

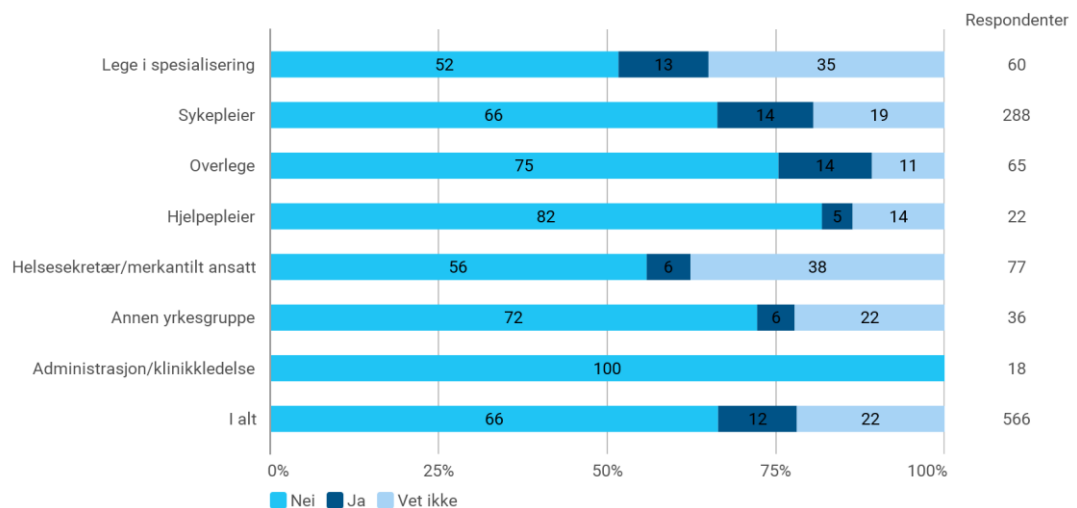
5.6 Økonomi og utstyr

Totalt 66 (12 %) respondenter svarte at økonomiske begrensninger hindret gjennomføring av anbefalte tiltak i forbindelse med covid-19 (figur 5-61), mens 177 (31 %) mente manglende utstyr hadde hindret gjennomføring av tiltak (figur 5-62).

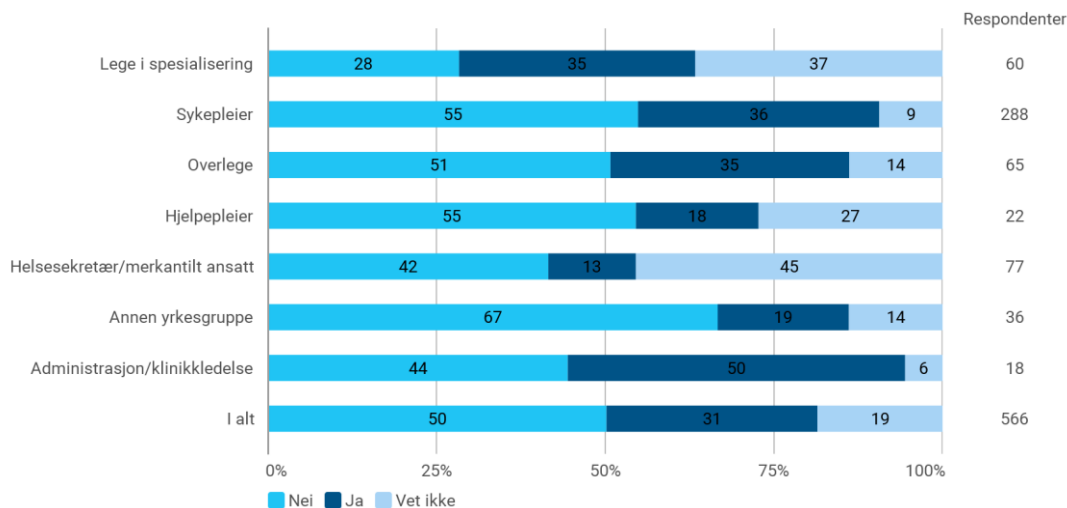
I fokusgruppeintervjuene ble økonomi beskrevet som et «ikke-tema» i krisesituasjonen.

Opplevelsen var at det som kreves må på plass og at ledere ikke la økonomiske begrensninger til grunn for valg av løsninger eller til hinder for gjennomføring.

«Vi har kunnet kjøpe oss hva vi vil (slår ut med hendene) det er penger til alt (smiler og rister på hodet og de andre nikker gjenkjennende)»



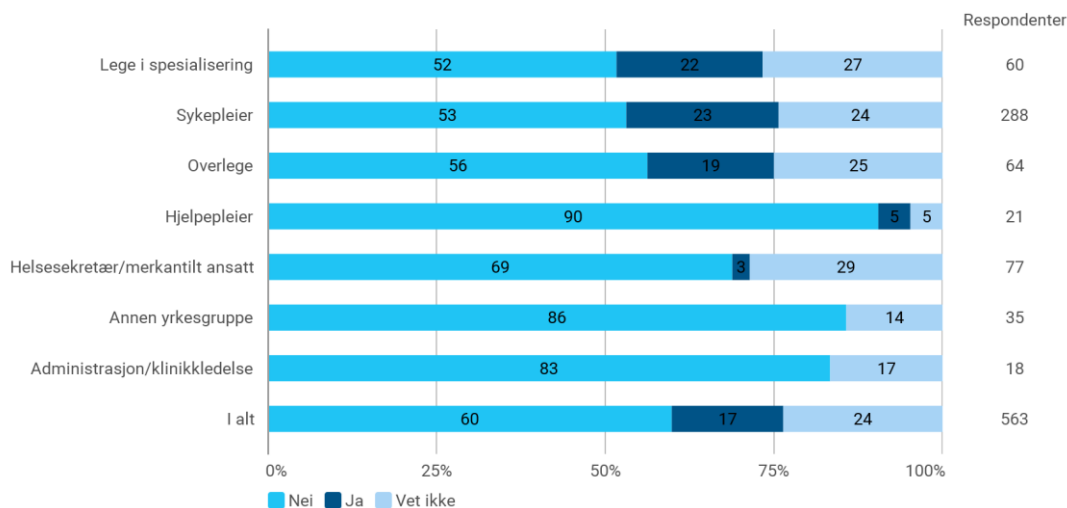
Figur 5-61: Økonomiske hinder for gjennomføring av covid-19 tiltak



Figur 5-62: Utstyrmessige hinder for gjennomføring av covid-19 tiltak

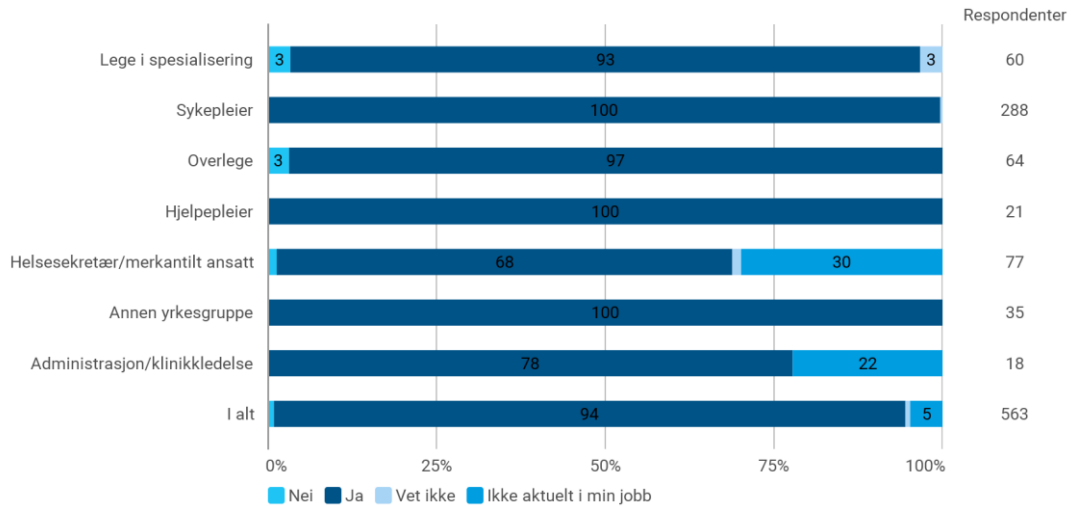
5.7 Smitterisiko og eksponering

Totalt 93 (17 %) respondenter hadde vært utsatt for covid-19 smitte på tidspunkt for gjennomføring av spørreundersøkelsen, mens 133 (24 %) ikke visste om de hadde vært eksponert (figur 5-63).

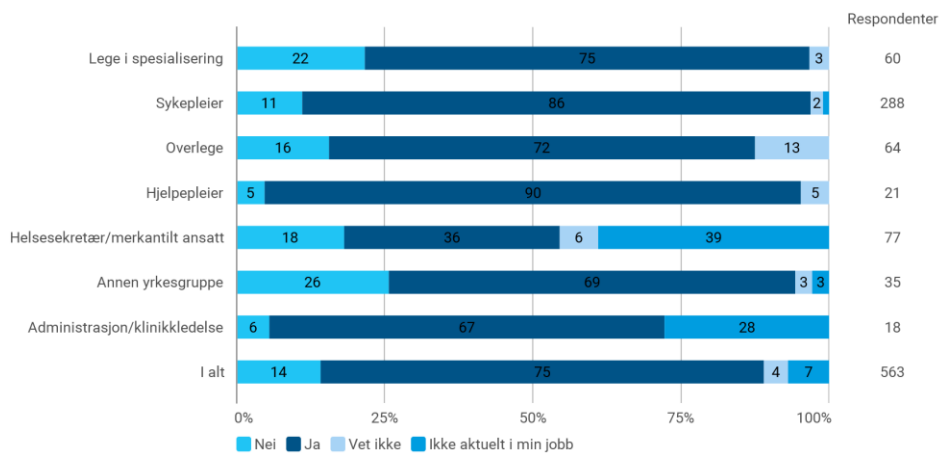


Figur 5-63: Eksponering for covid-19 smitte

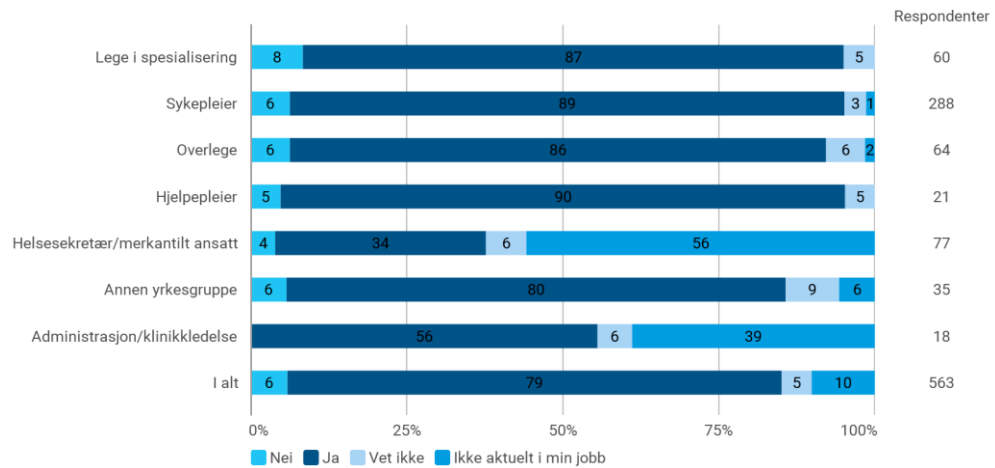
Hele 527 (94 %) ansatte svarte at de visste hvordan de skulle forholde seg i smittesituasjoner for å unngå smitte, 421 (75 %) at de hadde fått god opplæring og 446 (79 %) at de hadde tilgang til smittevernutstyr (figur 5-64, 5-65 og 5-66).



Figur 5-64: Kunnskap om forholdsregler/oppførsel i smittesituasjoner



Figur 5-65: Opplæring av håndtering smittesituasjoner

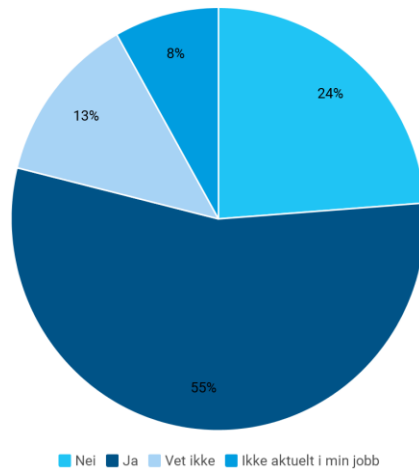


Figur 5-66: Tilgang til smittevernutstyr i smittesituasjoner

Også i fokusgruppeintervjuene ble det bekreftet tilstrekkelig kunnskap om smittevern, men det var ulike opplevelser rundt begrensning i smittevernutstyr. Følelsen av å ikke kunne disponere smittevernutstyr i henhold til rutine, men måtte «spare» skapte usikkerhet. Dette var ikke en generell tilbakemelding, men beskrivelse av enkelttilfeller som hadde oppstått.

Over halvparten (n=310, 55 %) rapporterte at nye smittevernrutiner hadde forsinket annen diagnostikk og behandling (figur 5-67). Dette kom også fram i fokusgruppeintervjuene og følgende sitat beskriver dette på en god måte:

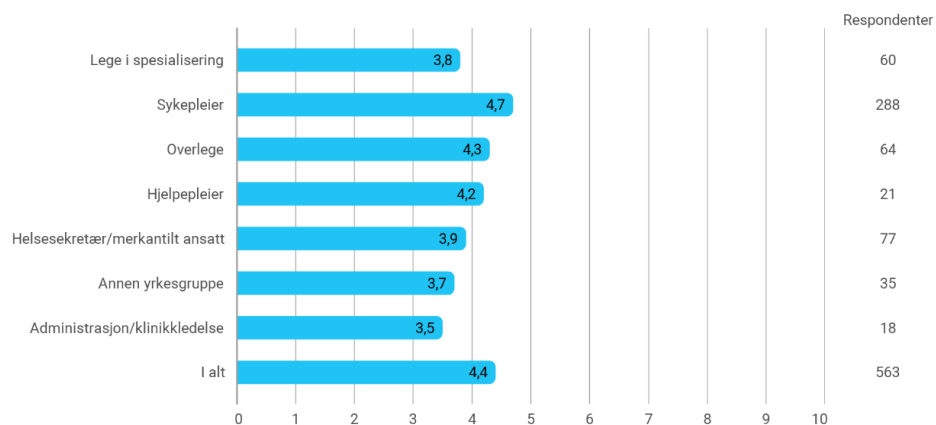
Alt tar mye lengre tid! Alle pasienter tar lengre tid pga. isolasjonskrav, tester, svartid osv. Alle som screenes positiv for covid har vi svartid på før avklart og dette tar tid å håndtere.



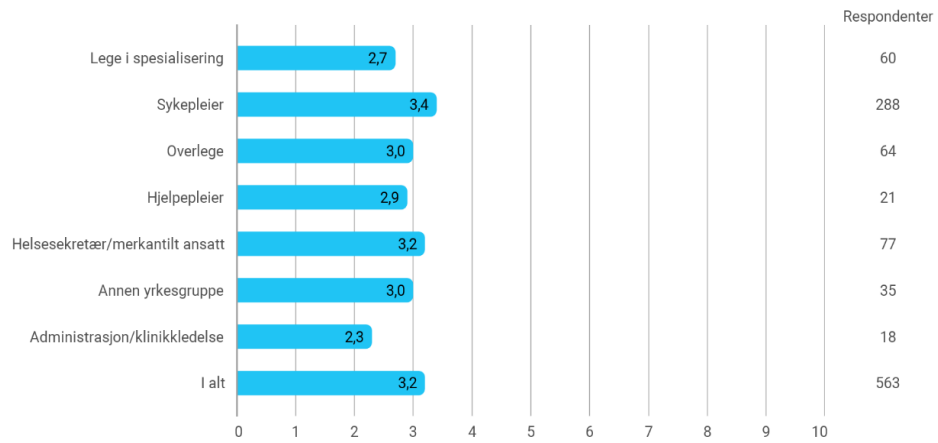
Figur 5-67: Forsinkelse av annen diagnostikk og behandling på grunn av nye smitteverntiltak

Studien viste lav grad av bekymring for selv å bli smittet av covid-19 i jobbsituasjonen og ansatte følte seg i liten grad utrygge/redde på jobb på grunn av covid-19 (figur 5-68 og 5-69). De aller fleste ansatte følte seg også trygge på at de ville fått god utredning, behandling og pleie dersom de selv skulle trenge dette (figur 5-70). I fokusgruppeintervjuene ble det vist til god informasjon fra smittevern i de tilfeller det hadde vært bekymring for smitte i jobbsituasjonen og det var en generell oppfatning av god håndtering for å unngå smitte. Merkantilt ansatte savnet imidlertid løsninger for hjemmekontor og at dette skulle vært iverksatt i større grad.

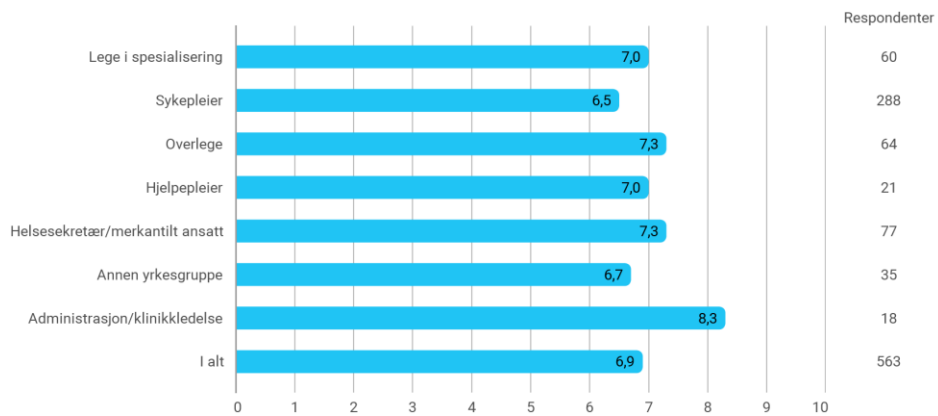
«Jeg føler meg tryggere på sengepost enn på Kiwi»



Figur 5-68: Bekymring for covid-19 smitte



Figur 5-69: Grad av utrygghet på jobb på grunn av covid-19 smitte



Figur 5-70: Grad av trygghet i forhold til utredning, behandling og pleie dersom man selv ble pasient

6 Diskusjon

6.1 Diskusjon av funn

I denne delen av oppgaven vil vi presentere temaområdene som fremkom i analysen av spørreundersøkelse og gjennom fokusgruppeintervju og drøfte dette opp mot relevant teori.

Covid-19 ga oss en unik mulighet til å innhente kunnskap og studere endringsvillighet, endringskapasitet og endringsledelse i en krisesituasjon på nært hold. Alvoret i pandemien og graden av hast medførte også at studien måtte gjennomføres på kort tid.

6.1.1 Endringsvillighet og endringskapasitet i krisesituasjoner

Profesjonsbyråkratier slik som sykehus har tradisjonelt lav endringsvillighet og endringskapasitet for organisatoriske endringer (Ferlie et al., 2005; K. Weick, 1979). Likevel medførte covid-19 store endringer i arbeidshverdagen for flertallet av de ansatte Klinikk for somatikk, Arendal. Mange ansatte fikk endret arbeidstid, arbeidssted, arbeidsoppgaver og arbeidsmengde i løpet av få dager. Både spørreundersøkelse og intervjuer bekrefter en svært stor endringsvillighet og endringskapasitet ved sykehuset i krisesituasjonen. Vi fant ingen forskjeller mellom de ulike yrkesgruppene, og nærmest samtlige typer endringer (organisatoriske, strukturelle, praktiske og avtalemessige endringer) ble akseptert og lojalt etterlevd.

6.1.2 Perspektiver på endringer i krisesituasjoner

Organisasjonsendringer i forbindelse med kriser kan etter vår oppfatning vurderes i flere perspektiver (Van De Ven & Poole, 1995). I den grad det foreligger relevante kriseplaner vil endringene til dels være planlagte. Dersom planene i noen situasjoner ikke samsvarer med krisens realiteter, kan nye planlagte endringer måtte gjennomføres med betydelig kortere tidsbruk på konsekvensanalyser, utarbeidelse av løsningsforslag og involvering av ansatte. Denne studien viser at graden av involvering av ansatte på mange områder var lav før endringer ble iverksatt under krisen. På tross av dette, opplevde mange at endringene ble evaluert underveis.

En krise kan også drive frem endringer mer som en evolusjon, der nye utfordringer/farer krever tilpasninger for å «overleve». For eksempel, ble smitteverntiltak av mange oppfattet som «tidkrevende og tungvint». Ikke bare pasienter med påvist eller mistenkt smitte skulle håndteres.

Øvrige pasienter med behov for helsehjelp måtte håndteres med smittevernsregime både for å beskytte pasienter og ansatte. Påkledning, renhold, besøkslogg, isolasjonskrav, tester var blant tiltak som ble iverksatt. Smitteverntiltakene ble likevel akseptert som en nødvendighet både for egen og andres sikkerhet/«overlevelse», men også for å opprettholde sykehusets samfunnsfunksjon. Likedan ble mottak av pasienter i akuttmottak totalt endret gjennom midlertidige triage-lokaler i brakker utenfor inngangen. Også dette var et nytt behov som tvang frem en umiddelbar løsning for å opprettholde akuttmottakets funksjoner.

Et interessant funn var at maktkamp i liten grad ble trukket frem som årsak til endring i forbindelse med covid-19. Krisesituasjonen kan til en viss grad ha medført en slags «våpenhvile» mellom personer og enheter med konflikter til vanlig. Under intervjuene ble det beskrevet en felles forståelse for situasjonen og et kollegialt fellesskap som oppstod med ønske om å etablere gode løsninger for å håndtere covid-19 utbruddet medisinsk forsvarlig og derigjennom ivareta samfunnsoppdraget.

Krisesituasjoner frembringer mange ad-hoc løsninger. Slike løsninger kan i stor grad avhenge av personene som mer eller mindre tilfeldigvis befinner seg på aktuelt sted til aktuelt tidspunkt. Summen av alle slike endringer vil påvirke hele organisasjonen, selv om de ikke nødvendigvis er rasjonelle for hele virksomheten. Et eksempel som ble trukket frem i den sammenheng var pasienter med akutt hjerteinfarkt som fikk forsinket behandling på grunn av covid-19 screening og påfølgende isolering i akuttmottaket. Både spørreundersøkelsen og gruppeintervjuene bekreftet at mange endringer i forbindelse med covid-19 i stor grad skjedde ved tilfeldigheter («anarkistisk perspektiv»). Nye problemer krevde nye løsninger uten tid til planlegging og konsekvensanalyser. Dette var også i en viss grad drevet av medarbeidere uten formell ledelsesposisjon.

«Vi ordner opp selv når det er nødvendig!»

- fra kommentarfeltet i spørreundersøkelsen

6.1.3 Strategier for endring i krisesituasjoner

De to tidligere nevnte hovedstrategiene for endring: strategi E («Economic») og strategi O («Organization») (Dag Ingvar Jacobsen, 2012) er vanskelig å forene med endringer i en krisesituasjon. Økonomi hindret i svært liten grad endringer i Klinikk for somatikk, Arendal i forbindelse med covid-19, og økonomiske insentiver ble ikke benyttet for å få ansatte til å jobbe mer eller med andre oppgaver. Motivasjonsteorien viser til at økonomisk belønning ikke alltid er det beste insentivet, men at indre insentiver vil kunne være en vel så viktig motivasjonsfaktor. Slike insentiver kan være opplevelse av mening med det arbeidet man gjør og i denne studien kom indre insentiver som motivasjonsfaktor for endringsvillighet tydelig frem.

Mange rapporterte om at de opplevde kriseledelsen som til dels fraværende. Mange faglige og organisatoriske beslutninger ble flyttet til fagledernivået og eksterne konsulenter ble ikke benyttet.

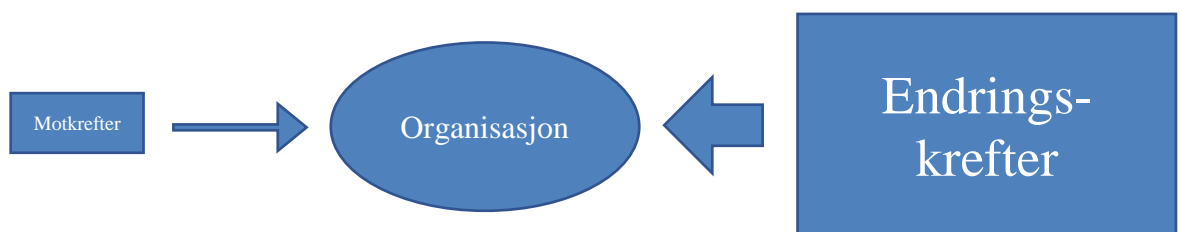
«Nei, informasjonsflyten har vært et savn – ikke på nærmeste nivå, men over der. Vi står og venter på hva som skal skje og gjennomføring. Vi har en ledelse som handler sånn at det blir store forskjeller mellom sykehusene i samme organisasjon.

Vi vet ikke hva som foregår på nivåene over oss. Det kan godt være at det var mange gode diskusjoner og god planlegging, men nedenfra og opp virket det som at det ikke skjedde noen ting»

En stor del av de gjennomførte endringene i forbindelse med covid-19 ble initiert og styrt fra ansatte uten ledelsesansvar og fra mellomledere med medisinsk faglig bakgrunn. Flere nye uformelle ledere oppstod. Ad-hoc løsninger basert på behov i ulike situasjoner, yrkesgrupper og enheter oppstod uten involvering av ledelse på høyere nivå. Til en viss grad kan man derfor hevde at en strategi O ble rådende under covid-19 i klinikken, men denne strategien karakteriseres vanligvis av endringer over et langt tidsperspektiv. Det var ikke tilfelle i forbindelse med covid-19. Krisesituasjoner som denne synes derfor å ha en helt egenartet endringsstrategi, som til dels kombinerer elementer fra de tradisjonelle strategiene E og O, men som samtidig løsrives fra «top-down» styring og med et betydelig akselerert tempo.

6.1.4 Endringsprosesser i krisesituasjoner

I en krisesituasjon som covid-19 synes endringskreftene å ha vært svært sterke (figur 6-1). Denne studien viste svært stor oppslutning om endringene i organisasjonen og følgelig svært liten plass for «motkrefter» jamfør Lewins modell for endring (Lewin, 1997). Covid-19 medførte en betydelig forsterking av endringskreftene og en tilsvarende reduksjon i motkreftene, hvilket muliggjorde alle endringene på kort tid. Studien viste også at dette til en viss grad også sees på som et uttrykk for de ansattes trang til stabilitet; en oppfatning av at «om vi bare gjør tilstrekkelige endringer en kort periode, vil alt vende tilbake til det normale igjen».



Figur 6-1: Dominerende endringskrefter under covid-19

Lav motstand mot endring i forbindelse med covid-19 er interessant. Mens «frykt for det ukjente» vanligvis er til hinder for endring, indikerer denne studien nærmest det motsatte i en krisesituasjon. Redsel for tap av arbeidsplass og -oppgaver var et ikke-eksisterende moment i denne sammenheng. Nesten samtlige ansatte forventet flere oppgaver for sykehuset. Tap av personlige goder, identitet, uformell makt og sosiale relasjoner ble i liten grad sett på som utfordrende. Det kan igjen skyldes at endringene ble oppfattet som temporære. Ansatte rapporterte også om stor grad av «dugnadsånd» og «stå-på-vilje». Opplevelsen av å ha en viktig samfunnsoppgave var sterk og støtten fra samfunnet utenfor sykehuset ble nevnt av flere. Blant annet ble betydningen av symbolske handlinger som bannere med «Vi heier på dere» og is/mat i gave fra lokalt næringsliv verdsatt. Dette bidro også til å akseptere endringene.

Lewins tradisjonelle modell (Lewin, 1997) om tre steg for endring – opptining, gjennomføring og nedfrysing – kan til en viss grad appliseres også på endringene i en krisesituasjon slik som covid-19 pandemien. Mange vektlegger opptiningsfasen mer enn selve gjennomføringen (Burke, 2002; Kotter, 1995). I en krisesituasjon blir nødvendigvis opptiningsfasen svært kort og fokus blir på gjennomføringen. Siste steg, nedfrysing, blir tilsvarende nærmest fraværende (figur 6-2).



Figur 6-2: Endring i krisesituasjoner – fokus på gjennomføring

Et viktig fokus i opptiningsfasen er å skape en forståelse for at endringen er «viktig, riktig og god» (Dag Ingvar Jacobsen, 2012). En slik forståelse er nødvendig for å gjennomføre endringen. Denne studien viser at det i en krisesituasjon er mulig å oppnå en slik forståelse bredt i en stor organisasjon på veldig kort tid. I alt 97 % av respondentene hadde en forståelse for årsakene til endringene og det forelå stor grad av enighet om og lojalitet til endringene. Viktigheten ble åpenbar ut fra scenariene for covid-19 og hva som ville skje hvis endringer ikke fant sted fort nok. Fokus på det medisinskfaglige og smittevern som bakgrunn for endringene, bidro til at endringene ble oppfattet som riktig. Pandemien måtte håndteres samtidig med, og i tillegg til, ivaretagelse av øvrige pasientgrupper og iverksatte endringer i denne krisesituasjonen ble allment forstått som «viktig, riktig og god».

6.1.5 Endringsvillighet og endringskapasitet i krisesituasjoner versus planlagte endringer

Mens enkelte har hevdet at de fleste planlagte organisasjonsendringer mislykkes (Balogun & Hailey, 2008; Kotter, 1995), er vår erfaring fra denne studien fra Klinikk for somatikk, Arendal at endringene gjennomført ved sykehuset i forbindelse med covid-19 krisen, i stor grad var vellykkede. Endringsvilligheten og endringskapasiteten var overraskende stor i en organisasjonstype som ellers er preget av en betydelig motstand mot endring.

Viktighet og hast

Kotter påpekte særlig betydningen av en erkjennelse av viktighet og hast for å lykkes med en organisasjonsendring. I forbindelse med en krisesituasjon vil både viktighet og hast fremstå ganske klart for de fleste, og følgelig være en viktig suksessfaktor for gjennomføring av endringer. Denne studien viste stor og bred forståelse i hele organisasjonen for årsakene til endringene og i svært stor grad enighet om og lojalitet til endringene som ble gjennomført i forbindelse med covid-19.

Styringsdyktig koalisjon

Strand har tidligere vist at det kan foreligge større lojalitet til ledere på lavere nivåer enn til toppledelsen i profesjonsbyråkratier som sykehus, spesielt til ledere med samme fagbakgrunn (Strand, 2018). Mens den medisinskfaglige ledelsen ved norske sykehus er betydelig svekket de siste årtier (Berg, 2005; Kjekshus et al., 2013; Torjesen et al., 2011), opplevde flere ansatte i Klinikk for somatikk, Arendal covid-19 situasjonen nærmest som en renessanse for faglig ledelse. Studien viser en sentralisering av ledelse til midten av organisasjonen med stor støtte til nærmeste faglige leder fra øvrige ansatte i enheten. Enheter og avdelinger ble i stor grad styringsdyktige hver for seg, samtidig som det foregikk et utbredt samarbeid og koordinering på tvers av avdelinger og enheter på samme nivå. Administrativ toppledelse/kriseledelse fremstod for mange som uklar og lite synlig, og det ble beskrevet en avstand mellom ansatte og stedlig kriseledelse og videre til foretaksledelsen. Betydningen av denne avstanden ble i fokusgruppeintervjuene beskrevet som mindre viktig i sykepleier- og i merkantil gruppe mens den i legegruppen fremprovoserte en ad-hoc styringsdyktig koalisjon av både formelle og uformelle faglige mellomledere. Dette funnet er interessant, og kan ha sammenheng med at dette var en medisinsk krisesituasjon hvor tillit til fagkompetanse ser ut til å ha veid tungt.

Flere utsagn understreket fraværet av overordnet ledelse i sykehuset under krisen:

Alle direktørene har vi ikke sett noe til....

-fra kommentarfeltet i spørreskjemaet

Jeg følte ikke at vi hadde god nok påvirkning fra oss og oppover i starten. Det var handlingslammelse på toppen.

Få inn en fra kirurgiske fag på toppen!

Vi kan ikke sitte og vente på hva som skjer.

Visjon og strategi

Kotter hevdet at en manglende visjon eller hensikt med endringer er en viktig årsak til at endringer ikke lykkes. I forbindelse med covid-19 var hensikten med de fleste tiltakene åpenbare for mange ansatte; å beskytte ansatte og pasienter mot en potensielt livsfarlig smitte. Visjonen var

enkel og forståelig – og det forelå stor grad av enighet. Hele 74 % av respondentene i spørreundersøkelsen oppga smittevern som viktigste årsak til gjennomførte endringer. I intervjuene ble også håndtering av pandemien og ivaretagelse av smittevern vist til som forklaring på gjennomførte endringer.

Kommunikasjon

Intern kommunikasjon om hensikt og strategi med organisasjonsendringer anses som svært viktig for å lykkes. I forbindelse med covid-19, rapporterte ansatte i samtlige yrkesgrupper om relativt høy grad av tilfredshet med gitt informasjon. Intranett og e-post ble oppgitt som beste informasjonskanaler. Informasjonen kom dog i liten grad fra topp-/kriseledelsen. Nærmeste leder, smittevernoverlege og egne «covid-leger» ble trukket frem som viktigste informasjonsgivere. Mangelen på lett tilgjengelig oppdatert informasjon ble likevel påpekt i intervjuene som en kilde til frustrasjon og usikkerhet.

Etterlevelse

Gjennom både spørreundersøkelse og intervju ble det bekreftet stor lojalitet til og etterlevelse av gjennomførte endringer i perioden. Flere påpekte at endringene var faglig godt begrunnet og at de var anbefalt av personell med anerkjent fagkompetanse (smittevernoverlege, sentrale helsemyndigheter etc.).

Identifisering av mål og konsolidering av endringer underveis i endringsprosessen

Organisasjonsendringene som følge av covid-19 ble iverksatt uten særlig involvering av ansatte, planlegging eller konsekvensutredning. Følgelig var identifisering av mål underveis i prosessen ikke definert. På grunn av graden av hast, ble det i liten grad tid til konsolidering av gjennomførte tiltak underveis. Til tross for dette, opplevde mange av deltakerne i studien relativt høy grad av evaluering underveis i endringsprosessen.

Sammenheng mellom endring og resultater.

Daglig oppdatering på intranett over antall positive covid-19 svar, antall innlagte covid-19 pasienter og antall ansatte i karantene ble nevnt av noen som et slags mål på «suksess». At utbredelsen av smitte og antall innlagte pasienter med covid-19 var lavt frem til datainnsamling i denne studien ble avsluttet, kan ha hatt betydning for det mange rapporterte som vellykkede tiltak/endringer

6.1.6 Ledelse i krisesituasjoner

Covid-19 ble av mange studiedeltakere oppfattet som en trussel ikke bare mot sykehuset, men også mot egen helse og mot samfunnet som helhet. En slik trussel mot liv, helse og økonomi, samt stor grad av usikkerhet kombinert med et sterkt opplevd tidspress, er karakteristisk for kriser (Ansell et al., 2010; Moynihan, 2008; Pearson & Mitroff, 1993).

Få studiedeltakere rapporterte om noen nytteverdi av kriseplaner og det hersket stor usikkerhet om hvorvidt sykehuset i det hele tatt hadde en pandemiplan. Usikker nytteverdi av slike planer er også tidligere beskrevet (Burnes, 2004; Nesse, 2015; Waugh & Streib, 2006). Nesse viser til at kriseledelse i en reell krise ikke er statisk, hierarkisk og basert på planer. Det viktigste er å løse komplekse oppgaver under tidspress og det var nettopp dette som preget situasjonen ved utbruddet av covid-19. Klinikken opplevde høy grad av improvisasjon og endringer i roller og strukturer – noe som ble drevet fram av fagprofesjonene, i hovedsak av leger og sykepleiere. Kriseledelse som «heterarkisk» fenomen oppstod og endringene ble i stor grad gjennomført på ansattes initiativ. Fra intervjuene fikk vi et klart inntrykk av at mange ansatte – også mellomledere - var overrasket over manglende pandemiberedskap, spesielt ble mangelen på og begrensningene i bruk av smittevernutstyr påpekt. I fagmiljøene forelå en klar oppfatning av at årsakene til dette var hardt fokus på sparing og økonomistyring, samt at toppledelsen var for langt unna kjernevirksomheten. Generalistledelse eller New Public Management ble sterkt kritisert for manglende forståelse for sykehusenes beredskapssituasjon både i daglig drift og i en krisesituasjon som denne. Spesielt legene påpekte at pandemien aktualiserte svakhetene ved en ikke-faglig ledelse og ensidig fokus på økonomi. Kritikkk mot dagens styringsform i sykehusene er ikke nytt (Bjaalid, 2018; Kragh Jespersen & Wrede, 2009), men covid-19 krisen ser ut til å ha tydeliggjort noen av svakhetene ved denne styringsformen.

Slik som andre tidligere har beskrevet i krisesituasjoner, opplevde mange studiedeltakere at reell ledelse ble sentrert i midten av organisasjonen og knyttet til fagkunnskap (Hannah et al., 2009). Stedlig kriseledelse var på forhånd innarbeidet i sykehuset for håndtering av beredskap i ordinær drift og denne ble effektivert med definerte fullmakter og ansvar for håndtering av covid-19. Situasjonen ble krevende da det var knyttet stor usikkerhet til scenariene for pandemien og pandemiens forløp kombinert med høy hastegrad. I stedet for håndtering av hendelser med tydelig start og slutt, skulle kriseledelsen nå håndtere og koordinere en situasjon med ukjent

forløp med langvarig tidshorisont. Mange beslutninger ble tatt av mellomledere med medisinskfaglig kompetanse mer eller mindre autonomt og administrativ toppledelse og stedlig kriseledelse ble oppfattet som fraværende og lite beslutningsdyktig. Mens en sentralisert ledelse i utgangspunktet skulle kunne medføre raske og kontante beslutninger i en krisesituasjon (Moynihan, 2008; Pinheiro et al., 2017), opplevde de aller fleste studiedeltakerne det motsatte i forbindelse med covid-19. Tilliten og støtten til nærmeste faglige leder var i all hovedsak stor, mens mange uttrykte avstand til overordnet ledelse. Fraværet fra øverste ledelse medførte tilsynelatende større styringsrom for mellomledere, hvilket igjen ga større fleksibilitet og en sterkere «kampkraft». Dette har etter vår oppfatning hatt stor betydning for den store endringsvilligheten og endringskapasiteten denne studien dokumenterer. Nesse beskriver også en mer kollektiv ledelse med en flatere struktur, og i større grad lokalisert i midten av organisasjonen (figur 3-3) i krisesituasjoner (Nesse, 2015). Det horisontale samspillet ble tettere enn tidligere (ledelse i nettverk), mens den vertikale ledelsesaksen for mange ansatte ble lite synlig. En effekt av dette var en sterk forankring for endringene i den utøvende organisasjonen. Krisen skapte en sterk endringsvilje og en «kraft» som ellers ofte ikke er like tydelig i sykehuset. Dynamisk tilpasning ga større implementeringssuksess enn rigid kontroll. Tilsvarende er også beskrevet fra andre krisesituasjoner slik som terrorangrepene i USA i 2001 og i forbindelse med ulike naturkatastrofer (Waugh & Streib, 2006).

Ledelse under kriser karakteriseres av rask håndtering av uforutsette hendelser (K. E. Weick et al., 2008). Flere studiedeltakere fortalte om det som ble opplevd som unødvendige forsinkelser og uklare svar når administrativ ledelse og kriseledelsen skulle involveres. Dette medførte at flere beslutninger som i en normal driftssituasjon ville vært tatt på et overordnet ledernivå ble tatt på mellomledernivå og også til dels også uten involvering av formelle ledere. Handlingsrommet for enhets- og klinikkledere i sykehus som vanligvis oppfattes som trangt (Haugnæss et al., 2018; Hippe & Trygstad, 2012), synes å ha vært betydelig utvidet i forbindelse med covid-19.

Nye uformelle ledere og nærmest parallelle ledelseslinjer oppstod tidlig i prosessen. Dette bar noe preg av tilfeldigheter, der ansatte som kunne frigjøres fra andre oppgaver tok ansvar for nye oppgaver knyttet til covid-19 uten formelle utlysninger eller ansettelser. Noen nye ledere ble utpekt på grunn av kompetanse, mens andre tok ledelse på eget initiativ og makt ble overført nedover i organisasjonen. Dette funnet samsvarer også med andre studier av organisasjoner i kriser (Nesse, 2015) og demonstrerer godt en utvidet ledelseskapasitet i organisasjoner i kriser.

Mange opplevde lavere grad av kontroll og rapportering i forbindelse med covid-19 enn normalt. Selv om mange var fornøyd med å slippe dette, lå også en erkjennelse av en mulighet for misbruk av tillit og individuell opportuniste. Interessant nok var overraskende få opptatt av at lov- og avtaleverk måtte følges.

6.1.7 Styringsverktøy

I ordinær drift er styringsverktøy for arbeidstidsplanlegging, oppgavefordeling og virksomhetsdata i stor grad innført i helsevesenet med intensjon om økt effektivitet og produktivitet, samt sikre rapportering og kontroll mellom ulike ledernivåer.

I studien valgte vi å ha fokus på personaladministrative styringsverktøy. Verktøy som i hovedsak benyttes av ledere (GAT, styringskule og sengeposttavle) var lite påvirket av at organisasjonen var i en krisesituasjon. Tilfredshet med disse verktøyene var tilnærmet uendret.

Arbeidsplanverktøy for den enkelte ansatte (MinGat) kan derimot synes å være lite hensiktsmessig i krisesituasjoner for enkelte yrkesgrupper. Samtlige yrkesgrupper rapporterte om lavere tilfredshet med dette styringsverktøyet under covid-19. Under intervjuene ble dette forklart med at en stor andel i disse gruppene var omdisponert og hadde fått endret arbeidsoppgaver og arbeidssted på svært kort varsel. Systemene ble beskrevet som tidkrevende, ikke oppdaterte og til dels heller ikke tilgjengelige. I krisesituasjonene synes direkte kommunikasjon mellom ansatte og nærmeste leder avgjørende for å kunne ivareta nødvendig fleksibilitet og drift – ikke digitale styringsverktøy.

6.1.8 Arbeidsrett

Arbeidsmiljølovens formål er å sikre trygge ansettelsesforhold og likeverd i arbeidet. I tariffavtalene inngår fagforeninger og arbeidsgiver/-forening avtale om arbeids- og lønnsvilkår. Ferieloven skal sikre at arbeidstaker får sin årlige ferie/fritid. Til tross for at nesten samtlige ansatte oppga at de hadde fått endringer i arbeidshverdagen som følge av covid-19, var det få som opplyste at arbeidstid var betydelig endret. Flere ansatte ble omdisponert til andre enheter, fikk endrede oppgaver, funksjoner og noen fikk endringer i arbeidsplan/turnus. Dette var i stor grad pålagt av arbeidsgiver. Studien viser at få hadde kjennskap – og var lite interessert i - om prosess knyttet til disse endringene var gjort i tråd med gjeldende lov- og avtaleverk noe som også bekreftes i intervjuene. Det forekom brudd på arbeidsmiljølov, men dette fikk liten oppmerksomhet i intervjuene. Endringene som ble gjennomført i forbindelse med covid-19 ble i

stor grad ansett som helt essensielle for liv og helse. For ansatte i helsevesenet var dette klart overordnet byråkratisk regelverk og egen økonomisk vinning. Svært få var opptatt av å få ekstra betalt for ulempene covid-19 medførte.

«Arbeidstiden var vel ikke helt innenfor arbeidsmiljøloven, men jeg er ikke så forferdelig opptatt av disse reglene. Jeg gjør det som må gjøres»

7 Styrker og svakheter

Denne studiens kanskje viktigste styrke er blant annet at den inkluderte svært mange ansatte i Klinikk for somatikk, Arendal. Responsraten ved spørreundersøkelsen var overraskende høy, spesielt blant legene som tradisjonelt har vært vanskelige å motivere til å delta i denne typen studier. Likedan var det få ansatte som ble trukket ut til å delta på fokusgruppeintervju som ikke hadde mulighet til å delta. Videre ble studien gjennomført mens krisesituasjonen pågikk slik at oppfatninger og meninger i begrenset grad fikk mulighet til å påvirkes av tiden. Studien kombinerte også kvantitative data med kvalitative data, hvilket burde gi gode muligheter til å belyse problemstillingens kompleksitet.

Studiens største svakhet ligger i at den kun omhandler en klinikk i ett sykehus. Lokale forhold, betingelser og tradisjoner kan i stor grad ha påvirket resultatene og overføringsverdien til andre sykehus og til andre type organisasjoner er begrenset. Vi valgte å ikke benytte validerte spørreskjema i studien. Dette valget ble gjort fordi egnet spørreskjema tilpasset en pandemisituasjon ikke var tilgjengelig og fordi studien var avhengig av høy responsrate. Erfaringsmessig er responsraten lavere, spesielt hos legene, ved mer generelle spørreundersøkelser.

Alle forfatterne er ansatt i samme klinikk og har i ulik grad vært involvert i håndteringen av endringene i forbindelse med covid-19. Selv om vi har forsøkt å videreformidle objektive kvantitative data vil uansett fortolkningen være påvirket av våre egne meninger, erfaringer og opplevelser.

Covid-19 pandemien pågår i skrivende stund fremdeles. De endelige konklusjonene vedrørende endringene og tiltakene gjennomført i Klinikk for somatikk, Arendal i forbindelse med covid-19 er følgelig ikke mulige å trekke nå.

8 Konklusjoner

Ansatte i Klinikk for somatikk, Sørlandet sykehus Arendal viste høy grad av endringskapasitet og endringsvillighet i forbindelse med krisesituasjonen covid-19. Viktige årsaker til dette var utbredt forståelse av, enighet i og lojalitet til endringene hos nesten samtlige ansatte. «Dugnadsånden» og «kampviljen» var stor og det forelå en sterk opplevelse av at endringene hastet å få gjennomført. Covid-19 måtte håndteres samtidig med, og i tillegg til, ivaretagelse av øvrige pasientgrupper og iverksatte endringer i denne krisesituasjonen ble allment forstått som «viktig, riktig og god».

Nesten samtlige ansatte fikk endringer i sin arbeidshverdag som arbeidstid, arbeidsoppgaver og arbeidssted. Formelle avtaler om varsling av endret arbeidstid, avvikling av ferie og riktig lønn var underordnet og lite viktig og det forelå høy grad av aksept for å bryte bestemmelsene i lov- og avtaleverk. Digitale styringsverktøy hadde minimal betydning og ansatte opplevde at økonomi ikke var til hinder for endringer.

Utøvende ledelse ble samlet sentralt i organisasjonen, hovedsakelig hos enhets- og avdelingsledere med profesjonsbakgrunn. Nye uformelle ad-hoc ledere oppstod, leder med medisinsk profesjonsbakgrunn fikk større styringsrom, mens klinikk- og kriseledelse inntok en langt mer tilbaketrukket og mindre synlig rolle. Klinikk- og kriseledelsen ble oppfattet som delvis fraværende og med for langsom beslutningshastighet. Økt styringsrom i midten av organisasjonen ga økt fleksibilitet og sterk «dugnadsvilje» - muligens på bekostning av økonomisk kontroll og rapportering. Nærmeste leder ble sett på som viktigste informasjonskilde og direkte og muntlig informasjon var avgjørende.

Opplevelsen av manglende kriseplaner, usynlig og fraværende kriseledelse, uklare strategier og skiftende kommunikasjonsformer fikk likevel liten betydning. Den kollektive vilje til krisehåndtering var sterk, ansatte iverksatte endringer på eget initiativ og fagprofesjonene overtok utøvende ledelse.

Krisesituasjonen covid-19 medførte for Sørlandet sykehus har gitt oss ny kunnskap om endringsvillighet, endringskapasitet og endringsledelse – en kunnskap vi håper kan benyttes ved planlagte endringer etter at denne krisen er over.

9 Referanser

- Andrews, T., & Gjertsen, H. (2014). *Sykepleieledere og ledelse*. Retrieved from
- Ansell, C., Boin, A., & Keller, A. (2010). Managing Transboundary Crises: Identifying the Building Blocks of an Effective Response System. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 18(4), 195-207. doi:10.1111/j.1468-5973.2010.00620.x
- Arbeidsmiljøloven. (2006). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/innsikt/arbeidsmiljolooven/id447107/>
- Balogun, J., & Hailey, V. H. (2008). *Exploring strategic change*. Essex: Pearson Education.
- Berg, O. (2005). *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske legeforening.
- Bjaalid, G. (2018). *Et sic operatur? Effekten av organisatoriske endringer i sykehussektoren*. (PhD). Universitetet i Stavanger, Stavanger.
- Burke, W. W. (2002). *Organization change: Theory and practice*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Burnes, B. (2004). *Managing change: A strategic approach to organisational dynamics*. Essex: Person Education.
- Drabek, T. (1987). *The Professional Emergency manager*. Colorado: University of Colorado, Institute for Behavioral Science.
- DuBrin, A. J. (2013). *Handbook of Research on Crisis Leadership in Organizations*. Glos, UK: Edward Elgar Publishing.
- Ekeland, E. (2019). *R12020712 Førstelinjeledere i norske sykehus - en kunnskapsoppsummering*. Retrieved from Oslo:
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, D. (2005). THE NONSPREAD OF INNOVATIONS: THE MEDIATING ROLE OF PROFESSIONALS. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.
- Fokusgruppeintervju. (2019). Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/fokusgruppeintervju>
- Ghauri, P. G., K. (2005). *Research Methods in Business Studies*: Pearson Education Limited.
- Greiner, L. E. (1997). Evolution and Revolution as Organizations Grow: A company's past has clues for management that are critical to future success. *Family Business Review*, 10(4), 397-409. doi:10.1111/j.1741-6248.1997.00397.x
- Hannah, S. T., Uhl-Bien, M., Avolio, B. J., & Cavarretta, F. L. (2009). A framework for examining leadership in extreme contexts. *The Leadership Quarterly*, 20(6), 897-919.
- Haugnæss, G., Ekeland, E., Schjetne, T., & Lohne, J. A. (2018). *Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene*. Retrieved from
- Hippe, J. M., & Trygstad, S. C. (2012). *Ti år etter: ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Retrieved from Oslo:
- Insentiv, Store norske leksikon. *Store Norske leksikon*.
- Jacobsen, D. I. (2012). *Organisasjonsendring og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kjekshus, L. E., & Bernstrøm, V. (2010) Helseforetakenes interne organisering og ledelse (INTORG 2009). In, *Skriftserie 2010: 4.: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi*, Universitetet i Oslo.
- Kjekshus, L. E., Byrkjeflot, H., & Torjesen, D. O. (2013). Organisering og ledelse av sykehusene etter NPM - legenes tilbaketrekking? In *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. (pp. 105-119): Gyldendal Akademisk.
- Kotter, J. P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.
- Kragh Jespersen, P., & Wrede, S. (2009). The changing autonomy of the Nordic Medical profession. In M. J., K. Vrangbæk, & R. Saltman (Eds.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire: Mc Graw Hill, Open University Press.
- Langley, A., & Stensaker, I. (2012). Longitudinal research and analysis. In I. G. Symon & C. Cassell (Eds.), *Qualitative Organizational Research - Core Methods and Current Challenges* (pp. 149-169). London: Sage Publications.
- Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts and field theory in social science*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Lossius, K. (2020). Bullshit-jobbene. In. nrk.no.
- Lov om ferie. (1998). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1988-04-29-21>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations : a synthesis of the research / Henry Mintzberg*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Moynihan, D. P. (2008). Learning under Uncertainty: Networks in Crisis Management. *Public Administration Review*, 68(2), 350-365. doi:10.1111/j.1540-6210.2007.00867.x
- Nesse, S. (2015). Hva kan vi lære fra kriseledelse om endringsledelse? *Magma*, 7, 76-84.
- Pearson, C. M., & Mitroff, I. I. (1993). From crisis prone to crisis prepared: A framework for crisis management. *The Academy of management executive*, 7(1), 48-59.
- Pinheiro, R., Aarveaara, T., Berg, L. N., Geschwind, L., & Torjesen, D. O. (2017). Strategic Mergers in Public Sector. Comparing Universities and Hospitals. In Tarba, Cooper, & Sarala (Eds.), *Mergers and Acquisitions in Practice*: Routledge.
- Røyknes, K. (2009). Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener? *Sykepleien*, 3, 224-226. doi:10.4220/sykepleienf.2008.0081
- Salamon, L. M. (2002). *The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction*: Fordham University School of Law.
- Skjønberg, A. N., Hognestad, E., & Hotvedt, M. J. (2017). Individuell arbeidsrett (2. utg). Oslo: Gyldendal.
- Strand, T. (2018). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Torjesen, D. O. (2020). Ledelse og styring i offentlig sektor og i ekspertorganisasjoner. ORG 937 Ledelse og reformer i helsetjenesten. In.
- Torjesen, D. O., Byrkjeflot, H., & Kjekshus, L. E. (2011). Ledelse i helseforetakene - en gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus. In *Kunnskap om ledelse - Festskrift for Torodd Strand* (pp. 89-108): Fagbokforlaget.
- Van De Ven, A., & Poole, M. S. (1995). Explaining Development and Change in Organizations. *Academy of Management Review*, 20(3), 510-540. doi:10.5465/amr.1995.9508080329
- Waugh, W. L., & Streib, G. (2006). Collaboration and Leadership for Effective Emergency Management. *Public Administration Review*, 66(s1), 131-140. doi:10.1111/j.1540-6210.2006.00673.x
- Weick, K. (1979). *Tie social psychology of organizing.*: Reading, MA: Addison-Wesley.

- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2008). Organizing for high reliability: Process of collective mindfulness. *Crisis management*, 3, 81-123.
- Yukl, G. (2006). *Leadership in organizations*. NJ: Prentice Hall: Upper Saddle River.
- Øgård, M. (2018). [Forelesningsfoiler – styringsverktøy i offentlig sektor ORG929. Universitetet i Agder].

10 Vedlegg

10.1 Godkjenning Norsk Senter for forskningsdata (NSD)

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Endringsvillighet i sykehus ved COVID19 pandemi -Endringsledelse i krisetid ved Sørlandet sykehus Arendal

Referansenummer

704902

Registrert

01.04.2020 av Jarle Jortveit - jarle.jortveit@gmail.com

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Dag Olaf Torjesen, dagoo.torjesen@uia.no, tlf: 90129948

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Jarle Jortveit, jarle.jortveit@sshf.no, tlf: 99450714

Prosjektperiode

15.04.2020 - 31.12.2021

Status

02.04.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

02.04.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet

den 02.04.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere

med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (last 1)

10.2 Spørreundersøkelse

Kjære medarbeider i Klinikk for somatikk, Arendal

I forbindelse med COVID19 gjennomføres en undersøkelse av evnen til omstilling og endring i sykehuset. Undersøkelsen gjøres i samarbeid med Universitetet i Agder og er forankret i Forskningsenheten ved Sørlandet Sykehus.

Din tilbakemelding vil være av stor betydning for å evaluere og forbedre vår evne til omstilling og endring i krisesituasjoner.

Undersøkelsen tar ca. 10 minutter og er fullstendig anonym.

Ta kontakt ved eventuelle spørsmål.

Tusen takk for at du bidrar!

Med vennlig hilsen

Jarle Jortveit, seksjonsoverlege Kardiologi

Marit Nyhus, avdelingsleder Merkantil avdeling

Therese Berås, enhetsleder Merkantil avdeling

Bakgrunn

Hvilken yrkesgruppe tilhører du?

(1) Lege i spesialisering

- (2) Sykepleier
- (3) Overlege
- (4) Hjelpepleier
- (5) Helsesekretær/merkantilt ansatt
- (6) Annen yrkesgruppe
- (7) Administrasjon/klinikkledelse

Hvilket fagområde jobber du innen?

- (1) Kirurgiske fag
- (2) Medisinske fag
- (3) Felles avdeling/enhet
- (4) Annen

Din alder?

Kjønn?

- (1) Kvinne
- (2) Mann

Sivilstatus?

- (1) Enslig
- (2) Gift/samboer/partner
- (3) Annet
- (4) Enke/enkemann

Har du omsorgsansvar for andre hjemme?

- (1) Omsorg for barn <12 år
- (2) Omsorg for barn ≥12 år
- (3) Omsorg for foreldre
- (4) Ikke omsorgsansvar

Hvor lenge har du vært ansatt ved SSA?

- (1) <1 år
- (2) 1-2 år
- (3) 3-5 år
- (4) 6-10 år
- (5) >10 år

Er du fast ansatt?

- (2) Nei
- (1) Ja
- (9) Vet ikke

Er du nyansatt som ekstra bemanning/ekstrahjelp i forbindelse med COVID19?

- (2) Nei
- (1) Ja
- (9) Vet ikke

Har du formelt lederansvar/er du ansatt i en lederstilling med personalansvar?

- (2) Nei
- (1) Ja
- (3) Vet ikke

Har du formelt lederansvar/er du ansatt i en lederstilling uten personalansvar?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (9) Vet ikke

Dersom du har personalansvar, hvor mange er du leder for?

- (1) Har ikke personalansvar
- (2) <5
- (3) 5-10
- (4) 11-20
- (5) 21-50
- (6) >50

Endringer i din arbeidshverdag i forbindelse med COVID19

I hvor stor grad har COVID19 påvirket din arbeidshverdag?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Ingen endring
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Veldig store endringer

Arbeidstid

Har du økt eller redusert arbeidstid i forbindelse med COVID19?

- (1) Ingen endring
- (2) Jobber mer
- (3) Jobber mindre

Dersom du jobber mer, angi omtrent hvor mange timer utover din ordinære arbeidstid per uke (skriv 0 dersom du ikke jobber mer)

—

Dersom du jobber mindre, angi omtrent hvor mange timer mindre enn din ordinære arbeidstid per uke (skriv 0 dersom du ikke jobber mindre)

—

Dersom du har økt/ redusert arbeidstid, er dette frivillig eller pålagt?

- (9) Har ikke endret arbeidstid
- (1) Frivillig

(2) Pålagt

Dersom du har økt/redusert arbeidstid, er arbeidsplan/turnus endret?

(9) Har ikke endret arbeidstid

(1) Ja

(2) Nei

(3) Vet ikke

Dersom du har økt/redusert arbeidstid, ble dette varslet i henhold til gjeldende frister i avtaleverket?

(4) Har ikke endret arbeidstid

(1) Ja

(2) Nei

(3) Vet ikke

Dersom du har økt/redusert arbeidstid, er lønn endret tilsvarende?

(4) Har ikke endret arbeidstid

(1) Ja

(2) Nei

(3) Vet ikke

Har økt/redusert arbeidstid medført brudd på Arbeidsmiljøloven?

(1) Har ikke endret arbeidstid

(2) Har endret arbeidstid, men det har IKKE medført brudd på

Arbeidsmiljøloven

(3) Har endret arbeidstid og det har medført brudd på Arbeidsmiljøloven

(4) Vet ikke

Har du endret arbeidsplan/turnus (flyttet vakter uten endring i total arbeidstid) i forbindelse med COVID19?

(1) Nei

(2) Ja

(4) Vet ikke

Dersom du har endret arbeidsplan/turnus, er dette frivillig eller pålagt?

- (4) Har ikke endret arbeidsplan/turnus
- (1) Frivillig
- (2) Pålagt
- (3) Vet ikke

Dersom du har endret arbeidsplan/turnus, ble dette varslet i henhold til gjeldende frister i avtaleverket?

- (4) Har ikke endret arbeidsplan/turnus
- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Dersom du har endret arbeidsplan/turnus, er lønn endret tilsvarende?

- (4) Har ikke endret arbeidsplan/turnus
- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Har endret arbeidsplan/turnus medført brudd på Arbeidsmiljøloven?

- (1) Har ikke endret arbeidsplan/turnus
- (2) Ja
- (3) Nei
- (4) Vet ikke

Har du endret/avlyst/utsatt ferie på grunn av COVID19?

- (1) Nei
- (2) Ja - etter eget ønske
- (3) Ja - pålagt av arbeidsgiver
- (4) Vet ikke

Arbeidsoppgaver

Har du endret arbeidsoppgaver som følge av COVID19?

- (2) Nei
- (1) Ja
- (9) Vet ikke

I hvilken grad er din arbeidsmengde endret som følge av COVID19?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Mye mindre arbeidsmengde
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Uendret arbeidsmengde
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Mye større arbeidsmengde

Dersom du har endret arbeidsoppgaver, er dette frivillig eller pålagt?

- (4) Har ikke endret arbeidsoppgaver
- (1) Frivillig
- (2) Pålagt
- (3) Vet ikke

Dersom du har endret arbeidsoppgaver, er arbeidsplan/turnus endret?

- (4) Har ikke endret arbeidsoppgaver
- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Dersom du har endret arbeidsoppgaver, i hvilken grad opplever du at du mestrer dine nye oppgaver?

- (0) 0 Har ikke endret oppgaver
- (1) 1 Mestrer ikke
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Mestrer delvis
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Mestrer godt

Dersom du har endret arbeidsoppgaver, i hvilken grad fikk du opplæring i nye oppgaver?

- (0) 0 Har ikke endret oppgaver
- (1) 1 Fikk ingen opplæring
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Fikk litt opplæring
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Fikk omfattende opplæring

Dersom du har endret arbeidsoppgaver, i hvilken grad fikk du påvirke dette?

- (0) 0 Har ikke endret oppgaver
- (1) 1 Ingen påvirkning
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Litt påvirkning
- (6) 6

- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Stor grad av påvirkning

Har du opplevd at noen av dine arbeidsoppgaver er overført til andre yrkesgrupper i forbindelse med COVID19?

- (1) Nei
- (2) Ja
- (3) Vet ikke

Dersom noen av dine arbeidsoppgaver er overført til andre yrkesgrupper, i hvilken grad opplever du det som hensiktsmessig/bra?

- (0) 0 Har ikke endret oppgaver
- (1) 1 Ikke hensiktsmessig
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis hensiktsmessig
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Svært hensiktsmessig

Har du fått nye arbeidsoppgaver fra andre yrkesgrupper i forbindelse med COVID19?

- (1) Nei
- (2) Ja
- (3) Vet ikke

Dersom du har fått nye arbeidsoppgaver fra andre yrkesgrupper, i hvilken grad opplever du det som hensiktsmessig/bra?

- (0) 0 Har ikke endret oppgaver
- (1) 1 Ikke hensiktsmessig

- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis hensiktsmessig
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Svært hensiktsmessig

Arbeidssted

Har du endret arbeidssted (internt på SSA)?

- (1) Nei
- (2) Ja
- (4) Vet ikke

Dersom du har endret arbeidssted, er dette frivillig eller pålagt?

- (4) Har ikke endret arbeidssted
- (1) Frivillig
- (2) Pålagt
- (3) Vet ikke

Dersom du har endret arbeidssted, er arbeidsplan/turnus endret?

- (4) Har ikke endret arbeidssted
- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Har du hatt hjemmekontor?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Dersom du har hatt hjemmekontor, i hvilken grad opplevde du at du kunne gjøre dine arbeidsoppgaver?

- (0) 0 Ikke hjemme-kontor
- (1) 1 Hjemme-kontor, men fikk ikke gjort noe
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Utførte noen arbeidsoppgaver
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Hjemmekontor fungerte svært bra

Dersom du har hatt hjemmekontor, men ikke fikk utført dine arbeidsoppgaver - hva mener du årsakene til dette var?

- (1) Har ikke hatt hjemmekontor
- (2) Mine arbeidsoppgaver egner seg ikke for hjemmekontor
- (3) Manglende IT utstyr/løsninger
- (4) Forstyrrelser/manglende arbeidsro
- (5) Andre årsaker

Mener du at det i større grad burde vært tilrettelagt for hjemmekontor i forbindelse med COVID19?

- (2) Nei
- (1) Ja
- (3) Vet ikke

Styringsverktøy

Benytter du GAT for å planlegge personal/drift/oppgaver i din enhet?

- (5) Bruker ikke GAT/ikke min oppgave
- (2) Ja

(4) Vet ikke

Dersom du bruker GAT, i hvilken grad synes du dette fungerer i ordinær drift?

(0) 0 Bruker ikke GAT

(1) 1 Fungerer svært dårlig

(2) 2

(3) 3

(4) 4

(5) 5 Brukbar

(6) 6

(7) 7

(8) 8

(9) 9

(10) 10 Fungerer meget bra

Dersom du bruker GAT, i hvilken grad synes du dette har fungert i COVID19 perioden?

(0) 0 Bruker ikke GAT

(1) 1 Fungere mye dårligere enn vanlig

(2) 2

(3) 3

(4) 4

(5) 5 Fungerte som vanlig

(6) 6

(7) 7

(8) 8

(9) 9

(10) 10 Fungerte mye bedre enn vanlig

Benytter du MinGAT for å vite når du skal jobbe/hva du skal gjøre?

(2) Nei

(1) Ja

(9) Vet ikke

Dersom du bruker MinGAT, i hvilken grad synes du dette fungerer i ordinær drift?

- (0) 0 Benyttes ikke
- (1) 1 Fungerer svært dårlig
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Brukbar
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Fungerer meget bra

Dersom du bruker MinGAT, i hvilken grad synes du dette har fungert i COVID19 perioden?

- (0) 0 Benyttes ikke
- (1) 1 Har fungert mye dårligere enn vanlig
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Har fungert som vanlig
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Har fungert mye bedre enn vanlig

Benytter du Styringskuben for oppfølging av drift i din enhet?

- (1) Nei
- (2) Ja
- (4) Vet ikke

Dersom du bruker Styringskuben, i hvilken grad synes du dette fungerer i ordinær drift?

- (0) 0 Benyttes ikke av meg

- (1) 1 Fungerer svært dårlig
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Brukbar
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Fungerer meget bra

Dersom du bruker Styringskuben, i hvilken grad synes du dette har fungert i COVID19 perioden?

- (0) 0 Benyttes ikke av meg
- (1) 1 Har fungert mye dårligere enn vanlig
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Har fungert som vanlig
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Har fungert mye bedre enn vanlig

Benytter du Sengeposttavle i din enhet?

- (1) Nei
- (2) Ja
- (4) Vet ikke

Dersom du bruker Sengeposttavle, i hvilken grad synes du dette fungerer i ordinær drift?

- (0) 0 Benyttes ikke av meg
- (1) 1 Fungerer svært dårlig
- (2) 2

- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Brukbart
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Fungerer meget bra

Dersom du bruker Sengeposttavle, i hvilken grad synes du dette har fungert i COVID19 perioden?

- (0) 0 Benyttes ikke av meg
- (1) 1 Har fungert mye dårligere enn vanlig
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Har fungert som vanlig
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (19) 10 Har fungert mye bedre enn vanlig

Lederfunksjoner

Har du fått nye lederfunksjoner/-ansvar i forbindelse med COVID19?

- (1) Nei
- (2) Ja - har formelt fått nye lederfunksjoner/-ansvar
- (4) Ja - men dette er ikke formalisert
- (3) Vet ikke

Dersom du har fått lederfunksjoner/-oppgaver, har du blitt pålagt dette?

- (1) Har ikke lederfunksjoner/-oppgaver

- (2) Har blitt bedt om å ta lederoppgaver/-funksjoner
- (3) Har blitt beordret å ta lederoppgaver/-funksjoner
- (4) Har selv tatt initiativ til å overta lederoppgaver/-funksjoner
- (5) Vet ikke

Dersom du er leder, har du endret ditt ansvarsområde i forbindelse med COVID19?

- (1) Er ikke leder
- (2) Ja
- (3) Nei
- (4) Vet ikke

Dersom du er leder, har sammensetningen av kompetanse endret seg i din enhet i forbindelse med COVID19?

- (1) Er ikke leder
- (2) Ja
- (3) Nei
- (4) Vet ikke

Dersom du er leder, har du omdisponert ansatte til andre oppgaver/funksjoner i forbindelse med COVID19?

- (1) Er ikke leder
- (2) Ja - internt i min enhet
- (5) Ja - til andre enheter
- (3) Nei
- (4) Vet ikke

Hvordan opplever du at klinikkledelsen har håndtert endringene ved klinikk somatikk SSA i forbindelse med COVID19?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Svært dårlig
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Bra

- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Svært godt

I hvilken grad mener du at din nærmeste leder har håndtert endringene i din enhet i forbindelse med COVID19?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Svært dårlig
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Bra
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Svært godt

Endringsvillighet og endringsevne

COVID19 har medført en rekke faglige og praktiske endringer i pasientbehandling og administrative rutiner. Totalt sett, i hvilken grad er du ENIG i tiltakene som er gjennomført?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Helt uenig
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis enig
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9

(10) 10 Helt enig

COVID19 har medført en rekke faglige og praktiske endringer i pasientbehandling og administrative rutiner. Totalt sett, i hvilken grad er du LOJAL (følger) mot tiltakene som er gjennomført?

(0) 0 Vet ikke

(1) 1 Bryr meg ikke - gjør som jeg pleier

(2) 2

(3) 3

(4) 4

(5) 5 Følger noe nye rutiner, men ikke alle

(6) 6

(7) 7

(8) 8

(9) 9

(10) 10 Følger lojalt alle nye pålegg og rutiner

Hva mener du var viktigste motivasjon/drivkraft bak endringene i forbindelse med COVID19?

(1) Økonomi (spare penger)

(2) Smittevern

(4) Frykt

(7) Beskjed fra sentrale myndigheter

(6) Andre årsaker

(5) Vet ikke

Ble du godt informert om årsakene/hensiktene med alle endringene i forbindelse med COVID19?

(0) 0 Vet ikke

(1) 1 Nei, i svært liten grad

(2) 2

(3) 3

(4) 4

(5) 5 Delvis

(6) 6

(7) 7

- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Ja, i svært stor grad

Forsto du hvorfor endringene i forbindelse med COVID19 ble gjennomført?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Nei, i svært liten grad
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Ja, i svært stor grad

Opplevde du at dine nærmeste kolleger forsto hensikten med endringene i forbindelse med COVID19?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Nei, i svært liten grad
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Ja, i svært stor grad

Opplevde du at din nærmeste leder fikk støtte i enheten til å gjennomføre endringene i forbindelse med COVID19?

- (0) 0 Vet ikke

- (1) 1 Nei, i svært liten grad
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Ja, i svært stor grad

Opplevde du støtte til endringene i forbindelse med COVID19 blant dine nærmeste kolleger?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Nei, i svært liten grad
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Ja, i svært stor grad

I hvilken grad ble du involvert/fikk påvirke endringene i forbindelse med COVID19?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Ikke i det hele tatt
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis
- (6) 6
- (7) 7

- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 I stor grad

Oppfattet du at endringene i forbindelse med COVID19 ble evaluert underveis?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Nei, i svært liten grad
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Ja, i svært stor grad

Har du endret holdning til endringer gjennomført under COVID19?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Nei, i svært liten grad
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Ja, i svært stor grad

Har du blitt mer eller mindre enig i de gjennomførte endringene i forbindelse med COVID19 underveis?

- (1) Ingen forskjell

(2) Mindre enig

(3) Mer enig

Kriseledelse

Vet du hvem som er medlem av lokal kriseledelse ved SSA i forbindelse med COVID19?

(1) Vet ikke

(2) Nei

(4) Tror det

(3) Ja

Hvordan opplever du informasjon fra lokal kriseledelse til deg som ansatt i forbindelse med COVID19?

(0) 0 Vet ikke

(1) 1 Svært dårlig

(2) 2

(3) 3

(4) 4

(5) 5 Brukbar

(6) 6

(7) 7

(8) 8

(9) 9

(10) 10 Veldig bra

Hvilken informasjonskanal opplever du at fungerer best mellom lokal kriseledelse og ansatte i forbindelse med COVID19?

(1) Intranett

(2) E-post

(3) Informasjonsmøter

(4) Muntlig informasjon i linjen

(5) Sosiale medier/grupper (Facebook e.l.)

(6) Andre

(7) Vet ikke

Vet du hvordan du skal formidle dine innspill/oppfatninger tilbake til lokal kriseledelse i forbindelse med COVID19?

- (1) Nei
- (2) Ja

Vet du hvordan du skal formidle dine innspill/oppfatninger tilbake til nærmeste leder i forbindelse med COVID19?

- (1) Nei
- (2) Ja

Har du fått tilbakemeldinger på dine innspill/oppfatninger i forbindelse med COVID19 fra din nærmeste leder?

- (0) 0 Har ikke gitt innspill
- (1) 1 Ingen tilbakemelding
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis tilbakemelding
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 God tilbakemelding

Har du opplevd at økonomi hindrer gjennomføring av anbefalte endringer relatert til COVID19?

- (1) Nei
- (2) Ja
- (4) Vet ikke

Har du opplevd at manglende tilgang til/mulighet til å skaffe utstyr hindrer gjennomføring av anbefalte endringer relatert til COVID19?

- (1) Nei
- (2) Ja

(4) Vet ikke

COVID19

Har du vært eksponert for COVID19 smitte fra andre ansatte eller pasienter?

(2) Nei

(1) Ja

(3) Vet ikke

Vet du hvordan du skal forholde deg i smittesituasjoner for å unngå å bli eksponert for COVID19?

(2) Nei

(1) Ja

(3) Vet ikke

(4) Ikke aktuelt i min jobb

Har du fått god opplæring i håndtering av smittesituasjoner som oppstår som følge av COVID19?

(2) Nei

(1) Ja

(3) Vet ikke

(4) Ikke aktuelt i min jobb

Har du tilgang til anbefalt smittevernutstyr i de situasjoner der dette er anbefalt?

(2) Nei

(1) Ja

(3) Vet ikke

(4) Ikke aktuelt i min jobb

Har du opplevd at nye smittevernrutiner har forsinket eller forhindret annen diagnostikk eller behandling?

(2) Nei

(1) Ja

(3) Vet ikke

(4) Ikke aktuelt i min jobb

Er du bekymret for selv å bli smittet av COVID19 på jobb?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Nei
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Ja

I hvilken grad føler du deg redd/utrygg på jobb på grunn av COVID19?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 I svært liten grad
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 Delvis
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 I stor grad

I hvilken grad hadde du følt deg trygg på at du fikk god utredning, behandling og pleie dersom du selv ble pasient ved SSA i COVID19 perioden (uansett sykdom)?

- (0) 0 Vet ikke
- (1) 1 Veldig utrygg
- (2) 2
- (3) 3

- (4) 4
- (5) 5 Trygg
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10 Veldig trygg

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen!

Gi gjerne ytterligere kommentarer til håndteringen av COVID19 ved SSA dersom du ønsker

10.3 Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Endringsvillighet i sykehus ved COVID19 pandemi

Endringsledelse i krisetid ved Sørlandet sykehus Arendal

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke endringsvillighet i sykehus ved COVID19 pandemien. Undersøkelsen av Universitet i Agder og Sørlandet sykehus HF. Universitetet i Agder er forskningsansvarlig institusjon.

Hva innebærer PROSJEKTET?

Studien medfører deltakelse i et intervju om endringer ved Sørlandet sykehus relatert til COVID19.

I prosjektet vil vi innhente og registrere følgende opplysninger om deg: navn og yrkesgruppe

Mulige fordeler og ulemper

Studien vil kunne bidra til bedre forståelse for kriseledelse i sykehus. Studien medfører at du må bruke tid på et intervju (inntil 30 minutter).

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Jarle Jortveit, tlf. 99450714, jarle.jortveit@sshf.no

Hva skjer med OPPLYSNINGENE om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektmedarbeidere som har tilgang til denne listen. Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Økonomi

Deltakelse i studien er frivillig og du vil ikke får økonomisk kompensasjon for deltakelsen.

Godkjenning

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig institusjon Universitetet i Agder ved prosjektleder Dag Olaf Torjesen ansvaret for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr. 2 og ditt samtykke.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Jarle Jortveit, tlf. 99450714, jarle.jortveit@sshf.no.no

Jeg samtykker til å delta i prosjektet, og til at mine personopplysninger brukes slik det er beskrevet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

10.4 Intervjuguide

Endringsvillighet og endringskapasitet under Covid-19 pandemien Endringsledelse i krisetid ved Sørlandet sykehus Arendal

Intervjuguide

1. Intervjupersonens bakgrunn ved avdelingene
 - a. Yrkesgruppe
2. Hvilke endringer har du opplevd i din arbeidshverdag som følge av COVID19 og hva synes du om disse endringene?
 - a. Organisatoriske?
 - b. Arbeidsoppgaver?
 - c. Rutiner?
 - d. Faglige?
 - e. Arbeidsavtaler, tjenesteplaner, ferie?
 - f. Etske?
3. Følgende punkter fremholdes ofte som viktige ved organisasjonsendringer. I hvilken grad opplevde du at disse ble etterlevd i denne situasjonen?
 - a. En felles erkjennelse av at organisasjonsendringen er viktig og at det haster
 - b. En sterk og styringsdyktig ledelse med oppslutning fra «grasrota» i organisasjonen
 - c. En klar visjon og en strategi for å nå visjonen
 - d. Tydelig kommunikasjon av visjonen og strategien til hele organisasjonen
 - e. God etterlevelse av visjonen og strategien i hele organisasjonen
 - f. Synlige og oppnåelige delmål underveis i endringen
 - g. Konsolidering av endringene underveis
 - h. Synliggjøring av den positive nytten av organisasjonsendringene underveis i prosessen.
4. Dersom du opplevde motstand mot endringene (enten hos deg selv eller hos dine kolleger) hva tror du årsaken(e) til motstanden var?
5. Hva mener du skulle vært gjort annerledes for å lykkes bedre med endringene?

10.5 Transkriberte intervjuer

Hvilke endringer og hvordan har du opplevd din arbeidshverdag som følge av COVID19?

NN: Alt tar mye lengre tid! Alle pasienter tar lengre tid pga. isolasjonskrav, tester, svartid osv. Alle som screenes positiv for covid har vi svartid på før avklart og dette tar tid å håndtere.

NN: Jeg er for min del omdisponert. Dette er noe helt annet. Omdisponeringen var frivillig. Jeg må jo si at dette er en spesiell tid.

NN: Det er total endring i arbeidsoppgaver, ansvar og alt. Det var i stor grad frivillig (*hever skuldrene og slår ut med armene*) for alt som opprinnelig var planlagt var ikke gjennomførbart i denne situasjonen.

NN: Jeg har fått ny turnus (*nikker*). Prosessen rundt dette ble ivaretatt og vi ble både involvert og varslet. Turnus er innenfor på timetall/uke.

NN: Jeg er også omdisponert frivillig - jeg var tilgjengelig. Arbeidstiden var vel ikke helt innenfor arbeidsmiljøloven (*smiler*), men jeg er ikke så forferdelig opptatt av disse reglene. Jeg gjør det som må gjøres.

NN: Den første uka ble det jobbing utover rammene i arbeidsmiljøloven, men så fikk vi flyt og nå er det ikke nødvendig å jobbe så mye.

NN: Jeg tror sånn generelt sett så gjør vi det som må gjøres (*hever skuldrene*). Det er lett å forstå de endringene som gjøres. Jeg var tidligere usikker på hva dette kom til å bli når vi så hva som foregikk i Italia og Spania (*rynker panna*).

NN: Vi har stor forståelse for tiltakene som er gjort for å ivareta smittevern (*braker hendene*). Vi så de første ukene at det var mange som røk ut i karantene og når folk så det så skjønner vi at tiltakene er nødvendig. Det er fortsatt noe murring enkelte steder om det er nødvendig å isolere disse pasientene, men vi kan ikke si at det er noe motstand, nei.

NN: Nei, vi ser en sjelden unison mobilisering. Veldig lite motstand.

NN: Det er ikke en alltid felles erkjennelse om hva som er viktig og hva som haster. Alle vi som jobber sammen så at her må vi gjøre noe og dette må skje fort. Men alt stoppet to nivå over oss og ingenting skjedde. I Kristiansand hadde de løsninger på plass og i full drift i løpet av den første uka, mens hos oss tok den en måneds tid (*ristet på hodet, peker oppover*). Ingenting skjedde og ingen kommunikasjon ovenfra på hva som er planen og hva skal vi gjøre. Det var stor innsats på gulvet og behovet ble meldt oppover, men det virker som det ligger et stort ullteppe på toppen (*braker hendene*) og ingenting skjedde. Særlig merkbart i begynnelsen med informasjonsflyten man ikke fikk grep på. (*de andre nikker mens NN snakker*)

NN: Nei, informasjonsflyten har vært et savn – ikke på nærmeste nivå, men over der. Vi står og venter på hva som skal skje og gjennomføring (*ser på hverandre*). Vi har en ledelse som handler sånn at det blir store forskjeller mellom sykehusene i samme organisasjon.

NN: Vi vet ikke hva som foregår på nivåene over oss. Det kan godt være at det var mange gode diskusjoner og god planlegging, men nedenfra og opp virket det som at det ikke skjedde noenting.

NN: Vi sammenligner oss med hva som ble gjort på vårt nivå og hva som ble gjort andre steder. Helt opp på nasjonalt nivå så var det viktig å få på plass tiltakene, men hos oss virket det vanskelig å få på plass de tiltakene som var tenkt (*alle nikker, rister på hodet og ser på hverandre mens NN snakker*).

NN: De fleste store og mellomstore sykehus har fått på plass fremskutt triage med telt eller lignende i god tid, men dette var noe som vi ikke fikk til – det tok veldig lang tid. Basale ting kom ikke på plass fort nok.

NN: Det var innlysende hva som måtte på plass fort.

NN: Jeg vet ikke hvor problemet ligger (*rynker panna*), men jeg har en følelse av at helsepersonell har snudd seg og gjort det, men så møter vi litt sånn formalistiske hindringer. Det har vært en diskusjon pågående i flere uker nå og jeg sitter og er usikker på om er disse personene er innforstått med at vi er i en ny situasjon? Eller følger de det som de ville gjort hvis det var en vanlig henvendelse? Vi henvendte oss til Sivilforsvaret og ble møtt med at dette ikke er en krise, altså ingen nasjonal krisesituasjon. Tilbakemeldingen er at dere må bruke private, kommersielle aktører først. Her kommer dette med at helsepersonell gjør det de får beskjed om og snur seg, men så er det noe på andre nivåer som lugger. Jeg vet ikke hva som er årsaken.

NN: Jeg var jo ganske mye med i prosessen da flere endringer faktisk kom i gang og der la alle innsats i å få dette til – teknisk, ja alle.

NN: Sånn var til å begynne med.

NN: Jeg vet ikke hva som er hinderet, men når vi kommer oss forbi disse så skjer det fort. Vi fikk satt opp skikkelig triage, det ble satt opp skilledører, ventilasjonsanlegget kom i orden og alt det der. Når det ble bestemt at det kunne gjøres, kom det fort på plass. De andre avdelingene også – når det ble bestemt og de fikk beskjed så ble tiltakene gjort kjapt. Men det var disse beskjedene vi ventet på (*alle nikker, ser på hverandre*).

NN: De får kanskje ikke beskjeder fra der de er vant til - årsaken er kanskje at beskjeder kommer fra andre kanaler enn vanlig. En sånn situasjon krever en litt mer militær struktur der en sier at sånn skal det være og dette gjør vi sånn! Overstyre linjeorganisasjonen. fordi dette må vi gjøre nå!

NN: Vi er vant til å få det meste av informasjonen på e-post og dette er også en grei måte å få informasjon på. Men det har kanskje blitt litt overveldende i denne perioden fordi det kommer e-post om alt mulig, fra smittevask til denne tøy mangelen som vi åpenbart ikke har selv om tøy ikke er å oppdrive så e-post er en god måte å få informasjon ut på, men nå er det i overkant mye om veldig mange forskjellige ting.

NN: Det som har vært veldig bra sånn innimellom er informasjon fra nærmeste leder med fysisk oppmøte og få gjennomgang på at sånn og sånn er det nå. Selv om en prøver å lese all e-post så er det et veldig nyttig supplement (*alle andre nikker*) med informasjon direkte fra nærmeste leder, faktisk – en felles muntlig oppsummering.

NN: Intranett er også en god kanal, men her er det veldig dårlig, spesielt de første ukene med mangelfull og noen ganger feil informasjon. Vi har fortsatt ingen god intranettside hvor vi kan gå kjapt inn og se hva som er siste nytt, f.eks. noe så basalt som å legge inn dato + klokkeslett og kort info. Hvis vi må bla og bla og åpne ulike tema så blir det uoversiktlig og vanskelig å finne fram. Det her er jo elementært – vi må kunne gå kjapt inn og med et blick se de siste fem endringene (*braker hendene veldig mens temaet intranett pågår*).

På spørsmål om hva som er den viktigste læringen hittil for å klare å rigge oss fort nok, sier flere i munnen på hverandre: kommunikasjon

NN: e-post og intranett er gode verktøy, men gjør informasjon lett forståelig. Vi trenger ikke historier om Espen Askeladd. Sett fokus og ha kort informasjon med sånn, sånn og sånn (*knipses for hver sånn*) uten så mye rundt. Sende mail med oppsummeringer f.eks. I tillegg må vi se til Kristiansand og hva som gjorde at de klarte å snu seg rundt og få ting til så mye fortere enn oss og som gir så mye større pasientsikkerhet enn her da.

NN: Det viktigste poenget er kanskje hvis dette hadde eksplodert – og det kunne det fort ha gjort – og vi fikk en krise, så hadde vi drukna, det hadde vært umulig – vi hadde ikke klart det. Fordi det fungerte ikke og vi brukte en måned på å få det til å fungere.

NN: Informasjon videre til nærmeste leder fungerer veldig bra

NN: Det er jo en stor forskjell mellom Arendal og Kristiansand i denne sammenheng og det er at det allerede var etablert en synlig og tydelig ledelse av akuttmottak før dette kom. Det andre er at de har ikke to nivåer med ett nivå for sykepleiergruppen og ett nivå for leger. Jeg synes jo denne situasjonen – i alle fall for meg – har vist en tydelig svakhet med en sånn type ledelse som vi har.

NN: Det er også en svakhet med akuttmottak med fragmentert ledelse med anestesi som har medisinsk ansvar, de to lederne der nede med sykepleieransvar, og så er det medisinsk avdeling

som har stort ansvar, kirurgi med sin del etc. (*alle ser på hverandre, nikker, rister på hodet og er unisont enig i det som blir sagt*) Det er veldig mange forskjellige som skal styre akuttmottaket – fra hver sin kant – og vi klarer ikke å få det helt til. Det hadde vært bedre om akuttmottak var organisert som en enhet

NN: Det du tar opp nå med akuttmottaket gjelder spesielt nå i denne situasjonen, men det gjelder generelt også.

NN: Vi skulle hatt en medisinsk ansvarlig for driften i akuttmottak – om ikke før så i hvert fall nå.

NN: Vi sender bare ned en overlege som skal styre det her

NN: Uansett hvem det er så har den ingen formell lederfunksjon.

NN: I Kristiansand har de ledelse av akuttmottak på plass mens vi her i Arendal har uformelle ledere som har kompensert for manglende formell ledelse (*smiler*). Det er veldig mange tiltak som lar seg gjøre før en får klare beskjeder ovenfra.

NN: Vi har klart å opprettholde morgenmøter og det har vært veldig bra. Du får mulighet til å se ledelsen og får tilbakemeldinger på hvordan situasjonen utvikler seg.

NN: Internundervisningen lider under at vi har redusert møtevirksomhet

NN: Det skal vel komme i gang igjen nå.

NN: Vi har nå gjennomført en del telefonkonsultasjoner for kontroller og jeg håper at den erfaringen vi får nå gjør at vi benytter flere alternativer for gjennomføring av kontroller. Færre fysiske oppmøter sparer oss, sparer pasientene, sparer miljøet.

NN: Terskelen er lavere for innføring av nye rutiner nå når vi må (*litt fliring*).

NN: jeg er omdisponert. Litt kjent fra før og selve flyttingen var frivillig tvang på mange vis (*smiler*). Trives veldig godt og har fått god opplæring.

NN: Er omdisponert og er positiv. Har ikke fått opplæring, alle ansatte kom nye og hadde felles skjebne – har laget ny sengepost sammen. Det fungerer helt greit, men dekker delvis oppgaver fra sin ordinære jobb og synes det er vanskelig overfor medkollegaer i den faste jobben som sitter igjen. Ble spurt på forhånd og stilte seg positiv til å bli omdisponert (*sitter helt rolig, ingen mimikk e.l.*).

NN: Ingen endring foreløpig. Har i min ordinære jobb tilpasset arbeidstid. Gjør jobben jeg alltid gjør. Det har vært stille og rolig, men har ikke merket endring i innhold i oppg.

NN: Har fått ny turnus med annenhver helg

NN: ingen endring, kun dagvakter. Det er der behovet er p.t. Måtte jobbe noen dager i påska som egentlig var avtalt som ferie, men hadde dialog med leder og omgjøring av ferie var frivillig.

NN: Har jobbet mindre enn vanlig foreløpig - absolutt

NN: Har jobbet mye mindre, men helt annerledes. En roligere arbeidsdag, men mye løping i ny funksjon.

NN: Er ikke sikker på om varslingsfrist ved endring av turnus ble overholdt, men fikk mail og hadde god dialog med leder. Hadde møte med leder og alle gikk frivillig inn i turnus, men 14 dagers varsel ble nok ikke overholdt.

NN: kjenner ikke til avtalen og utslag dette får for lønn, men vet at jeg får noe helligdagstillegg.

NN: Hjemmekontor hadde vært veldig mye enklere (*er tydelig irritert og kritisk til ikke å ha fått mulighet for hjemmekontor*). Burde vært bedre lagt til rette både ut fra smittevern og private forhold. Burde vært lett å få til og det hadde gjort det mye lettere å kombinere utfordringer hjemme (stengte skoler) med jobb.

NN: Jeg har kjempa for hjemmekontor (*ser på alle rundt bordet og søker tilbakemelding/bekreftelse*). Flere sitter i kontorfellesskap, det er for trangt enkelte dager og jeg synes vi er for sent på banen med hjemmekontor.

NN: Det er ingen god begrunnelse for hvorfor vi ikke får hjemmekontor

NN: Det jeg har fått som tilbakemelding er at det ikke er nok sykehuspc'er og det stemmer nok, men det er ikke lenger et krav. Noen tror at det ikke er mulig å gjøre jobben hjemmefra, men det er det absolutt.

NN: Eneste endring i arbeidsoppgaver er endringen over til telefonkonsultasjoner og andre maler i journalen. Ellers veldig stille.

NN: Jeg gikk fra å utføre jobben foran pc til å være på beina hele tiden. Jeg satt foran pc hele dagen og det kan ikke sammenlignes (*de andre nikker og gir god/positiv respons når NN snakker*). Skyllerom, kjøkken, hjelpe til på rom – alt jeg kan gjøre, gjør jeg. Alt er endret. Jeg har fått veldig god opplæring og vi gikk sammen og var godt bemannet i opplæringsperioden. Hadde opplæring helt i startfasen av pandemien og hadde tid/mulighet for god opplæring med 2 og 3 sammen.

NN: Har fått helt ny hverdag (*smiler og gir uttrykk for at det er positiv. De to andre smiler med*). Det er en del pc-jobbing med bestillinger etc, men mest mat, skyllerom, stell, vasking og alt mulig. Løpe og hente ting og finne ut av ting har vært en veldig stor del av jobben. Jeg fikk ikke opplæring, men alt var nytt og ingen har kjent på at det har vært negativt å ikke få opplæring. Heller tvert imot så har dette spleiset gjengen sammen.

Strever fortsatt med bestilling av varer, system for lager og gjenfinning. Men vi er innstilt på å finne løsninger og vi søker gode løsninger alle sammen.

NN: Hos oss er det endringer fra den ene dagen til den andre. I dag er det sånn, men fra og med i morgen er det helt annerledes. Ting ble gjort veldig fort når det skjedde, men så tok det ikke av og da reverserer vi for en periode. Vi har akkurat fått ansatte som er omdisponerte og som nå er ferdig med sin opplæring, men nå går tilbake igjen. Føles noe forhasta og så trekkes alt tilbake igjen og vi må vente til neste gang. Det som er bra, er at vi har fått øvd oss litt og vi vet hvordan det skal fungere. Vi vet smittevernrutiner og vi vet hvordan vi skal organisere oss. Vi så jo hvor fort deg gikk sist med flytting på under et døgn der alt ble rigga. Kall det spennende - og vi får lov til å være med på mye/få være med å bygge opp en post (*smiler*). Samtidig er det frustrerende og underveis kunne noe vært annerledes. En har vært veldig på tilbudssiden, mens andre «slipper unna» (*viser misnøye/skepsis*) og det går ei grense for endringer for alle. Givende og frustrerende i god blanding

NN: Nå er det ikke så mye pasientkontakt, mindre flyt på rommene og mindre personell inne. I tillegg har ansatte smittevernutstyr når de går inn til pasientene. Pårørende har ikke lov å komme inn i det hele tatt og blir stoppet av vakter, men dette endrer seg kanskje nå som vi reverserer noen av endringene.

NN: Pårørende får komme kun når det er helt nødvendig. Det er begrensa adgang til hele sykehuset. For inneliggende spør pårørende om de kan komme på besøk eller komme med personlige eiendeler, men det kan de ikke. Kun alvorlig syke og døende får en besøkende - det er stor forskjell (*det nikkes og vises støtte til tiltak*).

NN: Møtevirksomhet er ikke-eksisterende siden alt dette begynte. Alt av samlinger/sitte sammen er borte og jeg savner samtaler og info hva som skjer. Det er ingen samtaler eller info om noen ting. Jeg skjønner at ledelsen har mye å gjøre, men det er ingen samtaler eller info om noen ting. I hvert fall når jeg har vært på jobb har vi ikke fått noe informasjon om hva som skjer (*viser irritasjon*). Vi vet veldig lite – bare det vi finner ut av selv på intranett og sånn (*rynker panna og er tydelig misfornøyd*). Å ikke få informasjon/prate sammen med leder gjør oss bekymret og vi ønsker at nærmeste leder snakker med oss. Vi vet ikke hva som møter oss når vi kommer på jobb og f.eks. om vi vil bli berørt på noe vis - vi blir usikre. Det er i hovedsak nærmeste leder vi savner informasjon fra. Litt mindre mailvirksomhet og heller samtaler.

NN: Hos oss er det veldig god flyt på informasjon. Nærmeste leder er med på møter og vi får samme informasjon i løpet av dagen. I tillegg får vi ukesinfo om alt som rører seg på mail. Vi er godt informert om det som berører oss, tenker jeg. Vi får informasjon fra leder muntlig og i tillegg mail (*viser at NN er veldig fornøyd og NN og NN nikker og bekrefter at det høres bra ut*).

NN: Ja, jeg tror dette er typisk på de stedene vi to er (*nikker mot NN, bruker armene for å forsterke det hun sier. NN og NN bekrefter hverandre*). Det er mye mer lukka andre steder og mange er redde for dette med avstand mellom ansatte. For eksempel så er møter ut nå hos noen, mens de opprettholdes hos andre. Dette tror jeg gjør at informasjonsflyten er mye bedre der møter opprettholdes. Vi får jo ny informasjon hele tiden – det endrer seg fort, altså. Vi får også muntlig informasjon og infobrev på mail (*nikker mot NN*). Jeg merker det at andre er skeptiske til å sitte mer enn 2 stykker i et rom liksom. Vi har jo så mange berøringspunkter i løpet av en dag at jeg tror det er utopi og skal godt gjøres å unngå smitte uansett – hvis en av oss får det (*smiler*).

NN: Vi har ikke hatt veldig refleksjoner på hvordan vi sitter sammen. Vi går oppå hverandre hele dagen og er ofte 2 stykker sammen. Vi klarer ikke å unngå det. Vi som er oppi det, er nok mer rolig enn de som er utenfor og ikke hører så mye. Vi er smittevernkledd og vi har informasjon. Jeg føler meg mer tryggere på sengepost enn på Kiwi (*NN nikker og sier seg enig*).

NN: Hos oss har vi avstand mellom ansatte. Men så er vi oppå hverandre allikevel fordi jobben krever det (*ser på de andre, bruker armene*). Så 2-metersregelen er umulig hvis vi skal kunne hjelpe kollegaene. Men det er klart at jeg skjønner jo at det må være sånn. Vi skjønner dette, alle sammen. Men vi kommer på jobb og får beskjed om at nå går du dit og du går dit – vi skjønner det, men det er mange måter å si ting på og gi beskjed. God informasjon som forklarer at nå må vi gjøre det sånn for en periode er så mye bedre enn å bare få beskjed om å pakk tingene dine og gjør jobben din et annet sted. Vi skjønner det jo, men det er jo litt med hvordan man sier ting og informerer. Det er ingen som er motvillig til det som skjer, men det blir allikevel misnøye.

NN: Jeg føler likt som du (*nikker mot NN*). Det er mange ting og det er mye vi må lære. Selv om jeg har vært her i 100 år så lærer jeg noe nytt hver dag. Jeg blir stum av beundring over sykepleierne – snakk om å få ny hverdag!

NN: Jeg har aldri vært negativ til endringene, omdisponering etc, men jeg har vært usikker. Er det meg og det jeg kan, de vil ha? Det er det jeg har vært mest usikker på. Om jeg kan det de forventer. Jeg har en utdanning som jeg ikke har praktisert på 15 år og så skal jeg delvis tilbake og praktisere igjen. Det er det som har vært mest usikkert og grunnen til at jeg har kviet meg litt.

NN: Ja, det er det det handler om. En kollega av meg sa at hvis de tar meg inn der så kunne de like gjerne tatt inn en fra gata. Vi har gjort samme jobben i 30 år og nå skal vi plutselig gjøre noe helt annet. Det blir jo litt skummelt, da. Vi blir usikre på hva vi egentlig kan brukes til.

NN: Den første dagen i ny funksjon tenkte jeg hjelpe og trøste – hva skal jeg bidra med her? Jeg føler jeg er flink i min vanlige jobb, men så kommer vi opp der da. Det gikk fort og så innså vi at dette var nytt for alle og at vi var like «dumme» alle sammen. Jeg tror også at de andre følte seg

flinke i sin ordinære jobb, men dette blir en helt ny situasjon. Det blir sånn at vi finner løsninger etter hvert.

NN: Det er vanskelig å være sånn veldig positiv. Vi må ta tingene som de kommer og ta det derfra.

NN: Jeg tror vår yrkesgruppe her (*somatikk SSA*) har vært veldig flinke til å finne løsninger, bidra inn i omdisponeringer for å få ut maksimalt og det er jo det som er viktig. Det har dukket opp nye bruksområder for oss og vi er med – med den kompetansen vi har.

NN: Det fungerer bra i de funksjonene vi er omdisponert til. Alt er nytt – ansatte er nye, pasientgruppene er nye og medkollegaer er nye. Alle er i samme båt – de som vanligvis er stødig i jobben får nå nye pasientgrupper, nye oppgaver og nye rutiner og vi må bare gjøre oss erfaringer underveis - det skinner ikke gjennom hvem som er ny og ikke. Vi er sammensatt av de som har vært der i alle år med nye fra andre steder på huset.

NN: Det ser jeg også. Når vi kommer på jobb så er det alltid en eller annen luring blant oss som har vært borti det før og så finner vi bare ut av det sammen. Lærer veldig mye av hverandre og det er et kjempetrivelig miljø.

NN: Jeg bruker ikke GAT arbeidsplanverktøy veldig mye, men det handler også om at jeg ikke har tilgang på pc og jeg har ingen base der jeg kan logge meg på. Jeg er i fri flyt rundt omkring og det er bare så vidt jeg får sjekket mailen. For å vite når jeg skal jobbe så får jeg rett og slett planen på papir. Brukte verktøyene mer før vi kom i denne situasjonen.

NN: Jeg har jobbet dagvakter i mange år så for meg så har jeg brukt GAT i hovedsak for å sjekke andre ansatte tilstede med tilhørende oppgaver. Jeg har beholdt noen oppgaver fortsatt og benytter GAT der.

NN: Jeg har ikke brukt GAT arbeidsplanverktøy før og jeg bruker det heller ikke nå. Jeg jobber til faste tider og har ikke behov for å benytte GAT.

NN: Dette med hjemmekontor kunne vært bedre (*ler litt*). Det hadde gjort det lettere å spre folk.

NN: Informasjon er viktig uansett, men enda viktigere i en sånn situasjon når alt er så usikkert. Enda viktigere å sette seg sammen og prate sammen om hva som foregår generelt og på sykehuset spesielt. Spesielt åpne for samtaler om hva slags behov de ulike sengepostene har sånn at hver enkelt kunne sagt noe om at det kunne kanskje jeg passe til. En hører noe alle veier og noen er blitt forespurt om å bli omdisponert, men vi mangler samtalen i gruppa som involverer alle og med en mer konkret bestilling på bordet. Sikre at vi får riktig person inn og sluppet å lure på om det er min tur å bli spurt om å bli omdisponert i dag. Bare det å vite hva som skjer. Jeg skjønner at det er mye møtevirksomhet og at det er mye som er unødvendig for oss å vite, men vi får ikke beskjed om noe egentlig. Annet enn de som personlig blir spurt om å bidra. Føler oss litt

på sidelinja. Vi vil jo alle bidra, men så er det denne usikkerheten. Vi har hatt det så stille og rolig, ser at andre blir omdisponert og vi venter på noe vi ikke vet hva er. For min del så er jeg så fornøyd med å være der jeg er og ønsker å bare forbli der, men jeg skjønner jo at vi skal bidra når behovet er der på sengeposten.

Vi forstår hva som skjer, men det er mye vi ikke har oversikt over. Det er klart at vi sitter for oss selv og får da ikke med oss det der ute.

NN: Ja, og jeg tror det blir sånn at noen hører det og noen hører det (*NN og NN prater i munnen på hverandre og har begge mimikk og kroppsspråk som bekrefter det som blir sagt og at de er enig*) uten at dette bunner i konkret informasjon. Vi ønsker å vite hva som venter oss over helga, liksom.

NN: Samtidig så er det vel sånn at en ikke har informasjon og at det er veldig usikkert hva som skjer. Vi har planlegging på kort sikt for tiden og sånn må det være. Uansett så er mail veldig bra, men jeg har alltid likt å få informasjon ansikt til ansikt.

NN: Helt klart nødvendig å få muntlig informasjon og i den gruppa jeg vanligvis jobber i så har vi etterspurt informasjon for å slippe å lure på ting (*hever på bryn*). Uansett hvor ubehagelig det er så er det mye bedre å vite at nå, eller på det og det tidspunktet, så kan det bli slik eller slik.

NN: Jeg opplever at ledere har tilstrekkelig informasjon til å kunne informere videre. NN får alltid informasjonen og selv om vi ikke forstår alt, så er vi informert (*nikker, smiler og ser rundt seg*). Endringene skjer jo veldig fort, da. Prosedyrespørsmål er vanskelig når endringene skjer så fort, men overordnet ting og endringer i organisering og sånn, det får vi informasjon om fortløpende.

NN: Ja, enig. Vi har mange nye skift og mange nye på jobb og i opplæring. I begynnelsen hadde vi dagsbrev med nye beskjeder som alle skulle sette seg inn i. Nå holder det med muntlig info og ukesebrev på mail.

NN: Litt endring (*bruker hendene*) - endring i prosedyrer, økt fokus på å følge retningslinjer og endringer i større tempo. Primæroppgavene er annerledes. Informasjon til alle uten opphold. Arbeidstid er uendret, men vi har økt bemanning og deltidsstillinger er økt til 100%. Dette er positivt. Alt tar lengre tid. Vi jobber ikke hyppigere helg og turnusen er ikke endret. (*Smiler*)

NN: All ordinær jobb ble lagt ned, nesten over natta (*bruker hendene*). Det er umulig å skulle forholde seg til all informasjon (*riste på hodet og ser på de andre når hun snakker om info og kontrabeskjeder*). Spesielt i starten: ville vekk/ikke være her (*knytter hendene*) Smittevern og forholdsregler må tas på alvor – ansatte har ikke følt seg trygg (*fikler først med fingrene og banker i bordet*). Opplever at det tidvis har vært fokus på å spare på smittevernutstyr – utover det

som er forsvarlig for ansatte (slår i bordet) Arbeidsmengden i antall har gått ned, men situasjonen er så alvorlig (*vifter med hendene*). Dette er mer belastende enn noen gang!

NN: Kjenner litt på det samme med hensyn til belastning. Uendelig masse overtid og en går og venter på og planlegger for «noe» (*vifter med hendene og slår på kneet*) (*de andre nikker*).

Smittevernutstyr har vært håndtert bra (*NN nikker og følger veldig med*)

NN: (nikker og avbryter NN). Viktig å ivareta hygiene og smittevern. Mye ensidig, andre ansatte er omdisponert, men vi har for lite plass (*rister på hodet*). Dette har vært positivt for arbeidsmiljøet. Økt stilling for ansatte i deltid har vært positivt (*nikker og smiler*). I denne perioden har det vært oppgaveglidning feil vei fra pleie til lege.

NN: (*smiler og rister på hodet*). Det er personavhengig hvilke prosesser som har vært gode og hvilke som har vært mindre gode.

NN: Hos oss har disse prosessene vært helt fantastisk håndtert (*slår ut med hendene og bruker blikk og hele kroppen*). Vi fikk mye opplæring.

NN: (*slår ut med hendene, heiser på skuldrene og viser usikkerhet*) Er personalpolitikk vanligvis god (*mimikk og hender*) så har du en ledelse som gir og tar og respekterer oss. Denne gangen har det vært åpen og god kommunikasjon.

NN: (*bruker fingrene som anførselstegn («») Vi har kunnet kjøpe oss hva vi vil (slår ut med hendene)* det er penger til alt (*smiler og rister på hodet og de andre nikker gjenkjennende*)

NN: vi blir sett for jobben vi gjør.

NN: Det er jo en krisesituasjon og vi kan ikke forvente prosesser på samme måte som ved ordinær drift

NN: (*blunker og markerer med fingrene til avtaletext med små bokstaver*). Vi må ikke bare si ja til alt selv om det er krisesituasjon (*de andre er alvorlige*)

NN: (*Nikker og tar i bordet*) Nei, nettopp – ikke alt er bare bra (*NN nikker, NN er passiv*)

NN: Grense for hvor mye man tåler over tid (*de andre nikker aktivt*)

NN: jeg føler meg hørt – absolutt (*nikker og smiler*) Jeg har det bra der jeg er. Jeg er en av få som har blitt igjen der jeg vanligvis er, men stor endring i at kollegaer er omdisponert og når aktiviteten skal opp har vi få å spille på. Nå kommer det folk tilbake, da.

NN: Veldig god informasjon fra leder (*nikker*). Mail og utskrifter tilgjengelig for alle.

NN: Vi har fått mye mail og informasjon i møter

NN: Hos oss er det informasjon ved hvert vaktskifte (*nikker*). I tillegg mail. I en situasjon med smittetopp må vi ha begge – mail og møter!

NN: Formidlingen er viktig for å få folk med

NN: Viktigste informasjonskilde har vært leger – dette har vært bedre enn nærmeste leder. Det er nødvendig også med noe informasjon en til en.

NN: Det har blitt bedre samhandling disse ukene og dugnadsåndtankegangen har kommet.

Covidpost på 6E er det beste som har skjedd.

NN: For mye fram og tilbake (*veiver med hendene*). En burde fått telemetri i 6. etg helt fra starten av.

NN: Det har vært følelse av urettferdighet i kollegagruppen i prosessen rundt omdisponering. Nesten tvang!

NN: Prosessene har vært ulik

NN: Det er ressurser som ikke har vært brukt - hårreisende (*riste på hodet*) Tenk om smittetoppen hadde kommet i første runde (mimikk ved «tenk om» og veiving med hendene). Ledersjiktene og systemet har ikke fungert optimalt, nei (*snurrer hendene når hun snakker om systemet*).

NN: Begynner tidligere – har forandret arbeidstid.

NN: Det ble mye omkalfatring, vi har lite plass og det er dårlig tilrettelagt (*smiler, men blåser opp kinnene og bruker hendene for å forsterke det som blir sagt*). Trodde det skulle bli stille og rolig, men det har blitt mye løping, mange bestillinger og arbeid for å få på plass det vi trenger. Så jeg løper og så er det fryktelig mye informasjon. Nå er det mye «hva skjer nå», «hva skal vi gjøre i dag» og «hvordan blir det i morgen». Og så er det trangt da. Lite optimale lokaler. Lager og vaktrom fungerer dårlig. Taushetsplikten er utrolig vanskelig å overholde. Det er vanskelig å opprettholde den standarden vi ønsker.

NN: Sånn i forhold til sykepleiefaglig så skaper det å flytte pasientgrupper oss veldig usikre. Det var jo viktig å få alt fort på plass og vi fikk veldig mye hjelp, ja vi får mye hjelp fra hele sykehuset. Men å flytte genererte mye arbeid med å få alt på plass og vi brukte mye tid og krefter i begynnelsen på å få det forsvarlig. Det føler vi at vi har fått nå. Vi kan ta imot pasienter, men dette fungerer dårlig (*bruker hendene og rister på hodet*). Alle ø-hjelpspasientene har respirasjonsbesvær, feber, mageont og kombinasjoner av disse så det vil si at nesten alt som vi har hatt av ø-hjelp har vi måtte legge inn på mistanke om covid-smitte. Det har vært en stor utfordring med smitteisolater og vi ser at Kristiansand har løst dette bedre. Dette har vært en kjempeutfordring og skapt stor usikkerhet for pleierne for man føler at man ikke får gjennomført det man skal av smitteregimer.

NN: Ledelsen har gjort en kjempejobb og de jobber iherdig. Vi føler oss veldig hørt og vi har hatt god dialog med smittevernet. Vi føler at de jobber for oss og så tror jeg vi er roligere nå fordi vi ser at det varslede utbruddet ikke kom. Men det er jo ikke hyggelig.

NN: Flere sier de går på tå hev for vi har ikke plass og vi er usikker på om vi finner det vi skal ha i en hastesituasjon.

NN: Lagerløsningene er ikke optimal, men sånn er det og det er kjent for hygienesykepleierne (*nikker iherdig på hodet*). Tror det blir en endring etter covid der en stiller spørsmål med lager og hvordan disse skal være.

NN: Det er kronglete, men folk tar det pent.

NN: Vi ser logikk i at COVID etableres i 6. etg. og at dette er gunstig. Vi ønsker å gjøre det her sammen til det beste for pasientene.

NN: Vi får ofte beskjed dagen før hvordan planlagt aktivitet blir – altså 1 dags varsel. I tillegg har vi mange frustrerte og redde pasienter som tar kontakt.

NN: Vi må sammen holde kontroll og vi er en fin gjeng på tvers av yrkesgrupper som hjelper hverandre. Jeg er dødssliten når jeg kommer hjem; vi har mindre å gjøre, men mange endringer og nye beskjeder hele tiden. Ja, jeg er sliten når jeg kommer hjem.

NN: Noen fra oss er omdisponert til andre steder på huset og noen har økt stilling. Alle har tatt tak og gått inn i det. Vi må fortsatt ivareta god kvalitet, men det er vanskelig å gjøre det lille ekstra. Vi har i denne perioden mistet hjelp og dette fører til at vi ikke har så god kontroll som vi ønsker.

NN: Noen pasientgrupper er nok flytta til feil plass.

NN: Nivå(ene) over nærmeste leder skjønner ikke hvordan det jobbes. Det viktigste er funksjonelle rom og det har vi overhodet ikke og vi har ikke tilgjengelige pc'er. Vi har fått god informasjon og kontinuerlig informasjon.

NN: Utfordringen hos oss er den korte planleggingshorisonten. I tillegg får vi ofte beskjed og kontrabeskjed fra andre enn leder. Nærmeste leder har informert bra. Dette er ikke gøy, men vi er forståelsesfulle for hvorfor det er og blir sånn.

NN: Det har blitt enklere å få hjelp. Det er dugnadsånd i hele organisasjonen og alle er innstilt på at vi bare må løse ting. Ting må fungere!

NN: Vi har omdisponert ansatte (ved behov), men jeg liker det ikke. Jeg skjønner at det er riktig og at man må omdisponere, men det er synd å miste kompetanse og det får konsekvens – jeg synes ikke vi får gjort jobben hos oss selv godt nok. Vi gir helt klart et dårligere tilbud akkurat nå.

Vi har en unntakstilstand og uvissheten er vanskelig – jeg kan nesten ikke tro at det kommer så mange covidpasienter som forespeilet. At det er en begrenset periode gir ekstra drivkraft og det er gjort en god jobb, men å spare på smitteutstyr... – det er en stressgreie og har gjort av- og påkledning mer tungvint. Det er ikke noe bra for pasientbehandling eller pasientflyt.

NN: Legene benytter telefon og video og det fungerer bra i forhold til å få gjennomført poliklinikk og for pasientene er det også positivt. Mange synes det er styrete å komme til sykehuset. Ny rutiner er ikke tidsbesparende for merkantil gruppe.

NN: Vi benytter telefon og video og det gjennomføres møter på telefon. Internundervisning har det uansett ikke vært tid til.

NN: Vi har ikke utstrakt møtevirksomhet så akkurat det er ingen forskjell.

NN: Vi har mista noe med at personalmøter, fagdager etc ikke avvikles. Mailen kan vi lese hjemme og alle hos oss har mail på tlf.

NN: Vi har fått utført gjennomgang av utstyr. Det har vært nyttig.

NN: Vi delte oss for å prøve å unngå kontakt. Samtidig tok vi i bruk nye verktøy som telefonkonsultasjon og vi har gjort oss kjent med mulighet for video. Når det gjelder driften så er det mest at vi ikke får gjort det vi gjorde før (*rynker panna*). Dette skyldes kapasitetsutfordringer, mest på postene. Vi har ikke morgenmøter og ingen undervisning, men vi satser på å begynne igjen snart.

Nå begynner vi å nærme oss normal elektiv drift igjen, men det var en stund det ikke var noenting. Vi holdt unna ø-hjelp og nå har vi gradvis begynt å ta opp aktivitet igjen.

NN: Slik som vi tolket det så var vi i starten opptatt av å begrense smitte. Vi er få ansatte og ville unngå at alle måtte ut på en gang. Vi ble fordelt og det tror jeg var riktig på det stadiet som vi bestemte oss for det. Nå i ettertid har det vist seg at kanskje ikke hadde trengt det, men det visste vi ikke da.

NN: Det var riktig da vi gjorde det, men det var litt underlig at det ikke var mer samkjørt mellom avdelingene.

NN: Jeg synes det var litt tafatt det som ble satt i gang fra ledelsens side (*ser på hverandre, mimikk i ansiktet*). Det var tydelige signaler, men så satt vi og ventet på beskjed fra noen og derfor tok vi affære selv.

NN: Hvis vi hadde fulgt det vi fikk beskjed om så hadde vi vært midt oppi det vi ikke skulle. Beskjeden kom midt på dagen en mandag og da hadde vi allerede gjort det vi fikk beskjed om. Vi hadde sagt nei på forhånd til fysisk oppmøte på poliklinikk og så viste det seg å være riktig, da. Akkurat dette kunne vi fått beskjed om tre dager før, men det ble løst på eget initiativ.

NN: Her har vi noe å lære av hele situasjonen. Vi kan ikke sitte og vente på hva som skjer. Det er lurt å gjøre litt for mye i starten og så heller justere oss når vi vet mer.

NN: Vi er også veldig få og delte oss. Leder delte oss inn sånn at vi var halvparten på hjemmekontor og halvparten på jobb i en kort periode og elektiv virksomhet lå også nede hos oss. Kun ø-hjelp. Nå har vi gradvis begynt å trappe opp elektiv virksomhet. Jeg tenker det var riktig å stenge ned i to uker sånn som vi gjorde. Vi så jo hvor fort folk gikk ned for telling; en pasient positiv og dermed folk rett i karantene. Vi har sårbar bemanning og tiltakene som ble gjort var fornuftig. *(det nikkes hele tiden av de andre)*

NN: Jeg følte ikke at vi hadde god nok påvirkning fra oss og oppover i starten. Det var handlingslammelse på toppen. Når vi sa at nå må vi stoppe elektiv virksomhet for pasienter vil ikke komme og alle er skeptiske så ble vi møtt med at vi har ikke fått beskjed om å stoppe. Da opplevde jeg handlingslammelse og etter hvert har ting skjedd så fort at vi kan ikke sende ut mail hver gang det har skjedd noe nytt.

NN: Veldig mye usikkerhet på om jeg skal eller ikke skal på jobb. Fulgte med på mail. Vi har ikke gjort om på arbeidsplanen Når det gjelder informasjon så er jeg enig med de andre her. Det var forskjellig fra avdeling til avdeling og informasjonene kom sent. Du hører hva andre gjør og det ble mye «der gjør de sånn» og «der gjør de sånn» *(peker i ulike retninger)*. Mange etterlyser at det skulle vært mer samordna hvilken aktivitet vi faktisk skulle ha, ikke bare hos oss men på foretaksnivå. Her i Arendal har vi hatt helt annerledes håndtering enn Kristiansand. Men så tror jeg at mangelfull informasjon også bunner i at det er veldig forskjellig mellom foretakene og at vi har manglet en tydelig overordnet føring. Men vi kunne i hvert fall fått en bestemmelse som var generell og unngå at hver enkelt leder *(de andre nikker)* tok avgjørelser på egen hånd. Da hadde folk vært enda mer positiv til å følge det.

Informasjonsflyten er jo litt sånn diverse *(ler litt)*. Hos oss sender leder ut mail med halvjevne mellomrom og så sjekker vi ut med hverandre hva som skjer. I tillegg går vi ned i akuttmottak og får informasjon om hva som er nytt. Der hadde det vært kjempefint om intranett hadde vært bedre organisert med tydelig oversikt på hva som gjelder nå

NN: Det er ikke alt som kommer med på de daglige oppdateringene og mye foregår i den stedlige kriseledelsen. Vi kunne fått mail fra disse møtene, men jeg tenker mer på behovet for hva vi burde gjøre, hvordan vi skulle drive poliklinikk og det ene med det andre. Generell Covid 19 informasjon må folk kunne skaffe seg enten vi internett eller via andre kanaler. Det virket som folk fikk mer enn nok informasjon og det var så mange teorier på et tidspunkt at. På avdelingsnivå er det viktigste hvordan vi skal drive og hva vi tenker vi framover. Vi prøver å tolke signalene fra ledelsen, men da blir det som nå at vi skal drive full aktivitet, men skal fortsatt

ha beredskap og dette henger ikke i hop. Det samme skjer fra ledelsen her også – nå skal vi jobbe som normalt og så begynner vi å planlegge for det, men så får vi beskjed om at det ikke er plass på sengepostene og ikke så mange operasjonsstuer. Så det er litt sånn at informasjonen ikke stemmer helt fordi man ikke har fått hørt med den og hørt med den. Det skjer mye på en gang og informasjon er vanskelig.

NN: Å ikke vite hva arbeidsdagen bringer er slitsomt.

NN: For oss som ikke liker å møte folk har dette vært fantastisk (*latter*).

NN: Det er denne informasjonsflyten på mail. Vi får jo så mye mail hver dag og til slutt går det bare ned en gardin. Vi blir så peptra med mail og informasjon hele tiden (*de andre nikker og sier ja mens NN snakker*) med nyheter og uansett hvor vi er. Det føles som det endrer seg fra minutt til minutt og det er utrolig slitsomt. Æn ting er denne annerledeshverdagen der det er noe nytt hver dag, men det er så mange andre faktorer som gjør at jeg blir sliten i hodet av det.

NN: Ja, og det er noe nytt i prosedyrene hele tiden. I dag er det sånn, men hvordan skal det gjøres i morgen? (*nikker og peker mens hun snakker*) Det hadde hjulpet masse å hatt ett sted der vi fikk oversikt over gjeldende prosedyrer og hva som eventuelt er endret fra i går til i dag. Gå ett sted for å finne det siste gjeldende for å slippe å gå gjennom alle disse mailene.

NN: Ja, i kortform for å slippe å lese tre sider før du kommer til poenget. Det er jo sjelden at vi får korte og konsise mail også...

NN: Og plutselig kommer det at nå skal alle håndteres sånn og så kommer du til kollegaene og da er det ingen som har fått dette med seg. Det blir mye mas, ikke helt avklart og så blir det informert om nye endringer der ikke alle er tilstede og får med seg dette. Og så ser vi i mailer etterpå at det og det er endret og vi får mye logistikkmas (*rynker panna og veiver med hendene*). Og så har vi en vanskelig måte å jobbe på der ingen vet hvem du er og så skal du kommunisere og det er kjempevanskelig. Det blir kaotisk og det påvirker deg og det er klart vi blir sliten.

NN: Det er en utfordring å ha pasienter i alle etasjene (*alle nikker*). Nye pasienter ligger overalt og plutselig er det en pasient som ikke har blitt tilsett. Vi har fått en halvveis rutine på det nå og vi har fått en tavle på møterommet vårt med hva skal vi gjøre her og her, og hvem skal være her og her. Vi løser det jo, men det er utfordrende det her.

Og så er det organisering av sengepostene og nye pasientgrupper som vi ikke har hørt noe om. Skulle hatt noe mer info og vært involvert sånn at vi kunne være i forkant med rutiner.

NN: Vi har fått mange meninger rundt på huset og noen mener sånn og sånn, mens andre mener noe annet. Det kan jo være mangel på klarhet eller et resultat av egne tolkninger av hvordan viruset arter seg. Det er alltid noen som har sterke meninger, mens andre synes ting er greit. For mange handler det også om at vi må ha kjappe prosesser uten å forespør mange og det har nok

vært utfordrende for noen. Noen viser til prinsipper om hvordan prosesser skal foregå, men i det store og hele synes det som at de fleste synes det har vært greit. Men så har ikke vi blitt påvirket annet enn at vi har fått mindre å gjøre og så har vi pasienter spredd på huset. Arbeidsmengden er en brøkdel av hva den pleier å være så det er vanskelig å skulle klage. Noen av oss er vant til å løpe ganske mye og nå er det stille.

NN: Det har vært bra håndtering i bemanningsutvalgene. I Kristiansand hadde de begynt å omdisponere folk uten å ha noen prosess og plutselig var noen beordret uten at tillitsvalgt var involvert. I Arendal har det vært en kjempegod prosess sammen med tillitsvalgt og det har vært frivillig. Lederne har vært gode til å motivere og hos oss har vi blitt enig sammen om hvordan vi skal fordele oss. Alle er innforstått med at sånn er det – best for alle. Opplæring har også vært løst på god måte. – nikker og de andre nikker.

NN: Jeg synes at noen har mast unødvendig. Det har vært en prosess som har vært styrt fra Medisinsk avdeling med tillitsvalgte tilstede og det er lagt planer ut fra hva som er sagt der. Og det synes jeg har vært ryddig. Det er medisinen som vil ha behovet og som må trekke i trådene. Det burde også vært med flere LIS-leger for å høre hva de synes for nå er det jo ikke snakk om at overlegene skal gjøre de store endringene. Det som LIS'ene har sagt er at de ikke ønsker å bli flyttet for et halvt år, men helst være på egen avdeling og hjelpe til på medisin. Og så må vi jo bare se hvem som melder seg frivillig og fordele ut fra det. Det er også litt sånn at ingen føler så veldig at det blir så aktuelt og det gjør nok også at velviljen er stor på de fleste avdelinger. Det er ikke sikkert at folk er like positive hvis det ramler inn med pasienter og en får høre at neste uke skal du på medisin. Det tror jeg vi skal være ærlig nok å si.

NN: Det har vært prosesser med leger til intensivrotasjon og covid-poster, men det har ikke jeg engasjert meg i.

NN: Utad virker det som Ole Høie har gjort en fantastisk innsats. Han skulle fått en fortjenestemedalje når dette er over (*alle smiler*).

NN: Hvis vi skal være etterpåklok så må vi være tydelig på at ansatte ikke blir flyttet, men overført for en periode hvis det blir krise.

NN: Jeg synes ikke vi var forberedt i det hele tatt. Det er fra departement til direktorat og helt ned til avdeling. Beredskap er dyrt og det har blitt prioritert vekk. Det bærer jo dette systemet preg av både med utstyr og planer og alt sammen. Og det er jo en grunn til at vi må omdisponere folk for vi har redusert sengetall og hvis vi ikke hadde gjort det så hadde man nok kunne drifte som normalt. Så dette er et resultat av mange år med nedbygging og nedbemanning. Det er jo komisk å se at man intenst jobber for å få tilbake sykepleiere som vi intenst jobbet for å bli kvitt.

NN: Arbeidskontrakter som legger til rette for omdisponering ved krise burde vært på plass i forkant.

NN: På massetraumeøvelse så er det sånn at vi medisinere trekkes inn i traumehåndteringen. Kirurger bør kanskje i ny og ne ha visitt på medisin. Jeg vet ikke hvordan det skulle legges opp, men det må eventuelt komme sentral føring på dette. Vi burde vært mer rundt for vi kan bli litt for smale. Vi blir snevrere og snevrere i det vi holder på med.

NN: Enig! Kan minne litt om turnus, men jeg tror det er bra. Kirurger på medisinsk visitt og vice versa. Og så er jeg enig i det NN sa om bemanning på sengepost. Når det er fullt på sengepost fordi vi har nedbemannet og nedskjært så sier det seg selv at vi ikke er godt forberedt. Også når det gjelder utstyr så var vi ikke godt forberedt. Vi skulle hatt noe mer beredskap.

Noe er jeg positivt overrasket over. Det er kriseledelse og at det var på plass hvert sted. Men vi har fått lite informasjon fra kriseledelsen – kanskje inne i all annen informasjon?

NN: Jeg har ment at fagfolk har for lite påvirkning generelt, også utenom krisetider. Men jeg tror ikke nødvendigvis at de som ikke er leger mener det samme som meg der. Jeg har vært litt opptatt av at ikke alle skal diktere hvordan håndtere en pandemi. Sånn sett tror jeg det er best at vi skal bli påvirket og ikke påvirke i denne situasjonen. Noe av problemet er at veldig mange skal mene mye uten at de har belegg for det de mener. Det er ryddig at dette skal styres fra medisin og eventuelt fra intensiv og så får vi andre høre hva de sier og agere deretter. Alt annet blir helt feil.

NN: Budskapet er å unngå alle synsinger og ha en sentral beslutning som vi forholder oss til.

NN: Interessant å skjele til andre land. I Sverige f.eks. så er han som uttaler seg fagperson. I Norge står politikerne først og sier ting og slipper til fagfolk på tampen. Det sier litt om hva man mener om fagkunnskap.

NN: Som generelt innspill; jeg kunne tenke meg at referatene fra kriseledelsen var åpne.

NN: Sikkert lurt for de som er interessert, men det skjer lite fra dag til dag og referatene bærer preg av «en mindre på intensiv» f.eks. Men det å informere om at det ikke er endring er også viktig informasjon.

NN: Jeg synes ikke informasjon har vært så dårlig - det kunne fort vært verre. Jeg har forståelse for at fagdirektør har fullt opp og at det kan være vanskelig å holde god informasjonsflyt. Beslutninger må bli til underveis.

NN: Jeg savner litt kirurgisk tankegang der du må bestemme deg og så kan det være at noen ganger blir det feil. Bedre å bestemme seg for noe enn å skulle se på alt og komme med beslutning en eller annen gang (*slår ut med hendene*) Det har vært utrolig frustrerende. F.eks. når vi skulle stoppe aktivitet og ikke fikk svar. Få inn en fra kirurgiske fag på toppen!

NN: Alle skjønner hvorfor vi skal endre og alle ønsker å bidra i dugnaden (*alle nikker*). Vanligvis kan vi føle at vi endrer for endringens skyld og da får vi ikke folk med oss.

NN: Vi er i gang med telefonkonsultasjoner og det fungerer fordi begge parter ser på dette som beste løsning i denne situasjonen. Pasienten ønsker ikke å komme i hus og vi ønsker ikke pasienter inn i hus. Vi vil kanskje endre litt politikk etter dette f.eks. kontroller.

NN: Samtidig må vi se det i sammenheng med forsvarlig oppfølging. Hvis vi får saker der oppfølgingen ikke er god nok fordi den er utført med telefon eller video så er vi ille ute. Det fungerer bra når situasjonen er som den er, men om vi kunne velge så er nok oppmøte prioritet 1 for å kunne se pasienten og undersøke godt nok.

NN: For vår del fungerer ikke telefon og video, det er sånn vår pasientgruppe er. Men det som er bra er at vi har fått gått gjennom listene og sortert ut det som ikke skal kontrolleres. Vi har blitt mer kritiske. Vi har nok kontrollert for mye sånn for sikkerhets skyld. Mer bevisst på å gi tilbakemelding til fastlege om videre oppfølging

NN: Det er fint å få ryddet opp. Vi har jo nå fått tid til oppgaver inkl. rydding som vi aldri ellers tar oss tid til (*alle nikker og bekrefter*). Det har vært veldig positivt.

NN: Av og til kan være nyttig å ta en time out. Som regel har vi det så travelt at vi ikke får tid til forbedring eller luket bort ineffektive løsninger.

Nå blir det spennende å se hva de kommer med av tiltak og hjelpepakker til sykehusene også. Jeg er redd vi blir skuffet. Inntektstapet er mye større enn det som er registrert med korona av innkjøp.

NN: Noe positivt er at vi har hatt lettere tilgang på utstyr i denne perioden.

NN: Ja, og tilganger i Dips og at vi slipper å beslutte oss tilgang hele tiden.