

# MASTEROPPGAVE

**Mastergrad i Organisasjon og ledelse  
– Helse- og velferdsledelse**

**Samarbeidsstress og harmoni  
– en studie om samarbeid mellom seksjonsledere på  
samme nivå, ved 2 avdelinger i et større sykehus**

av

Geir Atle Myrmoen

Juni 2016



Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i:

Organisasjon og ledelse: Helse- og velferdsledelse

Tittel:

Samarbeidsstress og harmoni – en studie om samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå, ved 2 avdelinger i et større sykehus

Engelsk tittel:

Cooperation stress and harmony - cooperation between middle managers at the same level, at 2 departments in a larger hospital.

Forfatter: Geir Atle Myrmoen

Emnekode og emnenavn:

MR691 Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Kandidatnummer:

10

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

JA  Nei

Dato for innlevering:

10.06.2016

Eventuell prosjektilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire):

Mellomleder  
Sykepleieleder  
Legeleder  
Samarbeid  
Sykehus  
Profesjoner

**Tittel og sammendrag:** Samarbeidsstress og harmoni – en studie om samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå, ved 2 avdelinger i et større sykehus

**Bakgrunn:** Ved innføringen av enhetlig ledelse i 2002 har mellomlederne i avdelingene ved de større sykehusene i Norge fått ansvar for områdene økonomi, personal, fagutvikling og daglig drift. Det stilles samtidig krav til mål og resultatoppnåelse. For å oppnå dette må mellomlederne samarbeide seg imellom og mellom sine enheter.

**Hensikt:** Å beskrive seksjonsledernes erfaringer angående hva som fremmer eller hemmer samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå i samme avdeling. Videre var studiens hensikt å finne ut om profesjonsbakgrunn, seksjonsledernes ansvarsområder og avdelingens størrelse, var områder som påvirket samarbeidet mellom seksjonslederne.

**Design, metode og analyse:** En tilnærming med komparativ casestudie design er brukt i studiet. Datainnsamling er gjort gjennom metode med kvalitative forskningsintervju med seks seksjonsledere (sykepleieledere og legeledere) fra to ulike avdelinger av ulik størrelse. Datamaterialet ble analysert gjennom en kombinasjon av personsentrert og temasentrert analyse, med hovedvekt på den temasentrerte analysen.

**Resultat:** I denne studien peker resultatene mot at begge de inkluderte avdelingene hadde premissene for å lykkes innen samarbeid oppfylt, men de fremstod som svakere ved den store avdelingen. Funnene viser at det oppstår samarbeidsstress mellom legelederne og sykepleielederne ved driftssituasjoner med knapphet på ressurser, som f.eks. manglende sengeplasser. Videre oppstår det også et samarbeidsstress rundt legemiddelbudsjettet. Sykepleielederne har det formelle ansvaret, mens det er legene som bestemmer hvilken type og mengde medikamenter som skal kjøpes inn til behandlingen av pasientene. Alle seksjonslederne er enige om at det er lettest å samarbeide rundt fag og fagutviklingen. Funnene viser at faste daglige fellesmøter der begge profesjonene er til stede, er en fremmede faktor for samarbeid. Andre faktorer som fremmer samarbeid er løsningsorientert og fleksibel seksjonsledere, lik profesjonsbakgrunn, være kjent med de andre seksjonsleders arbeidsoppgaver og fagfelt, og kommunikasjon. Faktorer som er hemmende på samarbeidet er økonomiansvar sammen med legelederne, uklart lederansvar ved driftspres, og knapphet på ressurser som sengeplasser og personale.

**Title and Abstract:** Cooperation stress and harmony - cooperation between middle managers, at the same level at 2 departments in a larger hospital.

**Background:** When introducing unified management in 2002 the middle managers in larger hospital departments in Norway were given responsibilities in the areas of economy, personnel, professional development and daily operations. At the same time, achievement and accomplishments were also demanded. To reach this, the middle managers are in need of cooperation; both between individuals and between their units.

**Aim:** To describe the middle managers' experiences concerning what promotes or inhibits cooperation between middle managers, at the same level and in the same department. Further the study aimed to explore whether profession background, middle managers' responsibilities and size of the department could be factors influencing on cooperation between middle managers.

**Design, methods and analysis:** The study uses an approach with comparative case studies design. Data were collected through a method of qualitative research-interviews with six middle managers (physician leaders and nurse leaders), from two different departments of different size. Data were analysed using a combined approach of theme and person-centred analysis, with an emphasis on the theme analysis.

**Results:** In this study the results points at both included departments having the premises to succeed in cooperation, however seeming somewhat weaker at the large department. The findings implicate that cooperation stress, between nurse-leaders and physician-leaders, happens in daily operational situations when lacking resources, like i.e. bed places. Cooperation stress concerning the drug budgeted became evident. The nurse-leaders are in position of the formal responsibility, while the physician decides on the medication and amount bought for the treatment of patients. All informants agreed on the area of personnel developments being the easiest to cooperate on. The findings show that daily meetings, with both professional leaders, are a promotional factor in cooperation. Other factors that is promotional for cooperation are solution-oriented and flexible leaders, same profession background, familiar with the other leader's tasks and disciplines, and communication. Factors that are inhibitory for cooperation are economy responsibility together with the physician leaders, unclear management responsibility by operating pressure, and shortage of resources like bed places and personnel.

## Forord

Endelig ☺

Etter at jeg var ferdig med lederutdannelsen min, Helse og velferdsledelse, i 2003, sa jeg «aldri mer skole». Nå, 13 år etter, sitter jeg her igjen med en ferdig masteroppgave. Følelsen er ubeskrivelig deilig. Å skrive master har vært en lang og slitsom, men veldig lærerik prosess.

En stor takk til Høgskolen i Sogn og Fjordane som har hatt undervisningen her i Bergen. Dette har gjort det mulig for meg å gjennomføre studie. Den aller største takken går til min veileder og oppmuntrer, Olina Kollbotn, som har veiledet meg med stø hånd gjennom hele prosessen. Du har hele tiden vært positiv, og kommet med konstruktive tilbakemeldinger, som har hjulpet meg fram til å komme trygt i mål. TAKK!

Tusen takk til alle informantene, som fant tid i en travel hverdag, til å dele sine erfaringer om samarbeid med andre seksjonsledere. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre prosjektet.

Vil takke arbeidsgiver som har latt meg ha fleksible arbeidsperioder, og ikke minst gode kollegaer som har støttet meg med oppmuntrende ord gjennom studietiden. Takk også til alle kompiser som har vært forståelsesfulle.

Hjertelig takk til Hege, Silje og Magnus, verdens beste familie, for at dere har vært tålmodige, hensynsfulle og hjelpsomme, mens jeg har holdt på med skolearbeid. Nå skal vi finne på mye gøy fremover.

Geir Atle Myrmoen

Bergen, juni 2016

# Innholdsfortegnelse

<b>Kapittel 1 Innledning</b> .....	1
1.1 Tema for prosjektet .....	2
1.2 Valg av design og metode .....	3
1.3 Teoretisk rammeverk.....	3
1.4 Begrepsavklaringer .....	3
1.5 Avgrensing .....	4
1.6 Oppgavens oppbygning.....	4
<b>Kapittel 2 Kontekst og kunnskapsstatus</b> .....	5
2.1 Kontekst .....	5
2.1.1 Legelederen- seksjonslederen .....	7
2.1.2 Sykepleielederen-seksjonslederen.....	7
2.1.3 Seksjonsledere i helseforetak.....	8
2.2 Kunnskapsstatus - Reformen og lover .....	8
2.3 New Public Management (NPM).....	11
2.4 Tidligere forskning .....	12
<b>Kapittel 3 Teoretisk rammeverk</b> .....	15
3.1 Ledelse .....	15
3.1.1 Ledelsesbegrepet og lederrollens funksjon og oppgaver .....	15
3.2 Organisasjonsteori og lederrollens funksjoner.....	16
3.2.1 PAIE – modellen og lederrollens funksjon og oppgaver.....	16
3.2.2 Mintzberg sin organisasjonsmodell .....	20
3.2.3 Systemteori.....	21
3.3 Profesjoner.....	24
3.4 Teoretiske perspektiver på samarbeid .....	27
3.4.1 Utvekslingsperspektivet .....	27
3.4.2 Mandatperspektivet .....	28
3.4.3 Premisser for å lykkes i samarbeid .....	29
3.5 Makt og konflikt .....	33
<b>Kapittel 4 Metode</b> .....	35
4.1 Min forforståelse .....	35
4.2 Forskningsdesign og metode.....	36
4.3 Utvalg.....	37
4.4 Datainnsamling .....	38
4.5 Data analyse .....	39
4.6 Studiens validitet .....	41
4.7 Reliabilitet .....	42

4.8	<i>Generalisering</i>	43
4.9	<i>Etiske betraktninger</i>	43
<b>Kapittel 5 Presentasjon av empiriske funn</b>		46
5.1	<i>Samarbeid og organisatorisk struktur</i>	48
5.1.1	<i>Kommunikasjonsmåter – møtestruktur</i>	48
5.2	<i>Samarbeid - seksjonslederens lederoppgaver og ansvarsområder</i>	53
5.3	<i>Samarbeid, profesjonsbakgrunn og makt</i>	58
5.3.1	<i>Spenningsfeltet ved driftspress</i>	59
5.3.2	<i>Økonomi til besvær</i>	63
5.3.3	<i>Travle perioder er man seg selv nærmest</i>	65
5.3.4	<i>Kjennskap til den andres profesjon – snakkes samme språk</i>	68
5.4	<i>Oppsummering av funn</i>	74
5.5	<i>Systematisert oversikt i 3 hovedområder til drøftingskapittelet</i>	77
<b>Kapittel 6 Teoretisk diskusjon av funn</b>		78
6.1	<i>Ulike oppdrag gir ulike lederroller</i>	78
6.1.1	<i>Legelederen – produksjonsrollen som pådriveren og dirigenten</i>	81
6.1.2	<i>Sykepleielederen – integrasjonsrollen som rådgiveren og hjelperen</i>	81
6.2	<i>Lederrollenes og profesjonsbakgrunnens påvirkning på seksjonsledernes ansvarsområder</i>	83
6.2.1	<i>Utfordringer oppstår i samarbeidet ved driftspress på sengeplasser</i>	84
6.2.2	<i>Økonomi til besvær - legemiddelbudsjettet</i>	87
6.3	<i>Kvalitet på samarbeidet - organisasjonsstruktur</i>	88
6.3.1	<i>Domenekompatibilitet</i>	90
6.3.2	<i>Ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet</i>	92
6.3.3	<i>Mandatkompatibilitet</i>	94
6.4	<i>Oppsummering teoretisk diskusjon og funn</i>	94
<b>Kapittel 7 Konklusjon</b>		97

## Litteraturliste

### Liste over vedlegg:

1. Samtykkeskjema
2. Intervjuguide
3. NSD godkjenning
4. Godkjenning av Personvernombudet

### Liste over figurer:

Figur 1: Organisasjonskart tilfeldig valgt avdeling

Figur 2: NSF (2013) – sykepleie med lederansvar har et helhetlig lederansvar

Figur 3: Strands (2007) ledelsesfunksjoner, organisasjonstyper og ytre arbeidsbetingelser.

Figur 4: Strands (2007) fire områder der lederrollen kan bidra med noe i organisasjonen. PAIE-modellen  
Figur 5: Knudsens (2004) kriterier for vellykket samarbeid

### Tabeller:

Tabell 1: Presentasjon av seksjonslederne

Tabell 2: Formelle møtearenaer avdeling A

Tabell 3: Formelle møtearenaer avdeling B

Tabell 4: Avdelingenes formelle og uformelle treffpunkt

Tabell 5: Rangering av seksjonsledernes viktigste lederoppgaver, der 1 er viktigst

Tabell 6: Oversikt over ulikheter ved ansvarsområdene hos legeleder og sykepleieleder

Tabell 7: Rangering av seksjonsledernes ansvarsområder, der 1 er viktigst og lettest

Tabell 8: Oversikt over aktuelle funn

## *Kapittel 1 Innledning*

De siste tiårene har sykehusenes administrative ledelse blitt profesjonalisert. I 2002 omorganiserte de fleste sykehusene avdelingene, der de gikk fra en organisering av todelt ledelse, til enhetlig ledelse ved enhetene. Sykehusene er beskrevet som et profesjonelt byråkrati med klinisk kjernevirksomhet, dominert av sterke og selvstendige profesjoner (Mintzberg, 1993). Kliniske ledere befinner seg i spenningsfeltet mellom administrativ og klinisk ledelse. De finner seg også i ett annet spenningsforhold, nemlig spenningsforholdet mellom de største fagprofesjonene, leger og sykepleiere. Samtidig er fagprofesjonene helt avhengig av hverandre, både i pasientbehandlingen og i det kliniske lederskapet (Mo, 2008). Avhengighetsforholdet krever at de samarbeider med hverandre på en veldig god måte. For at avdelingene blant annet skal sikre den daglige driften og nå de mål de har satt seg, er det daglige samarbeidet mellom mellomlederne ved enhetene, en viktig faktor. Ved sykehusene kjennetegner det å samarbeide om fag og kompetanseutvikling, drift, økonomi og personaloppfølging.

Som seksjonsleder ved en sengepost, opplever jeg utfordringer med samarbeid hos seksjonsledere i egen avdeling. Fra andre kollegaer, i min og ved andre avdelinger, hører jeg at opplever det samme som meg. Hvorfor er det slik? Hvorfor oppstår situasjoner som gjør det vanskelig og samarbeide. Lederne ved enhetene er mellomledere, og i de fleste tilfeller har mellomlederne bakgrunn som enten lege eller sykepleier. Disse lederne har tittelen seksjonsleder. Det er mange seksjonsledere å forholde seg til i egne avdelinger, avstandene blir store og treffpunktene få. Legelederne har klinisk arbeid i tillegg til det å være leder. Mange av legene har blitt ledere i lys av sin lange medisinske utdanning og ansiennitet. Sykepleielederne er også ledere for egen enhet, og har stort sett formell lederutdanning. Seksjonslederne er formelt plassert i linje i hierarkiet. Elementer som tid, krav til seksjonslederen, størrelse på avdelingen og enhetene og forventninger fra omgivelsene, er faktorer som kan være med på å forme ett samarbeid.

Formålet med prosjektet er å beskrive og forstå områder og faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå ved avdelinger i et større sykehus, etter at enhetlig ledelse ble innført i 2002.



## 1.1 Tema for prosjektet

Tema for prosjektet er samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå ved samme avdeling.

Problemstillingen min er: *Hvilke faktorer og områder fremmer eller hemmer samarbeidet mellom seksjonsledere på samme nivå i samme avdeling ved et større sykehus?*

For å svare på problemstillingen har jeg formulert noen forskningsspørsmål:

1. Hva har profesjonsbakgrunn å si for samarbeidet mellom seksjonsledere på samme nivå i samme avdeling?
2. Hva har den enkeltes seksjonsleders resultatkrav og ansvarsområder å si for samarbeidet mellom andre seksjonsledere og enheter på samme nivå i samme avdeling?
3. Med størrelse på avdelingen menes hvor mange enheter den har. Hva har størrelsen på avdelingen å si for samarbeidet mellom seksjonsledere på samme nivå?

Helseorganisasjoner kjennetegnes av en kompleks organisering. Denne kompleksiteten skaper et behov for samordning og styring (Bukve & Kvåle, 2014). Samhandling er et begrep som i de senere årene har fått plass i helsevesenet og blant forskere. Generelt kan vi forstå samhandling som samarbeid i situasjoner der det ikke finnes en aktør som har fullstendig kontroll over en prosess eller utføring av en arbeidsoppgave (ibid.). For at aktørene skal kunne utføre en oppgave gjennom samhandling, må de finne fram til felles mål. Videre må de utvikle en felles forståelse av situasjoner, og de må ha tilstrekkelig tillit til hverandre. De må også utveksle nødvendig informasjon, erfaringer og kunnskap (ibid.). Seksjonsledere på nivå 3 er som oftest leger eller sykepleiere. Dette er seksjonsledere med ulik profesjonsbakgrunn med ansvar for måloppnåelse ved egne enheter, og som skal samarbeide for å nå avdelingens felles målsetting. Enhetene til seksjonsledere har også egne mål og handlingsplaner.

Seksjonsledere befinner seg i krysningen mellom den overordnede strategien og det praktiske arbeidet på «gulvet», og de har også som oppgave å oppnå resultater ved å lede medarbeiderne sine. Jeg mener at et godt samarbeid i spesialisthelsetjenesten innebærer god kommunikasjon, lojalitet, tilgjengelighet, tilstedeværelse, godt samhold og forståelse for andre ledes hverdag.

## ***1.2 Valg av design og metode***

Det finnes lite eller ingen forskning på akkurat min problemstilling, samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå i samme avdeling. Dette er en casestudie med komparativt design, for å sammenligne flere enheter. Jeg velger kvalitativ metode, som åpner opp for fleksibiliteten under datainnsamlingen og analysen. Kvalitativ metode gjør det også mulig å studere fenomener som vanskelig lar seg måle, ved å gå i dybden på de temaene det forskes på. Semistrukturerte intervjuer ble valgt som metode for innsamling av data. Disse intervjuene gav informantene muligheten å komme med egne erfaringer og forståelser.

## ***1.3 Teoretisk rammeverk***

I prosjektet mitt er hovedtemaet samarbeid. Der bruker jeg Knudsens (2012) teori om premissene for å lykkes i et samarbeid, sammen med Skjørshammers (2004) systemteori. Videre bruker jeg teori om ledelsesbegrepet, mellomlederen, og sykepleielederens og leglederens teoretisk rammeverk. Strand (2007) sine teorier om organisasjoner og roller, brukes opp imot de lederrollene seksjonslederne i studien innehar, sammen med Mintzberg (1993) teori om organisasjoner. Dette blir satt i sammenheng med Axelssons & Axelssons (2009) teori om altruistisk lederskap. Videre beskrives også Abbott (1988) sin profesjonsteori og Jacobsen (2012) sin teori om samarbeid, makt og konflikt. Sammen med utviklingen av sykehusene og helsetjenesten, reformer, New Public Management (NPM), skal teorien brukes i drøfting og analyse av innhentede data for å svare på min problemstilling og mine forskningsspørsmål.

## ***1.4 Begrepsavklaringer***

I dette avsnittet vil jeg komme med begrepsavklaringer. Begrepet avdeling er en betegnelse for en avdeling for eksempel innen en medisinsk retning, for eksempel Reumatologisk avdeling eller Medisinsk avdeling. Hver av disse avdelingene er igjen delt inn i enheter, der de ulike enhetene er sengeposter eller ett spesialfelt innen denne avdelingen. En sengepost er en enhet. For eksempel ved medisinsk avdeling har de sengeposter med spesialfelt innen endokrinologi, gastro mm. Hver enhet har en mellomleder som kalles seksjonsleder. I min oppgave vil jeg bruke seksjonsleder som betegnelse på de lederne jeg skal forske på, og

begrepet enheter, der de er ledere. For å skille seksjonslederne på profesjonsbakgrunn, vil jeg også bruke legeleder og sykepleieleder i stedet for seksjonsleder, der det måtte passe inn i teksten for oversiktens skyld.

### ***1.5 Avgrensning***

Studien fokuserer på samarbeidet mellom nivå 3 ledere ved to tilfeldig valgte avdelinger av ulik størrelse ved et større sykehus i Helse-Vest. Jeg skal se på hvilke faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid ved de ulike avdelingene, deretter å sammenlikne funnene mellom avdelingene. Jeg ser ikke på samarbeidet mellom ulike avdelinger, ei heller samarbeid opp og ned i systemet. Organisasjonsstrukturen som helhet blir ikke nærmere diskutert.

Det er vektlagt samarbeid mellom de største profesjonene ved avdelingene, seksjonsledere med lege og sykepleierbakgrunn. Andre yrkesgrupper er ikke inkludert.

### ***1.6 Oppgavens oppbygning***

Denne oppgaven er bygd opp på følgende måte. I kapittel 1 og 2 kommer jeg med presentasjon og bakgrunn for valg av tema, kontekst, kunnskapsstatus og tidligere forskning og ett kort delkapittel om valg av design og metode. I kapittel 3, har jeg teori om organisasjon, ledelse og lederrollens funksjon og oppgaver av Mintzberg (1993) og Strand (2007), og Skjørskammers (2004) systemteori. Videre i kapittel 3 beskrives ledelsesbegrepet, mellomlederen, sykepleielederens og leglederens teoretisk rammeverk, samt Axelssons & Axelssons (2009) teori om altruistisk lederskap. I siste del av kapittel 3 tar jeg for meg Abbott (1988) sin profesjonsteori, Jacobsen & Thorsvik (1997) sin teori om makt og konflikt, og Knudsens (2012) teori om premisser for vellykket samarbeid. Metoden og forskningsprosessen kommer i kapittel 4. Under kapittel 5 presenteres funn i rekkefølge basert temaer for å få svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene i studie. Kapittel 6 omhandler teoretisk diskusjon av funnene. I det siste kapittelet kommer det en konklusjon og en anbefaling fra studie. Tilslutt i oppgaven kommer litteraturlisten og ulike vedlegg.

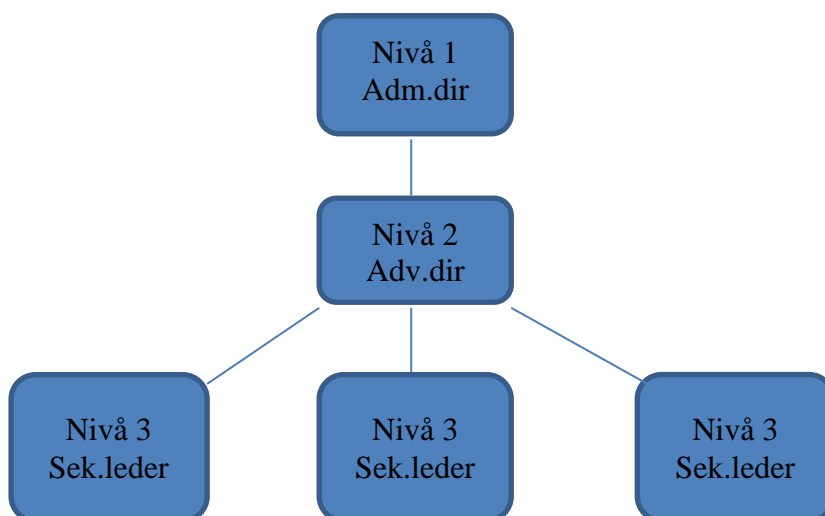
## Kapittel 2 Kontekst og kunnskapsstatus

### 2.1 Kontekst

Helse – Vest RHF er et av fire regionale helseforetak i Norge, og er direkte underlagt Helse- og Omsorgsdepartementet. Helse – Vest er igjen delt inn i seks helseforetak i regionen, som har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helseforetaket har om lag 27 300 medarbeidere, omfatter 50 store og små sykehus og institusjoner, og yter helsetjenester til nær 1,1 millioner innbyggere. Foretakene har de siste 10-15 år satt lederatferd, lederansvar og lederutviklingen på dagsorden.

I mitt studium velger jeg et større sykehus, som er delt inn i mange avdelinger. Hver avdeling er igjen delt inn i ulike enheter med egne seksjonsledere. Antall enheter avdelingen er delt inn i, er avhengig av størrelse på den enkelte avdeling. Ledelseshierarkiet i sykehuset er delt inn i nivå, der nivå 1 er administrerende direktør. Jeg kan trekke frem min egen avdeling som ett eksempel på organiseringen av en avdeling. Ledere for de ulike avdelingene er nivå 2 ledere. Nivå 2 leder er avdelingsdirektøren. Videre er den delt inn i 12 enheter. Disse enhetene har sine egne ledere som har tittelen seksjonsledere. Disse er ledere på nivå 3. Under seksjonslederen har vi assisterende seksjonsleder, som er nivå 4 leder. Fokuset i studie vil være samarbeidet mellom seksjonsledere på nivå 3 ved samme avdeling. Seksjonsledere er langt på vei ledere med bakgrunn som leger eller sykepleiere. Denne inndelingen gjelder for de fleste somatiske og psykiatriske avdelinger ved sykehus i Helse - Vest.

Her er ett forenklet eksempel på ett organisasjonskart fra en tilfeldig avdeling med tre enheter fra nivå 3.



Figur 1: Organisasjonskart tilfeldig valgt avdeling

De større sykehusene har noe som kalles en fullmaksstruktur. Det er en fullmakt der det er delegerte ansvarsområder fra overordnede til en seksjonsleder. Ansvarsområdene er blant annet at seksjonslederen har økonomisk ansvar, fagansvar, driftsansvar og personalansvar for sine enheter. Det er noen ulikheter rundt ansvarsområdene, økonomisk ansvar og driftsansvar, for legelederen og sykepleielederen. Forskjellen på det økonomiske ansvaret for sine enheter, er blant annet at sykepleielederen har ansvar for medikamentbudsjettet for sin enhet, noe ikke legelederen har. Ansvaret er plassert på den enheten som har pasientene. Sykepleielederne er i all hovedsak ledere ved avdelingenes sengepostenheter. Den andre forskjellen er rundt driftsansvaret. For legelederne ligger det i blant annet å vurdere søknader om pasientbehandling, og styre inn og uttak av nye pasienter til avdelingen. For sykepleielederen ligger driftsansvaret i å ha nok bemanning med riktig kompetanse til enhver tid for å ivareta pasientsikkerheten og drifte sengeparken ved sin enhet.

I seksjonsledernes ansvarsområder innebærer det også resultatkrav og måloppnåelse. Resultatkravene til seksjonslederne er flere. Det kan være økonomisk balanse ved egen enhet, oppdatert fagligkompetanse for å ivareta bla. pasientsikkerheten, ingen brudd på ventelister/garantier med mer. Andre elementer er samarbeidet mellom seksjonsledere om plassproblematikk/sengekapasitet, ressurstilgang, omfordeling av ressurser, endringer i avdelingen mm. For å oppnå avdelingens overordnede mål, møte forventninger fra pasienter og samfunnet forøvrig, og gjennomføre lovpålagte oppgaver, er samarbeidet mellom seksjonsledere en meget viktig faktor.

Hope (2009) har gitt en definisjon som passer godt til hvordan avdelingene er organisert ved et større sykehus i Helse - Vest:

*“...middle managers will be defined as any manager positioned at least two levels below the CEO and at least one level above line workers and professionals. Middle managers connect the organization`s strategic and operational levels;; they are responsible for at least the sub functional workflow or business processes, but they are not responsible for the workflow or business processes of the organization as a whole”* (Hope, 2009, s. 14).

Definisjonen forteller at en mellomleder er enhver leder som befinner seg minst to nivåer under toppsjefen, samtidig som han befinner seg minst et nivå over arbeiderne. Dette er en hierarkisk/strukturell dimensjon. Videre i definisjonen kommer det frem at mellomledere

binder sammen organisasjonens strategiske og operasjonelle nivå. Dette er en funksjonsdimensjon. Til sist i definisjonen ser jeg at mellomlederne er ansvarlige for minst en del av virksomhetens forretningsprosesser, men ikke alle prosessene som et hele. Dette er en oppgaveorientert dimensjon. Seksjonslederen i denne oppgaven tilsvarer betegnelsen mellomlederen ut fra Hope (2009) sin definisjon.

### *2.1.1 Legelederen- seksjonslederen*

Legene er den typiske profesjon, og historisk har legen oppnådd den mest favoriserte posisjon av alle profesjoner (Grund, 2006, s. 153). Legeprofesjonen har gjennom tiden blitt integrert i staten. Dette gjelder alle tre områder for medisinsk autoritet: forholdet til statelig byråkratiske strukturer, til sykehuset og til andre profesjoner (Erichsen, 1996, s. 93). Legene har stor betydning på hva faktisk sykehusene gjør, og legene står i en særstilling i sykehusene ved at både den faglige selvstendigheten og det faglige ansvaret er nedfelt i lovs form. Legelederen har det systemmessige ansvaret, som er et faglig ledelsesansvar, og som krever kompetanse innen faget. I dag er det slik at legelederne har både ett faglig og administrativt ledelsesansvar.

### *2.1.2 Sykepleielederen-seksjonslederen*

Sykepleierne oppnådde autorisasjon i 1948 med yrkesbenevnelse «offentlig godkjent sykepleier». Den medisinsk vitenskapelig og teknologiske utviklingen har ført til at også sykepleien har utviklet seg til en profesjon, ikke minst som følge av en satsing på å utvikle et eget vitenskapelig og forskningsmessig ståsted (NOU 1997:2, 1997, kap.4). Sykepleierne, i nyere tid, har også fokus på administrasjon og ledelse. Særlig innen personalledelse og driftsspørsmål. Den offentlige utredningen definerer administrasjon som det «å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp til en stilling», mens ledelse handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å gjennomføre målene (ibid.)

Norsk Sykepleierforbund (NSF) deler det helhetlige lederansvaret inn i fire likeverdige ansvarsområder (NSF – sykepleier med lederansvar 2013):



Figur 2: NSF (2013) – sykepleie med lederansvar har et helhetlig lederansvar

Det administrative ansvarsområdet ligger tydeliggjøring av organisasjonens mål, strategier og iverksettelse av overordnede tiltak for å nå disse målene. I det faglige ansvarsområdet har leder det overordnede sykepleiefaglige ansvaret i helsetjenesten. Sykepleielederen må være orientert mot helhet, koordinering og samarbeid slik at helsetjenesten fungerer til det beste for pasienten og skaper tillit i befolkningen. I det juridiske ansvaret ligger at sykepleielederen må ha grunnleggende kunnskaper om lovgivning og det lovverket som angår virksomheten og faget. Lederens oppgave er å sikre at medarbeiderne har kjennskap til dette. Til slutt har vi det etiske ansvaret. Det er viktig at leder er bevisst og synliggjør de dilemma som kan oppstå i møte mellom juss og etikk.

### **2.1.3 Seksjonsledere i helseforetak**

Seksjonsledere er i følge dokumentet «*Helseforetakenes interne organisering og ledelse*» (Kjekshus, 2012) nivå 3 eller nivå 4 ledere, avhengig av hvordan den enkelte klinikk eller avdeling har organisert seg. 67 % av foretakene hadde 4 nivås lederhierarki (Kjekshus 2012, s. 19). I min studie har jeg valgt et større sykehus med et slikt ledelseshierarki, med fokus på nivå 3 lederen. I kartleggingen av Helseforetakenes interne organisering og ledelse (ibid., s.22-23) viser tall for 2012, at 28 % av seksjonslederne hadde legebakgrunn og 55 % hadde sykepleierbakgrunn.

## **2.2 Kunnskapsstatus - Reformen og lover**

Det eldste kjente sykehus i Norge var Trondhjem Hospital, som ble opprettet i forbindelse med katedralen og Olav-kulten for mer enn 700 år siden. Rikshospitalet ble opprettet i 1826.

Framveksten av sykehuset som behandlingsinstitusjon kom for alvor i perioden 1850-1950, da utviklingen innen medisinsk vitenskap og teknologi var formidabel. I siste halvdel av det 19. århundre var også framgangen stor innen kirurgi. Den vitenskapelige utviklingen gav innenfor legetjenesten økt fokus på spesialisering og arbeidsdeling. Sykepleien fikk også økende spesialisering med videreutdanning innen anestesi, intensiv og operasjon. Moderniseringsarbeidet har stått høyt på den politiske agendaen de siste 20-25 årene, der blant annet ledelse og styring av helsetjenestene har kommet på dagsorden. Sykehusene er blitt kunnskapsorganisasjoner med store og komplekse oppgaver, og med større krav til administrativ kompetanse og ledelse. Utbyggingen av helsetjenestene har vært et hovedelement for velferdsstaten, og er i dag regulert gjennom omtrent 30 lover, som regulerer pasientenes rettigheter, tjenester, helsepersonell og organisasjonsformer.

En spesialisthelsetjeneste som stadig er i endring og utvikling, med stort press og store forventninger fra befolkningen, er ledelsesutfordringene mange og komplekse (Schumacher, 2012). Ledere og ledesspørsmål har fått en fremtredende plass i ulike reformtiltak. Den offentlige sektoren må være i bevegelse for å kunne møte nye behov, og helsepolitiske spilleregler er blitt etablert og kan skille mellom tre hovedtyper styringsmidler:

1. De institusjonelle og hierarkiske, som lover, eierskap og instruksjer.
2. De økonomiske og finansielle.
3. De kulturelle og verdibaserte virkemidlene (Grund, 2006, s. 126).

Sykehusreformen (2002) førte til at statlig eierskap som skulle sikre større likhet, bedre kvalitet på tjenestene og bedre organisering av sykehusene. Da studie handler om lederrollen i spesialisthelsetjenesten, vil en rekke offentlige dokumenter, utredninger og lover som omhandler administrasjon og ledelse og organiseringen av disse, være relevante.

Som et resultat av NOU 1997:2, 1997, ble reformen for enhetlig ledelse vedtatt innført i norske sykehus i 1999 (Lov om spesialisthelsetjenester, 1999), med virkning fra 1. januar 2001. I Lov om spesialisthelsetjenester § 3-9 (1999) står det omtalt om ledelse i sykehus:

*«Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere»*



Loven skulle erstatte en praksis der leger og sykepleiere hadde ledet sammen, såkalt todelt ledelse. Tanken bak enhetlig ledelse, var at det skulle være kun en leder for hver organisatorisk enhet i sykehusene. Innføringen av enhetlig ledelse gjorde at sykepleiere har fått tilgang på lederstillinger på alle nivå, som tidligere har vært øremerket leger. Tanken bak reformen om enhetlig ledelse var at den best kvalifiserte til å lede skulle lede, uavhengig av profesjon (Johansen, 2009). Gjennom ordningen med enhetlig ledelse utviklet det seg nye lederroller som har fått totalt ansvaret for drift, resultat og personalet. I ansvaret for resultat ligger også det økonomiske ansvaret ved egen enhet.

NOU 1997:2, 1997, Pasienten først!-Ledelse og organisering i sykehus, beskrives tre aktiviteter som i praksis inngår i enhver lederstilling (ibid.):

1. Administrasjon – handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp mot stillingen.
2. Ledelse – sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene.
3. Lederskap – utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategier og fellesskap om målene for virksomheten.

NOU 1997:2, 1997, kap.10, introduserer krav om reel administrativ ledelseskompetanse for ledere ved sykehus. Denne kompetansen må vurderes ut fra tre kriterier: *Personlig egenskap og egnethet, relevant ledererfaring og formell ledelseskompetanse – gjennomført utdanning på universitet eller høyskolenivå* (NOU 1997:2, 1997, kap.10). Med min bakgrunn som seksjonsleder vet jeg at de fleste legelederne ikke innehar denne formelle lederkompetansen, mens sykepleielederne har.

Helse og Sosialdepartementet gav helseforetakene i 2011 oppdrag å fastsette og forankre en nasjonal plan for ledelse i sykehus. Resultatet ble Nasjonal plattform for ledelse i sykehus (2012). I Nasjonal plattform for ledelse i sykehus (2012), står det om lederkrav og hvordan bygge robuste lederlinjer og ledergrupper med utpreget lagånd, som setter ledere i stand til å ivareta helhet på tvers av egen enhet. Her oppgis seks lederkrav til leder. Lederen skal være *ansvarlig, helhetstenkende, endringsvillig, handlekraftig, kommuniserende og inspirerende*. Lederkravene dekker ulike sider av lederskapet. Videre blir det anbefalt i rapporten, at det etableres en særskilt kontakt med Utdanningsdepartementet for å starte prosessen med å ta i

bruk lederkravene i nåværende og fremtidig form som en obligatorisk del av de medisinskfaglige og helsefaglige profesjonsstudiene. Målet blir at de ulike profesjonene i spesialisthelsetjenesten blir lært opp og skolert i samme ledelsesmessige begrepsapparat og tankesett.

Ledelsesfunksjonens betydning har økt, fordi sykehusene møter krav til omstilling og dokumentert kvalitet (NOU 1997:2, 1997, kap.10.1.2). Satsingen og fokuset på administrasjon og ledelse i lover og reformer, har ført til mer profesjonell ledelse med desentralisering av ansvar, myndighet og oppgaver. Dette for å gi økt samordning og koordinering. Innføringen av enhetlig ledelse har desentralisert flere ansvarsområder, som ansvar for økonomi og det systemmessige ansvaret for faget ved egne enheter.

### ***2.3 New Public Management (NPM)***

Innføringen av enhetlig ledelse er inspirert etter prinsippene i New Public Management (NPM), som er en fellesbetegnelse på en moderniseringsbølge i offentlig sektor som primært hadde sitt opphav i New Zealand og Storbritannia på begynnelsen av 1980-tallet. NPM kan neppe sies å være en teori i seg selv, men er snarere en merkelapp (eller et begrep) på reformforsøk i offentlig sektor som bærer særskilte kjennetegn (Johansen, 2009, s. 18). NPM legger vekt på effektivitet, og har ett organisatorisk og ledelses fokus. NPM innebærer at virksomhetene selv i større grad bestemmer hvordan de skal være organisert, og den direkte politiske styringen nedtones. Politisk styring skjer i hovedsak gjennom formulering av målsettinger for de ulike offentlige aktivitetene, gjennom bevilgning av rammebudsjetter, og til en viss grad gjennom styrerepresentasjon. Virksomhetene tar på sin side målsettingene og budsjettene som gitt, og de tilpasser sin ressursbruk og organisering til disse på den måten de selv mener er mest hensiktsmessig. Kontroll av ressursbruk og måloppnåelse i virksomhetene er en del av den politiske styringen av dem, og dette skjer som regel gjennom uavhengige revisjoner og evalueringer.

Tanken bak NPM-reformen er at en markedsretting av offentlige virksomheter skal bidra til bedret ressursutnyttelse, bedre kvalitet og «mer igjen for pengene» i offentlig sektor (Johansen, 2005).

Hood (1991) trekker frem flere ulike elementer når han karakteriserer NPM. Jeg tar med de elementene som er relevant for oppgaven min:

- Profesjonell, synlig ledelse i offentlig sektor.
- Vektlegger resultatene fremfor prosessen som fører til resultatene.
- Vektlegging av disiplin og tilbakeholdenhet i ressursbruken.
- Dannelse av mindre enheter som kan styres, desentraliseres.

NPM legger også til grunn at den som er best egnet til å lede skal lede uansett profesjon (Johansen, 2005).

## **2.4 Tidligere forskning**

I mine undersøkelser av forskningsfeltet har jeg sett på både nasjonale og nordiske forskningsartikler. Jeg har også søkt etter internasjonale forskningsartikler, da jeg ikke fikk treff som gikk direkte på tema. Jeg har hatt god hjelp og veiledning av bibliotekar i arbeidet med søkene. For å finne litteratur og tidligere forskning på mitt tema og problemstilling, har jeg søkt i bl.a. Oria, Svemed+, Pubmed og Web of science. Jeg har også søkt i Google scholar på de artiklene jeg fant i de ulike databasesøkene, og sett på hvem som har sitert dem og antall siteringer. Jeg har brukt søkeordene samarbeid, sykehus, legeleder, sykepleieleder, seksjonsleder, mellomleder/ledelse, profesjon og organisasjon. Disse søkeordene har jeg kombinert i ulike søk. De engelske søkeordene jeg har brukt er: cooperation/collaboration, hospital, nurse/nurseleader/nursemanager, physician/physicianmanager, profession, interprofessional relationship, middle leadership/leadership, organization. Har også søkt via Helsebiblioteket, regjeringen.no og lovdata.no etter offentlig informasjon som lover, utredninger, stortingsmeldinger og statistikk.

Ut ifra søkene mine, har jeg ikke funnet forskning som går direkte inn på min problemstilling. Jeg velger å ta med forskning som kan overføres til studiet, i forhold til hva som fremmer eller hemmer samarbeid, forholdet mellom sykepleiere og leger, og om arbeidsoppgaver og krav til disse lederne.

En studie av Tone Opdahl Mo (2008) i 2001-2002, viste at hverdagen til legelederne har vært i stor endring. Tidsbruken til administrative oppgaver og personalansvar for enhetene har økt etter innføringen av enhetlig ledelse. Men studien viser også at det er mulig å justere både mengde og tid til det kliniske arbeidet i den nye «moderne» lederrollen.

Axelsson & Axelsson (2009) påpeker en økende forskning om tverrprofesjonelt samarbeid innen behandling og omsorg. Forskningen har identifisert strukturelle hindringer i form av eksisterende lovreguleringer, regler/retningslinjer og administrative grenseoppganger, samt hindringer som har å gjøre med kulturelle forskjeller mellom ulike profesjoner og organisasjoner, for eksempel ulik språkbruk, holdninger og verdier som vanskeliggjør kommunikasjonen og samarbeidet.

Artikkelen «Contemporary leadership in healthcare organizations» (Wikstrøm & Dellve, 2009), er en studie om å få en dypere forståelse av opplevelsene rundt ulike utfordringer første og annen linjeledere står ovenfor i de moderne helsevesen. Lederne som var med i undersøkelsen jobbet ved enheter der arbeidsoppgaver og ansvar hadde blitt desentralisert jmf. enhetlig ledelse. Resultatet viste at lederne utrykte at de administrative oppgavene var tidstyver, var av stressende art, lite interessant og noen ganger ikke nødvendig. De gav også uttrykk for viktigheten av å være synlig og til stedet for de enhetene de ledet, og være nær driften i forhold til driftsansvaret. Det var også viktig med ett godt leder – medarbeider forhold. Arbeidet med den strategiske organisering var mest motiverende, men de administrative oppgavene tok tid fra den strategiske planleggingen.

Torjesen (2008) har studert de to mest dominerende profesjonene i helsevesenet, nemlig legene og sykepleierne. Torjesen (2008) mener at sykepleierne kan vise til lange tradisjoner i administrasjon og ledelse, som har vært en del av deres profesjonsstrategi. Siden ikke sykepleiere i enhetslederstillinger vinner støtte i de medisinske fagkollektive på samme måte som legelederne, identifiserer sykepleierne seg sterkere til et styringsunivers som er mer resultat-, innovasjon-, fornyelses og serviceorientert, og de viser større lojalitet i forhold til helseforetakenes overordnede ledelse. Sykepleielederne selekterer og reflekterer rundt sitt eget lederskap som en kontinuerlig prosess, mens legelederne «rømmer» tilbake til klinikken. Sykepleielederne blir sett på som gode til å organisere daglig drift, service, personale og drift. Legene er tilfredse for å kunne slippe unna slike oppgaver.

Tang, Chan, Zhou, & Liaw (2013) kom med en litteraturstudie om lege – sykepleie samarbeid i sykehus, som viser en ulik holdning rundt viktigheten og kvaliteten i samarbeidet. Den ulike holdningen ble påvirket av faktorer som kommunikasjon, respekt, tillit, forståelse av den andres profesjon og prioriteringer av oppgaver. Studien viste at legegruppen hadde lav respekt og en nedlatende holdning til sykepleierne. Legene viste også at de ikke hadde nok innsikt i og forståelse av sykepleierens profesjon.

Skjøld Johansen, M. (2009) har i sin avhandling «*Mellom profesjon og reform: Om fremveksten og implementeringen i norske sykehus*» påpekt at legeledere og sykepleieledere vektlegger ulike aspekter ved lederrollen. Sykepleielederne vektlegger i sterkere grad enn legene administrativt lederskap, og at ledere bør ha en formell lederutdanning. Legene argumenterer at ledelse av kliniske avdelinger må forstås som faglig ledelse.

Denne forskningen viser hvordan sykepleielederne og legelederne reflekterer og vektlegger sitt lederskap. Videre viser den kulturelle forskjeller mellom de ulike profesjonene, som påvirker kommunikasjonen og samarbeidet dem i mellom, samt hvordan de prioriterer sine lederoppgaver i hverdagen.

## ***Kapittel 3 Teoretisk rammeverk***

I dette kapitlet har jeg teori om organisasjon, ledelse og lederrollens funksjon og oppgaver av Mintzberg (1993) og Strand (2007), og Skjørskammers (2004) systemteori. Videre i kapittel 3 beskrives ledelsesbegrepet, mellomlederen, sykepleielederens og legelederens teoretisk rammeverk, samt Axelssons & Axelssons (2009) teori om altruistisk lederskap. I siste del av kapittel 3 tar jeg for meg Abbott (1988) sin profesjonsteori, Jacobsen & Thorsvik (1997) sin teori om makt og konflikt, og tilslutt Knudsens (2012) teori om premisser for vellykket samarbeid.

### ***3.1 Ledelse***

#### ***3.1.1 Ledelsesbegrepet og lederrollens funksjon og oppgaver***

Ledelsesbegrepet dukker opp i mange teorier. Ledelse brukes både om personene som utøver ledelse, og om aktivitetene de utøver i egenskap av å være ledere (Strand, 2007, s. 17). Grund (2006, s. 206) sier at helseledelse er ledelse utøvd i en kunnskapsorganisasjon eller kompetanseorganisasjon med en hierarkisk ledelsesstruktur. Kjennetegn på en kunnskapsorganisasjon, er at kunnskap og leveranse, skjer gjennom sammensatte krevende tjenester og produkter. Organisasjonens viktigste kapital ligger i fagfolkens kunnskap (ibid., s. 143). Ledelse er et begrep som brukes i mange sammenhenger og i mange betydninger. Styring og ledelse brukes ofte synonymt som betegnelse for at noen bestemmer over andre. I noen sammenhenger skilles det mellom de to begrepene. Styring brukes da ofte om aktiviteter som trekker opp rammevilkår, retningslinjer og mål for underordnede virksomhet, mens ledelse brukes om selve gjennomføringen av tiltakene som er nødvendige for å nå målene innenfor rammer som er trukket opp (NOU 1997:2, 1997, kap.10.1.1).

Ledelse oppstår når personer påtar seg ansvaret for å regulere indre og ytre organisatoriske grenser, for eksempel håndtere en arbeidsdeling i forhold til oppgaver og omgivelser. Ledere er således personlige garantister for en organiserings orden og retning (Grund, 2006). For å drive god ledelse må lederen ha en spesiell personlighet, en rekke personlige egenskaper og kunne mestre en rekke ferdigheter for å kunne utøve sine funksjoner (ibid., s. 156).

Ledelse – både på toppnivå og de mange mellomnivåene i sykehusavdelinger - krever kompetansemessig autoritet mer enn formell posisjon. Derfor må de rekrutteres ledere med faglig kompetanse og autoritet (ibid., s. 32). Ledelsesfunksjonens betydning vil øke, fordi sykehus møter krav til omstilling og dokumentert kvalitet.

Lederens oppfattelse av rollekrav har betydning for lederens oppfattelse av rolleforståelse. Rollen som mellomleder, med tittelen seksjonsleder, blir satt i sammenheng med helseforetaket og profesjonen de er en del av. I denne sammenheng blir deres rolle anerkjent (Strand, 2007). Lederens oppfattelse av rollekrav er av betydning for rolleforståelse, som igjen påvirker atferd. Det kan derfor, i følge Strand (ibid.), sies at oppfattelse av rollekrav er det man som leder forstår, mens atferd viser til det man som leder gjør i utførelsen av sin rolle. Atferden som utøves er en balanse mellom formelle krav, andres forventninger og lederens egne valg og tolkninger (ibid.).

Atferden til lederne påvirkes av hvordan lederne oppfatter og forstår lederrollene sine. I neste delkapittel vil jeg ta utgangspunkt i Strands (ibid.) PAIE- modell, der jeg vil beskrive ulike lederroller og funksjoner i en organisasjon.

### ***3.2 Organisasjonsteori og lederrollens funksjoner***

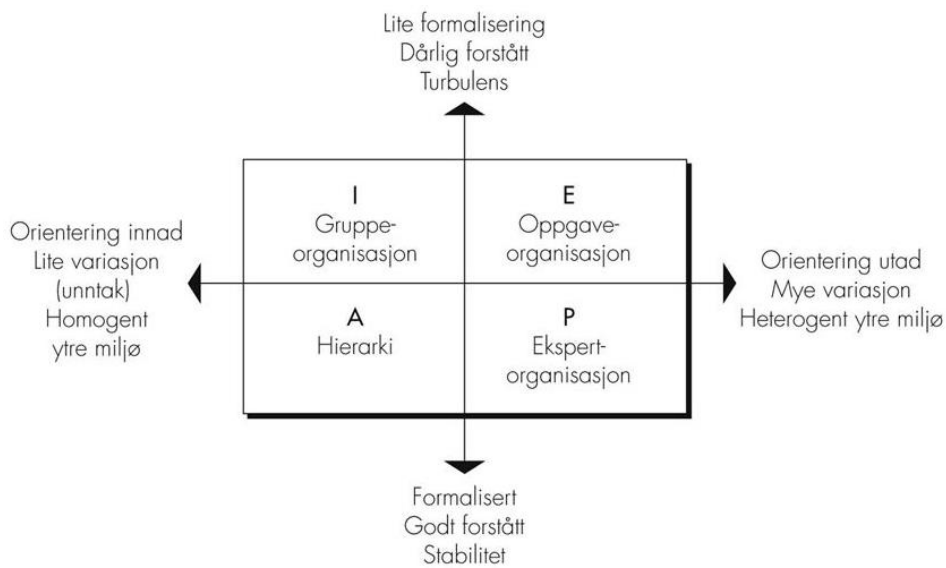
I de videre underkapitler blir Strands (ibid.) PAIE – modell og rollefunksjoner, Mintzbergs (1993) organisasjonsteori og Skjørskammers (2004) systemteori presentert.

#### ***3.2.1 PAIE – modellen og lederrollens funksjon og oppgaver***

For å beskrive og vise til ulike organisasjonstyper benytter Strand (ibid.) PAIE-modellen. PAIE står for produksjon, administrasjon, integrasjon og entreprenørskap. Strand presenterer fire organisasjonstyper som anses som grunnleggende, og som gir utgangspunkt for kartlegging av ledertyper, roller, organisasjons- eller ledelsesfunksjoner og kulturer. Organisasjonstypene betraktes som prototyper: byråkrati, ekspertorganisasjon, entreprenørorganisasjon og gruppeorganisasjon (figur 3). Strand (2007, s. 269) definerer sykehus som en ekspertorganisasjon. Konkurransetilvillighet og produktivitet kjennetegnes slike organisasjoner. De karakteriseres gjerne på denne måten:

- De har ett lavt hierarki.
- De har arenaer for fagspesialisering og fag autonomi.
- De behandler komplekse problemer og er orienterte mot løsninger for eksterne parter.
- Medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse.

Ekspertorganisasjoner som sykehus, er underlagt administrative styringssystemer gjennom hierarki, budsjetttrammer, målstyring, kvalitetsledelse og intern kontroll. I realiteten er blandingsformer og varianter av organisasjonstypene helt vanlige, men de fleste organisasjoner vil kunne ha en dominerende organisasjonsidentitet. Figuren under viser grunnskjema til Strand (2007). Grunn dimensjonene viser i denne figuren grad av formalisering knyttet til regler og prosedyrer, og om man er orientert innad eller retter fokuset mot omverdenen. Venstre del av figuren legger vekt på vedlikehold og harmoni, mens høyre del vektlegger forandring, fornyelse og resultater.



Figur 3: Strands (ibid.) ledelsesfunksjoner, organisasjonstyper og ytre arbeidsbetingelser.

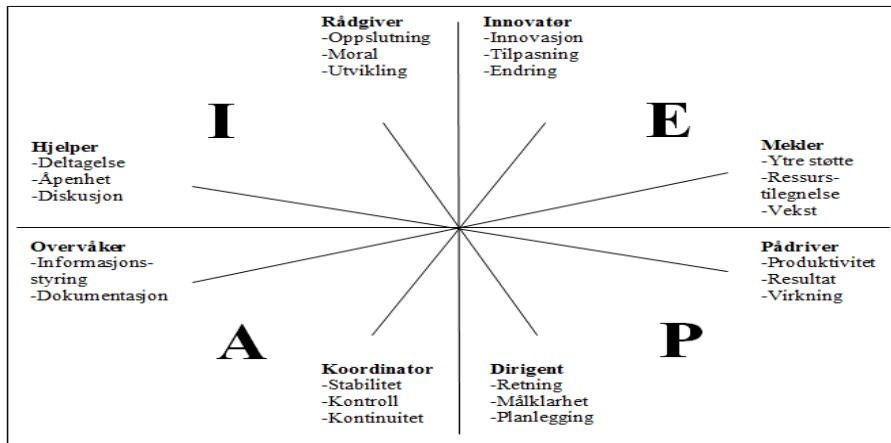
Strand (ibid.) antyder at ledere er organisasjonsmedlemmer som har ansvar for andres arbeid, har ett mandat og utfører funksjoner som er livsviktige for organisasjonen.

Ledere forventes å være bidragsytere til organisasjonens livsfunksjoner og bidra til at dette blir ivaretatt. Det blir rettet en oppmerksomhet på ledere som bidrar og blir holdt ansvarlig for tingenes tilstand.

For å beskrive og vise til seksjonsledernes rolleoppgaver eller funksjoner i denne studien, har jeg valgt å ta utgangspunkt i Strand (ibid.) sin tolkning av Adizes firedeling av rollebenevnelser kjent som PAIE- modellen. Disse fire områdene, sett i sammenheng med organisasjonstype, kan brukes til å måle ledelsens ivaretagelse av organisasjonens behov (ibid.). I følge Strand (ibid.) kan man, ved å ta utgangspunkt i disse funksjonene, vise til hvilke roller som er nødvendig for at en organisasjon skal overleve og drives hensiktsmessig.



Den vil da i så måte vise til hva lederne kan bidra med. Strand (2007) bemerker i denne sammenheng at denne tilnærmingen har noen begrensninger ved at den setter rammer for hva det skal ses etter, men den argumenteres for at den er med på å forenkle overblikket og har støtte i generell teori.



Figur 4: Strands (ibid.) fire områder der lederrollen kan bidra med noe i organisasjonen.

Ledelsesoppgavene kan deles inn i fire områder, og at ledelse kan måles mot ivaretagelsen av organisasjonenes behov på fire områder. Produksjon (P), handler om å påvirke mål og drive frem resultater. Det tas utgangspunkt i at alle organisasjoner er produserende og måloppfyllende mekanismer som ikke er selvforsynte og innelukende, men i relasjon og utveksling med omverdenen (Strand, ibid., s. 436). I denne studien tolker jeg denne funksjonen til å handle om det å produsere helsetjenester gjennom styring og resultatoppnåelse. Videre sier Strand (ibid., s. 437), for at en organisasjon skal være produserende må den levere noe av verdi for omverdenen, og den må oppnå overskudd eller balanse i sitt bytteforhold. For å oppfylle produsentfunksjonen må organisasjonen og dens ledere innrette sin virksomhet mot mål og stå til ansvar for resultater. Produsentfunksjonen kan deles inn i modellrollene pådriveren og dirigenten. Hvor pådriveren er en logisk problemløser som håndterer tidsfrister og stress på en god måte, og som er personlig motivert for å oppnå resultater. Dirigenten kan motivere andre, delegere, legge planer og sette mål (ibid., s. 459). Sammen bidrar dette til at det blir rettet oppmerksomhet mot prestasjoner og resultater.

Administratorfunksjonen (A), lederfunksjon om orden, kontroll og vedlikehold av systemer. Administrasjon brukes i bred betydning om det å gjøre rutinemessige oppgaver. Det handler om å endre, utvikle og vedlikeholde systemer som virker atferds regulerende. Kontroll er

sentralt i denne sammenhengen. Det er grunnleggende for alle deltakere i organisasjonen å ha følelse av kontroll, dvs. herredømme over de umiddelbare omstendighetene en jobber under, og forutsigbarhet om fremtiden (Strand, 2007, s. 462). Leder er opptatt av å forholde seg til regler, regeltolking og system, og styrer etter dette med gitte rammer og bevilgninger. I denne studien tolker jeg denne funksjonen til å dreie seg om generelt administrativt arbeid rundt personal, økonomi, drift og fag. Administratorfunksjonen kan deles inn i koordinatoren og overvåkeren. Koordinatoren vil prøve å oppnå kontroll og stabilitet. Overvåkeren har fokus på detaljer og vil sørge for korrekt informasjonsflyt.

Integrasjonsfunksjonen (I) handler om, i følge Strand (ibid.), om funksjoner som styrker medlemmenes tilknytning i organisasjonen gjennom felles oppfatning. Organisasjoner kan oppfattes som en samling mennesker som ønsker og arbeide sammen, et sosialt kollektiv (ibid., s. 482). Organisasjoner trenger integrasjon gjennom sosiale mekanismer og gjennom ledelsestiltak. Integrasjon gjennom utvikling av sosiale normer, opplevelse av fellesskapet, emosjonell tilfredsstillelse og kompetanse utvikling. Lederen må lede ut fra tanken om kulturbygging, skape arena for trivsel, annerkjennelse og tilhørighet. Lederen må også ha evnen til å kommunisere og være «gode medmennesker». I denne studien tolker jeg denne funksjonen til å være leders tilstedeværelse, brobygger og kulturbygger for sosiale relasjoner og fellesskap. Integrasjonsfunksjonen kan deles inn i rådgiver og hjelper. Rådgiveren er opptatt av felles oppslutning, god moral og utvikling av organisasjonen og individene. Hjelperen er opptatt av god deltakelse, åpenhet og diskusjon med individene og organisasjonen.

Den siste funksjonen er entreprenørfunksjonen (E). Alle organisasjoner er avhengig av omverdenen, og sikre seg legitimitet i den. Strand (ibid., s. 505) beskriver tre delvis sammenvevde tilnærminger i ivaretagelsen av entreprenørfunksjonen: *strategisk ledelse*, *strategisk alliansebygging*, og *innovasjon og nyskaping*. Entreprenørfunksjonen er i sterkere grad enn de andre funksjonene knyttet til sterke personer. Denne funksjonen kan deles inn i innovatøren og mekleren. Innovatøren skal sørge for innovasjon, tilpasning og endring for å sikre legitimitet overfor omgivelsene. Mekleren jobber med ytre støtte, ressurstilegnelse og vekst.

Axelsson & Axelsson (2009) trekker frem en spesiell barriere for grenseoverskridende samarbeid. Det er ulike former for revir og revirtenkning hos profesjonelle ledere som er

ansvarlig for et avgrenset virksomhetsområde. Dette kan sammenlignes med for eksempel en legeleder som er leder ved en enhet i en avdeling ved et sykehus. Denne revirtenkningen er en alvorlig hindring for tverrprofesjonelt samarbeid. Axelsson & Axelsson (2009) mener at de profesjonelle gruppene må kunne se utover sin egen interesse, og være beredt til å gi opp deler av sitt profesjonelle revir under visse omstendigheter, for å få til et tverrprofesjonelt samarbeid. En slik vilje til å ivareta allmennhetens beste og ikke sloss for sine egne interesser, kalles for altruisme. I et altruistisk lederskap forutsetter det at ledere kan se sin egen virksomhet i et større og mer langsiktig perspektiv, og at lederne har liten prestisje, og er villige til å kompromisere og tøyne regelverket. Denne tenkningen kan også relateres til min studie, der legeleder og sykepleieleder, er de profesjonelle, og enhetene skal samarbeide om å oppnå best mulig resultat for pasientene og avdelingen.

I min studie vil jeg analysere empirien i lys av Strands (2007) ulike lederrollene i PAIE-modellen og Axelsson & Axelsson (ibid.) altruistiske lederskap, og se om lederrollene er en faktor som fremmer eller hemmer samarbeidet mellom seksjonslederne.

### **3.2.2 Mintzberg sin organisasjonsmodell**

Mintzberg (1993, s. 153) definerer fem ulike typer organisasjonsformer: *Enkel organisasjon, maskinbyråkratiet, profesjonelt byråkrati, divisjonaliserte organisasjoner og adhokratiet.*

Eksempel på et profesjonelt byråkrati er et sykehus (ibid.). Jeg vil kun si noe om profesjonsbyråkratiet, da profesjonsbyråkratiet er modellen med størst grad av samsvar i forhold til sykehusene og ledernes kontekst. Ifølge Mintzberg (ibid.) består ett profesjonelt byråkrati, av profesjonelle medarbeidere med høy kompetanse, som har betydelig kontroll over sitt eget arbeid. Profesjonsbyråkratiet er et hierarki, der veien mellom topp og bunn i organisasjonen er kort. Omgivelsene er komplekse, stabile og krever høy kompetanse. Profesjonsbyråkratiene har en liten ledelse, men det vil være mange ansatte som har maktgrunnlag ut fra sin ekspertise eller sin faglige kompetanse. Strands (ibid.) beskrivelse av ekspertorganisasjon kan sammenlignes med Mintzbergs beskrivelse av profesjonsbyråkrati. De har mange likhetstrekk, der begge er komplekse organisasjoner med lavt hierarki, og medlemmene har høy faglig kompetanse og autonomi.

Ifølge Mintzberg (1993) består alle organisasjoner mer eller mindre av fem hoveddeler. Disse elementene har ulik makt og størrelse i de ulike organisasjonene. Disse fem er: *En operativ kjerne, en mellomledelse, en toppledelse, en teknostruktur og en støttestruktur.*

Mellomlederen, som i dette studiet dreier seg om seksjonslederen, er ledere for egne enheter i samme avdeling. Mellomlederen planlegger og koordinerer den daglige driften ved sin enhet. Han er også bindeleddet mellom toppledelse og den operative kjerne. Mintzberg (ibid.) sier at mellomlederen selv tar en rekke beslutninger innenfor de rammene han er gitt, mens andre beslutninger krever en avgjørelse av toppledelsen. Mellomlederen har også en viktig funksjon i å etablere og ivareta ett godt kontaktnett med andre mellomledere, støttefunksjonene og eksterne aktører som påvirker enheten mellomlederen er leder for (ibid., s. 15).

Sykehusene er kunnskapsorganisasjoner, der over halvparten av medarbeiderne har høyere utdanning, og rundt ett par prosent med doktorgrad (Grund, 2006, s. 147). Fordeler ved en slik organisering er at delegering av beslutningsmyndighet sikrer faglig godt arbeid, og raskere problemløsning og saksbehandling. I en organisasjon som profesjonsbyråkratiet vil kunnskap være makt. I følge Mintzberg (ibid.) ligger makten til det faktum at arbeidet til den profesjonelle er for komplekst til å skulle styres og standardiseres av ledelsen. Ulemper er at det kan lett oppstå rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper, som skaper samarbeids- og styringsproblemer (f.eks. striden mellom leger og sykepleiere) (Johansen, 2010).

### **3.2.3 Systemteori**

Systemteori er først og fremst en måte å beskrive og analysere sosiale, organisatoriske og økologiske forhold, og en måte å organisere kunnskapen om disse forholdene på, slik at helheten ivaretas best mulig (Skjørshammer, 2004, s. 35). Definisjonen på et system er:

*«Et system består av et sett av elementer som samspiller med hverandre»*

Definisjonen sier at et system er en helhet som består av deler, også kalt elementer, og at disse delene står i et forhold til hverandre over tid som indikerer et mønster eller en organisasjon (et samspill) (ibid.). I min studie er elementene enhetene og seksjonslederne som står i et konstant avhengighetsforhold til hverandre.

Det som kjennetegner systemteori, er måten å tenke om forholdet mellom helhet og deler. Systemisk tenkning er å tenke helhetlig. En grunnleggende forestilling i systemteorien er at et system er en integrert helhet, der delene ikke kan reduseres til mindre enheter, uten at de står i fare for å miste sin «mening» eller «hensikt». En systemtilnærming vil understreke grunnleggende prinsipper for organiseringen og se på det nettverket av gjensidige relasjoner som eksiterer mellom disse delene (Skjørshammer, 2004, s. 37). En organisasjon kan defineres systemisk, som ett sett av roller og en strøm av aktiviteter, som er utformet med tanke på å oppnå bestemte mål. Denne definisjonen passer til en sykehusavdeling som gjennomfører mange ulike aktiviteter for å nå egne definerte mål. Rollene fylles av mange, blant annet seksjonslederne. Disse rollene står i større eller mindre grad i et avhengighetsforhold til hverandre. De ansatte blir først en organisasjon når de har utviklet stabile og mer varige forhold til hverandre. De samspillmønstre som etableres utvikles i et system, kalles strukturer. Det er regler som påvirker hvordan deler og enheter samhandler og operer som en helhet. Systemet holdes sammen av mellommenneskelige prosesser og utvekslinger, som ved samarbeidet mellom seksjonslederne. Ved et sykehus er det mye kompetanse. Maktutøvelse og innflytelse på systemets fungering skjer i betydelig grad gjennom den faglige kompetanse enkeltpersoner og enheter representerer. I min studie er avdelingen med sine enheter og ledere avhengig av hverandre i et samarbeid, for å kunne yte den beste behandling og pleie pasientene fortjener. En utfordring for helseorganisasjoner er å finne grensesnittet mellom enkeltindividers og arbeidsgruppers autonomi og «selvkontroll» på den ene siden, og organisasjonenes kontrollsystemer på den andre siden (ibid., s. 41).

I systemteori deles organisasjoner gjerne inn i nivåer: Oversystem – system – undersystem. Ledelse av en enhet i en avdeling i en organisasjon, er et undersystem. Det er også andre undersystemer, som produksjon eller ytelse av tjenester, ressurs sikring, vedlikehold og tilpasning (ibid., s. 48). Undersystemene er parallelle prosesser. Det som foregår i ett undersystem, virker inn på de andre undersystemene. Hvordan dette skjer, bestemmes gjennom samhandlingsrelasjonene. Grensene i de sosiale systemene er regler som definerer hvem som deltar i systemet, og hvordan. Det kan gjøres rent geografisk, fysisk eller sosialt. Hvor effektivt et undersystem gjennomfører sine aktiviteter og oppgaver, avhenger av hvor stor frihet det har, når det gjelder «innblanding» fra andre. Klare grenser er derfor viktig for at et system skal fungere godt.

Hvordan holdes helseorganisasjonen som system sammen? En av de store utfordringene er å få til helhetlige og sammenhengende behandlingsprosesser med pasientflyt, i en kompleks organisasjonssetting, der delene er løst koblet. I tillegg er ledelsesfunksjonene med tilhørende planleggingsansvar splittet opp. Det nødvendige samarbeidet mellom ansatte i en helseorganisasjon og deres samarbeidspartnere i omgivelsene kan kobles sammen på 2 måter: langsiktig planlegging, som nedfeller seg i rutiner, prosedyrer og arbeidsdeling, og kortsiktig planlegging, der strømmen av pasienter og fagpersoner kobles sammen, slik at både riktig pasient og riktig profesjon er til stede mest mulig samtidig (Skjørshammer, 2004, s. 65). Dette er i følge Skjørshammer (ibid.) ikke mulig å gjennomføre i detalj. Samhandlingen baserer seg til syvende og sist på aktørenes evne til gjensidig tilpasning. Det vil si at de ansatte er løsningsorienterte og klarer å inngå funksjonelle kompromisser, slik at pasienttjenestene kan gjennomføres maksimalt innenfor det som er mulig i den aktuelle situasjonen. Ledere trenger hensiktsmessige tankemodeller som kan hjelpe de å analysere, forstå, drifte og utvikle enhetene de er satt til å lede. For at en slik tankemodell skal være nyttig må den være dekkende for spesielle trekk ved virksomheten, at de er fleksible å bruke med en enkel utforming (ibid.).

Denne teorien kan være nyttig for studie når jeg skal se på hvordan lederrollene og aktivitetene forholder seg til hverandre i et samarbeid mellom seksjonslederne, for å nå enhetenes og avdelingenes mål.

### 3.3 Profesjoner

Erichsen (1996, s. 39-43) identifiserer tre faser i den historiske utviklingen av helseprofesjonene i velferdsstaten:

1. Etableringen – i denne fasen er det viktig å skille mellom de «gamle» og «nye» yrkene. Legeyrket ble etablert lenge før velferdsstaten og med det kan en tro at de hadde en vesentlig rolle i utformingen av velferdsstaten i etterkrigstiden. Sykepleieryrket er også ett «gammelt» yrke, men har tradisjonelt vært klart underordnet legene. Dermed har legeprofesjonens synspunkter tradisjonelt utgjort sterkere premisser ved utforming og gjennomføring av den offentlige politikken, enn premissene for sykepleierne.
2. Vekst og konsolidering – siden 1960 tallet har yrkene i velferdsstaten hatt en voldsom vekst i antall og yrkesutøvere. Helsevesenet blir spesialisert gjennom faglig, teknologisk og vitenskapelig utvikling. Dette dannet grunnlaget for nye arbeidsdelingsmønstre og medisinske hierarkier, som igjen forutsatte samarbeid på et helt annet grunnlag enn innenfor legehierarkier. De «gamle» og «nye» yrkene konsoliderte sine stillinger gjennom to prosesser. a) Statlig styring av profesjonenes yrkesutøvelse for eksempel offentlige godkjenninger. b) Omlegging av utdanningssystemet med større autonomi til for eksempel sykepleierutdannelsen
3. Redefineringen – denne fasen går fra tidlig 80-tallet, der det skapes helt nye betingelser for forholdet mellom profesjonene jmf. enhetlig ledelse. Relasjonene og samarbeidet mellom profesjonene har endret seg fra tidligere

Seksjonsledere i sykehus har ulike profesjonsbakgrunn. I studiet vil fokuset være på leger og sykepleiere. Den mest typiske profesjon er legeyrket, men også sykepleierne tilfredsstiller i stor grad disse kravene.

I følge Jespersen (1996), referert i Grund (2006, s. 144), har ett profesjonelt yrke følgende kjennetegn:

- Langvarig og spesifikk utdanning fra universitet og høyskole.
- Praktiske ferdigheter overlevert fra erfarne kollegaer.
- Offentlig godkjenning og beskyttet tittel.
- Spesielle plikter og relasjoner til det offentlige.

- Sterk fagforening som overvåker yrkesutøvelsen gjennom et faglig/etisk regelverk.

Melby (1990, s. 308) refererer til at i definisjoner av profesjonsbegrepet legger en gjerne vekt på teoretisk kunnskapsgrunnlag, formell utdanning av en viss varighet, kompetansekontroll av medlemmene, organisasjon, yrkesetiske regler og uegennyttig virksomhet.

Den økte spesialiseringen og profesjonaliseringen ved sykehus har ført til en fragmentering, som krever mer samordning av ulike instanser som rettes mot pasienter og klienter. En slik ordning krever i neste omgang et grenseoverskridende samarbeid. Tverrprofesjonelt samarbeid innebærer et samarbeid på tvers av profesjonsgrensene.

Den amerikanske sosiologen, Andrew Abbott, gav ut boken «*The system og Profession*» i 1988, der han har bygd opp en analytisk modell, der profesjonens arbeidsoppgaver og kontroll over dem er i sentrum, og hvordan profesjonene forholder seg til hverandre. Abbott (1988) foreslår en løs definisjon i boken:

*«Professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases»* (Abbott, (ibid.), s. 8).

Definisjonen kan beskrives ved å si at kjennetegnet på en profesjon er at den enten kontrollerer en teknikk for å utføre en arbeidsoppgave, eller ha kontroll over ett abstrakt kunnskapssystem som genererer den praktiske yrkesteknikken. Yrkesteknikken kan være delegert til andre yrkesgrupper. En høy grad av abstraksjon i kunnskapssystemet er det som klarest identifiserer en profesjon. Abbott (ibid.) mener at den mest sentrale egenskapen ved en profesjon er kontroll over kunnskap og dens anvendelse. Han bruker begrepet «jurisdiction» (jurisdiksjon). Med det mener han om en profesjons kontroll over ett myndighetsområde (ibid., 1988). Her er legelederne med sin medisinsk vitenskapelige bakgrunn og praksis, i en særstilling. Legene har fortsatt full kontroll over kunnskap i sitt myndighetsområde, noe som ifølge Mintzberg (1993) innebærer å ha makt. Konkurransen og kamp om myndighetsområde utvikler profesjonene. Uenigheter om, «jurisdiction» (kontroll over myndighetsområde), kan ifølge Abbott (ibid.) løses på seks forskjellige måter i profesjonssystemet (ibid., s. 69-79): *Full kontroll, underordning, arbeidsdeling, intellektuell kontroll, rådgivning og klientdifferensiering.*



Ved *full kontroll* har profesjonen kontroll over hele arbeidsfeltet med støtte i lovverket og i det offentlige. Legene har i dag gjennom lov og allmenn oppfatning det totale medisinske ansvaret i egen enhet ved sykehus. Ved *underordning* er det en differensiering i arbeidsoppgavene og arbeidsfordelingen blant yrkesutøvere innen samme profesjon med forskjellig utdanningslengde og jobbstatus. Abbott (1988) kaller dette vertikal differensiering. Det klassiske eksemplet er forholdet mellom leger og sykepleiere. Det er vanlig med kompetanse overføring i dette systemet. *Arbeidsdeling* opptrer på arbeidsplasser der profesjonene baserer seg på hjelp fra hverandre. Overenskomsten *intellektuell kontroll* har en profesjon full intellektuell kontroll over et domene, men det er andre profesjoner som også praktiserer. Ved *rådgivning* prøver en profesjon og fortolke og endre handlinger over en jurisdiksjon som en annen profesjon har full kontroll over. Den siste er *klientdifferensiering*. Denne typen overenskomst oppstår når etterspørsel av en type profesjon er større enn det finnes egnede profesjoner for.

Profesjonenes arbeid er å tilby eksperttjenester for å behandle eller løse menneskelige problemer. Profesjonens arbeid er under stadig påvirkning fra ny teknologi, medisinsk vitenskapelig utvikling, politiske vedtak og sosiale forhold. Forholdet mellom profesjonene og oppgaver de skal gjøre er under kontinuerlig påvirkning og endring (ibid., s. 35).

Innføringen av enhetlig ledelse gjør at sykepleiere har fått tilgang på lederstillinger på alle nivå som tidligere har vært øremerket leger. Denne utviklingen har utløst konflikter – jurisdiksjonelle konflikter (Abbott, ibid.). Jurisdiksjon er en grensedragning mellom en profesjon og dens profesjonsarbeid. Jurisdiksjonell konflikt utløses når andre profesjoner får tilgang på samme type arbeid og definerer innholdet i arbeidet ulikt. Dette utløste blant annet en debatt blant leger og sykepleiere om hvem skulle ha rett på avdelingslederstillingene.

Abbott (ibid.) sin profesjonsteori kan være nyttig i analysen, å se om det oppstår jurisdiksjonelle konflikter mellom legelederne og sykepleielederne, og hvordan dette påvirker samarbeidet. Videre kan den være nyttig å se på hvordan profesjonsbakgrunn påvirker seksjonsledernes prioriteringer av ansvarsområder og de oppgaver de skal utføre.

### 3.4 Teoretiske perspektiver på samarbeid

Samordning, koordinering, samarbeid. Kjært barn har mange navn (Repstad, 2012).

Samarbeid baserer seg på at det fins parter som ønsker å koordinere sine aktiviteter, og at man dermed ser nytten av det. Med koordinering menes å få ting til å virke sammen ved å samordne ulike funksjoner, slik at helheten blir best mulig. I begrepet koordinering ligger det innbygd at det snakkes om et gi-og-ta forhold. I det ligger det at noen vinner, mens andre må gi seg. Samarbeid er ett positivt ladet begrep, fordi de involverte partene har blitt enige seg imellom hvordan betydningen av de enkelte delene skal være. Samarbeidet skjer når det er klart for de involverte partene, vil tjene på å koordinere sin virksomhet (Jacobsen, 2012, s. 82). Samordning oppstår når en tredje part pålegger andre å koordinere sine virksomheter, gjennom regler og rutiner fra en overordnet leder.

Knudsen (2012) påpeker at samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser, handler mye om interorganisatorisk koordinering. Interorganisatorisk koordinering er en fellesbetegnelse på fenomener som samarbeid, samhandling, kontakt, kommunikasjon og nettverksbygging med mer mellom organisatoriske enheter. Samarbeidet kan også skje *intraorganisatorisk*, der samarbeidet skjer mellom enheter innenfor samme institusjonsenhet. Med intraorganisatorisk domene menes ett sett av enheter som har felles interesse i et problem som er så komplekse, at enhetene ikke kan løse disse selvstendig. Dette kan sammenlignes med Skjørshammer (2004) systemteori, der et system er en integrert helhet, der enhetene ikke alene kan løse de komplekse oppgavene alene. Videre kan dette overføres til samarbeid mellom enheter ved samme avdeling i et sykehus. Et større sykehus er en kompleks organisasjon, der organiseringen av avdelingene er som en liten organisasjon i organisasjonen.

Knudsen (ibid.) beskriver to perspektiver på samarbeid, utviklingsperspektivet og mandatperspektivet. Det som er sentralt i perspektivene er et erkjent behov for samarbeid.

#### 3.4.1 Utvekslingsperspektivet

En underliggende premiss er at enhetene, vil søke å komme frem til enighet om en fornuftig oppgavefordeling, i erkjennelse av gjensidig avhengighet, og ut fra ønske om å realisere sine mål. Et resultat av dette er at samarbeid ikke bare avhenger av partenes evne og positive innstilling til samarbeid, men også av overordnede politiske og økonomiske

rammebetingelser, i tillegg til partenes evne og positive innstilling til samarbeid (Knudsen, 2012). Det handler om ressursavhengighet, der man utveksler goder og en aktør har interesse av noe en annen aktør kontrollerer. Med det som bakgrunn nevnes fire delmål og ønsker for definering av enhetenes interesser og strategier, som kan spille en rolle for kvaliteten av samarbeid (ibid.):

1. Ønske om å gjennomføre programmer og arbeidsoppgaver på en vellykket måte, med minst mulig innblanding fra andre enheters side. En vellykket gjennomføring av program og oppgaver gir prestisje.
2. Ønske om å holde på oppgaver som enheten er alene om, eller ha kontroll på spesialiseringen dersom andre holder på med det samme.
3. Ønsket om en jevn flyt av ressurser og jevn pågang av oppgaver.
4. Ønske om å forsvare og beskytte egne prinsipper for oppgaveløsning, spesielle behandlingsopplegg og teknikker.

Dermed blir kampen om ressurstilgang sentral, der ressursknapphet, underbemanning, manglende informasjonstilgang og manglende spesialkompetanse, er faktorer og elementer som stimulerer til samarbeid. En enhet kan umulig blir selvforsynt med ressurser og kompetanse siden behovet for spesialisering og differensiering av tjenester er så stort. I denne studie er seksjonslederen avhengig av den andres kompetanse for å kunne utføre de tjenester de er satt til å gjøre. Dermed blir enhetene nødt til å løse oppgaver gjennom samhandling og samarbeid. Partene vil gardere seg mot usikkerheten ved å prøve å få i stand avtaler og som sikrer stabilitet (ibid.). Utvekslingsperspektivet forutsetter at partene må ha noe å gi, samtidig som de har behov for å ta imot. Knudsen (ibid.) påpeker at den gunstigste betingelsen for samarbeid finner sted når de samarbeidende partene står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre, gjennom delvis overlappende domenefordeling, samt at ressursene er viktige for begge parter og er vanskelige å oppdrive andre plasser.

### **3.4.2 Mandatperspektivet**

Sentralt i dette perspektivet er at en overordnet instans ser et behov for større koordinering og samarbeid mellom enhetene, ved at de går inn og pålegger samarbeid mellom de ulike partene, når viljen for samarbeid ikke er til stede. Et hovedargument for samarbeid som en

organisatorisk løsning er fleksibiliteten i samarbeidsmønstrene som følge av skiftende behov og betingelser, forpliktelse og tillit (Knudsen, 2012). I helsevesenet med sine komplekse oppgaver og daglige endringer av behov, er det viktig med fleksibilitet i samarbeidet mellom seksjonslederne. Ved flere anledninger er det behov for raske avgjørelser i fellesskap for å sikre videre drift og effektivitet.

Knudsen (ibid.) benytter begrepet domene (domain = område) som en sentral komponent i vurderingen av samarbeidspotensialet for enhetene. I følge Knudsen (ibid.) er begrepet relevant i forbindelse med koordineringen i minst tre sammenhenger. Den første sammenhengen henviser til enhetenes funksjoner, klientgruppe, tjenester og geografisk plassering. I andre sammenhenger reflekterer begrepet rundt enhetenes arbeidsdeling som et kompromiss eller forhandlingsresultat. Den tredje sammenhengen Knudsen (ibid.) nevner er at begrepet domene definerer et problemområde av felles interesse for flere enheter.

Knudsen (ibid.) sine perspektiver på samarbeid kan være nyttig i analysen ved å se på avhengighetsforholdet mellom enhetene, der seksjonsledernes evne og innstilling på samarbeid er sentral. Perspektivene kan også være nyttig når jeg skal se på om seksjonslederne har en klar arbeidsdeling seg i mellom, og formaliserte retningslinjer og avtaler ved samarbeid.

### *3.4.3 Premisser for å lykkes i samarbeid*

Kvaliteten på samarbeidet avhenger av samsvaret omkring arbeidsmetoder, forståelser, mål og interesser. I følge Knudsen (ibid.) er det tre kriterier for å lykkes i et samarbeid. De er; domenekompatibilitet, ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet og mandatkompatibilitet. Kriteriene er gjensidig avhengig av hverandre og blir beskrevet ytterligere under (ibid., s. 43-50). I denne studie legger jeg i kompatibilitet noe som er forenelig med, noe som samsvarer.

Med det mener jeg at enheter følger samme standard og kan derfor virke sammen.



Figur 5: Knudsens (2012) kriterier for vellykket samarbeid

1. Domenekompatibilitet – domenebegrepet er relevant i tre forskjellige sammenhenger i forbindelse med intraorganisatorisk koordinering. Først henspiller den på den enkelte enhets funksjoner og tjenester. Dernest på enhetens deling av arbeidsoppgaver. En tredje anvendelse, er at enheten definerer et problemområde av felles interesse for andre enheter, som derfor er interessert i en eller annen grad for koordinering. Domenekompatibilitet er til stedet når ulike enheter har delvis overlappende domener. Samarbeidet må oppleves å være nyttig ut fra fordelingen av oppgaver mellom de forskjellige enhetene. Målet er å oppnå samarbeidsgevinster.

Overført til min studie, så har en legelederdrevet enhet og en sykepleielederdrevet enhet to ulike domener. De to lederne har like lederposisjoner, men ulikt oppdrag. Det som er et felles interesseområde for disse to enhetene er god og riktig behandling og pleie av syke pasienter. Enhetene er avhengig av hverandre for å nå dette målet. På individnivå må også lederne oppleve nytten av å samarbeide. Derfor bør det være klare og formaliserte retningslinjer og strategier for avhengighetsoppgavene i avdelingen, for å unngå konkurranse og konflikter.

2. Ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet – hvilken oppfatning enheten har om seg selv, om sine arbeidsmåter (kultur) og behandlingsformer, og hvordan oppfatninger enhetene har om hverandre. Når enhetene har sympati for hverandres ideologi har man også lettere for å akseptere hverandre ut i fra kvalitetsmessige kriterier. Minstekravet er at enhetene har gjensidig respekt for hverandres arbeid og ideologi (Knudsen,

2012). Noen ganger vil dette også være et spørsmål om profesjonskompatibilitet, der hvilken oppfatning profesjonene har om seg selv og hvordan oppfatninger profesjonene har om hverandre, står sentralt.

Overført til min studie innebærer dette at enhetene bør finne ut hva de har til felles. For å bidra til ideologisk kompatibilitet og dermed vellykket samarbeid er det viktig med sammenfallende arbeidsrutiner, vaner og yrkesholdninger. Det at lederne kjenner hverandre og hverandres enheter og hva de står for, bidrar til ideologisk kompatibilitet. I dette ligger også den enkeltes seksjonsleder vurdering av de andre seksjonsledernes faglige nivå. En sammenfallende ideologi vil bidra til kvalitetsmessig kompatibilitet.

3. Mandatkompatibilitet – enhetene blir gjennom kontroll, pålegg eller direkte styring pålagt til koordinering og samarbeid. Det er viktig at mandatet er forankret i både ledelsen og de som arbeider i organisasjonen om man skal lykkes.

I forhold til samarbeidet mellom seksjonslederne i en avdeling burde denne forutsetningen være enkel å oppnå. På oppdrag fra Helse og sosialdepartementet kom Nasjonal plattform for ledelse i sykehus (2012) der krav til lederne ble presentert. Kravene var at lederne skal være ansvarlige, helhetstenkende, endringsvillig, handlekraftig, kommuniserende og inspirerende. Man må også samtidig anta at det er en overordnet forventning og krav til samarbeid mellom seksjonslederne i avdelingen.

I følge Knudsen (2012) kan samarbeidsgevinstene deles i to; synergieffekter og læringsgevinster. Synergieffekter er umiddelbare gevinster som kan deles inn i klientorientering, operativ synergi og kultur synergi. Klientorientering fører et godt samarbeid til bedre service overfor brukeren av offentlig sektor. Den operative gevinsten gjør at godt samarbeid kan bidra til synkroniseringen av arbeidsrutiner og forenkling av administrative rutiner, som gir reduserte produksjonskostnader og bedre kvalitet. Den siste umiddelbare gevinsten er at samarbeidet styrker selvtilliten, en opplevelse av å være i forkant av problemene og mestre situasjonen.

Læringsgevinstene kan deles inn i erfaringseffekt, kompetansespredning og kompetanse «pool». Med erfaringseffekt menes en overført spesialisert kompetansehevning. Gevinsten av kompetansehevningen øker samhandlingen, da det oppstår læring på tvers av enhetene og de

involverte får ett mangfold av løsninger, ideer og erfaringer. Den siste effekten, kompetanse «pool», gir mulighet å danne arbeidsteam sammensatt fra de ulike enhetene.

Ett større sykehus har store og komplekse oppgaver, som igjen blir delt inn i deloppgaver, slik at de blir håndterbare. Oppdelingen gjør at en kan spesialisere seg på et avgrenset emne, slik at man blir mer effektiv med det man gjør. De enkelte delene blir sterkt avhengig av hverandre, og en blir avhengig av koordinering av de spesialiserte oppgavene, slik at tjenesten skal bli nyttig. I følge Jacobsen (2012) må en helhetlig arbeidsoppgave ofte splittes opp i deler. En årsak til oppsplittingen er effektivitet argumentet, der arbeidsdeling tillater spesialisering, det vil si at man kan konsentrere seg om et avgrenset område og dermed å utføre arbeidet raskere og bedre enn man skulle drive med flere forskjellige oppgaver (ibid.). I tillegg til arbeidsdelingen skjer to parallelle prosesser som både er en følge av spesialiseringen skal bli effektiv, nemlig formalisering og spesialisert utdanning. Ved spesialisert utdanning har vi profesjonsdannelse. Formaliseringen er at arbeidsoppgavene settes inn i fast rammer, beslutningsmyndighet fordeles, belønningssystemer utformes og arbeidsoppgaver rutineres og standardiseres gjennom regler og standardprosedyrer (Jacobsen, ibid., s. 78). Koordineringen av oppgavene ligger i arbeidsdelingen og spesialiseringen. Overført til min studie innebærer dette at profesjonsbakgrunnen til seksjonslederne har betydning for at de har ulike oppdrag som seksjonsledere. Her oppstår også koordineringsproblemer. De to parallelle prosessene, formaliseringen og spesialiseringen, påvirker koordineringen. Disse to prosessene har også «egne» koordineringsproblemer. Formaliseringen gjør til at deloppgaver samles i formelle enheter, med egne ressurser, rutiner og standarder. Forskning om organisering viser at når man samler deloppgaver innenfor formelle enheter og grupper, så prioriterer man koordineringen internt i enheten på bekostning av koordinering mellom enheter (ibid., s. 79). Samtidig med den formelle arbeidsdelingen foretas det som oftest en fysisk arbeidsdeling. Den fysiske avstanden mellom grupper blir stor, som gjør at kommunikasjonen mellom gruppene blir vanskelige (ibid., s.79).

Med Knudsen (2012) sin teori om premisser for å lykkes i et samarbeid og hvilke gevinster en kan oppnå, kan være nyttig i analysen for å se om seksjonslederne og enhetene har de egenskapene som trekkes frem som suksessfaktorer, og kunne påpeke områder som er utfordrende i samarbeidet. Videre kan Jacobsen (ibid.) sin teori bli viktig i analysen med tanke på enhetenes struktur, arbeidsdeling og formalisering ved samarbeidet mellom seksjonslederne.

### *3.5 Makt og konflikt*

Forholdet mellom ulike profesjoner i helsetjenesten forstås mest typisk å dreie seg om profesjonell dominans, med legeprofesjonen som det dominerende yrke i den medisinske arbeidsdelingen. Jeg velger her å ta med maktprinsippet, da ifølge Mintzberg (1993), er spesialisert kunnskap makt.

Makt brukes i organisasjonsteori som en aktørs evne til å overvinne motstand for å oppnå et ønsket mål eller resultat. Makt omfatter ulike flere ulike forhold, og behovet for å bruke makt vil variere etter hva som karakteriserer situasjonen. For det første er makt noe som brukes i relasjoner mellom forskjellige aktører. For det andre er det aktuelt å bruke makt når ulike aktører er avhengig av hverandre. For det tredje blir makt ofte brukt i situasjoner hvor det er konkurranse om knappe ressurser. For det fjerde er det nødvendig å bruke makt hvis det foreligger uenighet mellom aktører som er avhengig av hverandre. Tilslutt vil graden av maktutøvelse variere med hvor viktig saken oppfattes å være for involverte partene (Jacobsen & Thorsvik, 1997, s. 128-129).

Konflikt oppstår når det er vanskelig å forene ulike interesser og kan oppstå på alle nivå, mellom individer, grupper og organisasjoner. Når en person blir møtt med ulike forventninger og noen av disse er vanskelige å oppfylle uten at det går på bekostning av noen av de andre, snakker man gjerne om at den enkelte opplever en rollekonflikt, eller en konflikt mellom ulike identiteter (ibid., s. 137). Jacobsen & Thorsvik (ibid.) påpeker at konflikter mellom personer eller grupper av personer vil som regel oppstå i situasjoner hvor det er knapphet på ressurser, og når en aktør bevisst bruker sin makt for å hindre en annen i å nå målene sine eller i å få gjennom sine interesser. Ulike interesser vil være basis for alle konflikter, akkurat som de er basis for utøvelse av makt. Felles for alle konflikter er at uenigheten er erkjent, og det er ikke så uvanlig med konflikt bl.a. mellom individuelle mål hos ulike personer eller mellom individuelle mål og kollektive mål i den gruppen som en person tilhører.

Hvor en aktør er i hierarkiet avhenger hvor mye makt en har. Det er en sammenheng mellom makt og struktur. Plasseringen i hierarkiet har betydning for hvilke ressurser og informasjon man kontrollerer. Makt er også avhengig av arbeidsdelingen i organisasjonen, der ulike deloppgaver blir avhengig av hverandre. De enhetene som sitter på de viktigste oppgavene og utfører de, får største makt.



Mintzberg (1993) har på bakgrunn av makt og kontroll perspektivet kategorisert seks organisasjonstypologier. Den ene av de seks er meritokratiet. I følge Mintzberg (ibid.) er meritokratiet ett eksempel på ett sykehus, der den viktigste maktbasen er kunnskap. Spesialistene er de mektigste gjennom sin utdanning og praksis, men har en svak hierarkisk makt. I meritokratiet kan den administrative lederen gjøre noe, men i hovedsak må han eller hun rette seg etter spesialistenes ønsker. Makten er lokalisert i den operative kjernen i organisasjonen.

I denne oppgaven er legelederne spesialistene, og de er i besittelse av kunnskap og praksis som ikke sykepleielederne har i avdelingen. Selv om legelederne er på samme nivå i hierarkiet og formelt samme ansvarsområder som sykepleielederne, får legelederne i kraft av sin kunnskap og praksis, en type makt over sykepleielederne.

Jacobsen & Thorsvik (1997) sin teori om makt og konflikt kan være nyttig i analysen for å se på hva profesjonsbakgrunnen har å si for samarbeidet, og om legelederens medisinske faglige bakgrunn er fremmende eller hemmende i samarbeidet med sykepleielederne på noen områder.

## **Kapittel 4 Metode**

I dette kapittelet presenteres valg av metode og forskningsdesign. Videre beskrives utvelgelse av informanter, anonymisering, gjennomføring av intervju, transkribering og analysearbeidet. Til slutt vil jeg si noe om reliabilitet, validitet og generalisering.

Dalland (2007) definerer metode som:

*”En fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”* (Dalland, ibid., s. 81)

Denne studien søker å finne hvilke faktorer og områder som fremmer eller hemmer samarbeidet mellom seksjonsledere på samme nivå i samme avdeling. Jeg har med utgangspunkt i problemstillingen valgt kvalitativ metode i studie.

### **4.1 Min forforståelse**

Min forforståelse om samarbeid mellom seksjonsledere er stor, i lys av min rolle som seksjonsleder i over 12 år. I denne tiden har jeg vært gjennom mange prosesser rundt lederutvikling, deltatt og drevet interne og eksterne prosjekter, og vært igjennom driftsendringer i egen avdeling. Som seksjonsleder har jeg blant annet driftsansvar som krever samspill, samarbeid og god kommunikasjon med andre seksjonsledere i egen avdeling. Jeg mener at jeg sitter med relevante forkunnskaper om tema.

Forskerens rolle påvirker hele forskningsprosessen (Thagaard, 2013). I følge Andersen bør man som forsker være forsiktig, der forkunnskapen hovedsakelig er knyttet til egen erfaring (Andersen, 2013, s. 127). Derfor handler det om at jeg må være særlig bevisst min forforståelse og rolle gjennom hele forskningsprosessen. Dette gjelder ved innsamling av data, bearbeiding og tolking av datamaterialet som kom frem gjennom intervjuene.

Jeg mener at min bakgrunn gir meg et kunnskapsrom til å lage en god referanseramme. Det var også en fordel når jeg skulle lage intervjuguiden. Ved å ha gode forkunnskaper, klargjør forventninger til typiske svar, og eventuelle hypoteser om sentrale sammenhenger som kan prøves ut. Forkunnskaper representerer alltid mer eller mindre utviklede tankemodeller (ibid.) Uansett må jeg være bevisst min forkunnskap, slik at jeg for eksempel ikke blir ledende

overfor intervjupersonene. Som forsker måtte jeg være innstilt på å finne overraskende og uventede svar enn det jeg hadde forventet, og jeg må være forberedt å anerkjenne disse funnene.

Min bakgrunn som seksjonsleder kan ha hatt innvirkning på analyseprosessen, og kan ha ført til mindre objektive tolkinger. Jeg har likevel prøvd å være bevisst på dette, og i den grad det er mulig å se problemstillingen gjennom nøytrale briller. Malterud (2011) påpeker at det likevel er unngåelig at forskerens egen forforståelse påvirker datamaterialet og analysen.

## **4.2 Forskningsdesign og metode**

Studie er en komparativ casestudie, der jeg har valgt avdelinger på basis av dimensjonene profesjon og størrelse. Casestudier er en god metode når man ønsker svar på spørsmål som omhandler hvordan noe skjer og hvordan noe oppleves, i stedet for kun å søke svar på spørsmål om hvorfor det skjer (Andersen, 2013). Ett komparativ casedesign gir mulighet for å gjøre sammenligninger mellom to eller flere cases slik at man kan se på både forskjeller og likheter mellom de enheter man studerer. Jeg ønsker å sette mine funn opp imot eksisterende teorier. Det vil si at dette blir en fortolkende oppgave, hvor jeg vil ta i bruk relevante teorier for å underbygge, forstå og drøfte mine funn. Min studie, er teoretisk fortolkende studie, som studerer ett fenomen, gruppe, organisasjon, og setter funn opp imot allerede eksisterende teori. Jeg skal blant annet forske på om størrelse på avdelingene har sammenheng med kvaliteten på samarbeid, og om profesjonsbakgrunn til seksjonslederne påvirker kvaliteten på samarbeidet. Ett komparativ casedesign egner seg godt til kvalitativ metode.

Kvalitativ metode er også best egnet når jeg ønsker å gå i dybden på det fenomenet jeg forsker på. Den kvalitative metoden gjør oss i stand til å se mangfold og nyanser, i tillegg til å belyse erfaringer, tanker, opplevelser, motiver og holdninger (Malterud, *ibid.*). Da målet med studien er å få tydeliggjort seksjonsledernes egne opplevelser om samarbeid med andre seksjonsledere i egen avdeling, og å få frem den enkeltes personlige nyanser, vil det være hensiktsmessig å bruke semistrukturerte intervjuer. Kvalitative intervjuer med en delvis strukturert tilnærming, gjennomføres med en intervjuguide, med spørsmål som omhandler temaer med utgangspunkt i problemstillingen min. Gjennomgående i prosjektet må det være en bevissthet i forhold til den vitenskapelige og teoretiske dekningsfor funn. Hvordan spørsmålene formuleres vil være avgjørende for hvor god validitet som kan tillegges intervjuet og intervjuresultatet

(Kvale & Brinkmann, 2009). Spørsmålene må ikke stilles ledende, og ordvalg og formuleringer må være presise.

Studien tar utgangspunkt i en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Jeg begrunner valget av hermeneutisk fenomenologisk forskningsdesign med at studien søker å samle data om seksjonsledernes egne opplevelser og erfaringer. Ved å benytte en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming er målet å finne en dypere mening i intervjuobjektens opplevelser og deres erfaringer (Thagaard, 2013).

Fenomenologi blir skildret som en metode der en prøver å forstå det som er utforsket, med å ta utgangspunkt i informantens subjektive opplevelse og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer. Jeg har latt seksjonslederne ved ulike avdelinger fortelle om sine erfaringer, der mine refleksjoner over egne erfaringer var utgangspunktet for studien. Fenomenologien er mer et bestemt begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkeligheten er den menneskene oppfatter (Kvale & Brinkmann, *ibid.*). For å få helheten er denne tilnærmingen valgt, da jeg har observert og tolket informantenes svar av sin virkelighetsoppfatning i et fenomenologisk perspektiv.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og kommer fra det greske ordet «hermenevein» som betyr «å tolke». Fra ett samfunnsvitenskapelig ståsted kan ett hermeneutisk perspektiv knyttes til å lese «kultur» som tekst. De kvalitative metodene hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelse, som handler om tolkinger av menneskelige uttrykk (Malterud, s. 44, 2011). Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng vi studerer, er en del av (Thagaard, *ibid.*), og at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Retningen innebærer å skaffe data om aktørens egen forståelse, og sette det det forskes på i sammenheng med en helhet. Den hermeneutiske tilnærmingen bruker jeg når jeg tolker dataene som er transskribert.

### **4.3 Utvalg**

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, som vil si at vi velger deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og

undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013). Utvalget og inklusjonskriteriene var nivå 3 ledere ved 2 avdelinger av ulik størrelse ved et større sykehus i Helse - Vest. Nivå 3 lederne som ble valgt ut skulle ha ulik profesjonsbakgrunn. Både leger og sykepleiere. For å sikre en god variasjon i forhold til utvalg har jeg intervjuet seksjonsledere på to ulike avdelinger av ulik størrelse. Med størrelse på avdelingen mener jeg hvor mange enheter og seksjonsledere på nivå 3 de har. Den lille avdelingen skulle ha inntil 5 nivå 3 seksjonsledere og den store over 8 nivå 3 seksjonsledere. For å samle inn data hadde jeg planlagt å gjennomføre semistrukturerte intervju av 8 seksjonsledere ved 2 ulike avdelinger av ulik størrelse, 4 seksjonsledere (2 legeledere og 2 sykepleieledere) fra hver avdeling.

Rekrutteringen foregikk ved at jeg tok kontakt med avdelingsdirektørene (nivå 2) ved de valgte avdelingene og presentert prosjektet. Får og få tilgang til intervjupersonene, var jeg avhengig av å få godkjennelse fra nivå 2 leder, om å gjennomføre intervjuer av nivå 3 ledere om valgte tema. Begge nivå 2 lederne var veldig positive til dette og sendte meg navnene på informanter de hadde plukket ut fra egen avdeling. Om nivå 2 leder bare plukket de ut eller om de stilte opp frivillig, er ukjent for meg.

Seksjonslederne ble kontaktet av meg på mail for å avtale dato og tidspunkt for intervju. Informasjon om studie og samtykkeskjema (vedlegg nr. 1) ble tilsendt i forkant av intervjuene. Alle sykepleielederne svarte meg innen kort tid, og de var positive til å stille opp. Det tok litt lengre tid å få svar fra legene, men ved annen gangs purring på mail, svarte en legeleder fra den lille avdelingen og en fra den store avdelingen, at de kunne stille til intervju. De to siste legelederne, svarte at de ikke for øyeblikket hadde tid til å være med i studiet, fordi de hadde det veldig travelt i overskuelig framtid. Etter å ha gjennomført seks intervju, prøvde jeg igjen å kontakte de to legelederne som ikke kunne stille, men uten å lykkes. I samråd med min veileder ble vi enige om at jeg hadde mye relevant materialet å jobbe med, og at sammenligningsgrunnlaget fortsatt var til stedet mellom de to avdelingene, da det var likevekt mellom antall seksjonsledere og hvilken profesjonsbakgrunn de hadde.

#### **4.4 Datainnsamling**

Datainnsamlingen foregikk i egnete lokaler ved sykehuset seksjonslederne jobbet. Uken før første intervju, gjennomførte jeg et prøveintervju på en av mine egne lederkollegaer. Dette gjorde jeg for å sikre at intervjuguiden gav meg de svar jeg var ute etter i forhold til problemstillingen min. Prøveintervjuet gav meg også en trygghet og ro før første intervju.

Jeg gjennomførte semistrukturert intervju. Før intervjuene startet, gjennomgikk jeg på nytt informasjon om studiet og gav seksjonslederne muligheten til å stille spørsmål før vi begynte. Intervjuguiden (vedlegg nr. 2) gav meg mulighet til å få dybde og personlig tilpassing av intervjuet. Temaene som jeg ønsket å spørre om var fastsatt på forhånd i intervjuguiden, men rekkefølgen på temaene ble noe endret underveis, da seksjonslederne svarte utover og utfyllende på det jeg spurte om. Jeg har under intervjuet vært forsiktig med å stille for ledende spørsmål. For å sikre intervjupersonens konfidensialitet, var kun intervjupersonen og jeg tilstede under intervjuet. Det ble brukt båndopptaker, som gjorde det mulig for meg å være fokusert og konsentrert i intervju situasjonen. Intervjusituasjonens fortrolighet og ro kan skape god ramme for meddelelsen av historier og erindringer (Malterud, 2011). Bruk av båndopptaker sikret også at jeg ikke skulle gå glipp av viktige momenter. Det at intervjuet ble tatt opp på bånd gjorde at jeg kunne involvere meg i samtalen, lytte aktivt og observere informantens reaksjoner og kroppsspråk underveis. Det ble satt av 1 time til intervju. Alle intervjuene varte mellom 42 -52 minutter. Selv om intervjuene varte kortere en 1 time, mener jeg at jeg fikk gode og utfyllende svar, som var relevante for min studie. Avslutningsvis ble samtalen oppsummert, slik at seksjonslederne og jeg kunne komme med spørsmål og tanker i etterkant.

Gjennom hele prosjektet ble det ført en forskningslogg. Dette var et arbeidsdokument som holdt hele forskningsprosessen sammen, og som synliggjorde prosessen og de momenter som dukket opp underveis.

Formålet med transkripsjonen av intervjuene er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2011, s. 76). Dette ble utført av meg og gjennomført kort tid etter at intervjuet var gjennomført. Hvert intervju tok mellom 5-6 timer å transkribere. Etter å ha transkribert ett intervju, hørte jeg på lydbåndet på nytt og kontrollert opp mot det skrevne materialet, for å sikre meg at jeg hadde fått med meg alt og at intervjuet var gjengitt korrekt.

#### **4.5 Data analyse**

Analysen skal danne bro mellom rådata og resultatene ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Thagaard, 2013). Når jeg skulle analysere data, var det viktig at jeg tok stilling til hvordan jeg skulle fremstille resultatene. Skulle jeg legge vekt på å presentere temaer som er sentrale i undersøkelsen, eller konsentrere meg om analysen av

personer. Jeg gikk for en kombinasjon av de analytiske tilnærmingene, personsentrert og temasentrert analytisk tilnærming. Analyseringen av stoffet ble altså gjennomført i to trinn, først personsentrert analytisk tilnærming, deretter temasentrert analytisk tilnærming. Den temasentrerte analytiske tilnærmingen vil videre i oppgaven være den dominerende analyseformen, da funnene sorteres hovedsakelig etter tema og ikke etter person. Teksten bærer allikevel noe preg av at jeg har tatt hensyn til at seksjonslederne har ulike forutsetninger for sine opplevelser rundt samarbeid med andre seksjonsledere, basert på den personsentrerte analysen. For å få ett solid fundament til tolking av materialet, måtte analysen gjøres systematisk.

Vi benytter betegnelsen personsentrerte tilnærminger for analyser og presentasjoner av data hvor vi retter oppmerksomheten mot personer (Thagaard, 2013, s. 158). Ved den personsentrerte analytiske tilnærmingen leste jeg grundig gjennom intervjuene og notatene mine, for å få god oversikt over hver seksjonsleder, før jeg startet å dele inn og klassifisere data. Da fikk jeg ett godt grunnlag og forståelse av sammenhenger mellom ulike mønstre. Målet var å finne ord og begreper som var best egnet å uttrykke meningsinnholdet. Jeg sorterte seksjonsledernes opplevelser, meninger og direkte sitater ut fra den transkriberte teksten. Da fikk jeg en god oversikt over sammenhenger på bakgrunn av hver enkeltes seksjonsleders erfaringer, deres opplevelser og hvilke temaer som var viktige for dem. Det var også viktig å få frem beskrivelser og egenskaper om seksjonslederne i den videre analysen og tolkningen. Gjennom hele analyseprosessen, også under den temasentrerte analysen, har det vært viktig å huske på informantenes subjektive opplevelser og meninger om samarbeidet mellom seksjonslederne. Gjennom analysearbeidet så jeg flere mønstre om likheter og ulikheter ved samarbeidet mellom seksjonslederne i samme avdeling, som gjorde sammenligningsverdien mellom de to avdelingene spennende og interessant.

Under den temasentrerte analytiske tilnærmingen benyttet jeg meg av analysemodellen systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011). Analysemodellen inneholder fire trinn. Det første trinnet var å få ett helhetsinntrykk av materialet. Det fikk jeg ved å lese igjennom det transkriberte materialet flere ganger. Jeg leste først igjennom avdeling for avdeling for å få god oversikt over svarene hver for seg. Så leste jeg de gjennom sammenhengende, for å få ett helhetsbildet. Underveis på dette trinnet lagde jeg notater over refleksjoner og inntrykk jeg satt igjen med etter å ha lest det transkriberte materialet. I trinn to i analysemetoden, gikk jeg gjennom materialet mer systematisk for å finne meningsbærende enheter. Jeg lagde meg ett oversiktskart, der jeg delte inn avdelingene og seksjonslederne hver for seg. Dette for å

konkretisere temaer og svar med tanke på ett sammenligningsgrunnlag. Med denne oversikten fikk jeg god oversikt over og nye sammenhenger i teksten, og temaene ble delt opp i subgrupper, for å avklare for meg hva kategoriene dreide seg om. Det åpnet seg opp nye sammenhenger i teksten som hjalp meg å skille ut fellestrekk ved de meningsbærende enhetene, som er trinn tre i analysemodellen. I analysens fjerde trinn ble alle enhetene satt sammen under temaer for å få en sammenhengende betydning (Malterud, 2011, s. 98-111). Ved at jeg benyttet analysemodellen systematisk tekstkondensering fikk sammenhengen en betydning og helhet. Hovedfunnene i studien blir derfor sortert og presentert under hovedtemaene:

- Erfaringer og opplevelser om samarbeid med andre ledere på samme nivå i egen avdeling.
- Erfaringer og opplevelser om samarbeid på bakgrunn profesjon og makt.
- Erfaringer og opplevelser om samarbeid og gevinster.
- Erfaringer og opplevelser på samarbeid på bakgrunn av størrelse på avdelingen og ansvarsområder.

#### **4.6 Studiens validitet**

Validitet berører alle ledd i undersøkelsen og det blir viktig å ha en rimelig balanse mellom utsagn, beskrivelse og analyse og problemstillingen. Også i validitetsspørsmålet er forskeren sentral, ved at jeg hele tiden må være bevisst på hvordan min erfaring og kunnskap om temaet virker inn på vurdering av data. Jeg har forsøkt å være bevisst, både i forarbeid, i intervjusituasjonen, under transkriberingen og i analysearbeidet, og ikke være forutinntatt i forhold til seksjonsledernes svar på mine spørsmål. Intervjuguiden ble bevist logisk bygget opp med spørsmål som var reelle. Ulempen ved ett semistrukturert intervju er at min tilstedeværelse kunne påvirket situasjonen og dermed data som ble innhentet. Validitet er knyttet til tolking av data, og handler om gyldigheten av de tolkninger forskeren kommer frem til (Thagaard, 2013, s. 204). Seale (Thagaard, ibid.) skiller mellom intern og ekstern validitet. Han knytter intern validitet til hvordan årsaks sammenhenger støttes innenfor en bestemt studie. Videre knytter han ekstern validitet til hvordan forståelsen som utvikles innenfor en studie, også kan være gyldig i andre sammenhenger. Da benyttes begrepet overførbarhet i samsvar med denne forståelsen av ekstern validitet (Thagaard, ibid., s. 205).

I kvalitativ forskning vil forskerens rolle være synlig i alle ledd i forskningsprosessen, og stå sentralt med tanke på studiens validitet. Jeg har vært bevisst min egen forforståelse og rolle –



jmf. kap.4.1., ved hele tiden å påse at de funn som ble avdekket stemte overens med seksjonsledernes virkelighet. Det har vært svært viktig å få gjengitt seksjonsledernes historier så nøyaktig som mulig for å hindre misforståelser. Under intervjuet stilte jeg oppfølgingsspørsmål for å sikre at jeg ikke gjorde egne fortolkninger av de som ble sagt. Dette kan bidra til at materialet på lydbåndet i størst grad representerer en felles forståelse mellom forsker, deltaker og historien som skapes (Malterud, 2011). Det er viktig at det er en logisk sammenheng mellom det teoretiske fundamentet i studien og forskningsspørsmålene, og at jeg som forsker har innsikt i problemområdet. Det at jeg stilte en del tilleggsspørsmål underveis intervjuene, var å få avdekket mangfoldet i dataene. Dette for å få muligheten til å avdekke sentrale områder. Det er også helt sentralt at jeg tolket det de sa, slik at det fremstår som troverdig. Jeg mener at datamaterialet må anses som gyldig. Begrunnelsen er at jeg har forsket på det jeg sa jeg skulle forske på, og jeg har gjort rede for utvalget og forskningsprosessen.

#### **4.7 Reliabilitet**

Reliabilitet kan knyttes til forskningens pålitelighet, og om man kan stole på de funnene som er gjort. Reliabiliteten kan derfor knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2013, s. 201). Det har vært viktig for meg at jeg gjennom hele prosessen har hatt ett kritisk øye til fremgangsmåten og til studiens funn. Begrepet reliabilitet referer i utgangspunktet til spørsmålet om en annen forsker som anvender de samme metodene, vil komme frem til samme resultat (ibid.) Argumentasjonen for reliabilitet innebærer om forskeren reflekterer over konteksten for innsamling av data, og hvordan relasjonene til deltakerne i prosjektet kan influere på den informasjonen forskeren får (ibid.). Min forforståelse og rolle som seksjonsleder er en relevant faktor, som kan ha bidratt til at temaer har blitt grundigere belyst, enn andre. Det er ikke sikkert at en annen forsker ville ha sett samme empiri som meg. Før intervjuet informerte jeg om min jobb som seksjonsleder overfor informantene. Jeg opplevde allikevel at seksjonslederne var åpne og ærlige i sine svar på de spørsmål jeg stilte under intervjuet. Dette styrker påliteligheten i studiet. Det at jeg selv var en seksjonsleder, gjorde at vi snakket samme «språk». Dette mener jeg gav meg en fordel ved at jeg så sammenhenger og forstod dybden i de svarene de gav, og kunne relatere meg til de situasjoner de beskrev. Jeg var, som tidligere nevnt, veldig bevist min rolle, slik at jeg i minst mulig grad skulle påvirket

svarene til seksjonslederne i noen retning, som kunne skadet påliteligheten i studiet. Med bakgrunn i dette mener jeg å si at resultatene er pålitelige.

#### **4.8 Generalisering**

Kvalitativ metode er best egnet når jeg ønsker å gå i dybden på det fenomenet jeg forsker på og jeg fikk nærhet til seksjonslederne. Den kvalitative metoden gjør oss i stand til å se mangfold og nyanser, i tillegg til å belyse erfaringer, tanker, opplevelser, motiver og holdninger (Malterud, 2011). Ett komparativ casedesign gav meg muligheter å gjøre sammenligninger mellom to avdelinger og profesjoner, slik at jeg kunne se på både forskjeller og likheter mellom dem.

Generalisering handler om overførbarhet, om hvor gyldig kunnskapen i denne studien er for andre. Overførbarhet er knyttet til at den forståelsen forskeren utvikler innenfor rammen av et enkelt prosjekt, også kan være relevant i andre situasjoner (Thagaard, 2013, s. 194).

Overførbarheten kan knyttes til at tolkninger vekker gjenklang hos lesere med kjennskap til de fenomenene som studeres (ibid.) Kvalitative undersøkelser kan generelt sies å produsere begrepsmessig gyldighet for den gruppen man studerer. Utvalget i denne studien er 6 seksjonsledere med ulik profesjonsbakgrunn på nivå 3 i et større sykehus. Tre seksjonsledere ved en stor avdeling og tre seksjonsledere ved en liten avdeling. Dette er relativt få informanter, men ikke uvanlig i denne typen undersøkelser. Jeg opplevde at seksjonslederne var opptatt av de samme forholdene, selv om det var nyanser i svarene deres. Jeg tror ikke det ville kommet så vesentlig mange nye momenter, dersom jeg hadde intervjuet flere seksjonsledere ved de samme avdelingene. Ut fra dette kan man anta at kravet om metningen i funnene er oppfylt. Det er sannsynlig å tro at funnene som er beskrevet har en overføringsverdi til andre i samme situasjon og kontekst. Jeg vil tro at hovedfunn i denne studien er overførbare til andre seksjonsledere på samme nivå ved andre sykehus.

#### **4.9 Ethiske betraktninger**

Det er en del prinsipper som forskning må ivareta. Forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personalopplysninger, faller inn under Personopplysningsloven fra 2001. Det vil si at prosjektene er meldepliktige (Thagaard, ibid., s. 25). Mitt prosjekt ble meldt inn og godkjent av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) (vedlegg 3). Siden jeg skulle

gjøre prosjektet ved et større sykehus i Helse-Vest, måtte jeg også søke å få godkjenning av personvernombudet der (vedlegg 4). Prosjektet ble også godkjent der.

### Konfidensialitet

Prinsippet om konfidensialitet innebærer at: «de som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt» (Thagaard, 2013, s. 28). Jeg måtte hindre at informasjonen jeg fikk inn, kunne skade personene det forskes på. Forskningsmaterialet måtte anonymiseres. Anonymitet er et problem i undersøkelser hvor deltakerne representerer samme nettverk (Thagaard, ibid., s. 227). Dette måtte jeg være bevisst. Jeg har anonymisert intervjupersonene og avdelingene i prosjektet. Avdelingene har fått en «merkelapp» avdeling A og avdeling B. Avdelingene vil også bli nevnt som den store eller lille avdelingen, der det måtte passe inn. Intervjupersonene blir nevnt med avdelingens merkelapp og ett tall bak, for eksempel A1, A2 osv. Videre i teksten vil seksjonslederne bli referert i hannkjønnsform, for å innfri anonymitetskravet. Begge avdelingene innfrir kriteriet ved utvalget, med hvor mange enheter de skulle ha for å komme i kategorien stor eller liten avdeling. Dette også for å innfri anonymitetskravet.

Jeg har hatt en egen oversikt, koblingsnøkkel, på hvem som er hvem av intervjupersonen. Enkelt sitater fra informantene har jeg unnlatt å ta med, da disse bryter med anonymiteten til informantene. I tillegg har jeg ikke tatt med avdelingsaktiviteter i sitater hvor dette kan synliggjøre hvem som sier hva.

### Informert samtykke:

For å kunne foreta intervju av deltakerne i prosjektet måtte et informert samtykke fra deltakerne innhentes. Det er viktig at deltakeren kjenner prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om han/hun ønsker å bidra med sin kunnskap/erfaringer eller ikke. Signert samtykke ble overlevert meg intervjudagen. Jeg opplyste også om at all data skulle bli anonymisert og skulle slettes etter at oppgaven var ferdigstilt. Navneliste og koblingsnøkkel ble oppbevart separert Lydfilene på båndopptaker er holdt nedlåst og slettes ved oppgavens slutt.

### Taushetsplikt:

Den informasjon som ble meddelt meg under intervjuene kan være personlige for seksjonslederne. Det er sørget for at deltakerne kan kjenne seg trygge på at informasjonen i intervjuene ble anonymisert. Koblingsnøkkelen har ligget innelåst separert fra båndopptak og transkriberingsmaterialet. Lydopptakene fra intervjuene har blitt oppbevart i et låsbart skap hvor kun jeg har tilgang. Transkripsjonene fra intervjuene har blitt lagret på privat arbeids PC som krever nøkkelkort og kode for tilgang. Alle lister, notater, skriftlig materiale og lydfiler vil bli makulert og slettet når studien er avsluttet og oppgaven levert.

## *Kapittel 5 Presentasjon av empiriske funn*

Samarbeid er hovedtema i prosjektet. Formålet med min studie er å få kunnskap om hvilke faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå ved avdelinger i sykehus. For å få svar på problemstillingen min hadde jeg formulert følgende forskningsspørsmål:

1. Hva har profesjonsbakgrunn å si for samarbeidet mellom seksjonsledere på samme nivå i samme avdeling?
2. Hva har den enkeltes seksjonsleders resultatkrav og ansvarsområder å si for samarbeidet mellom andre seksjonsledere og enheter på samme nivå i samme avdeling?
3. Med størrelse på avdelingen menes hvor mange enheter den har. Hva har størrelsen på avdelingen å si for samarbeidet mellom seksjonsledere på samme nivå?

Både sykepleielederne og legelederne fortalte åpent om både utfordringer rundt samarbeidet mellom seksjonslederne, og hva som fungerte bra. Alle seksjonslederne kom med beskrivelser og opplevelser rundt samarbeid ved avdelingene. Funnene blir presentert sammen med sitater som understøtter hovedpoenger. Utsagn og direkte sitater vil bli presentert i den konteksten de opprinnelig var ment (Thagaard, 2013). Funnene til de to avdelingene blir først presentert hver for seg, avdeling for avdeling, etter tema fra analyseprosessen. Siden dette er en komparativ casestudie, valgte jeg å presentere funnene hver for seg, for avdeling A og B. Dette gav meg en god oversikt og gjorde sammenlikningsgrunnlaget for den store og lille avdelingen lettere. Tilslutt i kapittelet kommer en oppsummering av funn. Delkapitlene er delt opp følgende:

### **5.1 Samarbeid og organisatorisk struktur**

### **5.2 Samarbeid – seksjonslederens lederoppgaver og ansvarsområder**

### **5.3 Samarbeid, profesjonsbakgrunn og makt**

#### **Presentasjon av avdelingene og seksjonslederne**

Jeg kommer til å omtale alle lederne i hannkjønnsform for å ivareta anonymitetskravet. Jeg oppgir heller ikke konkret hvor mange enheter avdelingene består av. I dette studiet omtales den store avdelingen med bokstaven A videre i oppgaven. Avdeling A har 8 eller flere

seksjonsledere. De to sykepleielederne i avdeling A, får benevnelsen A1 og A2. Legelederen i avdeling A får benevnelsen A3. For den lille avdelingen er benevnelsen B. Avdeling B har 5 seksjonsleder eller færre. Sykepleielederne benevnes B1 og B2. Legelederen B3.

Organiseringen av avdelingene og seksjonsledernes ansvarsområder er beskrevet i kontekst.

For å bli kjent med de seksjonslederne som ble intervjuet, velger jeg å sette opp informasjon om dette i to tabeller.

#### **Stor avdeling A**

	A1	A2	A3
Profesjonsbakgrunn	Sykepleier	Sykepleier	Lege
Formell lederutd	Ja	Ja	Nei
Tid i klinikken	0 %	0 %	25 %

#### **Liten avdeling B**

	B1	B2	B3
Profesjonsbakgrunn	Sykepleier	Sykepleier	Lege
Formell lederutd	Ja	Ja	Nei
Tid i klinikken	0 %	0 %	50 %

Tabell 1: Presentasjon av seksjonslederne

Som en ser av oversikten har sykepleielederne formell lederutdannelse, i forhold til legelederne. Legelederen på avdeling B bruker mer tid i klinikken, enn kollegaen ved avdeling A. Legelederen ved avdeling A sa at han tidligere brukte mer tid ute i klinikken enn nå. Nedgangen i klinikketid skyldes økt personalansvar og en økt arbeidsmengde som seksjonsleder. På direkte spørsmål om dette svarte A3 klart og tydelig:

*«JA, man bombarderes av rapporter og tidsfrister» (Legeleder A3)*

Sykepleielederne ved de ulike enhetene har tilnærmings vis like mange ansatte de har ansvaret for. Sykepleielederne ved den store avdelingen har mye lengre erfaring som ledere enn seksjonslederne i den mindre avdelingen. De har også vært seksjonsledere lengre i sine nåværende stillinger. Her kunne jeg ha vært mer spesifikk i forhold til tall på de ulike størrelsene, men det er utelatt pga. anonymitetskravet.

## 5.1 Samarbeid og organisatorisk struktur

Ett av forskningsspørsmålene handler om størrelse på avdelingene har noen innvirkning på hva som fremmer eller hemmer samarbeid. Med størrelse legger jeg i antall enheter ved avdelingene, avstander mellom seksjonslederne og kommunikasjonsmåter. I avdelingenes organisatoriske struktur ligger det hvordan arbeidsdelingen er utformet og hvilken møtestruktur de har etablert for informasjonsutveksling ved de to avdelingene. Jeg skal se på om det er ulik praksis rundt dette, og hvilke fordeler eller ulemper dette påvirker samarbeidet mellom seksjonslederne og enhetene ved de to utvalgte avdelingene.

Jeg presenterer først en oversikt over formelle møtearenaer som gjelder for begge avdelingene og hva de inneholder. Med formelle møtearenaer menes møter som er planlagte, regelmessige og en integrert del av avdelingens organisatoriske struktur. De formelle møtearenaene var daglige morgenmøter, ledermøter, sykepleieledermøter og legeledermøter.

Daglige morgenmøter (driftsmøte) beskrives som møtearena, der både sykepleieledere og legeledere ved avdelingens enheter treffes, særlig for en oppdatering på drift og ressursituasjon i avdelingen. Ledermøtene er et møte der avdelingsledelsen har regien. På dette møte kommer alle seksjonslederne fra avdelingens enheter, for blant annet for overordnet informasjons, strategi og budsjettarbeid, og status på ulike kvalitetsbarometre. I sykepleieledermøte møtes kun seksjonslederne med sykepleiefaglig bakgrunn. Der diskuteres blant annet utvikling og retning på sykepleiefaget i avdelingen. Ved legeledermøtene deltar kun seksjonslederne med legebakgrunn. Faget og medisinsk behandling har en sentral plass på disse møtene.

### 5.1.1 Kommunikasjonsmåter - møtestruktur

	Formelle møtearenaer				
	Daglige morgenmøter	Ledermøter	Sykepleieledermøte	Legeledermøter	Driftsmøte – ad hoc
Avd. A	Nei	Ja, hver 3 uke	Ja	Ja	Ja

Tabell 2: Formelle møtearenaer avdeling A

#### Avdeling A

Avdelingens formelle møtestruktur er presentert i tabell 2. Sykepleielederne har ett eget møte en gang pr uke. Avdelingen har ett felles ledermøte, der alle seksjonslederne var representert.

Det varierte litt hvor ofte dette møte ble gjennomført – alt fra 2- 4 uker mellom hvert møte. Sykepleieleder A1 fortalte på sin side at ledermøte oppfattes mest som ett informasjonsmøte, der det er liten mulighet for samarbeid.

Med uformelle treffpunkt mener jeg samarbeid og kommunikasjon på andre måter enn de formelle. Sykepleielederne fortalte at det kommuniseres mye pr mail og telefon med de andre seksjonslederne. Kontorene til sykepleielederne var også i fysisk nærhet til hverandre, slik at det var lettere å gå til hverandre for å samarbeide. Kontorene til legelederne var i stor avstand fra enhetene, noe som gjorde det vanskeligere å treffes. Begge sa også at legelederne kom på møter når de ba om det. Legelederen på den store avdelingen hadde ikke tro på telefonsamtaler og mail som kommunikasjonskanaler i forhold til samarbeid. Han sa følgende:

*«Jeg er tydelig på at e-mail kommunikasjon er mindreverdig i forhold til samtale. Jeg har walking management som min metode. Det er en krevende metode, men jeg tenker alltid når jeg vandrer til en samtale, en halv time investert er ti timer spart. Og det er det. Det er ikke noe som er mer effektivt enn å se folk i øynene. Det gjør man ikke på e-post. Hvor forpliktende er en e-post? Du kan sende en e-post som er skrekkelig viktig, men blir ikke oppfattet som viktig i det hele tatt. Eller du kan sende en bagatell som kan bli oppfattet som er stor sak. Men hadde du hatt en samtale, så hadde det kommet tydelig frem. Tilstedeværelse»*

(Legeleder A3)

Alle tre seksjonslederne sa også at de hadde egne driftsmøter ad hoc ved enhetene. Det varierte på hvem som tok initiativ til disse møtene. Disse møtene dreide seg mest om driftssituasjonen. A1 utypet, uoppfordret, videre rundt sine egne driftsmøter med seksjonslederen for legene.

*«Jeg har møter med min seksjonsoverlege sporadisk. Vi hadde ett system fra 2012 med faste møter der vi to hadde møter om drift som har glidd litt ut, men jeg har nå satt det i system igjen, fordi vi må disse møtene på det oppdraget vi har med de dårligste pasientene og at vi har de riktige pasientene. Jeg har en seksjonsoverlege som er litt tilgjengelig avhengig at om hvor mye han har å gjøre.»* (Sykepleieleder A1)



Sykepleielederne beskriver hvordan de ulike treffpunktene fungerer i ett samarbeid mellom seksjonslederne. A1 trekker frem de uformelle treffpunktene for samarbeid som de mest viktige i forhold til det å finne gode løsninger på ting. Han nevnte spesielt ad hoc møtene med postoverlegen. A2 derimot trakk frem de faste treffpunktene som avdelingen har hver uke, som en viktig faktor til ett godt og produktivt samarbeid.

*«Det er vel de uformelle møtene som fungerer best i forhold til samarbeid. De formelle er på en måte, da er vi flere.... De uformelle er gode samarbeidsmøter og er helt nødvendig for at ting skal gå seg til. Trenger ofte ad hoc løsninger innimellom som fungerer for alle parter. Det er mye ad hoc løsninger i hverdagen. Det må være sånn. Noen ad hoc løsninger er mer eller mindre permanente, det har blitt en rutine å jobbe på» (Sykepleieleder A1)*

*«Jeg tror nok det at vi har noen felles treffpunkt i løpet av uken, som gjør at vi kjenner hverandre og gjør det lettere å ta ting enn hvis vi ikke hadde truffet hverandre regelmessig. Da får du gjerne høre om problemer og utfordringer på andre avdelinger som de har, som vi gjerne kan løse. På den måten vi er bygget opp på, med de felles møtepunktene, går det an å ta opp ting» (Sykepleieleder A2)*

## **Avdeling B**

	Formelle møtearenaer				
	Daglige morgenmøter (driftsmøter)	Ledermøter	Sykepleieledermøte	Legeledermøter	Ad hoc møter
Avd. B	Ja	Ja, hver 2 uke	Ja	Ja	Ved behov

Tabell 3: Formelle møtearenaer avdeling B

Når det gjaldt formelle treffpunkt i avdelingen B, hadde avdelingen ledermøte hver andre uke, og morgenmøter (driftsmøter) hver dag. Utenom dette kom det frem, som ved avdeling A, at sykepleielederne og legelederne hadde egne møter. På morgenmøtene treftes alle seksjonslederne for å snakke om driftssituasjonen i avdelingen, og om nye pasienter. Dette møtet var tidligere kun forbeholdt legegruppen og legelederne. Nå var også sykepleielederne en del av møtet. B1 sa at sykepleielederne inviterte seg selv inn på møtet for under ett år siden, for å få etablert ett slikt formelt treffpunkt med legelederne. På spørsmål fra meg om sykepleielederne følte seg velkommen på det møte, som tidligere kun var forbeholdt leger og legeledere, svarte han følgende:

*«Ja faktisk. Jeg tror de syntes det var kjekt. Det har ikke alltid vært slik at overleger og assistent leger har vist hvem avdelingssykepleieren har vært. Så det har vært en effekt på at vi jobber sammen, at vi er ett lederteam. Så vi har vært velkomne» (Sykepleieleder B1)*

Både sykepleieleder B1 og legeleder B3 la vekt på avdelingens gode ukes struktur, med bl.a. daglige morgenmøter, og det daglige samarbeidet mellom sengepostene som områder hvor samarbeid fungerte godt. Sykepleieleder B2 trakk særlig frem det faglige samarbeidet mellom sengepostene. Legelederen fremhevet samarbeidet med samkjøring av personalressursene ved avdelingens poliklinikk som ett av områdene som kunne bedres.

Sykepleielederne ved avdeling B trakk også frem beskrivelser rundt formelle treffpunkt som fremmet samarbeidet i avdelingen.

*«Det er fastsatte møter. Da blir det ikke bare ad hoc. Faste morgenmøter med legene og at vi har kort geografisk avstand fremmer samarbeid. Vi har felles mål som fremmer samarbeidet, fordi vi vil i samme retning» (Sykepleieleder B1)*

Begge sykepleielederne svarte det samme på hvordan de kommuniserte med de andre seksjonslederne. Dersom avstanden til kontoret til den lederen de ønsket å prate med var stor, foregikk det meste av kommunikasjonen pr mail. Kontorene til sykepleielederne lå i fysisk nærhet til hverandre, og de treftes flere ganger om dagen med fysisk oppmøte hos hverandre. De kommuniserte også på link. Sykepleieleder B1 trakk frem noe han syntes var positivt ved å kommunisere på mail. Det var at han fikk skriftlige svar og en bedre sjanse til å følge det opp. Legelederen svarte at det er mye møter og mye av kommunikasjonen foregår pr mail eller telefon.

*«Jeg fører ingen statistikk, men det er mye møter. Det er mye prosjekter. Det er mye uformelle møter, ad hoc. Det foregår mye på mail, litt for mye av og til. Det er tidkrevende, og kanskje ikke alltid så effektivt. Telefon selvfølgelig. Hva som tar mest tid...ja vi møtes i alle fall» (Legeleder B3)*

*«Hvis jeg skal snakke med leder nede på poliklinikken er det ofte på telefon, det har med avstand å gjøre. Med seksjonsoverlegen er det at vi treffes eller så er det pr telefon. Han andre seksjonsleder treffer vi ganske ofte. Vi snakker mye, på mail eller link. Han ser jeg ganske ofte og det skyldes kort avstand» (Sykepleieleder B2)*

«Meg og seksjonslederen (les:sykepleieleder) på den andre posten ligger geografisk tett ved siden av hverandre, så vi går mye mellom enhetene. Her kan vi diskutere enkle personalsaker, koordinering av pasientflyten, og det kan være bruk av ressursene på tvers av enhetene»  
(Sykepleieleder B1)

Begge sykepleielederne fikk ett tilleggsspørsmål om den fysiske avstanden mellom sitt kontor og legelederne, hadde noe å si for samarbeidet. Sykepleieleder B1 svarte at den fysiske avstanden mellom ham og legelederen var stor. Han traff legelederen på de daglige morgenmøtene. Utenom dette brukte han mye calling for å kunne få tak i legelederen. Sykepleieleder B2 svarte følgende på om avstand mellom han og legeleder hadde noe å si for samarbeidet dem i mellom:

«Ja det tror jeg. Det er en diskusjon vi har i dag, da vi er i en omstillingsfase. Da kan vi være mye tettere og gjort mye for samarbeidet. Da hadde det vært lettere å utveksle personalet og gjort lettere oppgaver i forhold til drift og fagsykepleier. Også det med poliklinikk – vi kunne delt på ressurser og pasienter kunne gått lettere til undersøkelser. Og vi kunne sett legene på en annen måte» (Sykepleieleder B2)

«Ja, han (les:legelederen) ligger i fysisk avstand fra meg. Men nå treffes vi på morgenmøter og da kan vi ta opp hvis det er for eksempel noe fra gårsdagen. Ellers er e-post veldig greit – får skriftlige svar. Han er ikke i klinikken på sengepost – kun nede på poliklinikk»  
(Sykepleieleder B1)

Alle tre informantene sa at telefonkontakt og fysisk oppmøte hos hverandre var de vanligste uformelle treffpunktene de hadde. Begge sykepleielederne sa at de hadde ad hoc møter med seksjonsoverlegen dersom det var behov for det.

### **Oppsummering avdeling A og B**

For å vise avdelingenes formelle og uformelle treffpunkt, settes dette opp i en tabell.

	Formelle treffpunkt					Uformelle treffpunkt			
	Daglige morgenmøter	Ledermøter	Sykepleieledermøte	Legeledermøte	Ad hoc driftsmøter	Tlf/calling	Mail	Ad hoc	Fysisk samtale
Avd. A	Nei	Ja, hver 3 uke	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Avd. B	Ja	Ja, hver 2 uke	Ja	Ja	Ved behov	Ja	Ja	Ja	Ja

Tabell 4: Avdelingenes formelle og uformelle treffpunkt

Begge avdelingene var like på de uformelle treffpunktene. Forskjellen på den lille og store avdelingen fant jeg under avdelingenes ukentlige møtestruktur. Den lille avdelingen hadde innført ett fast morgenmøte (driftsmøte) med både sykepleieledere og legeledere. Dette har skapt ett godt samarbeid og arbeidsmiljø, og er en viktig samarbeidsarena for avdelingen. Andre gevinster etter innføringen av dette møtet, har vært at man har lært hverandre å kjenne på en bedre måte. De hadde lært seg å respektere hverandre på en helt annen måte enn tidligere. Med dette møtet hadde de også fått større forståelse for hverandres hverdag, helhetstenking og jobbe mot de samme mål.

Den store avdelingen hadde ikke dette felles morgenmøte om drift. De hadde ad hoc løsninger. Hvorfor den store avdelingen ikke hadde daglige morgenmøter om drift som den lille avdelingen kom ikke godt nok frem, men det kan tenkes at det har noe med antall enheter som avdelingene består av. Antall ledere som ville ha deltatt på ett slikt møte hos den store avdelingen ville ha vært nesten tre dobbelt så stort, som ved den lille avdelingen.

Seksjonslederne var splittet i synet på hvilken arena som gav flest samarbeidseffekter. Den ene sykepleielederen mente ad hoc møter, mens den andre felles møtene. Legeleder A3 mente at ad hoc løsningen var et tilfredsstillende treffpunkt. Med bakgrunn i dette kan ad hoc møtene for avdeling A betegnes som et formelt møte.

## ***5.2 Samarbeid - seksjonslederens lederoppgaver og ansvarsområder***

I dette kapittelet presenterer jeg empiriske funn på seksjonsledernes lederoppgaver og ansvarsområder i form av en kartlegging. Den første kartleggingen handlet om hvilke lederoppgaver de ulike seksjonslederne mente var de viktigste lederoppgavene for dem. Den andre kartleggingen var en rangering av hvilke ansvarsområder, sykepleielederne og legelederne, synes var de viktigste områdene å samarbeide om, og den tredje på hvilke ansvarsområder det var lettest å samarbeide om.

Jeg har på bakgrunn av intervjuet og spørsmålene rundt de viktigste lederoppgavene, tolket svarene og tallfestet de, slik at funnene kunne bli presentert i en tabell (tabell 5). Tallet 1 betyr viktigst, mens 4 betyr mindre viktig. Der det måtte passe, setter jeg tallet i parentes i teksten på hvordan seksjonslederne prioriterte sine lederoppgaver. Dette gjøres for at leser lettere kan følge med, uten å måtte gå tilbake til tabellen. Det samme gjøres ved rangeringen av ansvarsområdene. Funn i tabell 5 og 7 gjøres etter en sammenlikning i forhold til hverandre, om hva de egentlig prioriterer i det daglige arbeidet.

### Hvilke lederoppgaver seksjonslederne mener var viktigst for dem.

		Drift	Personal	Økonomi	Fag
		Viktigst	Viktigst	Viktigst	Viktigst
Avd. A	A1	3	2	1	4
	A2	1	3	2	4
	A3	2	3	4	1
Avd. B	B1	2	1	4	3
	B2	2	1	4	3
	B3	2	3	4	1

Tabell 5: Rangering av seksjonsledernes viktigste lederoppgaver, der 1 er viktigst.

Eksempel på hvordan lese tabell 5: Sykepleieleder B1 mener at sin viktigste lederoppgave er personaloppgavene, med driftsoppgavene på en andre plass. Økonomi er den minst viktige.

Sykepleieleder A1 svarte at god økonomisk styring (1), samt oppfølging av personalet (2) som sine viktigste lederoppgaver. A2 svarte at drift (1) og økonomi (2) som sine viktigste. Begge hadde faget (4) som minst viktig. Legeleder A3 oppgav faget (1) som sin viktigste lederoppgave, mens økonomi (4) kom nederst. Ved den lille avdelingen rangerte sykepleielederne sine lederoppgaver likt, med personal (1) og drift (2) som de viktigste. Legeleder B3 hadde faget (1) og drift (2) som sine to øverste valg. Her er noen sitater på det.

*«Min viktigste lederoppgave er å holde budsjettet. Det er en viktig ting for at ting skal gå rundt og må ha folk. Den andre viktige tingen er å ta vare på personalet. Og det er ikke alltid det går sammen med det å holde budsjettet. Fordi når vi tar vare på personalet gir det god pleie til pasientene»* (Sykepleieleder A1)

*«Drift og forsvarlig drift. Forsvarlig ut ifra økonomi. Fag og trivsel. Fag i driften kommer først»* (Sykepleieleder A2)

*«Mine viktigste lederoppgaver handler om flere ting. Det handler om faglighet, økonomi, drift, lojalitet, rapportering. Det er mange elementer i det. Jeg har ansvaret for de faglige standardene, og bruker legegruppen til å sette prosedyre og metode standarder, og distribuerer oppgaver til dedikerte personer til å gjennomføre de. Også er det å evaluere, til dels gjennom driften og forskning (som er min oppgave). Det er den faglige delen. Det å vise til resultater er en viktig motivasjon»* (Legeleder A3)

«Det er jo ansattoppfølging og dag til dag styring. Rett folk på rett plass til rett tid. Har du ikke det så kan du ikke gjøre så mye annet. Så tenker først og fremst på oppfølging av ansatte og dag til dag styring» (Sykepleieleder B1)

«Hvis jeg svikter på den da rakner nesten alt. Hvis jeg ikke kan være her for personale og ta ting som kommer, så går det ut over alt det andre. Det kan være både store og små saker. Det kan gå utover driften. Det å være der og vite dag for dag» (Sykepleieleder B2)

«den viktigste målsettingen jeg har, er å få takk i den riktige ansatt, som vil være her å utvikle seg og har lyst å utvikle avdelingen. Å være en viktig brikke her i personalgruppen. Hvis jeg klarer å oppnå det er det viktigst. Å være en del av den gode tonen her er ett viktig mål» (Sykepleieleder A1)

«For meg er det å være åpen mot de ansatte og de andre. Være positiv, kunne diskutere, være engasjert i andre sine oppgaver og utfordringer og om hva de står overfor. Jeg tror kanskje det er. Rådføre og være med å diskutere. Det er utrolig viktig å like hverandre. At man ikke står på hvert sitt sted» (Sykepleieleder B2)

«Den medisinsk faglige tyngden. Det andre er gode utnyttelse av ressursene» (Legeleder B3)

Som tidligere nevnt er seksjonsledernes ansvarsområder delt opp i fire hovedkategorier. Det er ansvar for drift, personal, økonomi og fag/kompetanseutvikling (Fag). Det er noen forskjeller i ansvarsområdene for en sykepleieleder og legeleder. Forskjellene vises forenklet i tabell 6.

	Drift	Personal	Økonomi	Fag
Sykepleieleder		LIKT	LIKT utenom ansvaret for legemiddelbudsjettet	LIKT
Legeleder	LIKT utenom ansvaret for pasientinntak	LIKT		LIKT

Tabell 6: Oversikt over ulikheter ved ansvarsområdene hos legeleder og sykepleieleder

For legelederne og sykepleielederne inneholder ansvarsområdene personal og faglig utvikling det samme. Ansvar for sitt eget personale innebærer blant annet ansettelse,

medarbeidersamtaler, lønnskjøring, trivselstiltak, arbeidsplaner og sykefraværsoppfølging. I det faglige ansvaret, har seksjonslederen ansvaret for at de ansatte har den rette kompetansen, og at den sikres gjennom undervisning, kurs, sertifiseringer og skolegang. Legelederen legger også forskning under område fag. Legelederne leder og veileder ansatte i forskning. Legene forsker mer en sykepleierne, selv om sykepleierne har kommet mer på banen de siste 5-10 årene. Grovt sett kan det inndeles i medisinsk forskning for legene, og sykepleiefaglig forskning rettet mot sykepleie til pasientene.

Når det gjelder de to siste ansvarsområdene, er det noe forskjell, for legelederen og sykepleielederen. Begge har økonomisk ansvar for lønnsutgifter til sine ansatte. Den store forskjellen ligger i at sykepleielederen har økonomiansvaret for legemiddelbudsjettet for sin enhet. Dette ansvaret ligger ikke formelt hos legelederen. Driftsansvaret for sykepleielederen innebærer blant annet, å ha nok personalet og tilstrekkelig kompetanse på alle skift, for å ivareta pasientsikkerheten ved egen enhet. I driftsansvaret for sykepleielederen ligger også det å drifte enhetenes sengeplasser på en optimal måte. For legelederen innebærer blant annet driftsansvaret, å vurdere søknader om pasientinnleggelse, og hvor mange og hvilke pasienter som skal legges inn i avdelingen.

I intervjuene mine ønsket jeg at seksjonslederne skulle rangere disse fire ansvarsområdene, med bakgrunn i hvilke områder de selv mente var viktigst, til mindre viktig å samarbeide om. Her var skalaen 1 som viktigst og 4 som mindre viktig. Den andre kartleggingen var hvilke områder de synes det var lettest å samarbeide om, der 1 var lettest og 4 var det område som var vanskeligst å samarbeide om. Rangeringen vises i tabell 7:

		Drift		Personal		Økonomi		Fag	
		Viktigst	Lettest	Viktigst	Lettest	Viktigst	Lettest	Viktigst	Lettest
Avd. A	A1	1	2	2	3	3	4	4	1
	A2	1	3	2	2	4	4	3	1
	A3	1	4	2	3	4	2	3	1
Avd. B	B1	2	2	1	3	4	4	3	1
	B2	2	2	1	3	3	4	4	1
	B3	2	3	3	4	4	2	1	1

Tabell 7: Rangering av ansvarsområder blant seksjonslederne

Eksempel på hvordan lese tabell 7: Sykepleieleder B1 mener at det viktigste området å samarbeide om er personalområdet, deretter drift. Det minst viktige område å samarbeide om

var fag/fagutvikling. Videre mener han at fag/fagutvikling er det området som er lettest å samarbeide om, mens økonomi er det vanskeligste.

### **Forklaring på hva en kan lese av tabellen:**

Her ser vi av tabellen at sykepleielederne og legelederen ved avdeling A rangerer drift (1) og personal (2) som sine viktigste ansvarsområder, mens økonomi og fag som mindre viktig. Ved avdeling B rangerte legelederen faget (1) som sitt viktigste ansvarsområde, med drift på andre plass. Personal (3) og økonomi (4) ble rangert som mindre viktig. Under rangeringen av hvilke ansvarsområder det var lettest å samarbeide om, viser tabell 7, at alle seksjonslederne ved de to avdelingene, rangerte faget (1) og den faglige utviklingen av personalgruppene som det letteste området. Dette samarbeidet de også om på tvers av enhetene. Begge sykepleielederne ved avdelingen A synes det var vanskeligst å samarbeide om økonomi (4), mens legeleder A3 trakk frem driften (4) som den vanskeligste.

For avdeling B beskrev begge sykepleielederne økonomiområdet (4) som det vanskeligste, mens legeleder B3 trakk frem samarbeidet rundt personal (4). Her er noen sitater.

*«Drift, personal, økonomi, fag i den rekkefølge. Det er lettest å samarbeide med de andre lederne om drift og fag» (Sykepleieleder A1)*

*«Det er nesten helt umulig. Jeg er egentlig opptatt av alle disse tingene. Men dersom jeg må rangere de så...personal-drift-økonomi-fag. Det at jeg satte faget sist, har litt med og at jeg har andre som driver faget. Syntes egentlig ikke det var greit å rangere disse områdene» (Sykepleieleder B2)*

*«Personal - drift – fag – økonomi. Drift og personal går litt over i hverandre» (Sykepleieleder B1)*

*«Økonomien er hjelpemiddelet her. Den tar jeg bort. Det er instrumentet. Faget er målet vårt, det er oppgaven – pasientbehandling, opplæring, forskning og utdanning. Også er det personalet som også er instrumentet for å oppnå det. Gjelder også driften og faget» (Legeleder B3)*



*«Vi må jo vite at det kommer noe ut av den jobben vi gjør. Det å drive og være lojal mot registeret og vite at man får noe igjen for dette her. Det å drive registerarbeid på ett overordnet plan er viktig tenker jeg» (Legeleder B3)*

Ved en sammenligning av disse tre kartleggingene, kommer det frem en del forskjeller mellom seksjonsledernes syn på sine lederoppgaver og ansvarsområder.

For sykepleielederne ved avdeling A kom økonomisk styring nest sist eller sist på rangeringen over viktigheten om ansvarsområdene. Resultatet var motsatt av det de svarte på når de skulle velge ut sine viktigste lederoppgaver. Legeleder A3 som hadde faget (1) som sin viktigste lederoppgave, rangerte både drift (1) og personaloppfølging (2) før faget (3), under rangeringen av hvilke ansvarsområder det er viktig av samarbeid om.

Sykepleielederne ved avdeling B sa at oppfølging av personalet (1) og driften (2) var de viktigste lederoppgavene. Dette kommer også frem under rangeringen av ansvarsområdene, der oppfølging av personalet (1) var det viktigste ansvarsområdet, foran driften (2). Økonomi og fag ble rangert sist, eller nest sist. Sykepleielederne ved den lille avdelingen, mente at det var lettest å samarbeide om personal og drift mellom sykepleierenhetene i rolige periodene. De samme sykepleielederne påpeker at dette også blir de vanskeligste områdene å samarbeide om, når enhetene er presset på sengeplasser og har høyt sykefravær i personalgruppene. Legeleder B3, sa som sin kollega på den store avdelingen, at faget (1) var hans viktigste lederoppgave. Han rangerte også faget (1) som den viktigste under rangeringen av ansvarsområder.

Legeleder A3 og B3, rangerte veldig forskjellig sitt faglige ansvarsområde. Her ser vi at den legelederen, som prioriterer minst tid i klinikken og som har ansvar for en større personalgruppe, setter drift og personaloppfølging som viktigere en faget i rangeringen over ansvarsområdene.

### ***5.3 Samarbeid, profesjonsbakgrunn og makt***

Ett av forskningsspørsmålene var om profesjonsbakgrunn har innvirkning på hva som fremmer eller hemmer samarbeid mellom seksjonslederne. Spørsmålene i intervjuguiden var formulert slik at jeg kunne få svar som blant annet kunne settes opp mot Abbott (1988) sin profesjonsteori. Legene er vant med å ha full jurisdiksjon med sin faglige kunnskap, og det

kan være uvant for dem at de ikke har denne jurisdiksjonen overfor sykepleielederne når det gjelder lederspørsmål. Kunnskap kan også brukes som makt. Makt kan føre til konflikter. Ønsket med mine spørsmål var å finne svar på om noen av seksjonslederne hadde opplevd utøvelse makt, og om dette hadde ført til konflikter.

I dette delkapittelet har jeg laget flere underpunkter, som på ulike måter belyser faktorer i samarbeidet som er knyttet til ulike profesjonsroller. Jeg vil prøve å få kunnskap om hvordan seksjonslederne uttrykker seg om profesjonsbakgrunn har noen innvirkning på samarbeidet. Videre vil jeg også prøve å få kunnskap rundt holdninger og syn på hvilken profesjonsbakgrunn som er best egnet til å lede de ulike enhetene, og om seksjonslederne beveger seg ut over sin jurisdiksjongrense, i form av en kunnskapskompetanse fra en seksjonsleder til en annen.

### *5.3.1 Spenningsfeltet ved driftspress*

I sykehusverden brukes uttrykket driftspress, blant annet når det ikke er samsvar mellom inntak av pasienter og tilgjengelig sengeplasser på enhetene. Driftspresset oppstår særlig når det er for lite sengeplasser til nye pasienter og spenninger kan oppstå i systemet.

#### **Avdeling A**

Ifølge teorien om profesjon og makt sitter legelederne på en medisinsk faglig utdannelse som ikke sykepleielederne har. Legelederen fikk spørsmål om han hadde brukt sin medisinsk faglige bakgrunn som ett maktmiddel overfor en sykepleieleder. Svaret fra legelederen var at han kunne nok ha lagt føringer overfor sykepleieledere som måtte bli fulgt, når det har vært spesielle pasientsituasjoner og driftsmessige utfordringer.

*«...på driftssiden så ville jeg jo si, at vi har jo ett fag hvor vi får akuttoppdrag ..der vi må legge om driften. Da har jeg nok kunnet legge frem føringer» (Legeleder A3)*

Legelederen la også vekt på at legelederne og sykepleielederne har ulikt syn på det med driftsansvar. Ulikt syn som kan føre til motsetninger mellom de to gruppene:

*«Her tenker ofte leger og sykepleiere i driftsansvar litt forskjellig. Jeg tenker at mål som grad av sykелighet, liggedøgn, dødelighet hos bestemte tilstander og ressursbruk. En sykepleier vil,*

*som er så mye tettere i forhold til pasienten, vil tenke på kvalitet på overleveringen, tilstedeværelsen og helhetlig sykepleie. Så her ser vi to kulturer som er forskjellig»*  
(Legeleder A3)

Sykepleielederne fikk spørsmål om de hadde opplevd at legelederen har brukt sin medisinskfaglige kunnskap som maktmiddel overfor seg som leder. Sykepleieleder A1 brukte lang tid før han svarte på dette spørsmålet. Svaret hans var langt og utdypende. Her er noen sitater fra svaret:

*«...Nei, jeg kan vel ikke si det. Han som er vår postoverlege (les som: legeleder som seksjonsleder) er veldig fin å samarbeide med. Men det er klart at de har sin agenda overfor sykepleien og for ...ja hva de vil drive med.....»* (Sykepleieleder A1)

*«Jeg har ett større fokus på drift og det er ikke alltid legelederne er på samme kanal som meg. De tenker på pasientforløp, mens vi tenker mer på drift og at ting går rundt, og at vi har oppdrag som vi skal utføre. Noen ganger er det vanskelig fordi vi ikke alltid er på samme planet når det gjelder å få ting til, ballen bare ruller, så vi må bare følge med»*  
(Sykepleieleder A1)

*«...og noen ganger så kan vi jo bli presset på pasientkategori som kanskje ikke passer til den kapasitet vi har...»* (Sykepleieleder A1)

*«Jeg kan ikke bidra inn i pasientbehandlingen. Av og til blir det vanskelig fordi legelederne vil så ofte mye mere enn vi klarer, men jeg får det jo oftest til da. Vi har til tider vanskelig for å få ting til å gå rundt»* (Sykepleieleder A1)

Når drift og pasienter kommer inn som faktorer, dreier sykepleielederen sine svar i retning av at legeledere noen ganger bruker sin medisinskfaglige kunnskap som ett maktmiddel. Han sa videre:

*«...det er jo klart de vil jo noen ganger bruke det, for eksempel tar du ikke denne pasienten så dør han. Det hører vi hver dag. Det er ett lite sånt.... Det gjelder alle legene, ikke bare lederne. Det liker vi veldig dårlig. Det er en veldig dårlig måte å kommunisere på. Vi er nå i den verste tiden og det skjer flere ganger om dagen....»* (Sykepleieleder A1)

A2 svarte konkret nei på spørsmålet om han hadde opplevd press fra legeleder, selv etter at jeg trakk inn plassproblemer som ett element. Han hadde aldri opplevd at en legeleder har brukt sin medisinskfaglige bakgrunn som et maktmiddel overfor ham.

På spørsmål om det hadde vært samarbeidskonflikter mellom seksjonslederne på de ulike enhetene, svarte alle tre, at det kan oppstå spenninger av og til på grunn av knapphetsressurser og hastigheten i avdelingen. Alle tre var også enige i at dersom en slik situasjon skulle oppstå, så hadde det vært viktig å løse dette med engang med å være løsningsorientert, ha god kommunikasjon, og respekt og forståelse for hverandre og situasjonen.

*«Nei, vi har ikke hatt store konflikter, men vi diskuterer av og til ting som vi ikke er enige i. Men føler at vi kommer ut med noe som begge er fornøyd med. Vi respekterer hverandre. Seksjonslederen vi har nå, spør om råd dersom en skal gjøre endringer. Han er ingen diktator»* (Sykepleieleder A2)

*«Jeg har ikke opplevd en konflikt selv. Vi er veldig løsningsorientert på denne avdelingen og vi prøver å snu oss veldig rundt til enhver tid. Jeg anser meg selv som løsningsorientert, ja vi får det til, vi gjør det bare sånn og sånn. Vi er hele tiden på en måte i et samarbeid og kommunikasjon til å finne løsninger og finne ut av ett dilemma. Enten det er pasientrelatert eller andre ting. Så er vi løsningsorientert og jobber for at alle skal ha det best mulig, enten det er pasienter eller personalet»* (Sykepleieleder A1)

*«Det måttet vi løse med en gang. Det er klart at vi alltid har spenningsområder. Det er knapphetsressurser. Det er kiving og kniving hele tiden om å få tilgang til dem. Der settes vi i en skvis hele tiden. Det utløser tidvis spenning mellom gruppene. Da er det jo å ta problemene raskt og være løsningsorientert»* (Legeleder A3)

På spørsmålet om hva som hemmet samarbeidet engasjerte særlig den ene sykepleielederen seg. A1 fortalte at kommunikasjonen mellom seksjonslederne, særlig med legelederne, gjør driftssituasjonen vanskelig. Det ble for eksempel vanskelig med plassering av pasienter. Den andre sykepleielederen sa også at dårlig kommunikasjon mellom seksjonslederne førte til dårligere samarbeid. Legelederen valgte å referere til sitt forrige sitat. Dersom ikke seksjonslederne var innstilte på å være løsningsorienterte, førte det til dårlig samarbeid, mente han. Her var det noen motsetninger i svarene. Begge sykepleielederne svarte at det var god

kommunikasjon i avdelingen mellom seksjonslederne, men når det gjaldt driftsspørsmål i pressede situasjoner, som for eksempel mangel på sengeplasser, ble kommunikasjon dårligere mellom dem. Om kommunikasjon er fremmende eller hemmende for samarbeidet, var avhengig av situasjonen man stod oppe i.

*«I en avdeling som vi er pasientstrøm og disse tingene her, om hvilke pasienter som kommer og hvilken behandling som vi skal gi, vil vi ikke gå i hver vår retning. Vi må ha en god kommunikasjon på pasientstrøm og hva vi bruker penger på og hva vi ikke bruker penger på. Det er mange ulike meninger på hva man har lyst å bruke penger på, men handler om hva vi har anledning på hva vi kan bruke det på. Legelederen er ikke her i 24 t i døgnet. ...de jobber også mye klinisk arbeid. Jeg jobber ikke klinisk arbeid. De fleste seksjonsoverlegene (les: legeleder) jobber mye klinisk, mens jeg jobber bare administrativt stort sett. Jeg har fem ganger så mye personal og må holde hjulene i gang her. Dynamikken må gå. Legene kan bare tenke på pasienten, mens jeg må tenke både på personalet og pasientene. Jeg må ta mer vare på personalet mitt enn det legelederen må gjøre, personalet er med pasientene i 24 t i døgnet og blir mer slitne enn legene i det daglige» (Sykepleieleder A1)*

*«Jeg har ett større fokus på drift og det er ikke alltid legelederne er på samme kanal som meg. De tenker på pasientforløp, mens vi tenker mer på drift og at ting går rundt» (Sykepleieleder A1)*

*«Jeg tenker jo at god kommunikasjon er jo første bud og vanlig høflighet. Du er jo mer villig til å hjelpe hvis noen snakker ordentlig med deg og ikke glefser til deg, så jeg tenker kommunikasjon og vanlig høflighet er en forutsetning» (Sykepleieleder A2)*

## **Avdeling B**

Seksjonslederne ved avdeling B fikk samme sett med spørsmål som sine kollegaer ved avdeling A. Legelederen fikk også spørsmål om han noen gang har brukt sin medisinskfaglige bakgrunn som «maktmiddel» overfor en sykepleieleder for å treffe beslutninger.

*«Det gjør vi hele tiden.... som ett maktmiddel (informanten nøler med videre svar).... det får du spørre de andre om. Så jeg opplever heller at mine argumenter blir hørt på» (Legeleder B3)*

Sykepleieleder B2 svarte følgende på om han har opplevd makt fra legens medisinskfaglige ståsted:

*«Ja det er det. Det er jo litt med....det er viktig at seksjonslederen tar sin del av problemene på en måte. De ting som er legerelatert er det viktig at han tar seg av, og at han bidrar på de tingene, mens jeg tar meg at det han ikke kan hjelpe med for eksempel drift og personal. Men vi har ofte diskusjoner sammen om driften, bør vi ha inn ekstra? Tror du vi klarer det? Er det tilstrekkelig med bemanning? Han blir tatt med på råd. Er dette faglig forsvarlig, både det i forhold til budsjett og kompetanse» (Sykepleieleder B2)*

Videre svarte B2 om samarbeidet rundt driftspress og sengekapasitet:

*«Jo, det er det ikke det at han presser meg, men det er ett press på systemet at vi må ta en pasient til. Men jeg følger ikke at legene bruker sin autoritet til å presse opp pasienter. Sier jeg nei så er det nei – da går det ikke å ta imot» (Sykepleieleder B2)*

Sykepleielederen fortalte at legelederen respekterte henne for at hun sa nei, men det hendte at de måtte diskutere noen runder om problemet.

Sykepleieleder B1 utdypet svaret sitt slik om samarbeidet rundt driftspress og sengekapasitet:

*«Det er jo i de situasjonene, de har den medisinske kunnskapen, som du som sykepleieleder ikke har. Det er vel i de situasjonene de bruker den medisinske bakgrunnen som maktmiddel, press for å få plass til pasienten» (Sykepleieleder B1)*

*«...det blir jo en type makt med den kompetansen de har» (Sykepleieleder B1)*

### **5.3.2 Økonomi til besvær**

Seksjonslederne i ett sykehus blir målt på økonomi. Målet er god styring slik at de går i balanse med det som er budsjettet. For å nå det målet er det viktig å ha innvirkning og kontroll på alle budsjettposter i enhetens budsjett. Under intervjuene kom økonomi frem som et ansvarsområde som gav utfordringer i samarbeidet.

## Avdeling A

Sykepleieleder A2 trakk frem økonomi som utfordrende. Han har økonomiansvar for sin enhet. Det gjaldt også legemiddelbudsjettet for enheten. Han følte at han ikke hadde så stor påvirkningskraft på avgjørelser på hvor mye og hvilken type medisiner som skulle kjøpes inn. Den avgjørelsen følte han lå hos legelederen. Svaret hans belyste situasjonen:

*«Jeg har jo ingen påvirkningskraft på medisinbruken, siden det er legene som bestemmer hvilke medisiner pasienten skal stå på. Det er kanskje litt rart at jeg skal ha ansvaret for dette. Legene gir meg beskjed dersom de har bestilt noen dyre medisiner....»* (Sykepleieleder A2)

Sykepleieleder A1 mente også at økonomi var et område det var vanskelig å samarbeide om. Begrunnelsen hans var:

*«....det er ikke noen som har lyst å gi fra seg penger til andre, vi vil jo helst ha mer. Så det er definitivt det verste å samarbeide om...»*

*«Det er klart at økonomi er viktig. Jeg tenker hele tiden på penger og prøver å bruke minst mulig, men det er ikke alltid så enkelt»* (Sykepleieleder A1)

På spørsmål til legelederen ved den store avdelingen om hvordan han kommuniserte med sykepleielederne, når pasienter skulle ha en dyr medisin, svarte han slik:

*«Her går de medisinske behovene til pasientene foran, særlig kostbare medisiner. Det har vi egentlig lite av, men vi har det. Men da rapporterer jeg bare til avdelingsledelsen. Hvis vi har utfordringer med ett stort omfang av dette, prøver jeg å tallfeste dette, så de vet om utfordringene»* (Legeleder A3)

Bestemmelser og innkjøp av kostbare medisiner rapporterer han oppover i systemet til avdelingsdirektøren (nivå 2). Den praksisen han har med å rapportere oppover i systemet, kan sees på som en hjelp for sykepleielederen.

## **Avdeling B**

Sykepleieleder B1 påpeker det samme som sin kollega på den store avdelingen om legemiddeløkonomi og påvirkning på dette. På spørsmål om han har noe du skulle ha sagt dersom legelederen ønsker en dyr medisin til behandling av pasienter svarte han slik:

*«Seksjonsoverlegene har ikke noe økonomiansvar. Det er jo vi seksjonslederne som sitter på budsjettene ....han informerer meg og diskuterer det. Jeg har ikke så mye jeg skulle ha sagt. Men vi tar det opp med vår klinikkdirektør og samtaler om det. Har klinikk direktøren godkjent det – så kan jeg si at det blir en minus post. Det er en viss ryddighet rundt dette. Jeg ansvarlig gjør seksjonsoverlegen ved minus i medisinbudsjettet, som da tar det videre i sin stab. ....» (Sykepleieleder B1)*

Sykepleieleder B2 sa at han diskuterer med legelederen om innkjøp av dyre medisiner, samtidig som han mente at legelederen ikke vet alle utfordringene som ligger i dette ansvaret.

*«Vi har diskusjoner om de dyre medisinene. Vi hadde en sak i fjor der vi hadde bestilt opp for mange dyre medikamenter som ikke pasientene ikke skulle bruke. Jeg tror ikke han vet alle de økonomiske utfordringene» (Sykepleieleder B2)*

### ***5.3.3 Travle perioder er man seg selv nærmest***

Ut i fra det seksjonslederne har sagt kan travle dager og perioder, beskrives som når det ikke er samsvar mellom disponibel tid, ressurser og nok sengekapasitet til å løse oppgaver og utfordringer som opptrer i egen enhet, og som «truer» enhetenes handlekraft i gjennomføringen av daglige pålagte oppgaver. Hvordan seksjonslederne prioriterer sine oppgaver og ansvarsområder når det er travelt i avdelingen, kan ha påvirkning på samarbeidet. Når man tenker på avdelingen som et helhetsperspektiv, må seksjonsleder foreta noen valg og prioriteringer på dager som dette. Valg, prioriteringer og beslutninger som er best for egen enhet eller for avdelingen?



## Avdeling A

På spørsmål om hva den enkelte seksjonsleder la i ett samarbeid, svarte sykepleieleder A1, at han la vekt på den gode dialogen, og det med å jobbe mot ett felles mål. Den andre sykepleielederen svarte ikke direkte på spørsmålet, men gikk heller direkte inn på samarbeidsområdene. Senere i intervjuet vektla også han kommunikasjon som en viktig faktor i ett samarbeid. Legelederen svarte følgende på hva han la i samarbeid:

*«Gjensidig kjennskap til ansvarsområder og samhandling til å løse unike oppgaver og felles oppgaver. Så samarbeidet står i å ikke trå inn i andres sine oppgaver, og dels i sammen med andre å løse bestemte primæroppgaver» (Sykepleieleder A1)*

Alle tre seksjonslederne i avdeling A trakk frem samarbeid og samhandling rundt driften som det viktigste samarbeidsområdet i avdelingen. Dette skyldes, ifølge dem, ett stort press på sengeplasser og stor sykkelighet hos pasientene.

De empiriske funnene viser at begge sykepleielederne ved avdeling A mente at personalområder med å fordele personalressurser mellom sengepostene som det mest utfordrende området å samarbeide om. Når enhetene var presset på bemanning for eksempel ved høyt sykefravær, verner seksjonslederen om sine ansatte og ønsket helst ikke å låne ut pleiere, dersom andre enheter i avdelingen var i samme eller i en verre bemanningssituasjon.

*«.... det med personal er at noen ganger kan jeg hjelpe avdelingen dersom jeg har mye folk, at jeg kan hjelpe med at noen kan gå til andre avdelinger (les:enheter i egen avdeling). De ansatte er ikke så begeistret for det. Fordi de egentlig vil jobbe her. Dette tror jeg er gjengs for alle sykepleiere, at de vil jobbe på den enheten de gjør til vanlig, selv om de er ansatt ved avdelingen og ikke opp imot den aktuelle enhet, og i utgangspunktet kan flyttes» (Sykepleieleder A1)*

*«....det å dele på godene. Det synes i alle fall jeg. Det er vanskelig å gi fra seg ressurser når man først har en «rolig» dag. Man ønsker da å beskytte sine egne. Men så må man jo prøve å tenke på helheten, at jaja de har jo hatt tøft de også. Fordeler vi, så kan det jo hende at vi begge får en fin dag» (Sykepleieleder A2)*

## Avdeling B

Alle tre seksjonslederne trakk frem at de viktigste samarbeidsområdene er drift på tvers av enhetene. Begge sykepleielederne trakk også frem samarbeidet rundt omfordelingen av personal ressurser mellom sine enheter for eksempel ved sykefravær. B2 sa at dette kunne bli bedre – det handlet litt om å spørre om å få låne av hverandre. Dette med omfordeling av ressurser, kunne by på utfordringer rundt samarbeidet, når egen enhet også hadde knapphet på personellressurser og høyt sykefravær. Opplevelsene fra sykepleielederne kan sees på som at de er klar over hvilke områder det er viktig å samarbeide om for å oppnå størst mulig fleksibilitet i avdelingen. Igjen kommer press på egen enhet og knapphet på ressurser som faktorer, som setter sykepleielederne i ett dilemma om prioriteringer. Skal sykepleielederne prioritere å beskytte sin egen enhet eller tenke helhetsperspektivet som tilfaller hele avdelingen.

*«Det som kan hemme oss er at vi kan bli veldig inn i egen drift, din egen post. Du skjermer din egen enhet og ønsker at den skal bli best. Og da er det fare for å glemme det utenfor og helheten. Glemme at vi er ett stort sykehus og at vi er avhengig av hverandre alle sammen. Jeg tror det kan hemme oss, fordi man blir oppslukt i sitt eget» (Sykepleieleder B2)*

*«Det skjer når presset, pasientpresset, sykefraværet er høyt, press over tid. Da kjenner man at det hemmer samarbeidet med dem du samarbeider mest med. Også er det det med å ha samme ideologien, samme tankegangen. Hvis man ikke har de samme strategier for ledelse så hemmer det samarbeidet» (Sykepleieleder B2)*

*«Det er jo pasientflyten og personal ressursene. Da blir vi ofte gjerrig på vår egen post. Det er en utfordring som vi må utfordre oss til å samarbeide om – de å se helheten. Så der ligger det utfordringer, men det er veldig viktig at vi får det til. Når avdelingene er fulle, så vil ingen av avdelingene ha den neste pasienten, men det er å gi og ta. I ukedagene er vi seksjonsleder meldepunkt (funksjon til å plassere nye pasienter i avdelingen) – vi bytter på annenhver uke. Det går fint. Det er vel om helgene samarbeidet mellom de sykepleierne det da er utfordringer seg i mellom i forhold til plassering av pasienter» (Sykepleieleder B1)*

### 5.3.4 Kjennskap til den andres profesjon – snakkes samme språk

Kjennskap til hverandres profesjon og arbeidsområder, er viktig i forhold til samarbeid. Det å være bevist på hvilke kvalifikasjoner som kreves i de ulike seksjonslederposisjonene er også viktig, i forhold til å innfri de krav og pålegg som legges på de ulike enhetene.

#### Avdeling A

På spørsmålet om hvem det var lettest å samarbeide med – de med lik profesjonsbakgrunn eller ulik profesjonsbakgrunn, svarte både legeleder A3 og sykepleieleder A2, at det hadde noe med hvilke oppgaver og saker man skal samarbeide om, uavhengig av profesjonsbakgrunn. Sykepleieleder A2 samarbeider med andre sykepleieledere om personalspørsmål, mens han drøfter drift og pasienter med legeleder. Legelederen viste i sitt svar at det med kjennskap til sykepleie som profesjon, var viktig i forhold til hvilke saker de kan samarbeide om. I svaret hans ligger det og ha kunnskap om hverandre og hva en kan forvente, som like viktig som det å ha samme bakgrunn. Legelederen utalte seg slik:

*«Det har først noe å si om hvilken forståelse av oppgaver man har. I min daglige praksis er det ikke slik. Det er mange sykepleiere og leger som kan utvikle seg der med hensyn til medarbeidere med annen bakgrunn. Jeg har det veldig klart for meg at sykepleiertjenesten er spesialisert hos oss, og at de har en kompetanse som er annerledes enn den jeg har. Og at jeg kan få utbytte av det til det beste for pasienten i hensiktsmessige grep som samhandling. De sykepleiere jeg har jobbet lenge sammen med vet på en prikk hva jeg kan levere. Og hva jeg ikke gjør og visa vers. Da går det utrolig glatt altså» (Legeleder A3)*

Sykepleieleder A1 mente at det var de med lik profesjonsbakgrunn det var lettest å samarbeide med.

*«Det er kanskje fordi vi har en lik forståelse av faget. Det er klart at en lege har en annen bakgrunn med sitt fag og har en lenger utdanning. Selv om jeg har en lederutdanning, noe som lege ikke har, så har jeg en annen tilnærming til det å være leder, enn det en lege har ofte» (Sykepleieleder A1)*

Enhetlig ledelse ble innført i 2001 – som sier at de som er best kvalifisert skal få tilgang på lederstillinger på alle nivåer. På spørsmål om en med en annen profesjonsbakgrunn kunne ha vært leder for sin enhet, svarte legeleder A3 og sykepleieleder A1, unisont nei på dette spørsmålet. Det vil si at legelederen mente at sykepleieledere ikke kunne lede hans enhet, og sykepleielederen mente at en med legebakgrunn ikke kunne lede deres enhet. Legeleder A3 begrunnet svarene sine med at han kunne lede en sykepleierenhet, men en med sykepleiebakgrunn ikke kunne lede hans enhet på følgende måte.

*«Jeg kan begrunne begge svarene. Jeg tenker at kravene til faglighet i vår disiplin har noen unike trekk. Dette er ett kjempe stort fag, begge kjønn, alle aldre, alle alvorlighetsgrader og alle hastigheter. Fagfeltet inneholder et stort omfang av sykdommer og det setter noen voldsomme krav til at hele fagstaben har kompetanse innenfor område som skal gjøres. Det er helt tvingende nødvendig for å ha lojalitet i oppdraget i en slik organisasjon, at man har troverdighet i det. Det vet jeg at en sykepleier ikke kunne hatt. En sykepleier kunne utmerket administrert mye av aktiviteten på en bedre måte....der tenker jeg ledelse sådan er det mange veldig dyktige sykepleiere. Det hadde nok ikke vært ett problem. Gitt dette, så får jeg svare fra min fagkrets, så tenker jeg at det hadde vært en oppgave som det hadde vært en dårlig løsning. Det måtte være en lege som ledet lege aktiviteten. Så kunne jeg lede sykepleieaktiviteten med en sykepleiefaglig leder. Da hadde det kunnet det blitt en balansegang mellom ressursinnsatsen og fagutviklingen på legesiden, og tilsvarende på sykepleiersiden. Og det er ett spenningsfelt på mellomleder nivå. Og jeg ser det veldig tydelig, fordi jeg har gjort bestemte prioriteringer i legestaben, som er slik at vi faktisk har mere hestekrefter enn sykepleiergruppen har til å løse oppgavene. Så det kan komme ubalanse i oppdragenes omfang når det gjelder kompetanse og kapasitet. Det kunne man jo ha balansert som en enhetlig leder. Det kan jeg ikke. Jeg har ikke – det rår ikke jeg over» (Legeleder A3)*

Svaret til legelederen kan sees i retning av at han er mer for en todelt ledelsesløsning, enn enhetlig ledelse. Han mente at han godt kunne ha ledet en «tradisjonell» sykepleieenhet, der en sykepleieleder hadde ansvaret for sykepleiedelen av enheten.

Sykepleieleder A2 sitt svar var noe mer diplomatisk, men utdypet det med at resultatet og fokuset ikke hadde vært det samme som når en med sykepleierbakgrunn hadde ledet enheten. Denne sykepleielederen mente at resultatet blir best når en har kjennskap til den gruppen en

skal lede. Han mente også at seksjonslederen må ha formell lederutdannelse for å lede en sengepostenhet.

*«Ja det tror jeg nok, men tror ikke fokuset har vært det samme når en legeleder skulle ha ledet min post. Eller en økonom for eksempel. Jeg tror mange kunnet ledet denne avdelingen, men tror resultatet ville ha blitt forskjellig, ut ifra hvem som har ledet. Så er det ikke sikkert hadde fokus på det samme, eller kommet i mål med det samme. For å lede en sengepostenhet bør man ha formell lederutdannelse. Fordel å ha vært i sykehus tidligere...det er en fordel å kunne det faget en jobber med, det med oppgaver som for eksempel sykepleierne gjør. Det er jo klart at det blir bedre når en vet kva sykepleierne jobber med og klarer også å planlegge ut i fra det» (Sykepleieleder A2)*

Om hva som fremmet samarbeidet i egen avdeling trakk begge sykepleielederne fram kommunikasjonen som den viktigste årsaken. Sykepleieleder A2 kom i tillegg med at vanlig høflighet mellom seksjonslederne var en forutsetning. Legeleder A3 opplevdes av meg som engasjert rundt temaet, og han kom med et idealbilde på hva som fremmer samarbeid, som er verdt å ta med.

*«Tilstedeværelse – det er ett tilbakevendende problem med samhandling – det at vedkommende er tilgjengelig. På mellomledernivå så er det klart at en grunnforutsetning at han/hun kan sin faglige krav til utførelse av arbeidet i sitt virke. Også personlige egenskaper - det å være saksorientert og profesjonell, utadvendt og godt kommuniserende. Det å kunne snakke godt sammen. Det er viktig for samhandling. Og i samhandling åpner for hverandres forståelse og metoder, sånn at man kan leve ut sine beste sider og det å spille sine medarbeidere gode, med å slippe de til med sine gode egenskaper. Det er noe med det og både å levere fra seg og ta imot. Det er ett idealbilde tenker jeg. Det er viktig i et samarbeid, at man har en god tone og godt humør i arbeidet. Det er en viktig måte i kommunikasjon på å fremme samarbeidet på. Det å være hyggelig. Det er ganske belastende å være mellomleder. Det skjebnefellesskapet kan utnyttes på mellomledernivå» (Legeleder A3)*

Hva den enkelte leder bidrar selv med i ett samarbeid, svarte sykepleieleder A2 kort på dette spørsmålet. Ifølge han var han flink å kommunisere og flink til å hjelpe til.

A1 svarte at han ikke kunne bidra inn i pasientbehandlingen, men kunne bidra i ett samarbeid med å sikre kontinuitet på sykepleiersiden, og det å jobbe mot ett felles mål.

Legeleder A3 utdypet sitt svar på følgende måte:

*«Tydelighet på oppgaven og faglig standard. Da blir det lettere å diskutere konfliktområder når man er enig i forkant på hva man skal drive med, og på hvilket nivå det skal utøves. Det er veldig konfliktforebyggende å ha samtaler om det. Fordi det er spenningsfelt vårt, sykepleie og legevirkosomhet på en sengepost er forskjellig. Og her er det to tradisjoner og virkelighetsoppfatninger som er forskjellige. Det med tydelighet, det er viktig. Også er det, tror jeg i den jobben jeg har, er det nødvendig å være han med det kliniske håndverket og ikke sitte bare på kontor» (Legeleder A3)*

*«Det er viktig at vi samstemmer ambisjonene i hvert tilfelle, og at vi kommuniserer tett om hva vi ønsker å oppnå...at man er samstemte på dette» (Legeleder A3)*

Her kommer det frem at det er viktig at ting er avklart og det er enighet mellom seksjonslederne på hva og hvilke områder de skal samarbeide om. Dette er en viktig forutsetning for samarbeidet dem i mellom. Det trekkes også frem som viktig for samarbeidet, at en har kjennskap til hverandre profesjon og enheten som ledes, hvilke ansvarsområder og oppgaver de ulike seksjonslederne har, og at de riktige personlige egenskapene for godt samarbeid er på plass. Dersom dette er på plass er det konfliktforebyggende.

## **Avdeling B**

Begge sykepleielederne ved avdeling B svarte at det var de med lik profesjonsbakgrunn og samme ansvarsområde det var lettest å samarbeide med. Hvorfor det var slik kom frem av svarene deres.

*«Det er jo de med lik profesjonsbakgrunn. Sykepleierprofesjonen vs legeprofesjon – det med mål, vi har ulike måter å nå de målene. Vi har vår oppgave på veien til målet. Da er det lettere å samarbeide med de som har de samme oppgavene som deg. Vi snakker det samme språket og forstår det samme pga felles problemstilling» (Sykepleieleder B1)*

*«Det er de med lik profesjonsbakgrunn. Det er fordi en har forskjellig tankegang om ting og har andre ansvarsområder. Det er mye lettere å samarbeide med de som har samme ansvar*

*som meg selv. Også det med utdanning – det er lettere å samarbeide med de som er lik en selv» (Sykepleieleder B2)*

Legeleder B3 svarte at profesjon selvfølgelig var viktig, men mente samtidig at deres avdeling var på vei bort ifra det med lege og sykepleie ting. I dag legges det mer opp til ett fellesskap.

På spørsmål om en med en annen profesjonsbakgrunn kunne vært leder for sin enhet, svarte legeleder B3 og sykepleieleder B1 nei på dette spørsmålet. Begrunnelsen til B1 var at legelederne har for stort fagfokus og for mye klinisk arbeid.

*«Det er fordi han har ett fagfokus.. og at han er mye i klinikken. Jeg tror ikke han, slik at arbeidsoppgavene hans er lagt opp til blir riktig. Og han skal ha god kjennskap til begge gruppene for å være en enhetlig leder» (Sykepleieleder B1)*

*«NEI – her er vi inne på.....det går mer på hvordan vi er organisert. Vi er delt inn i seksjoner med sykepleieledere og legeledere. Og jeg er ansatt for å ivareta den medisinsk faglige ledelse» (Legeleder B3)*

Det vil si at legelederen også her mente at en sykepleieleder ikke kunne ledet hans enhet, og sykepleielederen mente at en med legebakgrunn ikke kunnet ledet hans enhet. B2 derimot var usikker på dette punktet, men utdypet følgende:

*«.....Det kunne han sikkert, men han er veldig faglig sterk og er mer opptatt av faget enn om ledelse. Han hadde sikkert klart det. Men han må jo ville det. Da måtte han legge bort fagfokuset, det må jo også vi sykepleieledere – legge bort faget vårt og ta frem det nye faget om ledelse» (Sykepleieleder B2)*

Her ser jeg at alle tre seksjonslederne er beviste rundt det med kjennskap til den profesjonen du skal lede er en vesentlig faktor. Å lede en sengepost krever 100 % prosent tid og oppmerksomhet, noe legelederen er bevist. Legeleder er opptatt av faget og kjenner stort ansvar for å lede faget. Sykepleieleder kjenner ansvar for å lede sengepostenheten.

På spørsmål om sykepleielederne ved den lille avdelingen kunnet lede en legeenhet, svarte B1 nei på dette spørsmål med bakgrunn i fartstid og erfaring. Sykepleieleder B2 mente derimot at han kunne ha ledet en legeenhet. Her er hans begrunnelse:

*«Ja det tror jeg jeg hadde kunnet. Det handler litt om den stillingen du får. Har du fått den har du fått den. Skal ikke være noe med den bakgrunnen du har» (Sykepleieleder B2)*

Om legeleder B3 kunne ha ledet en sykepleieenhet var svaret nei, med følgende begrunnelse:

*«Nei- ikke med den organiseringen vi har nå. Jeg kunne ikke hatt ansvar for sengeposten. Sykepleieleder er også ansatt til å være sykepleieleder med de sykepleiefaglige arbeidet. Jeg kunne selvfølgelig vært sjefen hennes, eller hun kunne vært min, men jeg kunne ikke gjort arbeidet hennes» (Legeleder B3)*

Her mener jeg svaret til legelederen, viser at han er bevist sin rolle, samtidig som han er klar over og har kjennskap til, hvilke kvalifikasjoner en leder av en sengepost må ha.

På spørsmål om hva den enkelte seksjonsleder la i ett samarbeid svarte sykepleieleder B1 følgende om samarbeid:

*«Samarbeid det er... du har ett formelt samarbeid..ja..de som er nedskrevne, oppgavefordeling mellom sykepleierseksjonslederne, og mellom legeseksjonsleder. Så har vi det litt uformelle samarbeidet som kan være personlig betinget, det kulturelle betinget og ... Når jeg tenker på samarbeid så skiller jeg mellom det formelle som er nedskrevet og det litt uformelle som blir hvem du samarbeider med» (Sykepleieleder B1)*

*«Ett godt samarbeid er helt nødvendig for at jeg skal gjøre min jobb og visa versa. Vi trenger hverandre, men vi har jo fortsatt noe å gå på når det gjelder samarbeid. Vi ser at det er kjempe viktig. Vi prøver på min avdeling ikke bare å se den ene posten, men å kunne se helheten» (Sykepleieleder B1)*

Den andre sykepleielederen, sa at man må føle seg trygg på hvem man skal samarbeide med, vet hvor man har hverandre og hvordan man skal utfordre hverandre og hjelpe hverandre.



Legeleder B3 i den lille avdelingen hadde ingen filosofiske tanker rundt dette, men utdypet svaret sitt på følgende måte:

*«Vi skal drive avdelingen i ett fellesskap og den største ressursen vi har er de ansatte, både på lege og sykepleiersiden. Det å lære å kjennes systemene innenifra er sentralt»*

(Legeleder B3)

Legelederen la vekt på avdelingens langtidsstrategi som ett fundament for samarbeid. En langtidsstrategi som seksjonslederne i fellesskap har vært med å utarbeide, som sikrer ett eierskap i det videre arbeidet med bl.a. å formulere mål.

Sykepleieleder B2 sa om samarbeidet med legelederen, at det kan være vanskelig når de ikke skjønner hverandres stå sted og ikke har samme oppfatning om ting. Hvis B2 mente det ikke var faglig forsvarlig, så kunne legeleder B3 mene det motsatte. Da kunne det være krevende å argumentere både for og mot.

Hva den enkelte seksjonsleder bidro selv med i ett samarbeid, sa legeleder B3 at det først og fremst var den faglige kunnskapen han kunne bidra med i ett samarbeid. Sykepleierne var mer opptatt av sine personlige egenskaper når de samarbeidet med andre seksjonsledere.

Egenskapene var at de var engasjerte, flink til å lytte, være åpen, positiv og flink til å se helheten.

#### **5.4 Oppsummering av funn**

Det var forskjell mellom sykepleieledere og legeledere på hvordan de prioriterte sine viktigste lederoppgaver. Begge legelederne mente at faget var den viktigste lederoppgaven. For sykepleielederne var det drift og personal de viktigste lederoppgavene. Det var ingen forskjell mellom avdelingene på dette.

Ved rangering av ansvarsområdene som det var viktigst å samarbeide om, viste de empiriske funnene at det var forskjell i prioriteringene hos legelederne. Legelederen ved den store avdelingen måtte prioritere bort tid til faget på bekostning av drift og personell. Han hadde ansvaret for ett mye større kontrollspenn med en stor personalgruppe, i motsetning til legelederen ved den lille avdelingen. Sykepleielederne ved begge avdelinger prioriterte

personal og drift som sine viktigste ansvarsområder. Alle seksjonslederne var enige i at det var faget det var enklest å samarbeide om.

De empiriske funnene viste at det var lettere å etablere og gjennomføre daglige morgenmøter (driftsmøter) med alle seksjonslederne ved den lille avdelingen. Dette var ikke prioritert hos den store avdelingen med mange enheter. De var preget av ad hoc møter, noe som må sees på som et formelt møte ved den store avdelingen.

Ved driftspres ser man at flere av sykepleielederne føler et press fra en legeleder, der legeleder tar selvstendige avgjørelser med pasientinntak, i kraft av sin medisinskfaglige bakgrunn. Sykepleielederne opplever dette som bruk av makt i bestemte situasjoner når det ikke samsvarer mellom tilgjengelig sengekapasitet og pasientinntak. Ved slike situasjoner fører dette til et problem rundt samarbeidet mellom legeleder og sykepleieleder. Ingen av sykepleielederne trakk frem dette som ett problem eller følelse av bruk av makt, når det var god sengekapasitet og pasientinntak. De empiriske funnene viser at når det blir press på systemet og knapphet på ressurser som sengekapasitet, virker dette hemmende på samarbeidet mellom de ulike seksjonslederne i begge avdelingene.

Samarbeid rundt økonomi var ett annet område som fører til utfordringer i samarbeidet mellom lege og sykepleielederne. Det var spesielt sykepleielederne som trakk frem denne utfordringen. Seksjonslederne i ett sykehus blir målt på økonomi. Mål er god styring slik at de går i balanse med det som er budsjettet. I beskrivelsene fra sykepleielederne var samarbeidet rundt legemiddeløkonomien et område som byr på utfordringer. Her ser jeg eksempel på legelederens autonome posisjon bevege seg over til sykepleielederens ansvarsgrenser. Funnene viser at selv med et klart definert ansvar for legemiddelbudsjettet ved egen enhet, har ikke sykepleielederne mye de skulle ha sagt i denne sammenhengen. Det er bare å godta at slik er det. Det var ingen forskjell mellom avdelingene på hvordan sykepleielederne opplevde dette.

Funnene viser at når det er travelt, press på enhetene om sengeplasser og knapphet på pleieressurser, kommer sykepleielederne i et dilemma. Et utgangspunkt, med ønske om å hjelpe en annen sykepleieleder og enhet med personalflytting og lån av senger, blir sykepleielederne fokusert på egen enhet, dersom de er i samme situasjon som kollegaen. Igjen en situasjonsbetinget faktor som er en stressfaktor hos sykepleielederne. Dersom ressurser, i

form av overskuddspersonell og god sengekapasitet er tilgjengelige, var det mye enklere og samarbeidet om dette. Ut fra min empiri er det ikke forskjell mellom avdeling A og B rundt dette.

Funn i min studie viste at sykepleielederne ved de to avdelingene syntes det er lettest å samarbeide med de med lik profesjonsbakgrunn, fordi de har lik forståelse for faget og snakker det samme språket. Legelederne var også samstemte i sine svar. De var mest opptatt av at de har en og god forståelse for den andres profesjon, og at tiden har vært moden for at en går mer og mer bort fra det med lege og sykepleier ting. Videre svarte alle seks seksjonslederne med litt moderasjon, at en seksjonsleder med en annen profesjonsbakgrunn, ikke kunnet ledet deres avdeling. De mente at det er viktig å kjenne den profesjonen en skal lede. Sykepleielederne mente i tillegg, ved å være en seksjonsleder krever formell ledelsesutdannelse, og at det ikke er rom for å jobbe ute i klinikken. Noen ulikheter var det også. På spørsmålet om man kunne ledet en annen enhet som tradisjonelt har hatt en bestemt profesjonsbakgrunn i lederstillingen, svarte legelederen ved den store avdelingen ja på dette spørsmålet og legelederne ved den lille avdelingen svarte nei. Det at de svarte forskjell på dette, skyldes nok hvordan de praktiserer sine ledergjerninger i dag. Legelederen ved den store avdelingen bruker mindre tid i klinikken enn B3, samt at han allerede i dag har et betydelig større personalansvar. Flertallet av sykepleielederne svarte nei på dette spørsmålet.

Seksjonslederne ved de to avdelingene syntes å ha samme fokus og beskrivelser på hva som er fremmede for samarbeid. Det legges vekt på kjennskap til hverandre, kjennskap til systemene innenfra, god kommunikasjon, avklarte felles oppgaver, mål og strategier og personlige egenskaper.

Gjennom intervjuene med informantene, og tolkingen av deres subjektive beskrivelser om de ulike temaene om samarbeid og hvordan de rangerte lederoppgavene og ansvarsområdene sine, kunne jeg se mønstre på hvilke lederroller de ulike seksjonslederne inntok i avdelingen. Hvilke lederroller seksjonslederne inntok og hvordan disse påvirker samarbeidet, blir presentert i drøftingskapittelet.

## 5.5 Systematisert oversikt i 3 hovedområder til drøftingskapittelet

### 1. Samarbeid – seksjonslederens ansvarsområder, profesjonsbakgrunn og makt

- Sykepleielederne ved de to avdelingene syntes det er lettest å samarbeide med de med lik profesjonsbakgrunn, fordi de har lik forståelse for faget og snakker det samme språket.
- For alle seksjonslederne var det lettest å samarbeide om fag og fagligutvikling.
- Det oppstår utfordringer i samarbeidet, mellom sykepleielederne og legelederne ved begge avdelinger, ved driftssituasjoner der det er knapphet på sengeplasser i forhold til pasientinntaket.
- Det er lettest å samarbeide om personal og drift mellom sykepleierenhetene i rolige periodene. Det blir også det vanskeligste området å samarbeide om, når enhetene er presset på sengeplasser og har høyt sykefravær i personalgruppene.
- Sykepleielederne ved begge avdelinger føler at legelederne bruker makt ved at de foretar beslutninger i sykepleieledernes økonomiske ansvarsområde, når det gjelder legemiddelbudsjettet.

### 2. Samarbeid – organisatorisk struktur

- Avdelingene har ulik møtестruktur, der den lille avdelingen har daglige morgenmøter (driftsmøter), mens den store avdelingen legger mer opp til ad hoc møter mellom sykepleieleder og legeleder. Empirien viser at det er lettere å strukturere daglige felles møter med alle lederne ved den lille avdelingen.
- Enhetlig ledelse med godt forankrete ansvarsområder hos seksjonslederne, viste at ved en stor avdeling og lederansvar for mange ansatte, har ført til at legeleder har måtte prioritere bort tid i klinikken.

### 3. Lederroller

- Empirien viser at seksjonsledere i like lederposisjoner, med ulike oppdrag og organisasjonsfunksjoner, prioriterer ulikt. Sykepleielederne påvirkes av legelederens prioriteringer.

## ***Kapittel 6 Teoretisk diskusjon av funn***

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å finne ut hvilke faktorer og områder som fremmer eller hemmer samarbeidet mellom seksjonsledere på samme nivå ved avdelinger i et større sykehus. Jeg presenterer et teoretisk fundament i kapittel 3. I dette kapitlet vil jeg diskutere og analysere funnene i lys av teorien og tidligere forskning. Jeg har valgt å fokusere på de temaer jeg identifiserte etter analyse av empirien, som jeg mener har høyest relevans i forhold til problemstillingen. Med utgangspunkt i Strand (2007) sin rollemodell, Abbott (1988) sin profesjonsteori, Mintzberg (1993) sin teori om organisasjoner, Axelssons & Axelsson (2009) sin teori om revirtekning og Jacobsen & Thorsvik (1997) teori om makt og konflikt, vil jeg drøfte om de ulike lederrollene som seksjonslederne inntar og profesjonsbakgrunn, påvirker samarbeidet rundt ansvarsområdene. Videre vil jeg drøfte Knudsen (2012) sin teori om premisser for å lykkes med samarbeidet. Jeg vil også i drøftingen sette de empiriske funnene opp mot Skjørshammer (2004) sin systemteori og Jacobsen (2012) sin teori om samarbeid. Disse vil bli viktig i analysen med tanke på enhetenes struktur, arbeidsdeling og formalisering er faktorer som fremmer eller hemmer samarbeidet mellom seksjonslederne.

### ***6.1 Ulike oppdrag gir ulike lederroller***

Gjennom ordningen med enhetlig ledelse utviklet det seg nye lederroller som har fått total ansvaret for drift, resultat og personalet ved enhetene i sykehus. I min studie har alle seksjonslederne fire hoved ansvarsområder. Det er ansvar for drift, personal, økonomi og fag/fagutvikling. I min studie var det ansvar for drift og økonomi, områdene som pekte seg ut som vanskelige områder å samarbeide om. Samarbeidet rundt fag/fagutvikling viste seg å være det letteste ansvarsområdet å samarbeide om. Dette kommer jeg tilbake til i kap.6.2. Under intervjuene, transkriberingen og analyseprosessen så jeg mønstre i svarene fra sykepleielederne og legelederne, at de inntok flere ulike roller av varierende grad ved utøvelse av ledelse, og i samarbeidet mellom dem. De empiriske funnene viste at seksjonslederne hadde like lederposisjoner, men ulike oppdrag og organisasjonsfunksjoner. Dette kom frem blant annet på hvordan seksjonslederne vektla sine lederoppgaver og de ulike ansvarsområdene. Funnene viste også at seksjonslederne gjorde ulike prioriteringer, noe som påvirket samarbeidet mellom dem. Med bakgrunn i seksjonsledernes vektlegging av sine viktigste lederoppgaver, rangering av hvilke ansvarsområder de synes det er viktigst og lettest

å samarbeide om, og øvrige empiriske funn, vil jeg drøfte hvordan og hvilke roller seksjonslederne inntok, i lys av Strand (2007) sin PAIE-modell og rollefordeling i en kompleks organisasjon som sykehus. For oversiktens skyld tar jeg med tabell 5 og 7 igjen fra kapittel 5.2, og markerer med tall i parentes i teksten, seksjonsledernes rangering.

		Drift	Personal	Økonomi	Fag
		Viktigst	Viktigst	Viktigst	Viktigst
Avd A	A1	3	2	1	4
	A2	1	3	2	4
	A3	2	3	4	1
Avd B	B1	2	1	4	3
	B2	2	1	4	3
	B3	2	3	4	1

Tabell 5: Rangering av seksjonsledernes viktigste lederoppgaver, der 1 er viktigst

Eksempel på hvordan lese tabell 5: Sykepleieleder B1 mener at sin viktigste lederoppgave er personaloppgavene, med driftsoppgavene på en andre plass. Økonomi er den minst viktige.

		Drift		Personal		Økonomi		Fag	
		Viktigst	Lettest	Viktigst	Lettest	Viktigst	Lettest	Viktigst	Lettest
Avd A	A1	1	2	2	3	3	4	4	1
	A2	1	3	2	2	4	4	3	1
	A3	1	4	2	3	4	2	3	1
Avd B	B1	2	2	1	3	4	4	3	1
	B2	2	2	1	3	3	4	4	1
	B3	2	3	3	4	4	2	1	1

Tabell 7: Rangering av seksjonsledernes ansvarsområder, der 1 er viktigst og 1 er lettest

Eksempel på hvordan lese tabell 7: Sykepleieleder B1 mener at det viktigste området å samarbeide om er personalområdet, deretter drift. Det minst viktige område å samarbeide om var fag/fagutvikling. Videre mener han at fag/fagutvikling er det området som er lettest å samarbeide om, og økonomi det vanskeligste.

Strand (2007) sin administrator funksjon ivaretar byråkratiske og administrative rutiner i en offentlig organisasjon som sykehus. Administratoren er opptatt av struktur og retter søkelyset mot kontroll, orden og regularitet. Strand (ibid.) sier at det er viktig for ledelsesoppgavene at administratorfunksjonen ikke rendyrkes, men at den i lederroller komplimenteres med egenskaper fra de andre områdene. Hvor mye administratorrollen fyller lederskoene, avhenger

av blant annet kontrollspennet til lederne, det vil si hvor stor personalgruppe en leder har ansvaret for å følge opp. Funnene viser at sykepleielederne har de største personalgruppene, og med det et stort administrativt personalarbeid. Legelederen ved den store avdelingen har personalansvar overfor en større gruppe, enn sin lederkollega ved den lille avdelingen, men mye mindre enn sykepleielederne. I følge Strand (ibid.) inneholder også administrasjonsrollen at lederne ønsker kontroll over de enheter man leder og styrer etter gitte rammer og bevilgninger. I rammer og bevilgninger legger jeg økonomi. Med enhetlig ledelse blir man målt på resultater, der seksjonslederen må styre etter de rammer og bevilgninger de har fått tildelt. De empiriske funnene viser at alle seksjonslederne ønsker kontroll på de enheter de leder. I forhold til ansvarsområde økonomi, mente begge legelederne at økonomi (2) var et område det var lett å samarbeide om, mens alle sykepleielederne mente at dette var det vanskeligste område å samarbeide om. Denne problemstillingen blir nærmere beskrevet og drøftet i kapittel 6.2.2.

Opdahl Mo (2008) viste i sin studie at hverdagen til legelederne, etter at enhetlig ledelse ble innført, har vært i stor endring med økt tidsbruk til administrative oppgaver og personalansvar. Studien hennes viste også at det var mulig for legelederne å justere mengde og tid i klinikken. Dette er interessant ut i fra hva Torjesen (2008) hevder, at legelederne «rømmer tilbake til klinikken». Mine funn viser at legelederen i den største avdelingen, ikke brukte like mye tid i klinikken som den legelederen som har liten personalgruppe. Denne legelederen har prioritert bort klinikk tid (faget), for sine andre administrative lederoppgaver, som beskrives som tidkrevende. Dette kan tyde på at størrelse på enhetene og forventningene til at det administrative ansvaret, har noe å si for prioriteringene hos legelederen. Min empiriske funn viser at legelederne er 25-50 % administrative ledere uten formell lederutdanning.

Torjesen (2008) hevder at sykepleielederne reflekterer rundt sitt lederskap som en kontinuerlig prosess. De empiriske funnene viste at sykepleielederne er fortsatt 100 % administrative ledere med formell lederutdanning. Kartleggingen av viktigheten og fokuset for de ulike ansvarsområdene, viste at sykepleielederne legger mest vekt på ansvaret for drift (2,1) og personal (1,2). Med denne tilnærmingen, kan jeg si ut ifra Strand (2007) sin rollemodell, at sykepleielederne legger vekt på en administrativ rolle som leder. Dette støttes også av avhandlingen til Skjöld Johansen (2009), der hun sier at sykepleielederne legger større vekt på det administrative lederskapet enn legene.

Alle seksjonslederne i denne studien innehar administratorrollen av varierende grad. Sykepleielederne mer enn legelederne. Legeleder på stor avdeling mer enn sin kollega på den lille avdelingen. Den viktigste faktoren var størrelsen på personalgruppene de ledet. I delkapittel 6.1.1 og 6.1.2 skal jeg vise hvilke roller som er spesifikke for legelederne og sykepleielederne.

### ***6.1.1 Legelederen – produksjonsrollen som pådriveren og dirigenten***

Produksjonsfunksjonen handler om å påvirke mål og drive frem resultater. Lederne må innrette sin virksomhet mot mål og stå til ansvar for resultater. I følge Strand (2007) kan produksjonsfunksjonen deles inn i modellrollene *pådriveren* og *dirigenten*. Pådriveren er en problemløser som håndterer tidsfrister og stress på en god måte. Dirigenten motiverer andre, delegerer, legger planer og setter mål. Gjennom ordningen enhetlig ledelse, har seksjonslederne totalt ansvaret for blant annet drift og resultat. Kartleggingen av de viktigste lederoppgavene, viste at legelederne setter faget (1) høyest, noe som ligger under produksjonsrollen. En høy faglig standard er viktig for å gi den beste og riktige behandlingen til pasientene. Dette er et klart krav som en blir målt på. Det er viktig for omdømme til avdelingen og legelederens personlige tilfredsstillelse, at en oppnår gode resultater på dette. Funnene viser at legelederne var opptatt av resultater, registreringsarbeid og det å holde tidsfrister. Legelederne la også i driftsansvar noe annet enn sykepleielederne. De hadde i drift blant annet ansvaret for å vurdere pasientsøknader innen tidsfrister og bestemme inn og uttak av pasienter til enhetene. Med bakgrunn i dette inntok legelederne produksjonsrollen i størst grad, noe som kan by på utfordringer i et tverrprofesjonelt samarbeid i noen sammenhenger. Axelsson & Axelsson (2009) mener at revirtenkningen er en alvorlig hindring for tverrprofesjonelt samarbeid. De hevder at lederne må ha vilje til å ivareta allmennhetens beste og ikke sloss for sine egne interesser. Dette kaller de for altruisme. Funnene i min studie viser at produksjonsrollens kjennetegn kan vanskeliggjøre at legelederne kan fremstå som altruistiske ledere i alle sammenhenger, det vil si samarbeidsutfordringer i tilknytning til disse rollene. Dette vises med eksempler videre i kapittel 6.2.

### ***6.1.2 Sykepleielederen – integrasjonsrollen som rådgiveren og hjelperen***

Strand (2007) sin integrasjonsfunksjon handler om å styrke medlemmenes tilknytning i organisasjonen gjennom en felles oppfatning. Integrasjonen skjer gjennom sosiale



mekanismer og gjennom ledelsestiltak. Med blant annet utvikling av sosiale normer og opplevelse av fellesskap. I følge Strand (ibid.) kan integrasjonsfunksjonen deles inn i modellrollene *rådgiveren* og *hjelperen*.

De empiriske funnene viser at sykepleielederne inntok Strand (ibid.) sin integrasjonsrolle i stor grad, ved at de er opptatte av at sitt personale skal ha en tilhørighet og skal trives på jobb. Sykepleielederne viste også at de tenker i større grad på helheten med en fellesskapsfilosofi, der god og åpen kommunikasjon er en viktig faktor. Om de viktigste lederoppgavene, trakk 3 av 4 sykepleieledere frem oppfølgingen av personalet (1), som sin viktigste lederoppgave. Integrasjonsrollen tildeles også sykepleielederne med bakgrunn i hvilke egenskaper for ledelsesutøvelse de syntes var viktigst. De nevnte åpenhet, åpenhet for andre sine meninger, åpenhet for meningsutvekslinger, åpenhet for å kommunisere, for å kunne ville samarbeide, viktig å se personalgruppen, være åpen, flink å lytte, engasjert, imøtekommen og fleksibel. Det er viktig for en sykepleieleder at han har de ansatte med seg, med felles oppslutning og god arbeidsmoral for å løse de oppgaver enheten er satt til å gjøre. I henhold til Axelsson & Axelsson (2009) kjennetegn på altruistiske lederskap, mener jeg at integrasjonsrollen til sykepleielederne harmonerer bedre med en altruistisk ledertype. Sykepleielederne viser at de er opptatt av helhetsperspektivet, der det er viktig å dra lasset sammen. De er villige til å inngå kompromisser for å finne gode løsninger for fellesskapet. Dette vises med eksempler videre i kapitel 6.2.

Mine empiriske funn viste at det var ingen forskjell mellom avdelingene på hva de mente var lettest å samarbeide om, nemlig fagligutvikling på tvers av enhetene. Dette gjaldt særlig for sykepleierenheter, som hadde egne undervisninger for sine ansatte, eller felles undervisninger med andre sykepleieenheter. Legelederne bidro i stor grad med undervisning til sykepleiergruppen, for å øke den faglige kompetansen hos sykepleierne. Under dette området mener jeg at sykepleielederne fortsatt inntar integrasjonsrollen, som legger til rette for undervisning, i samarbeid med de andre sykepleielederne og legelederne. Dette sikrer kompetanseutviklingen i egne personalgrupper og et fellesskap mellom enhetene. I samarbeid med sykepleielederne, mener jeg at legelederne fortsatt inntar produksjonsrollen. Dette begrunnes med at de motiverer ansatte gjennom undervisning, for at prestasjonene og resultatene ved sengepostenhetene skal bli best mulig.

Her har vi to likestilte seksjonsledere med ulik profesjonsbakgrunn, som har hver sin tilnærming til sine lederoppgaver og ansvarsområder, der de bekler lederrollene ulikt.

## ***6.2 Lederrollenes og profesjonsbakgrunnens påvirkning på seksjonsledernes ansvarsområder***

Tanken bak reformen om enhetlig ledelse var at den best kvalifiserte til å lede skulle lede, uavhengig av profesjon (Johansen, 2009). De empiriske funnene viser at lederne med sykepleiebakgrunn, er seksjonsledere for sengepostene, og legelederne for de fagspesifikke enhetene ved avdelingene. Slik er det tradisjon for at det skal være. I NOU 1997:2 (1997) står det at det settes krav til reel administrativ ledelseskompetanse for ledere ved sykehus. I dette kravet ligger også formell ledelsesutdanning gjennom utdanning på universitet eller høyskole. Det er også slått fast i Stortingsvedtak av 21.november 1995, at det stilles administrative krav til ledelseskompetanse ved sykehus. Skjøld Johansen (2009) har i sin avhandling påpekt at legeledere og sykepleieledere vektlegger ulike aspekter ved lederrollen. Sykepleielederne vektlegger at seksjonsledere bør ha en formell lederutdanning. Legene argumenterer at ledelse av kliniske avdelinger må forstås som faglig ledelse. I denne studien viser funnene at det er kun sykepleielederne som har formell lederutdanning. Ut i fra dette kan man si at denne tilnærming blant lederne fortsatt er gjeldene, og at det er en aksept i sykehussystemet at det fortsatt er slik. Det er ikke meg kjent at det er blitt formalisert og satt krav til formell lederutdanning til legelederne ved sykehuset. Hvorfor det er slik er vanskelig å si, men jeg kan anta at kravet til faget ved de fagspesifikke enhetene veier så tungt, at legene blir sett på som de best kvalifiserte til å lede disse enhetene på bakgrunn av sin medisinske faglige utdanning.

Makt brukes i organisasjonsteori som en aktørs evne til å overvinne motstand for å oppnå et ønsket mål eller resultat. I følge Jackobsen og Thorsvik (1997) oppstår bruk av makt i seks ulike relasjoner og situasjoner. En situasjon det er aktuelt å bruke makt, er hvis det foreligger uenighet mellom aktører som er avhengig av hverandre. Sykepleieledere og legeledere er i et avhengighetsforhold til hverandre om og rundt mange områder. Legelederen er avhengig at sykepleielederen har nok og riktig kompetanse til stede på sengeposten slik at pasientsikkerheten ivaretas. Sykepleielederen er avhengig av at legelederen prioriterer riktig i forhold til at pasientinntaket samstemmer med tilgjengelige senger. Ut i fra mine funn kan det se ut til at seksjonslederne kommer i en «skvis» i situasjoner med knapphetsressurser, der

sykepleieleders ansatte forventer at deres behov blir ivaretatt ved pressede driftssituasjoner. Legelederne føler selv ett press ved at de må ta imot flere pasienter som har krav og behov for behandling. Begge partene er presset fra hver sin kant. Samtidig hadde begge seksjonslederne forventninger til hverandre. Sykepleielederne forventet at legeleder skulle ta hensyn til situasjonen for sengeposten. Ved en full sengepost er det ikke bare å legge inn nye pasienter. Velges allikevel en slik løsning, vil personalet til sykepleielederne gi uttrykk for økt arbeidsbelastning, og at det kan gå utover pasientsikkerheten. I slike situasjoner må sengeplasser frigjøres, enten ved at det skrives ut pasienter, eller pasienter flyttes til andre enheter. Dette er en medisinsk avgjørelse, som kun en lege kan gjennomføre. Legelederne forventer også at sykepleielederne skal øke ressurskapasiteten i form av flere ansatte på jobb. I slike situasjoner oppstår det jeg velger å kalle samarbeidsstress. Samarbeidet blir stressende mellom sykepleielederen og legelederen, når gjensidige forventninger om løsning på utfordringen, ikke er forenelig med hva den enkelte seksjonsleder har handlingsrom for å gjøre. Skal slike situasjoner løses, kreves det et samarbeid.

### ***6.2.1 Utfordringer oppstår i samarbeidet ved driftspress på sengeplasser***

Jacobsen og Thorsvik (1997) hevder at det lett oppstår konflikter og uenigheter mellom personer når det er knapphet på ressurser og bruker makt på å få igjennom sine interesser. I denne studien relateres det til seksjonslederne. Skjørshammer (2004) mener at samhandlingen baserer seg til syvende og sist på aktørenes evne til gjensidig tilpasning, ved at de ansatte er løsningsorienterte, og klarer å inngå funksjonelle kompromisser. Dette er interessant ut ifra det Jacobsen (2012) hevder at forskning viser om organisering, at i et kompleks system som sykehus, vil formalisering og tildeling av deloppgaver til enkelt enheter påvirke koordineringen mellom enhetene. I følge Abbott (1988) utløses en juridiskjonell konflikt når andre profesjoner får tilgang på samme type arbeid og definerer innholdet i arbeidet ulikt. Med bakgrunn i hva Jacobsen (2012) og Abbott (1988) sier kan en slik tilnærming få konsekvenser for samarbeidet. De empiriske funnene viste at alle sykepleielederne trakk frem at det oppstod utfordringer rundt samarbeidet mellom seksjonslederne i avdelingen, når det var dårlig med sengekapasitet i forhold til inntaket av nye pasienter. Dette gjaldt særlig samarbeidsforholdet mellom sykepleielederne og legelederne. Dette kan beskrives som et stress i samarbeidet som er utløst av driftspresset, fordi man er tvunget til å finne en løsning. En av årsakene var at legelederne legger i et driftsansvar noe annet enn det en

sykepleielederne gjør. For legelederne ligger det i blant annet å vurdere søknader om pasientbehandling, og styre inn og uttak av nye pasienter til avdelingen. Dette bildet kolliderer av og til med sykepleielederens syn på driftsansvar. Sykepleielederne legger i driftsansvar å ha best mulig sengekapasitet, og nok og riktig kompetanse av personell på jobb for at pasientsikkerheten skal ivaretas til enhver tid. Når inntaket av nye pasienter ble for stort i forhold til tilgjengelig sengeplasser, ble det knapphet på ressurser. I et sykehus er det selvfølgelig forskjell mellom enheter og hvordan driftspresset er, men dette kan tyde på at sykepleieledere kan føle ett slikt press fra en legeleder, ved de enheter som er veldig presset på drift og sengeplasser. I denne situasjonen kan jeg si at legledernes produksjonsrolle er en hemmende faktor, i forhold i samarbeidet med integrasjon og administrasjonsrollen som sykepleielederne innehar, der sykepleielederne er ansvarlige for driften av sengekapasiteten.

Knudsen (2012) hevder at ressursknapphet er en faktor som skal stimulere til samarbeid. Ressursknapphet kan knyttes til avhengighetsforholdet mellom seksjonslederne. Allikevel oppstod samarbeidsstresset mellom seksjonslederne ved driftspresst. Ressursknapphet, som i min studie er sengeplasser, kan ifølge Knudsen (ibid.), stimulere til samarbeid. Sykepleielederne følte i disse situasjonene ved å ta imot nye pasienter som et press fra legelederne. Jeg mener her at den ene parten, sykepleielederne, blir tvunget til å finne en løsning, noe som kanskje ikke direkte er samarbeid.

Det er ikke slik at et sykehus stopper opp, selv om det er knapphet på ressurser som sengeplasser. Løsninger må bare finnes, enten i eller utenfor egen avdeling. Abbott (1988) hevder at uenigheter i et myndighetsområde kan løses ved en arbeidsdeling, der profesjonene baserer seg på hjelp fra hverandre. I studie løste begge avdelingene dette gjennom kommunikasjon mellom seksjonslederne, ved å være løsningsorienterte rundt utfordringen. Alle lederne fremhevet viktigheten av å være løsningsorienterte. Dette er interessant ut ifra det Skjørshammer (2004) sier i systemteori; om at samarbeidet til syvende og sist handler om aktørenes evne til gjensidig tilpasning. Ved å være løsningsorientert, er ifølge Skjørshammer (ibid.), en slik gjensidig tilpasning. Med eksemplet om knapphet på sengeplasser, vil jeg si at det er sykepleielederne som tilpasser seg mest, for at det skal bli en løsning på utfordringen. Med bakgrunn i hva Skjørshammer (ibid.) hevder, kan det å være løsningsorientert, sees på som en lederegenskap hos seksjonslederne. Dette er en klar fremmede faktor for samarbeidet mellom seksjonslederne. I et kompleks system som sykehus med høy hastighet, må lederegenskapen å være løsningsorientert, sees på som en nesten konstant tilstand og «limet»

for å løse utfordringene i hverdagen. Med denne egenskapen oppfyller også seksjonslederne lederkrav som er beskrevet i Nasjonal Plattform for ledelse i sykehus (2012).

Funnene knyttet til samarbeidsutfordringene som oppstår ved driftspress, underbygger funnene om at legelederne inntar produksjonsrollen i avdelingene, der fokuset ved driftepress, er oppmerksomheten ved og håndterer tidsfrister, prestasjoner og resultater. Produksjonsrollen gir ikke rom for at legelederne kan opptre, forstått som Axelsson & Axelsson (2009) altruistiske ledere. Slik jeg ser det rundt legledernes fokus ved driftspresset, er forutsetningene for et altruistisk lederskap svak i denne rollen.

Sykepleielederne fortalte også at kommunikasjonenes ordlyd ble «skarpere» fra legelederne, når det var knapphet på ressursene, som lite sengeplasser. «*Tar du ikke denne pasienten så dør han*», var en ubehagelig kommentar å få fra en lege. Det oppleves i disse tilfellene at legelederen kaster ballen over og legger ansvaret på sykepleielederen. Dette støttes i teori fra Jacobsen (2012), som viser til at forskning om organisering viser at når en formell og fysisk arbeidsdeling gjør kommunikasjonen mellom gruppene blir vanskelig. Jeg mener at sykepleielederne er de som strekker seg lengst for å finne en løsning, og er med det den parten som tilpasser seg mest.

Jacobsen (2012) hevder at ved å samle deloppgaver innenfor formelle enheter, så prioriterer man koordineringen internt i egen enhet på bekostning av koordineringen mellom enheter. Dette er interessant ut ifra det Skjørshammer (2004) hevder om at samspillstrukturene som etableres i et system, er regler som påvirker hvordan deler og enheter samhandler og opererer som en helhet. Med bakgrunn i Jacobsen (2012) kan prioriteringene i egne enheter gjøre at helhetstankegangen til Skjørshammer (ibid.) ikke kommer frem. Mine funn viser at samarbeidsforholdet mellom sykepleielederne endret seg også, når sengepostene ble presset på drift og plass situasjonen. I disse situasjonene var det lett for sykepleielederne å bli fokusert kun på egne enheter. Sykepleielederne bemerket en endring i samarbeidet seg i mellom, ved stort driftspress og knapphet på ressurser. Sykepleielederne inntok en slags beskytterrolle for egne ansatte og enheter, ved at de ikke var like mye på tilbudssiden når det gjaldt ressursoverføring og lån av sengekapasitet. I disse situasjonene mistet de litt av helhetstankegangen for avdelingen. Her viser de empiriske funnene at integrasjonsrollen kan oppleves som en hemmende faktor i samarbeidet mellom sykepleielederne, ved at de inntar en beskytterrolle overfor egne ansatte og egen enhet, når det var knapphet på ressurser. Jeg vil

anta at denne opplevelsen går begge veier, avhengig av hvem av sykepleielederne som har et behov for hjelp. Funnene viste at ved driftspress og knapphet på personalressurser, oppstod samarbeidsutfordringer mellom sykepleielederne ved begge avdelingene.

### *6.2.2 Økonomi til besvær - legemiddelbudsjettet*

Økonomiansvaret rundt legemiddelbudsjettet var det andre område som fører til utfordringer i samarbeidet mellom legelederne og sykepleielederne. Mintzberg (1993) hevder at i en organisasjon som sykehus kan den administrative lederen gjøre noe, men i hovedsak må han eller hun rette seg etter spesialistene sine ønsker. I følge profesjonsteorien til Abbott (1988) er den sentrale egenskapen til en profesjon kontroll over kunnskap og dens anvendelse. De empiriske funnene viser at begge gruppene av seksjonsledere var klar over hvem som har ansvaret for hva når det gjelder økonomiansvaret rundt legemiddelbudsjettet. I min studie har sykepleielederne det formelle ansvaret for legemiddelbudsjettet. Formaliseringen rundt økonomiansvaret ser ut til å være på plass ved avdelingene. Dette støttes av Skjørshammer (2004), som hevder at klare grenser er viktig for at et system skal fungere. Med bakgrunn i hva Skjørshammer (ibid.) hevder, var forutsetningene for et godt samarbeid rundt legemiddelbudsjettet på plass. Funn viste at sykepleielederne følte at det var lite de skulle ha sagt når det gjaldt hva som skal bestilles, mengde og hvilke utgifter dette påløpte. Mintzberg (1993) hevder at kunnskap er makt og i følge profesjonsteorien til Abbott (1988) beveger legelederne seg her inn på sykepleieledernes myndighetsområde – jurisdiksjon. Samtidig har legelederen full jurisdiksjon overfor sin medisinske kunnskap, gjennom lov og allmenn oppfatning, det totale medisinske ansvaret for pasientbehandlingen. I det ligger det også å bestemme hvilke medisiner de ulike pasientene skal stå på. I følge Abbott (ibid.) kan en uenighet løses med en form for rådgiving, der en profesjon prøver å fortolke og endre handlinger over en jurisdiksjon som en annen profesjon har full kontroll over. Mine empiriske funn tyder på noe annet, der jeg tolker det slik at sykepleielederne mente, at legelederne har full jurisdiksjon overfor legemiddelbestillingen, selv om det formelt lå hos sykepleielederne. I dette tilfellet med legemidler, er legelederens produksjonsrolle egentlig fremmede for samarbeidet, da pasientene som ligger på sykepleieledernes enheter får den riktige behandlingen. Det oppleves kanskje ikke slik for sykepleielederne, ved å ha formelt ansvar overfor noe som en ikke kunne påvirke i større grad. Dette er også et eksempel på et område som fører til samarbeidsstress. En løsning kan ut ifra denne drøftingen være at

legemiddelbudsjettet formelt blir plassert hos legelederne, som egentlig har den fulle jurisdiksjon over legemiddelforbruk i kraft av sin medisinskfaglige bakgrunn.

### ***6.3 Kvalitet på samarbeidet - organisasjonsstruktur***

I følge Jacobsen (2012) om organisering fører en formell arbeidsdeling som oftest også til en fysisk arbeidsdeling. Når den fysiske avstanden mellom grupper blir stor, vil dette gjøre at kommunikasjonen mellom gruppene blir vanskeligere. De enkelte delene blir sterkt avhengig av hverandre, og en blir avhengig av koordinering av de spesialiserte oppgavene, slik at tjenesten skal bli nyttig. Sykepleielederne og legelederne er i et konstant avhengighetsforhold til hverandre. Med bakgrunn i hva Jacobsen (2012) hevder kan en slik tilnærming by på utfordring mellom seksjonslederne på tvers av enhetene. Samtidig hevder Knudsen (2012) at dersom samarbeid skal lykkes, må mellomlederne ha kjennskap og kunnskap om den andres enhet. Det kan oppnås ved etableringen av bl.a. tette strukturer og regelmessige møter. Dette støttes også av Mintzberg (1993), som sier at mellomlederen har en viktig funksjon i å etablere og ivareta ett godt kontaktnett med andre mellomledere, støttefunksjonene og eksterne aktører som påvirker enheten mellomlederen er leder for. Ut i fra det Jacobsen (2012), Knudsen (2012) og Mintzberg (1993) mener, er det viktig å finne strukturelle ordninger i avdelingen som sikrer størst mulig grad av samarbeid mellom enhetene og lederne. De spesialiserte oppgavene er avhengig av hverandre. Som nevnt i kapittel 6.3.2 påpeker seksjonslederne viktigheten av å ha kjennskap til den andres profesjon og arbeidsoppgaver. I en travel hverdag med høy aktivitet, må avdelingene ha møtearenaer, der seksjonslederne treffes for å informere og diskutere seg imellom for å finne de beste løsningene.

Mine empiriske funn viste, at de to avdelingene hadde flere likhetstrekk når det gjaldt formelle møter, som for eksempel ledermøter og sykepleieledermøter. Et interessant funn fant jeg ved den lille avdelingen. De hadde planlagte daglige møter mellom alle seksjonslederne, uavhengig av profesjonsbakgrunn. De kalte det for morgenmøte (driftsmøte). Ved innføringen av dette møtepunktet har seksjonslederne ved avdeling B fått muligheten til å bygge broer, lært seg å kjenne alle de andre seksjonslederne og oppgavene deres, og være daglig oppdatert med statusen i hele avdelingen. Denne effekten for seksjonslederne ved den lille avdelingen, kan trekkes parallell til en av Knudsen (2012) sine synergieffekter – kultur synergi, som er en gevinst ved at samarbeidet styrker selvtilliten, en opplevelse av å være i forkant av

problemene og mestre situasjonen. Seksjonslederne ved den lille avdelingen hadde fått et bedre samarbeidsklima uavhengig av profesjonsbakgrunn. De fant gode driftsløsninger i fellesskap til det beste for enhetene og avdelingen. For den lille avdelingen har dette vært en suksess. Tradisjonelt og ut i fra min erfaring har det ikke vært vanlig at sykepleieledere og legeledere treffes på daglige morgenmøter (driftsmøter). Derfor er dette et interessant funn ut ifra de synergieffekter den lille avdelingen har erfart. Ut ifra det det har vært tradisjon for, kan man si at en barriere er brutt. I lys av Knudsen (ibid.) sin teori om hva som må til for at samarbeid skal lykkes, tolker jeg dette slik, at dette skyldes at de er få seksjonsledere som treffes, der alle deltakerne har mulighet å bli sett og hørt. Ut ifra dette kan jeg si at et daglig treffpunkt for alle seksjonsledere i avdelingen, gav større mulighet for koordinering mellom enhetene og at den «fysiske avstanden» ble mindre. Denne organiseringen ved den lille avdelingen var en fremmede faktor for samarbeidet mellom seksjonslederne.

Den store avdelingen hadde ikke denne løsningen. Sett i lys av størrelsen på den store avdelingen, antar jeg at de ikke kunne hatt samme utbytte som ved den lille avdelingen. Dette skyldes et stort antall seksjonsledere som skal treffes på ett felles møte. Det er lett å bli en del av mengden, og ikke bli sett og hørt på samme måte som i en liten gruppe. Det beste for den store avdelingen var ad hoc møter mellom sykepleieledere og legeledere. Med denne løsningen mistet man en del av fellesskapsfølelsen i avdelingen, og kjennskap til de andre seksjonslederne, men kunne være effektiv til å løse problemer. Dette bekrefter også seksjonslederne ved den store avdelingen. For dem var ad hoc møter den beste løsningen for å løse utfordringene. Dette viste seg å være fremmede faktor for samarbeidet for sykepleieleder og legeleder ved den store avdelingen. Begge avdelingene hadde formelle møter de var tilfredse med.

Med bakgrunn i dette spiller kun størrelsen på avdelingene en rolle, ved at det er lettere og mer gjennomførbart, å strukturere daglige felles møter med alle seksjonslederne ved en liten avdeling.

Jacobsen (2012) hevder, at når den fysiske avstanden (les: kontoravstand) mellom gruppene blir for stor, gjør dette kommunikasjonen mellom gruppene vanskelig. Dette stemmer med funnene i studien, der blant annet samarbeidet og kommunikasjonen mellom sykepleielederne var lettere og tettere av flere årsaker, nemlig fysisk nærhet mellom enhetene. Legelederne hadde kontorer langt fra sengepostenhetene, noe som gjorde at kommunikasjonen foregikk mer på telefon og mail.



Legelederen ved den store avdelingen var ikke tilhenger av kommunikasjon på mail, da han mente den var mindreverdig i forhold til en samtale, og det var stor risiko for misforståelser. Den samme oppfatningen hadde også legelederen ved den lille avdelingen, som mente at mail var tidkrevende og lite effektivt. Dette kan antyde at kommunikasjon pr mail, kan være en mindre god kommunikasjonskanal. Sykepleielederne ved den lille avdelingen syntes at mail var en grei måte å kommunisere med legelederen på. Da hadde de skriftlige svar å forholde seg til. I et større bilde kan man si at den fysiske avstanden mellom kontorene til seksjonslederne, og tilgjengeligheten til legelederne, gjør at kommunikasjon på mail er en vanlig måte å kommunisere med i et sykehus. Mine funn viser at kommunikasjon i form av samtaler på telefon og møter, ble av seksjonslederne fremhevet i større grad som en fremmede faktor for samarbeid, enn kommunikasjon per mail.

Funnene viste at sykepleielederne ved den lille avdelingen, i større grad enn den store, hadde et tettere forhold, ved at de var færre seksjonsledere med sykepleiebakgrunn, enn ved den store avdelingen. Det kom frem ved at de daglig var innom kontorene til hverandre, noe som styrket de sosiale relasjonene og kjennskapen til hverandre. Ved den store avdelingen la også sykepleielederne vekt på å stikke innom kontoret til en seksjonslederkollega, særlig når de hadde et behov ved knapphet på ressurser som personale eller sengeplasser. Dette kan sees på at båndene mellom seksjonslederne med sykepleiebakgrunn ble bedre og sterkere, ved en avdeling med færre enheter og hadde dermed færre å forholde seg til. Størrelse på avdelingen kan også her være en faktor i forhold til tilknyttingen mellom seksjonslederne på sykepleiersiden.

Kvaliteten på samarbeidet avhenger av samsvaret mellom arbeidsmetoder, forståelser, mål og interesser. Hvis vi ser konkret på samarbeidet mellom lederne i lys av Knudsen (2012) premisser for samarbeid, finner jeg interessante aspekter ved kvaliteten i samarbeidet. I teoridelen redegjorde jeg for tre kriterier for å lykkes med samarbeidet; domenekompatibilitet, ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet, og mandatkompatibilitet (ibid.).

### ***6.3.1 Domenekompatibilitet***

Knudsen (2012) hevder at enheter med overlappende domener antas å ha størst nytteverdi, der man kan dra nytte av hverandres ressurser, samtidig som målgruppen er lik. Enhetene i

avdelingene i studien har klare overlappende domener, det samme har arbeidsforholdet mellom sykepleielederne og legelederne. Seksjonslederne innen samme avdeling er i et avhengighetsforhold til hverandre, der målgruppen er lik, nemlig behandlingen av pasientene. Dette avhengighetsforholdet vises klart med at legelederne og sykepleielederne har like lederposisjoner, men har ulike oppdrag i den helhetlige behandlingen av pasientene. Disse ulike oppdragene er overlappende domener.

Vellykket samarbeid i praksis oppnår når seksjonslederne er avhengige av hverandre og viser forståelse for hverandres domene. I følge Knudsen (ibid.) vil enheter uten overlappende domene ha lite og tilby hverandre, mens fullstendig domeneoverlappning vil ha et konfliktpotensial. Funn i studien har vist er det noen ulikheter, blant annet i hva den enkelte leder legger i drift og hvem som har det formelle ansvaret om legemiddelbudsjettet. Ved driftssituasjoner som knapphet på ressurser som sengeplasser, oppstår en interessekonflikt mellom legelederen og sykepleielederen. Her kan domene tolkes dit hen at de er fullstendig overlappende. I disse tilfellene oppstår et konfliktnivå som er hemmende for samarbeidet, ved at forståelsen for den andre seksjonsleders situasjon blir fraværende.

Videre viser presentasjonen av avdelingene og enhetene, at de har ulik størrelse og organisasjonsstruktur. Strukturene i avdelingene og enhetene viser også at domene er overlappende i den store og den lille avdelingen, som er et av premissene for å kunne lykkes med samarbeidet.

Skjøld Johansen (2009) har i sin avhandling påpekt at legeledere og sykepleieledere vektlegger ulike aspekter ved lederrollen. Torjesen (2008) sin studie om de to mest fremtredende profesjonene i helsevesenet, viste at sykepleielederne blir sett på som gode til å organisere daglig drift og personalet. Når enhetlig ledelse ble innført ved norske sykehus i 2002, utløste dette en debatt blant leger og sykepleiere om hvem som er best egnet til å lede de ulike enhetene. Min studie viste at alle seksjonslederne mente, med litt moderasjon, at en leder med en annen profesjonsbakgrunn ikke har kunnet ledet deres enhet. Ingen av seksjonslederne gav uttrykk for at dette skyldtes manglene kunnskaper om administrative ledelseegenskaper, men kunnskap og forståelse for den andres profesjons fag og fagspråk. Sykepleielederne gav også uttrykk for at det var lettere å samarbeide med en seksjonsleder som står oppe i de samme utfordringene som seg selv, i forhold til personalsaker med mer.

Torjesen (2008) hevder at sykepleieledere ikke vinner støtte i de medisinske fagkollektive på samme måte som legeledere gjør. Imidlertid framhever Mintzberg (1993) at makten ligger i det komplekse arbeidet til den profesjonelle, og det kan lett oppstå rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper. Ut i fra dette kan jeg si at profesjonsbakgrunn kan ha noe å si for hvilken enhet du blir seksjonsleder for i en avdeling. I denne studien ønsket ikke legelederne å bli ledet av en med sykepleiebakgrunn, men mener at de kan lede en sykepleieenhet. Legelederne var klar over at sykepleietjenesten hadde spesialisert seg og at den lederjobben innebar en stor administrativ jobb med store personalgrupper. Sykepleielederne mener at legelederne ikke kunnet lede deres enheter, på bakgrunn av at sykepleiefaget er blitt spesialisert, og at legelederne mangler ledelsesutdannelse og at faget/klinikktid tar for stor plass i deres hverdag. Med bakgrunn i dette kan profesjonsbakgrunn ha betydning for et samarbeid, der profesjonsbakgrunn blir sett på som en fremmede faktor for samarbeide med ledere med lik profesjonsbakgrunn.

Ansvarsområde fag/fagutvikling var det område det var lettest å samarbeide om. Særlig sykepleielederne hadde for sine ansatte et behov for undervisning fra legelederne, særlig rundt sykdom og behandling av deres pasientgrupper. Dette for å øke kompetansen i sykepleiergruppene. Legelederne sitter på en kompetanse som kan bidra til utvikling hos sykepleierne. Her er et eksempel på at produksjonsrollen til legelederne er fremmede for samarbeidet med sykepleielederen.

En av samarbeidsgevinstene ved samarbeid om fag/fagutvikling kan ifølge Knudsen (2012), være læringsgevinsten kompetansespredning. Ved kompetansespredning oppstår læring på tvers av enhetene og de ansatte får en høyere faglig kompetanse. Sykepleielederne er avhengig av legelederens fagkompetanse, for å øke den faglige kompetansen til sine ansatte. Dette er også positivt for legelederen, da sengepostenhetenes sykepleiere får en høy kompetanse til å bidra og gjennomføre den behandling han bestemmer skal gjelde for hver enkelt pasient. Samarbeidet om fag/fagutvikling er også et overlappende domene, som er viktig premiss for å lykkes i ett samarbeid. Studien viste at begge avdelingene hadde flere overlappende domener.

### *6.3.2 Ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet*

Tang, Chan, Zhou, & Liaw (2013) litteraturstudie viste at legegruppen hadde lav respekt og en nedlatende holdning til sykepleierne, ved at legene ikke hadde nok innsikt i og forståelse av sykepleierens profesjon. Med bakgrunn i hva Tang (et al., 2013) hevder, kan en slik holdning få konsekvenser for et samarbeid mellom de ulike profesjonene. I følge Knudsen (2012) er det avgjørende for samarbeidet at enhetene og lederne har noenlunde sammenfallende ideologiske og kvalitetsmessige oppfatninger om hverandre. Jacobsen (2012) hevder at et godt og produktivt samarbeid oppnår man først ved å få kjennskap til den enkeltes profesjon og hva den enkelte leder gjør og står for. Ut ifra dette kan jeg si at seksjonsledernes kunnskap og kjennskap til hverandres profesjon og oppgaver, er en viktig faktor som fremmer samarbeid.

De empiriske funnene viste at det ikke var vesentlig forskjell mellom avdelingene om hvilken betydning ett samarbeid mellom de to profesjonene hadde for å oppnå resultater for avdelingen og sine enheter, men på noen områder var det fortsatt tydelig, som ved driftspress og legemiddelbudsjettet.

Funnene tyder på at sykepleielederne yter respekt inn i legegruppene og hos legelederne. De anser sykepleie og ledelse som en viktig profesjon, for at de selv kan gjøre en god jobb. Denne respekten og kjennskapen er en fremmede faktor for samarbeidet.

Den lille avdelingen hadde etablert det daglige morgenmøte (driftsmøte) med både legeledere og sykepleieledere. Dette hadde gitt resultater i at de ble bedre kjent med hverandre og hverandres arbeidsoppgaver. Videre effekter var større respekt mellom seksjonslederne og god kommunikasjon, og det ble hevdet at det gamle rigide skille mellom legene og sykepleierne var borte i avdelingen. Jeg kan her si at den ideologiske kompatibiliteten er tilstede. Sykepleielederne ved den lille avdelingen syntes det var lettest å samarbeide med de med lik profesjonsbakgrunn på grunn av samme ståsted og samme språk. Det tolkes dit hen at de var klar over hvilke mål og kvaliteter lederne og enhetene hadde. Ved at sykepleielederne ligger i geografisk nærhet og at alle seksjonslederne treffes daglig, gir dette stor kjennskap mellom sykepleielederne og enhetene. Sykepleielederne påpekte at legelederen var faglig sterk, og at dette ble vist i mange sammenhenger, som ved behandling av pasienter og i fagutviklingen av ansatte. Legelederen var også bevist over at sykepleiefaget var spesialisert, som var til det beste for pasientene. Med bakgrunn for dette kan man ved den lille avdelingen

si at de hadde samme ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet, som er en av premissene for å lykkes med samarbeidet.

I følge Knudsen (2012) er kjennskap til hverandres profesjon og arbeidsoppgaver en premis for å lykkes i et samarbeid. Ved den store avdelingen hadde de gått for ad hoc løsning for møtevirksomhet mellom seksjonslederne. De syntes at dette fungerte greit for dem. Legeleder A3 hadde «walking management» som sin strategi, som tilsier at han møter opp ved enhetene. Han uttalte også at han hadde god kjennskap til sykepleierne og sykepleierfaget. Sykepleielederne ved den store avdelingen treftes ikke like ofte, som sykepleielederne ved den lille avdelingen. De hadde også god kjennskap til legelederens faglige kompetanse. Premissene for å lykkes i et samarbeid er også her til stedet, men i mindre grad enn ved den lille avdelingen. Bakgrunn for dette er at den store avdelingen hadde mange enheter og seksjonsledere, og ikke kan forvente å oppnå den samme effekten med kjennskap og fellesskapsfølelsen, som ved den lille avdelingen.

### **6.3.3 Mandatkompatibilitet**

Det er ikke alltid det er villighet til å samarbeide. I følge Knudsen (2012) kan det komme et pålegg om samarbeid fra den overordnede ledelsen. Begge avdelingene hadde et formelt møte; ledermøte, der alle lederne ved avdelingen var samlet sammen med avdelingsledelsen (nivået over). Dette møte betegnes som et orienterings og statusmøte om tilstanden i avdelingen. Dette er avdelingsledelsen sin mulighet å få inntrykk av at ting fungerer som det skal, også i forhold til samarbeidet mellom seksjonslederne i avdelingen. I seksjonsledernes fullmaktsstruktur ligger det en klar forventning til samarbeid fra den overordnede ledelsen, og at enheten forvalter ressursene på en korrekt og effektiv måte. På bakgrunn av dette kan jeg også her si at mandatkompatibiliteten er på plass for begge avdelingene, ifølge Knudsen (2012) var den siste premissen for å lykkes i et samarbeid.

### **6.4 Oppsummering teoretisk diskusjon og funn**

Det var to ansvarsområder som pekte seg ut, det jeg har valgt å kalle samarbeidstress, mellom sykepleielederne og legelederne. Det var ved driftspress når det ble knapphet på ressurser i form av for lite sengekapasitet. Her forelå det ikke klare retningslinjer i avdelingene på hvem

som har ansvaret for hva i disse situasjonene. Den andre var økonomiansvaret rundt legemiddelbudsjettet. Her var det formalisert hvem som hadde ansvaret, men sykepleielederen opplevde dette som vanskelig, da de egentlig ikke hadde noe myndighet rundt bestemmelsen av bruken av dette budsjettet. Tolket i lys av Strand (2007) sine begrep inntar legelederne produksjonsrollen, men sykepleielederne inntar integrasjon og administrasjonsrollen i avdelingene. Mine funn tyder på at profesjonsbakgrunn og ulike lederroller kan være en hemmende faktor for samarbeid rundt drift og økonomi, uavhengig av størrelse på avdelingene.

Sykepleielederne ved begge avdelingene prioriterte annerledes seg i mellom ved driftspres og knapphet på personellressurser. De var ikke like villig til å låne ut sengeplasser og personell, dersom de stod i fare for å øke belastningen på eget personale. Sykepleieledernes integrasjonsrolle var i dette tilfelle en hemmende faktor uavhengig av størrelse på avdelingene. Når det ikke var knapphet på personellressurser og driftspres, kom integrasjonsrollens helhetstankegang til syne, og integrasjonsrollen var en fremmede faktor ved samarbeid.

Profesjonsbakgrunn og ulike roller var en fremmede faktor når samarbeidet dreide seg om fag og fagutvikling i avdelingene. Både sykepleielederne og legelederne ved begge avdelinger mente at det var lettest å samarbeide med en med lik profesjonsbakgrunn, med bakgrunn i at de snakker samme språk og deler samme sett med ledelsesutfordringer. Samtidig viste studie at de gamle rigide skillene lege og sykepleieledere ved avdelingene var på vei ut. Mine empiriske funn viste at størrelsen på avdelingen ikke hadde noe å si i denne forbindelse.

Begge avdelingene oppfylte kriteriene domenekompatibilitet og mandatkompatibilitet for å ha forutsetninger for å lykkes i ett samarbeid. Ved domenekompatibiliteten var det områder som var konfliktskapende mellom seksjonslederne, men dette ble stort sett løst ved at seksjonslederne pratet sammen og ved å være løsningsorienterte.

Den lille avdelingen oppfylte kriteriet ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet bedre enn den store, særlig på bakgrunn av det daglige morgenmøte (driftsmøte) mellom alle seksjonslederne. Studien viste for samarbeidet mellom seksjonslederne at det er viktig med formelle møtearenaer, der seksjonslederne kan treffes. Størrelsen på avdelingene var en faktor på hvordan de hadde løst dette. Den lille avdelingen hadde etablert et daglig morgenmøte (driftsmøte) mellom sykepleie og legelederne, som hadde gitt flere positive effekter. Den

store avdelingen hadde ikke etablert et slikt møte, men bar preg av ad hoc løsninger, som fungerte godt for dem. Sykepleielederne ved den lille avdelingen traff hverandre daglig, ved at enhetene lå ved siden av hverandre og de ikke var så mange seksjonsledere med sykepleiebakgrunn. Dette var ikke tilfelle i like stor grad, ved den store avdelingen.

## *Kapittel 7 Konklusjon*

Målet med denne studien har vært å få kunnskap om faktorer og områder som fremmer eller hemmer samarbeidet mellom seksjonsledere på samme nivå i samme avdeling. Analysen bygger på erfaringer og opplevelser seksjonsledere ved et større sykehus i Helse – Vest har på området samarbeidet mellom seksjonslederne i samme avdeling.

Lederrollene og profesjonsbakgrunn viser seg som faktorer som kan være både fremmende og hemmende i samarbeidet mellom seksjonslederne ved begge avdelingene. Den er fremmende ved fag og kompetanseutvikling, og hemmende ved pressede driftsituasjoner og ved legemiddelbudsjettet som sykepleielederne har ansvaret for.

Studie viste at begge avdelingene hadde premissene for å lykkes i et samarbeid på plass, men de var svakere ved den store avdelingen. Størrelsen på avdelingene hadde også betydning for møtestrukturen ved de to avdelingene, og hvor godt den enkelte seksjonsleder kjente de andre seksjonslederne og deres oppgaver i avdelingen. Dette kom fram hos den lille avdelingen. Ellers har ikke studien funnet forskjeller på faktorer og områder som er fremmende eller hemmende for samarbeid mellom seksjonslederne, når det gjelder størrelse på avdelingene.

Avslutningsvis vil jeg presentere aktuelle funn i en oversiktstabell.



<b>Faktorer som fremmer samarbeid</b>	<b>Faktorer som hemmer samarbeid</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faste fellesmøter der begge profesjonene er til stede</li> <li>• Seksjonsledernes evne til å være løsningsorientert og fleksibel</li> <li>• Lik profesjonsbakgrunn</li> <li>• Være kjent med hverandre sine arbeidsoppgaver og fagfelt</li> <li>• Kommunikasjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomi ansvar sammen med legene</li> <li>• Uklart lederansvar ved driftspress</li> <li>• Knapphet på ressurser som sengeplasser og personal</li> </ul>

Tabell 8: Oversikt aktuelle funn

### **Metodiske begrensninger**

Ved en kvalitativ undersøkelse med komparativt design får en fram subjektive opplevelser, og intervjuene har i etterkant vært igjennom en lengre tolkningsprosess. Deltakerne i denne i denne studien har vært seksjonsledere på nivå 3 ved to avdelinger av ulik størrelse ved et større sykehus i Helse – Vest, med profesjonsbakgrunn som lege eller sykepleier. Studien er basert på intervju med 6 seksjonsledere, der det har vært likevekt med antall og hvilken profesjonsbakgrunn de hadde ved de to avdelingene. Denne likevekten har hatt betydning for at sammenligningsgrunnlaget mellom avdelingene har vært til stede. Sammenligningen i studie har jeg gjort systematisk, ved å se på funn avdeling for avdeling, så å gjøre en sammenligning av funn mellom avdelingene. Funnene kan allikevel ha en overføringsverdi til andre avdelinger og seksjonsledere som har lik kontekst. Hvilke erfaringer og opplevelser andre seksjonsledere ved avdelingene har hatt om samarbeid, kan ikke denne studien si noe om, men jeg antar likevel og ikke kan se bort ifra at vurderingene ville vært annerledes i et annet utvalg basert på de samme utvalgskriteriene. Seksjonslederne ble rekruttert av egne ledere. At deres fortellinger kunne fått et annet innhold, dersom de hadde blitt rekruttert uten at lederne deres kjente til at de deltok, kan jeg heller ikke se bort fra.

Min forforståelse om tema har vært en styrke gjennom studie. Jeg har «snakket» det samme språket som seksjonslederne, slik at det har vært klart for meg hva de mente om de ulike temaene, slik at misforståelser og mistolkninger har vært unngått. Min bakgrunn som seksjonsleder kan ha hatt innvirkning på analyseprosessen, men jeg har allikevel prøvd å være bevist min rolle i studie.

På basis av funn vil jeg si at studie har relevans for avdelinger og enheter som er i samme type kontekst som de i denne oppgaven. Funnene har en overføringsverdi med at en kan se på egne interne områder, i forhold til hva som fremmer eller hemmer samarbeid. Man kan gå aktivt inn med å treffe tiltak på områder som i dag er en hemmende faktor for samarbeid i egen avdelingen, for å se om tiltakene gir en effekt på samarbeidet.

På basis av funnet om samarbeidsstress mellom seksjonslederne, det vil si stress som oppstår når driftspresset blir høyt, kan en anbefaling være å lage formaliserte interne rutiner i avdelingene og en klar policy ved sykehusene i sin helhet, for hvordan de skal løse disse utfordringene.

På bakgrunn av funnet om legemiddelbudsjettet til sykepleielederen, kan en anbefaling være at legemiddelbudsjettet bør ligge formelt hos legelederens økonomiske ansvarsområde.

Funnet om det daglige morgenmøte (driftsmøte) og hvilke positive effekter dette hadde gitt den lille avdelingen, kan en anbefaling være at alle avdelinger som er direkte i den operative kjernen ved sykehuset, uavhengig av størrelse, etablerer et daglig driftsmøte for alle sine seksjonsledere, både legeledere og sykepleieledere.

Videre anbefaling kan være at sykehusene setter fokus på samarbeid som et eget tema i lederutviklingsprogrammene sine, samt at hver avdeling også har samarbeid som fokusområde i det daglige, og som en tydeligere del av jobbeskrivelsen.

Seksjonslederrollen i et sykehus er i stadig utvikling, med bakgrunn i flere og endrede oppgaver og ansvar. Aktiviteten er høy og kravene til effektivisering er store. Ut ifra mine funn hadde det vært interessant å finne ut hvor mye tid seksjonslederne bruker på de ulike ansvarsområdene og lederoppgavene. Dette for å se om tidsaspektet kan være en faktor som

påvirker prioriteringene til seksjonslederne, og om dette påvirker samarbeidet mellom seksjonslederne.

## Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The system of Professions. An Essay on the Division of Labour*.  
Chicago: The University of Chicago Press, Chicago.
- Andersen, S.S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*.  
Fagbokforlaget 2 utgave, 1 opplag.
- Axelsson, S.B., Axelsson, R. (2009). Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse.  
I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 104-  
115). Universitetsforlaget A/S.
- Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*.  
Universitetsforlaget.
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo:Tano  
Aschehoug
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk: dilemmaenes tyranni*. Oslo:  
Universitetsforlaget.
- Hood, C. (1991). *A Public Management for All Seasons?* Public Administration 1991.
- Hope, O. (2009). *Essays on Middle Management Responses to Change Initiatives*.  
(Dr. Gradsavhandling, Norges Handelshøyskole i Bergen). Hentet fra  
<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/164350/hope.ole%202010.pdf?sequence=1>
- Jacobsen, D.I. (2012). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. Pål Repstad. (Red.),  
*Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (s. 75-114).  
Oslo: Universitetsforlaget AS, 2.utgave, 2.opplag 2012

- Jacobsen, D.I., & Thorsvik, J. (1997). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kjekshus, L. E., & Bernstrøm, V. (2013). Helseforetakenes interne organisering og ledelse. Hentet fra <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/her o2013-8.pdf>
- Knudsen, H. (2012). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. Pål Repstad. (Red.). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (s. 19-74). Oslo: Universitetsforlaget AS, 2.utgave, 2.opplag 2012
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2.utgave, 2.opplag 2010
- Lov om spesialisthelsetjenesten (1999). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjeneste+loven>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp*. J.W. Cappelens Forlag A/S
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*. Prentice-Hall, Inc.
- Mo, T. O. (2008). Doctors as managers: moving towards general management? *In Journal of Health Organizations and Management*, Vol. 22, No. 4, pp. 400
- Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak (2012). Hentet fra [http://www.helse-sorost.no/aktuelt /nyheter /Documents/Sluttrapport%20Nasjonal%20plattform%20for %20ledelse%20i%20helseforetak\[1\].pdf](http://www.helse-sorost.no/aktuelt /nyheter /Documents/Sluttrapport%20Nasjonal%20plattform%20for %20ledelse%20i%20helseforetak[1].pdf)
- Norsk Sykepleierforbund (2005). Sykepleier med lederansvar: god på fag og ledelse. Hentet fra <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/158922/NSF->

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

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-1997-2/id140689/?docId=NOU199719970002000DDDEPIS&ch=1&q=>

NOU 2004:2. (2004). *Reformer i offentlig sektor og New Public Management*. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/nouer/2004/nou-2004-2/4.html?id=383712>

Repstad, Pål. (2012). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo:Universitetsforlaget AS, 2.utgave, 2.opplag 2012

Schumacher, A. (2012). *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*. Hentet fra

[http://data.helse-midt.no/upload/Topplederprogrammet/Plattform/Rapport\\_Nasjonalplattformforledelse\\_web.pdf](http://data.helse-midt.no/upload/Topplederprogrammet/Plattform/Rapport_Nasjonalplattformforledelse_web.pdf)

Skjöld Johansen, M. (2005, notat 16). *Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesen*. Hentet fra

<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/1328/N16-05%5b1%5d.pdf?sequence=1>

Skjöld Johansen, M. (2008). *Mellom profesjon og reform – en kvalitativ analyse av Nordiske ledelsesidealer og lederpraksis blant leger og sykepleiere i norske somatiske sykehus*. I Organisasjonsstudier. Fagbokforlaget. 10 (1), 37-59.

Skjöld Johansen, M. (2009). *Mellom profesjon og reform: Om fremveksten og implementeringen i norske sykehus*. (Doktorgradsavhandling), Handelshøgskolen BI.

Hentet fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/94326/2009-02-skjold-johansen-del-I.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Skjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren – I et systemisk perspektiv*. Cappelen Damm AS

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

Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T., & Liaw, S.W. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses. *International Nursing Review* 60.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Vigmostad & Bjørke A/S: Fagbokforlaget. 4.utg.

Torjesen, D. O. (2008). Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, Vol. 48, nr. 2. Universitetsforlaget.

Wikstrøm, E., & Dellve, L. (2009). Contemporary leadership in Healthcare organization, *Journal of Health organization and Management*, Vol. 23 Iss.

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

## Bakgrunn og formål

Mitt navn er Geir Atle Myrmoen, og jeg er masterstudent i Organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Jeg skal nå skrive masteroppgave der, formålet er å undersøke hva som fremmer eller hemmer samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå i samme sykehusavdeling. Prosjektet skal gjennomføres ved avdelinger ved et sykehus i Helse-Vest.

## Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg ønsker å gjennomføre intervjuer med åtte seksjonsledere fra to ulike avdelinger ved sykehus i Helse-Vest. Avdelingene skal være av ulik størrelse, ut ifra hvor mange enheter den er bygd opp av. Jeg skal intervju fire seksjonsledere fra hver avdeling, to med legebakgrunn og to med sykepleiebakgrunn. Bakgrunnen for utvalget, er at prosjektet er ett sammenligningsstudiet, der jeg bl.a. skal se på hva størrelse på avdelingen og profesjonsbakgrunn har noe å si for samarbeidet. Spørsmålene i intervjuet rettes mot temaer som bl.a. omhandler samarbeid, profesjonsbakgrunn og størrelse på avdelingen. Intervjuet vil vare ca. 1 time, og det vil bli brukt båndopptaker under intervjuene. Vi vil sammen avtale tid og sted for gjennomføringen av intervjuet. Det vil bli innhentet godkjenning fra din leder om å gjennomføre prosjektet ved din avdeling.

## Hva skjer med informasjonen om deg?

Dersom du ønsker å delta, vil all innhentet informasjon bli oppbevart og behandlet konfidensielt. Datamaterialet fra intervjuene blir oppbevart i sikkert låsbart skap adskilt fra koblingsnøkkel (navn, e-post, telefonnummer). Det er kun undertegnede som har tilgang til datamaterialet. Ingen enkelt personer vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven, da all informasjon vil bli anonymisert. Innhentet data fra intervjuene og koblingsnøkkel vil bli slettet i midten av august 2016, da prosjektet er avsluttet og den ferdige oppgaven er levert og sensurert.



## **Frivillig deltakelse**

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

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Metode og fremgangsmåte er gjennomgått med veileder Olina Kollbotn, ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Kontaktinformasjon er: [olina.kollbotn@hisf.no](mailto:olina.kollbotn@hisf.no) eller tlf. 93641256/57676000

Om det er noe du lurer på kan du ringe meg på tlf. 47294162, eller sende en e-post til [eltarieg@yahoo.no](mailto:eltarieg@yahoo.no)

Dersom du har lyst å delta i ett intervju, er det fint om du skriver under på samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Jeg håper du har mulighet å delta.

Med vennlig hilsen

Geir Atle Myrmoen

## **Samtykke til deltakelse i prosjektet**

Jeg ønsker å delta på intervju og har mottatt informasjon om prosjektet, og er kjent med dens hensikt. Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra prosjektet uten å oppgi grunn. All innhentet data vil bli behandlet og oppbevart konfidensielt, samt anonymisert. Innhentede data vil bli slettet ved prosjektets slutt i midten av juni 2016.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Intervjuguide – «Samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå i samme avdeling»**

Jeg begynner med en kort introduksjon og informasjon om studiet før oppstart av intervjuet. Det vil bli gitt en kort beskrivelse av tema for oppgaven. Videre vil jeg gjenta tidligere gitt informasjon om frivillighet, og om metoder for innhenting og oppbevaring av data som blir produsert i intervjuet.

Størrelse på avdelingen – antall seksjoner: \_\_\_\_\_

### **Innledende spørsmål:**

Hvilken profesjonsbakgrunn har du? Når tok du den utdannelsen?

Har du formell lederutdanning? Hvilken? Når tok du denne utdanningen?

Hvor mange år har du vært leder? Hvilken lederfunksjon?

Hvor lenge har du hatt din nåværende stilling?

Hvor mange har du personalansvar for?

Hvilke ansvarsområder har du?

Hvor mange ledere er på samme nivå som deg ved avdelingen?

I tillegg til å være leder – jobber du også i tillegg ute i klinikken?

Hvordan er fordeling mellom klinikk og lederjobb (oppgi ca. i prosent)

### **1. Samarbeid med andre ledere på samme nivå i egen avdeling:**

- Hva legger du i samarbeid? (gi eksempel) (samarbeid er frivillig og samhandling er pålagt ovenfra) – kommunikasjon, helhetstankegang
- Hva er viktige samarbeidsområder mellom seksjonene? Hvorfor er disse viktige?
- Hva mener du fremmer samarbeid i egen avdeling? (her etterspør jeg om konkrete eksempel på hva som fremmer samarbeid, og hvorfor informanten mener at dette er fremmende)
- Hva mener du hemmer samarbeid i egen avdeling? (her etterspør jeg om konkrete eksempel på hva som hemmer samarbeid, og hvorfor informanten mener at dette er hemmende)
- Hvor mange formelle treffpunkt har dere for samarbeid i avdelingen? Hvilke er det?

- Hvor mange uformelle treffpunkt har dere for samarbeid i avdelingen? Hvilke er det?
- Hvor viktig synes du samarbeid med de andre lederne er for å nå avdelingens målsettinger?
- Hva bidrar du med i ett samarbeid? Kan du komme med noen eksempel?

## 2. Samarbeid, profesjonsbakgrunn og makt

- Hvem er lettest å samarbeide med – de med lik profesjonsbakgrunn eller ulik profesjonsbakgrunn? Hvorfor er det lettere å samarbeide med lik/ulik profesjonsbakgrunn? Kan du komme med eksempler på saker/områder på dette?
- Enhetlig ledelse ble innført i 2001 – som sier at de som er best kvalifisert skal få tilgang på lederstillinger på alle nivåer. Hva tenker du om at profesjonsbakgrunn ikke har noe å si for hvem som kan få lederstillinger, men de som er best kvalifisert for det? Hva mener du er utfordringene knyttet til enhetlig ledelse, for eksempel. At en med sykepleiebakgrunn/legebakgrunn (avhengig hvem jeg spør) som leder for din enhet? Hva er fordelene? Hva er ulempene? Hvilke kvalifikasjoner til lederen er viktigere enn profesjonsbakgrunn?
- (Spørsmålet er forbeholdt legeleder) – har du noen gang brukt din medisinskfaglige kunnskap som «maktmiddel» overfor en sykepleieleder? Hvis ja – kan du komme med eksempler. Hva ble resultatet av denne avgjørelsen? Opplevde du at dette fikk konsekvenser for samarbeidsklimaet?)  
Hvis legeleder svarer nei – kan jeg komme med noen eksempler fra egen erfaring, for å få de til å reflektere rundt problemstillingen.  
(Spørsmålet er forbeholdt sykepleieleder) - har du ved avdelinger opplevd at legelederen har brukt sin medisinskfaglige kunnskap som maktmiddel overfor deg som leder? Hvis ja – kan du komme med eksempler. Hva gjorde det med deg å bli overprøvd? Opplevde du at dette har fått konsekvenser for samarbeidsklimaet? Hvis sykepleieleder svarer nei – kan jeg komme med noen eksempler fra egen erfaring, for å få de til å reflektere rundt problemstillingen.
- Dersom det oppstår en konflikt bakgrunn av ulik profesjonsbakgrunn. Hva bidrar du med for å få løst denne konflikten? Hvilken tilnærming har du til å løse dette (kommunikasjon, arena, holdning?)
- Hva kan avdelingsledelsen bidra med dersom det oppstår samarbeidskonflikter mellom enhetene?

### **3. Samarbeid og gevinster**

- Kan du peke på områder som i dag fungerer i ett godt og produktivt samarbeid? Hvorfor fungerer disse områdene godt?
- Kan du peke på områder som kan bedres for å få til ett godt og produktivt samarbeid? Hvorfor vil disse områdene kunne føre til forbedring?
- Hvilke gevinster av godt samarbeid anser du som viktigere enn andre? Hvorfor akkurat disse gevinstene (kan du utdype dette?)
- Hva er de viktige målsettingene ved din enhet? Hvordan mener du samarbeid kan bidra til å oppnå disse målsettingene på en bedre måte?

### **4. Samarbeid, størrelse på avdelingen og ansvarsområder**

- Hvordan kommuniserer du med de andre lederne? Oppmøte, mail, telefon? Hva bruker du mest, hvorfor?
- Hva er dine viktigste lederoppgaver? Hvorfor legger du mest vekt på disse oppgavene?
- Hvilke personlige egenskaper og ferdigheter mener du er viktig for ledelsesutøvelse? Hvorfor er disse egenskapene og ferdighetene viktig?
- Som leder har du ansvarsområder (personal, fag, økonomi og drift) for egen enhet. Kan du rangere disse i rekkefølge fra viktigst til mindre viktig. Kan du si noe om hvilke ansvarsområder du mener det er lettere å samarbeide om med andre ledere på samme nivå i egen avdeling? Hvorfor er det slik?
- Kan du si noe om hvilke ansvarsområder du mener det er vanskeligere å samarbeide om i et samarbeid mellom andre ledere? Hvorfor er det slik tror du?
- Hvilket ansvarsområdet mener du veier tyngst? Hvorfor?
- Som leder har du mange resultatkrav rettet mot egen enhet. Kan du si noe om hvilke resultatkrav du mener er viktige?
- Hvordan er samarbeidet med andre ledere for å oppnå kravene? (her kan jeg komme med eksempel dersom intervjuobjektet står fast) Samarbeider dere om dette i dag? Hvis ja, kan du beskrive samarbeidet?  
Kan du si noe om hvilke resultatkrav det ikke lar seg gjøre å samarbeide om? Hvorfor er det slik tror du?

**Avslutningsvis:**

- Er det greit jeg tar kontakt dersom jeg trenger svar på noen tilleggsspørsmål?
- Er det ønske om utskrift av transkriberingen til gjennomlesning?
- Ta kontakt dersom det er ønskelig å legge til noe. Takk for intervjuet!



Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren  
E-post: hmy@nsd.uib.no  
Telefon: +47 55 55 25 29  
Telefax: +47 55 55 25 28  
Nettside: [www.nsd.uib.no](http://www.nsd.uib.no)  
Postboks 1047 Blindern  
N-0316 Oslo

Olina Kollbotn  
Institutt for samfunnsvitenskap Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Vie, Postboks 523  
6800 FØRDE

Vår dato: 19.12.2015 Vår ref: 45661 - 47 MR V Dato sendt: 19.12.2015

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.11.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45661	Mellomledelse - samarbeid mellom mellomledere på samme nivå i avdelinger ved sykehus i Helse-Vest
Behandlingsansvarlig	Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Olina Kollbotn
Student	Geir Alle Mymoen

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segedal

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 55 25 29

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

Ansvarlig: Marianne Høgetveit Myhren

NSD - NSD University Data Services, Postboks 1047 Blindern, N-0316 Oslo, Tlf: +47 22 85 52 11, hmy@nsd.uib.no  
NSD - Norwegian Social Science Data Services, 1047 Blindern, Tlf: +47 22 85 52 11, hmy@nsd.uib.no  
NSD - Norwegian Social Science Data Services, 1047 Blindern, Tlf: +47 22 85 52 11, hmy@nsd.uib.no

Geir Arle Myrnesen  
Haukeland universitetssykehus/Ijer,avdelingen  
geir.arle.myrnesen@helse-bergen.no

Deres ref:

Vår ref:  
2018/2531

Saksbehandler:  
Christen Kleppe, IT, 55975550

Bergen,  
09.07.2018

**Forskningsprosjekt: Samarbeid mellom mellomledere på samme nivå i samme avdeling**

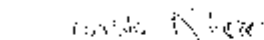
Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger.

Formålet med behandlingen av personopplysninger er å gjennomføre et intervju blant ansatte ved avdelingen om hva som fremmer og hemmer samarbeid mellom mellomledere på samme nivå i samme sykehusavdeling.

Det skal gjøres lydopptak, og det innhentes samtykke fra deltakerne. Personvernombudet registrerer at NSD har tillødet at prosjektet kan gjennomføres. Det forutsettes at det avklares med nivå 2-leder på de respektive avdelingene at intervjuene skal gjennomføres.

Personvernombudet har ikke innvendinger til at prosjektet gjennomføres ved avdelingen, gitt at forutsetningene i vedtak fra NSD oppfylles, blant annet ved at svarene skal anonymiseres ved sletting av arbeidssted eller andre opplysninger som kan identifisere dem som svarer. Det minnes om at ved bruk av lydopptak kan det oppstå en risiko for at det fremkommer opplysninger om tredjeperson, og at dette må søkes unngått gjennom tydelig informasjon til deltakerne.

Med vennlig hilsen



Personvernombud  
Helse Bergen IIF

Kopi til: