

Organisering av sykepleietjenesten

Birgit E. Johansen

BE311E

MBA i Helseledelse

Kart over nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset.



Abstract

The purpose of this study was to see if the nurses in Helgelandssykehuset could be organized more efficient. The research question asked is:

How can the nurses work be better organized in a hospital that is located on different geographical areas? A study in the hospital Helgelandssykehuset.

I have based the theoretical frame on what affects the organization of the nurses. Main elements in the theory chapter is therefore, organizational theory, learning in organizations and theory of management and leadership.

The survey is based on a qualitative method where I have analyzed how the nurses work at Ahus and Helgelandssykehuset. I collected data by interviewing two managers at Ahus and three managers at Helgelandssykehuset. In the interviews I found several factors that you have to consider if you want to succeed in organizing the nurses more flexible. I have gathered these factors in three main themes, which is: organization, leadership and culture. These topics are analyzed with relevant theory and my personal experience.

The result of the discussion has shown that it is possible to take advantage of experiences from other organizations, and I would assume that some of them can be used at Helgelandssykehuset.

Forord

Denne oppgaven er avslutningen på Master of Business Administration (MBA) i Helseledelse ved Handelshøgskolen i Bodø i samarbeid med Helse Nord RHF. Studiet har vært veldig lærerikt. En stor takk til Hibo for flotte forelesninger og mine medstudenter og Anita som har bidratt til hyggelige samlinger med perfekt ramme rundt. Når jeg ser tilbake har disse to årene gått raskt, selv om det til tider har tatt mye tid ved siden av full jobb.

Jeg vil benytte anledningen til å takke alle som har bidratt til gjennomføringen av utdannelsen. Min arbeidsgiver som ga meg mulighet til å delta, familie og kolleger som har vist stor fleksibilitet og forståelse.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til veileder professor Inger Johanne Pettersen for raske, verdifulle tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk gjennom oppgaveskrivingen.

Sandnessjøen 18.01.10

Birgit Johansen

Sammendrag

Formålet med denne oppgaven var å se på om sykepleietjenesten kunne organiseres på en annen måte for å utnytte ressursene mer fleksibelt. Jeg har valgt å jobbe ut fra følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleietjenesten organiseres bedre i et sykehus med geografisk spredning? En studie i Helgelandssykehuset.

For å besvare problemstillingen har jeg valgt teori som kan belyse hva som påvirker organiseringen av sykepleietjenesten. Sentrale elementer i teorikapittelet er derfor organisasjonsteori, læring i organisasjoner, teori om ledelse av kunnskapsorganisasjoner og endringsledelse.

Undersøkelsen bygger på en kvalitativ metode hvor jeg har gått i dybden på organiseringen av sykepleietjenesten ved Ahus og Helgelandssykehuset. Datainnsamlingen er foretatt ved åpne intervju uten fastlagte svaralternativ med to ledere ved Aker universitetssykehus og tre ledere ved Helgelandssykehuset HF. I intervjuene fant jeg flere momenter som er viktig å ta hensyn til dersom man skal lykkes med organisere sykepleietjenesten fleksibelt. Disse funnene er samlet i tre hovedtema, som er organisering, ledelse og kultur. Jeg har videre analysert funnene mot relevant teori og egen erfaring.

Resultatet av drøftingen har vist at man kan lære av å se på hvordan andre foretak har organisert sykepleietjenesten, men at det er behov for å gjøre nærmere undersøkelser over hvilke konsekvenser slike store omorganiseringer har. Jeg vil anta at noen av erfaringene kan benyttes ved Helgelandssykehuset.

Innholdsfortegnelse

Kart over nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset.....	ii
Abstract.....	iii
Forord	iv
Sammendrag	v
Innholdsfortegnelse	vi
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Problemstilling, avgrensning og definisjon av begrep	1
1.4 videre arbeid med oppgaven.....	2
2.0 Teori	3
2.1 Kunnskapsorganisasjoner	3
2.1.1 Sykehus som organisasjoner.....	3
2.1.2 Ledelse av kunnskapsorganisasjoner.....	4
2.2. Organisasjonsstruktur	6
2.2.1 Funksjonsbasert organisering	7
2.2.2 Senterorganisering	8
2.2.3 Matriseorganisering	8
2.3 Organisasjonskultur	9
2.4 Læring i organisasjoner	11
2.5 Endringsledelse.....	12
2.5.1 Selvledelse	13
2.5.2 Ledelse av sosial og emosjonell kompetanse	14
2.5.3 Ledelse av samhandlingskompetanse.....	14
3.0 Metode.....	16
3.1 Valg av forskningsmetode	16
3.2 Datainnsamling	17
3.2.1 Validitet	18
3.2.2 Reliabilitet	18
4.0 Empiri	19
4.1 Etablering av Divisjon for sykepleie ved Aker universitetssykehus.....	19
4.1.2 Standard sengeområde.....	20
4.1.3 Organisering av divisjon for sykepleie.....	22
4.2 Ett år siden oppstart - hvordan fungerer det?	22
4.2.1 HMS/ arbeidsmiljø	23
4.2.2 Pasientsikkerhet – kvalitet.....	23
4.2.3 Økonomi	24
4.2.4 Ledelse.....	24
4.2.5 Oppsummering av intervjuene ved Ahus:	26
4.3 Sykepleietjenesten i Helgelandssykehuset - intervju med informanter.....	27
4.3.1 Organisering	27
4.3.2 Ledelse.....	29
4.3.3 Samarbeid og kultur.....	30
4.3.4 Oppsummering av intervjuene ved Helgelandssykehuset	31
4.4 Hovedfunn:	32
5.0 Analyse/ drøfting	33
5.1. Organisering og endring	33
5.2 Ledelsesperspektivet og endring	36
5.3 Kultur.....	38

6.0 Konklusjon	40
Litteraturliste	41
Vedlegg 1 Intervjuguide – Ahus.....	43
Vedlegg 2 Intervjuguide - Helgelandssykehuset.....	45

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Organisering av sykepleiertjenesten har opp gjennom årene vært og er fortsatt et aktuelt tema i sykehusene. Jeg har fattet særlig interesse for temaet den siste tiden, fordi vi har vært gjennom en omorganisering ved mitt sykehus, som er en del av Helgelandssykehuset HF. Dette har utfordret meg til å se på måten vi organiserer sykepleiertjenesten på. Jeg jobber som avdelingsleder ved kirurgisk sengeavdeling. Våren 2009 ble det besluttet at medisinsk og kirurgisk avdeling ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal slås sammen til en felles sengepost. Det forventes nå at personalet skal jobbe fleksibelt på hele avdelingen. Denne avgjørelsen førte til mye diskusjoner mellom fagmiljøene og den øverste ledelsen. Fagmiljøene var skeptiske til hvordan dette kan organiseres for å kunne ivareta spisskompetansen samtidig som vi skal vedlikeholde den generelle kompetansen.

Som leder med sykepleiefaglig bakgrunn er jeg opptatt av å finne en måte å organisere sykepleiertjenesten fleksibelt uten at det går på bekostning av kvaliteten.

Min erfaring er at dersom man skal lykkes med slike organisatoriske endringer må de forankres i fagmiljøet og organiseres på en måte som oppleves trygt for arbeidstakerne.

Høsten 2009 var jeg på studietur til Oslo sammen med masterkullet hvor vi blant annet fikk presentert hvordan de har organisert sykepleiertjenesten ved Aker universitetssykehus. De har organisert en Divisjon for sykepleie. Dette synes jeg var en interessant modell som jeg ønsker å se nærmere på for å dra nytte av en del erfaringer de har gjort og se på om modellen kan tilpasses Helgelandssykehuset.

1.2 Problemstilling, avgrensning og definisjon av begrep

Med utgangspunkt i organiseringsmodellen fra Ahus ønsker jeg å undersøke behovet for, og muligheten til, å tilpasse modellen til sykepleiertjenesten i Helgelandssykehuset. Jeg avgrensner oppgaven til å se på fleksibel bruk av sykepleierressursene.

På bakgrunn av dette er min problemstilling som følger:

Hvordan kan sykepleietjenesten organiseres bedre i et sykehus med geografisk spredning? En studie i Helgelandssykehuset.

Jeg har følgende begrep i problemstillingen, som jeg definerer slik:

Sykepleietjenesten

Med sykepleietjenesten mener jeg sykepleiere og hjelpepleiere ved sengeavdelingene og lederne for disse.

Samordning

Å samordne er å koordinere og organisere som helhet (www.thefreedictionary.com).

I denne oppgaven vil jeg se på samordning av sykepleietjenesten i Helgelandssykehuset.

Med samordning mener jeg en felles leder for sykepleietjenesten

Organisere

Å organisere er å ordne eller innrette.

I denne oppgaven vil jeg se på organiseringen av sykehus, med spesielt fokus på sykepleietjenesten.

Sykehus med geografisk spredning

Etter helseforetaksreformen i 2002 ble lokalsykehusene på Helgeland fusjonert sammen til ett foretak, Helgelandssykehuset HF. Selv om de er ett foretak, er de tre enhetene geografisk spredt til Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen og har funksjonsfordelte oppgaver. I benevnelsen Helgelandssykehuset mener jeg alle de tre enhetene.

1.4 videre arbeid med oppgaven

Jeg har valgt å fremstille oppgaven på følgende måte. Kapittel 2.0 omhandler den aktuelle teorien jeg har valgt for å belyse min problemstilling. Kapittel 3.0 presenterer forskningsmetode, design, validitet og reliabilitet. I kapittel 4.0 presenterer jeg de empiriske funnene fra intervju på Ahus og Helgelandssykehuset. I kapittel 5.0 drøfter jeg hovedfunnene fra empirien mot teori og egen erfaring, og i kapittel 6 gir jeg noen konkluderende oppsummeringer.

2.0 Teori

2.1 Kunnskapsorganisasjoner

2.1.1 Sykehus som organisasjoner

Sykehusene med deres avdelinger, klinikker og faggrupper ses ofte på som en typisk kunnskapsorganisasjon. Det finnes knapt noen organisasjon av en viss størrelse med mer kompetente medarbeidere enn sykehusene (Grund, 2006). *”Hovedkjennetegnet ved en kunnskapsorganisasjon er at kunnskap og arbeidskraft er den kritiske suksessfaktoren, og leveransene skjer gjennom komplekse, gjerne unike, tjenester og produkter”* (Drucker, 1992/ Grund, sykehusledelse og helsepolitikk, s.143).

Grund (2006) betegner fagfolkenes kunnskaper som organisasjonenes viktigste kapital. Kunnskapsarbeiderens kompetanse er en forvaltningskapital som virksomheten disponerer, men ikke eier. Et kjennetegn ved personer som hører til en profesjon er at de gjerne identifiserer seg mer med sin profesjon enn med den organisasjonen de er ansatt i. Den mest typiske profesjonen er legeyrket, men også sykepleierne tilfredsstillende i stor grad disse kravene. Disse to yrkesgruppene dominerer sykehusene og har ofte større lojalitet til sine fag enn til organisasjonen som helhet (Grund, 2006).

Historisk sett har legene oppnådd den mest favoriserte posisjon av alle profesjoner (Marstein, 2003/Grund, 2006). Den enkelte behandlende lege har stor betydning for hva sykehusene faktisk gjør (Marstein, 2003/Grund, 2006). Bare leger, om noen, klarer egentlig å kontrollere legenes faglige virksomhet (Berg, 1987/ Grund, 2006). Sykepleierne har blitt mer bevisst om sitt eget fag og oppnådde autorisasjon i 1948. Tradisjonelt sett har sykepleierne vært legens underordnede, men myndighetsområdene er under stadige forhandlinger (Skjøld Johansen, 2005/ Grund, 2006).

Sykehusene blir ofte betegnet som fagbyråkratiske organisasjoner. Grund (2006) sier at det som kjennetegner fagbyråkratiene er at beslutningene tas etter faglige vurderinger med fokus på standardiserte ferdigheter. Fagbyråkratiene er ofte funksjons- eller markedsorientert. Fordelene ved fagbyråkratiet er at arbeidet er faglig forsvarlig, ansvaret

desentraliseres og saksbehandlingen er rask. Ulempene er fare for forskjellsbehandling, noe som kan gi konflikt mellom faggruppene og hindre utnyttelse av realkompetanse (Grund, 2006).

Mintzberg sier at det som kjennetegner et profesjonelt byråkrati er sterke og parallelle autoritetshierarkier, hvor spesialistkompetansen befinner seg i produksjonslinjen nærmest pasientene. Han beskriver sykehusene som en omvendt pyramide som styres av helsepersonellet som jobber nært pasientene og ledes ovenfra med strategiske beslutninger (Pettersen et al, 2008)

2.1.2 Ledelse av kunnskapsorganisasjoner

Thorsvik definerer ledelse slik: *”ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd. Når ledelse skjer innenfor rammen av en organisasjon, er hensikten med ledelse vanligvis å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål, å motivere dem til å yte mer og få dem til å trives i arbeidet* (Thorsvik 2008, Artikkelsamling, kompendium).

Å være leder i en kunnskapsbedrift kan være en stor utfordring fordi den enkelte ansatt innehar mye kunnskap om sitt fagområde. Fagfolkenes kunnskap er organisasjonens viktigste ressurs. I boken ”Sykehusledelse og helsepolitikk” av Jan Grund sier han: *”ressursene forsvinner ut av døren hver dag når medarbeiderne går hjem. Min viktigste oppgave som leder blir å sørge for at de har lyst å komme tilbake igjen i morgen”* (Grund 2006:143). Tidligere var det fagpersoner som var ledere i kunnskapsbedriftene. Etter innføring av enhetlig ledelse, er det ikke et krav at den øverste leder i bedriften skal inneha kompetanse innen faget han leder. Det er viktig at ledere med ikke- faglig bakgrunn i kunnskapsbedrifter lytter til fagfolkene og er ydmyke overfor den fagkunnskapen de innehar.

Johannessen og Olaisen (2007) sier at det er to styrings- filosofier som er gjeldende i sykehusene; den foretaksfaglige som har fokus på økonomi og marked og den helsefaglige som har fokus på helse og kvalitet. Den foretaksfaglige styringslogikken har i stor grad vært markedsorientert siden 1980- årene, og New Public Management (NPM) – tenkemåten har vært rådende. Det som kjennetegner denne tenkemåten i sykehus er at

pasientene betraktes som kunder. Det er fokus på konkurranse både internt i sykehusene, og mellom sykehusene med blant annet fritt sykehusvalg. Den innsatsstyrte finansieringen, som gir inntekt ut i fra aktivitet, stiller høyere krav til effektivitet og produktivitet (Johannessen og Olaisen, 2007).

Den medisinskfaglige logikken preges av et nedenfra – opp perspektiv. Det har i lang tid vært mye uformelle ledere blant fagfolk med autoritet som ikke har tilknytning til linjeledelsen. De ulike profesjonene føler seg først og fremst forpliktet til sitt fag, sine pasienter og fagkolleger. Legene har den reelle kompetansen til å ta de medisinske valgene og er opptatt av å følge den medisinske utviklingen ved å ta i bruk nye behandlingsmetoder uavhengig av budsjett og prioriteringer (Grund, 2006). Spenningen mellom den foretaksfaglige styringen og fagmiljøet gjør sykehusene vanskelige å lede. utfordringen er å finne en balansegang mellom disse to styringsfilosofiene.

Sykehusene er komplekse organisasjoner, og kompleksiteten kommer til uttrykk både i krevende oppgaver, bruk av avansert teknologi og vanskeligheten med å designe arbeidsrutiner og ledelsesprinsipper for profesjonelle yrkesgrupper (Borum, 1999/ Grund, 2006). Det kreves kunnskap om både klinisk virksomhet, ledelse og administrasjon dersom en skal kunne administrere pasientflyten gjennom dagens komplekse sykehusdrift (Pettersen et al, 2008). Identitet og selvfølelse er knyttet til jobb og karriere, og faglig integritet og stolthet gjør at profesjonelle yrkesgrupper har vanskeligheter med å akseptere kritikk og motta ordre ovenfra (Grund, 2006). Fagfolkene tar de avgjørelsene og bestemmelsene de mener er riktig selv om det enkelte ganger ikke er i tråd med foretakets strategi, noe som kan skape en del uformelle ledere.

Det er viktig å ha gode ledergrupper. Grund (2006) hevder at skal man få til gode ledergrupper må spesielt toppleren ha gode evner til å kommunisere. ”*Kommunikasjon er overføring av informasjon, ideer, holdninger og følelser fra en person eller gruppe til en annen*” (Thorsvik, forelesning 29.- 31. 10. 08)

2.2. Organisasjonsstruktur

En organisasjon består av mennesker som samhandler. Det som skiller organisasjoner fra andre sosiale grupper, er at de er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål. (Thorsvik, forelesning 2008). Sykehusene er en organisasjon som har et bestemt mål om å tilby helsetjenester til innbyggerne.

”Formell organisasjonsstruktur” fastsetter grensene mot omverdenen og definerer arbeidsdelingen mellom enheter og mennesker i organisasjonen (Thorsvik, forelesning 2008). Arbeidsdelingen i alle organisasjoner kan diskuteres på to ulike nivåer; individnivå og gruppenivå. Helt konkret dreier dette seg om hvilke og hvor mange arbeidsoppgaver som legges til en stilling eller til en gruppe av stillinger. Å finne et system av roller og relasjoner mellom ulike elementer er en vedvarende utfordring for alle virksomheter. Enhver strukturering er velegnet for noen formål og uhensiktsmessig for andre.

Et sentralt aspekt ved alle organisasjoner er å forstå maktforholdene. Makten kan være både formell og knyttet til den posisjon og stilling en har i det formelle autoritetshierarkiet, og den uformelle makt som utøves i alle organisasjoner, spesielt av grupper som utfører ”kritiske oppgaver” (Jacobsen, 2004). I sykehusene har særlig legene hatt mye makt, ”overlegens ord var en lov”. Selv om organiseringen og lederstrukturene har endret seg, har legene fortsatt mye uformell makt ved at de er premissleverandører for aktiviteten.

Behandling av pasienter på sykehus krever innsats fra flere ulike avdelinger som mottakelse, røntgen, laboratoriet, intensiv og sengeposter. På grunn av arbeidsdeling og oppgaveavhengighet kan koordineringsbehovet være stort. Dette kalles et integrasjonsproblem, og danner grunnlag for to nye problem; flaskehalsproblemet og ansvarsproblemet. *Flaskehalsproblemet* er ofte knyttet til service- funksjoner som operasjon -, intensiv - og røntgen- avdelinger og oppstår når det er kapasitetsskranker i kjeden av arbeidsoppgaver som har innbyrdes sammenheng. For eksempel strykninger i operasjonsprogrammet. Utfordringen ved å ivareta et helhetlig ansvar når pasientbehandlingen involverer mange forskjellige personer og funksjoner kalles ofte *ansvarsproblemet* (Pettersen et al, 2008).

Sykehusene er organisert ulikt, noe som kan ha betydning for hvordan pasientene opplever samarbeidet mellom de ulike avdelingene de skal innom (Pettersen et al, 2008).

Spesialisthelsetjenestelovens § 3- 9, Ledelse i Sykehus (1999) slår fast at ”sykehus skal organiseres slik at de er en ansvarlig leder på alle nivåer”. Loven angir ikke noen bestemt modell for hvordan sykehusene skal organiseres, utover kravene om en ansvarlig leder og faglig forsvarlighet. Dette har ført til at sykepleietjenesten ved norske sykehus er organisert etter ulike modeller (Sykepleien 16, 2009). Jeg vil videre komme inn på de tre vanligste modellene for organisering av sykehus.

2.2.1 Funksjonsbasert organisering

Den vanligste måten å organisere sykehusene i Norge har vært bygd på *funksjonsbasert inndeling* hvor like og likeartede oppgaver samles. Dette innebærer at medisinske og kirurgiske avdelinger med sengeposter, operasjon og poliklinikker danner en akse, medisinske service avdelinger som anestesi, intensiv og laboratorier i en annen, og ikke - medisinske avdelinger som kjøkken, medisinsk teknisk og drift er en tredje akse (Pettersen et al, 2008).

En funksjonell struktur legger til rette for spesialisering i dybden. Fordelen er at det utvikles svært høy kompetanse innenfor det enkelte fagområdet, noe som er positivt for pasientene som har spesifikke plager innenfor dette fagområdet. (Sykepleien 16, 2009). Det gir også en økonomisk gevinst innenfor de funksjonelle enhetene, fordi de faste kostnadene kan fordeles på et større antall produserte enheter (Thorsvik, forelesning 2008).

Organisering etter funksjonell struktur er sterkt knyttet til medisinske fagmiljøer og har lite fokus på kommunikasjon og samhandling utover egen enhet, noe som gir ulemper for pasienter med sammensatte og kroniske lidelser (Sykepleien 16, 2009). Strukturen gjør at organisasjonen reagerer sent på endringer i omgivelsene, fordi tilbakemeldinger fra brukerne ikke når de som har avgjørelsesmyndighet. Det utvikles lett subkulturer fordi man er isolert fra andre og ser bare sitt og sine. Det skaper en ”dette er ikke mitt bord”- holdning, som igjen kan føre til at vi blir så opptatt av våre delmål at vi glemmer organisasjonens hovedmål (Thorsvik, forelesning 2008).

2.2.2 Senterorganisering

En annen organisasjonsform er *senterorganiseringen*. Ved en slik organisering samles funksjoner innenfor større fagområder, såkalt organbasert organisering, for eksempel kan hjertesykdommer med både indremedisinsk og kirurgisk behandling samles i et hjertesenter (Pettersen et al, 2008). Fordelen er at funksjonene er samlet i samme enhet og det forenkler samordningen og fremmer koordinering på tvers av funksjoner. Dette gir en helhetlig tenkning rundt pasientenes behov. Organisasjonen reagerer raskt på endringer i omgivelsene fordi avgjørelsene blir tatt nært pasientene. Organisasjonsformen reduserer muligheten for spesialisering i dybden og kan føre til dårlig koordinering på tvers av produksjonslinjene (Thorsvik, forelesning 2008). I tillegg kan beredskapskostnadene øke ved at det vil bli behov for beredskap på flere senter (Pettersen et al, 2008).

2.2.3 Matriseorganisering

Ved å følge pasientstrømmene og de tjenestene som følger pasienten i sykehusene, kan man beskrive sykehusene som en *matriseorganisasjon*. Kjennetegnet på en matriseorganisasjon er at en har en flat horisontal struktur og at en har kryssende vertikale og horisontale kommandolinjer. Fragmenterte arbeidsoppgaver slås sammen, og en har fokus på resultat fremfor aktivitet (Pettersen et al, 2008). Sykehus som er organisert etter matriseprinsippet legger stor vekt på tverrfaglige samarbeidsrelasjoner mellom enheter og profesjonsgrupper i hele organisasjonen (Sykepleien 16, 2009).

Det er ikke bare matrisestrukturen som kjennetegner en matriseorganisasjon, også prosesser, kultur og de ansattes atferd er med på å danne grunnlaget. Matrisestrukturen omfatter dual ledelsesstruktur. Matrisekulturen er uformell, den bærer preg av balanse i relasjoner og lojalitet til organisasjonen fremfor den enkeltes enhet. De ansatte i en matriseorganisasjon må forstå helheten og kunne jobbe på tvers av grenser.

Fordelene ved en matrisestruktur er at det fremmer koordinering som er nødvendig for å møte tosidig krav fra brukere eller omgivelser. Det gir stor fleksibilitet i utnyttelse av menneskelige ressurser på tvers av produktlinjer og gir mulighet for spesialisering i dybden, både omkring funksjoner og produkter. Ulempene kan være at en dual

ledelsesstruktur lett skaper krysspress og lojalitetsproblemer, forvirring og frustrasjon. En nøkkelfaktor for å lykkes med en matrisestruktur er god kommunikasjon. Det stilles store krav til ansattes evne og vilje til å samarbeide, og krever evne til konflikthåndtering da det lett oppstår konflikter. Organiseringen gjør at det er krevende å opprettholde maktbalanse, og kan ikke fungere dersom deltakerne ikke tenker helhetlig og kollegialt omkring samarbeid (Thorsvik, forelesning 2008).

2.3 Organisasjonskultur

I følge Jan Thorsvik er ikke en organisasjon verdinøytral. Enhver måte å organisere på vil fremme noen verdier og hemme andre verdier. Organisasjonsstruktur og organisasjonskultur er nøyaktig samme fenomen- det avhenger av hvordan vi ser det for oss og mener det skal være. Skal strukturen virke inn på de ansattes oppførsel, må det jobbes med hvordan medarbeiderne oppfatter hvordan de skal organiseres. Dette kan gjøres ved å endre kulturen. Endringene må kommuniseres slik at alle ansatte forstår organiseringen, intensjonen med endringene og de nye forventningene (Thorsvik, forelesning 2008).

Organisasjonskulturen har altså innvirkning på måten organisasjonen fungerer. Den sier noe om hvordan vi gjør det her hos oss. Det finnes en rekke definisjoner på organisasjonskultur. Jeg har valgt å se nærmere på definisjonen til Edgar Schein (1994:7) som sier at: *”organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antagelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene”*

Schein (1994) skiller mellom tre ulike elementer og nivåer av kulturen og samspillet mellom dem.

Nivå 1 består av artifakter og produkter, nivå 2 består av verdier og normer og nivå 3 er grunnleggende, underliggende antakelser. **Artifakter** er måten kulturen kommer til uttrykk på gjennom synlige symboler, rutiner, historier, språk, sjargong, humor osv. Det kan ofte være vanskelig for utenforstående å tyde artifaktene, siden man ikke kjenner betydningen

av dem. **Verdier** utgjør våre grunnleggende prinsipper og generelle overbevisninger som igjen gir opphav til spesielle væremåter og måter å handle på. Etter hvert som verdiene blir tatt for gitt, går de over til å bli oppfatninger og antakelser som folk ikke er bevisst på, slik som vaner blir automatiske og ubevisste. Det er dette Schein kaller **grunnleggende antakelser**, og han mener at dersom en grunnleggende antakelse er sterk nok i en gruppe, vil det være vanskelig for medlemmene å tenke seg atferd som er bygd på andre premisser (Schein, 1994).

Ut i fra et organisasjonskulturperspektiv kan man si at både struktur og holdninger er kulturens artifakter. Dersom man forsøker å endre på artifaktene uten å gå inn på de underliggende antakelsene vil man ikke oppnå en vellykket endring. Organisasjonen vender tilbake til å jobbe slik de gjorde før (Schein, 1994). Dette er viktig å ta hensyn til under omstillingsprosesser.

Schein (1984) hevder videre at kultur kan utvikles i hvilken som helst gruppe, både store organisasjoner, mindre grupper, avdelinger eller yrkesgrupper, dersom følgende betingelser er til stede: *a) gruppen må ha vært lenge nok sammen til å ha opplevd og delt betydningsfulle problemer, b) den må ha hatt muligheter til å løse disse problemene og observere effekten av løsningene, og c) gruppen må ha tatt inn nye medlemmer, slik at man har overført måtene å løse gruppens problemer på til andre – man har da sosialisert de nye medlemmene inn i gruppens måte å fungere på*” (Bang, 1994:31).

Innad i organisasjonskulturen, kan det danne seg mindre grupper. Disse undergruppene kalles ofte ”subkulturer” som Van Maanen og Barley (1985:38) definerer slik: *”en undergruppe av organisasjonens medlemmer som samhandler jevnlig med hverandre, som identifiserer seg selv som en distinkt gruppe i organisasjonen, som deler et sett av problemer som de fleste i gruppen er enige om er problematiske, og som rutinemessig handler på grunnlag av gruppens unike kollektive virkelighetsoppfatning*” (Bang, 1994).

I en organisasjon vil de ulike subkulturene stå i relasjon til hverandre på ulike måter. De kan virke støttende på hverandre, være i konflikt slik at de virker hemmende på hverandre, eller de kan være uavhengige slik at de ikke påvirker hverandre. Dersom to gruppers virkelighetsoppfatning, verdier og normer står i motsetning til hverandre slik at det hindrer

gruppens evne til å nå sine mål, kalles det en konflikt mellom ulike subkulturer. Det kan blant annet oppstå subkulturkonflikter mellom enheter i en organisasjon som er spredt geografisk, fordi disse er preget av lokale forhold og påvirkes av verdier og normer som ofte varierer fra plass til plass. Ett annet eksempel på en subkulturkonflikt er konflikt mellom organisasjonskulturer i organisasjoner som er fusjonert (Bang, 1994).

2.4 Læring i organisasjoner

Johannessen og Olaisen (2007) definerer organisatorisk læring slik:

”en virksomhets evne til å foreta endringer for å oppnå etablerte mål, ved hjelp av interne og eksterne informasjons- og kommunikasjonssystemer”.

Denne definisjonen kobler organisatorisk læring til effektiviteten i organisasjonen. Læring og endring er begreper som er nært relatert. Dersom vi skal si at det har vært læring i en virksomhet, må det komme til uttrykk i endringsprosesser i virksomheten. Dersom virksomheten skal holde en stø kurs mot sine mål, er det nødvendig med endring underveis. I et sykehus er det for eksempel nødvendig at alle enhetene er villig til å endre sine aktiviteter og måter å jobbe på, ut i fra hva som gir den beste pasientbehandlingen (Johannessen og Olaisen, 2007). Det nytter ikke at for eksempel en sengepost jobber mer effektivt for å få pasientene klar til ulike undersøkelser de skal på, dersom avdelingen som skal utføre undersøkelsen ikke kan ta imot pasientene når de er klargjort.

Johannessen og Olaisen (2007) skiller mellom tre typer læring; enkeltkretslæring, dobbelkretslæring og deuterolæring.

Enkeltkretslæring defineres som læring av rigide responser. Dette er den enkleste form for læring og kjennetegnes ved at dersom en liknende hendelse oppstår igjen, vil en handle på samme måte. Et eksempel kan være at en sykepleier lærer seg et bestemt knep for å gjennomføre en oppgave, hver gang hun skal gjennomføre denne oppgaven, gjør hun det bestemte knepet hun har lært seg (Johannessen og Olaisen, 2007).

Dobbelkretslæring kjennetegnes ved at man handler ulikt i forskjellige kontekster, man tar konteksten i betraktning og tolker den før man tar et valg av handlingsalternativ. Slik vil samme stimuli gi ulike svar, ut i fra personen som tolker konteksten (Johannessen og Olaisen, 2007).

Deuterolæring kan beskrives som ”øyeblikkelig” kontekstforståelse. Det er ikke en feil som skal rettes opp, men måter å få arbeidsprosessene til å fungere bedre for helheten. Det går på at man har innsikt i arbeidsprosesser og endrer de til det bedre for organisasjonen (Johannessen og Olaisen, 2007).

2.5 Endringsledelse

I følge Grund (2006) er det å lede endringsprosesser en av de viktigste og vanskeligste lederoppgavene. Det er vanlig at både enkeltpersoner og organisasjoner reagerer med motstand mot endringer. Yukl (2004) sier at dette skyldes ikke bare uvitenhet og mangel på fleksibilitet, men en naturlig reaksjon for å beskytte sine egne interesser og innflytelse. Mellomlederne er viktige for å få til endringer i praksis. De kan både forsinke og fremme en endringsprosess med sin posisjon. De kan både gi toppledelsen motstand dersom forslaget ikke er godt forankret hos de ansatte, og bidra til å få medarbeiderne til å forstå at en endring er nødvendig (Grund, 2006).

En av de viktigste forutsetningene for å få i stand endringer er å ta fagpersoner på alvor og anerkjenne deres kompetanse, samt engasjement for faget. Det er nær sagt umulig å få i gang gode endringsprosesser hvis de ikke er forankret i fagmiljøene. Faglig tyngde/troverdighet blir sett på som en forutsetning for alle beslutningene som innebærer endringer som påvirker kunnskapsbedrifter (Berg, forelesning 2009).

Bjørn Olsen (Forelesning 2009) sier at kompetanse består av kunnskap, som kan være både taus og eksplisitt, fysiske, mentale, sosiale og emosjonelle ferdigheter og holdninger – hva man tenker, sier og gjør. Ved å opprettholde kompetanse og søke nye utfordringer, vil det føles komfortabelt uten at det blir kjedelig, man føler at man har kontroll.

Johannessen og Olsen (2008) beskriver den positive mestringssonen som en optimal balansegang mellom utfordringer og kompetanse. Dersom man har for få utfordringer og man innehar liten kompetanse vil det bli kjedelig, og man blir sløv av å være i denne tilstanden over lengre tid. Dersom utfordringene øker, uten at man øker kompetansen innen området, vil det skape bekymring og etter hvert angst. Da er man i det som kalles faresonen. Det er viktig ikke å være i faresonen over lengre tid, fordi stresset kan bli for

stort og gjøre deg syk. Dersom kunnskapen øker, men utfordringene er for små, vil det føre til at man blir for avslappet.

I følge boka til Johannessen og Olsen (2008) vil det å bruke positivt lederskap i arbeidet vårt trolig bidra til at vi lettere kan takle endringsprosesser, turbulens og høy kompleksitet. Vi kan trygt si at de fleste, om ikke alle, som jobber på sykehus på en eller annen måte må forholde seg til kontinuerlige endringer. Det stilles forventninger til oss som ledere om at vi skal gjennomføre endringer for å effektivisere driften.

Hensikten med positivt lederskap er i følge Johannessen og Olsen (2008) - å mobilisere kompetansen, kreativiteten og energien de ansatte innehar, som igjen kan bidra til å skape konkurransemessige fordeler for virksomheten. Det er fire hovedelementer knyttet til positivt lederskap: **selvledelse, ledelse av sosial og emosjonell kompetanse, ledelse av samhandlingskompetanse og kreativitet** (Johannessen og Olsen, 2008). Disse hovedelementene påvirker hverandre gjensidig.

2.5.1 Selvledelse

Selvledelse defineres som metoder, ferdigheter og strategier som individet kan benytte for å styre egne aktiviteter i retning av egne målsetninger. Målet med selvledelse er å frigjøre energien, kompetansen og kreativiteten som virksomheter i dag utnytter for dårlig. Dette fører til økt verdiskaping for kunder, ansatte og eiere (Johannessen og Olsen, 2008).

Selvledelse innebærer å sette mål og motivere seg selv gjennom å lede tankene, handlingene og troen på egen mestring. Dette er med på å styrke individets tro på seg selv. Vi må kunne lede oss selv, før vi kan lede andre (Johannessen og Olsen, 2008).

Dersom mellomledere hadde større fokus på selvledelse kunne det ført til at arbeidssituasjonen kunne vært lettere å håndtere. Dette er svært viktig med tanke på hvor mange på en avdeling som må forholde seg til sin nærmeste leder, og hvor mange ledere som involveres i endringsprosesser.

Økende grad av kompleksitet, og turbulens, gjør det viktig med raske og fleksible beslutninger. Det gjør at alle virksomheter stadig dras i retning av en sterkere selvorganisering. I et slikt bilde er det viktig at de ansatte i økende grad kan lede seg selv.

Gjennom fokus på selvledelse vil virksomheter oppleve sterkere jobbtilfredsstillelse og sterkere engasjement.

2.5.2 Ledelse av sosial og emosjonell kompetanse

Sosial og emosjonell kompetanse er knyttet til evnen å forstå og til å ta kontroll over egne og andres emosjoner, både når man skal lede andre og seg selv (Johannessen og Olsen, 2008).

Emosjonell kompetanse innebærer: Selvbevissthet, Selvledelse, Sosial bevissthet og relasjonsledelse (emosjonell kompetanse www.vendepunktet.no).

Den emosjonelle intelligens beskriver vår evne, kapasitet eller ferdighet knyttet til å oppfatte, vurdere og håndtere egne og andres emosjoner (Johannessen og Olsen 2008). Lederes prestasjoner står og faller i stor grad på deres sosiale kompetanse, deres emosjonelle kompetanse, samt deres evne til å håndtere konflikter. Våre emosjoner påvirker vår tenkning, og vår tenkning påvirker våre emosjoner, som igjen påvirker våre handlinger (Johannessen og Olsen, 2008).

2.5.3 Ledelse av samhandlingskompetanse.

Med økende grad av kompleksitet, økt oppmerksomhet på kreativitet, innovasjon og kontinuerlige endringer, kreves det at ledernes samhandlingskompetanse får økt betydning. Kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføring er grunnleggende sosiale mekanismer knyttet til vår samhandlingskompetanse.(Johannessen og Olsen, 2008)

I overgangen til et globalisert kunnskapssamfunn ser vi store endringer i måten vi kommuniserer på. Ny teknologi, nye organisasjonsformer, økende endringstakt, samt nye måter å lede og organisere på er viktige drivkrefter i denne endringen. Sammenslåinger og større enheter fører til at vi må vite mer om hvordan andre organisasjonskulturer kommuniserer, slik at vårt budskap blir forstått (Johannessen og Olsen, 2008).

I Johannessen og Olsen (2008: 155) heter det at: ”*Kommunikasjon innebærer at personer sender et budskap gjennom gitte kanaler, og er ment å ha en viss påvirkning hos*

mottakeren ". Kommunikasjon er en forutsetning for at endringsprosesser kan oppleves som vellykkede.

I samhandlingskompetanse får påvirkningsferdigheter økt betydning. Det er derfor svært viktig med strategier for effektive møter og strategier for å kommunisere et budskap, om vi ønsker å oppnå målene ved kommunikasjonen vår. Selve budskapet i kommunikasjonen er gjenstand for visse informasjonsprosesser som har en eller annen betydning for eventuell beslutningstaker.

Samhandlingskompetanse utvikles fordi vi mennesker kontinuerlig forsøker å tilpasse oss den omverden vi enhver tid er en del av (Johannessen og Olsen, 2008).

Noe av det som kjennetegner samhandlingskompetanse er at: det å lytte er viktigere enn å snakke. Å være i stand til å se sin egen kompetanse og egen begrensning. Å vite hva de andre kan og hva som er deres rolle og funksjon. Ta i mot kontinuerlig tilbakemelding på hvordan jeg virker i samspillet med andre (RIT-2000 www.helsebygg.no).

3.0 Metode

3.1 Valg av forskningsmetode

Jeg er interessert i å kartlegge hvordan ledere ved Ahus og Helgelandssykehuset opplever organiseringen av sykepleiertjenesten. Det er et samfunnsvitenskapelig studieemne som tar utgangspunkt i den virkeligheten avdelingssykepleierne opplever. Virkeligheten er kompleks og observasjonene vil bli påvirket av forskerens ståsted basert på blant annet kunnskaper og erfaringer. Når denne virkeligheten skal framstilles på en forskningsmessig måte, er det ikke selve virkeligheten som gjengis, men de dataene som ble registrert av forskeren i form av notater eller lydopptak (Johannessen et al, 2008). Dette betyr at selv om jeg prøver å gi et objektivt bilde av virkeligheten, vil dataene jeg finner bli påvirket både av hvordan informantene opplever virkeligheten og hvordan jeg tolker opplysningene de gir meg.

Metode er en måte å gå fram på for å innhente data om den såkalte virkeligheten, som i forskning kalles empiri. Vi skiller ofte mellom kvalitativ og kvantitativ metode (Jacobsen, 2002). For å besvare mitt forskningsspørsmål, egner det seg best å benytte kvalitativ metode fordi jeg ønsker å gå i dybden på organiseringen av sykepleiertjenesten. Dette er en åpen metode med lite struktur og føringer som brukes når vi er interessert i å få en nærmere avklaring på hva som ligger i et begrep eller fenomen (Jacobsen, 2002). Jeg har valgt å innhente data ved hjelp av en intervjuguide med åpne spørsmål.

Forskningsdesign sier noe om undersøkelsesopplegget vi har valgt for å besvare problemstillingen, *hva* og *hvem* som skal undersøkes og *hvordan* undersøkelsen skal gjennomføres. Forskeren må ta stilling til om studien skal gå i bredden (ekstensiv) eller dybden (intensiv) og om studien er beskrivende (deskriptiv) eller forklarende (kausal) (Jacobsen, 2002). Intensivt design går i dybden for å få fram så mange nyanser og detaljer som mulig i selve fenomenet eller for å få en så helhetlig forståelse som mulig av forholdet mellom undersøkelsesenheten og den konteksten undersøkelsesenheten inngår i (Jacobsen, 2002).

Jeg har valgt å bruke deskriptivt forskningsdesign. Jeg beskriver måten Ahus har organisert sykepleietjenesten, og hvordan Helgelandssykehuset er organisert. Undersøkelsen er intensiv, jeg har få informanter som jeg intervjuer grundig.

3.2 Datainnsamling

Datagrunnlaget for denne undersøkelsen er basert på intervju med informanter ved Ahus og Helgelandssykehuset, styrepapirer fra Ahus med beskrivelse av Divisjon for sykepleie og egen erfaring som avdelingsleder.

Utgangspunktet for intervjuene med informantene fra Ahus var å få et innblikk i hvordan organiseringen fungerer, og undersøke om noen av deres erfaringer kan benyttes i Helgelandssykehuset. På grunn av avstand og tidsbegrensning ble intervjuene med informantene på Ahus gjennomført over telefon med høyttaler med en overordnet intervjuguide som utgangspunkt (vedlegg 1). I Helgelandssykehuset ble spørreundersøkelsen foretatt på informantenes arbeidsplass med en overordnet intervjuguide som utgangspunkt (vedlegg 2). Spørsmålene var åpne uten fastlagte svaralternativ og ble dokumentert gjennom lydopptak og etterfølgende transkripsjon.

Informantene fra Ahus ga pålitelige og troverdige svar, men det er ikke mulig å danne seg et nyansert bilde fordi det var bare to ledere. Begge hadde vært med og jobbet for å organisere sykepleietjenesten i Divisjon for sykepleie, og påpekte at deres svar kunne bli noe subjektiv siden de var delaktige fra starten av.

Jeg vil også benytte noe av den erfaringen jeg har opparbeidet meg som avdelingsleder gjennom flere år.

I tillegg har jeg benyttet styrepapirer fra Ahus og papirene fra organisasjons- og utviklingsprosjektgruppa ved Ahus.

3.2.1 Validitet

Empirien vil være valid dersom den er gyldig og relevant. Med gyldighet og relevans menes det at vi faktisk måler det vi ønsker å måle, at det oppfattes som relevant og at resultatet hos noen få, kan gjelde for flere. Generell gyldighet kan deles opp i intern og ekstern gyldighet. Intern gyldighet og relevans går på om vi måler det vi tror vi måler (begrepsvaliditet), mens ekstern gyldighet og relevans går på om funn fra et avgrenset område kan generaliseres og være gyldige i andre sammenhenger (overførbarhet) (Jacobsen, 2002).

For å få en høy validitet i studien må altså de opplysningene som er samlet inn brukes til å forklare problemstillingen i oppgaven. Ved å tilbakeføre resultatene til informantene, øker troverdigheten (Johannessen et al, 2008). Jeg gjorde lydopptak og transkriberte intervjuene, noe som øker validiteten på opplysningene i min undersøkelse.

Etttersom jeg har gjennomført et begrenset antall intervju ved Ahus og Helgelandssykehuset, har jeg kun fått et innblikk i en avgrenset del av virkeligheten, og kan ikke generalisere funnene.

3.2.2 Reliabilitet

Reliabiliteten sier noe om empirien er pålitelig og troverdig, og at undersøkelsen er til å stole på. Undersøkelsen må gjennomføres på riktig måte for å oppnå resultater som måler det man ønsker, og man kan stole på (Jacobsen, 2002).

Min rolle som avdelingsleder for en avdeling under omstilling vil påvirke hva jeg vektlegger i empiri og analyse. Samtidig har min kjennskap til system og praksis i sykehus vært viktig for å kunne gi en troverdig tolkning av resultatene.

4.0 Empiri

I dette kapittelet gjør jeg rede for hvordan Ahus har organisert sykepleietjenesten i en Divisjon for sykepleie, og jeg fletter inn erfaringene de har gjort basert på mine intervju med to av lederne der. Videre beskriver jeg måten sykepleietjenesten er organisert i Helgelandssykehuset. Dette er basert på egne erfaringer i tillegg til intervju med tre ledere ved ulike avdelinger i foretaket.

Informasjonen om Ahus bygger på dokumenter som ble lagt fram for styringsgruppen OU 16.05.07 fra arbeidsgruppen Prosjekt standard sengeområder, som arbeidet videre med mandatet detaljering av Divisjonsmodellen, styresak nr 38/07 fra 08.06.07 om Etablering av Divisjon for sykepleie, studiebesøk med informasjon fra daværende direktør Erik K. Normann og intervju med 2 sentrale ledere i prosjekt standard sengeområde og Divisjon for sykepleie. Informasjonen fra Helgelandssykehuset bygger på egen erfaring som leder ved en sengepost og intervju med 3 avdelingsledere i foretaket.

4.1 Etablering av Divisjon for sykepleie ved Aker universitetssykehus.

Som et ledd i forberedelsen av nytt sykehus ble det startet opp flere organisasjonsutviklingsprosjekter (OU) i 2005. Prosjektene skulle se på hvordan driften best kunne organiseres for å få en god og effektiv pasientbehandling, samtidig skulle de se på arbeidsflyten og hvordan den måtte tilpasses det nye bygget for at det skulle være et godt sted å jobbe for alle ansatte (Detaljering av Divisjonsmodellen, prosjekt standard sengeområde 16.05.07).

I referat fra møte om standard sengeområde den 16.05.07 står det at det var flere årsaker til at ledelsen ved sykehuset ønsket å forbedre driften; bemanningsløsningene var rigide og spisskompetanse gikk på bekostning av fleksibilitet i personalgruppen. Aktivitetsanalyser viste at en avdeling kunne ha pasienter på korridor, mens det var ledige senger i tilstøtende avdelinger, noe som førte til ujevn arbeidsbelastning på personalet. Sykepleietjenesten i foretaket ble ansett som god, og det ble drevet fagutvikling og kompetansebygging i den

enkelte avdeling. Men det var lite som var satt i system. Personalansvar på tvers av profesjonene ble opplevd som vanskelig, og arbeidstilsynets ”god vakt”- kampanje viste stort kontrollspenn og delegering av lederoppgaver som førte til usikkerhet. I tillegg slet foretaket med økonomisk underskudd (styringsgruppen OU, detaljering av Divisjonsmodellen prosjekt: standard sengeområde, 16.05.07).

4.1.2 Standard sengeområde.

Prosjekt standard sengeområde var et av organisasjonsutviklingsprosjektene som ble startet. Det ble etablert for å utrede og anbefale modeller og løsninger for de nye sengeområdene og pågikk fra november 2005 til januar 2007. Prosjektgruppen og nøkkelpersoner på sykehuset var på studieturer til USA og England for å se på og hente inspirasjon fra velfungerende pasientlogistikk-senter og modeller for sykehusorganisering.

Begrepet standard sengeområde erstatter begrepet sengepost og kommer av at sengeområdene har lik fysisk utforming. Det legges til rette for samarbeid mellom to sengeområder som ligger ved siden av hverandre, blant annet med felles kjøkken og servicepersonell. Ved å utforme sengeområdene likt, standardiseres arbeidsområdene og personalet kan lettere jobbe ved flere sengeområder. Prosjektgruppen mener dette vil skape felles systemer og kultur, og en mer fornøyd og engasjert sykepleietjeneste (styringsgruppen OU, detaljering av Divisjonsmodellen prosjekt: standard sengeområde, 16.05.07).

I styresak 38/07 som ble fremmet av direktør Erik K. Normann 09.06.07, står det at prosjektet utarbeidet et forslag til modell for bemanning og kompetanse som baserer seg på at alle ansatte har hovedtilhørighet til et *primærområde*, dvs. ett sengeområde. Modellen innebærer videre at alle ansatte inngår i en fleksibel arbeidsdeling i inntil 20 %. I praksis betyr dette at ansatte vil arbeide 80 % av tiden ved det sengeområde hvor vedkommende har sin hovedtilhørighet og inntil 20 % på samarbeidende sengeområder (styresak 38/07). Prosjektgruppen påpeker at dersom denne bemanningsløsningen skal gjennomføres, er det viktig at de ansatte har sin leder på det sengeområdet de er 80 % av arbeidstiden. Dette gir et tydeligere personalansvar (Styringsgruppen OU, detaljering av Divisjonsmodellen prosjekt: standard sengeområde, 16.05.07).

For å sikre kompetanseoppbygging, både spiss- og breddekompetanse innenfor de ulike samarbeidsområder, mener prosjektgruppen at det bør etableres en kompetansetrapp (trinnvis kompetanseoppbygging fra fagområde til fagområde) og individuelle kompetanseplaner. De foreslår også å starte opp en enhet for pasientlogistikk for å løse problemer knyttet til korridorsengeproblematikken. En slik enhet vil til enhver tid ha den totale oversikten over belegg og ledige senger og vil ha hovedansvar for å sikre god pasientflyt og optimal kapasitetsutnyttelse av senger ved å fordele pasientene til det sengeområde som er definert som pasientens primærområde. Dersom det ikke er ledig kapasitet, fordeles pasientene til definerte samarbeidende sengeområder. Prosjektgruppen mener dette vil bidra til å fordele arbeidsbelastningen mellom sengeområdene og reduserer korridorbelegget (Detaljing av Divisjonsmodellen, prosjekt standard sengeområde 16.05.07).

I styresak 38/07 beskriver prosjektgruppen at de gjennom prosjektets arbeid oppdaget nødvendigheten av å se bemanning og kompetanse i ett, slik at sengekapasiteten kan utnyttes optimalt. Sengen i seg selv har liten verdi uten tilstrekkelig bemanning og kompetanse rundt den. Prinsipper for sengeorganisering, fleksibel bemanning, og kompetansebygging i sykepleietjenesten henger derfor nøye sammen. Prosjektgruppen foreslår å etablere en Divisjon for sykepleie, organisert med matrisestruktur. De mener det vil gi faglige muligheter, ved at en kan ha en overordnet faglig strategi, systematisk kompetanseutvikling og forskning (styresak 38/07).

De driftsmessige mulighetene beskrives nærmere av prosjektgruppen i dokumentet om detaljing av Divisjonsmodellen, der de sier at en lettere kan gjøre driftsendringer på kort og lang sikt, en får bedre ressursutnyttelse av personell og senger, i tillegg til at det vil bli lettere å styre ressursene i henhold til behov. Organiseringen vil gi en tydeligere lederstruktur og klare rapporteringslinjer både innen sykepleietjenesten og legetjenesten for både fag og drift, felles systematisering og kvalitetssikring av alle sengeområder og poliklinikker, det vil gi et likeverdig og gjenkjennbart tilbud til pasientene (Detaljing av Divisjonsmodellen, prosjekt standard sengeområde 16.05.07).

4.1.3 Organisering av divisjon for sykepleie

I første fase er det ansatte i sykepleietjenesten ved sengepostene, poliklinikkene og dialysen innen daværende Kirurgisk divisjon og Medisinsk divisjon, samt sykepleietjenesten i Avdeling for akuttmedisin og Hjersteovervåkningen som vil inngå i divisjonen (styresak 38/07).

Legene organiseres i egne avdelinger basert på hoved- og gren - spesialiteter, med utgangspunkt i dagens divisjons-/avdelingsstruktur. Organiseringen medfører ingen endring i dagens ansvarsforhold knyttet til pasientene. Legene vil fortsatt ha det fulle og hele behandlingsansvaret for pasienten. Dette innebærer at legenes rolle knyttet til faglig vurdering, diagnostikk og behandling er uendret (styresak 38/07).

Enhet for pasientlogistikk vil inngå som en del av Divisjon for sykepleie. Enheten vil ha hovedansvar for å sikre god pasientflyt og optimal kapasitetsutnyttelse av senger. Denne enheten vil til enhver tid ha den totale oversikten over ledige senger/ikke ledige senger. Enheten for pasientlogistikk vil fordele pasientene i henhold til prosedyrer/rutinebeskrivelser. Det etableres en "bemanningspool" som modell for dekning av ledige vakter. Bemanningspoolen, Enhet for bemanning, vil inngå som en del av Divisjon for sykepleie og inkluderer dagens ekstravaktkontor og rekruttering til sykepleietjenesten i Divisjonen (styresak 38/07).

4.2 Ett år siden oppstart - hvordan fungerer det?

Begge informantene påpeker at ett år er for kort tid til å se de store effektene av organiseringen. I tillegg viser de til at det har vært flere endringer på samme tid og at mange kanskje har vanskelig for å skille hva som skyldes flytting til nytt sykehus, og de utfordringene det medførte av endring på både organisasjonsmessige og fysiske forhold, ny teknologi og nytt utstyr, og hva som skyldes ny organisering av sykepleietjenesten.

4.2.1 HMS/ arbeidsmiljø

På spørsmål om hva personalet er minst fornøyd med, mener informant 1 at det kan være vanskelig for den enkelte sykepleier i divisjonen å se at de er med på en langsiktig plan i forhold til fagutvikling.

”forventninger om fokus på fag og prioritering av fag som selvfølgelig ligger der, og som vi har brukt et år på å tegne et kart på, og som vi har startet arbeidet på, men det er på et veldig overordnet nivå enda. Grunnfjellet er tegnet, men så opplever ikke den enkelte i hverdagen at dette er til nytte. Det er et forventningsgap mellom det at man trodde at nå blir det totalt endringer på prioriteringer på fag og så opplever en at det ikke er hverdagen (informant 1).

Informant 2 opplever at de er minst fornøyd med de kontrollmekanismene som slår inn dersom en ikke gjør det en skal. De føler at de blir kontrollert.

Begge informantene opplever at de fleste sykepleierne, og spesielt lederne i divisjon for sykepleie, er fornøyd med organiseringen og blir mer og mer tydelig på at de ønsker denne organisasjonsmodellen. Informant 1 mener de er mest fornøyd med de mulighetene som ligger i å lede eget fag, mens informant 2 har inntrykk av at de er mest fornøyd med å ha en sykepleier som nærmeste leder i alle ledd. Hun begrunner det med at *”det er viktig at det er en sykepleier som forstår faget og forstår prioriteringene”*.

Den planlagte tenkningen ved å ha de ansatte 80 % på ett sengetun og 20 % på et annet sengetun er ikke kommet i gang enda. Informant 1 opplyser at de har ansatt mange nye sykepleiere og at de i første omgang har prioritert å gi opplæring i den enheten de er ansatt i. *...”for at vi skal kunne ha den fleksibiliteten på tvers av enhetene, må vi også ha kompetanseutvikling, og det jobber vi med nå”*. Likevel opplever begge informantene mer fleksibilitet i bemanningen ved at bemanningspoolen og enkelte ansatte og vikarer går på tvers av enhetene til de sengeområdene der det er størst behov.

De som jobber på poliklinikkene jobber helger på sengeområdene. Informant 2 har ikke truffet en eneste sykepleier som synes dette er ok. *”De opplever det som utrygt i hverdagen å skulle være i helgene på et annet sted enn der de faktisk hører hjemme. Samtidig er det økonomisk riktig, så det må vi gjøre en avveining på”* sier informant 2.

4.2.2 Pasientsikkerhet – kvalitet

Det er gjort mye positivt i forhold til fagutvikling siden oppstart av divisjon for sykepleie. Informant 1 forteller at det er utviklet faglig visjon, fag – og forskningsstrategi og at det er

startet et langsiktig arbeid på kompetanseutvikling med mastergrads - løp innenfor sykepleie. Informant 2 sier at selv om de har hatt en utrolig vanskelig økonomisk situasjon, er hun overbevist om at dersom de hadde vært organisert annerledes, hadde de ikke fått til det de hadde gjort i dag.

Intensjonen er at pasientene skal legges der det er ledige senger etter primær og sekundærområde. Legene har det fulle og hele behandlingsansvaret, og i det følger det også at det er de som bestemmer hvor pasientene skal ligge.

”Vi ser at det fungerer noe, men ofte fungerer det ikke fordi legene helst vil ha pasientene på sitt område slik at de slipper å gå på mange ulike steder” (Informant 2).

Begge informantene mener at pasientfordelingen mellom sengeområdene oppleves jevnere, fordi man hjelper hverandre på tvers, i forhold til det å ta ansvar for hverandres pasienter.

4.2.3 Økonomi

Informantene mener at selv om de fortsatt driver med underskudd, ligger de mye bedre an enn tidligere.

”Jeg er ganske sikker på at hadde vi ikke hatt Divisjon for sykepleie med de verktøyene og den systematiske jobbingen i forhold til økonomi, hadde vi ligget mye dårligere an økonomisk enn tidligere. Jeg er helt overbevist om det, fordi jeg vet hvordan vi har jobbet tidligere, og det var mye tilfeldig – vi hadde litt mer fri flyt på de ulike tingene” (informant 2).

4.2.4 Ledelse

Begge informantene har inntrykk av at forholdet sykepleier/ lege i samarbeidet rundt pasienten er uforandret med den nye organiseringen, men de opplever flere utfordringer på det overordnede nivå. Informant 1 viser til et eksempel vedrørende drift. Dersom det skal planlegges høy aktivitet innen et område for en periode, må det samhandles om dette. *”Det nytter ikke å kalle inn flere pasienter dersom vi i Divisjon for sykepleie hverken har senger eller bemanning til å ta oss av disse pasientene” (Informant 1).*

En del av de nærmeste samarbeidspartnerne til Informant 2 er leger. Hun får tilbakemelding fra legene om at samarbeidet fungerer veldig bra, men at de er grunnleggende uenig i måten å organisere på fordi de har mistet råderett over ressursene, og i ressursene leser hun sykepleiertjenesten.

På spørsmål om samordning har medført nye utfordringer for lederne, sier informant 1 at lederansvaret er blitt tydeligere med den nye organiseringen. Hun sier det slik:

”tidligere når de nåværende avdelingssjefene var assisterende avdelingssjefer i gammel organisering, så var de ikke med på de møtene hvor beslutningene ble tatt, der var det avdelingssjefene som deltok. Etter møtene fikk assisterende avdelingssjef informasjon om at nå skal vi gjøre sånn og sånn, og så fikk de delegert en del oppgaver uten at de hadde vært med i diskusjonen på hvordan det bør løses. Hva er problemstillingene? Hvilken tilnærming skal vi ha til det? Det som er endringen er at de nå er med i diskusjonene, de får ikke delegert en oppgave som noen andre har funnet ut at dette kan være lurt å gjøre. De får nå være med, det stilles krav til at de har en mening, og at de bidrar inn i utviklingen av tjeneste. Det blir et mye mer strategisk lederansvar” (Informant 1).

Informantene er samstemte om at avdelingssykepleierne har mye større påvirkningsmulighet enn før. Begge informantene påpeker at det å være førstelinjeleder er en av de mest krevende lederrollene en kan ha, fordi de står så nær problemstillingene.

”det er mye enklere på mitt nivå, jeg kan sitte og tenke modeller og strategier på et overordnet nivå” (Informant 1).

Informant 2 sier at lederstrukturen er mer oversiktlig, alle vet hvem som er deres nærmeste leder og hvem de skal spørre når en beslutning skal fattes.

På spørsmål om samarbeid med ledere i andre enheter forteller informant 1 at de viktigste samarbeidspartnere for divisjon for sykepleie er lederne i medisinsk og kirurgisk divisjon, som er leger. Tidligere var sykepleierne underlagt disse lederne, men nå er de likeverdige partnere som ledere på samme nivå. *”Dette har medført behov for en kulturendring som for enkelte har vært en utfordring å tilpasse seg”*. Samtidig er mange av disse legelederne tydelige på at de ikke ønsker å få tilbake personalansvaret for sykepleierne, men de er opptatt av at ting skal fungere. *”De aller, aller fleste er opptatt av at ting skal fungere, mens et fåtall er prinsipielt imot organiseringen. De får en aldri gjort noe med” (informant 1).*

Informant 2 påpeker at det er nødvendig med god møtestruktur for å få ting til å gå opp. Hun jobber som avdelingssjef og må ha møter med avdelingssjefene for hvert fagområde, i tillegg må seksjonssykepleierne ha en god dialog med disse, det blir mange møter og det er nødvendig å jobbe med hvor beslutninger skal tas.

4.2.5 Oppsummering av intervjuene ved Ahus:

Lederne jeg intervjuer er fornøyd med organiseringen og opplever at det er lettere å benytte sykepleietjenesten mer fleksibelt. Lederlinjen er mer oversiktlig og de er fornøyde med å ha sykepleiere i lederlinja helt opp til direktør. De mener dette styrker sykepleierfaget og påvirkningskraften i organisasjonen. Samtidig sier de at det er for tidlig å si hvordan dette vil fungere etter bare ett år siden oppstart. De fleste sykepleierne på avdelingsnivå har nok ikke merket de store forskjellene, fordi de har brukt mye tid på rekruttering og å legge strategier for hvordan fagutviklingen skal foregå.

Respondentene sier at de har ikke kommet i gang med fordeling av personalet 80/ 20 på grunn av rekruttering av nye sykepleiere og strategisk planlegging av kompetanseutvikling. Ledelsen er opptatt av at personalet skal være godt opplært for å føle seg trygge når de skal veksle mellom flere sengeområder. Samtidig opplever respondentene at personalet er mer fleksibelt. De har en vikarpool med ansatte som jobber på flere sengeområder, i tillegg til enkelte andre sykepleiere som jobber på flere enheter. Informantene sier at dette fungerer når sykepleierne er godt opplært, er trygge i jobben og når de har et ønske om å jobbe ved flere enheter.

Intensjonen om at pasientene legges der det er ledig kapasitet fungerer ikke optimalt fordi man er avhengig av at legene plasserer pasientene der det er ledig kapasitet.

Enkelte leger er motstandere av organiseringen, og de sier de har mistet kontroll over sykepleierressursene. Drift må planlegges godt og samkjøres. Det nytter ikke å kalle inn pasienter dersom sykepleiertjenesten ikke har ressurser til å ta seg av dem.

Det er ikke bare internt i organisasjonen legene har uttrykt sin misnøye. Flere legeledere trakk seg fra sine stillinger og gikk ut offentlig med at de ikke ønsket å sitte som ledere under Erik K. Normann på grunn av hans lederstil. 10 av 18 ledere som hadde sluttet i perioden 2005 til 2009 uttrykte dette. Styret startet gransking av saken, som i skrivende stund ikke er avsluttet enda. 10. september 2009 trakk Erik K. Normann seg fra direktørstillingen med den begrunnelsen at det var det beste for sykehuset (<http://www.tv2nyhetene.no>).

Odd Grenager som er tillitsvalgt for legene, sier til Aftenposten (september 2009) at de fleste legene er fornøyd med at Normann går av. Han mener at konfliktens kjerne ikke er Normanns lederstil, men den nye organiseringen av sykehuset som har ført til at sykepleierne har fått flere fullmakter. Legene sitter fortsatt med det medisinske ansvaret, men har blitt fratatt råderett over nødvendige ressurser og har gitt beskjed underveis om at det ikke fungerte. Samtidig har Normann stått veldig fast på modellen (<http://www.ukeavisenledelse.no>).

Janne Sonerud, Direktør i divisjon for sykepleie, sier i et innlegg til Sykepleien at dette lenge har vært en skjult sak. I følge henne har det aldri handlet om Normanns lederstil, men om maktstrukturen på sykehuset. Hun synes det er bra dette er synliggjort, slik at man kan diskutere den egentlige saken (<http://www.sykepleien.no>).

4.3 Sykepleietjenesten i Helgelandssykehuset - intervju med informanter

Jeg har intervjuet tre avdelingsledere i Helgelandssykehuset. To av informantene er ledere ved sengeposter og en informant er leder for en spesialavdeling. Selv om avdelingene har ulike oppgaver og er organisert ulikt, er det flere ting som er sammenlignbart. Spørsmålene er formulert i intervjuguide som følger vedlagt.

4.3.1 Organisering

Helseforetaksreformen i 2002 medførte at de 3 sykehusene på Helgeland; Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen, ble fusjonert til ett foretak. Enhetene ligger geografisk spredt og fungerer som lokalsykehus for kommunene de sokner til. Sykehusenhetene har en del funksjonsfordelte oppgaver. Mosjøen har ikke akuttkirurgisk beredskap. Pasientene fra dette distriktet stabiliseres i Mosjøen og sendes videre til Mo i Rana for ortopediske inngrep, og til Sandnessjøen for bløtdelskirurgi. Enkelte av de administrative oppgavene er også fordelt. På Mo i Rana er økonomi, lønn og regnskap, i Mosjøen er personalavdelingen plassert og Sandnessjøen har ansvaret for AMK, nødmeldetjenesten og ambulansen.

Jeg mener at denne organiseringen er med på å gjøre sykehuset sterkere som lokalsykehus. Det er også mer lønnsomt, fordi befolkningsgrunnlaget øker og en får noen

stordriftsfordeler. Samtidig opplever jeg at det er mange lokale krefter som ikke ønsker å sende fra seg pasientene til de andre enhetene, fordi de ønsker å behandle pasientene lokalt slik som tidligere. Dette kan føre til at belastningen på de ulike enhetene blir skjevfordelt, og at sykepleiebemanningen ikke samsvarer med aktiviteten, noe som igjen fører til behov for å leie inn ekstra.

Informantene opplever arbeidsbelastningen ved avdelingene sine ulikt. Informant 1 opplever ikke at arbeidsbelastningen innad i avdelingen er jevnt fordelt. De er organisert med gruppesykepleie, som medfører større arbeidsbelastning på den sykepleieren som har gruppeansvar. Informant 2 har inntrykk av at hennes avdeling er en travel avdeling, men at arbeidsbelastningen innad i avdelingen er noenlunde jevnt fordelt. Informant 3 er leder for flere enheter som personalet veksler mellom. Hun mener det bidrar til at arbeidsbelastningen blir jevnt fordelt.

To av informantene hadde erfaring med å la personalet veksle mellom flere avdelinger. De forteller at personalet ofte viste stor motstand i starten, men at de fleste håndterte det greit etter hvert. Deres erfaring er at forutsigbar organisering og opplæring er en forutsetning for at en slik ordning skal fungere. I tillegg påpeker informant 2 at det er nødvendig å ta individuelle tilpasninger. *”Dersom man presser personalet til å jobbe på avdelinger de ikke kan tenke seg å jobbe, skaper en heller turnover enn å lage stabilitet”.*

De tre informantene opplever at bruk av midler og tid til kompetanseheving blir nedprioritert fordi de økonomiske kravene er så høye. Avdelingene har dannet egne faggrupper som har ansvar for å holde seg oppdatert på sine områder, men informantene savner en person som har hovedansvaret for å koordinere internundervisningen, slik at man kan samkjøre undervisningen for flere avdelinger. Informant 3 sier det slik at:

”jeg tror vi sitter på hver vår avdeling og holder på med mye av det samme, så at det trengs å samordnes - ja, det gjør det”.

Korridorbelegg var ikke et aktuelt problem for noen av informantene. Informant 1 mener at dersom en har fokus på fag, følger det med positive konsekvenser av det.

”dess mer fokus man har på fag og jo mer du tenker sykepleiefaglig, dess fortere får du gjort tingene du skal gjøre, og pasientene kan skrives ut raskere”.

Alle informantene har behov for innleie av ekstravakter. Informant 1 bruker mindre enn før fordi de har fått opprettet en vikarpool som er ”på topp” og går inn dersom det er fravær av ulike årsaker. I avdelingen til Informant 2 er grunnbemanningen redusert, noe som har økt behovet for innleie. Informant 3 jobber ved en spesialavdeling. Dette gjør at det er vanskelig å få tak i kvalifisert personell, slik at det blir mye overtid på eget personale eller innleie av spesialsykepleiere fra vikarbyrå.

4.3.2 Ledelse

Informant 1 og 2 tror at en samordning av sykepleietjenestene kunne gitt mer fleksibilitet i bemanningen.

”har man ledelse med samme bakgrunn som vet hva vi har å tilby, hva som er våre utfordringer og våre oppgaver, kan det være lettere. Det jeg har opplevd gjennom de årene jeg har jobbet her, er at jeg ikke alltid føler at de som bestemmer vet hva de snakker om, eller hva jeg holder på med- det går både på fag og den daglige driften” (informant 1)

Informant 1 tror at en samordning og en ledelse som har sykepleiefaglig bakgrunn vil bidra til større fokus på faget, som igjen vil føre til dyktigere fagfolk og bedre avdelinger.

Ingen av informantene har problemer med å rekruttere sykepleiere og synes derfor det er vanskelig å se for seg om samordning av sykepleietjenesten ville påvirket rekrutteringen. Informant 1 tror at en felles ledelse som har sykepleiefaglig bakgrunn kan være gunstig dersom man ønsker at personalet skal jobbe flere plasser. Da har man noen som har oversikt over hvor behovet er størst, og det blir lettere å fordele personalet.

Informant 1 tror at samordning kunne ført til mindre behov for innleie av ekstravakter.

”da kunne ledelsen se sammenhengene mellom avdelingene og en kunne flekset mer mellom avdelingene. Det handler om å forstå at det er forskjell på pasienter. Snakker du med noen som ikke har faglig bakgrunn, forstår man fort at de ikke forstår at pasientene er veldig ulike. Enkelte pasienter krever mer, nytter ikke å se på hvor mange pasienter som har blitt behandlet denne perioden og ta utgangspunkt i det for å finne ut hvor mye personale en burde være på jobb”.

Informantene enes om at det er viktig å ha de ansatte og lederne som har kjennskap til avdelingene med på råd dersom det skal gjøres endringer.

”det handler om å forstå hva vi faktisk driver på med. Jeg skjønner at det kan være vanskelig for noen som sitter lenger opp i systemet å forstå det, men da er det viktig å ta de som har kjennskap til avdelingene med på råd og ikke skjære igjennom noe som en har virkelig tro på hvis man får tilbakemelding om at dette ikke er gjennomførbart. Viktig å snakke med de som jobber på avdelingene i det daglige” (informant 1)

Informantene har alle opplevd å bli lite involvert og lite hørt i saker som har betydning for driften ved deres avdeling. De har konkrete eksempler fra situasjoner der de har anbefalt en løsning på bakgrunn av tidligere erfaringer, men at det ikke ble tatt hensyn til. I ettertid så man at det var den beste løsningen likevel. Dette førte til merarbeid for avdelingslederne, som ofte må rydde opp og gjøre de endringer som må til.

”Opplever at vi får et vedtak på papiret om at nå skal vi trø i gang med ting, og begynner du å si fra litt, får du beskjed om at dette er avgjort – sånn er det bare og da må man bare sette i gang med det. Jeg skulle ønske vi ble tatt mer med på råd. Sykepleietjenesten er på grasrota og ser hva som trengs, mens de som tar disse avgjørelsene ikke har den kunnskapen som trengs til å starte opp med ting. Derfor blir det mange ganger sånn at vi må ordne opp og rydde opp i ettertid i stedet for at vi kunne gjort det i forkant”.

(Informant 3)

Informant 2 har fått ny leder som er lydhør og involverer de i det meste. Ledelsen har jevnlig møter seg i mellom og med tillitsvalgte og vernetjenesten i tillegg til at det arrangeres allmøter for de øvrige ansatte. Dette oppleves som svært positivt i organisasjonen, og har ført til at endringsprosesser enklere har latt seg gjennomføre.

Informantene forteller at de bruker mye tid på avdelingene til innleie av ekstravakter og turnusskriving. Alle svarer at dette er oppgaver som kan tas ut av avdelingen, og gjøres av noen andre enn avdelingsleder/ assisterende avdelingsleder.

”det burde vært ansatt en person i heltid som kunne laget alle turnusene i sykehuset evt. for hele foretaket. Hadde man hatt en person som er god på turnus, kunne man spart mange timers jobbing” (informant 2)

Informant 1 mener at dersom det var de samme personene som laget turnuser til de ulike avdelingene ville man fått de samme forutsetningene.

”ledere er forskjellige og vi gjør ting forskjellig, men jeg mener det er viktig at man har like forutsetninger på slike ting som turnus, avspasering, innleie og permisjon uansett hvordan avdeling man jobber på, det tror jeg kanskje man kan få til ved å samordne sykepleietjenestene”.

4.3.3 Samarbeid og kultur

Alle informantene påpeker at det er personavhengig hvor fleksibelt personalet er, hvor mye de hjelper hverandre på tvers av enhetene og om pasientene fordeles til den avdelingen som har best plass. Informant 2 sier det slik:

”Det er personavhengig og man har i flere år forsøkt å få en kultur på at man skal klare å hjelpe andre avdelinger, men man lever litt i sin egen verden.... Så vi kan enkelte ganger risikere at de sitter uten pasienter og vi har en avdeling som har et kjempepress og høyt arbeidstempo.... Nå har vi startet med møter mellom avdelingslederne hver morgen for å se på aktiviteten på huset og om det er fravær noen plasser og

om man kan hjelpe til på andre avdelinger, men det er ikke så veldig mange dager vi har fått hjelp fra andre avdelinger”.

Når jeg spør informant 3 om det er aktuelt å sende pasienter mellom sykehusenhetene, svarer hun at:

”vi ønsker ikke å sende pasientene til de andre sykehusene i foretaket. Vi ønsker å behandle pasientene selv, ikke minst for at pasientene skal slippe å reise”.

Informantene er enig om at god opplæring er viktig dersom en skal forvente fleksibilitet i personalgruppen. Informant 1 ser at fysisk nærhet og samhold til den andre avdelingen er viktige faktorer for å øke fleksibiliteten.

”det handler om å se hverandre... en avdeling man ikke treffer har man ikke tilhørighet til, og det skaper avstand”.

4.3.4 Oppsummering av intervjuene ved Helgelandssykehuset

Informantene opplever arbeidsbelastningen innad i avdelingene ulikt. Det er flere interne måter å løse skjevfordeling av arbeidsbelastningen, men ikke alle fungerer like godt. Alle informantene peker på at det er nødvendig å gjøre noe med kulturen for å samarbeide og hjelpe hverandre på tvers av enhetene. Det er personavhengig om personalet er fleksibelt. Dersom en skal forvente at personalet skal jobbe på tvers, må det gis tilstrekkelig opplæring. Det er ønskelig med samordning omkring fagutvikling.

Sykepleielederne opplever ikke alltid å bli hørt i saker som angår deres avdeling.

Informantene mener at det vil lønne seg å høre på avdelingslederne som er nærmest de ansatte, pasienten og pårørende. Det nytter lite at nærmeste leder er fagperson dersom denne personen sjelden blir tatt med i diskusjoner før avgjørelser blir tatt.

Endringer er ofte kompliserte prosesser. Det kan ta flere år før en oppnår de effektene man ønsker med omorganiseringen. Det er nødvendig med struktur og klar fordeling av arbeidsoppgaver. Enkelte av personalet opplevde det utrygt å skulle hjelpe til ved den andre avdelingen uten å ha fått opplæring og blitt kjent med rutinene. I tillegg til de interne erfaringene vi har gjort oss, tror jeg vi kan lære av erfaringer fra andre foretak.

4.4 Hovedfunn:

Jeg vil her oppsummere hovedfunnene fra intervjuene ved Ahus og Helgelandssykehuset, og disse drøftes i kapittel 5.

God organisering skaper trygghet og forutsigbarhet for arbeidstakerne.

Erfaringene fra Ahus viser at det er lettere å benytte sykepleierressursene mer fleksibelt dersom den er samordnet med felles faglig ledelse. Det bidrar til mindre innleie og bedre fordeling av ressurser og arbeidsoppgaver, noe som også er mer økonomisk. God opplæring bidrar til at de ansatte er trygge i jobben sin og har lettere for å jobbe ved flere avdelinger. Felles ledelse gjør det lettere å skape en samordnet fagutvikling.

Å ha eget personale til å gjøre administrative oppgaver kan være med på å gjøre driften mer effektiv ved at lederne blir frigjort til å konsentrere seg om lederoppgaver.

Legene opplever imidlertid å miste kontroll over ressursene ved matriseorganisering. Følgelig viser dette at det er viktig at alle parter i organisasjonen bidrar til å øke samarbeidet. Det nytter ikke at sykepleiertjenesten jobber fleksibelt, dersom ikke legene er på lag. Endringer må med andre ord forankres i alle profesjonsgruppene.

Lederne ved både Ahus og Helgelandssykehuset har erfart at faglig ledelse vil synliggjøre sykepleiefaget. Dette medfører at enhetslederne tas med og blir hørt i diskusjoner som angår driften ved deres avdeling. Det nytter lite at nærmeste leder er fagperson dersom denne personen sjelden blir tatt med i diskusjoner før avgjørelser er tatt. Respondentenes erfaring er at endringer implementeres bedre dersom de er tatt med på forhånd.

Endringsprosesser skaper ofte motstand, men motstanden kan begrenses ved å involvere fagmiljøet og avdelingsledelse.

Kultur viser seg å ha stor innvirkning på hvordan organisasjonen fungerer og om endringsprosesser blir vellykket. Det danner seg ofte subkulturer, særlig dersom det er fysiske skiller mellom enhetene. Erfaringene fra Ahus viser at en samordning bidrar til felles kulturbygging, noe lederne jeg intervjuet ved Helgelandssykehuset mente det var viktig å ta lærdom av.

5.0 Analyse/ drøfting

Formålet med denne oppgaven er å drøfte om sykepleietjenesten i Helgelandssykehuset kan brukes mer fleksibelt. Hovedfunnene fra intervjuene på Ahus og i Helgelandssykehuset har jeg samlet i tre hovedemner, som jeg mener har betydning for mulighetene til fleksibel bruk av sykepleietjenesten. Det er organisering og endring, ledelsesperspektivet og endring, kultur og samarbeid. Jeg vil se nærmere på disse funnene ved å drøfte de mot relevant teori og egen erfaring.

5.1. Organisering og endring

Både de sykepleiefaglige lederne på Ahus og ved Helgelandssykehuset opplever at god organisering skaper trygghet og forutsigbarhet for arbeidstakerne.

Sykepleietjenesten ved Ahus et eget fagfelt som skal "levere" sine sykepleietjenester der behovet er størst. Et av kjennetegnene ved matriseorganisering er at det gir stor fleksibilitet i bruken av arbeidstakerne på tvers av enheter (Thorsvik, forelesning 2008). Dette opplever intervjuobjektene mine som positivt, da de ser at de skjevhetene som var mellom avdelingene ved gammel organisering er jevnet ut. Ved å organisere sykepleietjenesten etter matrisefunksjonsprinsippet brytes de tradisjonelle strukturene, og det krever innsats fra alle parter for at det skal fungere.

Ulempen med en slik organisering er at maktbalansen mellom legelederne og sykepleielederne endres. Thorsvik (2008) sier at en matriseorganisering stiller store krav til de ansattes vilje og evne til å samarbeide. Organiseringen krever evne til konflikthåndtering, da det lett oppstår konflikter og bare kan fungere dersom deltakerne tenker helhetlig og kollegialt omkring samarbeid. Mine funn viser støtte til dette.

De utfordringene som har oppstått på Ahus etter omorganiseringen virker som om de kommer av at legene ikke kan bestemme like mye som før. Sykepleielederne ved Ahus ble likestilt med legelederne i medisinsk og kirurgisk divisjon etter at sykepleietjenesten ble organisert etter matrisefunksjon. Disse må nå samarbeide for å finne de beste løsningene for pasientene. Legene har stor betydning for hva sykehusene faktisk gjør, og de har tradisjonelt vært sykepleiernes overordnede (Grund, 2006). Legens ord har vært

avgjørende, fordi de har det medisinskfaglige ansvaret. Når strukturendringer medfører at holdninger må endres, må disse endringene forankres i alle profesjonsgruppene. Dette gjelder spesielt når den medisinske aktiviteten må samkjøres med tilgjengelige sykepleierressurser. Vi har sett at dette har skapt konflikter innad på Ahus, og særlig er flere av legene misfornøyde med denne organiseringen. Selv om de har det samme ansvarsområdet som tidligere, opplever legene å ha mistet direkte kontroll over nødvendige ressurser. Det nytter ikke at bare sykepleiertjenesten organiseres fleksibelt og på tvers av enhetene, dersom ikke slike endringer også er en del av de andre profesjonenes strukturer og arbeidsfordeling. Johannessen og Olaisen (2007) sier at for å kunne gi den beste pasientbehandlingen er det nødvendig at alle enhetene er villige til å endre sin måte å jobbe på slik at organisasjonen kan nå sine mål.

Ved Ahus brukte man lang tid på å jobbe fram et forslag om organisering. Det endelige forslaget som ble fremmet til styret kom fra fagpersoner som kjente organisasjonen godt. Dette er et godt utgangspunkt for å få en positiv endringsprosess. Johannessen og Olsen (2008) hevder at kommunikasjon er en forutsetning for at endringsprosesser kan oppleves som vellykkede. I tillegg må samhandlingskompetanse vektlegges for å få effektive møter og strategier, slik at budskapet blir oppfattet riktig av beslutningstakere. Kommunikasjon er dermed stikkord for endringer.

Omorganiseringen i Helgelandssykehuset kom som et forslag fra en gruppe som jobbet sammen med konsulenter som var innleid for å hjelpe sykehuset med å finne løsninger for innsparing. Medlemmene av gruppen hadde noe kjennskap til avdelingene. Men hverken fagmiljøet eller avdelingsledelsen i sykehuset var tatt inn i diskusjonene. Dette skapte mye motstand, både fra fagmiljøet og avdelingsledelsen, fordi fagmiljøet dermed ikke har eierskap til de endringene som foreslås. Dermed mangler de nødvendige kommunikasjonsprosessene som må være tilstede i forkant av strukturendringer.

Det er ikke uvanlig at endringsprosesser skaper motstand. I følge Yukl (2004) er dette en naturlig reaksjon for å beskytte aktørers egne interesser og innflytelse. Det tar ofte flere år før organisasjoner har vendt seg til endringene og kommet inn i nye rutiner og akseptert at de må jobbe på en ny måte. For å gjøre motstanden mindre er det viktig å ha med seg fagpersonene. Grund (2006) sier at mellomlederne er de som kan bidra til å få

medarbeiderne til å forstå at endring er nødvendig. Derfor er det så viktig å ha med i endringsprosesser, for å sikre gjennomføring.

Særlig under endringsprosesser er det nødvendig å ta individuelle hensyn blant personalet. Enkelte sykepleiere håndterer veksling mellom avdelinger og nye utfordringer veldig godt, mens andre har behov for å jobbe i tryggere omgivelser. Endringer bør derfor skreddersys. Olsen (2008) forklarer dette ved at mennesker jobber best dersom de er i en positiv mestringssone. Det må være nok utfordringer i jobben slik at den ansatte kjenner at det er positive utfordringer. Samtidig må ikke utfordringene være så store at personalet ikke mestrer disse oppgavene. Spesielt gjelder dette arbeid over tid.

I Helgelandssykehuset er sykepleietjenesten organisert etter funksjonsbasert prinsipp. Lederne jeg intervjuet pekte på at det er vanskelig å samarbeide på tvers av avdelingene, alle har nok med sitt. En funksjonell struktur gir høy kompetanse innenfor det enkelte fagområdet fordi organiseringen legger til rette for spesialisering i dybden (Sykepleien 16, 2009). Ulempen er at fagpersonene har lite fokus på kommunikasjon og samhandling utover egen enhet, og at det kan utvikles subkulturer fordi man er isolert fra andre og bare ser sitt og sine (Thorsvik, forelesning 2008). Dette hindrer organisatorisk læring.

Mine funn tyder på at man står foran store utfordringer ved disse endringsprosessene ved Helgelandssykehuset. Selv om dette er et lite lokalsykehus, så kan man oppleve at den geografiske oppdelingen gjør det ekstra utfordrende å organisere et foretak ut fra en helhetlig vurdering. Et foretak som er spredt geografisk vil i prinsippet ha behov for en organisering som fordrer samarbeid mellom de ulike enhetene. Helgelandssykehuset har løst dette ved å ha funksjonsbaserte oppgaver, hvor sykehusenhetene har hovedansvar for ulike aktiviteter. Dette stiller store krav til samordning og koordinering. Dessuten krever endringer tid. Kulturer som er utviklet over lang tid i de ulike geografiske enhetene, kan ikke forandres hurtig, og man må planlegge over lengre tid. Spesielt viktig er det å utvikle holdninger hvor foretaket blir sett på som en organisasjon.

Fordelingen av personalet og måten man jobber på, preges følgelig av gamle tradisjoner. Derfor kan vi lære av å se på hvordan de har organisert seg på Ahus.

Når man er åpen for å ta imot impulser fra andre og forandre sin virksomhet når andre gjør erfaring, kalles dette dobbeltkretslæring (Johannessen og Olaisen, 2007). Mine funn tyder på at vi kan lære av Ahus sine erfaringer. Ved å samle sykepleietjenesten og ha felles ledelse, kan det være lettere å fordele bemanningen jevnere. Imidlertid krever dette samarbeid på tvers av ulike profesjonsgrupper, spesielt lege- og sykepleiergruppene. For eksempel må de ansatte ha ansettelsesforhold ved flere avdelinger slik at de føler tilhørighet til begge avdelingene. Etter hvert som tiden går, vil det kunne bli naturlig å jobbe på tvers av avdelingsgrenser og ha en fleksibilitet med hensyn til hvor man jobber.

Intervjuobjektene ga uttrykk for at de brukte mye tid på administrative oppgaver som innleie og turnusskriving. Ahus opprettet en egen enhet for bemanning som tok seg av disse oppgavene. Ved å la færre personer gjøre disse oppgavene, frigjør man tid fra avdelingslederne som de kan bruke til andre lederoppgaver som for eksempel medarbeidersamtaler og prosedyreskriving. Samtidig kan vi anta at kvaliteten på turnusene og planleggingen av innleie vil forbedres siden færre personer konsentrerer seg om disse oppgavene. Dermed blir det lettere å se helhetlig på drift og bemanning.

5.2 Ledelsesperspektivet og endring

Ahus har sykepleiefaglig ledelse i hele linja opp til direktør for Divisjon for sykepleie. Dette er særlig linjelederne veldig fornøyd med, og det virker som at resten av sykepleietjenesten vil kunne nyte godt av dette fremover, fordi det gir et stort fokus på fag. Imidlertid har erfaringer fra Ahus vist at en slik linjeorganisering skaper motstand fra legesiden, fordi relasjonen mellom medisinske oppgaver og ansvar utfordres ved at ansvar for sykepleieroppgavene legges utenfor den medisinske ansvarslinjen.

I Helgelandssykehuset er fokus på fag noe respondentene i intervjuundersøkelsen mener har blitt borte, og respondentene opplever ikke å bli hørt i sine uttalelser som fagpersoner. De opplever at det blir mer tatt hensyn til økonomi og drift enn fag, fordi fokus på økonomiske utfordringer er blitt større nå etter Helseforetaksreformen (2002). Grund (2006) sier at dersom en skal lede en kunnskapsbedrift er det nødvendig å høre på fagfolkene og la de få delta i planleggingen. Det er fagstaben som har den profesjonelle kunnskapen om primæroppgavene, nemlig pasientbehandling.

Å lede en endringsprosess er utfordrende. I følge Grund (2006) er det en av de viktigste og vanskeligste lederoppgavene. Min erfaring er at mellomlederne har stor innvirkning på endringsprosesser. I følge Grund (2006) fungerer mellomlederne som en buffer mellom toppledelsen og de ansatte. De kan bidra til både å forsinke og fremme endringer. De kjenner personalet og er nærmest der det skjer. Så dermed er mellomledere viktig å ha med seg for å implementere endringer. Avdelingslederne jeg snakket med i Helgelandssykehuset, opplever at de ikke blir hørt i saker som gjelder deres avdeling, og de synes at beslutninger skjer mye ovenfra og ned. Dermed får de lite mulighet til å påvirke avgjørelsene, og de får også mindre eierskap til prosessene. Avdelingslederne på Ahus opplever at dette har bedret seg etter den nye organiseringen. Noe som kan komme av at det er en flatere struktur hvor alle parter er representert i nødvendige fora, og de har muligheten til å diskutere og påvirke avgjørelser som blir tatt.

Lederne må også være tydelig på hvilke forventninger de har til en eventuell ny struktur. Uklar ledelse vil skape usikkerhet hos personalet, og forsinke implementering av endringer fordi de vil fortsette å jobbe på den gamle, trygge måten.

Å lede en kunnskapsbedrift gir utfordringer uansett hvilken organisasjonsmodell en velger. Informantene fra Ahus peker på at det er lettere å lede sykepleiertjenesten når de har organisert seg med en egen divisjon for sykepleie. Kommunikasjonen har her blitt bedre. Informantene fra Helgelandssykehuset sier at de opplever det som vanskelig at ledelsen ikke alltid forstår hva som foregår på avdelingene, fordi det er kommunikasjonsutfordringer mellom enhetene. Det gjør at ledere oppe i systemet ofte ikke har de nødvendige kunnskapene om de prioriteringene som gjøres lenger nede i organisasjonen. Dermed må ansvarlig leder forklare videre oppover når beslutninger skal tas. Dersom en skal oppnå positive endringer i en kunnskapsbedrift, er det nødvendig å ha med seg fagpersonene på alle nivå. I følge Grund (2006) er de organisasjonenes viktigste kapital.

Det er også viktig at lederne tar hensyn til hver enkelt medarbeider. En oppgave er å tilstrebe at så mange som mulig av medarbeiderne mestrer jobben sin samtidig som denne har utfordringer og oppgaver å strekke seg etter. Informantene fra Ahus og

Helgelandssykehuset hadde opplevd at enkelte ansatte mestret å jobbe på flere avdelinger, mens andre følte det utrygt å ha oppgaver mellom flere avdelinger. Omstilling og endringer skaper ofte usikkerhet, og dette må lederne forutse og håndtere. I følge Johannessen og Olsen (2008) vil positivt lederskap, hvor ledere ser muligheter og ikke problemer, bidra til at de ansatte lettere takler endringsprosesser, turbulens og høy kompleksitet ved å mobilisere kompetansen, kreativiteten og energien de har. Ett element av positivt lederskap er i følge Johannessen og Olsen (2008) bruken av selvledelse som innebærer at man setter seg mål og motiveres til å lede tankene handlingene og troen på egen mestring. Det bidrar til at de ansatte styrker troen på seg selv, og kan gjøre en bedre jobb.

5.3 Kultur

Det må være kultur for endring dersom endringsprosesser skal bli vellykket. I følge Thorsvik (2008) er ingen organisasjoner verdinøytrale. I tillegg til at organisasjonskartet og strukturene endres, må kulturen endres.

På Ahus hadde det ikke vært kultur for at aktiviteten ble diskutert med sykepleielederne. Med den nye organiseringen må den planlagte pasientaktiviteten samkjøres med sykepleieressurser og senger. Legene opplevde imidlertid å miste kontroll over ressursene, og de måtte dermed som gruppe endre arbeidsrutiner og holdninger. Dette er komplekse prosesser som krever deltagelse fra alle yrkesgruppene. Thorsvik (2008) mener at man må kommunisere endringene slik at de ansatte forstår hvordan de skal organiseres, bakgrunnen for endringene og at de forstår de nye forventningene. Dersom medarbeidere i avdelingene får god informasjon og er klar over hvilke endringer som skal gjøres, tror jeg at det er lettere å kunne forholde seg til endringene som skal iverksettes. Dette følger av Schein (1994) som sier at de grunnleggende antakelsene i organisasjonen må endres i samsvar med strukturelle endringer, dersom man skal oppnå en vellykket endring.

Siden Helgelandssykehuset HF består av tre enheter som er geografisk spredt og tidligere fungerte uavhengig av hverandre, vil det over tid ha dannet seg subkulturer på de ulike plassene. Enhetene har dannet seg egne måter å jobbe på, og verdiene i de enkelte enhetene er ulike. Dette er en vanlig utfordring i bedrifter som har en funksjonsbasert organisering (Thorsvik, 2008). Dette kan vi også se mellom ulike avdelinger i sykehusenhetene.

Medisinsk og kirurgisk avdeling i Sandnessjøen har over tid utviklet ulike kulturer. Det går både på måten man jobber sammen og måten man kommuniserer sammen. Dersom de ulike subkulturene kommer i konflikt med hverandre, oppstår det som Bang (1994) kaller en subkulturkonflikt. For å unngå dette når avdelinger slås sammen til en felles enhet, er det viktig at man kan få disse kulturene til å fungere sammen og etter hvert danne en felles kultur. Dette skjer gjennom organisatorisk læring, som krever lengre tid for å utvikles.

Ved å ha en samlet sykepleietjeneste med felles ledelse slik som på Ahus, kan man skape et felles verdigrunnlag som gjelder for hele sykepleietjenesten. Dette tror jeg kan bidra til å danne en felles kultur. Forutsetningen er at alle yrkesgruppene deltar i denne prosessen.

6.0 Konklusjon

Organisering, ledelse og kultur er viktige elementer som påvirker hvordan personalet jobber sammen. En god og forutsigbar organisering skaper trygge arbeidsplasser for de ansatte. Ledelsen i kunnskapsorganisasjoner er avhengig av å jobbe sammen med fagmiljøet, dette er særlig viktig dersom en skal lykkes med endringer. Kulturen er nødvendig å se i sammenheng med strukturen. Matriseorganisering fordrer mer til samarbeid på tvers av enhetene enn en funksjonsbasert organisering som er lagt opp til at personalet skal jobbe mer fagspesifikt.

Etter å ha diskutert hvordan de har organisert seg på Ahus, antar jeg at erfaringer derfra kan overføres til Helgelandssykehuset. Det må skje gjennom en læringsprosess, hvor alle yrkesgrupper deltar og hvor det er god kommunikasjon mellom beslutningsnivå.

Dette vil skape tilhørighet på tvers av enhetene fordi de ansatte kan utvikle et arbeidsforhold på begge plassene. Dermed vil dette bidra til at personalet blir mer kjent og kan føle en helhetlig tilhørighet i organisasjonen.

Det bør gjøres studier som analyserer slike endringsprosesser, slik at hele helsesektoren kan dra lærdom av store organisasjonsprosjekter som gjennomføres.

Litteraturliste

Bang, Henning, (red) 1994 ” *Organisasjonskultur*”

Engers boktrykkeri A/S, Otta 1994

Grund, Jan, 2006 ”*Sykehusledelse og helsepolitikk- dilemmaenes tyranni*”

Universitetsforlaget AS, 2006

Jacobsen, Dag Ingvar, (red) 2002 ”*Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.*

Høyskoleforlaget AS 2002.

Johannessen, Jon A. og Olaisen, Johan, 2007 ”*Styring av helseforetak – hvorfor er sykehus så vanskelig å styre?*”

Fagbokforlaget 2007

Johannessen, Jon A. og Olsen, Bjørn, 2008 ”*Positivt lederskap – jakten på de positive kreftene.*”

Fagbokforlaget 2008

Pettersen, Inger J., Magnussen, Jon, Nyland, Kari og Bjørnenak, Trond, 2008 ”*Økonomi og helse – perspektiver på styring.*”

Cappelen Damm AS 2008

Schein, Edgar H. (red) 1994 ”*Organisasjons - kultur og – ledelse. Er kulturendring mulig?*”

Libro Forlag, Oslo 1994

Forelesninger i Masterstudium MBA – Handelshøgskolen i Bodø

Berg, Ole, 2009 ”Forelesning Masterstudiet” august 2009

Olsen, Bjørn, 2009 ”Forelesning Masterstudiet” mai 2009

Thorsvik, Jan, 2008 ”Forelesning Masterstudiet” oktober 2008

Thorsvik, Jan, 2008 ”Forelesning Masterstudiet” november 2008

Artikler, dokumenter og nettadresser

Ahus styresak 38/07, 2007 ”Etablering av Divisjon for sykepleie”

Ahus, styringsgruppen OU, 2007 ”Detaljering av Divisjonsmodellen, prosjekt standard sengeområde”

Fagtidsskriftet Sykepleien nummer 16, 2009

Thorsvik 2008, Artikkelsamling, kompendium ”Ledelse av ekspertorganisasjoner”

Spesialisthelsetjenesteloven § 3- 9, 1999 ”Ledelse i Sykehus”

www.helsebygg.no

www.ukeavisenledelse.no/meninger/redaktorens_mening/20090911/legenes-triumf/

www.tv2nyhetene.no/innenriks/erik-normann-gaar-av-som-ahussjef-2899831.html

www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=270663

www.vendepunktet.no

www.thefreedictionary.com

Vedlegg 1 Intervjuguide – Ahus

HMS/ arbeidsmiljø

1. Opplever du at personalet er fornøyd med organiseringen?
 - a. Er det ulike vurderinger innen ulike yrkesgrupper (leger, sykepleiere osv)?
 - b. Hva er de mest fornøyd med?
 - c. Hva er de minst fornøyd med?
2. Hvordan opplever personalet å være ansatt ved flere sengetun?
 - a. Opplever dere mer fleksibilitet i bemanningen?
 - b. Opplever dere en jevnere fordeling av arbeidsbelastningen mellom avdelingene?
3. Har samordning innvirket på samarbeidet mellom profesjonene?
 - a. Gi eksempler
4. Har samordning hatt noe å si for systematisert fagutvikling?
 - a. Mindre turnover?
 - b. Opplever personalet å være godt nok opplært?
5. Har det vært endring i sykefraværet siden omorganiseringen?

Pasientsikkerhet/ kvalitet

6. Har organiseringen hatt noen betydning for hvor fornøyd pasientene er?
 - a. Må pasientene forholde seg til flere pleiere?
 - b. Kan du gi eksempler på at kvaliteten er forbedret?
 - c. Hvordan fordeles pasientene dersom det er fullt? Hvem har ansvar for denne fordelingen?
 - d. Er det mindre overbelegg?
 - e. Er pasientene jevnere fordelt mellom avdelingene?

Økonomi

7. Kan du si noe konkret om samordningen har hatt betydning for økonomien i de berørte avdelingene?
 - a. Mindre underskudd? Økonomisk balanse?
 - b. Bedre ressursutnyttelse?
 - c. Mindre innleie?

Ledelse

8. Har samordningen medført nye utfordringer for avdelingssykepleiere?
 - a. For andre ledere?
9. Medfører samordning mer tydelig lederansvar?
 - a. Gi evt. eksempler
10. Er det blitt lettere å gjøre driftsendringer?
 - a. Bedre ressursutnyttelse av personell og senger?
 - b. Mer fleksibel ressursbruk?
11. Hvordan har samordningen hatt betydning for samarbeid med andre ledere i andre driftsenheter?
 - a. Gi eksempler her
12. I hvilken grad mener du at sykepleielederne blir hørt i saker som har med avdelingsdriften å gjøre?
 - a. Gi eksempler her
13. Har samordningen medført at det er lett/ mulig å styre ressurs i henhold til behov?
14. Er det felles systematisering og kvalitetssikring av alle sengeområder og poliklinikker?
15. Andre kommentarer til spørsmålene som er stilt?

Vedlegg 2 Intervjuguide - Helgelandssykehuset

HMS/ arbeidsmiljø

1. Mener du at arbeidsbelastningen er jevnt fordelt mellom de ansatte sykepleierne i avdelingen? Mener du belastningen er jevnt fordelt også mellom din avdeling og de andre avdelingene i sykehuset?
2. Hvordan løses en evt. ”skjevfordeling” av pasientmengde?
 - a. Fordeles pasientene til den avdelingen som har ledig plass?
3. Opplever du at pleiepersonalet er fleksibelt?
 - a. Kan du gi eksempler på fleksibilitet?
 - b. Hva kan gjøres for evt. å bli mer fleksible?
 - c. Tror du en samordning av sykepleietjenesten kunne gitt mer fleksibilitet i bemanningen?
4. Er du fornøyd med den sykepleiefaglige utviklingen på avdelingen?
 - a. Kunne en samordning av sykepleietjenestene gjort det enklere å systematisere fagutviklingen?
5. Er det stor turnover i avdelingen?
 - a. Hvordan tror du en samordning av sykepleietjenesten ville påvirket turnoveren?
 - b. Er det vanskelig å rekruttere sykepleiere til avdelingen? Kan en samordning bedre dette?

Pasientsikkerhet/ kvalitet

6. Hva vet du mht pasienttilfredshet - er pasientene fornøyd med avdelingens tilbud?
 - a. Vil en samordning kunne endre pasienttilfredshet positivt?
 - b. Vil samordning av sykepleiertjenester kunne redusere evt. korridorbelegg?
 - c. Vil evt. samordning kunne gi en bedre fordeling av pasienter mellom avdelingene dersom overbelegg?

Økonomi

7. Hvordan er økonomien på avdelingen?
 - a. Er det mye innleie av ekstravakter?
 - b. Er det mye bruk av overtid?
8. Tror du en samordning kunne gitt bedre ressursutnyttelse?

9. Tror du en samordning av sykepleietjenestene kunne ført til mindre behov for innleie av ekstravakter?

Ledelse

10. Tror du en samordning av sykepleietjenestene kunne gjort det lettere å gjøre driftsendringer?
- a. Kunne det ført til bedre ressursutnyttelse av personell og senger?
 - b. Kunne det gitt mer fleksibel ressursbruk?
11. Hvordan opplever du samarbeidet med andre ledere i andre driftsenheter?
12. I hvilken grad opplever du at sykepleielederne blir hørt i saker som har med avdelingsdriften å gjøre?
- a. Tror du at samordning av sykepleietjenestene kunne påvirket dette?