

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidater: June Lenvik og Gry Tufte-Gerhardsen

---

«Pasienten først og sist»

Sammen tar vi ansvar – eller gjør vi det?

---

Dato: 20. juni 2018

Totalt antall sider: 139

## Forord

Etter en spennende og innholdsrik reise i ledelsesfaget, er dette vårt avsluttende arbeid ved MBA-studiet ved Nord Universitet for denne gang.

Med erfaren og stødig hjelp fra Inger Johanne Pettersen og Anita Eide, som har tilrettelagt og organisert studiet på en fantastisk måte, har vi opplevd et berikende og enestående fag- og studiemiljø. I tillegg har det å få lov å bli kjent med så mange ulike mennesker og fagpersoner fra ulike deler av HN, vært en gave som vi skal ta vare på som gull. «Det nytter ikke å være en skinnende stjerne på himmelen alene» (Brundtland, Gro Harlem).

I arbeidet med oppgaven har vi møtt stor velvilje til å dele erfaring med oss som forskere. Vi vil takke alle respondenter, men spesielt de fire lederne som stilte opp for oss på kort varsel da vi ønsket å dykke dypere ned i et av oppgavens mest overraskende funn. Så mye velvilje, så mye fleksibilitet.

Vi var heldige å få Professor Inger Johanne Pettersen, ikke bare som studiets bauta, men også som vår veileder gjennom vårt arbeid med masteroppgaven. Takk spesielt til deg for dine gode innspill, oppmuntring, refleksjoner og tilbakemeldinger gjennom skriveprosessen. Du har utfordret oss, men også holdt oss fast når vi har vært i villrede.

Vi vil også takke hverandre for et utrolig godt samarbeid. Uten å fra før ha arbeidet sammen, startet vi med en positiv innstilling til å få det til, selv om vi satt på hvert vårt sted i Nord-Norge. Det ble full klaff, og det har vært en glede å jobbe sammen. Dette gjør vi gjerne igjen 😊

Endelig vil vi takke våre enestående familier, spesielt våre partnere og barn som har ønsket seg mer av vår tid enn vi har klart å gi. Vi er evig takknemlig for den støtten og den tålmodigheten som har gjort denne reisen vår mulig. Nå er det vår tur til å stille opp.

MBA-studiet har gitt oss en faglig og personlig utvikling som vi begge setter utrolig stor pris på.

Tromsø/Harstad 20. juni 2018

June Lenvik og Gry Tufte-Gerhardsen

## Sammendrag

Mellomledere i spesialisthelsetjenesten står overfor en rekke utfordringer. I det vertikale krysspresset fra politisk hold og toppledelsen på den ene siden, og ulike fagsterke profesjoner og pasienter på den andre, skal mellomledere få til et horisontalt samarbeid som krever et gjensidig sirkulært avhengighetsforhold - til det beste for pasienten. Med bakgrunn i strategien «Vi bryr oss – sammen tar vi ansvar» og visjonen «Det er resultatene for pasienten som teller» (UNN HF), utformet vi problemstillingen:

*Hvordan samarbeider mellomledere i spesialisthelsetjenesten?  
En studie blant sykepleieledere og legeledere.*

Studien har spesielt fokus på *hvilke samarbeidsutfordringer mellomledere opplever*, og om dette kan *ha sammenheng med pasientflyt eller pasientbehandling?*

Vi ønsket breddekunnskap, og gjennomførte en kvantitativ spørreundersøkelse blant mellomledere i den somatiske delen av UNN Narvik, Harstad og Tromsø. Vi komplementerte undersøkelsen med en dokumentstudie for bedre bakgrunnsforståelse, samt et kvalitativt fokusgruppeintervju for dybdekunnskap.

Studien ga flere interessante data, og vi pekte ut fire hovedfunn; pasientforløpene og – behandling kan påvirkes av samarbeidsutfordringer, legeledere bruker mye tid i klinisk arbeid, klinikkorganiseringen vanskeliggjør samarbeid, og avstandsledelse skaper utfordring.

Studien viser at helhetstenkningen er utfordret grunnet lite horisontalt fokus på samarbeid mellom profesjonene. Vi finner også at det vertikale presset mellomledere står i påvirker mulighet for samarbeid. Videre fører manglende samarbeid til at kvaliteten i pasientforløpene og -behandling kan svekkes.

Vi tror at økt innsikt i dette resultatet, med påfølgende forbedringstiltak, vil kunne heve tjenestetilbudet for pasientene, men også gjøre hverdagen mer forutsigbar for fageksperter og lette det administrative arbeidet til flere av de ansatte ved UNN.

"Å gjøre de riktige tingene første gang, til det beste både for pasientene og organisasjonen som helhet".

## **Abstract**

Middle managers in specialist health service are facing many challenges. Top-down the vertical pressure from political hold and senior management. Bottom-up the pressure from strong professions and patients. Those make middle managers achieve a horizontal cooperation that requires a mutually circular dependency -to the best interests of the patient. Based on the strategy "*We care – together we take responsibility*», and the vision "*What counts is the results for the patient*" (UNN HF), we designed the thesis question:

*How does middle managers in specialist health services cooperate?  
A study among nursing-leaders and medical-leaders.*

The study also has two research questions; "*Which challenges do the middle managers experience within cooperation?*", and whether cooperation challenges "*is it affecting patient logistics or patient-care?*".

To achieve broad knowledge we conducted a quantitative survey, sent to the middle managers in the somatic hospital of UNN Narvik, Harstad and Tromsø. We complemented the survey with a document study for improved background understanding, as well a qualitative interview for depth knowledge, with a little group of four leaders.

The study gave us interesting data, and we pointed out these four main findings; Patient logistics and treatment might be affected by challenges of cooperation, medical leaders spend a lot of time in clinical work, the hospital structure complicates cooperation, and distance management creates challenge.

The study shows that overall thinking challenge the lack of focus on horizontal cooperation between the professions. We also find that the vertical pressure between managers is affecting the potential for collaboration. Therefore, lack of cooperation may lead to impairing the quality of patientcare and treatment.

We believe that increased insight in these results, with successive improvement measures, will be able to raise the service provision for patients. Insight could also make work with patientcare and administration more predictable for both professional health workers and administration staff at UNN HF.

"Do it right the first time, to benefit the patients and the organization as a whole".

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	i
Sammendrag .....	ii
Abstract .....	iii
Innholdsfortegnelse .....	iv
1.0 Innledning.....	1
1.1 En hverdagshistorie .....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.3 Problemstilling .....	3
1.4 Begreper og avgrensninger.....	3
1.5 Oppgavens teori og struktur .....	5
2.0 Teori .....	6
2.1 Sykehusene som komplekse organisasjoner .....	6
2.2 Organisasjonsperspektivet.....	7
2.3 Profesjonssosiologi.....	9
2.4 Ledelse .....	11
2.4.1 Lederrollen .....	11
2.4.2 Kunnskapsledelse og kvalitet .....	13
2.4.3 Hybridledelse .....	14
2.4.4 Relasjonsledelse .....	14
2.5 Oppsummering .....	15
3.0 Metode.....	16
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted .....	16
3.2 Forskningsdesign.....	16
3.3 Kvantitativ metode .....	17
3.3.1 Spørreundersøkelse .....	17
3.3.2 «If you can't count it, it does't count» .....	18
3.3.3 Bakgrunnsinformasjon om respondentene .....	19
3.4 Kvalitativ metode .....	19
3.4.1 Fokusgruppeintervju.....	20
3.5 Dokumentstudie .....	20
3.6 Frafallsanalyse og metodekritikk .....	21
4.0 Empiri.....	22
4.1 Sykehusenes kompleksitet.....	22
4.1.1 Ytre rammer .....	22
4.1.2 Krysspress .....	25
4.1.3 Planlegging.....	28
4.2 Viktigheten av samarbeid og kommunikasjon mellom ledere .....	30
4.2.1 Intraorganisatorisk og horisontalt samarbeid .....	30
4.2.2 Koordinering og kommunikasjon.....	34
4.3 Leger og sykepleiere kan ikke forstå hverandre ordentlig .....	35
4.3.1 Tidsbruk som leder.....	36
4.3.2 Utdannelse.....	39

4.4 Lederens mange roller .....	40
4.4.1 «Ledelsens mange ansikt» .....	40
4.4.2 «Administrasjonens mange ansikt» .....	41
4.4.3 Relasjonsledelse .....	43
4.5 Oppsummering empiri .....	45
5.0 Analyse .....	47
5.1 Pasientforløpene og manglende samarbeid .....	47
5.2 Silotenkning «står i veien for» helhetstenkning .....	49
5.3 Legeledere bruker mye tid i klinikken .....	51
5.4 Avstandsledelse skaper utfordringer .....	54
5.5 Oppsummering analyse .....	55
6.0 Konklusjon .....	56
6.1 Oppsummering hovedfunn .....	56
6.2 Implikasjoner og tips til videre forskning .....	57
Litteraturliste .....	58
Vedlegg 1: Søknad til NSD .....	61
Vedlegg 2: Søknad til Fag- og forskningssjef .....	73
Vedlegg 3: Spørreskjema .....	75
Vedlegg 4: Frekvenstabeller fra questback .....	80
Vedlegg 5: Spørsmål til fokusgruppeintervjuet .....	131

## 1.0 Innledning

Vi starter her med en hverdagshistorie. Den er hentet fra en virkelig situasjon, men er omskrevet slik at verken navn eller situasjon er identifiserbar med enkeltpersoner.

### 1.1 En hverdagshistorie

*«Her ligger jeg og kjenner på takknemlighet for at min tumor ble oppdaget, for at jeg fikk min operasjon, og for at det finnes så mange dyktige fagfolk som kan hjelpe mennesker som har fått sykdommer av ulike slag. Samtidig kjenner jeg på en tristhet som beskriver baksiden av medaljen. Ventetiden, avlyste timer, alle bekymringene jeg ble påført ved å få utsatt mine timer på sykehuset til sammen fire ganger, før jeg har kommet hit jeg er i dag. Jeg er ikke den viktigste i verden, men at min ventetid, hvor jeg måtte utsette mine planlagte timer ved sykehuset, fikk konsekvenser for flere enn meg; familie, arbeidssituasjonen, arbeidsgiver og arbeidskollegaer, beslutninger i samfunnsorienterte saker tilknyttet mine arbeidsoppgaver, er jeg ikke i tvil om».*

42 år unge Karsten hadde endelig motet seg opp for å besøke sin fastlege da han over tid hadde slitt med magesmerter og endret avføringsmønster. Dette var for Karsten ikke noe han snakket med andre om da det ikke falt naturlig for han. Kona hadde derimot satt ned foten og sagt at nå bare måtte han gå til legen å få sjekket om alt var som det skulle. Han hadde også gått litt ned i vekt, men det hadde han ikke tenkt større over da han hadde en litt for stillesittende jobb, og derav kanskje også hadde vært litt i overkant av normalvekt. Han fikk ikke vært i nok fysisk aktivitet på grunn av lange arbeidsdager og mye nattevåk, da de hadde tvillinger på snart 2 år i heimen.

Da timen hos fastlegen var bestilt hadde han for første gang kjent en engstelse krype inn over seg. Denne utartet seg betraktelig etter fastlegebesøket, hvor han hadde fått kjennskap til symptomer som kan være knyttet til KREFT. Bare ordet skapte frykt i han. Han tenkte på kona og sine to velsignede barn som de hadde slitt over så lang tid med å få. Dårlig samvittighet over for mye jobb og for lite tilstedeværelse med familien slo innover han. Skulle dette være alt han fikk oppleve? Hva skulle skje med barna og hans elskede kone dersom han nå var kreftsyk?

Han fikk raskt innkalling til poliklinisk undersøkelse ved spesialisthelsetjenesten. Ventetiden hadde vært lang for han. I dag skulle han til time etter å ha fått utsatt timen en gang grunnet ressursmangel, hadde han blitt fortalt på telefonen som kom fra poliklinikken. Han hadde måttet reise i går da timen han skulle ha i dag var for tidlig til å kunne dra på morgenen. Etter en urolig natt på pasienthotellet ruslet han den lille turen bort til poliklinikken. Nedlesset av bekymringer for det som skulle komme, hans fravær på jobb og den viktige beslutningen som i dag skulle fattes i styremøtet han ikke fikk deltatt på, og fraværet av sin elskede familie. Alt dette veltet inn over han mens han ventet på at hans navn skulle bli ropt opp.

Avdelingssykepleieren ved poliklinikken hadde forsøkt alt han kunne for å få tilpasset slik at de kunne ta Karsten til time, både fordi han hadde fått utsatt sin time en gang tidligere og fordi han var innrullert i et kreftpakkeforløp. Nå ville de få fristbrudd på grunn av at de ikke hadde planlagt godt nok. Logistikken i bunnen, hvem som var på jobb ulike dager, var rett

og slett ikke godt nok forberedt i god nok tid framover. Avdelingssykepleieren kjente på tilfeldigheter, og ansvarsfordelingen av oppgavene de ansatte var satt til å utføre. Hvilke sykepleiere fikk gå på kurs dersom det fikk konsekvenser for drift på bekostning av pasientens behandling? Han var rasende inni seg, brukte alle sine krefter på å forholde seg rolig, da han forsiktig gikk mot pasienten for å meddele han at de igjen måtte utsette timen hans.....

Et hvitkledd helsepersonell kom rolig mot han.  
«Er det du som er Karsten?» spurte han forsiktig.  
«Ja», svarte Karsten oppløftende.

«Jeg beklager, men det har dukket opp uforutsette hendelser i dag som gjør at timen din må utsettes. Du vil få innkalling til ny time i posten snarlig.....».

Denne historien viser direkte hvor aktuelt vårt tema for masteroppgaven er. Den illustrerer hvor viktig samarbeid er for kvalitet i direkte relasjon til pasienter og pasientbehandling.

## ***1.2 Bakgrunn for valg av tema***

Hverdagshistorien viser noen av de utfordringer vi som ledere står overfor i våre arbeidsdager, både knyttet til rammer gitt fra myndighetene, organisasjonens muligheter og begrensninger, lederutfordringer og i møtet med pasienten.

Vi har selv fått oppleve pasientens frustrasjon, sinne og fortvilelse over å få sin avtale avlyst. Selv om ikke alle pasienter har like alvorlige diagnoser som Karsten, kan utsettelse av en time like fullt føles alvorlig for den som rammes. Uforutsette hendelser i spesialisthelsetjenesten oppstår fra tid til annen og fører til endringer i allerede oppsatt program for ulike pasienter og ulike faggrupper. Det er uunngåelig. Men vi har en opplevelse av at den hverdagslige driften kan planlegges bedre.

Ved oppstart av dette studiet var vi heldige å overvære presentasjoner av oppgaver fra forrige kull. Vi fattet stor interesse for en av oppgavene som omhandlet ledere med forskjellige profesjonsbakgrunner og hvilke oppfatninger de har av lederrollen (Brataas og Tunstad, 2016). I denne studien fant de at sykepleieledere er mer opptatt av, og bruker mer tid på, at de ansatte skal trives og ha et godt arbeidsmiljø, enn legeledere. Legene derimot viser seg mer opptatt av faget, prioriterer klinikk og mener det er viktig at leder har samme profesjon som de som skal ledes.

Med så ulik oppfattelse og utførelse av lederrollen fattet vi interesse for å studere hvordan sykepleie- og legeledere klarer å få til samhandling i spesialisthelsetjenesten, som komplekse ekspertorganisasjoner, og med høy grad av autoritære fagfolk som medarbeidere.



En slik kompleksitet mener vi er helt avhengig av tydelig ledelse og god samordning blant lederne. Vi ønsker å studere samarbeidsforholdene nærmere for å få en økt innsikt i de utfordringer som oppstår i den horisontale og vertikale samhandlingen mellom sykepleieledere og legeledere i arbeidet med pasientflyt og pasientbehandling.

### ***1.3 Problemstilling***

På bakgrunn av egne erfaringer og utfordringene som er presentert ønsker vi å undersøke hvordan mellomledere i den somatiske delen av Universitetssykehuset Nord-Norge Helseforetak (UNN HF) Tromsø, Harstad og Narvik, samarbeider.

Vi vil rette fokuset mot sykepleieledere og legeledere, og studere hvordan dette samarbeidet fungerer med bakgrunn i strategien «*Vi bryr oss – sammen tar vi ansvar*» og visjonen «*Det er resultatene for pasienten som teller*» (UNN HF).

Vi tror det er viktig å holde fokus på grunnleggende elementer i den kompleksiteten som en mellomleder møter, og vi har derfor formulert følgende problemstilling:

*Hvordan samarbeider mellomledere i spesialisthelsetjenesten?*

*En studie blant sykepleieledere og legeledere.*

I tillegg har vi formulert to forskningsspørsmål:

- ✓ *Hvilke samarbeidsutfordringer opplever mellomledere?*
- ✓ *Kan samarbeidsutfordringer ha sammenheng med pasientflyt eller pasientbehandling?*

### ***1.4 Begreper og avgrensninger***

En forutsetning for samarbeid er tillit og respekt mellom samarbeidspartnerne. Det må også ligge til rette for at hver enkelt får bidra inn i det arbeidet som skal gjøres i fellesskapet. I dette ligger forventninger til at resultatet vil bli bedre i samarbeidet enn om du utfører jobben alene (Bukve og Kvåle, 2014; Spurkeland, 2017). Dette grunnlaget for samarbeid mener vi i vår oppgave vil være avgjørende både for å få til å planlegge drift knyttet til gode pasientforløp, men også for å legge til rette for - best mulig behandling for pasienten.

Det finnes mange definisjoner på ledelse. «*Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd*» (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 416). Store norske leksikon (Sagberg, 2018) skriver om ledelse: «*Ledelse handler om å nå mål ved hjelp av andres arbeidsinnsats*».

I følge disse definisjonene er det flere aspekter ved *ledelse*. Det ene er settet med handlinger den formelle leder utøver, men også bevisstgjøring av at andre uformelle ledere kan utøve ledelse. Vi forstår at ledelse er å påvirke andre mennesker til å gjøre noe som leder ønsker, og innenfor en organisasjon vil det være å bidra til at organisasjonen når sine mål. Vi definerer i vår studie en leder som «*En person som andre følger, og som organiserer andres arbeidsinnsats slik at man når felles mål*» (Pettersen, 2016 a).

Vår oppgave begrenser vi til å undersøke *mellomledere* i den somatiske delen av sykehuset. Mellomledere er de som jobber mellom klinikkledernivået og de ansatte, som ved UNN betegnes som avdelingsledere, seksjonsledere og enhetsledere (i hierarkisk benevnelse top-down).

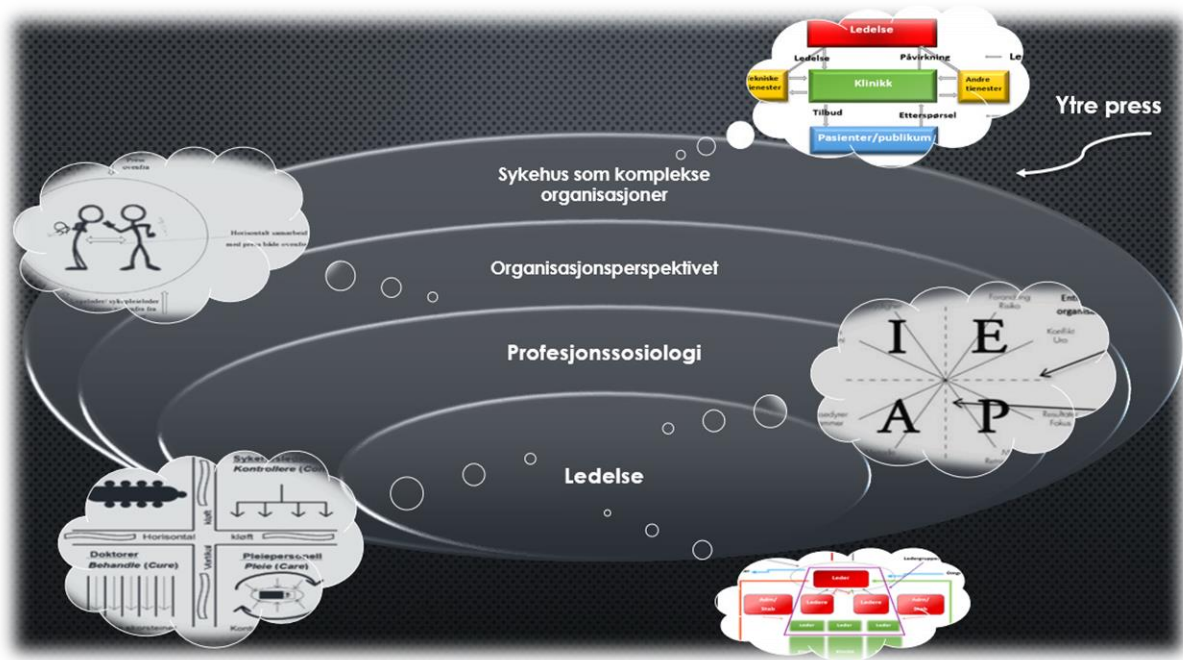
Når vi bruker formuleringene *sykepleieleder* og *legeleder* sier dette noe om hvilken profesjon den enkelte leder har som bakgrunn for sitt lederskap. Begge profesjoner kan lede også andre faggrupper enn bare egen profesjon. Vi vil i oppgaven bruke begrepene sykepleier og sykepleieleder, samt lege og legeleder synonymt, men det er altså disse profesjonene som ledere vi mener.

Mellomlederne vi undersøker arbeider i *spesialisthelsetjenesten*. Spesialisthelsetjenesten er betegnelse på helsetjenester som krever spesialistkompetanse.

All administrativ planlegging som gjøres i forhold til pasientenes time eller innleggelse på sykehuset omtales som *pasientflyt*. Med dette mener vi alt fra en henvisning kommer til spesialisthelsetjenesten, pasienten informeres om time, endringer av time eller endring av planlagt pasientforløp, og samordning med andre avdelinger. Med *pasientbehandling* mener vi den behandling pasienten mottar i spesialisthelsetjenesten.

## 1.5 Oppgavens teori og struktur

Vår oppgave bygger på teori som belyser kompleksiteten av å være mellomleder i sykehus (Figur 1). Vi presenterer teorier som omfatter sykehus som komplekse organisasjoner og det ytre presset som utøves på spesialisthelsetjenesten. Videre vil organisasjonsperspektivet, profesjonssosiologi og ledelse fra ulike teoretiske perspektiver få oppmerksomhet. Forankring av teorien vi bruker er hentet fra ulike forelesere som vi har møtt i vårt MBA-studie.



Figur 1: Teoretisk innramming av oppgaven

Oppgaven består av seks hovedkapitler, hvor vi starter med innledningen som det første kapitlet. Andre kapitler viser det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Her skaper vi rammeverket for hvilke teorier vi bruker. Kapittel tre omhandler oppgavens design og metode. Videre, i kapittel fire, presenterer vi funn fra datainnsamlingen, som diskuteres og drøftes opp mot det teoretiske grunnlaget i kapittel fem. Kapittel seks oppsummerer betraktninger omkring studien og problemstillingen, samt tanker om videre forskningsmuligheter.

## **2.0 Teori**

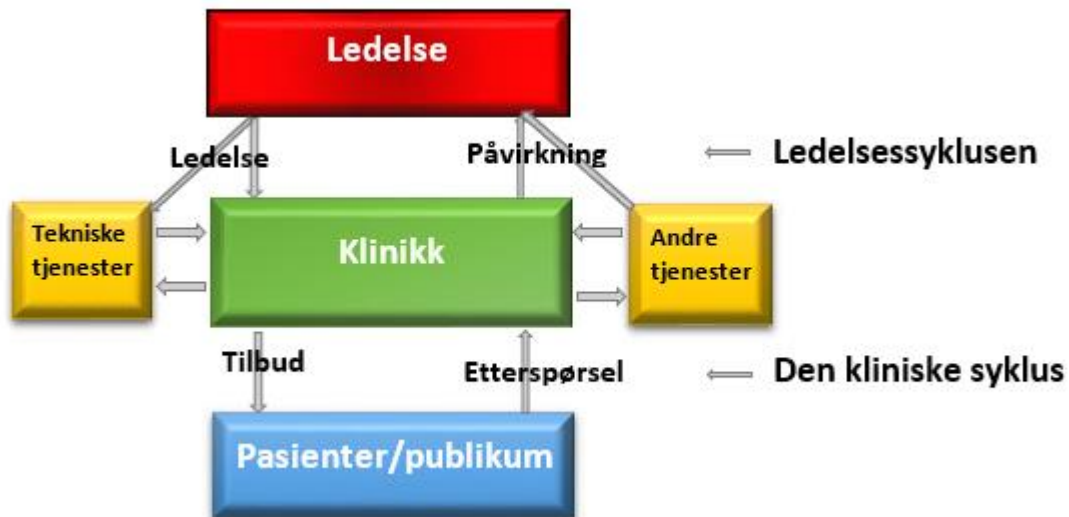
I denne delen av oppgaven presenteres referanserammen for de teoriene vi bruker for å forstå funnene vi gjør i vår studie. Som vist i figur 1 (side 5) har vi bygd opp teoriene som en løk hvor vi trekker de store linjene med sykehusene som komplekse organisasjoner, før vi går innover i organisasjonen og omtaler organisasjonsperspektivet og profesjonssosiologi. Til slutt ender vi opp med ledelse som den indre kjernen av vårt rammeverk.

### ***2.1 Sykehusene som komplekse organisasjoner***

Spesialisthelsetjenestenes hovedoppgave er å yte god behandling til pasientene. I tillegg til en mer opplyst og godt informert pasient, stiller samfunnet store krav til sykehusene og de som leder disse. Politiske styringskrav oversettes i «Oppdragsdokumentet» som årlig foreligger som en bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene (RHF'ene). Dette omarbeides og videreføres som eget oppdragsdokument fra det enkelte RHF'et til helseforetakene (HF'ene), og innehar rammer og forpliktelser knyttet til økonomi og resultatstyring, pasientforløp, kvalitet, utdanning og kompetanse, rapporteringsrutiner, styringsparameter, forskning og innovasjon med mer.

Å være leder i komplekse organisasjoner som et HF, er å påta seg et betydelig ansvar, ofte med store ansvarsområder og i mange tilfeller store grupper av medarbeidere (Berg, 2016). Medarbeiderne er ofte fagsterke, høyt kvalifiserte og stiller krav til lederskapet.

Berg (2016) presenterer en modell for krysspresset som påvirker ledelse i sykehus, både ovenfra og nedenfra (Figur 2). Dette vil være spesielt utfordrende for den kliniske ledelsen, den som ligger innerst – pasientnært, og som ivaretar «sannhetens øyeblikk», selve møtet med pasienten. Berg (2016) skiller mellom den kliniske syklus og ledelsessyklusen når han fremviser hvordan beslutninger er organisert i sykehus. I tillegg ligger det et påtrykk på toppledelsen fra politisk hold slik beskrevet over.



Figur 2: Den kliniske syklus og ledersyklus (Ole Berg, 2016)

Organisasjoner som sykehus kjennetegnes av produktivitet og konkurransevillje, noe som kjennetegner ekspertorganisasjoner. Ekspertorganisasjoner kan karakteriseres på følgende måte (Strand, 2007, s. 269-270):

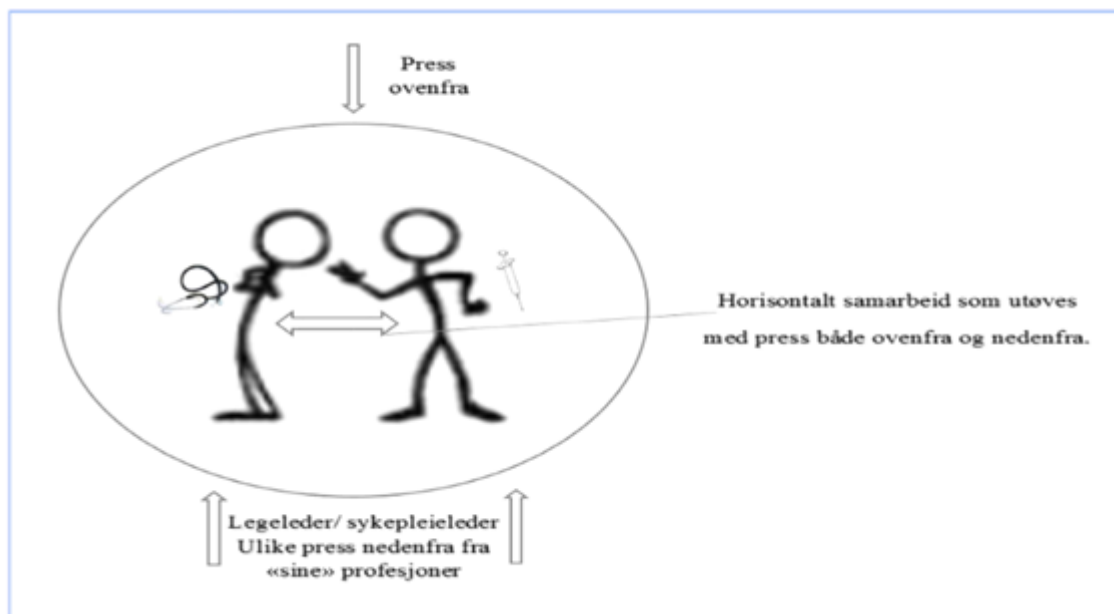
- ✓ Arenaer for fagspesialisering og fagautonomi er på plass
- ✓ Lavt hierarki
- ✓ De er orientert mot løsninger for eksterne parter og behandler komplekse problemer
- ✓ Autonomi i form av yrkesutøvelse er stor

## 2.2 Organisasjonsperspektivet

Ny offentlig styring (New Public Management, NPM) kom for fullt inn i offentlig forvaltning på 80-tallet, og ble ytterligere forsterket da helseforetaksreformen ble innført i spesialisthelsetjenesten på 2000-tallet (Berg, 2005). En innføring i forretningsmessige produksjonsprinsipper som resultatorientering, mål og krav, konkurranse, ressursbruk og

profesjonell ledelse møter kunnskapsorganisasjoner. Lian (2007) peker på elementer som kreativitet og deltakelse på den ene siden og kontroll og målregimer på den andre. Videre kan dette gjøre at fageksperter, ledere og medarbeidere, mister oversikten.

Av figur 3 kan vi forstå at samarbeid kan anses som en sirkulær gjensidig avhengighetsprosess hvor presset på det horisontale samarbeidet pågår. Med presset oven- og utenfra, som beskrevet tidligere, samt det presset som utøves fra egne profesjoner nedenfra, vil dette kunne påvirke det horisontale samarbeidet som utøves mellom de ulike profesjoner som vi i vår oppgave ser nærmere på.



Figur 3: Samarbeid som en sirkulær gjensidig avhengighetsprosess hvor presset på det horisontale samarbeidet pågår (inspirert av veiledning fra Inger Johanne Pettersen, april 2018)

Samhandling kan forstås som at to eller flere må samarbeide for å få til en prosess eller arbeidsoppgave, hvor ingen av partene ville klart å løse oppgaven alene på en like tilfredsstillende måte (Bukve og Kvåle, 2014). For å få til en slik samhandling må aktørene ha felles mål og de må få til å utvikle en felles forståelse for oppgaven. Dette må bygge på en grunnleggende tillit til hverandre i tillegg til å evne å utveksle nødvendig erfaring, kunnskap og informasjon med hverandre (Bukve og Kvåle, 2014).

Der medarbeidere møtes foregår intraorganisatorisk samhandling i form av kommunikasjon. Dette skjer over kaffekoppen, i lunsjpausen, på kontorer og i korridorer, før, under og etter møter. Småprat og sladder vil alltid prege organisasjoner. Forskning viser at det er en viktig

kilde for informasjon, men også at det er her de ansatte først får informasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Kommunikasjon er basisprosesser i organisasjoner, det danner grunnlag for læring og beslutninger, det skaper mening og samhold, det kan sammenliknes med limet, eller livsnerven, som holder organisasjonen sammen (Grenness, 2009; Jacobsen og Thorsvik, 2013). For at mennesker skal klare å tilpasse seg hverandre ligger en ubetinget forutsetning om koordinering. «Jo sterkere behovet for koordinering er, desto sterkere blir også behovet for kommunikasjon» (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 278).

Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 280) skriver at «kommunikasjonen i organisasjoner kan defineres som en kontinuerlig prosess hvor medlemmene opprettholder og forandrer organisasjonen gjennom å kommunisere med individer og grupper av mennesker både internt og eksternt».

Kommunikasjon favner også evnen til å lytte slik at samstemthet og empati ligger som grunnelementer i samhandlingen. Kommunikasjon omhandler ikke bare rene fakta, men også følelser er et element i kommunikasjonsprosesser (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

### ***2.3 Profesjonssosiologi***

Legevitenskapen har lang historisk tradisjon. Fra forhistorisk tid hvor legevitenskapen bygde på tro, magi og tidligere erfaringer, endret dette seg i tekster av Hippokrates allerede omkring 400 år før vår tid (Braut, 2017). Hippokrates, også kjent som legekunstens far, mente allerede på den tid at legevitenskapen måtte bygge på observasjoner og ikke på tro, og la med det grunnlaget for den årsak-virkningstenkingen som dagens legevitenskap bygger på.

Sykepleierne har også lang historisk tradisjon for å utvikle faget som en egen profesjon, men er i forhold til legevitenskapen som ungdom å benevne. Sykepleiernes profesjonshistorie går tilbake til år 1859 hvor den britiske sykepleieren Florence Nightingale, verdensberømt for sitt arbeid under Krimkrigen, etablerte den første skolen for sykepleiere ved St. Thomas i London (Kirkevold, 2014). Det har gjennom årenes løp utviklet seg et sterkt vitenskapelig og forskningsmessig sykepleiefaglig ståsted som bygger på en fenomenologisk og livsfilosofisk tilnærming.

I sykehusene har det tradisjonelt sett vært legene, med sin evidensbaserte tilnærming, som har vært de sentrale lederne. Berg (2016) omtaler det tidligere tungt pregede legestyrte sykehuset som «medikratiet», hvor organisasjoner skulle tilpasses legenes behov, i regi av legen. Karl Evang (1902-1981), helsedirektør gjennom mange år, arbeidet sterkt for å opprettholde medikratiet og legenes posisjon i sykehusene (Berg, 2016).

Med sykehusloven (19. juni 1969) vokste det imidlertid fram et behov for administrativ støtte i sykehusene, og fylkeskommunens overtakelse i 1976 forsterket behovet. Dette førte til at sykehusene ble mer komplekse organisasjoner, og ble starten på at også andre yrkesgrupper enn leger, i hovedsak sykepleiere, fikk viktigere lederroller (Berg, 2016).

I dagligtalen omtales ledelse og administrasjon oftest om hverandre, og det kan være vrient og skille på hva som kjennetegner hva. I sykehuset er det slik at lederne utfører både ledelse og administrasjon, og så lenge begge deler av lederskapet ivaretas er det ingen utfordringer knyttet til utøvelsen av rollen. Dersom lederen derimot vektlegger ledelse mer enn administrasjon, eller omvendt, kan det oppstå ubalanse i lederskapet som får konsekvenser for flere enn rolleinnhaver.

Årdal (2017) fant i sin studie en slik ubalanse ved at sykepleieledere ser mer helheten og er mer personalrettet, mens legeledere egentlig ikke er interessert i «selve ledelsen», men er opptatt av å ha makten. For legene i den studien handlet ledelse om drift og andre tekniske oppgaver, og at de ikke vil ledes av andre.

Tidligere var det mer vanlig å skille mellom ledelse og administrasjon som to adskilte lederfunksjoner. Ledelse på den ene siden, som kan være å formulere og vedta strategier, og administrasjon på den andre siden, som er å utføre disse (Jacobsen og Thorsvik, 2013). I rollen som leder er det viktig å være bevisst denne todelingen av lederskapet selv om det i nyere forskning anses som to sider av samme sak. For å lykkes som leder må man både kunne lede og administrere (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Yrkesutdanning i form av fag er ikke lengere i seg selv nok til å lede innenfor spesialisthelsetjenesten, og de nasjonale lederkravene (Nasjonale ledelsesutvikling, 2012) om å være ansvarlig, helhetstenkende og samarbeidsorientert blir ansett som viktig i denne enhetlige ledermodellen.

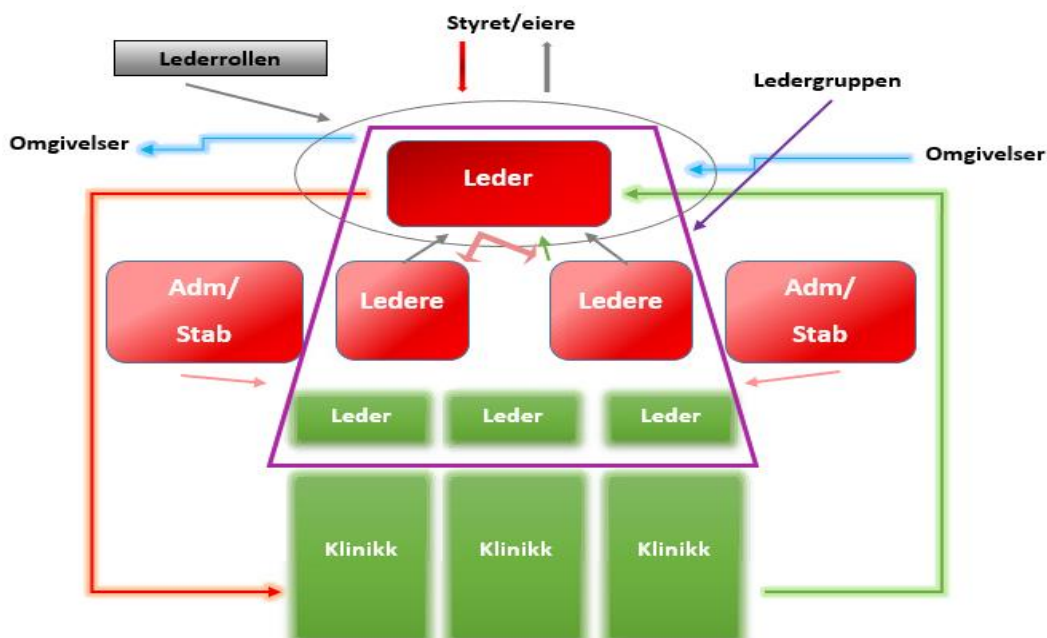


## 2.4 Ledelse

I dette kapitlet, kjernen i vår teoretiske oppbygning, presenteres ledelse fra noen ulike teoretiske perspektiver. Disse gir en oversikt over de landskap, og da også de begrensninger, vi vil diskutere ledelse innenfor senere i oppgaven (kapittel 5).

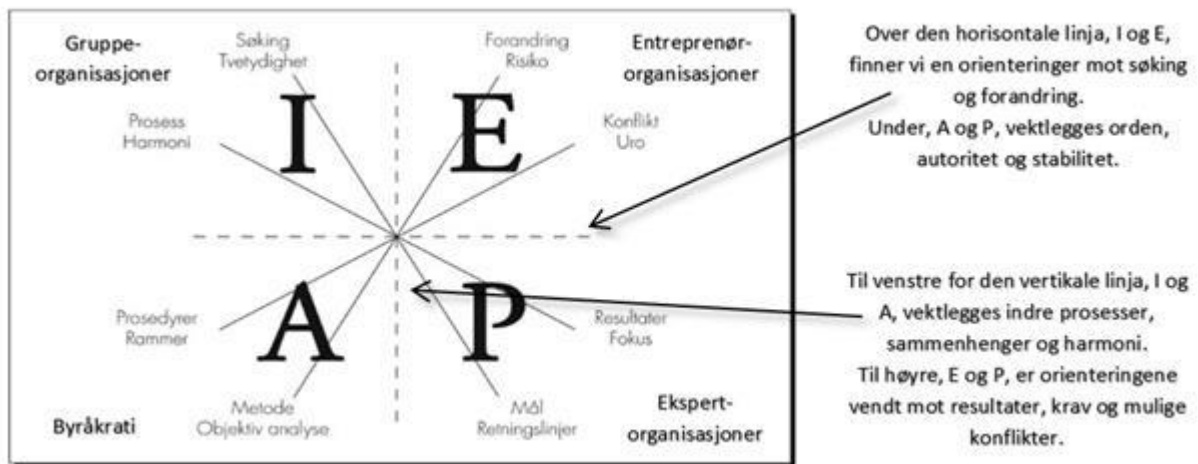
### 2.4.1 Lederrollen

Klinisk ledelse, også omtalt som mellomledelse, både i Norge og andre land, innebærer i stor grad å sette helsepolitisk styring ut i livet (Berg, 2016). Man kan med dette si at helselederrollen representerer mer sosiologi enn personlighet. Av figur 4 kan vi også se at ledelse er hierarkisk oppbygd, altså en virksomhet som går ovenfra og ned. Berg (2016) beskriver to ledelsesperspektiver hvorav den ene omtales som teknokratisk-, transaksjons- eller kontraktsledelse, hvor hierarkiet råder og makt gir rett. Den andre teorien omtales som et mer kunstnerisk lederskap, hvor hierarkiet har en mindre form og ledelsesperspektivet omtales som en ekte dialog. Den dialogiske formen for ledelse innebærer å forsøke å mobilisere medarbeiderne til medlederskap og ledergrupper til kollektivisering av ledelsen. Dette kan videre gi en ide om at organisasjoner kan klare seg helt uten hierarkier og formelle ledere.



Figur 4: Lederrollen/helselederrollen (Berg 2016)

Forventninger av ulike karakterer påvirker også lederadferden, og de forventninger lederen kjenner som sterkest og nærmest påvirker sannsynligvis hvordan lederen prioriterer sine lederoppgaver.



Figur 5: *Quinns kart med inspirasjon fra Torodd Strand (Strand 2007)*

Strand (2007) skriver at ledelse kan forstås i en sammenheng hvor en serie faktorer påvirker ledelse og danner sammenhenger. Videre deles organisasjoner inn i fire ulike typer (Figur 5), byråkrati (A), ekspertorganisasjoner (P), entreprenørorganisasjoner (E) og gruppeorganisasjoner (I). Disse fire grunntypene byr på forskjellige vilkår for ledelse. Standardrollene er lett å kjenne igjen på bakgrunn av grunnleggende organisatoriske trekk.

Byråkratier har formell autoritet på toppen, de har ofte stor grad av spesialisering, flere nivåer, og er i behov av de nedfelte reglene. Her leder den stødige administratoren som er både erfaren og regelkyndig.

Gruppeorganiseringen innehar liten formell ledelse. Det etableres konsensus, eller flertallsbeslutning, og medlemmene innretter seg etter et kollektivt press. Lederen er ofte den som bidrar til å holde gruppen sammen.

Entreprenørorganisasjoner preges ikke av fast struktur, og belønningen og utfordringene ligger i de mulighetene eller de truslene som foreligger organisasjonen. Denne lederen fremsettes som en uformell, men personlig, utadvendt, energisk og iverksetter leder. Entreprenøren kan komme på kollisjonskurs med byråkraten på bakgrunn av svært motsettede innretninger.

Ekspertorganisasjoner preges av at posisjoner ofte baserer seg på yrkesmessig status og erfaring. Arbeidstakerne er rekruttert på bakgrunn av sin dokumenterte fagkompetanse, og deres ekspertkunnskaper og de faglige aksepterte normene er det som styrer arbeid og

samordning. Ledelse bygger på den faglig autoritet. Lederen, produsenten, er ofte den erfarne og vel ansette fagpersonen.

Sykehusenes kompleksitet innordnes under ekspertorganisasjoner med en produsent som leder. Organisasjonen må levere noe som omverdenen etterspør, og man må gå i økonomisk overskudd eller balanse. Måloppnåelse, effektivitet, kvalitet og sterk kontroll er faktorer som påvirker ledere i slike organisasjoner (Strand, 2007).

#### ***2.4.2 Kunnskapsledelse og kvalitet***

Ansatte i ekspertorganisasjoner kjennetegnes gjerne med selvstendighet i yrkesutøvelsen, noe som begrunnes med dyp fagkunnskap (Strand, 2007). Dette gjør at oppgavene som utføres i organisasjoner som sykehus, utøves etter gode faglige og etiske innarbeidede regler. Fageksperter vet selv hva som skal gjøres, og også hvordan oppgavene skal løses, uten at de styres av sin leder. De har ikke behov for å bli detaljstyrt med oppgaver, instruksjoner og mål, og ønsker det heller ikke. De gjør det de kan, og det de er gode til, noe som også kan overføres til godt lederskap (Strand, 2007, s.73).

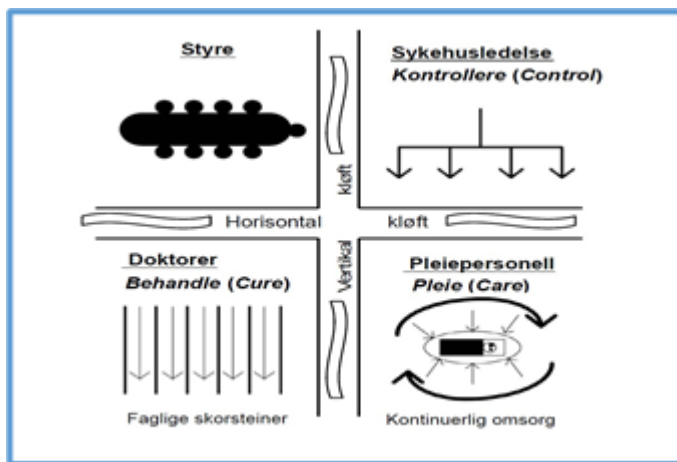
Sykehusansatte tilhører profesjoner de identifiserer seg sterkt med. Grund (2006) sier at «Lojaliteten til egen profesjon og egen karriere er større enn lojaliteten til arbeidsgiveren». Kunnskapsarbeidere må motiveres og inspireres, og kan i liten grad kommanderes. Det er også ofte slik at en kunnskapsbedrift, som et sykehus, er mer avhengig av sine kunnskapsarbeidere, enn omvendt. Dette skaper spesielle utfordringer for ledere i kunnskapsbedrifter (Grund, 2006). Balanse i forhold til lojalitet overfor kollegaer eller organisasjonen kan settes på prøve. Det anses som viktig at lederen i ekspertorganisasjoner innehar god faglig legitimitet og dermed også kan fagliggjøre begrunnelser for endringer og avgjørelser (Strand, 2007). Det kan oppleves utfordrende å lede i sykehus på bakgrunn av disse autonome profesjonene som ikke vil styres. I tillegg er det utfordringer ved at faget utvikles, teknologien endres og ikke minst endringer i krav fra brukerne av helsetjenester (Nyland, 2016).

I vår oppgave definerer vi kvalitet inn under kunnskapsledelse. Ledelse av kvalitet ble 1. januar 2017 iverksatt i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten» (2016). Nasjonal strategi for god kvalitet er trygge, sikre og virkningsfulle tjenester. De er kontinuerlige og samordnet, og preges av at ressursene brukes på en god måte. I tillegg involverer kvalitetstjenester brukerne, noe som gir dem mulighet til innflytelse. Kvalitet i tjenestene fremkommer i lovdata som et ledelsesansvar.

### 2.4.3 Hybridledelse

Fra bilindustrien er hybridisering et kjent fenomen, hvor bilen både har en bensin- og en elektrisk motor. Innenfor ledelsesteorien fremsatte professor Inger Johanne Pettersen (2016 a), på en forelesning i vårt MBA-studie, at hybridisering kan være når man går ut av sin rolle som sykepleier eller lege og inn i lederrollen. Med dette utdypet hun hybridisering av roller, og lurte på om vi kan si at vi uøver hybridledelse når rollene som kliniker og leder smelter sammen (Pettersen, 2016 b).

Hybridledelse kan også beskrives ut fra Glouberman og Mintzbergs modell (figur 6), som i den nasjonale plattformen for ledelse (Nasjonale ledelsesutvikling, 2012, s. 26) beskriver spesialisthelsetjenesten som fire helt ulike verdener; styret, ledelsen, medisinen og pleie.



Figur 6: Glouberman og Mintzbergs modell «spesialisthelsetjenestens fire ulike verdener»

Mellom de ulike verdenene oppstår horisontale og vertikale kløfter som kan anses som en billedlig framstilling av hybridledelse ved å forsøke å forene disse fire ulike stedene.

### 2.4.4 Relasjonsledelse

Økende grad av kompleksitet og endringstakt, sammen med høy oppmerksomhet på innovasjon, kreativitet og kontinuerlig endring, utøver et ytre press på den indre organisasjonen. Dette gjør at vår samhandlingskompetanse får økt betydning. «Kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføringer er grunnleggende sosiale mekanismer knyttet til vår samhandlingskompetanse» (Johannessen og Olsen, 2013, s. 155). Relasjonsbygging og nettverksbygging spiller en viktig rolle i vår samhandling. Samhandlingskompetansens

funksjon er å sette hver av oss i stand, på best mulig måte, til å klare oss i ulike sosiale sammenhenger (Johannessen og Olsen, 2013).

Der ledelse foregår er det alltid et samspill mellom mennesker. I teoretisk relasjonsledelse skiller man mellom administrasjon og ledelse, hvor ledelse handler om samhandlingsforhold mellom mennesker og administrasjon omhandler økonomi, strategi og andre systemer som må tas i bruk for at organisasjonen skal fungere (Spurkeland, 2017). Spurkeland (2017) skriver at noen fagmiljøer ikke har opplevd relasjonsledelse da deres forsøk på å forklare begrepet omhandler fagledelse og administrasjon. «Relasjonsledelse handler bare om å påvirke menneskene i organisasjonen» (Spurkeland, 2017, s. 26), noe som krever genuin interesse for forholdene som oppstår mellom mennesker. Det kreves en helt annen innsikt og holdning å lede mennesker framfor å lede økonomi og teknikk. Spurkeland (2017) omtaler dette som det «etiske credo», hvor grunnholdningen handler om en forpliktelse til å ikke skade andre mennesker.

Der mennesker samhandler må det også være en form for tillit (Spurkeland, 2017). Tillit er en overordnet dimensjon som letter samarbeidsforholdene og skaper et handlingsrom som gir muligheter. Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på (Luhmann, 1979). Å ha tillit til noen medfører ofte en overføring av makt til å handle på mine vegner, til mitt beste.

## **2.5 Oppsummering**

Teoriene vi har presentert representerer en generalisering og forenkling. Den viser likevel kompleksiteten i hva som påvirker mellomlederen både med ytre press og pålegg, men også presset fra ulike lag innad i organisasjonen og mellom mennesker i de ulike rollene. Når vi nå ser videre på oppgavens tema, hvordan to ulike profesjoner samarbeider i en ekspertorganisasjon, er det med bakgrunn i denne kompleksiteten.

### **3.0 Metode**

I dette kapitlet redegjør vi for vitenskapsteoretisk ståsted og metodene vi har brukt for å samle inn empirisk datamateriale. Vi beskriver hvordan spørreundersøkelse, fokusgruppeintervju og utvalg er gjennomført, samt beskriver tanker rundt validitet og reliabilitet av studien. Avslutningsvis presenterer vi frafallsanalyse og refleksjoner omkring metodekritikk.

#### ***3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted***

Forskerrollen kan forstås som en tilskuerrolle, hvor virkeligheten slår sprekker for å kunne skape ny innsikt, «avsløre den sanne beskaffenhet» (Nyeng, 2012). Som forskere har vi en bakgrunnsforståelse, faglig og personlig, som vi mer eller mindre bevisst tar med oss inn i våre fortolkninger av verden omkring oss (fortolkningslære).

Vi er begge sykepleiere og har ulike erfaringer som mellomledere. På bakgrunn av vår utdanning og erfaringer vil vår forforståelse prege hvordan vi tolker og vektlegger de svarene vi får. Vi tolker respondentenes og informantenes meninger, og vi kan derfor ikke si at det som fremkommer er fakta. Det er våre fortolkninger som framkommer i analysen og konklusjonene, et hermeneutisk vitenskapelig ståsted.

Sann kunnskap er vitenskapens særegne oppgave. Ontologi betyr «Læren om det værende», det som eksisterer (Nyeng, 2012), og handler om grunnleggende antakelser om hvordan verden ser ut (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

Hvordan man skaffer seg kunnskap om virkeligheten, «læren om kunnskap», omtales også som epistemologi (Nyeng, 2012; Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

#### ***3.2 Forskningsdesign***

Vi studerer hvordan mellomledere i UNN selv mener de samarbeider. Vi vil også undersøke om vi finner forskjeller mellom sykepleieledere og legeledere. Vi finner det hensiktsmessig å bruke et undersøkelsesdesign som bygger på både kvantitativ metode, i form av en spørreundersøkelse, og kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016) i form av et fokusgruppeintervju. I tillegg gjør vi en liten dokumentstudie.

Vi har en antakelse om at manglende samarbeid mellom ledere kan få betydning for pasienten. Vi undersøker derfor meningene til mellomledere i somatikken ved UNN. Vårt design vil gi oss innsikt i om våre antakelser stemmer overens med de data vi får inn (Dahlum, 2018).

Det var hensiktsmessig å benytte spørreundersøkelse i vår datainnsamling. Svarene fra spørreundersøkelsen gav noen interessante funn som vi ønsket å studere nærmere. Vi valgte derfor å gjennomføre et fokusgruppeintervju knyttet til et av hovedfunnene fra spørreundersøkelsen.

Vi har begge lang erfaring fra UNN. Egne erfaringer og informasjon vi har fått gjennom samtaler med kollegaer på bakgrunn av oppgavens problemstilling brukes også i oppgaven. Det vi bruker av slike innspill i teksten vil ikke kunne identifiseres til enkeltpersoner.

Studien vår kan omtales som en tverrsnittsundersøkelse. Med det menes at informasjonen som fremkommer er hentet fra et gitt tidspunkt, og gir et øyeblikksbilde over fenomenet vi ønsker å studere (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

### ***3.3 Kvantitativ metode***

Vi ønsker å samle inn en større datamengde og skaffe breddekunnskap omkring problemstillingen, derfor er kvantitativ metode best egnet.

Kvantitativ metode omtales i Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016) som tallenes tale. Kvantitativ metode kjennetegnes ved at dataene fremkommer i en form som gjør at vi kan telle dem. Vi vil analysere dataene ved hjelp av tallmessig beskrivelser, noe som gjør at informasjonen kan formes til målbare enheter som muliggjør statistiske beregninger.

De enheter vi undersøker er våre respondenter og da også mellomlederne i den somatiske delen ved UNN. Det som videre undersøkes er legeledernes og sykepleieledernes meninger om spørsmålene i undersøkelsen.

Spørreskjemaet er utarbeidet og sortert i tråd med kjent teori og omhandler de teoretiske kategoriene vi har valgt i kapittel 2. Dette er gjort for å opparbeide validitet til de funnene vi gjør, og videre vil presentere i kapittel 4 (empiri).

#### ***3.3.1 Spørreundersøkelse***

For å gjennomføre spørreundersøkelsen sendte vi melding til NSD (Norsk senter for forskningsdata) (Vedlegg 1) for godkjenning av vår forskning, samt en søknad til Fag- og forskningssjefen på UNN (Vedlegg 2).

Vi har valgt å bruke et semistrukturert spørreskjema (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016) hvor vi har benyttet både prekodete og åpne spørsmål (Vedlegg 3). De fleste spørsmålene er prekodete, stilt på en slik måte at respondentene kan gradere svarene sine på litt ulike måter. To av spørsmålene er åpne, slik at respondenten får anledning til å skrive med egne ord hva de selv gjør for å samarbeide, og hva respondentene mener vanskeliggjør samarbeid. Disse svarene vises som sitater gjennom hele kapittel 4. Her åpner vi opp for tilleggsinformasjon som vi på forhånd ikke har tatt høyde for, og som kan være viktige bidrag til vår studie.

### ***3.3.2 «If you can't count it, it doesn't count»***

Vi sendte ut spørreundersøkelsen i form av questback til alle sykepleier- og legeledere som er mellomledere i den somatiske delen av UNN. Her inkluderer både Narvik, Harstad og Tromsø.

Det skulle vise seg å være utfordringer knyttet til å finne oversikten på de respondentene vi ønsket å nå. Vi fikk imidlertid anledning til å bruke påmeldingslista for ledersamlinga 2018, hvor vi fant e-postadressene til de vi ønsket å invitere til deltakelse i spørreundersøkelsen.

Etter visse justeringer hadde vi 168 navn som vi sendte vår questback til. Av disse viste det seg at 24 av de som responderte hadde annen profesjon enn vår målgruppe, slik at vår undersøkelse utgår fra de 144 personene som vi kan finne er hele populasjonene av sykepleie- og legeledere i somatikken.

På lederkonferansen for ledere i UNN 2018 oppfordret møteleder mellomledere i salen til å svare på vår questback som ble utsendt samme dag som samlingen var avholdt. I presentasjonen av empirien vil vi kun bruke prosentfordeling når det gjelder svaralternativ. Årsaken er at vi ikke har grunnlag for å utarbeide mer sofistikerte statistiske analyser (Vedlegg 4: Frekvenstabeller for alle svar/spørsmål).



### 3.3.3 Bakgrunnsinformasjon om respondentene

Respondentenes bakgrunnsinformasjon, hentet fra spørreundersøkelsen, er fremstilt i tabell 1. Denne viser hvordan sykepleie- og legelederne fordeler seg i forhold til antall respondenter, alder, ledelsesnivå og hvor lenge de har jobbet som ledere.

	<b>Sykepleier</b>	<b>Lege</b>
<b>Antall som fikk Questback / % av hele populasjonen (144)</b>	102 / 71%	42 / 29%
<b>Antall svar / svarprosent av egen profesjon</b>	64 / 63%	17 / 40%
<b>Svarprosent av total svarprosent på 56,5%, 81 svar</b>	79%	21%
<b>Alder 20-39</b>	27 %	0
<b>Alder 40-49</b>	34,9 %	17,6 %
<b>Alder 50-59</b>	30,2 %	58,8 %
<b>Alder 60-79</b>	7,9 %	23,5 %
<b>Enhetsleder</b>	29,7 %	0
<b>Seksjonsleder</b>	37,5 %	62,5 %
<b>Avdelingsleder</b>	21,9 %	25 %
<b>Annet</b>	10,9 %	12,5 %
<b>Jobbet som leder &lt;2 år</b>	14,1 %	5,9 %
<b>Jobbet som leder 2-5 år</b>	31,3 %	41,2 %
<b>Jobbet som leder 6-10 år</b>	21,9 %	17,6 %
<b>Jobbet som leder 11-20 år</b>	20,3 %	23,5 %
<b>Jobbet som leder over 20 år</b>	12,5 %	11,8 %

Tabell 1: Respondentenes bakgrunnsinformasjon

Oversikten viser at sykepleielederne i snitt er yngre enn legelederne. Over 60 prosent av sykepleierne er under 50 år, mens for legene viser tallet det motsatte ved at over 80 prosent av legene er over 50 år. Ingen av legelederne er under 40 år.

Sykepleierne jobber på alle ledernivåene, med en hovedvekt på seksjonsledernivå. Blant legene er det ingen enhetsledere. Legene er altså ledere på høyere nivå enn sykepleierne.

Det er en noe lavere prosentandel av legene som har vært ledere under to år. Årsaken kan være at mengden sykepleieledere er relativt stor i forhold til legelederne, og at det derfor kan være en større utskifting av sykepleieledere.

### 3.4 Kvalitativ metode

Vi ønsker å tolke hva som ligger bak tallene fra questbacken. Derfor bruker vi også kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi er en tilnærming på bruken av kvalitativ metode, og ordet fenomenologi betyr «læren om fenomenene» (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). I fenomenologien vektlegges menneskenes opplevelse og forståelse, «.. å få frem *den levde erfaringen*» (Nyeng, 2012, s. 33), fremfor forklaring på hvordan ting egentlig henger sammen. Hver enkelt person påvirkes av sin bakgrunn og sine interesser, som

videre gjør at forskjellige mennesker kan ha helt forskjellige opplevelser av samme fenomen (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

Vi gjennomførte et fokusgruppeintervju for å gå i dybden på funnene fra empirien (Nyeng, 2012). Intervju betegnes som en kvalitativ metode.

I motsetning til kvantitativ metode, som er opptatt av hvilke tall som fremkommer, så betegner Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016) kvalitativ metode som tekstenes tale. Vi bruker denne metoden for å forstå et fenomen og ikke for å få et entydig svar på hvordan ting er.

### ***3.4.1 Fokusgruppeintervju***

Etter at questbacken var gjennomført ønsket vi å finne ut mer om hva som lå bak tallene. Vi gjennomførte derfor et gruppeintervju som en åpen gruppesamtale (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). Vi hadde forberedt noen få spørsmål (Vedlegg 5) for å fokusere på de temaene vi ønsket å studere nærmere.

Vi gjorde avtale med fire informanter, to legeledere og to sykepleieledere, som deltok i samtalen. Tre av fire oppga å ha svart på spørreundersøkelsen. Informantene var fra tre ulike klinikker, to avdelingsledere, en seksjonsleder og en enhetsleder. Begge forskerne var også tilstede under samtalen.

Det ble gjort lydopptak med to opptakere for å sikre oss mot tekniske problemer. Informantene godkjente bruk av opptaker.

### ***3.5 Dokumentstudie***

Første del av empirikapitlet vil kort fremstille sekundærdata i form av styrings- og strategidokumenter gitt av regjeringen, toppledelsen i HN (Helse Nord) og HF'et. Dette for å sette samhandlingen inn i et helhetlig perspektiv, og legge et ytre grunnlag og forventninger til samarbeid.

Følgende hoveddokumenter er lagt til grunn i studiet:

- Lov om helseforetak m.m
- Nasjonal helse- og sykehusplan
- UNN-boka
- Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak
- Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord 2015-2018
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- UNNs Styresak 5/2017

### **3.6 Frafallsanalyse og metodekritikk**

I en studie må man være sikker på at man måler de riktige tingene, altså undersøker det man ønsker å undersøke (Nyeng, 2012). Vi har sendt en spørreundersøkelse ut til omtrent hele populasjonen av mellomledere i somatikken i UNN, som vi antar kjenner problemet vi etterspør. På bakgrunn av vår grundige utvelgelse av respondenter og at spørsmålene bygger på kjente teorier, samt empiri basert på nøkkelinformanter, antar vi at både reliabiliteten (å måle tingene rett/holdbarhet i data) og validiteten (gyldighet i data) anses som relativt høy.

Totalpopulasjonen av mellomledere i somatikken fordeler seg på 144 personer, hvorav 102 (71%) er sykepleiere og 42 (29%) er leger. Av disse svarte totalt 56,5% på undersøkelsen. 64 av respondentene var sykepleiere mens 17 av respondentene var leger, noe som gir en andel av svarprosenten på 79% sykepleiere og 21% leger. Av totalpopulasjonen gir responsen et tallmessig resultat som viser at 63% av alle sykepleierne svarte, mens 40% av alle legene svarte (se forøvrig tabell 1, s 19).

Vi finner i dette en liten skjevhet i antall svar mellom profesjonene, noe som bidrar til en viss reduksjon av relabiliteten. Likevel fordeler responsen seg relativt likt med totalpopulasjonen av ledere, slik at dette øker troverdigheten av de resultater vi finner.

I et spørreskjema er alternativene ganske lukket, så det vil kunne være svaralternativer som ikke passer helt for respondenten. Dette kan til en viss grad svekke kvaliteten på dataene.

På svar med åpne spørsmål skal vi som analyserer svarene tolke hva som er skrevet. Vi har bearbeidet svarene ut fra vår egen tolkning. Da vi begge har bred bakgrunn som mellomledere i den organisasjonen vi studerer, antar vi at våre analyser gjøres nært praksis og supplerer dataene på en god måte.

I fokusgruppeintervjuet ble det diskutert hva som egentlig ligger i begrepene «sjelden» og «noen ganger», som var svaralternativene i spørreundersøkelsen. Vi ble enig om at de ulike respondentene kan forstå begrepene forskjellig, og vi konkluderte med at denne formuleringen for svaralternativene bør nevnes som en svakhet i studien.

Det er mulig at individuelle intervju, framfor fokusgruppeintervju, ville gitt oss bedre forståelse for temaet vi ønsket å utdype. Det at ikke alle informantene kjenner hverandre kan ha påvirket hvor komfortable de var med å dele egne opplevelser og meninger, og det kan være at de unnlot å fortelle ting de ville fortalt om de ble intervjuet alene. Vi valgte likevel fokusgruppeintervju for å få frem samspillet mellom de profesjonene vi studerer.

## 4.0 Empiri

For å skape sammenheng har vi bygd opp empirikapitlet tilsvarende vårt teorikapittel (figur 7). Data fra fokusgruppeintervjuet vil fremkomme som sitater gjennom teksten, og bygger opp under den kvantitative statistikken. Egne erfaringer vil også fremkomme gjennom tolkninger og kommentarer til intervju og statistikk.

Kapitlet avsluttes med en oppsummering av hovedfunnene, som videre danner grunnlaget for analysen i kapittel 5.



Figur 7: Ramme for oppbygning av empiri

### 4.1 Sykehusenes kompleksitet

Kapitlet innledes med en presentasjon av de ytre rammene gjennom sekundærdata. Videre følger presentasjon og tolkning av de resultatene vi knytter til temaer som omhandler krysspresset og planlegging av drift.

#### 4.1.1 Ytre rammer

På slutten av 90-tallet ble det av Sosial- og helsedepartementet nedsatt et utvalg som skulle se på tiltak som kunne bedre driften av norske sykehus. Et av tiltakene som ble foreslått, og presentert i Norges offentlig utredninger 1997:2 «Pasienten først!», var innføringen av enhetlig ledelse. Som følge av dette ble reformen om enhetlig ledelse i norske sykehus vedtatt med virkning fra januar 2001. Tidligere var det vanlig at leger og sykepleiere ledet sammen. Med enhetlig ledelse er tanken at man bare skal ha én ansvarlig leder for hver organisatoriske enhet i sykehuset, for å etablere klare ansvarsforhold.

Gjennom diskusjoner i forbindelse med studien fikk vi en kommentar om at det kanskje var bedre om profesjonene hadde to ulike linjer, en linje med sykepleieledere og egen sykepleiedirektør på toppen, og en linje med legeledere som har egen legedirektør på toppen. Lederen begrunner dette videre med at *«leger og sykepleiere ikke kan forstå hverandre ordentlig»*.

Selv om det på papiret kan se ut til at vi har innført enhetlig ledelse ved UNN har altså noen respondenter vist til organisering av legetjenesten, og mener at den er organisert utenfor linjen til sykepleierne i klinikken;

*«Organisering, legetjenesten er organisert utenfor linjen til sykepleierne i klinikken».*

Av dette tolker vi at det ligger uklare forventninger til hvordan enhetlig ledelse skal utøves, og videre tenker vi at det gir et vanskelig utgangspunkt for både vertikal og horisontal ledelse i komplekse organisasjoner.

Gjennom Regjeringens helse- og sykehusplan legges grunnlaget for utvikling av sykehusene. Med helseforetaksreformen fremkom to hovedelementer (Ot. prp. nr. 66, 2000-2001); Det ene var statens overtakelse av eieransvaret for spesialisthelsetjenesten, og det andre var organiseringen av virksomhetene som helseforetak.

Dette fikk store konsekvenser for sykehusene, og kanskje i stor grad lokalsykehusene som gikk fra stedlig ledelse til klinikkstrukturer, hvor toppledelsen hadde sitt hovedsete i de store sykehusene, spesialsykehusene. Sykehusene i samme foretak skulle arbeide i team og dele kompetanse. Kravene til kvalitet skulle opprettholdes, men rollene og oppgavene ville kunne endres.

Med dette som bakgrunn fikk altså helseforetaksreformen (2000-2001) konsekvenser som fortsatt oppleves sterke den dag i dag, både knyttet til klinikkstrukturer og fravær av stedlig ledelse ved de lokale sykehusene tilhørende UNN. I en artikkel hvor et av sykehusene i UNN har nedslagsfelt, fant vi nylig klinikkstruktur som en het potet; *«Så igjen overkjøres lokal ledelse og ytterligere viser hvor utrolig uhensiktsmessig klinikkmodellen er for et sykehus som vårt»* (Valle, 2018). Videre i samme artikkel vises det til at de økonomiske utfordringene ser ut til å prioriteres framfor den faglige kvaliteten.

Samarbeidsevner er en del av kravene i «Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak» (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012). Tendensene kommer fra Storbritannia hvor det har vært arbeidet med å få til et rammeverk som er praktisk rettet for å beskrive lederkompetansen hvor

«Working with others» er lagt i sentrum av lederkravene på linje med «improving the service» og «managing the service» (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012).

I 2015 vedtok HN «Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord 2015-2018». I dette vedtaket ble det fastslått at det skulle legges vekt på at ledelse skal utøves i lederteam. Det var også beskrevet at gode lederteam i HN skal ha kunnskapsbasert lederkompetanse i henhold til lederkravene (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012).

I heftet «Helse Nords kulturverdier – vår felles verdiplattform» (Helse Nord RHF, u.å.) er det kort beskrevet hva som ligger i lederskap og ledelse i HN, og også hva som ligger som krav til medarbeiderskap. Det fremkommer blant annet at arbeidsplassen bør ha felles regler som alle respekterer og forholder seg til, og at det vektlegges en «vi-følelse», samtidig med at den enkelte ansatte reflekterer over «mitt bidrag inn i fellesskapet».

UNN har aktivt brukt organisasjons- og strukturendringer som viktige tiltak for å møte utfordringer. Klinikkorganisering er innført, små enheter er slått sammen for å oppnå større og færre enheter. Behandling er bevisst snudd fra døgn til dag, og virksomheter er forsøkt samlet på færre lokalisasjoner. Dette ble gjort som et ledd i å møte økonomiske resultat- og målkrav (UNN styresak 5/2017).

Vårt felles oppdrag som medarbeider ved UNN er spesifikt; «*Vi skal hver for oss – og sammen, i alt vi gjør, bidra til å virkeliggjøre visjonen om å gi den beste pasientbehandling*» (UNN-boka, 2016). Verdien; kvalitet, trygghet, respekt og omsorg forventes å ligge til grunn for det vi som medarbeidere foretar oss i organisasjonen hvorav det legger et grunnlag for ønsket kultur, holdninger og adferd.

Tidligere administrerende direktør ved UNN, Tor Ingebrigtsen, har skrevet at god samhandling kreves for pasientenes del, for å klare å behandle flere pasienter i fremtiden og for å klare å skape rom for nyinvesteringer til sykehuset i sin helhet (UNN-boka, 2016). UNN har også samhandling som en tydelig strategisk hovedretning. Som underordnet mål fremkommer medarbeidernes ansvar om å skape resultatene også gjennom å holde fokus på samarbeid.

Med logoen «*vi bryr oss – sammen tar vi ansvar*», gir også UNN signaler til samfunnet om organisasjonens fellesskap.

Flere dokumenter legger altså vekt på at samarbeid er en viktig egenskap som man som leder skal mestre. Organisasjonenes krav og økonomiske forventninger kommer som pålegg ovenfra, dette skal man som leder innfri. I tillegg utsettes man for press nedenfra, for å ivareta de ansattes fagsterke interesser. Mellomleder skal samarbeide både vertikalt i egen lederlinje, samtidig som man skal samarbeide godt i de horisontale lederlinjene (Berg, 2016).

#### **4.1.2 Kryssplass**

Vi spurte hvordan mellomledere opplever at de samarbeider med andre ledere. Omkring 70 prosent av sykepleie- og legeledere svarer at de samarbeider i «stor» eller «meget stor» grad med ledere av annen profesjon. De aller fleste svarer også at det er viktig å samarbeide godt med ledere av annen profesjon. Likevel fremkommer svar som maler en annen sannhet når vi spør om noen opplever at samarbeidsproblemer kan påvirke pasientene i noen grad.

På utsagnet «Jeg opplever at samarbeidsproblemer medfører at pasientene har fått utsatt sin behandling» ble respondentene bedt om å gradere svarene fra «aldri» til «alltid». Overraskende mange svarer at pasientene kan påvirkes i varierende grad på bakgrunn av samarbeidsproblemer. Hver tiende sykepleier svarer at pasientene «ofte» får utsatt sin behandling på grunn av samarbeidsproblemer, og over 40 prosent svarer at pasientene får utsatt sin behandling «noen ganger». Totalt svarer altså halvparten av sykepleierne at samarbeidsproblemer påvirker pasientene i varierende grad. Hos legene får man et enda høyere tall. Totalt svarer nesten 60 prosent av legene at pasientene kan oppleve utsettelse av behandling på grunn av samarbeidsproblemer.

I fokusgruppeintervjuet har informantene noen kommentarer omkring dette med samarbeidsproblemer knyttet til pasientforløp. Lege 1 svarer at han mener pasientene ikke påvirkes direkte;

*«Jeg synes ikke vårt samarbeid har noe med det å gjøre egentlig, med hensyn til om når pasientene blir behandlet».*

Senere i intervjuet vises det likevel til flere eksempler, blant annet at dårlig kommunikasjon gjorde at en operasjonsstue ble stående ledig i 3 timer;

*«...hvilket jo er en katastrofe med de ventetidene vi har. Så det var en ren kommunikasjonsbrist, så samarbeidsproblemer medfører at pasienten har fått utsatt sin behandling, det kan man godt si at det er et eksempel på det, konkret» (Lege 1).*

De to sykepleielederne i fokusgruppeintervjuet er helt enige i at pasienter blir utsatt på grunn av dårlig samarbeid. De forteller om sin erfaring med at tjenesteplanene planlegges for dårlig på legesiden, og at endringer i disse ikke kommuniseres videre i tide. De har begge flere

eksempler som fører til at pasienter får utsatt oppstart av behandling. De nevner både dårlig kommunikasjon og dårlig samarbeid;

*« ..... samarbeid tenker jeg mer at det er, eller dårlig planlegging, alt etter hvordan du ser på det, ja.....og da er det jo mellom legeleder og sykepleieleder informasjonen ikke kommer, ikke sant, som gjør at de her tingene skjer, og det handler om at pasientene blir flyttet eller får utsatt timene sine» (Sykepleier 2).*

Sykepleier 1 er enig og kommenterer at det ender med kansellering av timer hvorpå sykepleier 2 igjen svarer; *«Ja, det er det mye av»*. Sykepleier 1 forklarer noen av grunnene til kanselleringer; *«Ja. Fordi de skal på kurs, legene skal på kurs, eller, ja bort eller»*. Vi forstår det som at dette er noe sykepleielederne opplever ofte, og det utfordrer dem.

Respondentene i spørreundersøkelsen ble også spurt om de opplever at pasientene kan få feil behandling på grunn av samarbeidsproblemer. Igjen overrasker det oss at nesten hver tredje sykepleier svarer at pasientene «noen ganger» kan oppleve å få feil behandling som følge av samarbeidsproblemer. Enda flere leger, 43,8 prosent, svarer at pasientene kan få feil behandling. De fleste respondentene krysser av for alternativene «sjelden» eller «aldri», men kun 14,3 prosent av sykepleierne har funnet det rett å svare at det «aldri» skjer at pasientene kan få feil behandling.

Studien viser at mange opplever at pasienter kan få feil behandling på grunn av dårlig samarbeid. Undersøkelsen sier derimot ingenting om hvilke feil det kan dreie seg om. I fokusgruppeintervjuet forsøker vi å komme nærmere en forståelse av dette.

Ingen av informantene i fokusgruppeintervjuet har klare meninger om hvilke feil pasientene utsettes for; *«Det kan jeg slettes ikke forstå. Jeg synes man må gå ut å spørre hva er det, man må ha eksempler på hva det her er for noen ting, så man kan forstå det her bedre» (Lege 1)*. Sykepleier 2 uttaler seg om tallet undersøkelsen har gitt oss; *«Nei, det var høyt»*.

Etter litt dialog i gruppa kommer imidlertid informantene med noen sammenhenger som viser hva de tenker kan ligge i tallene omkring feilbehandling;

*«Det spørres hva man legger i begrepet feilbehandling, det kan jo være helt ned til feil doseringstidspunkt for et medikament etc. En gjengangerfeil er jo uklarhet på kurven og medikamentforordninger, særlig når dette gjøres etter visitt-tiden og legen kanskje fysisk sett ikke befinner seg på sengeposten lengre. Ordinasjonen kan da bli gitt per*



*telefon ut fra den tanken at legen kommer opp litt senere og ordner kurveføringen etc. Dette kan da både bli farlig og er til stor frustrasjon for sykepleierne» (Lege 2).*

Lege 2 sier videre;

*«Det har jo ikke vært noe lite problem, når man for eksempel ser på sepsislogistikken, trombolyse ved hjerneslag og tilsvarende behandlinger som må skje innenfor korte, rigide tidsvinduer og så lykkes man ikke fordi vi har for dårlig samhandling mellom enhetene. Så det er mulig at det er slike forhold som ligger bak tallene».*

Selv om lege 1 oppgir å ikke forstå hva som ligger bak tallene gir legen uttrykk for at dette er en utfordring som må tas tak i;

*«Men hvis det her er hvordan folk oppfatter det, så er det jo det man må finne ut av om man kan gjøre noen tiltak for at, enten det er reelt eller det er oppfattelsen så er det jo tydeligvis et behov fordi noen mener, og mange mener at tingene er ikke som de bør være, ellers ville de ikke svart slik».*

Lege 1 sier også at selv om folk oppfatter det (formuleringen i spørsmålsstillingen i undersøkelsen) så er det jo ikke sikkert at det er slik det faktisk er. Oppfattelse og virkelighet er ikke det samme påpeker Lege 1.

UNN oppnår svært gode resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer og i nasjonale kvalitetsregistre. Samtidig finner vi i en styresak (UNN styresak 5/2017) eksempler på feil og mangler som gjør at ansatte påføres dobbeltarbeid og pasientene påføres unødvendige komplikasjoner; medikamenthåndteringsfeil, sykehusinfeksjoner, misforståelser grunnet svikt i pasientadministrative rutiner og mangelfull samordning av arbeidsprosesser.

Det studien viser er gjenkjennbart fra egen arbeidshverdag, og vi tolker disse funn som koordinerings-, kommunikasjons- og samarbeidsutfordringer.

Vi tolker videre at det som gjør det vanskelig å svare på hvorfor vi får disse tallene i spørreundersøkelsen, men ikke finner mer konkret ut av det i fokusgruppeintervjuet, er at det ikke er en enkel forklaring på kompleksiteten i pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Profesjonene har ulike «briller» på seg. De ser hendelser fra ulike perspektiv, med ulike fagkunnskaper. Vi antar at også dette kan være elementer i denne «oppfatningen» som lege 1

peker på, noe som utfordrer de kommunikative egenskapene og evnene mellom fagmiljøer, slik at vi misoppfatter hvorfor hendelsene får de utfallene de får.

I sykehustalen 2017 sa Helseminister Bent Høie at helsetjenesten er, og vil alltid være, en tjeneste med høy risiko, med dramatiske konsekvenser for pasientene. Vi må derfor ha andre krav til sikkerhetsarbeid og åpenhet enn andre samfunnssektorer. Høie oppfordret til åpenhet og at vi måtte være lydhøre overfor de som melder om uønskede hendelser i helsetjenesten.

Vi kjenner til at legene som gruppe har komplikasjonsmøter for å gå gjennom pasienthendelsesforløp som har spesielle utfall, for å lære av disse. En positiv effekt ville kanskje være en tverrfaglig gjennomgang, nettopp for å sikre at alle faggrupper lærer av slike hendelser og ikke minst unngår misoppfattelser. Vi vet at slike tverrfaglige møter gjennomføres med hell i noen deler av organisasjonen, men at det i andre miljøer møter motstand.

Direktør Ingebrigtsen uttalte gjennom kvalitetsarbeidet ved UNN at det motsatte av åpenhet er avsløring, og at kvalitetsarbeid krever åpenhet omkring det som kan gjøres bedre.

Resultatene vi presenterer her gir oss en oppfatning av at pasientbehandlingen kan bli berørt av ulike samarbeidsutfordringer. Vi ønsker å diskutere dette nærmere i kapittel 5.

#### **4.1.3 Planlegging**

Egen erfaring viser at sykepleiere og leger planlegger driften og bruken av personell forskjellig. Vi fant det derfor interessant å undersøke hvor mange som klarer å planlegge driften fire måneder frem i tid, slik det er krav om at man skal på UNN.

På spørsmål om man klarer å langtidsplanlegge driften, er det overveiende flest sykepleiere som svarer at de får dette til. Noen leger planlegger også fire måneder frem i tid, men flertallet svarer at de ikke får det til. Nærmere 45 prosent av sykepleierne klarer i «stor» eller «svært stor» grad å planlegge driften fire måneder frem i tid. Til sammenligning er det nesten like mange leger, i overkant av 40 prosent, som klarer det i «liten» eller «svært liten» grad. Legene og sykepleierne planlegger altså driften ulikt.

Disse svarene er gjenkjennbare, både fra egen drift og gjennom samtaler med andre sykepleieledere. Manglende langtidsplanlegging nevnes ofte som en faktor som gjør samarbeidet vanskelig.

Gjennom fokusgruppeintervjuet får vi også forståelse for at manglende langtidsplanlegging er et problem; «Jeg tror de største utfordringene på [anonymisert avdeling] i hvert fall, er planlegging av..., eller langtidsplanlegging» (Sykepleier 2). Lege 2 spør om det er et

samarbeidsproblem eller et ressursproblem? Begge sykepleierne mener imidlertid helt klart at dette handler om dårlig planlegging; «ressursene er der». Det kommer også frem i flere eksempler at legene er en autonom profesjon som kanskje ikke lar seg styre like lett; «Jeg tror det er mer uenighet i legegruppa om hvem som skal gjøre hva» (Sykepleier 2).

Lege 2 støtter uttalelser om at det er for dårlig planlegging på legesiden knyttet til pasientforløp og oppfølging av behandling;

*«Leger kan være veldig dårlig å planlegge. Hvis du som lege mener at denne pasienten må komme til kontroll på en eller annen poliklinikk, så er det faktisk helt nødvendig at du sørger for at de som skal innkalle pasienten får denne beskjeden i etablerte kanaler som meldingssystemet, brev etc. Noen yngre leger ser ut til å tro at når behovet for kontroll er sagt til en tilfeldig sykepleier på post, ja så ordner alt seg».*

Lege 1 innvender at de er flinke på dette. De har kontroller med kortere intervaller, så de må gi disse beskjedene; «ellers kommer ikke pasienten til kontroll etter en uke». Han får blikk fra de andre informantene som forteller oss at ikke alle er enige i at de er like gode på det. Men de motsier han ikke.

Egne erfaringer som ledere viser også at det ikke bestandig er slik at leger forstår og tar hensyn til hvilke konsekvenser det får for pasienten å utsette en time, eller avlyse en full poliklinisk timebok. Det er andre som får jobben med å finne ny time, sende innkalling, ringe opp pasienten og fortelle om utsettelsen. Det er disse medarbeiderne som møter reaksjonene til pasientene i andre enden av røret, fortvilelsen, aggressiviteten, oppgittheten, redselen. Det skaper merarbeid i flere ledd, og ikke sjelden får en enkel avbestilling dominoeffekt ved at flere pasienter må utsettes for å frigjøre timer til de som har kortere frister for sine timer.

I fokusgruppeintervjuet kom Sykepleier 2 med et eksempel om en pasient som samme dag hadde fått beskjed om utsettelse. Lege 1 uttalte da; «men den skulle jo ikke opereres i dag. Den kan flyttes». Både uttalelsen og måten det ble sagt på understøtter hvordan vi opplever at det er «så enkelt» for legene å bare flytte på pasientene som har fått en time. Sykepleier 2 kommenterer uttalelsen direkte;

*«Ja, den kan flyttes, med det er jo noe med at pasienten må få en ny dato, det er en del arbeid både for den som sitter og gjør dette, og gjelder inntakskontoret samtidig, så det er, ja.....».*

Her nevnes kun merarbeidet som i administrativ form skapes for de sykehusansatte. Som hverdagshistorien innledningsvis forteller, kan slike utsettelse bety mye også for pasienten. Pasientene har sin logistikk som skal planlegges når de har timer eller innleggelser på sykehuset. Alt fra barn, familie, jobb og reise kan for dem være utfordringer som må hensyntas. I tillegg opplever mange pasienter en ikke uvesentlig psykisk påkjenning som kan forsterkes ved utsettelse og endringer.

Igjen viser resultatene at pasientene kan påvirkes av utfordringer i samarbeidet mellom leger og sykepleiere, her gjennom logistikk og planlegging av timer. Dette sammen med at pasientene kan oppleve å få feil behandling (fra 4.1.2) er hovedfunn som blir analysert i kapittel 5.

#### ***4.2 Viktigheten av samarbeid og kommunikasjon mellom ledere***

I denne delen av oppgaven viser vi til data fra studien knyttet til organisasjonsperspektivet. Vi starter med å presentere data og tolkninger knyttet til intraorganisatorisk og horisontalt samarbeid, før vi legger frem resultater og tolkninger som omhandler kommunikasjon og koordinasjon.

##### ***4.2.1 Intraorganisatorisk og horisontalt samarbeid***

UNN er et sykehus med flere lokalisasjoner. Flere respondenter i undersøkelsen svarer at de ikke har stedlig ledelse ved egen lokalisasjon og at de av den grunn kan føle seg tilsidesatt og ikke sett.

I noen sammenhenger kan det virke som man glemmer at det ikke bare er Tromsø som er UNN;

*«Seksjonsledere i min klinikk med tjenestested i Tromsø opplever jeg til tider har et fjernt og uinteressert forhold til mitt sykehus og min seksjon. Det kan på en måte oppleves vanskelig og i noen grad provoserende. Det fremmer ikke godt samarbeide».*

Selv om vi er fusjonert til ett sykehus oppfatter vi at respondentene er tydelige på at samarbeidet ikke alltid er like lett på tvers av lokalisasjonene Narvik, Harstad og Tromsø. Avdelinger, seksjoner eller enheter på alle tre lokalisasjoner, tilhører samme klinikk, men nærmeste leder kan jobbe i Tromsø;

*«Når man ikke så ofte treffer de andre avdelingslederne i [anonymisert avdeling] Tromsø blir det ikke naturlig å ringe og diskutere / få råd i problemstillinger....».*

Studien viser at geografisk avstand, men også opplevelse av avstand innenfor den enkelte lokalisasjon (sykehus), er utfordrende for samarbeid. Dette begrunnes med manglende helhetstenkning og manglende forståelse;

*«Klinikkstrukturen bidrar vel til [på dette lille sykehuset] at mange av oss jobber på hvert vårt hjørne med sidestilte ledere og nærmeste overordnede på annet sykehus».*

Både sykepleiere og leger svarer at sykehusstrukturen gjør at man opplever en stor avstand mellom klinikkene, og det oppleves som man har liten mulighet til å samarbeide på tvers fordi hver enkelt klinikk og avdeling har så mange krav de skal forholde seg til at man ikke har muligheten til å tenke på å hjelpe hverandre.

Begge profesjoner har flere likelydende uttalelser, som for eksempel;

*«At man bare har øye for drift av egen enhet og ikke ser utfordringer som andre også sliter med. De fleste opplever de samme problemstillingene men ikke nødvendigvis på samme tid. At alle tenker og ser kun sitt eget område», eller «Siloorganisering - en er sin «syke mor nærmest»».*

Vi får et inntrykk av at mange krav gjør at lederne må tenke på seg selv og sin egen avdeling;

*«Ledere som kun verner om sitt og ikke ser at de er en del av en større organisasjon som sammen jobber for pasienten».*

Vi opplever også selv, som ledere, at det på tvers av lokalisasjonene kan være utfordrende å planlegge drift. Geografien utfordrer helhetstenkningen. Vi får i vår kliniske hverdag hele tiden påminnelser om at vi må se mot de andre lokalisasjonene. For UNN Tromsø som er så stort, og hvor universitetsfunksjonene finnes, kan det være vanskelig å sette seg inn i hvordan det driftes ved lokalsykehusene. Eksempelvis har man felles ventelister på alle lokalisasjoner. Pasienter som har time på poliklinikk i Tromsø kan få beskjed om at operasjonen vil tilbys ved UNN Harstad på grunn av funksjonsfordeling. Men man vet lite om den reelle ventetida ved UNN Harstad, da det er en annen lokalisasjon som har best kjennskap til det. Vi samarbeider, men allikevel ikke på slike administrative plan, noe som kan føre til at Tromsø informere om en ventetid, mens den reelle ventetida er en helt annen. Dette kan videre oppfattes som rotete og uprofesjonelt både for ansatte, og selvfølgelig også for pasientene.

I fokusgruppeintervjuet poengterer informantene at de opplever forskjeller mellom lokalisasjonene. Informantene mener at man på de mindre sykehusene har mulighet til å hjelpe hverandre mer på tvers av klinikker enn i Tromsø. Grensene mellom de forskjellige spesialitetene oppleves ikke så byråkratisk ved sykehusene i Harstad og Narvik som mellom de store avdelingene i Tromsø;

*«En grunn til at vi har kort liggetid i avdelinga er at det er mye lettere å få gjort tilsyn fra andre avdelinger eller andre sub-spesialiteter innad i avdelinga. Pasientene våre er ofte multisyke og det må gjerne mer enn en spesialist inn i den samlede vurderingen» (Lege 2).*

Økonomi er også et tema som engasjerer respondentene gjennom de åpne spørsmålene. Temaet blir i høyere grad berørt av legene enn sykepleierne, men begge profesjoner har lignende kommentarer om så mange krav og så stram økonomi, at det påvirker samarbeidet;

*«At vi er så fokusert på egen rammer og budsjetter: NPM som forretningsmodell er ikke noe som oppfordrer til samarbeid», og «Suboptimalisering er et utstrakt problem grunnet for sterkt fokus på egne økonomiske resultater. Dette hemmer teamarbeidet som er nødvendig».*

Her skrives også at for mye fokus på økonomi faktisk kan ha negativ innvirkning på pasientene;

*«Sterkt fokus på økonomistyring kan gjøre det vanskelig å oppnå de beste resultatene for pasientene», og «ivaretagelse av den enkelte avdelings behov (måltall og «produksjonsmål», liggetider og ventetider) er ikke sammenfallende med pasienten og vårt behov for tverrfaglig og tverrdisiplinær behandling».*

Vi erfarer også selv at budsjett og økonomi i perioder kan ha svært stort fokus. Dette antar vi er fordi vi ikke klarer å balansere de rammer vi har med etterspørselen på tjenesten på en god nok måte. Det kan oppleves som at NPM krasjer i møtet med kunnskapsrike fageksperter som ikke ønsker å ha økonomispøkelset hengende over seg i møtet med pasientbehandlingen.

Manglende ressurser fikk i fokusgruppeintervjuet en vinkling mot samarbeidsutfordringer. Flere av informantene var enige om at noen avdelinger har ressursproblemer som går utover

muligheten til å samarbeide, og de tenker at dette kan være det som i studien fremkommer som horisontale samarbeidsproblemer. Det pekes på at det ikke bare er viljen til samarbeid det kommer an på, men rett og slett også muligheten på grunn av ytre begrensninger som økonomi;

*«Så på den måten virker det som om vi har samarbeidsproblemer, men det er ikke samarbeidsproblemene som er årsaken til det, det er ressursproblemer på [anonymisert avdeling] som gjør at vi opplever at vi har samarbeidsproblemer med [anonymisert avdeling]» (Lege 1).*

Også ressursproblemer, i form av tid, kan begrense mulighetene for samarbeid;

*«Det er ikke dårlig samarbeid eller dårlig vilje. De er bare ....., de må prioritere sine oppgaver. Vi vet at iblant går de hjem og oppgavene er faktisk ikke gjort» (Lege 1).*

Her snakker legen om at noen ganger har vi så mange oppgaver at vi må prioritere hva som må gjøres først og hva som kan vente. Det at oppgaver ikke utføres handler ikke bare om motvilje mot samarbeid, men også om at tiden ikke alltid strekker til.

En respondent nevner knapphet på tid slik;

*«Knapphet på tid har akkurat samme effekt for pasientene; det oppleves at lederes ryggmargsrefleks noen ganger er å lete etter muligheter for å kunne si at «dette er en annen klinikk sitt problem, ikke mitt!»».*

Noen av respondentene mener at «ledelsen over oss» innvirker negativt på samarbeid. Vi fikk totalt seks svar som omhandler dette i de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen. De mener at ledelsen ikke legger til rette for samarbeid mellom ledernivå; «Det kan av og til virke som om noen oppover i systemene har fått det for seg at samarbeid ikke er noe som skal foregå vertikalt i organisasjonen (da er det ledelse, oftest ovenfra og ned)». Noen kommenterer også at dersom ikke hele «lederlinja» utfører oppgavene sine, så vanskeliggjør det samarbeid; «Manglende oppfølging av arbeidsoppgaver til ledere over».

På spørsmålet om hva man gjør for å samarbeide med andre, er det flere sykepleiere som skriver at de hjelper hverandre med driftsutfordringer på tvers av avdelinger når det er mulighet for det; «tilby hjelp» og «være innstilt på å gi av egne ressurser for å få til gode samarbeidsformer».

De peker også på at det er viktig å se helheten og forstå andres utfordringer, og ikke bare tenke på seg selv. Legene kommenterer dette temaet med kun en kommentar som omfatter å ta kontakt med ledere på andre avdelinger når det gjelder konkrete pasienter.

Vi tror det er viktig å ha forståelse for at profesjoner har ulike veier til målområdet, også i samhandling omkring pasientene. Det er det som gjør oss gode sammen og som bidrar til å gi pasienten den beste behandlingen. Hva som påvirker oss underveis, som budsjett, klinikkstrukturer, «min butikk», min spesialitet, er elementer som vi ledere må forholde oss til. Men det må ikke gjøre at vi mister fokuset på visjonen; «Det er resultatet for pasienten som teller». Vi tolker dette som at det gjensidige avhengighetsforholdet mellom profesjonene fremspilles, og vi antar at dette kan handle om ulike perspektivene mellom profesjonene. Sykepleierne er allerede fra sykepleiestudiet opplært til å sette ting sammen og se helhetsbildet, mens legene i sine studier er opplærte til å se detaljer og enkelthendelser.

Dette kapitlet viser at klinikkstrukturen utfordrer helhetstenkningen og at det er utfordrende å bli ledet på avstand. Dette finner vi svært interessant og vil knytte dette til et hovedfunn for å kunne diskutere dette nærmere i kapittel 5.

#### **4.2.2 Koordinering og kommunikasjon**

Formelle møtepunkter trekkes frem som klart viktigst for å få til et godt samarbeid. Både sykepleiere og leger er enige om dette punktet. Ut fra svarene ser vi at det hovedsakelig er møter i egen avdeling/seksjon/klinikk, altså i egen linje, som er viktigst. Samarbeidsmøter mellom seksjoner, og tilfeldig møtepunkter som ledersamlinger og kurs er også positivt for samarbeid med andre ledere. En sykepleier skriver; «*Lytter til gode tiltak som blir iverksatt på andre avdelinger. Det er derfor viktig å stille i fora der ledere møter på tvers av avdelinger*».

Vi finner at sykepleierne, i større grad enn legene, svarer at de er en del av et lederteam. Alle sykepleierne oppgir å være en del av et lederteam av varierende størrelser. De fleste legene oppgir også å være en del av et lederteam, men tre stykker oppgir at de ikke er det. To svarer at de er alene uten team, og en svarer på spørsmål om hvor mange de er i lederteamet; «*alle, demokratisk prosess*». Vi finner ingen klare forskjeller på hvor ofte de ulike lederteamene møtes, men vi finner at de fleste teamene møtes minimum månedlig. Seks prosent av sykepleierne oppgir at de møtes sjeldnere enn hver måned. Blant legene er det seks prosent som svarer at lederteamet aldri møtes. I tillegg vet vi at leger ofte melder forfall til møter. Av det forstår vi at selv om legene oppgir å delta i et lederteam med fast møtestruktur, så er det nok ikke alle som møter som planlagt. De fleste lederne, av begge profesjoner, har møter med sine



overordnede ledere flere ganger i måneden, men leger har oftere møter med disse enn sykepleiere har.

Respondentenes kommentarer viser at sykepleierne har mest fokus på kommunikasjon i samarbeid med andre ledere. Sykepleiere skriver;

*«Diskuterer og drøfter utfordringer/problemer/daglig drift» og «Lytt, vise forståelse for den andres synspunkt».*

Leger skriver;

*«I samarbeid, - samhandling - med andre ledere, prøver jeg å vektlegge at den tonen dialogen føres i blir respektfull, da jeg mener dette er en forutsetning for å bli vurdert seriøst», eller helt enkelt «jeg snakker med dem».*

Både lege- og sykepleieledere er enige i at møter og kommunikasjon er viktig for godt samarbeid. Det er imidlertid hovedsakelig sykepleierne som nevner at mangelen på møter og kommunikasjon vanskeliggjør samarbeid. Kun en legeleder har en kommentar om dette, som vi omsetter til samtidighetskonflikt og et koordineringsproblem; *«to møter samtidig»*. Sykepleielederne skriver det på denne måten;

*«Når ledere ikke stiller opp på møter» og «Manglende system for møtearenaer».*

Respondentene opplever i stor grad å bli hørt når de ytrer sine meninger. Noen svarer «i noen grad», men de aller fleste svarer at de «i stor grad» blir hørt.

Studien forteller oss at et godt samarbeidsklima, også med andre profesjoner, oppleves viktig. I tillegg opplever respondentene å bli hørt, noe som er et godt grunnlag for å få til god kommunikasjon. Videre mener alle at det er viktig å ha møter for å koordinere drift, men det viser seg at sykepleierne opplever at mangel på møter eller uteblivelse fra møter gjør at det oppstår koordineringsproblemer.

#### **4.3 Leger og sykepleiere kan ikke forstå hverandre ordentlig**

Med bakgrunn i sykepleiernes og legenes ulike profesjoner undersøker vi nærmere om samarbeidsproblemer oppleves likt knyttet til om man jobber sammen med ledere med lik eller

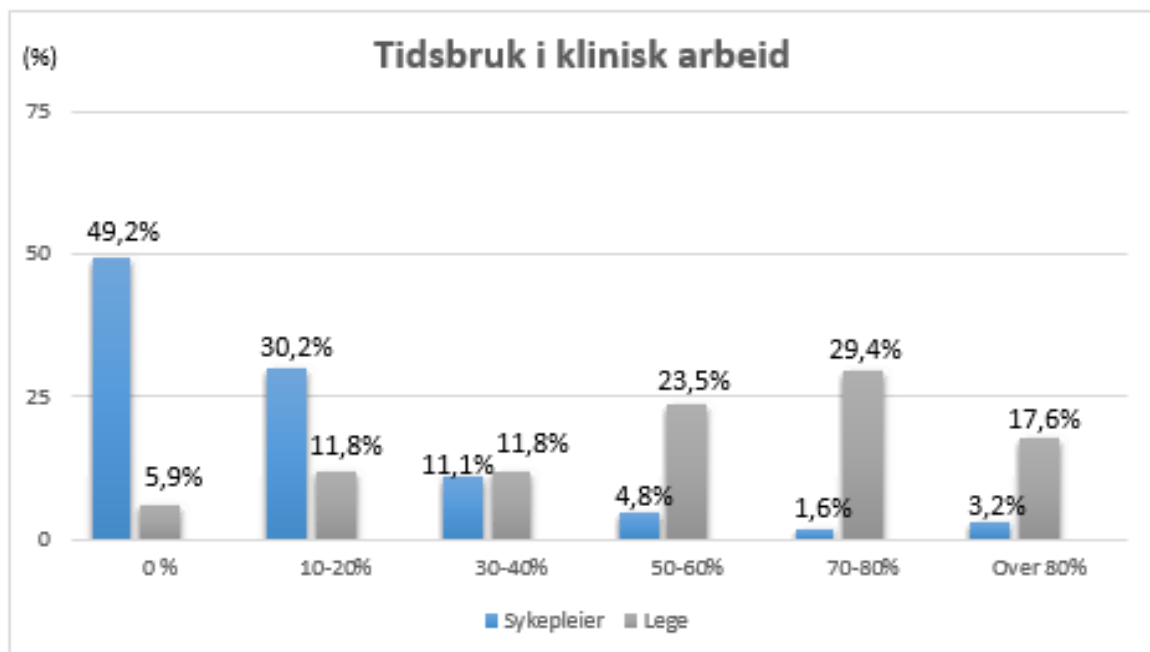
ulik profesjonsbakgrunn. Flere svarer da at de opplever samarbeidsproblemer «noen ganger». Dette gjelder både om de samarbeider med leder av samme, eller ulik profesjon. Svært få respondenter oppgir å ha samarbeidsproblemer «ofte».

Sykepleierne opplever det som litt vanskeligere å samarbeide med andre profesjoner, mens markant flere leger svarer at det er vanskeligere å samarbeide med andre profesjoner. Omkring 17 prosent av legene svarer «noen ganger» når det gjelder samarbeidsutfordringer med egen profesjon, mens nærmere 45 prosent svarer «noen ganger» på samarbeidsutfordringer med andre profesjoner.

Av hele populasjonen mellomledere i somatikken er det relativt mange flere sykepleiere enn leger som er mellomledere. At det ikke er så mange legeledere å samarbeide med vil ha innvirkning på svarene. Det er relativt mange sykepleieledere man samarbeider med, og dermed også flere man kan finne det problematisk å samarbeide med.

#### 4.3.1 Tidsbruk som leder

Når vi undersøker hvor mye lederne jobber i klinisk drift, finner vi veldig store forskjeller mellom profesjonene.



Graf 1: "Hvor mye av din tid går med i klinisk arbeid?"

Graf 1 viser et interessant og klart skille mellom hvordan ledere fordeler sin arbeidstid mellom administrativt arbeid og klinisk arbeid. Halvparten av sykepleielederne jobber kun

administrativt og kan bruke all sin arbeidstid på sine lederoppgaver. Flere sykepleiere jobber noen prosent i klinisk arbeid, men i mindre grad enn legene. Til sammenligning jobber totalt 70 prosent av legene over halv tid i klinisk arbeid, og grafen viser at mange jobber både 80 prosent og mer enn det. Vi tenker at det må gi lite tid igjen til å utøve administrative lederoppgaver innenfor ordinær arbeidstid.

Vi har selv erfart at det kan være vanskelig å finne tidspunkter for møter da enkelte leger er svært opptatt med klinisk arbeid som kan omfatte vaktansvar, pasienter på poliklinikk og operasjoner, i tillegg til administrative arbeidsoppgaver.

Svarene fra undersøkelsen viser at mellomledere, i stor grad, jobber utover normal arbeidstid for å komme i mål med sine arbeidsoppgaver. Alle legene svarer at de jobber utover normal arbeidstid, og halvparten svarer at de gjør det i svært stor grad. Omtrent 90 prosent av sykepleierne jobber utover normal arbeidstid, men i mindre grad enn legene. Vi vet også at leger har lengre arbeidsuker enn sykepleiere i sin arbeidsavtale, noe som gjør at de totalt sett jobber mye mer enn sykepleierne.

Hvis vi sammenligner disse tallene med hvor viktig de forskjellige profesjonene synes det er å jobbe i klinisk arbeid, ser vi en sammenheng med hvor mye de faktisk jobber i klinisk drift. Vi stilte spørsmålet «I hvor stor grad mener du det er viktig å jobbe i klinikken i tillegg til å utøve ledelse?». De aller fleste legene mener at det er «viktig» eller «svært viktig» å jobbe i klinisk drift som leder, mens nesten en tredjedel av sykepleierne mener det samme. En stor del av sykepleierne mener også at det er viktig i «noen grad», men vi finner at sykepleierne jobber langt mindre enn legene i klinisk drift.

Data fra undersøkelsen viser tydelig at sykepleiere og leger, som profesjoner, fyller lederrollene sine ulikt. Legene på sin side deltar mye i produksjonen og velger bort administrative oppgaver i større grad enn sykepleierne. Sykepleierne på sin side kan virke til å ha tatt inn over seg at lederrollen har endret seg og at man må fylle flere rom, både som leder og administrator, for å lykkes i lederrollen.

Gjennom egen erfaring har vi forstått at legene mener det er enklere for sykepleiere å forlate faget sitt for å bli ledere enn for leger. Legene mener at kravet fra deres likemenn er at du må være dyktig som fagperson for å oppnå gjennomslagskraft og respekt som leder blant fagekspertter. Sykepleierne mener at man kan beholde sin fagkunnskap og profesjonsstolthet selv om man tar steget over i en lederrolle.

På de åpne spørsmålene fikk vi flere svar fra begge profesjoner om at manglende tid, og mye tid i klinikken gjør samarbeid vanskelig. Her handler tilbakemeldingene om tidspress, samtidighetskonflikter og mange arbeidsoppgaver. Uttrykkene «tidspress» og «tidsklemma» brukes av flere av respondentene. Sykepleierne forteller også om arbeidspress ved å skrive; «*Knapphet på tid og mange oppgaver*».

En sykepleier viser også frustrasjon over at det er vanskelig å finne tid til å samarbeide;

*«Ledere som nesten bare jobber klinisk er ikke tilgjengelige som ledere (har ikke ledertid)».*

Legene har lignende kommentarer om at arbeidsoppgavene er for mange;

*«At man har så mye å gjøre at man ikke har tid til samarbeid».*

Av dette forstår vi at de ulike valgene for hvordan man fyller lederrollene innvirker på hvordan man får til å møtes for å koordinere og avstemme drift. Dette kan utfordre samarbeidet og dermed vanskeliggjøre helhetstenkingen.

Noen leger viser imidlertid til at det er utfordrende å velge mellom de ulike oppgavene man står ovenfor: «*For stor klinisk arbeidsbyrde uten mulighet til avlastning*» eller «*Jeg bruker ledertid til å kompensere for sykefravær og lignende, og kompensere for underbemanning i forhold til kliniske arbeidsoppgaver*». Dette tydeliggjør den skvisen kliniske ledere står i til daglig i valget mellom å behandle pasienten eller foreta administrative arbeidsoppgaver. Kan det være et uttrykk for at de prøver å få til begge rollene samtidig, som et forsøk på å smelte sammen rollen som kliniker og leder, i en form for hybridisering?

Med de ulike bakgrunner profesjonene har, og med de ulike måtene å bruke arbeidstiden på, tolker vi at noen ledere kan ha utfordringer med å respektere andre profesjoner i lederrollen. Leger i sin profesjon, er opplært til å ha den autoritære rollen, noe som kanskje for dem kan føre til utfordringer i samarbeid med andre profesjoner som har motstridende, eller andre meninger enn dem selv.

Vi finner det interessant å analysere hvor ulikt sykepleiere og leger bruker sin tid som leder, og vil gjennom et hovedfunn diskutere dette i kapittel 5.

### 4.3.2 Utdannelse

Profesjonene har tradisjonelt ulik faglig tilnærming. Sykepleierne har en humanistisk, fenomenologisk tilnærming, og legene er sosialisert inn i en sterk evidensbasert tilnærming. Dermed kan det antas at også utøvelsen av ledelse får ulikt utgangspunkt. Andre studier viser at sykepleieledere ofte har formell lederutdanning, mens legeledere ikke har det. En undersøkelse fra 2009 viste at omtrent 83 prosent av sykepleieledere og 50 prosent av legeledere har lederutdanning (Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus, 2011). I vår undersøkelse får vi ikke frem like store forskjeller. Men vi finner likevel en forskjell på hvordan man prioriterer opplæring og utdanning.

Prosentmessig er tallet på hvor mange som har formell lederutdanning relativt likt, om enn noe høyere blant sykepleiere. Hvis vi ser på UNNs lederopplæring finner vi imidlertid store forskjeller. En tredjedel av sykepleierne har fullført denne opplæringen, men ingen av legene har fullført denne. Veldig mange, både sykepleiere og leger, har startet på den interne lederopplæringen som man skal gjennomføre, men ikke fullført den.

Av egen ledererfaring vet vi at det ikke bestandig lar seg gjøre å delta på planlagte kurs grunnet manglende tid. En av oss har hatt en stilling som er 50 prosent administrativ og 50 prosent klinisk, og opplevde at den administrative ledertiden fort blir «oppspist» av mer påkrevde oppgaver enn kurs.

Det som overrasker mest er at hver fjerde lege har ingen lederopplæring. Det samme gjelder for nesten hver tiende sykepleier. Disse forskjellene forstår vi som at legene ikke finner det like nødvendig å gjennomføre kurs og opplæring for å kunne være en god leder.

Dette forstår vi også av; *"Noen av oss må utdanne seg for å bli ledere, mens andre er født til det"*, som er en kommentar vi har hørt fremsatt av en lege ved UNN.

I det handlingsrommet lederne har tolker vi at lederopplæringen er lettere for legene å velge bort, grunnet andre ting de antakeligvis ønsker å prioritere inn.

De siste årene har det kommet mange e-læringskurs som ansatte i UNN og HN er pålagt å gjennomføre. Sykepleielederne mener dette er viktig å gjennomføre, men nesten halvparten av legene synes ikke obligatorisk e-læring er viktig å gjennomføre.

Det er ikke sikkert det er med letthet det velges bort, men når tiden for alle oppgaver ikke strekker til innenfor normal arbeidstid, er det kanskje ikke e-læring man velger å bruke fritiden sin på. Slike kurs etterspørres i liten grad fra ledelsen over oss. Det er heller ingen konsekvenser av å ikke levere ferdige kurs, slik at de mister sin misjon av å være obligatorisk.

Sykepleierne har altså i mye større grad enn legene gjennomført lederopplæring, og en fjerdedel av legene har ingen formell lederopplæring. I tillegg svarer nærmere halvparten av legene at de ikke synes obligatorisk e-læring er viktig å gjennomføre.

Vi antar at disse tallene viser til holdninger blant fagekspertene og hvordan vi påvirkes i presset mellom pasientene og behandling på den ene siden, og ledelse som fag på den andre. Legene har lang utdanning, og er ofte genuint interessert i sitt fag. De lar seg lettere fange av selve faget og fagutøvelsen, og de har strenge krav til å holde seg faglig oppdatert. Å velge det faglige bort kan få fatale konsekvenser i pasientbehandling, framfor å velge bort lederutdanning og kurs som i tilsynelatende stor grad ikke etterspørres.

#### ***4.4 Lederens mange roller***

Erfaring har vist oss at det er viktig å være bevisst egne styrker og svakheter i rollen som leder, og videre jobbe med de komplementære ferdighetene i eget lederteam for å imøtekomme morgendagens kompleksitet i sykehus-tjenesten. Pasientene er godt opplyste og etterspør både skriftlige direktiver, administrative prosedyrer og rammer i forhold til det tilbudet de forventer å få eller har mottatt i spesialisthelsetjenesten. Måloppnåelse, effektivitet, kvalitet og sterk kontroll trenger ikke å komme på kollisjonskurs med spesialisering og regler dersom vi er bevisste på hvilke roller de ulike ivaretar for å sette organisasjonen i best mulig stand i møte med pasientene.

##### ***4.4.1 «Ledelsens mange ansikt»***

Lederrollen handler om å ivareta oppgaver knyttet til både ledelse og administrasjon. I spørreundersøkelsen satte vi opp oppgaver knyttet til denne todelingen av lederrollen. Vi vil her presentere tema som omhandler ledelsesbegrepet.

Vår studie viser at flertallet av både sykepleiere og leger møter sine ansatte hver dag, og de fleste av disse oppgir flere ganger daglig. De resterende av begge profesjoner sier at de møter sine ansatte noen ganger i uken.

De fleste respondentene er daglig fysisk tilstede i avdelingen hvor de ansatte jobber. Således forstår vi at det ligger til rette for at de fleste har muligheten til å utøve ledelse gjennom å etablere relasjoner med sine ansatte. De har mulighet til å gå foran som gode eksempler i den daglige driften. En lege oppgir å være tilstede i avdelingen sjeldnere enn hver måned. Vi antar at dette er en som leder en lokalisasjon på avstand.

De aller fleste, over 95 prosent av sykepleierne og nesten 95 prosent av legene, svarer at de deltar i «småpraten» i avdelingen «minst ukentlig». Flertallet av disse svarer «hver dag». Bare en liten andel av respondentene svarer «flere ganger i måneden».

Både sykepleierne og legene er mye tilstede i avdelingen de leder. De ser sine ansatte ofte og er ofte deltakende i småpraten som foregår i avdelingen. På tross av at dette svarer nokså mange at de opplever å ha for lite tid til å møte sine ansatte. Hver fjerde leder opplever at de «i liten grad» har nok tid til å møte de ansatte. Siden de svarer så motstridende på dette tolker vi at selv om de er tilstede i avdelingen og deltar i praten som foregår, så blir oppmerksomheten gitt til større grupper, noe som gjør at de nødvendigvis ikke har muligheten til å følge opp hver enkelt på et individuelt nivå.

Legene har i mye større grad møter med sine ansatte enn sykepleierne. Nesten seks av ti leger svarer at de har møter med sine ansatte «daglig». Andre i denne profesjonsgruppen svarer «flere ganger i uken». Blant sykepleierne er dette helt annerledes, hvor under en av ti svarer at de har møter med sine ansatte daglig, og over halvparten svarer at de har slike møter «månedlig» eller «sjeldnere».

Dette er gjenkjennbart fra egen arbeidshverdag. Vi forstår at dette kan komme av at legene er færre, og at de i stor grad jobber dagtid. At de er på jobb samtidig gir lettere rom for naturlige møtepunkter. Sykepleierne derimot, går i 3-delte tjenesteplaner, noe som vanskeliggjør å samle alle samtidig innenfor ordinær arbeidstid. Å samle sykepleierne medfører for mange av de ansatte inngripen i den private hverdagen, slik at møter gjennomføres sjeldnere for denne faggruppen.

Studien viser at sykepleierne jobber i større grad med løpende veiledning av, og tilrettelegging for, sine ansatte. Dette ser vi også i andre studier (Brataas og Tunstad, 2016) hvor det konkluderes med at sykepleiere er mer opptatt av sine ansatte enn legelederne, mens legelederne på sin side er mer opptatt av fag.

Dette fører oss over i neste del av oppgaven hvor vi kommer tilbake til todelingen av lederrollen, men nå går nærmere inn på de administrative oppgavene vi undersøkte.

#### **4.4.2 «Administrasjonens mange ansikt»**

En leder har mange administrative oppgaver, og vi finner store forskjeller for hvordan profesjonene håndterer dette.

Nesten alle sykepleierne bruker administrative dataverktøy daglig. Nesten 94 prosent av sykepleierne svarer at de bruker dette «hver dag». En stor del svarer også «flere ganger hver dag». De resterende sykepleierne bruker dette «noen ganger i uken». Til sammenligning svarer i underkant av 30 prosent av legene at de bruker de samme programmene «hver dag». Av de resterende 70 prosentene bruker halvparten disse programmene «noen ganger i uken», og halvparten av disse «enda sjeldnere».

På spørsmål om hvor ofte man jobber med faglig oppdatering og oppfølging av rutiner finner vi at sykepleierne jobber oftere med dette enn legene. Litt over halvparten av sykepleierne og en fjerdedel av legene jobber med faglig oppdatering og prosedyrer «minst ukentlig». Men også blant disse er forskjellene store, der flere sykepleiere enn leger jobber daglig med dette.

Vi undersøkte hvor ofte lederne behandler pasientklager og avviksmeldinger.

Igjen finner vi at dette er noe sykepleierne prioriterer langt oftere enn leger. De fleste legene jobber med dette «noen ganger i måneden» eller «hver måned», mens 40 prosent av sykepleierne jobber med behandling av pasientklagesaker og avviksmeldinger «daglig» eller «ukentlig». Begge profesjoner mener at de bruker mye tid på «papirarbeid». Som forventet er mail noe alle bruker hver dag, men også her sjekker sykepleierne mailboksen sin hyppigere enn legene.

Når det kommer til administrative oppgaver ser vi at sykepleierne bruker mest tid på dette. De bruker administrative dataverktøy langt oftere enn legene. De jobber oftere med faglig oppdatering, pasientklagesaker og avviksmeldinger.

Vi vet at noen legeledere har sykepleiere i sitt lederteam som tar seg av mange av de administrative oppgavene, slik at legene slipper å bruke for mye tid på dette.

I kapittel 4.3.2 har vi beskrevet hvor stor forskjell det er på tiden sykepleiere og leger bruker i klinisk drift, og vi ser en sammenheng mellom det og hvor mye tid man har igjen til å utføre sine administrative oppgaver.

I fokusgruppeintervjuet fortalte vi kort at undersøkelsen viste at legeledere og sykepleieledere, som grupper, bruker svært ulik tid til klinisk arbeid. Lege 1 uttalte da;

*«Se for eksempel på [navngitt sykepleieleder]. Hun har ingen tid til klinikk. Hun sitter jo bare på kontoret og holder på med møter og slikt, og hun får jo gjort alt hun skal*



*gjøre. Hun har referater og skrifliggjorte paneler, og hennes skrivebord er ryddig og alt er fantastisk....., men hun [klinisk pasientundersøkelse] heller ikke».*

Vi forstår dette som en bekreftelse på hvor viktig leger synes det er å være i klinisk drift i forhold til å «bare» jobbe administrativt. I uttalelsen lyser det igjennom at administrative oppgaver kanskje ikke oppfattes som like viktig som andre lederoppgaver og klinikk.

I todelingen av lederrollen, ledelse og administrasjon, viser vår studie at sykepleiere i mye større grad enn legene bruker tid på administrative oppgaver, mens de to profesjonene svarer mer likt når det kommer til oppgaver som omhandler ledelse. I NOU 1997:2 pkt 10.1.2 kan man lese at det forventes at lederne bruker sin tid på ledelse og administrative oppgaver; «*Ledelsesaktivitetene må være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver som lederen eventuelt vil gjøre*» (Helse- omsorgsdepartementet, 1997, s 125). Dette betyr at begge profesjoner ideelt sett bør fokusere både på ledelse og administrasjon.

#### **4.4.3 Relasjonsledelse**

Resultater fra undersøkelsen viser at manglende eller dårlig kommunikasjon virker hemmende på samarbeidet; «*Hvis man kun møtes over mail og ikke personlig*» og «*Måten en møter/snakker med andre ledere på*». I fokusgruppeintervjuet ble også kommunikasjon, eller utfordringer knyttet til mangelen på dette, forsiktig kommentert av sykepleielederne.

Personlighet er en viktig faktor for om kommunikasjon og samarbeid fungerer godt. Dette er et av punktene som skiller legene og sykepleierne i størst grad i forhold til hva som vanskeliggjør samarbeid. Bare en av legene har kommentar knyttet til personlighet, mens 17 sykepleiere har kommentarer på dette. Den ene kommentaren fra legeprofesjonen var;

*«de forskjellige personligheter hos ledere kan iblant bidra til å vanskeliggjøre samarbeidet for å finne løsninger for felles beste».*

Flere sykepleiere skriver at ikke alle mennesker kommer like godt overens, og at noen sammensetninger gir dårlig kjemi. Videre skriver noen at dersom man føler at man ikke går overens i utgangspunktet prøver man nok ikke like mye å få til et godt samarbeid. Noen peker også på at sin egen innstilling kan gjøre det vanskelig å samarbeide;

*«Samarbeid er avhengig av et personlig ønske om samarbeid og forbedring. Derav er personligheten hos den enkelte leder avgjørende for et godt samarbeid».*

Det kommenteres også at man må respektere andre, ellers vanskeliggjør det samarbeid, som denne kommentaren fra en sykepleier; *«Manglende respekt for den andres fagfelt, samt nedlatende holdninger ovenfor kollegaer».*

En sykepleier skriver at man må jobbe kontinuerlig for å få til godt samarbeid;

*«Ved oppstart i min nåværende stilling, kontaktet jeg både ledere på samme nivå, samt de på nivå under - både for å bli kjent samt å diskutere spørsmål knyttet til ledelse og samarbeid på tvers. Til å begynne med opplevdes dette som positivt. Men kulturen for dette er ikke innarbeidet og det ble stort sett jeg som forsøkte å opprettholde det».*

En annen sykepleier er helt klar på hvilke verdier som er viktig i møtet med andre; *«Mener at det er viktig å møte mine lederkollegaer med respekt, likeverdighet og åpenhet».*

En lege svarer kort og greit;

*«er tilgjengelig ved behov, og tar kontakt med dem som jeg trenger å samarbeide med»,* og en annen skriver at samarbeidet kommer naturlig; *«Vi opplever at vi trenger gjensidig samarbeid og må kanskje ikke anstrenge oss eller ta særlige grep for å få det til?».*

Begge profesjonene ser ut til å vektlegge det å kunne ta uformell kontakt med andre ledere og også være tilgjengelig når andre tar kontakt. Sykepleielederne svarte mer relasjonsnært enn legelederne. Dette tolker vi slik at sykepleierne har en større bevissthet omkring relasjoners betydning for samarbeid enn legene.

Sykepleiernes engasjement rundt disse temaene, sammen med legenes manglende kommentarer omkring dette, tolker vi slik at sykepleierne opplever utfordringer med relasjoner i større grad enn legene. Gjennom egne erfaringer kan vi kjenne igjen utfordringer med å finne møtepunkter med samarbeidende leger. Dette kan igjen handle om legenes bruk av tid til klinisk virksomhet på dagtid, og arbeid som administrator utover ordinær arbeidstid. Dette utfordrer møtepunkter for dialog.

#### ***4.5 Oppsummering empiri***

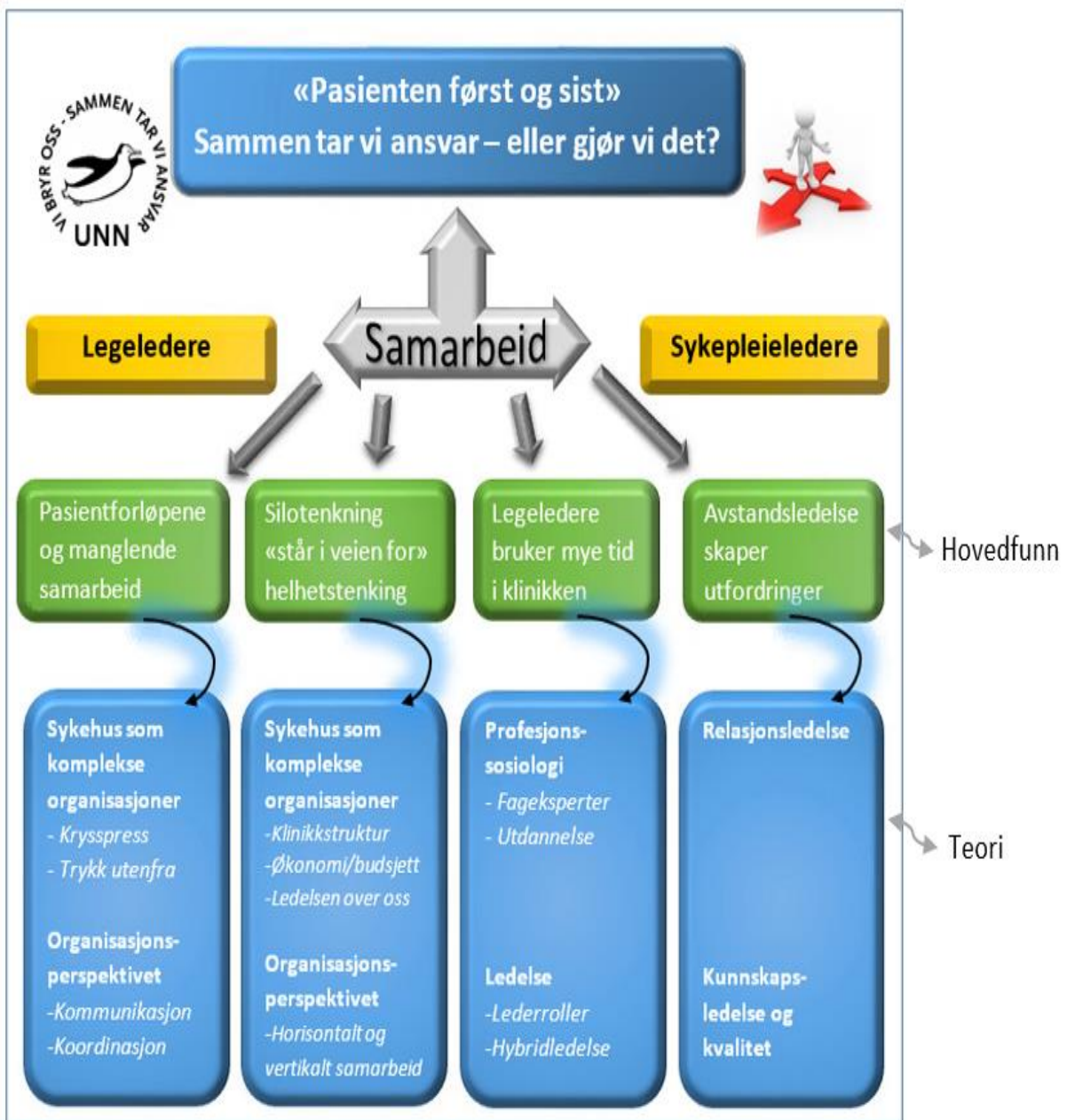
Vi har i dette kapitlet presentert data fra spørreundersøkelsen, fokusgruppeintervjuet, og dokumenter som har betydning for studien.

Våre funn viser særlig at kompleksitet påvirker den enkelte leders mulighet til å utøve ledelse, og at fusjonering av sykehusene og klinikkorganiseringen har utfordret samarbeidet knyttet til helhetlig forståelse, ledelse på avstand og klinikkstrukturer.

I tillegg finner vi ulikheter mellom sykepleiere og leger med hensyn til hvordan de løser sine lederroller knyttet til todelingen mellom ledelse og administrasjon. Legene bruker også som gruppe mye mer tid i klinisk arbeid enn sykepleierne.

Både spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuet viser at ønsket og viljen til samarbeid er stort, men at koordinering og kommunikasjon som må være på plass for å sikre god drift, utfordrer samarbeidet. Våre funn indikerer at disse utfordringene innvirker på pasientforløp og pasientbehandling.

Studien har gitt flere interessante data. Noen av disse har vi formulert inn i fire hovedfunn, som vi analyserer nærmere i neste kapittel. Figur 8 (s.46) illustrerer hvilke teorier vi diskuterer hvert funn opp mot.



Figur 8: Helhetlig fremstilling av funn og hvilke teorier vi diskuterer de ulike funnene med

## **5.0 Analyse**

I dette kapitlet diskuterer vi hovedfunnene i studien. Vi vil utfordre betydningen av funnene, og analysere disse med utgangspunkt i teorier og erfaringer fra praksis. Hvert funn knyttes opp mot teorier som er presentert i kapittel 2.

### ***5.1 Pasientforløpene og manglende samarbeid***

Studien viser at over halvparten av respondentene opplever at pasienter kan få utsatt sine timer ved sykehuset på bakgrunn av samarbeidsutfordringer. I tillegg opplever mange av respondentene at pasienter kan få feil behandling på grunn av dårlig samarbeid. Dette er det funnet som vi i studien vurderer som mest interessant. Funnet diskuteres opp mot teori omkring krysspreset ved sykehus som komplekse ekspertorganisasjoner, samt koordinering og kommunikasjon innenfor organisasjonsperspektivet.

Data viser at hverken sykepleiere eller leger synes samarbeid med andre ledere er spesielt vanskelig. Undersøkelsen viser likevel at koordinering kan by på utfordringer. Berg (2016) viser i sin modell (figur 2, s. 7) krysspreset som ledere i «Klinikken», det vil si produksjonssystemet, står i. Mellomledere utsettes for et ytre press fra politisk hold og fra toppledelsen, i form av styringskrav, pasientforløp og tidsfrister. Samtidig presses de nedenfra av pasientenes behov, og av autonome fagspesialister som ikke ønsker styring. Midt i dette skal det balanseres en koordinering og samhandling horisontalt med andre mellomledere, også ledere med annen profesjon. Dette kan sette en mellomleder på hard prøve, og vi forstår at utfordringene kan bli en balansekunst som har store muligheter for å bli svært vanskelig.

I en kompleks organisasjon som et sykehus, er behovet for koordinering stort både innad i avdelinger/klinikker og på tvers i organisasjonen. Dermed er også behovet for kommunikasjon horisontalt og vertikalt stort (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at grunnlaget for god koordinering ligger i organisasjonens livsnerve, i kommunikasjonen.

Med bakgrunn i Bergs teori (2016) forstår vi at alle leddene må fungere og koordineres for at systemet skal fungere godt. Passet ledere utsettes for må ikke komme i konflikt med sykehusets viktigste målsettinger. Passet kan utfordre de enkelte lederne, men gjennom god dialog og forbedret koordinering kan ledere settes i stand til å møte dette passet på en konstruktiv og løsbar måte, slik at produksjonssystemet «smøres» for optimal funksjonalitet.

Både Grenness (2009) og Jacobsen og Thorsvik (2013) diskuterer hvor viktig kommunikasjon er i samarbeid. Man er avhengige av å jobbe sammen for å nå målet om den beste behandlingen for pasientene. For å lykkes med samarbeid i pasientforløpene, kreves at både leger og sykepleiere kommuniserer konstruktivt, med felles mål om at pasientens behov skal dekkes. Dette omfatter gode kunnskaper om kommunikasjon og samarbeid, og respekt for den andre profesjonens kvaliteter og kompetanse.

Våre respondenter og egen erfaring som ledere, kan vise til mangel på møtearenaer og kommunikasjon. Dette er ut fra våre funn den viktigste årsaken til at det kan være vanskelig å samarbeide. Resultatene i denne studien bygger opp om viktigheten av å få til møteplasser, hvor kommunikasjon og koordinering kan foregå mellom mellomledere ved sykehuset.

Studien viser videre at sykepleiere er mer opptatt av relasjoner og hvordan medarbeidere forholder seg til hverandre sammenlignet med legene, som ut fra studien har mindre fokus på samarbeid og derfor kan antas å ta samarbeid mer for gitt. Dette gir seg uttrykk i eksempelvis nedprioritering av å stille på møter hvor dialogen omkring driften gjerne foregår. Dette skaper problemer for horisontal koordinering, som er kontinuerlige prosesser som må håndteres fra dag til dag.

Manglende langtidsplanlegging peker seg ut som et av de store problemene ved samarbeid. Dette funnet stemmer godt med egen ledererfaring, og dette viser at driften planlegges med for kort horisont, som dermed skaper driftsproblem. Med dette mener vi at sykepleiere og leger legger sine arbeidsplaner i utakt, noe som skaper ubalanse i den kliniske driften. Dette tolker vi som en viktig årsak til at pasienter opplever å få utsatt sine timer. Det kan også medføre at pasientene kommer til behandling hos en annen lege enn planlagt. Vi antar at mer fokus på planlegging over tid og samordning mellom profesjoner, hvor tannhjulene jobber sammen, vil medføre at færre pasienter får problemer i sine behandlingsforløp. Dermed kan man i større grad oppnå målsettingen «rett behandling til rett tid».

Når undersøkelsen viser at pasientene kan få feil behandling grunnet samarbeidsproblemer, har empirien vist til flere direkte og indirekte forklaringer på respondentenes oppfatninger. Disse funnene skaper følelser og diskusjoner, som vi kan analysere ut fra våre teoretiske rammer. Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til at kommunikasjon ikke bare er rene fakta, men også i stor grad følelser. Det at data viser at pasientene i «noen grad» kan bli berørt av et sviktende samarbeid, bringer andre følelser hos respondentene enn om vi fant at pasientene «aldri» ble

negativt berørt av kommunikasjonsproblemer. Denne negative informasjonen vi reflekterer over her, vekker negative opplevelser hos mennesker, og dette får oss til å studere dette nærmere. Våre funn viser med andre ord at følelser er et viktig element i kommunikasjonsprosesser.

Det vi har vist til i diskusjonen i dette kapitlet omkring samhandling i krysspreset, hvor politikk møter fag og hvordan profesjoners motsetninger viser seg i ulike løsningsmåter, kan gi oss forklaringer på hvorfor vi finner resultatene knyttet til pasientforløpene i vår studie.

### ***5.2 Silotenkning «står i veien for» helhetstenkning***

Resultater fra studien viser at både legeledere og sykepleieledere opplever at samarbeid kan være vanskelig på bakgrunn av manglende helhetstenkning og forståelse. Dette funnet diskuteres med utgangspunkt i teori om sykehus som komplekse organisasjoner, samt teorier om intraorganisatorisk- og horisontalt samarbeid.

Innføringen av helseforetaksreformen i 2002, med påfølgende sammenslåing av sykehus til helseforetak og innføring av klinikkstruktur, har utviklet UNN slik det fremstår i dag. Forretningsmessige prinsipper ble tatt inn i helsevesenet på bakgrunn av NPM tenkningen og reformene (Berg, 2005). Et sterkere fokus på rapportering, krav og profesjonell ledelse antas å ha gitt en positiv økonomisk effekt, som har bidratt til at man kan gjennomføre planlagte investeringer i blant annet nybygg (UNN styresak 5/2017). Likevel kommenterer flere av respondentene at denne klinikkinnordningen kan gjøre det vanskelig å samarbeide på tvers.

Respondentene maler et tydelig bilde av hvordan situasjonen oppleves ved å kommentere at ledere «bare verner» om sitt og ikke ser at de er en større del av en organisasjon, som sammen jobber for pasientene. Det er altså manglende helhetstenkning. Resultatene viser at samarbeid vanskeliggjøres, slik vi forstår det, av manglende tilhørighet og samhold på tvers av klinikkene. For å få til et godt samarbeid, må man ifølge teoriene, ha et tydelig felles mål og en felles forståelse for hvordan man skal nå målet (Bukve og Kvåle, 2014). I vår studie finner vi at begge profesjoner gir uttrykk for at man ikke har fokus på, eller er klare over, et felles mål. Dagens organisering skaper utfordringer i samarbeidet, og noen data peker direkte på silotenkning som den viktigste forklaringen på sviktende samarbeid.

Resultater viser at sykepleiere og leger er organisert i parallelle linjer, ganske uavhengige av hverandre. Av figur 3 (s. 8) ser vi at profesjonene opplever ulikt press fra sine respektive

fagmiljøer. I tillegg til presset utenfra kan det være en stor utfordring å få til et horisontalt samarbeid der begge profesjoner er gjensidig avhengig av hverandre. Ledere i dag møter så mange og til dels motstridende krav, at det er lett å miste oversikten (Lian, 2007). De ulike klinikkene har ulike utfordringer til ulike tider. Dette fører til at de ikke har samstemte og stabile fokusområder, noe som gjenspeiler seg nedover i «siloene». Det fører videre til at de ansatte har en opplevelse av ulike mål i en kompleks organisasjon. Dersom man mangler en felles forståelse, vil samarbeid bli vanskelig (Bukve og Kvåle, 2014).

Vi finner videre at budsjett og ressurser oppleves som spesielt utfordrende å samarbeide om. Resultatene viser at det oppleves som vanskelig å dele, og alle passer på og beskytter sitt eget. Våre funn viser at respondentene opplever de økonomiske kravene så belastende at man ikke har tid eller mulighet til å hjelpe andre enn seg selv. Disse samarbeidsutfordringene kan være et uttrykk for knapp økonomi, som igjen kan gi både kapasitets- og ressursutfordringer. Denne utfordringen anser vi som å stå i konflikt med å utvikle et gjensidig sirkulært avhengighetsbehov. Denne ressursfordelingen og budsjett-diskusjonen kan derfor fremstå som «riset bak speilet» for det horisontale samarbeidet.

Med fem ledernivå vertikalt i UNN HF, hvor klinikklederne på andre nivå er de som må koordinere horisontalt mellom avdelinger og enheter, gir det seg selv at det kan være utfordrende å få til løsninger som krever raske tilpasninger. Avstanden fra førstelinjeledere opp til klinikk-sjef kan føles lang, spesielt for de som jobber på lokalisasjoner med geografisk spredning uten stedlig ledelse.

Noen av respondentene uttrykker at de opplever at toppledelsen ikke ser viktigheten av samarbeid vertikalt, og at det kun bedrives hierarkisk styring med ordrer ovenfra og ned. Respondenter uttrykker videre at dersom det ikke legges til rette for godt samarbeid vertikalt i egen klinikk, vil det vanskeliggjøre mestring av horisontalt samarbeid på tvers av klinikker og interesser.

Vi ser ut fra dette at det er et stort gap mellom toppledelsen og de fagprofesjonelle lederes signaler nedenfra. Dette kan vi kalle en slags dekobling i lederstrukturene (Berg, 2016), noe som vanskeliggjør gode samarbeidsarenaer og gir en følelse av ikke å jobbe mot felles mål. I tillegg til at det er et vertikalt gap skapes også et horisontalt gap, som forsterker samarbeidsproblemene mellom lederfunksjonene i klinikkene.



### **5.3 Legeledere bruker mye tid i klinikken**

Legenes arbeidstidsavtale har flere arbeidstimer per uke enn sykepleiernes avtale. I tillegg viser studien at legene jobber overtid i større grad enn sykepleierne. Studien indikerer at legeledere bruker mye tid i klinisk arbeid (se Graf 1, s. 36). Det er også store forskjeller på hvordan sykepleieledere og legeledere bruker sin ledertid. Dette viser seg i hvordan de vektlegger lederoppgaver, hvordan de inntar lederrollene og hva de tenker om ledelse som et eget fag. Vi knytter dette funnet opp mot teori som omfatter profesjonssosiologi, lederroller og hybridledelse.

Studien viser at legene bruker mye mer av sin arbeidstid til å jobbe i klinisk drift enn det sykepleiere gjør. Dette betyr at leger er svært opptatte av å beholde og vedlikeholde sin medisinske fagkunnskap (Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus, 2011). Vi forstår at autoritet for leger er nært knyttet til faget deres (Berg, 2016). Det at leger er nært klinikken, gjør at man har dyp fagkunnskap og kjennskap til faget, noe som gir autoritet. Vi kan således forstå at legene er opptatte av å bruke tid i klinisk drift. Konsekvensene er imidlertid at de får mindre tid til administrative oppgaver, dersom de da ikke påtar seg større arbeidsmengde og arbeider svært mange timer per uke.

I følge Strand (2007) beskrives fire ulike roller som en leder må tilstrebe å fylle (se figur 5, s. 12).

Sykehus defineres som en ekspertorganisasjon. Den typiske lederen i slike organisasjoner er en erfaren og faglig autoritær produsent (Strand, 2007). Tradisjonelt sett har legene, med sin evidensbaserte tilnærming, vært ledere i sykehus (Berg, 2005). Fra det faglige historiske idealet, medikratiet og Karl Evang, via januar 2002 hvor den som er best kvalifisert til å lede uavhengig av profesjon og fram til i dag, har det vært en gradvis utvikling i sykehusledelsen (Berg, 2016). Kompleksiteten i sykehusene har ført til et byråkrati, med høy grad av spesialisering. Den enkelte leder har fått et større ansvar for personal, fag, økonomi og budsjett. Dette har tvunget frem den stødige rollen som administrator, som gjerne er erfaren og regelkyndig.

Erfarings- og yrkesmessig status er i dag ikke nok for å lede i sykehus (Berg, 2016), noe som antakeligvis påvirker og utfordrer de fagsterke produsentene. Vi opplever ut fra egen ledererfaring at det fortsatt kan oppleves som en ubalanse i makten mellom profesjonene. Med manglende forståelse for hverandres fagområder vanskeligjøres samarbeid.

De fleste ledere kan tendere til å ivareta en eller to av lederrollene. Dermed blir noen av områdene, i firedelingen av lederrollene, helt eller delvis oversett (Strand, 2007). Vi antar at dersom lederen inntar rollen som produsent, og ikke er bevisst å balansere de andre funksjonene som administrator, relasjonsbygger eller integrator, vil det vanskeliggjøre lederens helhetlige funksjon. Dette krever at lederen jobber med egne styrker og er bevisst sine svakheter, bevisst sitt lederteam og er oppmerksom på sine medarbeidere. Slik kan ledere motivere til adferd som understøtter helhetstenkning og sikrer de ulike elementene i måloppnåelse. Det er viktig for helheten at både relasjonsbyggeren (integratoren) og ny-skaperen (entreprenøren) får plass sammen med produsenten og administratoren. Våre funn viser at de aller fleste respondenter er en del av et lederteam, der det kan være en styrke å ha mennesker med ulike egenskaper. Slik kan lederteamet som helhet best mulig sikre å ivareta organisasjonens ulike områder. Vi erfarer som ledere at det imidlertid sjelden, ved sammensettingen av lederteam, tas hensyn til hvilke komplementære egenskaper man har i teamet.

Data viser altså at sykepleiere bruker relativt mye mer tid på administrative lederoppgaver enn leger. Vi tolker dette slik at dersom legene bruker det meste av tiden på produsentrollen, så fortrenger det muligheten for å dekke andre oppgaver og lederroller. De andre rollene reduseres og får dermed mindre fokus. Konsekvensene av dette er gjerne at sykepleierne går inn og fyller gapet som da ikke fylles av legelederen selv, eller at noen av oppgavene rett og slett ikke blir ivaretatt. Dette medfører enda mer tid til administrasjon for sykepleierne, som da i langt større grad må ta ansvar for pasientadministrasjon og andre oppgaver, for å oppnå helhetlige målsettinger. Det kan skape en disharmoni mellom sykepleiere og leger. I UNN boka (2016) kan man lese om de mange kravene til leder. Men vår studie viser at det legges lite vekt på å gjennomføre disse forventningene.

Legeledere kan ut fra respondentenes tilbakemelding antas å prioritere lederutdanning i mindre grad enn sykepleieledere. Sykepleiere ser på ledelse som et eget fag og som en karrieremulighet, og vi tolker det slik at dette kan forklare at de i større grad ser behov for lederutdanning. Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus (2011) skriver at leger er ofte ledere fordi de må. De identifiserer seg sterkt med sin profesjon og fagspesialitet, og ser ledelse som noe midlertidig. I figur 4 (s. 11) vises helselederrollen på to måter (Berg, 2016). Den ene som en hierarkisk oppbygning hvor enten ledelse foregår «top-down», hvor autoritet gir makt. Den andre måten viser en mer dialogisk form for ledelse, hvor medarbeiderne mobiliseres til medlederskap, og hierarkiet flates ut. I dette ligger et dilemma, fordi vår studie viser at legene gjerne inntar

produsentrollen og med dette kan antas å mobilisere sine kolleger til medlederskap. Dette gir støtte og dialog i eget kollegium. Men dette forsterker også den parallelle oppbygningen av profesjoner, som igjen kan føre til at profesjonene støter på samarbeidsutfordringer.

Den faggruppen som ikke får oppmerksomhet når legeleder er mye i klinikken, kan følgelig oppfatte at lederen er mest opptatt av den maktgivende lederstilen, som er den andre av Bergs (2016) todeling av helselederrollen. Leger leder ofte fordi de ikke vil ledes av andre. Dette betyr også samtidig at ledelse for denne gruppen ikke handler så mye om personalansvar, men mer om drift og tekniske oppgaver. For leger kan det at man kommer for «nært» ledelse gjøre at mange opplever å miste respekt i fagmiljøet. Vi erfarer selv som ledere at leger heller velger bort ledelse fremfor klinikk, dersom de kun kan velge den ene rollen. Dette er i samsvar med studien til Årdal (2017), som finner at sykepleieledere er mer personalrettet og ser helheten, mens legeledere er mest interessert i makten som lederrollen gir, fremfor selve utøvelsen av ledelse.

Studien viser også at alle legene oppgir at de i stor grad må jobbe utover normal arbeidstid for å få gjort alt som er tillagt dem, mens for sykepleierne er disse tallene noe lavere. Likevel viser data at størstedelen av lederne, av begge profesjoner, jobber utover normal arbeidstid for å få utført de oppgaver som ligger til deres rolle. Dette indikerer at stadig sterkere kontroll og måloppnåelse (Strand, 2007) ovenfra, påvirker ledere i stor grad.

Det kan tenkes at legenes forsøk på å jobbe både som kliniker og leder, er et forsøk på hybridisering av lederrollen (Pettersen, 2016 b). Ut fra Glouberman og Mintzbergs modell (figur 6, s. 14) kan det tenkes at legene forsøker å smelte sammen disse horisontale og vertikale kløftene i organisasjonen ved å delta mye i klinikken, og dermed forsøker de å forene de fire ulike verdenene. Det kan virke som sykepleierne har akseptert ledelse som eget fag med tilhørende oppgaver, og at vi for denne gruppen derfor ikke kan snakke om hybridisering i samme grad. Vi tolker våre funn i retning av at det er viktig å se ledelse som et eget fag, og samtidig få til balansen mellom klinisk arbeid og lederoppgaver. Siktemålet er å opprettholde respekten som leder i fagsterke miljøer.

#### **5.4 Avstandsledelse skaper utfordringer**

Studien viser at lokalisasjon og geografisk avstand utfordrer samarbeid. Både sykepleie- og legelederne uttrykker at man da i større grad kun ser egen enhets behov, og ikke ser på sykehuset som helhet. Dette siste funnet som gjelder ledelse på avstand, vil vi diskutere opp mot relasjons- og kunnskapsledelse.

Som beskrevet i kapittel 4.1.1 fikk organiseringen i klinikkstrukturer konsekvenser ved at stedlig ledelse på de øverste ledernivåene ble fjernet ved lokalsykehusene. Dette økte kravet om å dele kompetansen vertikalt, og utfordret dermed ledelse i team på tvers av lokalisasjoner. Respondentene fra de mindre sykehusene forteller om en følelse av å sitte i hvert sitt hjørne og jobbe for seg selv, mens nærmeste leder jobber i Tromsø. Noen skriver at de føler seg direkte glemt og avvist.

Selv om det er nærmere ti år siden innføringen av klinikkstrukturen ved UNN, fremsettes fortsatt liten grad av tillit til hvordan leder ved en annen geografisk lokalisasjon kan forstå hvordan driften på et lokalsykehus, som ligger langt borte, foregår. Videre kan det være vanskelig å forstå hvordan avstandsleder skal være delaktig i avgjørelser som dreier seg om en drift hun/han kanskje ikke kjenner godt nok til. Holdninger til mange ved lokalsykehusene er fortsatt at fjernledelse ikke er bra for sykehusene. En slik holdning fra fagsterke ansatte som vi her beskriver, krever mot og evne til å bygge relasjoner hos ledere som skal lede på avstand.

Relasjonsledelse bygger på to hovedpremisser; bevisstheten om avhengighet og bevisstheten av relasjonelt mot (Spurkeland, 2017). Å bygge relasjoner og tillit kan være utfordrende ved ledelse på avstand. Respondentene i studien viser til at de ikke føler seg sett av leder som har sitt sete ved andre lokalisasjoner. De peker sågar på at det ikke er naturlig å diskutere sine utfordringer med dem da de ikke føler seg forstått. Vi har inntrykk av at de som trer inn i rollen som leder for andre lokalisasjoner, har relasjonelt mot, bevisst eller ubevisst. Når det i studien vises til at mellomledere ikke ønsker å diskutere sine utfordringer, så indikerer dette at ikke alle samarbeidspartnerne oppfatter å delta i prosesser for å nå organisasjonens mål. Som leder er det viktig å knytte de ulike bidragsyterne sammen slik at man drar lasset i samme retning uten blindpassasjerer (Jacobsen og Thorsvik, 2013; Spurkeland, 2017).

Vi tolker av dette funnet at det er brudd i relasjonsnære forhold, og at det ikke er etablert en grunnleggende gjensidig tillit om å ville hverandre vel (Luhmann, 1979). Dersom tillit er etablert, gis en trygghet mellom menneskene om at handlingene som gjennomføres, er gjort

med godhet for den andre. Da først vil det være grunnlag for å kunne utøve ledelse på avstand. Da er det også åpnet opp for overføring av makt til å handle på hverandres vegner til det beste for helheten (Spurkeland, 2017).

Spurkeland (2017) skriver at relasjonsledelse handler om en genuin interesse av å påvirke mennesker. Gjennom studien får vi bekreftet viktigheten av å være til stede og kjenne sine ansatte for å kunne utvikle et godt fag- og arbeidsmiljø. Grund (2006) viser til at sykehusansatte gjerne er mer lojale til egen profesjon og karriere, enn til arbeidsgiver. Det er i småpratene, over kaffekoppen eller tilfeldig i korridorene, informasjonen deles. Det er her muligheten for hverdagslig påvirkning foregår. Fravær av stedlig ledelse kan medføre negative konsekvenser i form av mindre tillit fordi leder ikke var tilstede da avgjørelsen for de ansatte «falt». Av dette forstår vi hvor viktig det er å få på plass det etiske credo (Spurkeland, 2017), og det å være tilstede der det er en mulighet til å påvirke. Kanskje er dette spesielt viktig i ekspertorganisasjoner hvor profesjonene egentlig ikke ønsker å bli ledet (Strand, 2007)?

Fravær av stedlig ledelse innebærer at beslutningsmyndighet og ansvar for pasientbehandling, økonomi og personell er flyttet bort fra der virksomheten pågår. Dette er en spesiell utfordring for ledere av kunnskapsmedarbeidere, som innehar en kompetanse som organisasjonene er helt avhengig av for å kunne tilby tjenestene til pasientene (Grund, 2006).

### ***5.5 Oppsummering analyse***

I studien finner vi at helhetstenkingen i UNN er svært fraværende og lite tydelig i organisasjonen. Funnene våre indikerer at det er lite fokus på horisontalt samarbeid mellom profesjonene, følgelig blir helhetstenkingen redusert. Vi finner også at det vertikale presset mellomledere står i, illustrert i figur 3 (s. 8), påvirker deres mulighet til å samarbeide.

## 6.0 Konklusjon

### 6.1 Oppsummering hovedfunn

Vi har gjennom studien undersøkt hvordan mellomledere i den somatiske delen av UNN Tromsø, Harstad og Narvik samarbeider. Vi rettet fokuset mot strategien «Vi bryr oss – sammen tar vi ansvar» og visjonen «Det er resultatet for pasienten som teller». Resultatet viser flere faktorer som virker inn på intraorganisatorisk samhandling.

- ✓ Det store fokuset på prestasjon og rapportering utfordrer samarbeidsrelasjonene og øker silotenkningen, noe som utfordrer både vertikalt og horisontalt samarbeid. Ledere har mange oppgaver og begrenset med tid.
- ✓ UNNs klinikkinndeling gjør at det er flere på de mindre enhetene og lokalisasjonene som ikke har stedlige ledere. Studien viser at avstandsledelse oppleves å gi ytterligere samarbeidsutfordringer. Vi oppfatter at ledelse på avstand utfordrer tillit og vanskeliggjør relasjonsbygging. Det vertikale samarbeidet kan oppleves som en konkurranse til det horisontale samarbeidet, og skaper med det samarbeidsutfordringer.
- ✓ Legene jobber mye i klinisk drift, og de prioriterer ofte ned administrative lederoppgaver, sammenlignet med sykepleierne. Mangel på samarbeidsarenaer og manglende tid påvirker horisontalt samarbeid.
- ✓ Med manglende samarbeid og fraværende helhetstenkning kan planlegging og gjennomføring av pasientforløpene møte på utfordringer.

Når vi har undersøkt hvordan samarbeidet mellom mellomledere foregår, må vi se dette i sammenheng med det helhetlige perspektivet hvor samarbeidet pågår i et gjensidig sirkulært avhengighetsforhold, med press både ovenfra og nedenfra (figur 3, s. 8). Ledere som jobber nært klinikken, befinner seg i spenningsfelter både mellom administrativ og klinisk ledelse, men også i spenningsfeltet mellom de største fagprofesjonene i sykehuset, legene og sykepleierne. De nevnte fagprofesjonene er helt avhengig av hverandre både i forhold til lederskap, og i forhold til pasientbehandling.

Legene er autonome eksperter som i stor grad ønsker å styre og lede seg selv. Dette utfordrer ledere som blir oppfordret til å tenke helhetlig og horisontalt. Det er ikke nødvendigvis profesjonsforskjeller som skaper utfordringer, men heller begrenset og mangelfull forståelse,

innsikt og respekt for hverandres fagfelt, og for organisasjonen som helhet. Dette utgjør hindringer for et særs nødvendig og velfungerende tverrfaglig samarbeid.

### ***6.2 Implikasjoner og tips til videre forskning***

Svakheter i samarbeid mellom enheter og profesjoner kan medføre at kvaliteten i pasientforløpene og pasientbehandlingene kan svekkes.

Med stramme økonomiske budsjett og med fokus på kvalitetsarbeid ut fra «å gjøre de riktige tingene første gang, til det beste både for pasientene og organisasjonen som helhet», er studiens hovedfunn at pasienter kan oppleve utsettelse og mulige feil på grunn av samarbeidsproblemer. Dette er et svært spennende felt å jobbe videre med. Vi antar at økt innsikt i årsaker til våre resultat koblet til påfølgende forbedringstiltak, vil kunne heve kvaliteten i tjenestetilbudet for pasientene. Videre vil økt kunnskap kunne gjøre hverdagen mer forutsigbar for fageksperter og følgelig lette mye av det administrative arbeidet til flere av de ansatte ved helseforetakene.

## Litteraturliste

- Berg, O. (2005) Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel. *Tidsskriftets skriftserie*. Den norske lægeforening.
- Berg, O. (2016) *Lederrollen (helselederrollen)*. Upublisert manuskript.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Brataas, B. & Tunstad, J.H. (2016) *Profesjonsbakgrunn- e det viktig i grunn?* Masteroppgave, Nord universitet.
- Grenness, C.E. (2009) *Kommunikasjon i organisasjoner. Innføring i kommunikasjonsteori og kommunikasjonsteknikker*. Oslo, Abstrakt forlag.
- Grund, J. (2006) Kunnskapsorganisasjoner- hva er ledelses- og styringsutfordringer. *MAGMA Econas tidsskrift for økonomi og ledelse* 2. s.l, s.n.
- Helse Nord RHF. (u.å) *Helse-Nords kulturverdier-vår felles verdiplattform*.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4.utg. Bergen, Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo, Abstrakt forlag.
- Johannessen, J-A. & Olsen, B. (2013) *Positivt lederskap. Jakten på de positive kreftene*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Lian, O.S. (2007) *Når helse blir en vare*. 2. utg. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Luhmann, Niklas. (1979) *Trust and power*. New York, John Wiley.
- Nyeng, F. (2012) *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Nyland, K. (2016) Forelesning 30.08.16.
- Pettersen, I. J. (2016 a) Forelesning 27.10.16.
- Pettersen, I.J. (2016 b) Forelesning 24.11.16.
- Spurkeland, J. (2017) *Relasjonsledelse*. 5. utg. Oslo, Universitetsforlaget.
- Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget.
- Torjesen, D.O., Byrkjeflot, H. & Kjekshus, L.E. (2011). *Ledelse i helseforetakene. En gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus*. I Askvik, S., Espedal, B. & Gammelsæter, H. *Kunnskap om ledelse. Festskrift til Torodd Strand*. Bergen, Fagbokforlaget.



Årdal, S.M. (2017) *Hvordan står det til med samarbeidet mellom sykepleiere og leger i en sykehusavdeling?* Masteroppgave, Høgskolen på Vestlandet.

## Sentrale dokumenter

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 28. oktober 2016*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> [Lest 26.04.18]

Helse- og omsorgsdepartementet. (2001) *Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.* Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/?q=sykehusplan> [Lest 01.05.18]

Helse Nord RHF. (2014) *Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord 2015-2018*.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*. St.meld.nr. 11 (2015–2016). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/> [Lest 03.05.18]

Nasjonal ledelsesutvikling. (2012) *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*. s.l., s.n.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> [Lest 01.05.18]

UNN. (2016) *UNN boka*. Versjon 1.2. Tilgjengelig fra: [https://unn.no/Documents/Om-oss/Utreddinger%20etc/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20\(2016\)/Utredding%20stedlig%20ledelse/Bakgrunnsdokumenter/7%20UNN-boka%20-%20Juni%202015.pdf](https://unn.no/Documents/Om-oss/Utreddinger%20etc/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20(2016)/Utredding%20stedlig%20ledelse/Bakgrunnsdokumenter/7%20UNN-boka%20-%20Juni%202015.pdf) [Lest 20.03.18]

UNN Styresak 5/2017. Tilgjengelig fra: [styresak 5/2017](#) [Lest 02.04.18].

## Nettsteder

Braut, G.S. (14.11.2017) Medisinsk historie. I: Skålevåg, S. A. *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: [https://sml.snl.no/medisinsk\\_historie](https://sml.snl.no/medisinsk_historie) [Lest 06.05.18].

Dahlum, S. (18.05.2018) Kvantitativ analyse. I: Dahlum, S. *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: [https://snl.no/kvantitativ\\_analyse](https://snl.no/kvantitativ_analyse) [Lest 19.03.18].

Kirkevold, M. (14.02.14) Sykepleie. I: Von Krogh, G. *Store Norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykepleie> [Lest 23.04.18].

Sagberg I. (09.01.18) Ledelse. *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/ledelse> [Lest 09.05.18].

Valle, P.C. (2018, 12. april) Igjen overkjøres lokal ledelse. *Harstad Tidende*. Tilgjengelig fra: <https://www.ht.no/meninger/2018/04/12/Igjen-overkj%C3%B8res-lokal-ledelse-16467960.ece> [Lest 12.04.18].

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Søknad til NSD

Vedlegg 2: Søknad til Fag- og forskningssjef

Vedlegg 3: Spørreskjema

Vedlegg 4: Frekvenstabeller fra questback

Vedlegg 5: Spørsmål til fokusgruppeintervjuet

## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	<p>En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.</p> <p>Les mer om hva <a href="#">personopplysninger</a> er.</p> <p>NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.</p> <p>Les mer om hva <a href="#">behandling av personopplysninger</a> innebærer.</p>
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	
Annet, spesifiser hvilke		
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	<p>En person vil være <a href="#">indirekte identifiserbar</a> dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.</p> <p>NB! For at stemme skal regnes som</p>
Hvis ja, hvilke		

		personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja • Nei ○	Les mer om <a href="#">nettbaserte spørreskjema</a> .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei •	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei •	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre).  <a href="#">Les mer.</a>  Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjekttittel		
Prosjekttittel	Profesjonssamarbeid på bekostning av pasientens beste?	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.

3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Nord universitet	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.  Les mer om <a href="#">behandlingsansvarlig institusjon</a> .
Avdeling/Fakultet	Fakultet for samfunnsvitenskap	
Institutt	Ledelse og organisasjon	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Inger-Johanne	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om <a href="#">daglig ansvarlig</a> .
Etternavn	Pettersen	
Stilling	Professor	
Telefon	90846930	
Mobil		Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.  Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.  NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
E-post	<a href="mailto:inger.j.pettersen@ntnu.no">inger.j.pettersen@ntnu.no</a>	
Alternativ e-post	<a href="mailto:inger.j.pettersen@ntnu.no">inger.j.pettersen@ntnu.no</a>	

Arbeidssted	NTNU	
Adresse (arb.)	NTNU	
Postnr./sted (arb.sted)	7491 Trondheim	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Gry	
Etternavn	Tufte-Gerhardsen	
Telefon	95190983	
Mobil		
E-post	<a href="mailto:gry.tufte-gerhardsen@unn.no">gry.tufte-gerhardsen@unn.no</a>	
Alternativ e-post	<a href="mailto:tomasgry71@gmail.com">tomasgry71@gmail.com</a>	
Privatadresse	Klubbåsveien 35	
Postnr./sted (privatadr.)	9411 Harstad	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Masteroppgave</li> <li>○ Bacheloroppgave</li> <li>○ Semesteroppgave</li> <li>○ Annet</li> </ul>	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Prosjektets formål er å finne ut av hvordan sykepleieledere oppfatter sitt samarbeid med legeledere, og videre se på hvilken betydning dette samarbeidet kan få for pasientflyt og pasientbehandling. Vi tenker å sende ut en spørreundersøkelse til sykepleieledere for å komme nært et større antall svar for å få innsikt om samarbeidet oppfattes veldig ulikt eller rom det er slik at det er fellestrekk omkring sykepleielederes oppfatning om dette. Deretter vil vi vurdere å gjøre to til tre dybdeintervju for å komme tett på hva eventuelle samarbeidsutfordringer kan få for betydning for pasientene.</p>	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p>

7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input checked="" type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige <a href="#">forskningstematikker og utvalg</a> .
Beskriv utvalg/deltakere	Sykepleieledere	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Vi vil kontakte kvalitetsavdelingen og personalavdelingen ved UNN for å få et uttrekk av hvilke respondenter vi kan sende undersøkelsen til.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Vi vil lage en spørreundersøkelse i form av questback. Denne vil vi innhente hjelp fra kvalitetsavdelingen for å få til å sende ut på korrekt måte til de ansattes epostadresser på jobb.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre <a href="#">temasider</a> .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer <a href="#">barn</a> på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	100	

Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	Les mer om sensitive.
--	------------	-----------------------

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse</a> .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. <a href="#">Les mer</a> .
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input checked="" type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p>



		Les mer om <a href="#">registerstudier</a> . Dersom du skal anvende registerdata, må variabelliste lastes opp under pkt. 15 Les mer om <a href="#">forskningsmetoder</a> .
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p><a href="#">Les mer</a>. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal <a href="#">her</a>.</p> <p>Les om <a href="#">krav til informasjon og samtykke</a>.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og <a href="#">informert</a>.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å</p>

		regne som et aktivt samtykke.  Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. <a href="#">Les mer.</a>
10. Informasjonssikkerhet		

Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ På server i virksomhetens nettverk</li> <li><input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne)</li> <li>■ Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat datamaskin</li> <li><input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi</li> <li>■ Lydopptak</li> <li>■ Notater/papir</li> <li><input type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon)</li> <li><input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode</li> </ul>	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskinen er sikret med påloggingssystemer unikt for hver enkelt av oss som jobber i prosjektet.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan

		sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en <a href="#">databehandler</a> . Slike oppdrag må kontraksreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.  Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon.  Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. <a href="#">Les mer</a> .
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?	June Lenvik, UNN Tromsø, K3K, gynpol.	
Utleveres/deles personopplysninger med andre	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger

institusjoner eller land?		utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om <a href="#">dispensasjon fra taushetsplikten</a> . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registereier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om <a href="#">andre godkjenninger</a> .
Hvis ja, hvilken	Vi vil søke også UNN evt HN om å foreta spørreundersøkelser i virksomhetene.	
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart Planlagt dato for prosjektslutt	31.01.2018 20.06.2018	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnnsamlingen starter.  Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.

<p>Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.)  <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) ■ <input type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt</p>	<p>Les mer om <a href="#">direkte</a> og <a href="#">indirekte</a> personidentifiserende opplysninger.</p> <p>NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.</p>
--	--	--

<p>Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?</p>	<p>■ Datamaterialet anonymiseres  <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon</p>	<p>NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.</p> <p>Les mer om <a href="#">anonymisering av data</a>.</p>
--	---	---

### 13. Finansiering

<p>Hvordan finansieres prosjektet?</p>		<p>Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).</p>
--	--	---

### 14. Tilleggsopplysninger

<p>Tilleggsopplysninger</p>		<p>Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra</p>
-----------------------------	--	--

		Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 3. <ul style="list-style-type: none"> <li>● intervjugide.docx</li> <li>● veiledende_mal_for_informasjonsskriv.doc</li> <li>● spoerreundersoekelse.docx</li> </ul>	

## Vedlegg 2: Søknad til Fag- og forskningssjef

25.02.18

Fag- og forskningssenteret UNN

v/ Fag- og forskningssjef Elin Gullhav

### **Søknad om gjennomføring av spørreundersøkelse av ledere i UNN HF**

I forbindelse med MBA i helseledelse søkes det herved om tillatelse til å gjennomføre en spørreundersøkelse blant ledere i UNN HF. NORD Universitet har ansvar for masterutdanninga på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Svarene vi får danner grunnlaget for masteroppgaven vi jobber med. Oppgaven har problemstillingen «Hva opplever sykepleieledere og legeledere i spesialisthelsetjenesten som hemmende og fremmede for samarbeidet mellom dem». Vi er to stykker som jobber med oppgaven sammen. Vi er begge ansatt på UNN, en i Tromsø og en i Harstad, og har erfaring som sykepleieleder.

#### **Bakgrunn for oppgaven:**

Gjennom egne erfaringer vet vi at det til tider kan være utfordringer i samarbeidet mellom sykepleieledere og legeledere da de to profesjonene ofte vektlegger forskjellige områder av sine lederoppgaver. Det er også dokumentert i mange undersøkelser at den forskjellige tilnærmingen til oppgavene kan resultere i uenigheter. Erfaringsmessig ser vi også at dette kan påvirke planlegging av drift og i verste fall ha negativ påvirkning på pasientene.

#### **Formålet med undersøkelsen:**

Vi ønsker å undersøke hva sykepleieledere og legeledere føler fremmer og hemmer samarbeid mellom de to yrkesgruppene. Vi lurer på om de forskjellige profesjonene har samme syn på dette. Vi lurer på om vi kan finne ut hva som er viktig for å få til et godt samarbeid, og om vi kan finne ut hvorfor det blir sånn at samarbeidet ikke alltid fungerer. Ønsket er å forstå utfordringer, og forhåpentligvis forså hvordan man kan bedre samarbeidet.

#### **Utvalg:**

Vi ønsker å distribuere spørreundersøkelsen til sykepleiere og leger som er mellomledere i UNN. Vi har valgt å kontakte kun de som jobber i somatikken, derav enhetsledere, seksjonsledere og avdelingsledere.

#### **Planlagt tidsintervall**

Undersøkelsen vil gjennomføres i løpet av mars måned. Datamaterialet vil oppbevares til sensur på oppgaven er klar. Oppgaven skal leveres 20.juni 2018.

#### **Metode:**

Spørreundersøkelsen vil gjennomføres i form av en Questback undersøkelse som sendes ut til sykepleiere og leger som er ledere på somatiske avdelinger i UNN. Spørreundersøkelsen sendes til de utvalgte via mail.

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste NSD):**

Siden questbackundersøkelser kan spores gjennom IP-adresse, er søknad om gjennomføring av undersøkelsen sendt til NSD.

Det samles ikke inn personidentifiserende opplysninger eller bakgrunnsinformasjon som kan identifisere den enkelte.

Spørreskjema er godkjent av veileder Professor Inger Johanne Pettersen.

Håper at denne søknaden kan behandles raskt, og at tilbakemelding gis til følgende e-post:

[gry.tufte-gerhardsen@unn.no](mailto:gry.tufte-gerhardsen@unn.no)

[june.lenvik@gmail.com](mailto:june.lenvik@gmail.com)

Med vennlig hilsen June Lenvik, K3K Tromsø og Gry Tufte-Gerhardsen, K3K Harstad.



### Vedlegg 3: Spørreskjema

# Master, samarbeid

## 1) Hvilken profesjonsbakgrunn har du?

- Ikke leder
- Leder med annen profesjonsbakgrunn
- Sykepleier og leder
- Lege og leder

## 2) Hva er din alder

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-79

## 3) Hvor mange år har du jobbet som leder?

- Mindre enn 2 år
- 2-5 år
- 6-10 år
- 11-20 år
- Over 20 år

## 4) På hvilket ledernivå er du?

- Enhetsleder
- Seksjonsleder
- Avdelingsleder
- Annet

## 5) Hva beskriver best den enheten/seksjonen/avdelingen du er leder for?

- Poliklinikk/dagenhet
- Sengepost
- Operasjon/anestesi/intensiv
- Annet

**6) Hvor mye av din arbeidstid går med i klinisk arbeid?**

- 0%
- 10-20%
- 30-40%
- 50-60%
- 70-80%
- Over 80%

## De følgende spørsmålene handler om samarbeid.

**7) Hva gjør du for å samarbeide med andre ledere?**

**8) Hva mener du kan gjøre samarbeid med andre ledere vanskelig?**

***Kryss av for det alternativet som passer best:***

**9) Jeg opplever.....**

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
at det er vanskelig å samtidig være en god leder og en god kollega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
samarbeidsproblemer med ledere som har samme profesjonsbakgrunn som meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
samarbeidsproblemer med ledere som har annen profesjonsbakgrunn enn meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
at det er viktig å samarbeide godt med ledere med annen profesjon enn meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
at samarbeidsproblemer medfører at pasientene har fått utsatt sin behandling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
at pasientene kan få feil behandling på bakgrunn av manglende samarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10) Hvordan utfører du det meste av dine lederoppgaver?**

- Helt alene  Oftest alene  Både alene og i lederteam  Oftest i lederteam

**11) Hvor mange er det i lederteamet ved din avdeling?**

**12) Hvor ofte møtes hele lederteamet i din avdeling?**

- Aldri  
 Sjeldnere  
 Månedlig  
 Hver annen uke  
 Ukentlig  
 Daglig

**13) Hvilke profesjoner er representert i ditt lederteam?**

- Lege  
 Sykepleier  
 Helsesekretær  
 Annet

## De følgende spørsmålene handler om ledelse.

14) Er obligatoriske e-læringskurs noe du mener er viktig å gjennomføre?

- Ja  
 Nei

**Fullfør setningen:**

15) Jeg har.....

fullført lederopplæringen på UNN  tatt noe av lederopplæringen på UNN  annen formell lederutdanning  ikke gjennomført opplæring eller formell utdanning i ledelse

**Kryss av for det alternativet som passer best:**

16) Hvor ofte.....

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måned	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
møter du dine ansatte ansikt til ansikt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
er du fysisk tilstede i avdelingen hvor dine medarbeidere jobber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
har du formelle møter med dine ansatte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jobber du med veiledning og tilrettelegging for dine medarbeidere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
deltar du i "småpraten" (kaffepraten) med dine medarbeidere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sjekker du mailboksen din?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
har du møter med overordnede ledere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
logger du på administrative dataverktøy/programvarer knyttet til din lederjobb?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jobber du med faglig oppdatering/oppfølging av rutiner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måned	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
behandler du pasientklagesaker/avviksmeldinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Kryss av for det alternativet som passer best:**

**17) I hvilken grad.....**

	Svært stor grad	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Svært liten grad
opplever du å nok tid til å møte dine ansatte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
samarbeider du med ledere som har annen profesjon enn deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
klarer du å planlegge driften fire måneder frem i tid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jobber du utover din ordinære arbeidstid for å komme i mål med dine arbeidsoppgaver?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mener du det er viktig å jobbe i klinikken i tillegg til å utøve ledelse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opplever du at du blir hørt når du ytrer dine meninger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opplever du å bruke tid på papirarbeid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Send]

100 % fullført

© Copyright [www.questback.com](http://www.questback.com). All Rights Reserved.

## Vedlegg 4: Frekvenstabeller fra questback

Master, samarbeid

15.05.2018 10:33

### Master, samarbeid

#### 1. Hvilken profesjonsbakgrunn har du?

Navn	
1	Ikke leder
2	Leder med annen profesjonsbakgrunn
3	Sykepleier og leder
4	Lege og leder

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	1,00	0,00	1,00
Lege	17	2,00	0,00	2,00

	Ikke leder	Leder med annen profesjonsbakgrunn	Sykepleier og leder	Lege og leder	N
Sykepleier	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	64
Lege	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	17

Powered by [www.questback.com](http://www.questback.com)

## 2. Hva er din alder

Navn	
1	20-29
2	30-39
3	40-49
4	50-59
5	60-79

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	3,17	0,95	3,00
Lege	17	4,06	0,64	4,00

	20-29	30-39	40-49	50-59	60-79	N
Sykepleier	1	16	22	19	5	63
Lege	0	0	3	10	4	17

## 3. Hvor mange år har du jobbet som leder?

Navn	
1	Mindre enn 2 år
2	2-5 år
3	6-10 år
4	11-20 år
5	Over 20 år

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	2,86	1,25	3,00
Lege	17	2,94	1,16	3,00

	Mindre enn 2 år	2-5 år	6-10 år	11-20 år	Over 20 år	N
Sykepleier	9	20	14	13	8	64
Lege	1	7	3	4	2	17



## 4. På hvilket ledernivå er du?

	Navn
1	Enhetsleder
2	Seksjonsleder
3	Avdelingsleder
4	Annet

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	1,91	0,76	2,00
Lege	16	2,29	0,45	2,00

	Enhetsleder	Seksjonsleder	Avdelingsleder	Annet	N
Sykepleier	19	24	14	7	64
Lege	0	10	4	2	16

Ass.avd.spl.

assisterende seksjonsleder

seksjonssykepleier

Seksjonssykepleier

Assisterende seksjonssykepleier

avdelingssykepleier

senterleder

## 5. Hva beskriver best den enheten/seksjonen/avdelingen du er leder for?

Navn	
1	Poliklinikk/dagenhet
2	Sengepost
3	Operasjon/anestesi/intensiv
4	Annet

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	1,93	0,72	2,00
Lege	17	1,20	0,40	1,00

	Poliklinikk/dagenhet	Sengepost	Operasjon/anestesi/intensiv	Annet	N
Sykepleier	16	26	12	9	63
Lege	8	2	0	7	17

både sengepost og poliklinikk/dagenhet

---

Annet

---

akuttmottak og observasjonspsten

---

Sykehusovergripende, smittevern

---

nasjonalt kompetansesenter

---

Annet

---

Annet

---

Sengepost + pol.kl.

---

akutt

---

## 6. Hvor mye av din arbeidstid går med i klinisk arbeid?

	Navn
1	0%
2	10-20%
3	30-40%
4	50-60%
5	70-80%
6	Over 80%

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	1,89	1,20	2,00
Lege	17	4,12	1,45	4,00

	0%	10-20%	30-40%	50-60%	70-80%	Over 80%	N
Sykepleier	31	19	7	3	1	2	63
Lege	1	2	2	4	5	3	17

## 7. Hva gjør du for å samarbeide med andre ledere?

Faste Lederteammøter. Faste seksjonsledermøter for min yrkesgruppe i klinikken. Fast møte med annen leder på mitt nivå for mer personlig støtte.

Felles ledermøter med ledere i samme klinikk, ellers en del samarbeid vedrørende felles personale med andre enheter.

Diskuterer og drøfter utfordringer/problemer/daglig drift

Stiller oppklarende spørsmål

Planlegger drift

Tilbyr hjelp og veiledning hvis det er behov

Prøver å finne felles treffpunkter. Gjerne faste tidspunkt.

Faste møter i egen klinikk. For andre klinikker tar jeg kontakt ved behov for møte/samarbeid.

Tverrfaglige møter

I min avd har vi jevnlige lederteammøter og driftsmøter. Da man kjenner mange andre ledere på sykehuset er det lett å kontakte for å spørre om råd eller ta opp problemer

For meg er dialog og oppsøkende virksomhet viktig. Lytte, vise forståelse for den andres synspunkt. Invitere til løsninger.

Møtes, diskuterer og har en kontinuerlig kontakt før att ha tillit og lære kjenne varaendre bedre.

Møter på felles arenaer. Ringer de for å be om råd og hjelp. er med på sosiale sammenkomster. Tar opp problemstillinger med de når problemer dukker opp

God kommunikasjon er viktig

Være imøtekommende og løsningsorientert

Er på møter, tar kontakt ved problemstillinger eller spørsmål, "smalltalk igangene" .

viktig med god relasjon til andre ledere.

Deltar i aktuelle arenaer for samarbeid. Kurs, møter, samlinger etc.

Være tilgjengelig for henvendelser pr telefon og for ulike samarbeidsmøter. Vektlegge samarbeid om felles løsninger dersom det er mulig.

Besvare henvendelser rimelig raskt. Kunne være til hjelp for spørsmål av administrativ og faglig karakter. Være innstilt på å gi av egne ressurser for å få til gode samarbeidsløsninger.

prøver å ha god dialog. være ydmyk og gi tydelige beskjeder

deltar på ledermøter. samarbeid på sak der det dukker oppbehov.

Ledermøter i klinikken hver måned. Lokalt lederteam en gang i måneden. Tavlemøter med lokale ledere og driftsleder en gang i uken.

Driftsmøter med OPIN og andre sengeposter med kirurgisk virksomhet. Uformelle samtaler med ledere lokalt ved behov for å diskutere problemstillinger.

Holder kontakt pr telefon og jevnlige møter,

Deltar i planlagte møter - dels med ledere i avdelingen, dels med ledere i andre avdelinger og sykehusledelsen.

Svarer på henvendelser på email.

Kommer med innspill og forslag til andre lede på email.

Leser møtereferater, protokoller, fra andre ledere og svarer på disse.

I samarbeid, - samhandling - med andre ledere, prøver jeg å vektlegge at den tonen dialogen føres i blir respektfull da jeg mener dette er en forutsetning for å bli vurdert seriøst.

Fast ledermøte, oppsøker annen leder ved behov.

Tverrfaglige møter, ukentlig, på tvers av enheter og internt i avdelingen.

- Diskuterer saker jeg er usikker på

- Faste møter på tvers av avdelinger/seksjoner

Ikke noe spesielt. Tar kontakt for diskusjon ved behov.

Er tilgjengelig ved behov, og tar kontakt med dem som jeg trenger å samarbeide med.

Benytter felles møtearenaer (for eksempel tavlemøte, driftsråd, lederteam) til å drøfte utfordringer og aktuelle problemstillinger.

Tar ellers kontakt med den det angår mest når det er påkrevd. På dette sykehuset er ikke veien lang og det er en styrke. Det er lett å oppsøke andre ledere og ta diskusjonen face to face.

Jeg har også noen uformelle lederkontakter som jeg benytter som "mentorer" i mine første år som leder. Det er også et slags samarbeid som gir meg viktig input og inspirasjon som "sololeder"

Møter til innkallinger av samarbeidsmøter.

Prøver å tenke helhetlig i ulike driftsutfordringer, forbedringsarbeid

Faste møtepunkter. Tar kontakt ved ulike problemstillinger som jeg ønsker å drøfte.

Er alltid positiv til å stille opp dersom det er nødvendig for å få oppgavene gjort. Prøver så godt jeg kan og si til meg selv at jeg også har et ansvar for at andre avdelinger skal få gjort sin del av arbeidet og prøver å legge til rette for det. Vi skal gjøre vår del av jobben på best mulig måte.

Min seksjon er mest avhengig av at samarbeidet internt i avdelingen fungerer godt. Det betyr at det er relativt lett å kjenne til og vite en del om de enhetsledere, seksjonsledere og avdelingsleder som det oftest samarbeides med. Bygningsmessig og menneskelig er det enkelt å få til regelmessig kontakt og bygge fora for tverrfaglig samarbeid. Vi opplever at vi trenger gjensidig samarbeid og må kanskje ikke anstrenge oss eller ta særlige grep for å få det til?

Har faste VK-møter, har fysiske møter telefon og mail

Deltar i felles møter. Stiller spørsmål og tilbyr hjelp når enheten har mulighet for det. Kan sende e-post, men går gjerne fysisk til en annen leder for å prate.

Tilgjengelig, tilstede, oppdatert, åpen.

Bruk av skype. Faste VK møter i avdelingen. Fysiske møter.

Har ikke tid, blir ikke prioritert.

Vår avdeling er lite avhengig av samarbeid med andre avdelinger. Dette dels fordi det vi gjør pasientmessig er såpass autonomt og dels fordi mer enn 50 % av våre tjenester ikke har relasjon til pasientarbeid, men er regional kompetansefunksjon (altså ikke pas retta). I den grad det er behov for å samarbeide med andre ledere i UNN, tar jeg/vi kontakt.

Jeg møter andre ledere på faste møtearenaer. Andre kontakter dem direkte pr mail eller telefon.

#### Kommunikasjon

Ha positiv og imøtekommende holdning til evt spørsmål fra andre avdelinger (her med tanke på evt satelittpasienter)

Går av og til innom flere av avdelingene for å sjekke status på pasienter som er meldt klare for vår sengepost. På denne måten opplever jeg at vi ofte får overlevert «stafettspinnen» på en mye bedre måte.

Jobber i team eller på enkeltsaker på tvers av seksjonene i avdelingen.

Kontakt ved behov, faste arenaer hvor vi treffes men da i forbindelse med fag

#### Teamarbeid

Faste møte annenhver uke.

Tar kontakt ved enkelte problemstillinger.

Låner sykepleier fra annen pol.

Mye av samarbeidet med andre ledere er pr mail og telefon, eller at man stikker innom kontoret til de som har lokasjon i nærheten. Vi forsøker å få til felles tavlemøter for tverrfaglig drift som berører ulike seksjoner/enheter. Min opplevelse er at jeg og de lederne vi har oftest behov for å samarbeide med, stort sett finner løsninger sammen uten problemer.

1) Ledermøte en gang per uke med ledergruppen som jeg tilhører.

Har jeg behov for å snakke med andre ledere i min ledergruppe, som for eksempel lege leder, ringer eller mailer jeg vedkommende.

2) Faste møter hver 14 dag med de andre lederne på mitt nivå i egen klinikk. Ledere for andre sengeposter

3) Har og en del kontakt med ledere på mitt nivå i kirurgisk avdeling hvor vi har en del felles pasienter. Har deltatt i en del faglige arrangementer som er felles for å øke kunnskapsnivået, og for å knytte kontakter blant ledelse i kirurgen.

4) Er med å organisere et årlig møte med ledere på mitt nivå i min klinikk, Tromsø, Narvik og Harstad.

5) Er og tidvis med i noen arbeidsgrupper rundt enkelte pasientforløp der jeg samarbeider med ledere i forskjellige fagmiljø. Blant annet psykiatrien.

e-post, tlf, avtale faste møtetider, samlinger, og tilfeldig når man treffes på kurs

Felles møter både på avdelings og seksjonsnivå

møtes i fastsatte fora, jobbe i team, telefonisk/epostkontakt.

Faste møtepunkt i kalender.

samarbeider lite med andre ledere pga lokalisasjon

Mye dialog

Deltar på felles møter

inviterer til dialog hvis behov

Informerer

Forsøker å holde god kontakt med mine samarbeidsavdelinger. Holder meg oppdatert på hva som skjer rundt på avdelingene. God kommunikasjon.

Møter med enhetsledere x1 pr uke og hver dag når jeg er rundt på avdelingene

Faste oppsatte møtepunkter.

Telefonisk kontakt

Jeg snakker med dem. Deltar på de arenaene som er planlagt eller en del av strukturen. Oppsøker folk dersom strukturen ikke gir egnede møteplasser for å ta opp det jeg har behov for.

Avdelings oversykepleie møter. Tett dialog ift belegg.

Regelmessige møter.

Uformelle møter.

Møte på felles møter. Kontakter dem ved behov for hjelp, råd og veiledning.

Har utstrakt tverrfaglig virksomhet og lager samarbeidsavtaler med andre klinikker og avdelinger/seksjoner. Bygger gode personlige relasjoner.

Deltar i felles ledermøter. Oppsøker andre ledere. Henvender meg til andre ledere på e-post eller telefon. Innkaller på eget initiativ andre ledere til møter hvor man har felles interesser.

Jeg deler kontor og har godt samarbeid med seksjonsleder for gyn / føde. Deltar på KVAM møter når jeg anledning drift / turnus tillater det.

Møter i forskjellige fora. Samarbeid på daglig basis om disponering av senger og avhjelpe med personell.

Arrangerer egne seksjonsledermøter for de jeg er leder for. Deltar i avdelingsledermøter.

I klinikken har vi faste møter med andre seksjonssykepleiere. Ellers tar jeg kontakt med ledere ved behov.

dialog, prøver å samhandle om felles utfordringer for pasient og fag

bruke møtearenaer i seksjonen, avdelingen, klinikkne, avtel møter på enkelt saker, faste samarbeidsmøter hvor det er aktuelt.

inviterer til samarbeid gjennom felles problemstillinger

deltar på møter. Er tilgjengelig. Rådfører meg med andre ledere hvis behov.

Direkte muntlig kontakt.

kommuniserer via mail, telefon, møter face to face...

Felles møter, jobbe med felles prosjekter

Har regelmessige møter med andre ledere i avdelingen.

Gode langvarige relasjoner til de andre lederne gjør veien kort.

Mener at det er viktig å møte mine lederkollegaer med respekt, likeverdighet og åpenhet.

Jeg tar kontakt ved behov, og bidrar i samarbeidsprosjekt med åpent sinn og tillit.

1) Andre avdelings- og seksjonsledere i samme klinikk: Deltakelse på faste møter.

2) Egne initiativ, ofte knyttet til aktuelle pasientsaker, rettet mot ledere på andre avdelinger.

3) Strategisk: Arbeider med å etablere samarbeidsstrukturer gjennom møtevirksomhet med viktige samarbeidende avdelinger.

Rådfører meg om jeg har noen spørsmål, eller står i utfordrende situasjoner.

Deltar i lederteam på klinikk og avdelingsledernivå internt i egen klinikk. Ut over dette ingen faste møter. Samarbeider ved akutte driftssituasjoner, oppfølging av avvik som er klinikkovergripende etc. Enkelte personalsaker.

Ved oppstart i min nåværende stilling, kontaktet jeg både ledere på samme nivå, samt de på nivå under - både for å bli kjent samt å diskutere spørsmål knyttet til ledelse og samarbeid på tvers. Til å begynne med opplevdes dette som positivt. Men kulturen for dette er ikke innarbeidet og det ble stort sett jeg som forsøkte å opprettholde det.

Jeg har nå byttet jobb og jobber ikke lenger som mellomleder men senterleder. Jeg svarer her ut fra min gamle jobb der min lengste ledererfaring er høstet. Jeg ser også at i ny jobb som senterleder litt på "utsiden" av kliniske avdelinger er behovet for tverrfaglig ledersamarbeid viktig.

Som mellomleder i avdelingen er erfaring at vi har jobbet tett i et lederteam. Dette lederteamet var svært stabilt i mange år. Dette førte til en trygghet og tillit i teamet, samt at terskelen for å ta opp nye ideer, oppståtte problemer var lav. det var alltid en kultur for å spille hverandre gode i teamet. Ulikheter var en styrke og ikke en svakhet.

Samarbeid utenfor avdelingen:

Holde både formell og uformell dialog. Dvs; formelle møter, mail korrespondanse, telefonmøter. Det er for meg også viktig å ha en uformell dialog da jeg tror dette fører til at terskler og avdelingsiloer blir mindre.

Etterspør kompetanse fra andre ledere der det er nødvendig og nyttig.

Lytter til gode tiltak som blir iverksatt på andre avdelinger. Det er derfor viktig å stille i fora der ledere møter på tvers av avdelinger.

Felles ledermøter.

Tar kontakt ved behov.

Dialog istedenfor å legge seg ned i skyttergraven. Snakke sammen med fokus på løsninger.

Regelmessige ledermøter og personlig kontakt ved behov.

Deltar på ledermøter og ledersamlinger. Melder opp aktuelle saker som omhandler samarbeide på tvers av fagene i samme avdeling

Det er ingen faste møtepunkter for ledere innad i UNN Harstad. Ved ulike problemstillinger tar jeg direkte kontakt med aktuell leder for avklaring /samarbeid ovs.

Fysiske møter, evt Skype

Til faste møter ukentlig. Ad hoc møter ved behov.

Har uformell og formell kontakt

Deltar i møter /foraer for ledere. Ved konkrete problemstillinger - muntlig dialog eller per mail.

Har drifts møter, seksjons og avdelings møter. Tar kontakt per telefon eller mail hvis det er konkrete saker som må behandles



## 8. Hva mener du kan gjøre samarbeid med andre ledere vanskelig?

Ha nok tid til samtale og møter. At klinikere må se viktigheten av andre ledes arbeid.

Ulike prioriteringer

Ulik kunnskapsnivå

Ulik innsikt i drift

Hvorvidt en er løsningsorientert/innovativ

Hvorvidt en er endringsvillig

At de andre lederne ikke har tid når en selv har tid.

Det er utfordrende å samarbeide omkring utfordringer som involverer budsjett og resurser. Alle passer på og beskytter sitt eget, vanskelig å dele.

Geografisk avstand

Lite møtearenaer

Ikke kultur for dette

Leder som ikke ser nytte eller legger til rette

Økonomikrav, stramme rammer, få sengeplasser

Knapphet på tid, ressurser, kapasitet (senger). Siloorganisering - en er sin "syke mor nærmest". "Når krybba er tom bites hestene". Det begås lite lederskap over i hierarkiet noe som fort medfører at det oppstår en ukultur på at en ikke trenger ledelse og samarbeid på tvers. Alle er så presset at det forhindrer mulig samarbeid. Økonomisk over fokus. Ledere som nesten bare jobber klinisk er ikke tilgjengelige som ledere (har ikke ledertid).

Forskjellig syn på hvordan problem kan løses. ser kun sin egen enhet behov, ikke hele sykehuset sitt behov.

At man bare har øye for drift av egen enhet og ikke ser utfordringer som andre også sliter med. De fleste opplever de samme problemstillingene men ikke nødvendigvis på samme tid. Når jeg ikke får hjelp og støtte når jeg trenger det. Hvis man blir usaklig i diskusjoner rundt problemstillinger

Når andre ikke har et ønske om god kommunikasjon

Står veldig steilt på sine meninger og ikke ønske om å finne løsninger sammen

Når de ikke er oppriktige. Ikke holder planlagte avtaler, mål, rutiner. Ser kun sin egen enhet og ikke det som kanskje er det beste for organisasjonen.

Snakker bak ryggen.

Sier noe i møter og handler helt annerledes i praksis.

Dersom noen er "seg selv nok" og ikke er åpen for konstruktiv kritikk, eller vil ta lærdom av tidligere hendelser.

ulike fokusområder, ulike arbeidsoppgaver. mye ulike oppgaver som skal løses

manglende forståelse av behov på tvers av de ulike organisatoriske enhetene. Manglende evne til å tenke stort og langsiktig fordi daglig drift ofte handler om hvor vi skal redusere aktivitet og bemanning. Proteksjonismen i lys av dette kan vanskeliggjøre samarbeid på tvers mellom ledere jf min erfaring. Til dels også organisatoriske grupperinger med lite eller ingen overlappende interesser faglig.

De ulike seksjonene/avdelingene innenfor hver klinikk har ulik drift. Dette kan medføre ulik tilnærming/ulik forståelse av hvorfor man drifter slik man gjør. Det er forbedringspotensiale i samarbeidet slik det er i dag. Min påstand er at vi i for stor grad snakker om "oss" og "dem" i stedet for "vi" og "oss".

Manglende kommunikasjon kan være en medvirkende faktor. Manglende respekt for den andres fagfelt, samt nedlatende holdninger ovenfor kollegaer. Manglende system for møtearenaer og manglende oppfølging av arbeidsoppgaver til ledere over.

De begrensede resurser medfører at de ulike ledere har tendens til å velge løsninger som tilgodeser deres egne interesser fremfor fellesskapet. Dette vanskeliggjør iblant samarbeidet for å finne løsninger for felles beste.

De forskjellige personligheter hos ledere kan iblant bidra til å vanskeliggjøre samarbeidet for å finne løsninger for felles beste.

Tilgjengelighet, økonomi og ressursknapphet på grunn av ulike klinikker, silotenkning gjør det vanskelig å samarbeide om resurser på tvers av klinikker.

Opplever ikke at samarbeidet er vanskelig, men kan enkelte ganger være utfordrende å finne felles løsninger på tvers av avdelinger.

- Lokalisering, man holder til på ulike steder

- Finne tidspunkt som passer for alle til å møtes

Proteksjonisme...

Samtidighetskonflikter, at de og jeg ikke er tilgjengelige.



Det at vi representerer så forskjellige aktiviteter, spesialiteter og forholdsvis små enheter. Vanskelig å skjønne utfordringer andre plasser når en ikke står i det til daglig og ofte ikke har de nødvendige kunnskaper. Klinikstrukturen bidrar vel til (på dette lille sykehuset) at mange av oss jobber på hvert vårt hjørne med sidestilte ledere og nærmeste overordnede på annet sykehus. Seksjonsledere i min klinikk med tjenestested i Tromsø opplever jeg til tider har et fjernt og uinteressert forhold til mitt sykehus og min seksjon. Det kan på en måte oppleves vanskelig og i noen grad provoserende. Det fremmer ikke godt samarbeide.

Tidsklemma

Ulikt fokus inn i møter.

Ulike budsjett å forholde seg til/ulike omstillinger å forholde seg til.

Ulikt eierskap til utfordringene/pasientløpene.

Hvis man ikke er enig om målet. At man ikke forstår problemstillingen likt, ikke tør å tenke litt visjonært, men der målet for en selv er "mele sin egen kake", når tillit og troverdighet blir satt på prøve. Hvis man ønsker åpenhet, men opplever at andre ledere gjerne fronter åpenhet, men viser seg å ikke praktisere det.

Silotekning er den største utfordringen mener jeg. Man evner ikke å se at oppgaven med å gi pasienten god behandling, er noe som skal løses i fellesskap. Viljen til å samarbeide er ikke stor og er det slik at man er på tilbudssiden starten så straffes man seinere ved at det tildeles flere oppgaver fordi det fungerte så bra den første gangen man hjalp noen med en oppgave.

Samarbeid med ledere en ikke ser, som en ikke vet hvem er eller hva står for, eller ledere som synes å mene at samarbeid med akkurat oss ikke har så stor verdi, gjør samarbeid vanskelig.

Dette oppleves i svært liten grad internt i vår avdeling, men kan være et mye større problem i forhold til enheter/seksjoner/avdelinger i andre klinikker, og i forhold til høyere ledelsesnivåer oppover i systemet.

Det kan av og til virke som om noen oppover i systemene har fått det for seg at samarbeid ikke er noe som skal foregå vertikalt i organisasjonen (da er det ledelse, oftest ovenfra og ned)....

At vi er så desentralisert og stort ansvarsspenn

Når avdelinger drives på forskjellig måte kan det bli utfordringer ved samarbeid. Det er forskjell på planlagt drift og ø-hjelp som kommer tilfeldig. Måten å tenke på blir da forskjellig, men man vil kunne lære av hverandre uansett. Beliggenhet og kapasitet vil også spille inn i forhold til mulighet for samarbeid.

Rolle og interessekonflikter

Geografisk distanse. Lite fysiske møtepunkter. Ekstremt stort og vidtspennende kontrollspenn i lederjobben.

Avstander.

Lite grunnlag for kommentar, se over. Svarene under må også tolkes i lys av dette - det mangler en ikke relevant kategori i skjema.

Ulike interesser, ulike arenaer, tid og ulik myndighet

två møten samtidig

For få møteplasser der vi lærer ansiktene på de som er ledere v/andre seksjoner. Samarbeid vanskelig kjøres pga ikke tilhørighet/samhold på tvers av klinikkene.

Dårlig kjemi, for stort fokus på egen enhet og ulike behov, mål og utviklingsretning.

Forskjellig ståsted og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og hverdag

Forskjellige fag med forskjellige utfordringer

Hvis kjemien ikke fungerer.

Ulik oppfattelse av faget.

Vanlig høflighet.

Arbeidsmengde, tidspress, og få felles møtepunkt kan være en årsak til at man ikke får tid til å få et mer strukturert tverrfaglig samarbeid. Det er tidkrevende for mellomledere å håndtere møter, drift, fag og personal i egen seksjon/enhet, og da kan det være utfordringer med å finne rom til å ha det samarbeidet man egentlig ønsker med andre seksjoner/enheter.

Opplever stort sett samarbeidet med andre ledere som greit. Noen ganger er tidspresset for stort til å få en god dialog rundt en problemstilling.

tidspress og mange arbeidsoppgaver

Ulike interesser, manglende evne til å se helheten utover sin egen enhet

Kapasitetsproblemer ved flere/mange enheter medfører en beskyttende grunnholdning overfor egen seksjon slik at forespørsler om å hjelpe andre ofte blir møtt med negativitet.

Dersom det ikke settes av tid i kalenderplanen. Daglig drift kan vanskeliggjøre møter

lokalisasjonen

lite forståelse for den andres arbeidsoppgaver/ pasientgrupper

Når ledere ikke stiller opp på møter

Når ledere avviser endringsforslag

Når ledere ikke tenker at det er EN avdeling, men bare tenker på "sine"

Måten en møter/snakker med andre ledere på

Tidspress og at alle "sliter" med det samme.

Kompetanse hos meg selv som ny leder.

Det at en har vanntette skott og ikke gir uttrykk for at en ønsker å samarbeide

En hektisk hverdag, bl.a. pga forventninger om deltagelse i det kliniske arbeidet, samt ledelsesoppgaver.

Maktkamper. Enkelte personer legger alt inn på å få det som de vil, istedenfor å se på hva som er best for helheten. Det er vanskelig når folk ikke er interessert i å lytte, eller møtes på halveien.

Alle tror de har det verst, liten forståelse og ønske om å hjelpe hverandre.

At man ikke forstår hverandres problemstillinger og behov.

At man har så mye å gjøre at man ikke har tid til samarbeid.

Hvis man kun møtes over mail og ikke personlig.

Lederne over. Hvis man må spørre klinikkjefen og avdelingsledere om "tillatelse" til tverrfaglig samarbeid med seksjoner i andre klinikker og avdelinger, blir det tungvint. Har positive erfaringer med formelle samarbeidsavtaler som gir adgang til samarbeid på tvers - og budsjett for å finansiere samarbeidet.

Sterkt fokus på økonomistyring kan gjøre det vanskelig å oppnå de beste resultatene for pasientene. Suboptimalisering er et utstrakt problem grunnet for sterkt fokus på egne økonomiske resultater. Knapphet på tid har akkurat samme effekt for pasientene; det oppleves at lederes ryggmargsrefleks noen ganger er å lete etter muligheter for å kunne si at "dette er en annen klinikk sitt problem, ikke mitt!". Dette hemmer teamarbeidet som er nødvendig.

Geografi og ulike arbeidsfelt. Når man ikke så ofte treffer de andre avdelingslederne i KK Tromsø blir det ikke naturlig å ringe og diskutere / få råd i problemstillinger. En fødeavdeling er både akutt post og sengepost. Vi har tradisjonelt ikke hatt så mye samarbeid med andre avdelinger på "huset".

Ledere som kun verner om sitt og ikke ser at de er en del av en større organisasjon som sammen jobber for pasienten.

At man jobber i "forskjellige bokser", uten å løfte blikket å se helhetlig på saker.

Kommunikasjon

treffpunkter, med de rette lederne

-Primært fulle sengeposter og liten mulighet til å være fleksibel, dette gjør at man sjelden kan hjelpe hverandre. Det gjør også at man passer "sin butikk" slik at man kan tilrettelegge for mest mulig forutsigbar drift i sin seksjon .

-Mangel på ressurser.

-dersom man kun passer "sin butikk" og ikke vil se helhet blir samarbeid vanskelig.

ledere har mye å gjøre for å få hverdagen til å gå rundt, og blir slukt av "her og nå", ikke tid til strategisk planlegging

for mye fokus på egen virksomhet , manglende forståelse for helhetlige pasientforløp, motstridende interesser, stor arbeidspress. spørsmål som berører økonomi.

Ulike tilnærminger til arbeidsoppgaver, egen innstilling, konkurransemomenter

travel hverdag. Ulik drift. Langtidsplanlegging.

Overbelegg og manglende kapasitet

Når de ikke har forståelse for "min" virksomhet, og ikke vil høre på hva jeg har å si eller min argumentasjon. De vet best holdning. Dette fører til frustrasjon etc.

veldig ulik oppfatninger og verdi syn

Knapphet på tid og mange oppgaver. Deltakelse i driften

Å bli møtt med mistillit og negative holdninger vanskeliggjør et godt samarbeid.

Jeg er leder i en avdeling der vellykket pasientbehandling er avhengig av god koordinering og samstemming av innsats fra ulike yrkesgrupper og spesialiteter på tvers av avdelinger.

- 1) For stor klinisk arbeidsbyrde uten mulighet til avlastning. Jeg bruker ledertid til å kompensere for sykefravær og lign. og kompensere for underbemanning i forhold til kliniske arbeidsoppgaver.
- 2) Ikke sammenfallende målsetninger for de samarbeidende avdelinger. Ivaretagelse av den enkelte avdelings behov (måltall og "produksjonsmål", liggetider og ventetider) ikke sammenfallende med pasienten og vårt behov for tverrfaglig og tverrdisiplinær behandling.

For få forær til å møtes. Lite tid i perioder når det er stor jobbelastning.

Tidspress

"Silo -tenking" at vi er først og fremst opptatt av egen linje og ikke overordnet fokus på tvers av linjene.

Organisering -legetjenesten er organisert utenfor linjen til sykepleierne i klinikken.

En hektisk hverdag

At alle tenker og ser kun sitt eget område

Liten tid til å bygge/endre kultur

Tidsklemme, det kan være en utfordring i arbeidshverdagen at ledere på tvers møtes.

Kulturforskjeller, til tross for ett foretak er det kulturforskjeller i de ulike avdelingene. Det er da viktig at man er bevisst på at man snakker samme språk.

Dårlig kjemi, vi mennesker er forskjellige og samarbeider ikke like godt med andre. Jeg benytter ikke samarbeid i like stor grad der kjemien er dårlig. Da velges andre samarbeidspartnere der det er mulig.

Uavklarte mål.

Økonomi og ressurser.

silotenking. At vi er så fokusert på egen rammer og budsjetter: NPM som forretningsmodell er ikke noe som oppfordrer til samarbeid

Samarbeid er avhengig av et personlig ønske om samarbeid og forbedring.

Derav er personligheten hos den enkelte leder avgjørende for et godt samarbeid.

Min oppfatning er at vi har ett ønske om ett godt samarbeid i min avdeling.

Problem med samarbeid er vanligere mellom avdelinger og klinikker, for eksempel medisin-kirurgi.

Samarbeid fungerer Ok på seksjonsnivå, men blir mer problematisk høyere opp i organisasjonen.

Sannsynligvis grunnet forskjeller i fag og drift. Treghet i systemet er også vanligere høyere opp i organisasjonen.

Høyt arbeidspress. Økonomiske prioriteringer mellom fagfelt.

Vi tilhører forskjellige klinikker, noe som i seg selv er en utfordring. Ulige klinikker har forskjellig fokus og innsatsområder.

Ledere har heller ingen felles faste møtepunkter, eks. hvor samarbeid står på agendaen.

Tidsforbruk

Først og fremst tidspress.

Eget lederforum lokalt

Manglende kunnskap for andres utfordringer mht drift/ fag og lignende.

Personlige egenskaper som holdninger ( negative) og manglende vilje til samarbeid eller manglende vilje til å forstå

Ikke tilgjengelig, svarer ikke på henvendelser på telefon, eller mail. Følger ikke opp det som blir avtalt på møtene.

## 9. Jeg opplever.....

Kryss av for det alternativet som passer best:

Series Name						
Series Name	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median		
1 at det er vanskelig å samtidig være en god leder og en god kollega	9	2,39	0,73	2,00		
2 samarbeidsproblemer med ledere som har samme profesjonsbakgrunn som meg	9	2,25	0,71	2,00		
3 samarbeidsproblemer med ledere som har annen profesjonsbakgrunn enn meg	9	2,47	0,75	2,00		
4 at det er viktig å samarbeide godt med ledere med annen profesjon enn meg	9	4,27	0,82	4,00		
5 at samarbeidsproblemer medfører at pasientene har fått utsatt sin behandling	9	2,34	0,93	2,00		
6 at pasientene kan få feil behandling på bakgrunn av manglende samarbeid	9	2,10	0,76	2,00		
		Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
at det er vanskelig å samtidig være en god leder og en god kollega	8	48	36	3	1	
samarbeidsproblemer med ledere som har samme profesjonsbakgrunn som meg	9	58	24	3	1	
samarbeidsproblemer med ledere som har annen profesjonsbakgrunn enn meg	6	46	35	6	1	
at det er viktig å samarbeide godt med ledere med annen profesjon enn meg	1	2	10	38	42	
at samarbeidsproblemer medfører at pasientene har fått utsatt sin behandling	20	31	35	7	1	
at pasientene kan få feil behandling på bakgrunn av manglende samarbeid	21	44	26	2	0	

## 10. at det er vanskelig å samtidig være en god leder og en god kollega

Navn	
1	Aldri
2	Sjelden
3	Noen ganger
4	Ofte
5	Alltid

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	2,36	0,69	2,00
Lege	17	2,18	0,51	2,00

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid	N
Sykepleier	6	31	25	2	0	64
Lege	1	12	4	0	0	17

## 11. samarbeidsproblemer med ledere som har samme profesjonsbakgrunn som meg

Navn	
1	Aldri
2	Sjelden
3	Noen ganger
4	Ofte
5	Alltid

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	2,33	0,73	2,00
Lege	17	2,18	0,71	2,00

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid	N
Sykepleier	5	36	19	2	1	63
Lege	2	11	3	1	0	17

## 12. samarbeidsproblemer med ledere som har annen profesjonsbakgrunn enn meg

Navn	
1	Aldri
2	Sjelden
3	Noen ganger
4	Ofte
5	Alltid

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	2,56	0,79	2,00
Lege	16	2,31	0,68	2,00

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid	N
Sykepleier	3	30	23	6	1	63
Lege	2	7	7	0	0	16

## 13. at det er viktig å samarbeide godt med ledere med annen profesjon enn meg

Navn	
1	Aldri
2	Sjelden
3	Noen ganger
4	Ofte
5	Alltid

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	61	4,33	0,72	4,00
Lege	17	4,18	1,04	4,00

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid	N
Sykepleier	0	1	6	26	28	61
Lege	1	0	2	6	8	17



## 14. at samarbeidsproblemer medfører at pasientene har fått utsatt sin behandling

Navn	
1	Aldri
2	Sjelden
3	Noen ganger
4	Ofte
5	Alltid

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	2,48	0,83	3,00
Lege	17	2,59	1,03	3,00

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid	N
Sykepleier	8	23	26	6	0	63
Lege	3	4	8	1	1	17

## 15. at pasientene kan få feil behandling på bakgrunn av manglende samarbeid

Navn	
1	Aldri
2	Sjelden
3	Noen ganger
4	Ofte
5	Alltid

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	2,19	0,71	2,00
Lege	16	2,06	0,90	2,00

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid	N
Sykepleier	9	35	17	2	0	63
Lege	6	3	7	0	0	16

## 16. Hvordan utfører du det meste av dine lederoppgaver?

Navn					
1	Helt alene				
2	Oftest alene				
3	Både alene og i lederteam				
4	Oftest i lederteam				

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	2,75	0,47	3,00
Lege	17	2,82	0,62	3,00

	Helt alene	Oftest alene	Både alene og i lederteam	Oftest i lederteam	N
Sykepleier	1	14	49	0	64
Lege	1	2	13	1	17

**17. Hvor mange er det i lederteamet ved din avdeling?**

6

10

9

7

6

4

2

9

8

10

3

5

5

8

8 personer

5

5

i avdelinge4n er det 7 sekjonslederteam og sikkert minst like mange enhetslederteam

10

2

5

4-5

3 eller 5 personer

6

1

4

6

5

5

7

6

9

3

13

12

10

1

8

alle, demokratisk prosess

4

4

7

9

4

7

En avdelingsleder. 2 legeledere (en i hvert fagfelt). En kontorleder og tre enhetsleder. (en for hver enhet).

4

6

3

7

avdelingen 12 ,seksjonen 1

4

5

7

8

5

10

5

7

6

6

7

6

6

3

6

5

3

9

8

6

3

6

3

5

6

6

4

3

7 . Det er en overlege og 6 sykepleiere.

Iberegnet meg selv - 5

3

4

6

6

6

6

12

8

10

6

2

5

4

## 18. Hvor ofte møtes hele lederteamet i din avdeling?

	Navn
1	Aldri
2	Sjeldnere
3	Månedlig
4	Hver annen uke
5	Ukentlig
6	Daglig

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	2,84	0,97	3,00
Lege	15	3,00	0,97	3,00

	Aldri	Sjeldnere	Månedlig	Hver annen uke	Ukentlig	Daglig	N
Sykepleier	0	4	10	26	20	4	64
Lege	1	0	1	9	4	0	15



## 19. Hvilke profesjoner er representert i ditt lederteam?

	Navn
1	Lege
2	Sykepleier
3	Helsesekretær
4	Annet

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	60	1,82	0,48	2,00
Lege	13	1,40	0,80	1,00

	Lege	Sykepleier	Helsesekretær	Annet	N
Sykepleier	10	33	2	15	60
Lege	4	0	1	8	13

lege + sykepleier

sykepleier, lege

Lege, helsesekretær, sykepleiere

aller faggrupper nevnt over

Lege, sykepleier, jordmor, sekretær

Spl, lege, bioingeniør

Lege, sykepleier, kontor

lege og sykepleiere

Både leger, spl og

leger og spl

sykepleier, lege, sekretær

Lege og spl

lege, spl, fysio.

Både lege og sykepleier

Jordmor og lege

## 20. Er obligatoriske e-læringskurs noe du mener er viktig å gjennomføre?

De følgende spørsmålene handler om ledelse.

Navn				
1	Ja			
2	Nei			
Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	55	1,07	0,26	1,00
Lege	17	1,47	0,50	1,00

	Ja	Nei	N
Sykepleier	51	4	55
Lege	9	8	17

## 21. Jeg har.....

Fullfør setningen:

Navn				
1	fullført lederopplæringen på UNN			
2	tatt noe av lederopplæringen på UNN			
3	annen formell lederutdanning			
4	ikke gjennomført opplæring eller formell utdanning i ledelse			
Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	2,22	0,86	2,00
Lege	17	2,67	0,78	2,00

	fullført lederopplæringen på UNN	tatt noe av lederopplæringen på UNN	annen formell lederutdanning	ikke gjennomført opplæring eller formell utdanning i ledelse
Sykepleier	19	36	26	6
Lege	0	11	6	4

## 22. Hvor ofte.....

Kryss av for det alternativet som passer best:

Series Name					
1	møter du dine ansatte ansikt til ansikt?				
2	er du fysisk tilstede i avdelingen hvor dine medarbeidere jobber?				
3	har du formelle møter med dine ansatte?				
4	jobber du med veiledning og tilrettelegging for dine medarbeidere?				
5	deltar du i "småpraten" (kaffepraten) med dine medarbeidere?				
6	sjekker du mailboksen din?				
7	har du møter med overordnede ledere?				
8	logger du på administrative dataverktøy/programvarer knyttet til din lederjobb?				
9	jobber du med faglig oppdatering/oppfølging av rutiner?				
10	behandler du pasientklagesaker/avviksmeldinger				

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
møter du dine ansatte ansikt til ansikt?	96	1,59	0,96	1,00
er du fysisk tilstede i avdelingen hvor dine medarbeidere jobber?	95	1,81	1,18	1,00
har du formelle møter med dine ansatte?	96	4,05	1,29	4,00
jobber du med veiledning og tilrettelegging for dine medarbeidere?	95	3,75	1,48	4,00
deltar du i "småpraten" (kaffepraten) med dine medarbeidere?	96	2,24	0,95	2,00
sjekker du mailboksen din?	96	1,25	0,43	1,00
har du møter med overordnede ledere?	96	3,82	0,94	4,00
logger du på administrative dataverktøy/programvarer knyttet til din lederjobb?	95	1,91	0,96	2,00
jobber du med faglig oppdatering/oppfølging av rutiner?	95	3,69	1,35	4,00
behandler du pasientklagesaker/avviksmeldinger	96	4,22	1,32	4,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere
møter du dine ansatte ansikt til ansikt?	61	20	11	2	1	1
er du fysisk tilstede i avdelingen hvor dine medarbeidere jobber?	49	30	9	3	1	2
har du formelle møter med dine ansatte?	1	15	16	20	34	10
jobber du med veiledning og tilrettelegging for dine medarbeidere?	5	18	19	23	14	16
deltar du i "småpraten" (kaffepraten) med dine medarbeidere?	19	45	26	4	0	2
sjekker du mailboksen din?	72	24	0	0	0	0
har du møter med overordnede ledere?	1	7	20	53	10	5
logger du på administrative dataverktøy/programvarer knyttet til din lederjobb?	36	41	12	4	1	1
jobber du med faglig oppdatering/oppfølging av rutiner?	5	13	25	26	16	9
behandler du pasientklagesaker/avviksmeldinger	1	7	23	28	15	20

## 23. møter du dine ansatte ansikt til ansikt?

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	1,38	0,67	1,00
Lege	17	1,41	0,60	1,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	47	10	7	0	0	0	0
Lege	11	5	1	0	0	0	0

## 24. er du fysisk tilstede i avdelingen hvor dine medarbeidere jobber?

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	1,52	0,75	1,00
Lege	17	1,76	1,26	1,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	39	16	7	1	0	0	0
Lege	10	4	2	0	0	1	0

## 25. har du formelle møter med dine ansatte?

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	4,20	1,16	4,00
Lege	17	2,88	1,23	2,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	1	5	11	16	25	6	0
Lege	0	10	2	3	1	1	0



## 26. jobber du med veiledning og tilrettelegging for dine medarbeidere?

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	3,60	1,57	3,00
Lege	17	3,88	1,08	4,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	5	14	13	10	11	10	0
Lege	0	1	6	6	2	2	0

## 27. deltar du i "småpraten" (kaffepraten) med dine medarbeidere?

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	2,16	0,77	2,00
Lege	17	2,18	0,86	2,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	13	30	19	2	0	0	0
Lege	4	7	5	1	0	0	0

## 28. sjekker du mailboksen din?

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	1,23	0,42	1,00
Lege	17	1,47	0,50	1,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	49	15	0	0	0	0	0
Lege	9	8	0	0	0	0	0

## 29. har du møter med overordnede ledere?

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	3,69	1,00	4,00
Lege	17	3,88	0,32	4,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	1	7	15	32	6	3	0
Lege	0	0	2	15	0	0	0

## 30. logger du på administrative dataverktøy/programvarer knyttet til din lederjobb?

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	1,66	0,59	2,00
Lege	17	3,18	1,20	3,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	26	34	4	0	0	0	0
Lege	1	4	6	4	1	1	0

## 31. jobber du med faglig oppdatering/oppfølging av rutiner?

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	3,66	1,44	3,00
Lege	17	3,88	0,76	4,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	3	11	19	13	9	8	1
Lege	0	1	3	10	3	0	0

## 32. behandler du pasientklagesaker/avviksmeldinger

Navn	
1	Flere ganger hver dag
2	Hver dag
3	Noen ganger i uken
4	Flere ganger i måneden
5	Månedlig
6	Sjeldnere
7	Aldri

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	4,05	1,37	4,00
Lege	17	4,65	0,90	4,00

	Flere ganger hver dag	Hver dag	Noen ganger i uken	Flere ganger i måneden	Månedlig	Sjeldnere	Aldri
Sykepleier	1	6	19	16	8	13	1
Lege	0	0	1	8	4	4	0

## 33. I hvilken grad.....

Kryss av for det alternativet som passer best:

Series Name				
1	opplever du å nok tid til å møte dine ansatte?			
2	samarbeider du med ledere som har annen profesjon enn deg?			
3	klarer du å planlegge driften fire måneder frem i tid?			
4	jobber du utover din ordinære arbeidstid for å komme i mål med dine arbeidsoppgaver?			
5	mener du det er viktig å jobbe i klinikken i tillegg til å utøve ledelse?			
6	opplever du at du blir hørt når du ytrer dine meninger?			
7	opplever du å bruke tid på papirarbeid?			

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
opplever du å nok tid til å møte dine ansatte?	95	2,69	1,10	3,00
samarbeider du med ledere som har annen profesjon enn deg?	95	2,25	0,81	2,00
klarer du å planlegge driften fire måneder frem i tid?	95	2,82	1,04	3,00
jobber du utover din ordinære arbeidstid for å komme i mål med dine arbeidsoppgaver?	95	2,32	1,11	2,00
mener du det er viktig å jobbe i klinikken i tillegg til å utøve ledelse?	95	2,69	1,14	3,00
opplever du at du blir hørt når du ytrer dine meninger?	95	2,14	0,57	2,00
opplever du å bruke tid på papirarbeid?	95	1,76	0,71	2,00

	Svært stor grad	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Svært liten grad
opplever du å nok tid til å møte dine ansatte?	14	30	26	21	4
samarbeider du med ledere som har annen profesjon enn deg?	15	47	28	4	1
klarer du å planlegge driften fire måneder frem i tid?	8	30	35	15	7
jobber du utover din ordinære arbeidstid for å komme i mål med dine arbeidsoppgaver?	28	23	36	2	6
mener du det er viktig å jobbe i klinikken i tillegg til å utøve ledelse?	18	21	34	16	6
opplever du at du blir hørt når du ytrer dine meninger?	10	62	23	0	0
opplever du å bruke tid på papirarbeid?	37	45	12	1	0



## 34. opplever du å nok tid til å møte dine ansatte?

Navn	
1	Svært stor grad
2	Stor grad
3	Noen grad
4	Liten grad
5	Svært liten grad

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	2,62	1,06	3,00
Lege	17	2,53	1,04	2,00

	Svært stor grad	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Svært liten grad	N
Sykepleier	10	21	16	15	1	63
Lege	3	6	4	4	0	17

## 35. samarbeider du med ledere som har annen profesjon enn deg?

Navn	
1	Svært stor grad
2	Stor grad
3	Noen grad
4	Liten grad
5	Svært liten grad

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	2,19	0,75	2,00
Lege	17	2,12	0,83	2,00

	Svært stor grad	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Svært liten grad	N
Sykepleier	10	34	16	3	0	63
Lege	4	8	4	1	0	17

## 36. klarer du å planlegge driften fire måneder frem i tid?

Navn	
1	Svært stor grad
2	Stor grad
3	Noen grad
4	Liten grad
5	Svært liten grad

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	2,70	1,00	3,00
Lege	17	3,24	1,06	3,00

	Svært stor grad	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Svært liten grad	N
Sykepleier	6	22	24	7	4	63
Lege	1	3	6	5	2	17

## 37. jobber du utover din ordinære arbeidstid for å komme i mål med dine arbeidsoppgaver?

Navn	
1	Svært stor grad
2	Stor grad
3	Noen grad
4	Liten grad
5	Svært liten grad

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	2,44	1,12	2,00
Lege	17	1,88	0,90	2,00

	Svært stor grad	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Svært liten grad	N
Sykepleier	15	17	24	2	5	63
Lege	8	3	6	0	0	17

## 38. mener du det er viktig å jobbe i klinikken i tillegg til å utøve ledelse?

Navn	
1	Svært stor grad
2	Stor grad
3	Noen grad
4	Liten grad
5	Svært liten grad

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	64	2,92	1,07	3,00
Lege	17	1,65	0,84	1,00

	Svært stor grad	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Svært liten grad	N
Sykepleier	8	11	27	14	4	64
Lege	9	6	1	1	0	17

## 39. opplever du at du blir hørt når du ytrer dine meninger?

Navn	
1	Svært stor grad
2	Stor grad
3	Noen grad
4	Liten grad
5	Svært liten grad

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	2,08	0,57	2,00
Lege	17	2,12	0,58	2,00

	Svært stor grad	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Svært liten grad	N
Sykepleier	8	42	13	0	0	63
Lege	2	11	4	0	0	17

## 40. opplever du å bruke tid på papirarbeid?

Navn	
1	Svært stor grad
2	Stor grad
3	Noen grad
4	Liten grad
5	Svært liten grad

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Sykepleier	63	1,73	0,69	2,00
Lege	17	2,00	0,49	2,00

	Svært stor grad	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Svært liten grad	N
Sykepleier	26	28	9	0	0	63
Lege	2	13	2	0	0	17





## Vedlegg 5: Spørsmål til fokusgruppeintervjuet

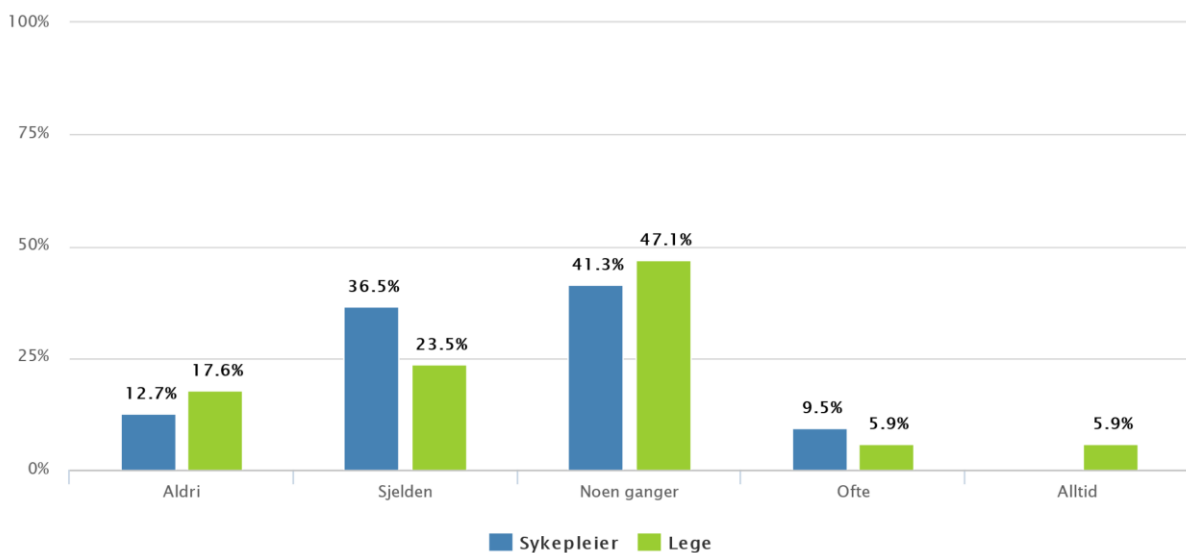
Fokusgruppe intervju 02.05.18

Skriver master om samarbeid mellom sykepleie- og legeledere. Vi har tre hovedfunn som vi ønsker å se nærmere på.

**1. hovedfunn** er at samarbeidsproblemer kan påvirke pasienten. De første spørsmålene handler derfor om det.

To spørsmål om påvirkning på pasientene, graderes aldri-sjelden-noen gang-ofte-alltid

### Jeg opplever at samarbeidsproblemer medfører at pasienter har fått utsatt sin behandling:



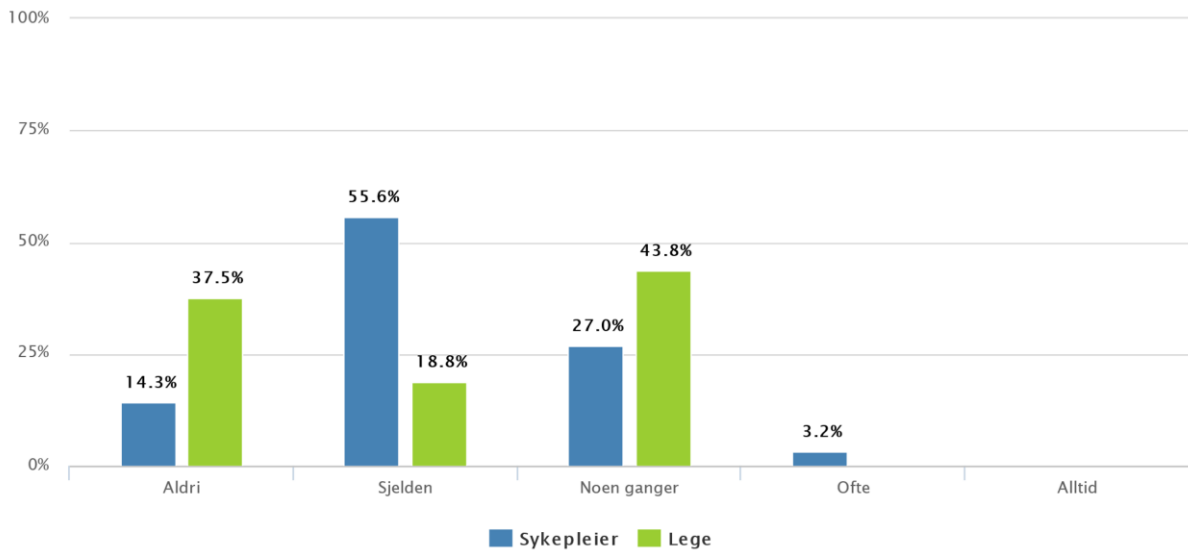
Her svares det både noen ganger, ofte og alltid. 50% av spl og nesten 60% av legene opplever dette.

Hva tenker dere om disse tallene?

Ut ifra egen erfaring hvilke samarbeidsproblemer kan dette være?

Har dere selv opplevd at pasienter blir utsatt pga samarbeidsproblemer? Eksempler.

## Jeg opplever at pasienter kan få feil behandling pga samarbeidsproblemer:



Her svares noen ganger og ofte. 30% av spl og over 40% av legene opplever feil behandling. Heldigvis sier de fleste sjelden eller aldri, men kun 14% av spl finner det rett å svare aldri.

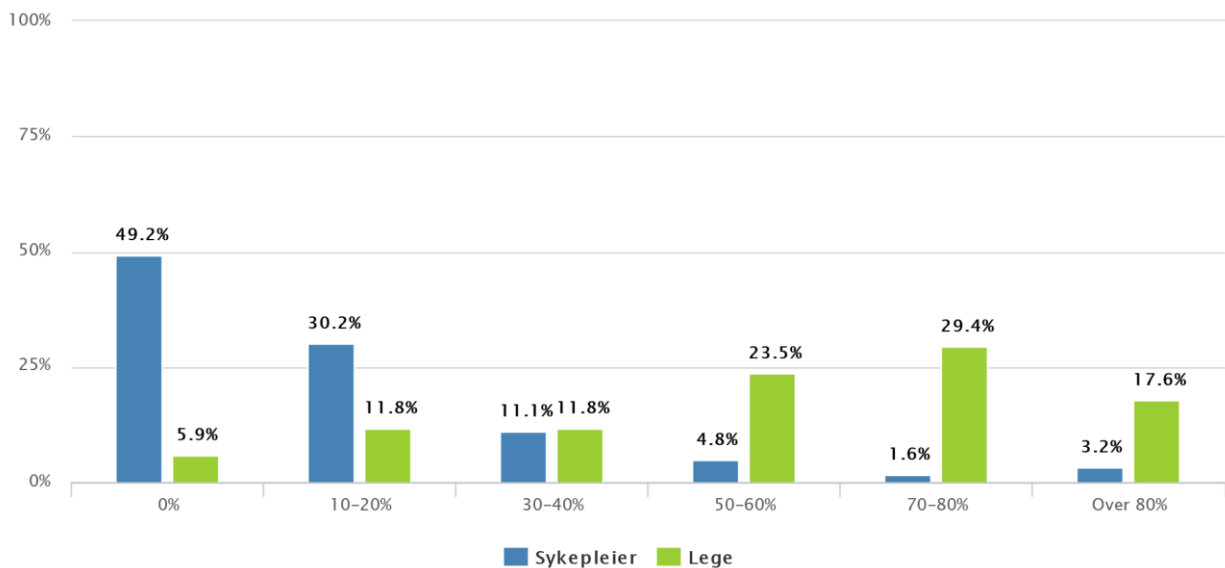
Hva tenker dere om disse resultatene?

Ut ifra egen erfaring hvilke feil kan samarbeidserfaringer medføre?

Har du selv opplevd at pasienter får feil behandling pga samarbeidsproblemer? Eksempler.

**2. hovedfunn** er at legeledere, i motsetning til spl.ledere bruker mye tid i klinisk arbeid.

## Hvor mye av din arbeidstid går med i klinisk arbeid?



Halvparten av sykepleielederne jobber kun administrativt, men nesten ingen leger. Flere sykepleiere jobber noen prosent i klinisk arbeid, men i mindre grad enn legene. Til

sammenligning jobber totalt 70 prosent av legene over 50% i klinisk arbeid, og grafen viser at mange jobber både 80 prosent og mer enn det.

Hvorfor tror dere det er slik?

Hvilken påvirkning har det på samarbeidet?

Hvordan erfaring har du med dette?