



Uio • Universitetet i Oslo

Ledelse under pandemien

*Hvordan har lederoppgavene endret seg
under pandemien?*

Silje Lein Bjørnbeth

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon (kull 34)

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

5.april 2023

Sammendrag

Covid-19 pandemien har vært krevende for samfunnet og påvirket oss alle i ulik grad. Helsevesenet har måttet omstille seg og håndtert til tider svært utfordrende driftsituasjoner. Bakgrunn for valg av oppgave er basert på min erfaring som leder i spesialisthelsetjenesten under Covid-19 pandemien.

Det er utført semistrukturerte intervjuer av 8 ledere på nivå 4-5 i Oslo universitetssykehus med ledererfaring fra sengepost. Det er undersøkt hvordan ledere i spesialisthelsetjenesten har opplevd å være leder under pandemien.

Oppgaven har følgende problemstilling: *Hvordan har lederoppgavene endret seg under pandemien?*

I analysen av intervjumaterialet ble det identifisert fire hovedtemaer: strategisk ledelse, kommunikasjon, drift- og personalansvar og den enkeltes utvikling som leder.

Deltakerne fikk spørsmål under strategisk ansvar, kommunikasjon, personal- og driftsansvar og oppfølgingsspørsmål som gikk på utvikling som leder.

Resultatene viser at lederne har vært igjennom endringsprosesser, møtt ansatte med et stort informasjon- og oppfølgingsbehov, og fått lengre arbeidsdager som følge av pandemien. I drøftingen er det tre hovedfunn som beskriver de største endringene fra ordinær ledelse. Disse tre funnene ble også beskrevet av alle informantene i ulik grad. De tre hovedfunnene er økt behov for strategisk ledelse, viktigheten av stedlig ledelse og økt kommunikasjonsbehov.

Lederoppgavene endret seg under pandemien. Undersøkelsen viser at behovet for strategisk ledelse økte, og flere beslutninger ble tatt på lavere nivå i organisasjonen. Behovet for stedlig ledelse var stort, og trolig riktig beslutning til tross for anbefalinger fra FHI om det motsatte. Informasjonsbehovet var betydelig og lederes evne til strukturert, tydelig og ikke minst hyppig informasjonsformidling ble utfordret. I tillegg opplevde lederne i denne undersøkelsen også et betydelig økt behov for oppfølging av den enkelte medarbeider.

Summary

The Covid-19 pandemic has been demanding for the society and affected us all to varying degrees. The healthcare system had to adapt and at times deal with very challenging operational situations. The background for my thesis is based on my experience as a leader in the specialist health service during the Covid-19 pandemic.

Semi-structured interviews were conducted with 8 leaders at level 4-5 in Oslo University Hospital with leadership experience from bedside posts. It has been investigated how managers in the specialist health service have experienced being a leader during the pandemic.

This thesis objective is: Have leadership tasks changed during the pandemic?

Four main themes were identified in the analysis of the interview material: strategic leadership, communication, operational and personnel responsibility, and the individual's development as a leader. The participants were asked questions about strategic responsibility, communication, personnel, and operational responsibility and follow-up questions that focused on development as a leader.

The results show that the leaders have been through change processes, met employees with extensive information and follow-up needs, and worked long days as a result of the pandemic. In the discussion, three main findings describe the biggest changes from ordinary management. These three findings were also described by all the informants to varying degrees. The three main findings have been an increased need for strategic management, the importance of local management, and increased communication needs.

Management tasks changed during the pandemic. The survey shows that the need for strategic leadership increased, and more decisions were made at a lower level in the organization. The need for local leadership was extensive, and probably the right decision despite recommendations from FHI to the contrary. The need for information was considerable and the leader's ability to be structured, clear, and not least frequently disseminate information was challenged. In addition, the leaders in this survey experienced also a significantly increased need for follow-up of the individual employee.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært berikende og en erfaring jeg ikke ville vært foruten. Masterprogrammet (erfaringsbasert helseadministrasjon) har vært svært lærerikt og jeg har samtidig blitt kjent med en flott gjeng fra kull 34, hvor jeg har lært av deres erfaringer som leder. Masterprogrammet har gitt meg et godt grunnlag til å bli en bedre leder.

En stor takk til lederne i Oslo universitetssykehus som stilte til intervju og delte sine erfaringer og refleksjoner.

Tusen takk til min veileder Ivan Spehar som har respondert raskt og kommet med konstruktive tilbakemeldinger. Du har evnen til å plassere ulike ledelsesutfordringer i en bredere kontekst og gi et akademisk grunnlag for ulike retninger innen ledelse. Det har jeg hatt stor glede og nytte av.

En stor takk til min mann Bjørn Atle som har vært en stor støtte i skriveprosessen. Gode innspill og refleksjoner til oppgaven, og tatt vare på Anna i min del av foreldrepermisjonen, for å frigjøre tid til meg for gjennomføring av intervjuer og skriving av oppgave. Til slutt en stor takk til mine barn for deres tålmodighet under skriveprosessen.

Oslo, april 2023

Silje Lein Bjørnbeth

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1. INNLEDNING | 6 |
| 2. BAKGRUNN | 7 |
| 2.1 COVID-19 VIRUS OG PANDEMI | 7 |
| 2.2 COVID-19 PANDEMIEN | 7 |
| 3. TEORI | 8 |
| 3.1 KRISELEDELSE | 8 |
| 3.2 LANGVARIG KRISELEDELSE | 9 |
| 3.3 ADAPTIV LEDELSE | 10 |
| 3.4 HENRY MINTZBERGS TEORI OM LEDERROLLER | 12 |
| 3.4.1 Lederens mellommenneskelige roller | 13 |
| 3.4.2 Lederens informasjonsroller | 13 |
| 3.4.3 Lederens beslutningsroller | 14 |
| 3.5 DEMING SIRKEL | 15 |
| 4. METODE | 16 |
| 4.1 VALG AV FREMGANGSMÅTE | 17 |
| 4.2 AVGRENSNING | 17 |
| 4.3 REKRUTTERING OG UTVALG | 17 |
| 4.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE | 19 |
| 4.5 TRANSKRIBERING | 19 |
| 4.6 PERSONVERN | 19 |
| 4.7 ANALYSE AV DATA | 20 |
| 4.8 TEMAKART | 22 |
| 5. RESULTATER | 23 |
| 5.1 STRATEGISK LEDELSE | 24 |
| 5.2 OMORGANISERING EGEN ENHET | 24 |
| 5.3 DRIFTSRELATERTE TILTAK | 27 |
| 5.4 ENDREDE ARBEIDSOPPGAVER | 28 |
| 5.5 KOMMUNIKASJON | 29 |
| 5.5.1 Endret informasjonsbehov | 30 |
| 5.5.2 Kommunikasjonsplattformer | 31 |
| 5.6 DRIFT- OG PERSONALANSVAR | 33 |
| 5.6.1 Medarbeideroppfølging | 35 |
| 5.6.2 Stedlig ledelse | 36 |
| 5.7 UTVIKLING SOM LEDER | 36 |
| 5.7.1 Arbeidsbelastning og lederstøtte | 38 |
| 6. DISKUSJON | 40 |
| 6.1 OPPSUMMERING | 40 |
| 6.2 STRATEGISK LEDELSE | 41 |
| 6.3 STEDLIG LEDELSE | 44 |
| 6.4 KOMMUNIKASJON | 46 |
| 6.5 OPPSUMMERING | 48 |
| 6.6 METODOLOGISKE REFLEKSJONER OG ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING | 49 |
| 7. KONKLUSJON | 50 |
| 8. REFERANSER | 51 |
| 9. VEDLEGG | 53 |

1. Innledning

Covid-19 pandemien har vært krevende for samfunnet og påvirket oss alle i ulik grad. Helsevesenet har måttet omstille seg og håndtert til tider svært utfordrende driftsituasjoner. Bakgrunn for valg av oppgave er basert på min erfaring som leder i spesialisthelsetjenesten under Covid-19 pandemien.

Undersøkelser som er gjennomført under pandemien viser at 60% av sykepleierledere har vurdert å slutte i jobben sin i 2021. 71% av ledere sier at den ukentlige arbeidstiden har økt på grunn av pandemien. (Norsk sykepleierforbund, 2021).

Jeg har gjennom pandemien selv opplevd og fått inntrykk av fra andre at lederansvaret har vært utfordrende for mellomledere/førstelinjeledere i foretaket. Jeg har diskutert utfordringene og endringene med lederkolleger i Oslo universitetssykehus (OUS). Min oppfatning er at N4/N5 ledere har vært i en krevende posisjon i årene 2020-2022 på grunn av pandemien. Pandemien har krevd økt tilpasning av drift for å løse tilstrømming av covid pasienter. Det har også vært krevende å opprettholde best mulig tilbud til andre pasientgrupper i en periode med redusert ressurstilgang grunnet avgivelser og omdisponering av personell, karantene og økt sykefravær. Adaptiv ledelse er en ledelsesform som har fått økt oppmerksomhet i perioden. Det har vært økt behov for tilpasning og fleksibilitet.

I oppgaven min har jeg valgt en kvalitativ tilnærming og utført semistrukturerte intervjuer av 8 ledere i Oslo universitetssykehus. Jeg har valgt ledere på nivå 4 og nivå 5 (seksjonsledere og enhetsledere) med ledererfaring fra sengepost. Jeg har sett på hvordan mellomledere/førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten har opplevd å være leder under pandemien.

Jeg har valgt følgende problemstilling: *Hvordan har lederoppgavene endret seg under pandemien?*

I oppgaven bruker jeg begrepet mellomleder. Det favner både enhetsleder og seksjonsleder. Det går også i litteraturen under begrepet førstelinjeledere. Dette er ledere som er ansvarlig for driften på en sengepost eller flere sengeposter.

2. Bakgrunn

2.1 Covid-19 virus og pandemi

Covid-19 viruset er et virus som er en del av koronavirusfamilien og det gir i hovedsak lette forkjølelesesyntomer, men kan i tillegg gi alvorlige symptomer som respirasjonssvikt, flerorgansvikt og død. Vår kunnskap om viruset tyder på at det smitter ved dråpesmitte og kontaktsmitte, det vil si innånding og avsetting av dråper gjennom nærkontakt, eller berøring av slimhinner (øyne, munn og nese) med viruspartikler fra for eksempel hender. Du kan være bærer av viruset uten symptomer, men likevel smitte andre. Ved en Covid-19 infeksjon varierer sykdomsforløp og grad av sykdom mye fra person til person (Folkehelseinstituttet, 2022).

Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) er pandemi et sykdomsutbrudd som rammer svært mange mennesker og omfatter store geografiske områder. Dette begrepet brukes i hovedsak om infeksjonssykdommer. En pandemi kan oppstå når et nytt virus opptrer hos mennesker og befolkningen helt eller i stor grad mangler immunitet mot dette viruset. Det går vanligvis mange år mellom hver pandemi. De mest kjente pandemiene (før Covid-19) var Svartedauden og Spanskesyken (Folkehelseinstituttet, 2022).

2.2 Covid-19 pandemien

Covid-19 viruset startet sannsynligvis i en by i Kina ved navn Wuhan høsten/vinteren 2019. I januar 2020 varslet kinesiske myndigheter resten av verden at de hadde påvist et nytt Covid virus og viruset fikk navnet SARS-CoV-2.

Viruset kommer trolig fra flaggermus og smittet til mennesker i slutten av 2019, enten direkte eller via et annet dyr.

Verdens helseorganisasjon erklærte i mars 2020 utbruddet som en pandemi, men allerede i januar varslet de verden om en pågående krise. I Norge ble det første smittetilfellet påvist 26.februar 2020 (Folkehelseinstituttet, 2022).

Da det ble erklært pandemi 12.mars 2020 og Norge «stengte ned», ble helsevesenet nødt til å omstille seg, og forberede sykehusene på stor tilstrømming av covid pasienter. Det var flere driftsutfordringer som traff helsevesenet. Det ble raskt mangel på smittevernustyr som førte til at man måtte gjenbruke smittevernustyret. Det oppstod også ressursmangel da deler av personalet ble satt i karantene, og det var i starten av pandemien strenge karantenerregler som

medførte at ansatte var ute i 10-14 dager. Helsepersonell fikk ikke lov til å krysse landegrenser og heller ikke lov til å jobbe på flere ulike enheter. Det førte til at man ikke fikk bemannet sengepostene gjennom vikarbyrå eller sykehusets egen ekstravaktsentral.

Vi så mot tilstanden i resten av Europa, spesielt Italia og ble skremt. Dødstallene var høye, helsevesenet knelte, helsearbeidere jobbet på spreng døgnet rundt. Vaksiner var langt unna å være en realitet, og ut fra tidligere erfaringer viste vi at utvikling av vaksiner tar lang tid. Omstillingen traff alle ledd i foretaket og krevde at ledere var løsningsorienterte og tilpasningsdyktige. Her var det behov for fleksibilitet og bidrag i alle ledd.

3. Teori

3.1 Kriseledelse

En krise defineres av Kjølås (2015) som «en situasjon som avviker fra det som er normalt, oppstår relativt hastig, har betydning for samfunnet, truer grunnleggende verdier (liv, helse, livsgrunnlag) og krever at tiltak settes i verk raskt» (Kjølås, 2015, s. 15).

Ifølge Kjølås (2015) er kriseledelse å endre tankesettet i organisasjonen, samtidig som man kartlegger hvor faren er størst i organisasjonen. I kriseledelse må lederen bygge tillitt til sitt lederskap. Når krisen pågår er målet å dempe krisen og fjerne årsaken hvis det er mulig. Her er det viktig å foreta de riktige grepene for raskt å stabilisere krisen. Det handler om evnen til å håndtere situasjoner som er truende, og utgjør en fare for organisasjonen eller samfunnet for øvrig. Ledelse under krise anses som en stor utfordring for lederen (Kjølås, 2015). I følge Mintzberg (1973) har ledere mer innflytelse i krisetid enn når det ikke er krise.

Kriseledelse handler mye om selve krisehåndteringen. Krisehåndtering kan være både strategisk, taktisk eller operativ, og der lederskapet reguleres og justeres underveis. I litteraturen finnes det flere krisemodeller. I artikkelen til Geerts mfl. (2021) beskrives det en krisemodell som deler krisen inn i fire faser:

Fase 1: Escalation. En fase med opptrapping.

Informasjonen i opptrappingsfasen er ofte begrenset, uberegnelig og mangelfull.

Fasen er preget av en erkjennelse av en ekstern trussel som er på vei og behovet for raske forberedelser.

Fase 2: Emergency. En kritisk fase.

Krisen er reel og i denne fasen er det viktig med synlig og stedlig ledelse. Her er ambisjonen å dempe konsekvensene av krisen mest mulig og fjerne årsaken.

Fase 3: Recovery. En bedringsfase.

Denne fasen er svært uforutsigbar og ustabil, selv om den er mindre akutt enn den forrige fasen. Man ser utbredt tretthet i samfunnet, en slags metning av krisen og utbrenthet forekommer. Samtidig vil faren for gjenoppblomstring av krisen være der som en trussel og skape usikkerhet.

Fase 4: Resolution. En normaliseringsfase.

Denne fasen innebærer å få oversikt over konsekvensene av krisen, for så å prioritere. Ideelt sett bør fasen brukes til «debriefing» med plenumsdiskusjoner om muligheter og strategier for å oppnå en normaltilstand. I denne fasen skal en normaltilstand gjenopprettes og skader repareres, og man tar lærdom av krisen.

(Geerts mfl., 2021).

3.2 Langvarig kriseledelse

Ved langvarig kriseledelse, som under covid-19 pandemien, er et viktig poeng at du som leder må være opptatt av å forebygge utbrenthet hos egne ansatte. Det pekes på at et viktig element er kontinuerlig revurdering av situasjonen, ikke ende opp i en «statisk» situasjon. Det bør legges litt arbeid i å tenke kreativt og enkelt i møte med «informasjonsoverload». Budskap må omformuleres for å treffe best mulig situasjonen i den enkelte enhet. Som leder i krise må du formulere tydelige budskap og en visjon som preges av optimisme.

Lederen må selvsagt alltid kommunisere ærlig, det gjelder både internt og eksternt.

Beslutninger må ofte tas under tidspress og med betydelig usikkerhet.

Ledere bør være åpne for og be om tilbakemeldinger og korreksjoner. Dette styrker ofte troverdigheten og er ikke et tegn på usikkerhet. Ledere kan og bør søke hjelp eksternt ved behov, slik kan utbrenthet forebygges. Være tydelig med prioriteringene om hva du som leder anser som viktig og hva som haster mest. Når man står i en langvarig krise, er det viktig å bruke humor og ivareta dine kolleger. Sett av tid til å hvile og ta pauser når det passer.

(AlKnawy, 2018), (Reyes mfl., 2021) (Shriharan mfl., 2022).

I artikkelen til AlKnawy (2018) «Leadership in times of crisis» viser han til et rammeverk for lederroller i krisehåndtering. Rammeverket består av 2 faser.

Fase 1 er akutt responsfase, krisen eskalerer og den må håndteres.

Fase 2 er fasen hvor krisen oppløses. Her skal man strebe etter forbedring og ta lærdom av situasjonene man har vært gjennom. Her griper man muligheten til å gjøre nødvendige endringer som varer.



Figur 1: Rammeverk for lederroller i håndtering av kriser (AlKnawy, 2018, s.2)

3.3 Adaptiv ledelse

Adaptivt lederskap er et begrep som kom på 90-tallet. Det har sin opprinnelse fra forfatteren Ronald A. Heifetz sin bok fra 1994; «Leadership without easy answers». Adaptiv betyr å tilpasse seg og være tilpasningsdyktig (Store norske leksikon, 2023). Adaptiv ledelse handler dermed om tilpasningsdyktig lederskap. I følge Heifetz mfl. (2009) er adaptivt lederskap i praksis mobilisering av mennesker til å håndtere utfordringer, for så å lære av erfaringen og utvikle seg og organisasjonen videre. Konseptet er en lederstil der ledere jobber aktivt med sine ansatte, hvor de samarbeider og har læring, problemløsning og utvikling i fokus.

I artikkelen “The work of leadership” omtaler Heifetz mfl. (1997) 6 prinsipper til praktisering av adaptiv ledelse:

1. «Get on the balcony»

Kom deg opp på balkongen for å få oversikt. Her mener Heifez mfl. (1997) at du som leder må komme deg opp for å få oversikt over organisasjonen og hva som rører seg. Som leder skal du bevege deg mellom å være «nede» med de ansatte, for så å komme deg opp igjen for å få oversikt. På denne måten vil du observere mønstre som dannes.

Alt fra maktkamper eller ansatte med aversjon mot arbeid. Dette vil bidra til at du som leder får mobilisert de ansatte til adaptivt arbeid.

2. Identifiser den adaptive utfordringen.

Når virksomheten ikke raskt nok tilpasser seg nye utfordringer, vil de sannsynligvis ikke overleve. Derfor er det viktig at lederen klarer å identifisere hva den adaptive utfordringen er, for så å håndtere den.

3. Reguler stress.

Lederen må inspirere de ansatte til endring, og unngå å demotivere de. Her må lederen sørge for å skape rom for ansatte til å snakke høyt om problemer og utfordringer. Det bidrar til å forebygge konflikter i organisasjonen. Lederen må være visjonær og peke ut retning for organisasjonen, definere verdier og viktige saker. Sørge for å ha kontroll på tempoet til endringen, og ikke sett i gang for mange tiltak og prosjekter samtidig.

4. Opprettholde skjerpet oppmerksomhet.

Oppfordre ledere til å ta tak i utfordringene og finne løsninger. Unngå å peke ut syndebukker og fornekte problemene.

5. Sørg for at arbeidet legges tilbake til de ansatte. Motstå fristelsen til å ta over og løse problemene selv. Engasjer de ansatte til å bidra i det adaptive arbeidet, og legg ansvaret for endringsprosessen hos de som er ansvarlige.

6. Husk å lytte til de nede i organisasjonen og la de ytre sine meninger. Ansatte som sier ifra om kritiske forhold eller motsetninger i organisasjonen skal bli imøtekommet. Deres perspektiver kan provosere fram nytenkning i organisasjonen.

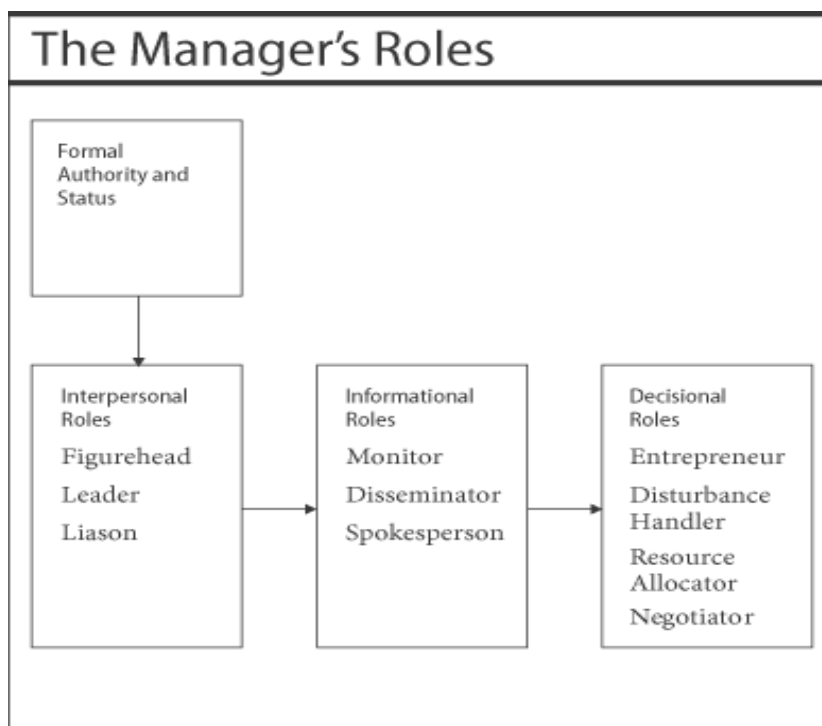
I artikkelen fra Heifez mfl. (2009) "Leadership in a (permanent) crisis" argumenterer forfatterne for adaptiv ledelse. Spesielt i dag hvor man i organisasjoner har en blanding av høyt tempo, høy risiko og usikkerhet som krever en tilpasningsdyktig leder. De mener det fremover vil være ulike kriser, en rekke krevende utfordringer vi ikke har møtt tidligere. De oppfordrer alle ledere, uavhengig hvilken lederposisjon, til å stole på egne kunnskaper og ferdigheter til å håndtere kriser. De anbefaler å praktisere adaptiv ledelse. De underliggende årsakene til krisen må håndteres, men samtidig må man gjøre de nødvendige endringene for at organisasjonen skal utvikle seg. Videre beskriver forfatterne at adaptiv ledelse er en improvisasjon- og eksperimentell kunst, og adaptive ledere har gjennomføringsevne og får ting gjort for å utvikle organisasjonen og imøtekomme krav fra omgivelsene.

3.4 Henry Mintzbergs teori om lederroller

Henry Mintzberg er en kjent forsker og forfatter fra Canada som har jobbet og publisert mye rundt tema organisasjonsteori. På slutten av 60-tallet gjennomførte han et observasjonsstudie av toppledere for å beskrive hvilke oppgaver en leder innehar. Det er et av hans mest sentrale bidrag innenfor forskning på ledelse. Studiet resulterte i en beskrivelse av 10 lederroller som Mintzberg anser å være felles for alle ledere. Ifølge hans forskning handler store deler av ledelse om å snakke med de ansatte og prosessere informasjon. Mintzbergs 10 lederroller kan grupperes i tre hovedtyper av lederroller (Mintzberg, 1973):

- Lederens mellommenneskelige roller
- Lederens informasjonsroller
- Lederens beslutningsroller

Innenfor disse nivåene må lederen se mot sin egen virksomhet og utover mot resten av organisasjonen og dens omgivelser. Et sentralt premiss for Mintzberg var at den enkelte leders personlighet kan påvirke hvordan en rolle utøves, men ikke det faktum at den faktisk utøves. Her får lederen ulike roller som må håndteres samtidig. Se figur under for oversikt over de 10 lederrollene (Mintzberg, 1973).



Figur 2: Lederroller (Mintzberg, 1990, s.12)

3.4.1 Lederens mellommenneskelige roller

Innenfor lederens mellommenneskelige roller har du 3 lederroller; *frontfigur*, *leder* og *kontaktskaper*.

Frontfigur er den enkleste rollen av alle lederrollene. Den krever bare lederens tilstedeværelse kun i kraft av at lederen har en lederposisjon. På grunn av lederens formelle autoritet er lederen bare et symbol, forpliktet til å gjennomføre en rekke plikter i form av sin rolle. Den innebærer mellommenneskelig interaksjon, men ingen prosessering av viktig informasjon eller beslutningstaking. Den andre mellommenneskelige lederrollen er å være leder. Denne rollen er i følge Mintzberg (1973) den viktigste lederrollen, da den preger alle aktivitetene som lederen er involvert i. Organisasjonen ser opp til lederen for veiledning, motivasjon og tilbakemelding, og i sin lederrolle vil lederen definere kulturen organisasjonen jobber i. Her er hovedformålet å skape en interaksjon mellom virksomhetens målsettinger og de ansattes behov (Mintzberg, 1973).

I rollen som kontaktskaper lager lederen et nettverk utenfor virksomheten hen leder. Disse kontaktene er med å etablerer et nettverk lederen vil ha stor nytte av i sin leder jobb. Dette nettverket kan bestå av ledere på samme ledernivå, eller andre ressurspersoner i virksomheten. Et viktig formål med dette nettverket er å få tilgang til informasjon og erfaringsdeling. Relasjonen lederen har til kontaktene vil påvirke hva slags type informasjon hen vil få tilgang til. Denne rollen er sentral for førstelinje- og mellomledere for effektivisering av arbeidsflyt (Mintzberg, 1973).

3.4.2 Lederens informasjonsroller

Lederens informasjonsroller er roller som går ut på prosessering av informasjon.

Disse rollene er i følge Mintzberg (1973) «limet» i organisasjonen og lederjobben, da disse rollene kobler de mellommenneskelige rollene med beslutningsrollene.

Informasjonsrollene består av 3 roller; *overvåker*, *informasjonsformidler* og *talsperson*.

Overvåker rollen er hvor leder mottar informasjon som danner grunnlag for både interne og eksterne vurderinger. Lederen søker informasjon for å oppdage mulige endringer, utfordringer og muligheter. Gjennom denne rollen får lederen kunnskap om organisasjonens kultur og

miljø. Videre får lederen innsikt i når informasjon må formidles og når beslutninger må tas. Her kan leder mulig innhente mye informasjon fra flere kilder både internt og eksternt. I følge Mintzberg (1973) fungerer lederen som et nervesenter for organisasjonen.

I informasjonsformidler rollen anses lederen å være en generalist. Hvor hen sender ekstern informasjon til sin egen organisasjon og intern informasjon mellom ansatte i sin personalgruppe. Denne informasjonen er todelt, hvor du har faktabasert- og verdibasert informasjon. Ledere må kontinuerlig vurdere behovet for om strategisk informasjon skal deles med de ansatte. Her har leder en god del makt bare i kraft av sin posisjon som leder, da ansatte som ønsker å påvirke organisasjonen gir lederen innspill. Det er viktig at informasjonen er i tråd med organisasjonens overordnede verdier, derfor må leder fortløpende samle, vurdere og tilpasse informasjonen. I den tredje og siste informasjonsrollen, som er talsperson, er det viktig at lederen har oppdatert og korrekt informasjon om organisasjonens målsettinger, planer og resultater. Lederen er i denne rollen talsperson for organisasjonen hen leder. I rollen som talsperson er det viktig at lederen fremstår som ekspert på det organisasjonen driver med. (Mintzberg, 1973).

3.4.3 Lederens beslutningsroller

Den tredje og siste sett av lederroller i Mintzberg (1973) er beslutningsroller. Det handler om å ta viktige avgjørelser på vegne av organisasjonen. Beslutningsrollene er sannsynligvis den mest avgjørende delen av lederjobben. Lederens autoritet og makt i forbindelse med tilgang på informasjon blir utøvd i lederens beslutningsroller. Disse rollene involverer lederen i prosessen i å lage strategi for organisasjonen. Lederen er i følge Mintzberg (1973) i vesentlig grad involvert i viktige beslutninger som tas i organisasjonen. Dette skyldes 3 årsaker i følge Mintzberg (1973). 1) Med formell autoritet som leder er det bare lederen som kan sette strategisk retning for organisasjonen. 2) Lederen er «nerve senteret» i organisasjonen. Derfor er det lederen som best kan forsikre at viktige avgjørelser reflekterer dagens kunnskap og organisasjonens verdier. 3) Strategiske avgjørelser kan lett integreres ved at en person har kontroll på alle.

Lederens beslutningsroller består av fire roller; *entreprenør*, *problemløser*, *ressursfordeler* og *forhandler*. I rollen som entreprenør er lederen initiativtaker og designer for de fleste kontrollerte endringene i organisasjonen. Her ser lederen etter forbedringsområder og starter prosjekter for å forbedre organisasjonen, rollen er tett tilknyttet informasjonsrollen overvåker.

Lederen styrer selv om hen deltar og i hvor stor grad i prosjektene. I entreprenørrollen sammenligner Mintzberg (1973) lederen som en sjonglør. Lederen har flere «baller» i luften samtidig. Mens entreprenørrollen fokuserer på frivillig handling fra lederen om å kontrollere organisatoriske endringer, så handler problemløserrollen om å håndtere problemer og støy som dukker opp i organisasjonen. En uforutsigbar hendelse kan skape problemer og problemer som overses lenge nok kan utvikle seg til en krise. Til slutt handler lederen fordi hen må, da presset er for stort på organisasjonen og kan ikke lengre overses. En forstyrrelse oppstår, og korreksjon blir nødvendig. Mintzbergs (1973) tredje beslutningsrolle er ressursfordeleren. Denne rollen er ansett som hjertet i organisasjonens strategiplanlegging. Lederen fordeler oppgaver og tid, blandt annet sin egen tid. Slik er lederen med på å bestemme hva som skal gjøres og av hvem. I tillegg er lederen med på å utforme arbeidsprosessene. På denne måten viser lederen hva hen mener er viktig for organisasjonen. Her har lederen en sentral rolle, ved å vise vei og peke ut retning for organisasjonen, det vil si det langsiktige strategiske arbeidet. Lederen godkjenner prosjekter for organisasjonen, og iverksetter ved å delegerer til en prosjektgruppe, samtidig korrigerer lederen underveis for å sikre mest mulig effektive arbeidsprosesser (Mintzberg,1973).

Den siste beslutningsrollen er forhandleren. Her deltar lederen i ulike forhandlingsprosesser. I denne rollen er også lederen sentral, gjennom å ha myndighet til å fordele ressurser og hen bærer på informasjon som er viktig i forhandlingsprosessene (Mintzberg,1973).

3.5 Deming sirkel

Det finnes flere metoder for kvalitetsforbedring, en av de mest kjente vi har er utviklet av William Edwards Deming. Metoden han utviklet er kalt Demings sirkel, men også kjent som PDSA-sirkelen (plan, do, study, act). Kunnskapssenteret har lagt til et 5.trinn som går ut på å følge opp. Her består metoden av 5 trinn: Planlegge, utføre, kontrollere, korrigerer og følge opp (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2023). Som figur 2 illustrerer.

I tillegg illustrerer sirkelen at forbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess hvor nye endringer kan være nødvendig for å vedlikeholde resultatene. Hvor lang tid forbedringsarbeidet tar er avhengig av kompleksiteten.

Modell for kvalitetsforbedring

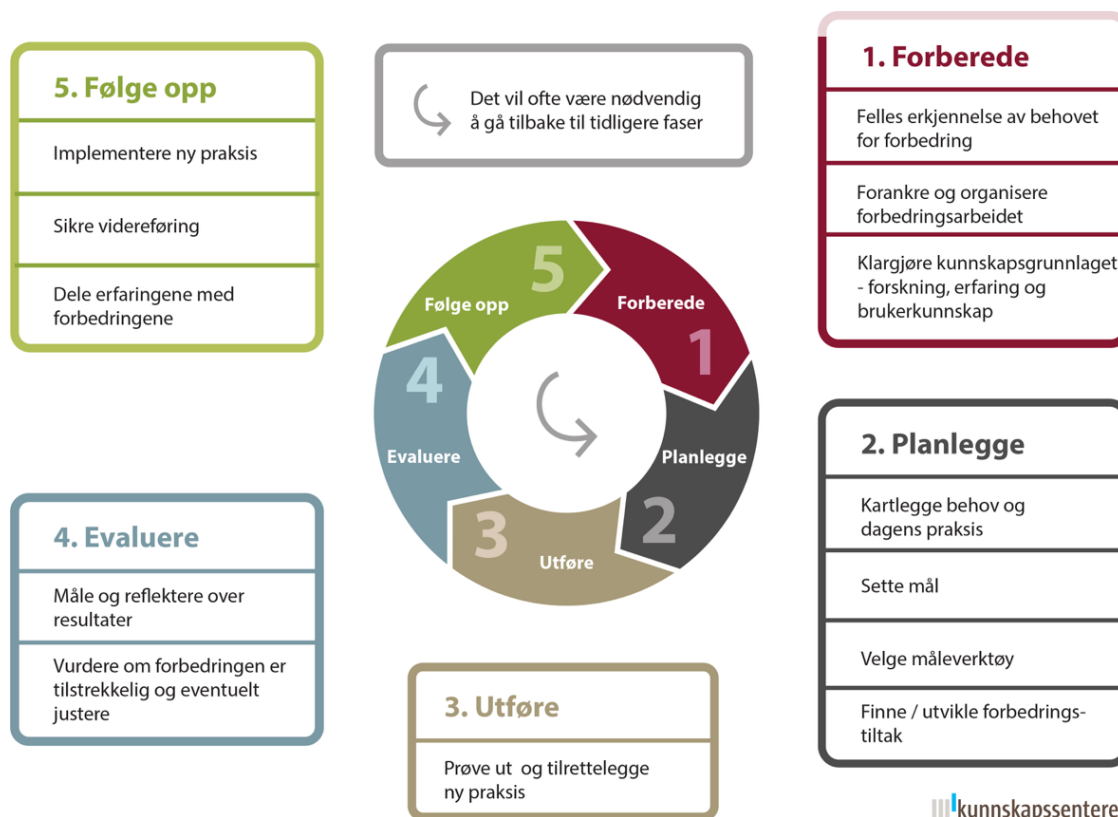


Foto: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten

Figur 3: Modell for kvalitetsforbedring (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2021)

4. Metode

Formålet med denne oppgaven var å studere hvordan mellomledere i helsevesenet har blitt påvirket av Covid-19 pandemien. Pandemien har krevd økt tilpasning av drift og i større grad ivaretagelse av ansatte. Det har vært stort behov for tilpasning og fleksibilitet. I min studie valgte jeg å undersøke lederens personlige erfaringer knyttet til dette fenomenet. I metodekapittelet vil jeg gjøre rede for valg av metodisk fremgangsmåte, avgrensning, rekruttering og utvalg av informanter, gjennomføring av intervjuene, transkribering, personvern og analyse av data.

Ifølge Krumsvik (2014) er målet med kvalitativ forskning å komme bak tallene. Her utforsker man hvordan mennesker oppfatter og tolker omgivelsene, samt avdekker sosiale mønstre. De

kvalitative intervjuene er «eksplorerende i sitt vesen». Det kvalitative forskningsintervju gir muligheten til å identifisere ulike tema og forhold som ikke lar seg avdekke ved å benytte en survey/spørreskjema (Tjora, 2017).

4.1 Valg av fremgangsmåte

I oppgaven min har jeg valgt en kvalitativ tilnærming, retrospektiv studie. Denne metoden ble valgt på bakgrunn av at det er gjennomført en systematisk innsamling og fortolkning av et tekstmateriale. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer av mellomledere i spesialisthelsetjenesten. Denne formen for intervju er en samtale mellom forsker og informant, hvor samtalen er styrt av forskeren. Ved å benytte denne formen for intervju får informanten mulighet til å snakke fritt om de ulike temaene og spørsmål som stilles av forskeren. Det vil si en kombinasjon av en åpen samtale og en avgrenset spørreskjemasamtale. Her tar man utgangspunktet i en intervjuguide som gir mulighet for oppfølgingsspørsmål som følge av svarene som kommer fra informanten (Kvale og Brinkmann, 2015). Det er anbefalt å benytte semistrukturert intervjuform når det skal undersøkes flere sider av personens holdninger, meninger og erfaringer (Tjora, 2017).

4.2 Avgrensning

For å avgrense oppgaven har jeg valgt nivå 4/nivå 5 ledere med ledererfaring fra sengepost og personalansvar. I tillegg har jeg avgrenset ved å bare se på spesialisthelsetjenesten og et helseforetak. Foretaket jeg har valgt å undersøke er Oslo universitetssykehus. Som nevnt i innledningen jobber jeg som N4 leder i OUS, og har lederansvar for sengeposter. Jeg har undersøkt hvordan pandemien har påvirket arbeidsdagen til disse lederne, og utforsket deres erfaringer under pandemien med kommunikasjonsansvar, strategisk ansvar, driftsansvar og personalansvar. Har ansvaret og lederoppgavene endret seg for ledere i helsevesenet under pandemien? I tilfelle hvordan har det blitt påvirket.

4.3 Rekruttering og utvalg

Utvalget av informanter rekrutterte jeg gjennom kontaktpersoner i ulike klinikker i OUS. Sykehuset OUS består av 16 klinikker og har ca 24 000 ansatte fordelt på 6 lokalisasjoner. Klinikklederne fikk e-post med informasjonsskriv om studiet, hvor jeg ba om tillatelse til å ta kontakt med ledere i deres klinikk for å delta i studiet. Så ble det sendt ut e-post med informasjonsskriv om studiet til flere seksjonsledere (nivå 4) og enhetsledere (nivå 5) ved

OUS med forespørsel om å være informant. Jeg har bevist ikke rekrutert ikke informanter fra egen avdeling.

Jeg har brukt 8 informanter fra 6 ulike klinikker i OUS. Jeg startet ut med å rekruttere 6 personer og gjennomførte intervjuene i juni og august 2022. Fra høstsemesteret 2022 tok jeg permisjon fra studiet på grunn av fødselspermisjon. Denne permisjonen strakk seg over høstsemester 2022 og vårsemester 2023. Når jeg kom i gang med oppgaven igjen fant jeg ut i samråd med min veileder, at 6 informanter ikke var nok og rekrutterte ytterligere 2 informanter til. Etter å ha gjennomført til sammen 8 intervjuer og transkribering av samtlige, opplevde jeg at vi hadde nådd informasjonsmetning. Videre rekruttering ble avsluttet.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) ligger vanlige intervjuundersøkelser ofte på 15+/-10. Antallet skyldes ofte en kombinasjon av ressurser og hvor mye tid som er tilgjengelig for prosjektet og forskeren. Videre sier de at det i nyere intervjuundersøkelser er et inntrykk av at det kan være en fordel å ha et mindre antall intervjuobjekter. Slik at forskeren kan bruke mer tid på arbeid knyttet til både forberedelser til intervju, og analysering av datamaterialet. De beskriver det som en «defensiv overreaksjon» å ha for mange intervjuobjekter, misforstått ut fra en kvantitativ forutsetning, at flere intervjuer fører til mer vitenskapelig data. «Intervju så mange personer det trengs for å finne ut det du trenger å vite». Er antallet intervjuobjekter for lite blir det utfordrende eller umulig å generalisere, er derimot antallet for stort er det utfordrende å få nok tid til en grundig analyse av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015).

Inklusjonskriterier for å være informant var følgende:

- Ansatt i lederstilling ved OUS før utbruddet av pandemien
- Leder på nivå 4 eller 5
- Har personal- og budsjettansvar
- Leder for én sengepost eller flere sengeposter.

De 8 informantene var alle ansatt som mellomledere/førstelinjeledere i OUS før pandemien. 4 av informantene var leder på nivå 4, og resterende 4 var leder på nivå 5 i foretaket. Halvparten av utvalget hadde stillingstittel seksjonsleder og andre halvpart hadde stillingstittel enhetsleder. De hadde personalansvar for minst 33 årsverk eller mer under pandemien. Sengepostene som informantene var leder for var sammensatt av både onkologi og kirurgi. Jeg velger å ikke navngi hvilket av sykehusene innenfor OUS de jobber for å unngå at de blir

gjenkjent. Nærmere detaljer om antall årsverk og fagområde de representerer unnlates fra oppgaven i fare for gjenkjennelse. Når jeg siterer fra intervjuene, omskriver jeg dialekter til bokmål.

4.4 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført fysisk og ikke digitalt. Det ble benyttet digital mono-diktafon til lydopptak, i tillegg tok jeg notater underveis i intervjuet. Det var som nevnt tidligere i oppgaven semistrukturerte intervjuer. Intervjuguide med 18 spørsmål ble benyttet, i tillegg hadde jeg oppfølgingsspørsmål som ble stilt ut ifra informasjonen informantene kom med underveis i intervjuet. Varigheten på intervjuene var fra 25 minutter til 68 minutter. Lydopptakene ble lastet opp og lagret i OneDrive og slettet etter ferdigstilling av oppgaven.

Jeg var fleksibel på tidspunkt og sted for intervjuene av hensyn til lederens travle arbeidshverdag. Alle intervjuene ble gjennomført på deres arbeidssted, enten kontoret deres eller møterom i nærheten.

4.5 Transkribering

Lydopptakene ble transkribert under min permisjon fra studiet. Jeg transkriberte de første lydopptakene ordrett i Word program. Jeg opplevde at det ikke var hensiktsmessig og riktig ressursbruk å benytte ordrett transkribering, inkludert å ta med fyllord. Jeg benyttet en metode kjent som intelligent verbatim transkribering. Denne typen metode redigerer du og korter ned på teksten for å skape lettlest transkripsjon. Her blir pauseord og ufullstendige setninger tatt bort.

De siste intervjuene benyttet jeg et firma til å bistå transkriberingen. Jeg anså det som hensiktsmessig bruk av tid og ressurser, som medførte at jeg kunne bruke mer tid på analyseringen av data.

4.6 Personvern

For å ivareta personvern i forskningsprosjektet ble det søkt godkjenning fra Norsk senter for dataforskning (NSD). Her opplevde jeg rask saksbehandling og godkjenning av søknad, viser til vedlegg 3 i oppgaven. I tillegg søkte jeg personvernombudet ved Oslo universitetssykehus om godkjenning av forskningsprosjektet, se vedlegg 3 i oppgaven. Informantene signerte

samtykkeskjema i forkant av intervjuet og fikk tilbud om en kopi av samtykkeskjema, viser til vedlegg 2. De 8 informantene som deltok i studiet skal ikke kunne gjenkjennes i oppgaven, og dette ble tydelig kommunisert til informantene både muntlig og skriftlig gjennom informasjonsskrivet.

4.7 Analyse av data

I analyse av data benyttet jeg tematisk innholdsanalyse som er basert på Braun og Clarke (2006) artikkel som inneholder bruk av tematisk analyse i kvalitativ forskning. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (temaer) innenfor datamaterialet. Hvis man ikke vet hvordan forskeren har analysert sine data eller hvilke antagelser som ligger i analysen, blir det utfordrende å evaluere deres forskning. Eller å få sammenlignet med andre studier med samme tema. Temaene som kommer frem i analysen fanger opp viktig data i relasjon til forskningsspørsmålet, og representerer et mønster innenfor datamaterialet. Braun og Clarke (2006) har laget en fremgangsmåte som består av 6 faser som beskriver hvordan man kan gjennomføre en tematisk analyse.

Fase I: Gjøre seg kjent med datamaterialet

I denne fasen skal du gjøre deg godt kjent med ditt datamateriale gjennom å lese over, gjerne flere ganger. Etter transkriberingen leser du gjennom datamengden på en aktiv måte, ved å se etter meninger og mønstre og fordype deg i teksten. Allerede her kan du begynne å se etter mønstre, koder og temaer. Fordelen med at du har samlet datamaterialet selv gjennom gjennomføring av intervjuene og transkriberingen i etterkant, har du allerede startet på analysearbeidet. Som nevnt tidligere i oppgaven ble lydfilene lastet opp i OneDrive og transkribert rett inn i et Word-dokument som ble lagret i OneDrive.

Etter aktiv lesing og fordypning i transkripsjonene laget jeg en tabell for å sortere teksten for min egen del. Her oppdaget jeg mønstre og aktuelle koder til temaer. Tabellen bestod av utklipp av relevante utsagn for temaet og forskningsspørsmålet.

Fase II: Lage koder

Denne fasen begynner når du har gjentatte ganger lest gjennom transkripsjonene og gjort deg godt kjent med datamaterialet. I fasen her starter produksjonen av de første kodene. Koding er en måte å kategorisere data på. Gjennom koding identifiseres datamaterialet som virker interessant for analysen. Her merkes alt som er relevant for forskningsspørsmålet og tema i

oppgaven. Prosessen med koding er en del av analysen siden du organiserer dine data inn i relevante grupper.

I denne fasen laget jeg koder ut fra teksten i tabellen ved å markere relevante koder. I teksten var det flere utsagn som kunne plasseres i ulike koder. Jeg kodet manuelt og laget en kodegruppering i Microsoft Excel, kodene ble konstruert gjennom innholdet i teksten og (transkripsjonene) og med bakgrunn i intervjuguiden. Videre sorterte jeg kodene i kodegrupper før jeg begynte med fase 3 som er leting etter temaer.

Fase III: Leting etter temaer

I denne fasen blir kodet informasjon i teksten sortert i hovedtemaer. Her kan det være god hjelp å benytte seg av visualisering, lage tankekart som sorterer kodene inn i ulike temaer. Her starter du å tenke på relasjonene mellom koder og temaer. Noen koder kan forme hovedtemaer, mens andre koder blir til undertemaer.

I denne fasen kom jeg fram til følgende hovedtemaer:

1. Strategisk ledelse
2. Kommunikasjon
3. Driftsansvar
4. Personalansvar
5. Utvikling som leder

Fase IV: Kritisk gjennomgang av temaene

Her foretar du en kvalitetssjekk av temaene. Er de temaene du har kommet fram til viktige for forskningsspørsmålet, og favner de alt som er relevant?

Etter kritisk gjennomgang av temaene opplevde jeg at temaene som ble definert i fase 3 var representative for videre arbeid. Jeg valgte å slå sammen temaene driftsansvar og personalansvar til ett tema. De to temaene går mye over i hverandre og ved å slå de sammen vil det bli mer strukturert og oversiktlig.

Fase V: Definer og gi temaene navn

Her går man gjennom teksten flere ganger for å sikre at det er relevans mellom koder og temaer. I tillegg identifiseres utsagn som benyttes for å illustrere funnene. Til hvert tema må man finne et navn som favner historien for temaet og se om det passer til forskningsspørsmål

og data. Temanavn skal være mest mulig presise og interessante, og gir leseren innsikt og forståelse for hva temaet handler om. Jeg valgte å slå sammen tema driftansvar og personalansvar, da de flyter over i hverandre, og blir utfordrende å få sortert funnene under hvert av de temaene.

I denne oppgaven kom jeg fram til følgende temanavn:

- 1) Strategisk ledelse
- 2) Kommunikasjon
- 3) Drift- og personalansvar
- 4) Utvikling som leder

Fase VI: Lage rapport (Diskusjonskapitlet)

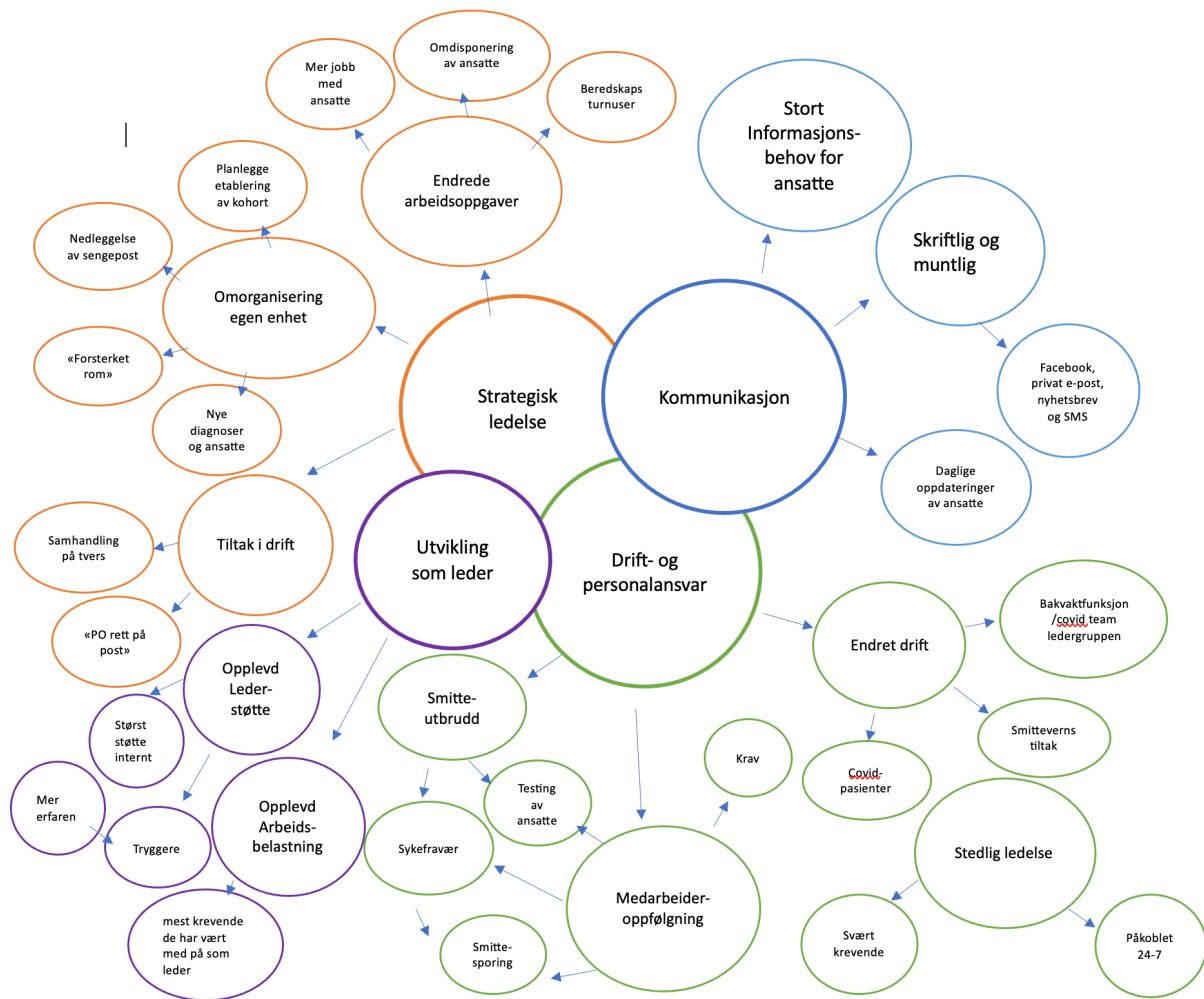
Her bearbeides data til tekst og presenteres under resultater og diskusjon.

(Braun og Clarke, 2006)

4.8 Temakart

I forbindelse med analysen av resultatene laget jeg et temakart som gir en oversikt over funnene tilknyttet hvert tema. Det viser også at temaene har sterk tilknytning til hverandre. Under analysen valgte jeg å slå sammen tema driftsansvar og personalansvar, da funnene her flyter over i hverandre.

Temakartet viser de fire hovedtemaene sentralt i kartet; strategisk ledelse, kommunikasjon, drift- og personalansvar og utvikling som leder. Ut fra hvert hovedtema går det over i undertema og funn fra analysen.



Figur 4: Tematisk nettverksanalyse

5. Resultater

I resultatkapitlet vil jeg presentere funnene fra intervjuene. Ved bruk av sitater vil jeg som nevnt tidligere skrive om eventuelle dialekter til bokmål, i tillegg vil jeg forkorte sitater ved gjentakelser i tekstmaterialet. Jeg fjerner sensitive opplysninger eller ord som avslører hvem informanten er. Eks. navnet på sengeposten(e) vedkommende er leder for.

For å systematisere resultatene har jeg laget en tabell for å visualisere tema og undertema. Jeg vil beskrive funn tilknyttet hvert tema.

| 1. Strategisk ledelse | 2. Kommunikasjon |
|---|--|
| Omorganisering egen enhet | Endret informasjonsbehov |
| Driftsrelaterte tiltak | Kommunikasjonsplattformer |
| Endrede arbeidsoppgaver | |
| 3. Drift- og personalansvar | 4. Utvikling som leder |
| Behovet for og gjennomføring av medarbeideroppfølging | Opplevd arbeidsbelastning og lederstøtte |
| Behovet for stedlig ledelse | |

Figur 5: Tabell med tema og undertema

5.1 Strategisk ledelse

Under pandemien var strategisk ledelse avgjørende for å lykkes med sykehusdriften.

Sammenlignet med en «normaltilstand», var den strategiske ledelsen mer preget av «akutte» endringsprosesser. Det var raske prosesser og beslutninger ble tatt fortløpende. Det var lite tid til å evaluere og korrigere (Deming sirkel).

Det var nødvendig å gjennomføre prosessene på kort tid for å håndtere tilstrømmingen av covid pasienter, og få til best mulig disponering av ressursene.

Organisasjonen måtte håndtere smitteutbrudd hos ansatte og pasienter, noe som var svært tidkrevende for lederne. (og ikke minst Avdeling for smittevern.)

5.2 Omorganisering egen enhet

Som følge av pandemien fikk sykehuset behov for å omorganisere enheter for å ivareta pasienttilstrømmingen av covid pasienter. I tillegg var det behov for omorganisering for å ivareta andre pasientgrupper som hadde behov for oppfølging og behandling som ikke var covid relatert.

I intervjuguiden (vedlegg 1) stilte jeg spørsmål om lederne hadde initiert eller gjennomført endringsprosesser, og om prosessene førte til endringer i lederoppgavene deres.

De fleste lederne hadde gjennomført omorganiseringer av enheten(e) eller seksjonen de leder. Det var ingen av lederne som hadde tatt initiativet selv, det var bestilling eller instruks fra toppledelsen i foretaket. Selv om strategisk beslutning ble tatt på overordnet nivå, krever en slik implementering en rekke strategiske beslutninger ute i linja.

Sitatet under er fra en seksjonsleder som måtte etablere en covid kohort:

Vi mistet en sengepost. Det var jo ikke mitt initiativ, selvfølgelig, men det var en bestemmelse overordnet sykehuset. At en av sengepostene i avdelingen skulle omgjøres til en korona-sengepost, så lenge pandemien varte.

I intervjuene beskrev og utdypet lederne tiltakene og prosessene. Noen av tiltakene var å planlegge for og/eller etablere covid kohorter, nedleggelse av sengepost for å fristille arealer til kohorter, avlaste postoperative og intensivenheter ved å etablere «PO rett på post». Noen fikk nye pasienter og nye diagnosegrupper som konsekvens av geografisk flytting av fagområder som følge av pandemien.

Så, måtte man da gjøre en omstillingsprosess på hele personalgruppa. Også måtte man fysisk bygge opp mer sengeplasser. Så det betydde jo litt for andre som for så vidt hadde hatt arbeidsplass der oppe, som da måtte flyttes et annet sted.

Alle lederne hadde etablert interne tiltak for å ivareta smittevern under pandemien. Med interne tiltak menes det her mindre endringer og tilpasninger for å ivareta smittevern. Det var både på eget initiativ og på bestilling fra «linja». (De interne smittevernstiltakene er oppmerking/teip (1-2 meter) for å opprettholde avstand mellom personalet, lunsjavvikling puljevis for å hindre at for mange ansatte sitter i samme rom, faste runder med desinfisering av kontaktpunkter, opprettelse av flere midlertidig spiserom/vaktrom, lister med oversikt over nærkontaktene til pasientene, besøkslister, beredskapsturnuser, stenge buffetkjøkken, stopp av møter og undervisning og/eller gjennomføres digitalt. Det var i perioder færre eller ingen studenter pga plass- og avstandskrav.

Vi måtte jo inn med de tiltakene som alle andre måtte inn med, med å dele opp pauser, passe på med avstand, 1 meter, så 2 meter og hadde tape overalt her for å skille soner og prøve å ha bemanningen adskilt.

Ja, absolutt, begge deler. Både på eget initiativ, og beskjeder fra linjevei og ned som skulle innføres eller endres, da, og jeg tror det var helt avgjørende egentlig begge deler – Hvis jeg bare skulle hørt på de beskjedene jeg fikk ovenfra, så hadde vi ikke landet på samme måte som vi har gjort, så vi var helt avhengig av at jeg brukte hodet selv, rett og slett, og tok noen avgjørelser på veldig kort tid. Man rakk jo ikke å tenke seg om – Så skjedde jo endringene overordnet og veldig fort, det var jo en oppdatering på morgenen, men innen dagen var over, så var jo ikke den oppdateringen gjeldende lenger, for da var det kommet en ny, og de rakk jo ikke egentlig å få ut informasjon fort nok i linja.

Sitatene ovenfor illustrerer ledernes opplevelse av etablering av smittevernstiltak og behovet for å tenke selv og ta raske beslutninger, dette på bakgrunn av mangel på føring fra lederlinja eller lite kunnskap om tiltakene og ikke minst effekten.

Det å legge ned en sengepost og etablere en covid kohort med samme personalgruppen består av mange faser og tiltak. Det skal drøftes med tillitsvalgte, samtaler med de ansatte for å kartlegge hvor de har preferanser til videre arbeid, allmøter, det skal lages nye turnuser og bemanningsplaner og evt ombygginger av arealet. Det er basert på frivillighet om de ansatte vil jobbe på covid kohorten eller på en annen somatisk sengepost. Funnene viser at de ansatte var mer opptatt av å få jobbet med sin personalgruppe enn å følge fagområdet de hadde mest erfaring med.

Sitatet under er fra en seksjonsleder som måtte kartlegge hvor de ansatte skulle jobbe etter at sengeposten de jobbet på ble nedlagt og gjort om til en covid kohort:

Men så, når de da fikk tenkt seg om, så ville nesten alle i den sengeposten bli med og drive korona-sengepost. Og det tror jeg avhang av at de kunne få gjøre det sammen. At de kunne gå videre som en personalgruppe og jobbe med de det kjente godt. Det var nok sånn suksessfaktor for at vi fikk det til.

Lederne som hadde vært gjennom større endringsprosesser opplevde at det var svært krevende og tok mye tid, og det var viktig å være tett på de ansatte og holde de oppdatert i prosessen.

Det kommer frem i sitatet under fra en seksjonsleder av kirurgisk enhet som bistod post operativ, ved å ta flere av sine pasienter rett på post etter operasjon.

I det vi skulle gjøre endringene så er det jo dette med å gjøre en endringsprosess, at du må gi mye informasjon til de ansatte, det ble mye ekstra og så måtte man følge mye mer tett på når vi gjør om på ting.

5.3 Driftsrelaterte tiltak

Gjennom intervjuene kom det tydelig frem fra flere ledere at «redningen» hadde vært samarbeid med andre sengeposter innenfor samme avdeling, og andre avdelinger/klinikker. Flere ledere etablerte samhandling på tvers for sambruk av ressurser (personale) og arealer (sengerom). Det foregår ved at lederne for sengepostene har dialog og gjør avtaler fra dag til dag, eller for en lengre periode. Samhandlingen var også en konsekvens av omdisponering av personell til infeksjonsmedisin eller covid kohorter. De anså det som en nødvendighet for å få det til å «gå opp» med økt pasienttilstrømming, omdisponeringer og sykefravær/smittekarantener.

Lederne ga uttrykk for at ansatte stort sett har vært fleksible og positiv, det illustreres gjennom sitatene under:

Det var jo ikke så stor mulighet til å få erstattet de i den perioden de var omdisponert, så da måtte vi jo gjøre endringer i egen enhet og hjelpe hverandre på tvers.

Det har vært positivt med tanke på at de har jo blitt bedre kjent, man vet jo at det er vanskelig å flytte personell, selv om det bare er noen meter bortover gangen, men fordi vi var i en pandemi så vil jeg jo si at de ansatte var medgjørlike og hadde stor forståelse av at vi måtte gjøre det sånn.

Noen enheter hadde allerede, før pandemien, godt etablerte rutiner på god samhandling mellom sengepostene innenfor samme avdeling.

For å avlaste postoperativ/intensiv ble det flere steder, hvor det var kirurgisk virksomhet, etablert et «forsterket rom» på sengeposten. Flere av lederne jeg intervjuet hadde etablert «forsterket rom», også kalt «PO rett på post». Dette er i praksis et flersengsrom som blir gjort om til en overvåkningsstue. Det krever ikke ombygging av arealet, men tilførsel av overvåkningsutstyr og opplæring av ansatte (egne ressurser) til å håndtere overvåkingen.

Vi opprettet et forsterket rom vi har rett over gangen her, som er en oppvåkingspost, hvor vi får pasienter ned fra operasjon umiddelbart, ASA2-grad.

Det kom som et tiltak for å avhjelpe PO/intensiv, og det tok jo litt tid også for de ansatte å bli, altså, vi måtte jo lære opp, massivt med opplæring, for å kunne overvåke disse pasientene. De aller fleste var positive og syntes det var kjempeåltreit å få nye arbeidsoppgaver.

Sitatene ovenfor illustrerer hvordan det ble opprettet «forsterket rom» for å avlaste post operativ og intensiv enhet.

5.4 Endrede arbeidsoppgaver

Når enheter gjennomfører større eller mindre endringer for å opprettholde pasientbehandlingen, viser funnene at det fører til endrede arbeidsoppgaver for lederne. Et hovedfunn var at pandemien medførte merarbeid innenfor et bredt spekter av lederoppgaver. Lederne som ble intervjuet rapporterte lengre arbeidsdager.

Flere ledere måtte lage beredskapsturnuser eller nye turnuser for å være forberedt på en eventuell etablering av covid kohort eller nye turnuser på grunn etablering av «forsterket rom» eller tilførsel av nye ansatte. Mange av disse forberedelsene ble aldri utført.

Her er sitat fra leder på en kirurgisk sengepost som fikk føringer fra toppledelsen om å planlegge for etablering av covid kohort.

Vi lagde beredskapsturnuser som vi hadde liggende. Men vi utførte de aldri.

Å etablere en covidkohort vil i praksis si gjøre om sengeposten til en sengepost med bare covid pasienter. De brukte mye tid på planlegging gjennom å lage nye turnuser og kjøre personalet gjennom nødvendig opplæring for å jobbe med disse pasientene. For de fleste ble det aldri behov for å etablere covid kohorten. Likevel måtte forberedelsene gjennomføres da det var usikkert hvor stor tilstrømning sykehuset ville få av covidpasienter.

Gjennom intervjuene kom det fram at flere av lederoppgavene var de samme som før pandemien, men at alle endringsprosessene medførte betydelig økt tidsbruk. Ansattgruppen krever tettere oppfølging i endringsprosesser, i tillegg medfører de betydelig mer administrativt arbeid.

Flere sengpostledere etablerte covidteam i avdelingen, og/eller en form for covid bakvaktfunksjon. Dette er personer i enheten med god kompetanse på smittevern og postdrift. Disse ble også benyttet på helger. Dette tiltaket ble gjennomført for at ikke alle henvendelser skulle treffe leder. Det var et godt tiltak for å fordele «trøkket» fra ansatte. Den vanlige fordelingen var å ta annen hver helg, fordelt mellom leder og assisterende leder. Noen hadde også med fagsykepleier fra sengeposten på denne rulleringen. Oppgaven til den som hadde covid bakvakt var å svare på alle henvendelser fra ansatte som var covid relaterte. Eks. Ansatte med symptomer og vurdere eventuelt behov for test.

Omdisponering var et svært vanlig tiltak under pandemien og en forventning fra sykehusledelsen. Det var å anse som ett lavterskel tiltak som genererte stor gevinst i form av bemanning og drift av kohortene.

Så kom det jo frem at det kokte på medisinsk klinikk, så da kom direktiver fra stab at de måtte omdisponere våre til å jobbe i korona-poster.

5.5 Kommunikasjon

Hovedfunnet her var at under pandemien var det økt behov for informasjon og tydelig kommunikasjon. Det innebærer å sikre god kommunikasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning og bidra til åpenhet. I intervjuguiden stilte jeg spørsmål om hvordan lederen hadde opplevd informasjonsbehovet i personalgruppen, og hva de anså som deres viktigste kilde til informasjon.

5.5.1 Endret informasjonsbehov

Det var tydelig et behov for å bruke mye tid på kommunikasjon med de ansatte gjennom hele pandemien. Funnene viser entydig at de ansatte hadde et stort behov for informasjon og opplevelse av å ha en trygg leder. I en pandemi er helsevesenet og hele samfunnet avhengig av informasjon om retningslinjer og regler man skal forholde seg til. Eks hvordan man skal agere hvis det oppstår smitte hos ansatte og pasienter. Det var komplekse flytdiagrammer på hva man gjør ved symptomer og ved en positiv test. Denne informasjonen kom via linjen til førstelinjelederne, så skulle det tolkes og orientere personalet om siste endringer eller nye retningslinjer. Under ulike faser av pandemien kunne sentrale retningslinjer endres daglig, med behov for lokal tilpasning ute i den enkelte enhet.

Lederne jeg intervjuet beskriver at personalet sitt informasjonsbehovet var stort, det illustreres gjennom sitatene under:

Jeg opplevde at vi måtte nesten daglig ha det som gjennomgangstema; hvor er vi nå? Hva er reglene? I tillegg til at de har jo ringt sinnsykt mye inn, på kveld og helg på privat mobilen min. Kan jeg gå på jobb nå? Mannen min hoster 3 host. Kan jeg komme? Hele den greia der. Så skal du holde tunga rett i munnen, nå er ikke jeg så veldig nervøs av meg. Jeg er vell av de som ikke har vært nervøs under pandemien tror jeg sånn sett. Men det der å kunne trygge de på at det er trygt å gå på jobb selv om du har noen syke i nærheten.

Vi kalte det en periode for sosialkontoret her på jobb, fordi det var alltid noen innom som lurte på noe.

Flere av lederne mente det var viktig å kommunisere til de ansatte at de hadde et viktig samfunnsoppdrag som helsepersonell i pandemien. Det beskrives av flere av lederne som et strategisk viktig trekk i kommunikasjonen med de ansatte. I tillegg var det nødvendig at lederne beholdt roen og viste de ansatte at her er det trygt å være.

Her illustrerer sitat fra en seksjonsleder for en post operativ enhet som har hatt fokus på personalet, for å opprettholde motivasjonen til å jobbe:

Har hatt veldig fokus på det positive ved å være sykepleier under pandemi, det har jeg hatt fokus på. Vårt hovedfokus i pandemien var å opprettholde kreftkirurgien. Det var det jeg kommuniserte til de ansatte, at vårt samfunnsoppdrag i denne pandemien det er faktisk å opprettholde kreftkirurgien slik at de overlever sin kreftsykdom.

Det å oppleve at din nærmeste leder bevarer roen og virker trygg i situasjonen, var viktig for ansatte under pandemien, det illustreres av to sitater her:

Det jeg har fått tilbakemelding på er at dere har vært så rolig har gjort meg trygg. Jeg har jo hatt flere som har sagt at de har vært skikkelig nervøs, men når dere har vært så rolig så har jeg vært rolig også. For det har ikke vært noen opphøst stemning liksom, vi har tatt den helt ned hvis det har vært noen som har kommet på jobb og vært helt hysteriske, for det har vi hatt.

5.5.2 Kommunikasjonsplattformer

Med kommunikasjonsplattform menes det her metodene man benyttet for å kommunisere. I intervjuene stilte jeg spørsmål om hva som var deres viktigste kilde til informasjon. Som oppfølgingsspørsmål spurte jeg om hvilke kommunikasjonsplattformer de benyttet for å nå ut til de ansatte under pandemien. Det siste spørsmålet var ikke i intervjueguiden, men ble et naturlig oppfølgingsspørsmål når vi snakket om kilder til informasjon.

Hovedfunnet her er at man har tatt i bruk flere kommunikasjonsplattformer. I tillegg til ordinære personalmøter og epost til ansatte ble det også benyttet privat epost samt SMS. Smitterisiko medførte at man gjennomførte en rekke personalmøter via Skype og etter hvert Teams (digitale møteplattformer).

Lederne jeg intervjuet brukte de samme kommunikasjonsplattformene. Det var mye bruk av e-post. De fleste benyttet ansattes private e-post adresse i tillegg til jobb e-posten. Når informasjonen hastet og måtte være lest før de ansatte kom på vakt, ble SMS benyttet. I flere enheter tok man også i bruk Facebook. Dette var hensiktsmessig da mange enheter allerede hadde en Facebook gruppe for personalgruppen før pandemien. Denne plattformen ble tidligere brukt til informasjon om sosiale arrangementer enheten hadde. Under pandemien benyttet de gruppen for å nå ut til alle ansatte samtidig, og på denne måten raskt få formidlet

nødvendig informasjon om endringer i retningslinjer, hva som er gjeldende regler og kartlegging ved smitteutbrudd.

Det var under pandemien store mengder med e-post via linjen med informasjon om nye eller endrede retningslinjer. Denne informasjonen kom ikke alltid raskt nok ned via linjen, og lederne måtte selv etterspørre gjeldende regler for foretaket. I tillegg måtte leder tolke informasjonen som kom, og ofte tilpasse den, og sende ny e-post til personalgruppen. For at ansatte skulle få mer komprimert informasjon, og slippe å lese for mye e-post på vakt. Sitatet under illustrerer hvordan leder opplevde informasjonsbehovet til personalet og tilpasning av informasjonen:

Den har jo på en måte vært ikke så overraskende, annet enn at det har vært umettelig egentlig, at man har hatt kjempestort behov for informasjon, og tett informasjon, men også tilpasset informasjon. For det er klart at vi ledere har jo blitt bombardert med mail, med «dette må ut, dette må deles», så ser vi at det som står der kanskje, det har vært så mye, det har vært så vanskelig, det har vært så små endringer og selv om det har kommet ukentlig og flere ganger i uken, så er det ikke alt jeg har sett som nyttig å sende ut, for det har skapt mer frustrasjon enn det har gjort nytte for seg, rett og slett.

Det ble også gitt mye muntlig informasjon fra lederne til personalgruppen. Lederne kommuniserte muntlig informasjon gjennom korte møter (<10 min pga smittevernsregler). Eks samling av en gruppe ansatte på dagvakt, eller ved vaktskifte dag til aften. Da fikk lederne mulighet til å forklare og kontrollere at ansatte hadde forstått informasjonen ved å stille kontrollspørsmål eller svare på spørsmål fra ansatte.

Vi hadde mye informasjon, vi hadde daglig informasjon. Vi hadde en teamrapport på formiddagen når begge fagområdene er ferdig med visitten, da møttes vi på vaktrommet også gikk vi igjennom endringer og hva som er bestemt, alle fikk beskjeder.

Sitatet ovenfor illustrerer hvordan de kunne løse behovet for muntlig informasjon til ansatte, uten å bryte smittevernregler.

5.6 Drift- og personalansvar

Driftsansvar innebærer å ta et helhetlig ansvar for resultater innenfor fastsatte rammer. Personalansvar innebærer å ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljøet og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses. Et av spørsmålene i intervjuguiden var hvordan driften du leder har vært påvirket under pandemien og hvordan de har jobbet for å opprettholde driften. Her var svarene fra lederne entydig på at driften deres på ulike måter hadde blitt påvirket under pandemien. I dette kapittelet beskriver jeg hvordan lederne opplevde påvirkningen pandemien hadde på drift og hva de gjorde for å opprettholde driften de har ansvar for.

I intervjuet ble leder stilt spørsmål om hvordan de hadde jobbet for å opprettholde driften, det vil si gjennomføring av planlagt aktivitet. Resultatene viser at de fleste ledere mener at redningen på sengepostene var at aktiviteten gikk noe ned når landet stengte ned. Antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten gikk ned i perioden. Trøkket kom på infeksjonsmedisin og intensiv der de fleste covid pasientene ble innlagt. Det ble raskt bestemt at store deler av planlagt virksomhet i sykehuset skulle utsettes. Kreft, barn og øyeblikkelig hjelp skulle prioriteres og gjennomføres som tidligere. En av lederne for en kirurgisk sengepost jeg intervjuet, opplevde motsatt effekt og økning i pasienttilstrømmingen, de opererte (kreftkirurgi) på samme nivå og mer også under pandemien. Det illustrerer sitatet her:

Det har aldri vært planlagt nedtrekk eller måttet trekke ned eller stryke operasjoner på grunn av pandemien, bortsett fra når vi hadde smitteutbruddet og alt var uavklart, så stoppet vi inntak av pasienter i to dager, to, tre dager.

Resultatene viser imidlertid at de fleste lederne erfarte at det var lavere aktivitet på sengepostene med færre innleggelser. Det ble opplevde som god hjelp i håndteringen med betydelige deler av personalet ute i karantene eller sykefravær. Det illustrer sitatet her fra en erfaren leder som hadde ansvaret for flere sengepostenheter:

Det var en periode det var mindre søknader og færre innlagte pasienter. Det var vel det som reddet situasjonen for oss, at trøkket særlig i 20 og deler av 21, kanskje fram

til over sommeren 21, kanskje. Hvert fall mot sommeren 21. Da var det lavere aktivitet.

Sykehusene har svært få luft- og kontaktsmitterom og eldre sykehus som OUS har få enerom, men mange to- og tre-sengsrom. En sengepost med mange flersengsrom fikk derved drastisk redusert kapasitet. Dette medførte at pasientlogistikken på sengepostene og intensiv ble utfordrende under pandemien. Det er krevende logistikk å måtte omrokere på pasientene på grunn av nyoppdaget smitte, og en beinhard prioritering av hvem som skal få enerom. Smittepasienter har førsteprioritet til enerom på grunn av krav til isolering. Pasienter med covid infeksjon eller pasienter med symptomer på covid som ble testet, måtte isoleres på enerom i påvente av testsvar eller gjennomgått infeksjon.

Ja, det er klart at veldig mange sengeposter har jo utfordringer når det gjelder mangel på enerom, og det er jo det, og det sliter vi med i dag også, det er å prioritere hvilke pasienter som skal få de få enerommene vi har.

Det har vært veldig mye flytting hit og dit. Det påvirker jo driften, ved at det er krevende. Plutselig er det en som er positiv så skal naboen isoleres, så har du ikke noe sted å legge de. Da er det bare masse omrokninger ikke sant. Så sånn sett har det absolutt påvirket driften.

Under temaet drift ble det også stilt spørsmål til lederen om deres enhet(er) har håndtert covid pasienter og om det har det vært smitteutbrudd hos pasienter og/eller ansatte. Alle sengepostene hadde håndtert covid pasienter under pandemien. Bare en av lederne jeg intervjuet hadde erfaring med drift av covid kohort. De andre hadde håndtert covid pasienter med covid som bidiagnose. Det vil si at pasienten var innlagt på sykehuset med en annen primær sykdom, men hadde tilfeldigvis en covid infeksjon i tillegg.

Nesten alle lederne hadde avgitt personell under pandemien til covid kohorter eller infeksjonsmedisinsk sengepost. De fikk ikke inn vikar for personell som ble omdisponert. Det løste de ved å samarbeide med andre sengeposter om bemanning, det var i hovedsak innenfor

samme avdeling. Måten de håndterte samhandlingen på tvers av sengepostene var daglig kontakt gjennom flytmøter. Her møtes lederne og kartlegger kapasiteten, og gjennomfører sambruk av arealer og ressurser ved behov.

5.6.1 Medarbeideroppfølging

Medarbeideroppfølging er alt fra den formelle oppfølgingssamtalen til den uformelle praten i hverdagen. Leder opplevde betydelig økt behov for medarbeideroppfølging under pandemien. Leder opplevde betydelig økt behov for medarbeideroppfølging under pandemien. Det oppleves som mer krevende enn før pandemien, økt behov for å bli sett og fulgt opp av nærmeste leder. Ansatte hadde behov for at nærmeste leder tok beslutning om test, vurdering av symptomer og om ansatt skulle være hjemme fra jobb. Det vil si i praksis ta ansvar for og stilling til om ansatte kunne være på jobb eller måtte i karantene i påvente av testsvar. Dette skiller nok i noen grad helsevesenet fra resten av arbeidslivet. I resten av samfunnet måtte medarbeidere selv i langt større grad ta ansvar for å vurdere behovet for test, bestille test selv og eventuelt isoleres. Med påfølgende informasjonsplikt til din nærmeste leder. Sitatet under illustrerer hvordan ansatte påførte nærmeste leder ansvaret for å gjøre denne vurderingen:

Når må jeg teste meg? Når må jeg være hjemme? Du får telefoner hele tiden om at de klør i halsen og om de må være hjemme da. Det å skulle ta den avgjørelsen hele tiden selv om du ikke aner og helst vil ha folk på jobb.

Ansatte har hatt endret behov for medarbeideroppfølging under pandemien. Det er langt flere henvendelser med spørsmål og stor usikkerhet. De har gitt uttrykk for at de er livredde for smitte pasientene eller kollegaer. Det har krevd at leder har skapt en trygghet og stilt opp for de ansatte for å gi rask respons og tilbakemelding på spørsmål.

Gjennom intervjuene kom det frem at ansatte var redde og irrasjonelle, det har overrasket noen ledere hvordan ansatte har reagert. Det var et økt behov for å bli sett og ivaretatt.

Lederne hadde klart å gjennomføre medarbeidersamtaler under pandemien, både i 2020 og 2021. Det anså de som viktig for å ivareta de ansatte i en krevende tid. De jeg intervjuet har hatt godt samarbeid med enhetsledere eller assisterende enhetsleder om medarbeideroppfølgingen.

5.6.2 Stedlig ledelse

Et hovedfunn i oppgaven er behovet for og viktigheten av stedlig ledelse. Med stedlig ledelse menes at lederen er på samme lokasjon/sted som sine ansatte. Det gir kortere og mer effektive lederlinjer. Lederen får fulgt opp de ansatte bedre og det gir lederen en god oversikt over enheten og «hvor skoen trykker».

Under pandemien kom det føringer fra regjeringen om å etablere hjemmekontor. Den føringen var også gjeldende for alle ledere i foretaket inkludert førstelinjeledere. Det betyr at alle ansatte som ikke har pasientkontakt skal tilstrebe å jobbe hjemmefra. På tross av påbud fra styringsmaktene, viser erfaringene fra lederne jeg intervjuet at det ikke var aktuelt for de å ha hjemmekontor, de ville være med sine ansatte, på jobb.

Det har vært entydig fra lederne at de har hatt stor nytte av å være til stede og sammen med de ansatte under pandemien. Det har fra ansatte vært krav om tilgjengelighet og tilstedeværelse. Samtidig virker det viktig for lederen og det har blitt prioritert. Det har vært noen dager hjemmekontor, men sjelden. Det har vært nødvendig for å få unna turnusarbeid og annet forefallende arbeid som må ferdigstilles, slik at leder har noe arbeidsro.

Sitatene illustrerer behovet som flere av lederne hadde til å være tett på personalet, og trosset anbefalingene om hjemmekontor:

For meg er det utrolig viktig å være til stede. Mye av min jobb er å være her. Jeg er her for de ansatte. Ha det overblikket, for meg er det veldig viktig.

Jeg er jo en leder som liker å være til stede og være tett på, og valgte ganske umiddelbart å fortsette å være til stede og tett på, selv om vi ble anbefalt å holde oss litt mer hjemme og ta mer hjemmekontor, så vil jeg si at jeg gjorde vel egentlig det stikk motsatte.

5.7 Utvikling som leder

I siste del av intervjuguiden (vedlegg 1) stilte jeg spørsmål om utvikling som leder sett i ettertid av pandemien. Har pandemien gjort deg til en bedre leder og hvordan? De fleste

lederne oppga at pandemien ga dem mye god erfaring og ny kunnskap. Her var det forskjell på svarene ut fra hvor lang fartstid de hadde som leder. Ikke overraskende var det størst utvikling som leder for de med minst ledererfaring. Noen med særlig lang fartstid ga uttrykk for at de ikke opplevde særlig personlig utvikling som leder som følge av pandemien.

Sitat som viser en leder med lang erfaring og som ikke nødvendigvis opplevde utvikling som leder under pandemien:

Det var en veldig rar tid. Hvis jeg var yngre og mer uerfaren. Så hadde jeg tenkt at jeg har fått mer erfaring. Men har stått i så mye omstilling i mine år som leder.

De som opplevde personlig utvikling la særlig vekt på at de ble tryggere i lederrollen, tydeligere og enda bedre på situasjonsbestemt ledelse og det å ta raske beslutninger. Det illustreres gjennom følgende sitater:

Fått tilbakemelding på at jeg er mer tydelig. Jeg tror pandemien har gjort meg bedre på raske beslutninger, ikke alltid søke råd. Jeg føler at jeg har blitt mye tryggere, og mer erfaren da.

Man har jo fått prøvd seg litt på ledelse i krise kan man si. Jeg kjenner at jeg tror det fungerer greit. At jeg utad er rolig og klarer å formidle det til de ansatte, det tror jeg er viktig. Jeg blir ikke så stressa av sånne ting. Men utvikla meg.. Ja jeg håper at jeg har blitt mere moden som leder. Til å stå i ting. Rett og slett.

Sitatet under er fra en leder som bare hadde 2 års erfaring som enhetsleder før pandemien:

Jeg har nok blitt en bedre versjon, en tryggere versjon og mer klar over begrensningene som jeg har og bør ha, men også hva jeg kan bidra med, klarer å stå i noe sånt. Absolutt.

5.7.1 Arbeidsbelastning og lederstøtte

Det kom fram i intervjuene at det har vært høy arbeidsbelastning på førstelinjelederne. De har vært tilgjengelige til alle døgnets tider og brukt mye tid på medarbeideroppfølging. De fleste har fått erfaring med smitteutbrudd på enheten de leder, både med pasienter og ansatte. Det er som følge av smitteutbrudd arbeidsbelastningen har vært mest krevende, da smittesporing er tidkrevende og foregår til alle døgnets tider for å få forhindre videre smitte og eventuelt få avklart smittekilden.

Jeg stilte lederne spørsmål om jobbskifte. Har du noen gang under pandemien vurdert å bytte jobb? Eller å sykmelde deg på grunn av økt arbeidspress? Her svarte flertallet at de hadde vurdert å bytte jobb, ikke når pandemien pågikk, men et eventuelt jobbskifte når pandemien var over. De ga uttrykk for sterk lojalitet til sin avdeling og kolleger, så det var ikke aktuelt å jobbe et annet sted enn der de var under pandemien. Ingen av lederne vurderte å sykmelde seg på grunn av arbeidsbelastningen.

Sitatene nedenfor illustrerer opplevd lederstøtte under pandemien:

Man må bare stå i det, sånn som alle gjør, hele samfunnet var jo dette skal man stå i, jeg følte at jeg hadde en utrolig viktig jobb i den perioden. Og det kjente jeg på kroppen, at dette her er viktig. Dette skal jeg stå i, jeg er en del av dette.

Gudskjelov har jeg en leder som har sagt at av og til kommer vi sikkert til å ta feil beslutninger under en pandemi, da dette er så vanskelig, da vet jeg at jeg har hatt god støtte, ok så løste vi det sånn, det har vi snakket mye om.

Det kom tydelig frem at lederne har vært under stort press og økt arbeidsbelastning, det illustrerer sitatene her:

Før så brydde jeg meg ikke om de ringte meg i helgene, for det var så sjeldent, men når det plutselig ble hver helg i 49 uker, eller noe, hvor det ikke var en helg jeg ikke hadde blitt kontaktet, så begynte jeg å kjenne på at dette går faktisk ikke, jeg må skjerme mer. Så det er nok et resultat av at jeg har vært veldig tilgjengelig.

Det har vært ganske krevende, jeg tenkte – Jeg tok en liten refleksjon i sted, for jeg er jo sykmeldt, og det er jo forskjellige årsaker til det, men jeg begynner vel å innse at det er nok litt post-covid-relaterte plager som sannsynligvis har satt seg fast litt, så, det har egentlig ikke slått meg før nå, at det kan jo hende at det også er medvirkende årsak til de problemene man har, da. Det synes jeg er vanskelig.

De fleste lederne opplevde lederstøtte, spesielt i deres egen ledergruppe på sengeposten, men også i den utvidede ledergruppen. En ledergruppe på sengepost består ofte av en enhetsleder/seksjonsleder, assisterende enhet/seksjonsleder og fagutviklingssykepleier. Det er en liten ledergruppe, men ut fra resultatene er det ofte godt samarbeid og god støtte i hverandre. En utvidet ledergruppe er bestående av overordnet leder, seksjonsleder eller avdelingsleder (N3-N4) og enhetsledere eller seksjonsledere (N4-N5).

Vi har ikke satt oss ned og tatt en sånn at nå er det covid og hvordan har du det, det har vi ikke. Vi har hatt en leder som har vært på og løst ting for oss og løftet det vi har trengt å løfte. Vi har også hverandre å spille på, vi seksjonsledere.

Så jeg vil jo si at vi har hatt en seksjonsleder som har fulgt med, og med tanke på at vi også har de faste møtene, så er det jo virkelig åpenhet og rom for å kunne dele – hva står du i? Få litt tips og råd. Hvordan skal dette løses? Og vi er jo såpass tett og vi er en så god gruppe, nivå 5-lederne nå på de tre sykehusene her, og har så mye erfaring som vi kan dele, så vi lærer jo litt av hverandre, og det å rett og slett ta imot tips og råd, da. Så det har vært god oppfølging, vil jeg si. Vi kjenner hverandre godt og det gjør det jo trygt og godt at man kan dele det man står i, rett og slett.

Sitatene ovenfor beskriver hvordan noen av lederne har opplevd lederstøtte.

6. Diskusjon

6.1 Oppsummering

I denne kvalitative forskningen av ledelse under pandemien i spesialisthelsetjenesten, har jeg sett på hvordan arbeidet til lederne har blitt påvirket av pandemien. Det ble gjennomført intervjuer av 8 mellomledere/førstelinjere fra spesialisthelsetjenesten i Oslo universitetssykehus, hvor alle var leder av én eller flere somatiske sengeposter. Hovedfokuset i intervjuene var å kartlegge hvordan arbeidslivet til lederen hadde blitt påvirket av pandemien. Problemstillingen er *hvordan har lederoppgavene endret seg under pandemien?*

I analysen av intervjumaterialet identifiserte jeg fire hovedtemaer: strategisk ledelse, kommunikasjon, drift- og personalansvar og den enkeltes utvikling som leder.

Deltakerne fikk spørsmål under strategisk ansvar, kommunikasjon, personal- og driftsansvar og oppfølgingsspørsmål som gikk på utvikling som leder.

Lederne har vært igjennom endringsprosesser, møtt ansatte med et stort informasjon- og oppfølgingsbehov, og fått lengre arbeidsdager som følge av pandemien. I drøftingen har jeg valgt å skrive om tre hovedfunn som beskriver de største endringene fra ordinær ledelse. Disse tre funnene ble også beskrevet av alle informantene i ulik grad. De tre hovedfunnene er økt behov for strategisk ledelse, viktigheten av stedlig ledelse og økt kommunikasjonsbehov. Jeg vil se på funnene opp mot relevant litteratur og teori.

Her er funnene kort oppsummert:

- 1) **Strategisk ledelse.** Alle lederne beskrev økt behov for strategisk ledelse. Dette var ofte gjennomføring av større eller mindre endringer i enhetene. Endringsprosessene var preget av at de var raske og av at beslutninger ble tatt fortløpende. Det var liten tid til å evaluere og korrigere. Det var nødvendig å gjennomføre prosessene på kort tid for å håndtere situasjonene som oppsto som følge av pandemien, som *omorganisering av egen enhet og driftsrelaterte tiltak* hvor samhandling med andre driftsenheter var nødvendig. Alle lederne hadde flere strategiske oppgaver i denne perioden og brukte mye tid på dem.
- 2) Under tema **kommunikasjon** kom det tydelig frem at ansatte hadde økt behov for informasjon. Lederne tok i bruk flere kommunikasjonsplattformer. Hovedbegrunnelsen var behov for å nå flest mulig raskt. Teams/Skype ble i tillegg benyttet for å redusere smitterisiko.
- 3) **Drift- og personalansvar** var preget av økt behov for *medarbeideroppfølging*.

Oppfølging av ansatte ved symptomer og behov for test eller karanteneuttak og/eller isolering, og ikke minst krevende ved et stort smitteutbrudd. Under drift- og personalansvar kom det tydelig frem nødvendigheten av *stedlig ledelse*. Dette kom i noen grad i konflikt med føring fra FHI/topplederen ved sykehuset om at «ikke klinisk personell», herunder ledere, i størst mulig grad skulle jobbe hjemmefra for å redusere smitterisiko. 4) **Utvikling som leder.** Lederne opplevde at de utviklet seg som ledere under pandemien. Dette skyldes økt behov for ledelse langs flere akser. Alle lederne opplevde at de jobbet mer/brakte mer tid på lederoppgavene under pandemien. De opplevde også at de hadde flere lederoppgaver. Videre hadde mange av lederne økt behov for lederstøtte og de fikk dette hovedsakelig internt i egen ledergruppe (stedlig) men også i egen linje. Her var det forskjell på hvor vidt lederlinjen var stedlig organisert eller gikk på tvers av flere lokalisasjoner. Stedlig organisert lederlinje kan se ut til å ha best forutsetninger for å gi lederstøtte i denne situasjonen.

6.2 Strategisk ledelse

I artikkelen til Geerts mfl. (2021) om kriseledelse, «*Guidance for Health Care Leaders During the Recovery Stage of the Covid 19 Pandemic*» redegjøres det for en modell med fire faser av en krise. En fase med opptrapping, en kritisk fase, en bedringsfase og til slutt en normaliseringsfase. Artikkelen gir gode innspill til viktige momenter i fase tre, som beskrives som den lengste fasen hvor risiko for utbrenthet blant ansatte er stor. I denne fasen skal også flere hensyn balanseres, for eksempel drift versus beredskap. Artikkelen ble også omtalt av Jan Frich i Dagens Medisin (Dagens Medisin/Frich, 2022).

Strategisk ledelse i en sengepost handler om å gjøre disponeringer/endringer for å møte kommende behov. Omorganisering for å håndtere smittepasienter vil være en slik oppgave. Det utgjorde hovedbolken av strategisk ledelse i tidlig fase av pandemien. Data i dette arbeidet vurderes til dels å komme fra fase to, kritisk fase, hvor man skal forberede på en krise vi ikke helt kjenner omfanget av. Men også i betydelig grad fase tre, som selv om den kalles «bedringsfase», er den beskrevet som den lengste perioden hvor det å gjennomføre oppdraget blir sentralt. Gjennomføre oppdraget innebærer her å gjennomføre mest mulig ordinær pasientbehandling i tillegg til å håndtere pandemien (Geerts mfl., 2021).

I innhentede data framkom det at de fleste hadde gjennomført større eller mindre endringer som pålegg «ovenfra». Det kan da med rette diskuteres om det kan kalles strategisk ledelse å gjennomføre pålegg «ovenfra». Jeg mener ja, fordi strategisk ledelse utøves på ulike nivåer.

Strategisk ledelse i en sengepost handler om overordnet vurdering av hvordan personell og ressurser disponeres for å løse oppdraget. I følge Mintzberg (1973) har ledere mer innflytelse i krisetid enn når det ikke er krise. Dette støtter etter min vurdering funnene i denne undersøkelsen. Flere av lederne opplevde flere strategiske lederoppgaver og flere prosesser ble løst/håndtert på lavere nivå.

Et annet hovedfunn under strategisk ledelse var økt tempo i prosessene. Normalt vil man ved behov for endring bruke mer tid på analyse, involvering og i etterkant evaluering og eventuelt korrigerende. Som beskrevet i teorikapittelet består Demings sirkel av fire deler, planlegg, gjennomfør, kontroller og korriger. Eventuelt fem deler hvis man følger modell for kvalitetsforbedring (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2021). Planlegg og gjennomfør fikk hovedfokus, særlig i tidlig fase av pandemien. Under pandemien måtte man gjennomføre mange endringer i høyt tempo. Dette utløste i sin tur økt behov for både medarbeideroppfølging og ikke minst informasjon. (diskuteres seinere).

I artikkelen til Abdi mfl. (2021) «Role of hospital leadership in combating the COVID-19 pandemic» beskrives nødvendigheten av at ledere tar raske beslutninger under en pågående krise. Hver krise er unik og krever ulike intervensjoner og innsats. Ofte har lederen begrenset informasjon og tidspress til å ta beslutningen. Lederen må nærme seg problemet og samtidig få med seg helheten og kompleksiteten rundt problemet. For så ta riktig avgjørelse og tenke på konsekvensene av den beslutningen hen tar. Dette er i likhet med hva lederne jeg intervjuet har beskrevet. De måtte ta raske beslutninger med begrenset informasjon, med liten tid til å evaluere og korrigere i henhold til Demings sirkel (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2021).

Demings sirkel er et godt implementert arbeidsverktøy i kvalitetsarbeid i OUS, og benyttes i store deler av forbedringsarbeidet. I en krise er det ikke overraskende at planlegging og iverksettelse får størst oppmerksomhet.

Ser vi på Kjølaas (2015) definisjon av krise får man nesten inntrykk av at han har hatt pandemi i bakhodet: «en situasjon som avviker fra det som er normalt, oppstår relativt hastig, har betydning for samfunnet, truer grunnleggende verdier (liv, helse, livsgrunnlag) og krever at tiltak settes i verk raskt» (Kjølaas, 2015, s. 15).

Ifølge Kjølås (2015) er kriseledelse å endre tankesettet i organisasjonen, samtidig som man kartlegger hvor faren er størst i organisasjonen. I kriseledelse må lederen bygge tillitt til sitt lederskap. Når krisen pågår er målet å dempe krisen og fjerne årsaken hvis det er mulig. Her er det viktig å foreta de riktige grepene for å raskt stabilisere krisen. Det handler om evnen til å håndtere situasjoner som er truende, og utgjør en fare for organisasjonen eller samfunnet forøvrig. Ledelse under krise anses som en stor utfordring for lederen.

Noen av tiltakene under strategisk ledelse fantes det planer for. Disse beredskapsplanene er i hovedsak laget for influensaepidemi. Den siste større revisjonen ble gjennomført etter svineinfluensapandemien i 2009. Dette planverket ble i denne situasjonen et utgangspunkt for smittevernarbeidet i de ulike enhetene. Det ble imidlertid tidlig klart at det var betydelig behov for oppgradering og ikke minst lokal tilpasning av tiltak. Dette arbeidet falt i hovedsak på lokal ledelse i samarbeid med smittevernressurser og sentral kriseledelse. En kompliserende faktor i dette arbeidet var et stadig behov for endring av smittevernregler ut fra nye føringer fra nasjonale myndigheter, FHI og Helsedirektoratet. Smittevernregler bør i hovedsak treffe likt for ansatte og være gjennomførbare. De bør være like på alle sykehus og må legges til rette for at nødvendig behandling av pasienter kan gjennomføres. I innledende fase av pandemien var dette arbeidet også preget av mangel på nødvendig smittevernutstyr. På dette område ble det gjennomført et kjempearbeid av de fleste lederne i denne perioden.

Flere av lederne opplevde at beslutninger ble lagt lengre ut i organisasjonen. Betydelige drifts og organisasjonsendringer ble tatt på nivå tre til fem i organisasjonen. Normalt ville den type endringer blitt løst på nivå 1-2. Dette understreker behovet for raske endringer i denne situasjonen. Strategisk ledelse i alle ledd var avgjørende for å lykkes med sykehusdriften under pandemien.

Sammenlignet med Mintzbergs (1973) teori om lederrollen er lederen i stor grad involvert i viktige beslutninger, ifølge han skyldes dette 3 årsaker: 1) Med formell autoritet som leder er det bare lederen som kan sette strategisk retning for organisasjonen. 2) Lederen er «nerve senteret» i organisasjonen. Derfor er det lederen som best kan forsikre at viktige avgjørelser reflekterer dagens kunnskap og organisasjonens verdier. 3) Strategiske avgjørelser kan på denne måten integreres lett ved at lederen har kontroll på alle. Det vil si i dette tilfellet har lederen direkte personalansvar og et kontrollspenn på mellom 40-60 ansatte. Det gjør at lederne i denne undersøkelsen har en grei oversikt over sine ansatte, og kan nå ut til alle. De

kan sammenlignes med å være «nervesenteret» på sengeposten, og har dermed best forutsetning på at ta riktig beslutninger.

En av Mintzbergs (1973) viktigste lederrolle er selve rollen å være leder. Den preger all aktivitet som lederen er involvert i. Ifølge han ser organisasjonen opp til lederen for veiledning, motivasjon og tilbakemelding, og i sin lederrolle vil lederen definere kulturen organisasjonen jobber i. Her er hovedformålet å skape en interaksjon mellom virksomhetens målsettinger og de ansattes behov. Denne teorien kan knyttes opp mot funnene i undersøkelsen som viser hvor viktig rolle lederen hadde under pandemien. Ansatte så opp til lederen og hadde behov for veiledning (i stor grad), motiveres og få tilbakemeldinger eller i form av bekreftelse i krisen de sto i.

6.3 Stedlig ledelse

OUS innførte stedlig ledelse i tidlig fase i pandemien. Det ble sett på som nødvendig for å klare å opprettholde kontrollen på hvert av sykehusene og sørge for god informasjonsflyt gjennom lokale beredskapsmøter. For å forstå behovet for stedlig ledelse i OUS under pandemien, må man se på størrelsen av foretaket. OUS har virksomhet på over 40 ulike adresser. Foretaket består av Aker sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus. OUS er organisert i 16 klinikker, har over 24 000 ansatte og et budsjett på 29 milliarder kroner gjør OUS til Nordens største sykehus. OUS er linjeorgansiert, det betyr en hierarkisk organisasjon hvor du har en administrerende direktør som leder fra toppen, så kommer klinikkledere og mellomledere nedover. Kan illustreres ved å forestille seg en pyramide. Så har du de ansatte på bunnen av organisasjonen, også kalt «fotfolket», eller de utøvende (Oslo universitetssykehus, 2023).

En stedlig leder ble utpekt på hver av de fire hoved lokalisasjonene. I krise og beredskap er det viktig å benytte de samme strukturene for ledelse som til vanlig. Større vekt på operativ ledelse og også behov for raske beslutninger gjorde det hensiktsmessig med forsterket lokal ledelse (stedlig ledelse). Ved å gjøre for store endringer på strukturen i en krise kan det skape mer forvirring enn gevinst. Den stedlige ledelsen skulle ikke gå på tvers av linja, men forsterke ledelse på hver lokalisasjon.

Adaptiv ledelse er et begrep som kom på 90-tallet. Det har sin opprinnelse fra forfatteren Ronald A. Heifetz. Adaptiv ledelse handler i grunnen om tilpasningsdyktig lederskap. I følge

Heifetz mfl. (2009) er adaptivt lederskap i praksis mobilisering av mennesker til å håndtere tøffe utfordringer, for så å lære av erfaringen og utvikle seg. Konseptet er en lederstil der ledere jobber aktivt med sine ansatte, hvor de samarbeider og har læring, problemløsning og utvikling i fokus.

I artikkelen “The work of leadership” omtaler Heifetz mfl. (1997) 6 prinsipper til praktisering av adaptiv ledelse (viser til teoridelen).

I artikkelen fra Reyes mfl. (2021) presenteres seks hovedpunkter som ansees sentralt ved kriseledelse. I tillegg til behovet for tilstedeværelse av nærmeste leder, pekes det også på evne til å kunne kommunisere en troverdig og optimistisk visjon. Kommunikasjonen må være ærlig og transparent for å bygge tillit. Det pekes også på viktigheten av å være empatisk, se medarbeidere, samt spille på deres styrker og gi dem lederansvar ved gjennomføring av ulike oppgaver. Målsetningen her er å bygge opp organisasjonens og den enkelte medarbeiders motstandskraft mot utbrenthet.

Alle disse elementene peker i retning av tilstedeværelse. Som nevnt i teorikapittelet benyttes uttrykket «be present to signal commitment», det er tydelig at ved å være til stede som leder under en krise signaliseres det til de ansatte at lederen forplikter seg til jobben og krisen de står i, og viser lojalitet til de ansatte. En effektiv strategi for å håndtere en krise, er at lederen er tilstede. I artikkelen til Reyes mfl. (2021) benyttes et bilde fra militæret; «Det å være i skyttergravene med soldatene». Dette understøtter funnene om stedlig ledelse jeg har fra intervjuene av lederne.

I tillegg til behovet for tilstedeværelse, pekes det også på verdien av tilstedeværelse. Det å bruke seg selv som eksempel og motivator for gjennomføring. Jeg vil også trekke fram at adaptiv ledelse har mange fellestrekk med kriseledelse.

Som nevnt i resultatkapitlet fikk førstelinjelederne føringer via linja om å tilstrebe hjemmekontor. Dette var en anbefaling fra FHI. Administrativt personale og ledere som ikke hadde klinisk arbeid skulle jobbe hjemmefra. I innhentede data framkom det tydelig at stedlig ledelse var nødvendig i alle ledd. På tross av sentrale anbefalinger, valgte lederne jeg intervjuet, å være på jobb. De kjente på en plikt og lojalitet til sin personalgruppe, fremfor lojalitet til linja. Valgene som ble tatt har god støtte i litteratur (Reyes mfl., 2021) og føltes

også intuitivt riktig for lederne i denne undersøkelsen. Dette understreker også distinksjonen mellom administrasjon og ledelse. Ledelse er noe mer, det å motivere, se folk, få dem til å skjønne viktigheten av oppdraget.

Gjennom stedlig ledelse fikk disse lederne mulighet til å håndtere uforutsette problemer knyttet til pandemien. Dette ville vært mer krevende å håndtere av lederen fra hjemmekontor. Slike situasjoner krever at lederen er operativ og handler raskt, skaffer seg oversikt og iverksetter tiltak. Denne rollen er hos Mintzberg (1973) kalt *problemløserrollen*. Problemløserrollen er en av de tre beslutningsrollene til Mintzberg (1973). Den handler om å fortløpende håndtere utfordringer som treffer organisasjonen, i dette tilfellet drifts- eller personalutfordringer på en sengepost. En uforutsigbar hendelse, som for eksempel et smitteutbrudd hos pasienter og ansatte, skaper problemer og overses disse lenge nok kan de utvikle seg til en krise. Som Mintzberg (1973) beskriver i sin teori, en forstyrrelse oppstår, og korreksjon blir nødvendig.

I rapporten fra Magnussen mfl. (2021) skriver Frich om stedsovergrepene ledelse og stedlig ledelse i spesialisthelsetjenesten (Kap.4). Undersøkelsen de gjorde viste at 3 av 4 leger opplever at det er for lange beslutningslinjer i sykehuset og det oppleves som problematisk. Det oppfordres til en organisering av spesialisthelsetjenesten med færre nivåer for å forbedre den vertikale dialogen. Det er fordeler og ulemper med stedsovergrepene ledelse. Stedsovergrepene ledelse kan være nødvendig å ha på høyt nivå i helseforetaket. Hensikten vil da ofte være behovet/muligheten for standardisering av arbeidsprosesser og samarbeid på tvers av lokalisasjoner. Det anbefales imidlertid fra nivå 3 og ned at organisasjonen har stedlig ledelse. Løsninger uten stedlig ledelse har både kostnader og svakheter. Undersøkelsen de gjorde viser at 7 av 10 leger opplever det som problematisk ved fravær av stedlig ledelse. Det var en sterk anbefaling å etablere stedlig ledelse på kliniske og operativt nivå i sykehusene (som regel nivå 3 og nedover).

6.4 Kommunikasjon

I artikkelen fra Abdi mfl. (2021) beskrives viktigheten av god kommunikasjon under krise. Kommunikasjon under en pandemi eller utbrudd, er en signifikant ferdighet for alle ledere ved sykehus. Alle lederne jeg intervjuet beskrev viktigheten av god og tydelig kommunikasjon under pandemien. Ifølge Abdi mfl. (2021) er det å håndtere hvordan du skal snakke til alle nivåene i organisasjonen en avgjørende ferdighet alle helseledere må besitte,

spesielt under kriser for å sikre at ansatte får med seg hvilke handlinger og tiltak som er nødvendige. Under Covid-19 pandemien var det tydelig at mellommenneskelige relasjoner og tydelig kommunikasjon mellom ledere og ansatte var avgjørende og bidro til å bygge tillitt (Abdi mfl., 2021). Det framkom av intervjuene med lederne også, de var opptatt av å beholde ansattes tillitt og sørge for være tydelig i kommunikasjonen med dem. Det medførte daglige oppdateringer for å imøtekomme deres behov for informasjon under pandemien. Jeg vil også trekke fram hvordan både adaptiv ledelse (Heifetz mfl., 2009) men også kriseledelse (Reyes mfl.,2021) peker på viktigheten av god og tydelig kommunikasjon.

Økt behov for informasjon som hovedfunn er ikke overraskende, men det lederne ikke kunne forestilt seg i starten av pandemien var hvor vedvarende og stort det behovet var. Utfordringen med kommunikasjon under pandemien var nødvendigheten av avstand og redusert antall mennesker samlet på grunn av risiko for smitte. Det er en viktig forklaring på et annet funn; det ble benyttet flere ulike kommunikasjonsplattformer enn ved normal driftssituasjon. Her opplevde man stor gevinst i form av raske prosesser ved innføring av digitale kommunikasjonsplattformer som Skype og i neste runde Teams.

Pandemi representerer en utfordring i sykehus, og kommunikasjonsbehovet rundt en nyoppstått situasjon er åpenbart. I tillegg representerer en pandemi også en usikker situasjon for mange ansatte på hjemmebane. «Hva med mine barn, hva med mine gamle foreldre.» Et siste element jeg mener bidro til økt kommunikasjonsbehov er det betydelig antall driftsendringer som ble gjennomført i høyt tempo, raskere enn prosesser man ville gjennomført i normal driftssituasjon. Det ble i utgangspunktet akseptert å kjøre prosessene raskt, alle så behovet, men ledelsen betaler en pris knyttet til et økt kommunikasjonsbehov i kjølvannet av endringene.

I Mintzberg (1973) forskning på lederroller beskriver han lederens informasjonsroller, disse består av tre roller; *overvåker*, *informasjonsformidler* og *talsperson*. Alle disse rollene går ut på prosessering av informasjon. Erfaringene jeg innhentet fra lederne viser at de har hatt overvåkerrollen gjennom å motta informasjon via linja og selv søke etter informasjon. Lederne mottok massivt med informasjon om smittevernstiltak og retningslinjer for drift. Ledernes oppgave ble så å prosessere denne informasjon og tilpasse den til de ansatte. Tilpasningen var svært viktig for å unngå informasjonsmetning. Gjennom Mintzbergs (1973) *informasjonsformidler* rolle måtte lederne samle, vurdere og tilpasse informasjonen. En lang

e-post med informasjon fra linja, måtte tilpasses og komprimeres slik at den ble kort og tydelig for de ansatte. Gjennom overvåkerrollen fikk lederne innsikt i når informasjonen må formidles til de ansatte, og hvilke beslutninger eller iverksetting av tiltak som var nødvendige. I rollen som talsperson var det viktig at lederne hadde oppdatert og korrekt informasjon. Det var viktig at lederne fremsto som trygge, rolige og som eksperter ovenfor de ansatte. Erfaringen fra lederne viste at det var vanskelig å holde seg oppdatert på smittevernplaner og retningslinjer/prosedyrer. Det var hyppige endringer og tildels uoversiktlig. I tillegg praktiserte og tolket avdelinger dette ulikt og det førte dessverre til ulik praksis i utførelse av smittevernstiltakene.

Gjennom intervjuene og medarbeiderundersøkelsen til OUS (2021-2022) kom det fram at et stort flertall av ansatte hadde tillit til lederne og at de fikk nødvendig informasjon for å håndtere pandemien med de ekstra tiltakene det krevde. Tallene bedret seg fra 2021 til 2022. Undersøkelsen viste at lederne og medarbeiderne har støttet hverandre under pandemien (Forbedring 2021-2022).

I artikkelen til Reyes mfl. (2021), også nevnt i kapitlet om stedlig ledelse, pekes det på leders evne til å kunne kommunisere en troverdig og optimistisk visjon. Kommunikasjonen må være ærlig og transparent for å bygge tillit. Dette er spesielt viktig under en krise, i denne sammenheng covid-19 pandemien.

Lederne jeg intervjuet valgte alle å informere ansatte fortløpende etter hvert som de selv mottok ny informasjon. Hvis det ikke var noe ny informasjon var det også viktig å informere om nettopp det. Slik ble personalet «holdt i lupen» og ansatte beholdt tillitt til lederen. Det understøttes også gjennom artikkelen til Geerts mfl. (2021), hvor de gjennom rammeverket med 10 råd vektlegger regelmessig kommunikasjon på en måte som gir tillitt.

6.5 Oppsummering

Strategisk ledelse under pandemien kan ha vært et viktig element for ledere på flere nivåer også de operative nivåene. På en sengepost handler det om å gjøre endringer for å møte kommende behov. Innta en adaptiv lederstil for å håndtere endringene og krisen man står i. I undersøkelsen jeg gjorde framkom det at de fleste lederne hadde gjennomført større eller mindre endringer, etter bestilling fra toppledelsen i foretaket. Selv om initiativet kommer fra linja, vil jeg hevde at strategisk ledelse utøves på flere ledernivåer, inkludert de operative nivåene. På det operative nivået handler strategisk ledelse i en sengepost om vurderinger og

planlegging av ressursene man disponerer. Herunder disponering av personell og ressurser for å løse oppdraget. I en krisetid som under pandemien var strategisk ledelse preget av raske prosesser og beslutninger, og liten tid til evaluering og korrigerings.

Tiltaket om innføring av stedlig ledelse under pandemien fremsto som et rasjonelt grep fra ledelsen i OUS. Det pekes flere steder på dette poenget i litteraturen om kriseledelse. Det viser også at lederne jeg intervjuet trolig tok hensiktsmessige beslutninger under pandemien, ved å være til stede med sine ansatte. Ved å være til stede fikk lederne håndtert driftsutfordringer og gjennomført oppfølging av de ansatte på en god måte.

I en krise viser litteraturen at kommunikasjonen må være ærlig og transparent for å bygge tillitt, og den må være regelmessig. Lederne jeg intervjuet var tydelig på at det var et økt behov for informasjon og de brukte mye av arbeidstiden på å motta, tolke og tilpasse informasjonen som skulle gis til de ansatte. OUS sine medarbeiderundersøkelser under pandemien (2021/2022) bekrefter at ledere og medarbeidere har støttet hverandre under pandemien og at ansatte har hatt tillitt til sine ledere (Forbedring 2021-2022).

Både økt behov for strategisk ledelse, nærvær av leder og økt informasjonsbehov passer godt med kjente elementer fra kriseledelse. Adaptiv ledelse er beskrivelse av behov for tilpasning av ledelse til gitte situasjoner. Pandemi er en situasjon som over tid krever en rekke tilpasninger til drift. Jeg mener de funnene som framkommer i denne undersøkelsen understøtter dette.

Som beskrevet av Heifetz mfl. (1997) i artikkelen “The work of leadership”, gjennomførte de intervjuede lederne i betydelig grad praktisering av adaptiv ledelse. De måtte tilpasse seg situasjonen og stå i endringsprosesser for å håndtere krisen. De gjorde det de kunne for å få overblikk over situasjonen og mobiliserte de ansatte til adaptivt arbeid, og opprettholdt en skjerpet oppmerksomhet for å håndtere krisen de sto i.

6.6 Metodologiske refleksjoner og anbefalinger for videre forskning

Det er flere begrensninger i denne undersøkelsen som kan nevnes. Det er begrensning på utvalgets størrelse. Ved å benytte et større utvalg av ledere og innlemme flere helseforetak, ville vi fått et større datagrunnlag. Det kunne bidratt til et større og mer nyansert bilde av opplevelser og erfaringer under håndtering av pandemien.

I undersøkelsen har jeg tilsvarende rolle som lederne jeg intervjuet. I likhet med de andre lederne i OUS har jeg vært tett på pandemihåndteringen i OUS. I min rolle som forsker har jeg vurdert og analysert hvordan ledere i OUS har håndtert pandemien. Det kan være i konflikt med min habilitet som forsker i denne undersøkelsen. Jeg har hatt fokus på å være objektiv, og har vært bevisst min rolle i denne undersøkelsen.

Det foreligger nå en del rapporter på ledelse under pandemien (Covid-19). Dette arbeidet føyer seg inn i rekken og peker på en del sentrale trekk ved ledelse i de ulike faser av en krise. På lik linje med en rekke fagrapporter og gode studier rundt pasienthåndtering, vaksinerings og smittevern mener jeg det er viktig å studere ledelse i krise. Kvalitativ forskning som dette tror jeg også, blir best når det er forholdsvis nærhet i tid.

Temaet kriseledelse i forbindelse med pandemien begynner å bli godt belyst.

Sammenlignende studier mellom sykehus/regioner/land hvor man vet at man organiserte og ledet enheter ulikt synes jeg hadde vært interessante. Sverige opplevde for eksempel betydelig høyere dødsrater i sine omsorgs/pleiehjem enn man så i Norge. Er det forskjeller i hvordan denne virksomheten er organisert og ledet på i de to landene som ellers er forholdsvis like.

Ledelse i spesialisthelsetjenesten er et viktig område hvor det er stort behov for videre forskning. Vi vet at andre Nordiske land har kommet lengre i teambasert organisering innenfor sengeposter med høyere bruk av det vi Norge definerer som helsefagarbeidere. Hva krever det fra ledelsen.

7. Konklusjon

Undersøkelsen gjennomført her understøtter kjente elementer fra kriseledelse og adaptiv ledelse. Kriseledelse og adaptiv ledelse mener jeg har tydelige likehetstrekk. Adaptiv ledelse peker i tillegg på at denne dynamiske lederformen trolig er godt egnet til å beskrive ledelse ikke bare i krise, men aktive operative organisasjoner som man lett forbinder med mange enheter i helsevesenet. Det kan derfor argumenteres at kriseledelse er beslektet med adaptiv ledelse, men altså myntet på en aktuell krise.

Mintzbergs (1973) beskrivelse av lederrollene er også godt egnet til å beskrive funnene i denne oppgaven. Jeg gjenkjenner både behovet og nytten av å beskrive rollene.

Lederoppgavene endret seg under pandemien. Undersøkelsen viser at strategisk ledelse økte, og flere beslutninger ble tatt på lavere nivå i organisasjonen. Behovet for stedlig ledelse var stort, og trolig en hensiktsmessig beslutning til tross for anbefalinger fra FHI om det motsatte. Informasjonsbehovet var betydelig og lederes evne til strukturert, tydelig og ikke minst hyppig informasjonsformidling ble utfordret. I tillegg opplevde lederne i denne undersøkelsen også et betydelig økt behov for oppfølging av den enkelte medarbeider.

«Vi skal huske og anerkjenne helsepersonellens ekstraordinære innsats under pandemien, og lære av det vi har vært igjennom» (Dagens medisin/Frich, 2022).

8. Referanser

Abdi, Z., Lega F., Ebeid, N., Ravaghi, H. (2021) Role of hospital leadership in combating the COVID-19 pandemic. *SAGE Journals*. 35 (1), 2-6. DOI: 10.1177/09514848211035620

AlKnaawy, B. (2018). Leadership in times of crisis. *BMJ Leader*.3.1-5. DOI:10.1136/leader-2018-000100

Braun, V. Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

Folkehelseinstituttet (FHI). *Coronavirus*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1> (Hentet 1. april 2023)

Frich, J. (2022) Ledelse i forlengelsen av pandemien, *Dagens Medisin*, 19.8.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/ledelse-i-forlengelsen-av-pandemien/272877> (Hentet: 20.februar.2023)

Geerts, J.M. Mfl. (2021) Guidance for Health Care Leaders During the Recovery Stage of the Covid 19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 4(7), 1-16. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.20295

Heifetz R.A og Laurie D.L. (1997). The Work of Leadership. *Harvard Business Review*. 75 (1). 124-134. <http://smgrp.com.au/wp-content/uploads/2016/09/The-Work-of-Leadership-Heifetz.pdf>

Heifetz R.A., Grashow, A. og Linksy, M. (2009) *The practice of adaptive leadership*. Harvard Business Review Press

Heifetz R.A., Grashow, A. og Linksy, M. (2009). Leadership in a (permanent) crisis. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2009/07/leadership-in-a-permanent-crisis>

Kjølaas, C. (2015). *Krisehåndteringsboken: om å lede bedrifter før, under og etter krisen*. Oslo: Universitetsforlag

Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Kvale, S, og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge Eds.). Oslo: Gyldendal akademisk

Magnussen J, Vrangbæk K, Martinussen P og Frich J. (2016). *Mellom politikk og administrasjon. Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge*. Trondheim/Oslo/København: Legeforeningen.
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/norsk-overlegeforening/of-mener/rapporter/mellom-politikk-og-administrasjon-organisering-av-spesialisthelsetjenesten-i-norge/>

Mintzberg, H. (1973). *The Nature of Managerial Work*. Harper Collins Publishers

Mintzberg, H. (1990). The Manager's job: Folklore and fact. *Harvard Business Review*. 68(2), 163-176. <https://hbr.org/1990/03/the-managers-job-folklore-and-fact>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. *Modell for kvalitetsforbedring*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring> (Hentet: 19. mars 2023)

Norsk sykepleierforbund/Agenda Kaupang (2021) *Lederundersøkelsen*. 1021122. Oslo: Norsk sykepleierforbund. https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-12/lederundersokelsen_nsf.pdf

Oslo universitetssykehus. *Medarbeiderundersøkelsen: ForBedring 2021 og 2022*. Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus. *Om oss*. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss#om-helseforetaket> (Hentet: 25.mars 2023).

Reyes D.L. Mfl. (2021) Translating 6 key insights from research on leadership and management in times of crisis. *BMJ Leader*. 5 (4), 291–294. DOI: 10.1136/leader-2020-000349

Shriharan A. (2022). Public Health and Health Sector Crisis Leadership During Pandemics. *Medical Care Research and Review* 2022; 79(4). DOI:10.1177/10775587211039201

Store Norske Leksikon. *Ordforklaringer*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/adaptiv> (Hentet: 19. mars 2023)

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

9. Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide til masteroppgave; «*Hvordan har lederoppgavene endret seg under pandemien?*»

- **Strategisk ansvar:** vurdere behovet, initiere og gjennomføre endringsprosesser som er nødvendige.
 1. Har du gjennom pandemien initiert og/eller gjennomført endringsprosesser for seksjonen du leder?
 2. Kan du utdype hvilke prosesser/tiltak?
 3. Medførte noen av disse prosessene endring av dine lederoppgaver?
- **Kommunikasjonsansvar:** økt behov for informasjon og tydelig kommunikasjon. Innebærer å sikre god kommunikasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning og bidra til åpenhet.
 1. Hvordan har du opplevd behovet for informasjon i personalgruppen din under pandemien?
 2. Hva har vært din viktigste kilde til informasjon gjennom pandemien?
 3. Hvordan har kommunikasjonsansvaret som mellomleder under pandemien endret lederoppgavene dine?
- **Driftsansvar:** innebærer å ta et helhetlig ansvar for resultater innenfor fastsatte rammer.
 1. Hvordan har driften i din seksjon vært påvirket gjennom pandemien?
 2. Har dere håndtert covid pasienter? Hatt smitteutbrudd pasienter/ansatte?
Håndtering
 3. Hvordan har dere jobbet for å opprettholde driften dere i utgangspunktet har ansvaret for?
 4. Har din enhet avgitt eller mottatt personell? Hvordan ble det løst?
- **Personalansvar:** innebærer å ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljøet og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses. Medarbeideroppfølging- økt behov for støtte til medarbeidere
 1. Hvordan har medarbeideroppfølgingen vært gjennomført under pandemien?
 2. Har ansatte hatt endret behov for oppfølging?
 3. Har dine ansatte stilt mer krav til deg under pandemien? Hvis tilfelle, hvordan har det vært?
 4. Hvilken oppfølging har du som leder fått? Opplevd tilfredsstillende?
 5. Har du selv hatt endret behov for lederstøtte/oppfølging?

Oppfølgingsspørsmål:

1. Har pandemien gjort deg til en bedre leder? Hvis tilfelle, hvordan?
2. Har du noen gang under pandemien vurdert å bytte jobb? Eller å sykmelde deg pga økt arbeidspress?

Vedlegg 2: Informert samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet til min mastergrad?

Jeg skal se på:

Hvordan har lederoppgavene endret seg under pandemien?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et Mastergradsprosjekt hvor formålet er å kartlegge hvordan lederoppgavene til mellomledere i OUS har endret seg under pandemien

I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg har gjennom pandemien selv opplevd og fått inntrykk av fra andre at lederansvaret har vært utfordrende for mellomledere i foretaket. Jeg har møtt og diskutert utfordringene og endringene av oppgavene med lederkollegaer i OUS. Min oppfatning er at N4/N5 ledere har vært i en krevende posisjon de siste årene pga pandemien. Pandemien har krevd økt tilpasning av drift for å løse tilstrømning av covidpasienter. Det har også vært krevende å opprettholde best mulig tilbud til andre pasientgrupper i en periode med redusert ressurstilgang grunnet avgivelser og omdisponering av personell, karantene og økt sykefravær. Adaptiv ledelse er en ledelsesform som har fått økt oppmerksomhet i perioden. Det har vært økt behov for tilpasning og fleksibilitet.

I oppgaven min har valgt en kvalitativ tilnærming og tenker å utføre dybdeintervjuer av 6-8 mellomledere. Jeg har valgt nivå 4/nivå 5 ledere med sengepost erfaring og personalansvar til denne masteroppgaven. Jeg vil undersøke hvordan lederoppgavene til disse lederne i OUS har endret seg under pandemien.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er Universitetet i Oslo som er ansvarlig for prosjektet ved min veileder Ivan Spøhar og meg selv, Silje Lein Bjørnbeth som er Masterstudent på medisinsk fakultet i Erfaringsbasert helseledelse. Jeg er til daglig leder på en sengepost i OUS.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har fått hjelp fra HR til å finne mellomledere i flere klinikker i OUS så informasjonen skal bli så representativ som mulig for dette ledernivået. I tillegg har jeg bedt om tillatelse fra klinikkleder i din klinikk til å spørre deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du svarer ja til å delta innebærer det at jeg avtaler et tidspunkt med deg for et intervju. Selve intervjuet vil ta fra 30-60 minutter. Jeg kommer til å bruke lydopptak og skrive notater underveis.

- Jeg kommer ikke til å be om eller trenge noen personopplysninger om deg.
- Jeg vet kun navnet ditt for å kunne kontakte deg.
- Det er dine meninger som N4/N5 leder som er viktige. Lydopptaket fra intervjuet vil bli transkribert og oppbevart i en passord beskyttet fil slik at ingen andre en min veileder og jeg har tilgang til det.
- Informasjon fra disse intervjuene vil bli brukt på en slik måte at du ikke vil kunne bli gjenkjent i den ferdige masteroppgaven.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger og den informasjonen du har gitt vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg og den informasjonen du gir til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være min veileder og meg som vil ha tilgang til informasjonen om deg.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet lagres med passord beskyttelse når det er ferdig behandlet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter revidert plan er i desember 2022. Lyddopptak vil da bli slettet og kun anonyme transkriberinger vil oppbevares til oppgaven er godkjent.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Prosjektet er også godkjent av Personvernombudet i OUS.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved Ivan Spehar. Epost: ivan.spehar@medisin.uio.no
- OUS - Avdeling for gynekologisk kreft ved Silje Lein Bjørnbeth. Epost: sillei@ous-hf.no
- Vårt personvernombud: QUSHF PB Personvern / personvern@oslo-universitetssykehus.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost: personverntjenester@nsd.no eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ivan Spehar

(Forsker/veileder v/UiO, medisinsk fakultet)

Silje Lein Bjørnbeth

(Student v/UiO og N4 leder i OUS)

Under ligger samtykkeskjemaet. Dette signeres først når vi møtes for intervju.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Ledelse under pandemien*» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju til mastergradsoppgaven.
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD og Personvernombud OUS

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

06.04.2023, 11:57



[Meldeskjema](#) / [Ledelse under pandemien](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

844101

Vurderingstype

Standard

Dato

10.11.2022

Prosjektittel

Ledelse under pandemien

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig

Ivan Spehar

Student

Silje Lein Bjørnbeth

Prosjektperiode

02.05.2022 - 01.05.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.05.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektsluttdato.

Vi har nå registrert 01.05.2023 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

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

Lykke til videre med prosjektet!

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Silje Lein Bjørnbeth, Seksjonleder, Avdeling for gynekologisk kreft

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Dato: 12.05.22

Saksnummer: 22/11117

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet: Ledelse under pandemien

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Universitetet i Oslo
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved OUS.
4. Prosjektet er forelagt NSD.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Data lagres aidentifisert. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
7. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektslutt.
8. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen



Tor Åsmund Martinsen
Personvernombud

Oslo universitetssykehus HF
Direktørens stab | Personvern

Sara Deviletti Skov
Personvernrådgiver



