

*“En tverrgående struktur fordi man skulle
ønske at...”*

- om stedsovergrepene ledelse i
Akutt klinikken, OUS

Andreas W. Espinoza



Masteroppgave
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15.05.2017

*“En tverrgående struktur fordi man skulle
ønske at...”*

- om stedsovergrepene ledelse i
Akuttklinikken, OUS

Andreas W. Espinoza

Masteroppgave
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

«Nobody knew health care could be so complicated»

(Donald J. Trump, 27. Februar 2017)

© Andreas W Espinoza

År 2017

Tittel: «*En tverrgående struktur fordi man skulle ønske at...*» - om stedsovergripende ledelse i Akuttklinikken, OUS

Forfatter: Andreas Espinoza

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Hustrykkeriet, Gaustad, OUS

Sammendrag

Bakgrunn: Etter sammenslåingen av de regionale helseforetakene Sør Øst til Helse Sør-Øst i 2007 fusjonerte de offentlige Oslo-sykehusene i 2009. Oslo Universitetssykehus (OUS) skulle kunne utnytte ressursene mer effektivt og gi et bedre tilbud til befolkningen i hovedstadsområdet. En av hovedgrepene for å få dette til var å organisere sykehuset med stedsovergrepene ledelse for å kunne koordinere og effektivisere aktiviteter. Klinikken og underordnede avdelinger fikk samme *stedsovergrepene organisering*.

Organisasjonsstrukturen avstedkom en intens debatt, både innad i virksomheten og i fagfora og media. Blant hovedinnvendingene var at ledelsen ble distansert fra den kliniske aktiviteten på grunn av flere nivåer i organisasjonsstrukturen, og at man organiserte seg bort fra stedlig ledelse, siden OUS var spredt.

Mål: Min ambisjon er å se på effektene av den nye organisasjonsstrukturen slik det oppleves av ansatte og ledere i Akuttklinikken. I denne klinikken avdelingene ordnet profesjonsvis, det vil si med separate, stedsovergrepene avdelinger for leger og sykepleiere. Studien utforsker hvordan den nye organisasjonsstrukturen påvirker oppgaveløsningen sett fra de ansattes ståsted, og hvordan ansatte og ledere oppfatter integreringsprosessen.

Metode: Dette er gjort ved å intervjuer ansatte og ledere (11 p) ved intensivseksjoner på ulike lokalisasjoner i OUS. Det er gjort dokumentgjennomgang, for å se hvordan integrering og tiltak for dette kommer til syne i styrende dokumenter og fagprosedyrer i virksomhetens dokumentsamling (e-håndbok).

Resultat: Leger og sykepleiere opplever organiseringen som uhensiktsmessig for oppgaveløsning på den enkelte lokalisasjon. Det oppleves økt avstand mellom profesjonene. Dette uttrykkes ved at det oppleves mindre fellesskapsfølelse, og det er tyngre å drive fagutvikling og forbedrende tiltak på tvers av profesjonene på grunn av økt byråkratisering. Hverken leger eller sykepleiere opplever noen fordeler ved å være stedsovergrepene organisert med sine fagfeller på tvers. Man oppfatter at ledelsen mangler ambisjoner for integrering, og det finnes ikke faglige føringer som betyr noe for integrering av profesjonsgrupper på den enkelte lokalisasjon.

Ledere oppfatter at den nye organiseringen ikke er optimal, men at man har hatt utbytte av ny struktur, og at ledergruppen er «mer sammensveiset». Det er en viss spenning mellom ansatte og ledere, på den måte at organisasjonen oppfattes som uvedkommende for de ansatte, med ledelse som er lite synlig, og til dels lite kjent for dem. Lederne uttrykker en viss polarisering overfor de ansatte, og mener de bruker faget for i motstand mot endringer. I virksomhetens e-håndbok finner man tydelig «den gamle» strukturen i katalogisering, og det er få dokumenter som har med integrering eller stedsovergripende ledelse å gjøre.

Konklusjon

Organiseringen gir ingen fordeler for oppgaveløsningen på den enkelte lokalisasjon. Profesjonsavdelingene har ikke oppnådd særlig grad av integrering på tvers, og det oppleves ikke som noen fordel for de ansatte å være organisert i separate avdelinger etter profesjon. Ledere opplever heller ikke organisasjonen som fasiliterende for aktiviteten. Hverken ansatte eller ledere oppfatter at man har oppnådd noen synergi-effekt. Dette virker ikke å ha vært noe prioritert område.

Forord

Denne masteroppgaven er den avsluttende delen av masterstudiet i helseadministrasjon ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

Jeg vil først og fremst takke alle informantene for deres tid, og deres viktige bidrag. Dere har bidratt med viktig informasjon, og gjort det med engasjement og innsikt.

Jeg takker OUS og personvernombudet for å gi meg adgang til å gjennomføre studien. Jeg vil også takke Helene Loe Colman (Handelshøyskolen BI) for viktige bidrag om integreringsprosesser.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder i arbeidet med denne oppgaven, Sverre Vigeland Lerum. Han har med sin interesse, optimisme og sine konstruktive innspill bidratt til å gjøre arbeidet med oppgaven utfordrende og interessant for meg. Forhåpentligvis har det også ført til et bedre resultat.

Oslo, 15. mai 2017

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Forord	VII
Innholdsfortegnelse	IX
1 Innledning	1
2 Problemstilling – mål	3
3 Bakgrunn.....	4
3.1 Foretaksreform og sykehusfusjon.....	4
3.1.1 Helseforetak.....	4
3.1.2 Oslo Universitetssykehus	5
3.2 Akuttklinikken	6
3.2.1 Akuttklinikken oppgaver.....	6
3.2.2 Organisasjonsstruktur i Akuttklinikken.....	8
3.3 Tidligere erfaringer fra sykehusfusjoner.....	10
3.4 Teoretisk bakgrunn	13
3.4.1 Organisasjonsmodeller	13
3.4.2 Tilpasninger – “negotiated order”	16
3.4.3 utfordringer ved endring.....	17
3.4.4 Fusjoner og integrering.....	19
4 Metode	<u>2221</u>
4.1 Studiedesign.....	<u>2221</u>
4.2 Dokumentgjennomgang – e-håndbok	<u>2221</u>
4.3 Intervjuer.....	<u>2322</u>
4.4 Tidsperiode	<u>2423</u>
4.5 Metodologiske refleksjoner	<u>2423</u>
4.6 Etikk.....	<u>2524</u>
5 Resultater	<u>2625</u>
5.1 Dokumentgjennomgang.....	<u>2625</u>
5.1.1 Dokumenter om organisering	<u>2726</u>
5.1.2 Fagprosedyrer	<u>2928</u>
5.1.3 Oppsummering	<u>2928</u>
5.2 Intervjuer.....	<u>3029</u>

5.2.1	En enhet – flere enheter.....	<u>3029</u>
5.2.2	Retningslinjer og ledelse – den elektroniske låven	<u>4341</u>
5.2.3	Oppsummering	<u>4543</u>
6	Diskusjon - Organisering, endring og identitet.	<u>4745</u>
6.1	En enhet – med flere profesjoner på flere steder	<u>4745</u>
6.1.1	Organisasjonsstrukturen	<u>4947</u>
6.2	Idealer	<u>5149</u>
6.2.1	Lovgivning om ledelse i spesialisthelsetjensten.....	<u>5250</u>
6.2.2	Organisasjonens intensjon om kvalitetsforbedring	<u>5351</u>
6.2.3	Oppsummering	<u>5653</u>
6.3	Organisasjonen i endring	<u>5654</u>
6.3.1	Fusjon	<u>5856</u>
6.4	Identitet og integrering	<u>6058</u>
6.4.1	Ledelse og integrering.....	<u>6361</u>
6.5	Avsluttende diskusjon.....	<u>6664</u>
7	Litteraturliste.....	<u>6966</u>
8	Vedlegg	<u>7370</u>

Figurer:

Figur 1.	Organisasjonskart Akuttklinikken OUS	9
Figur 2.	Mintzbergs strukturelle typologi for organisasjoner	14
Figur 3.	Spenninger i organisasjonen etter Mintzbergs modell.	18
Figur 4.	Organisasjonskart for del av Akuttklinikken – vist som linjestruktur.....	<u>5048</u>

1 Innledning

Oslo Universitetssykehus er Norges største sykehus, eiet av Helse Sør-Øst RHF. De fire offentlig eide sykehusene i Oslo ble i 2009 fusjonert til Oslo Universitetssykehus (OUS). Endringer var planlagt med omorganisering til stedsovergripende struktur, oppgavefordeling og til sist samlokalisering pent ordnet i forløp langs en tidslinje med milepæler fra «Dag 1» til «Dag 5».

Dag 1 var datert til 1. januar 2010. Da skulle avdelingene i sykehuset samles organisatorisk i stedsovergripende klinikker. De organisatoriske endringene som fant sted i OUS etter fusjonens Dag 1 ble fort merkbare for de ansatte. Både sykehuset og klinikkene fikk stedsovergripende ledelse, noe som var et tydelig skifte fra måten sykehusene hadde vært organisert på tidligere. Sykehusfusjonen ble et hett tema både i den offentlige og interne debatten, og især ble organiseringen av det nye stor-sykehuset gjenstand for kritisk granskning. (Slagstad, 2012)

Dag 2–4 var datert utover i 2010 og frem til januar 2012. Da skulle det omfordeles oppgaver og tilhørende pasientkategorier. Det skulle innføres datasystemer og elektroniske pasientsystemer som skulle få sykehuset til å fungere som en elektronisk enhet. Det skulle også gjøres investeringer i bygninger som skulle muliggjøre funksjonsomfordeling og flytting av personell og pasientgrupper. Dag 5 var datert til 1. januar 2015, og opprinnelig så man da for seg nye bygg, som skulle muliggjøre samling av høyspesialiserte funksjoner på Gaustad. Lands-, regions- og områdefunksjoner skulle i hovedsak lokaliseres til Gaustad, mens enkelte lands- og regionsfunksjoner knyttet til kreft skulle bli i eksisterende bygg på Ullevål og Montebello. Storbysykehuset skulle lokaliseres til Ullevål. Imidlertid sprakk tidsskjemaet ganske tidlig. Det var klart at det trengtes omfattende investeringer i infrastruktur, og planene for nybygg tok lengre tid enn opprinnelig antatt.

Akuttklinikken fikk, i likhet med de andre klinikkene i det nye storsykehuset, en stedsovergripende organisering. Klinikkleder, avdelingsledere og seksjonsledere fikk ansvaret for enheter som spente over alle lokalisasjonene, og de ansatte ble delt i stedsovergripende avdelinger delt i yrkesgrupper. Man mistet stedlig ledelse, og det var langt til felles ledelse – både i struktur men også geografisk. Denne organiseringen ble oppfattet som dysfunksjonell blant mange av de ansatte, tillitsvalgte og enkelte ledere, og

medførte kritikk av prosess og av ledelsen. Det var flere kritiske stemmer også i den offentlige debatt.

For meg ga egne erfaringer, og den offentlige debatten inspirasjon til å studere dette mer systematisk. Dette var min motivasjon for å begynne på masterstudiet i helseadministrasjon (MHA) ved Seksjon for helseledelse og helseøkonomi, UiO. Kunne det å tilegne seg kunnskap om ledelse, organisasjonsstruktur og helseøkonomi bidra til en annen forståelse av organisasjonen? Eller kunne jeg forsøke å kaste lys over effekter av prosessen, og bidra til en mer konstruktiv debatt rundt organisasjonsstrukturen og oppgaveløsningen i denne?

2 Problemstilling – mål

Det ble tidlig i OUS-fusjonen klart at det å samle fire sykehus på ulike geografiske lokalisasjoner til én organisasjon skulle bli en utfordring. Målet var at man skulle samle funksjoner, og med nybygg få en infrastruktur som kunne passe bedre til den organisasjonsformen man hadde valgt.

Planene om nybygg har trukket ut i tid, og det ser ut som sykehuset må finne seg i en betydelig geografisk oppdeling i enda mange år. Spørsmålet som meldte seg fra begynnelsen er dermed enda mer aktuelt: er det noen fordel for sykehuset og klinikkene at man har valgt stedsovergripende ledelse?

Det vil føre altfor langt å skulle analysere organiseringen av hele OUS i en masteroppgave, og jeg har derfor valgt å bruke Akuttklinikken som case, og hentet de fleste eksemplene fra organisering av intensiv-virksomheten i klinikken.

En av grunnene til å velge intensiv er at man har hatt ulik organisering av legetjenesten ved intensiv-enhetene ved de to største sykehusene i OUS. Dette kunne gi forskjeller i oppfatning om ledelse og ansvarslinjer. En annen grunn er at leger og sykepleiere ved intensivavdelinger arbeider tettere sammen enn ved mange andre poster i sykehuset. Det at man nå var blitt organisert i ulike avdelinger ville kunne manifestere seg hos de ansatte etter organisasjonsendringen.

Hovedspørsmålet jeg ønsket å belyse var om den stedsovergripende organiseringen fasiliterer oppgaveløsningen for de ansatte i klinikken, og om det var forskjeller mellom lokalisasjoner i klinikken. Dernest var jeg interessert i hvordan ansatte og ledere oppfatter integreringen av profesjonene i den nye klinikkstrukturen, om det er noen organisatoriske grep som har bidratt eller mangler.

3 Bakgrunn

3.1 Foretaksreform og sykehusfusjon

3.1.1 Helseforetak

I henhold til «Lov om helseforetak» som trådte i kraft 1. januar 2002 ble sykehus og ambulans- og nødmeldingstjeneste organisert i helseforetak (HF) med Staten som eier. (Husom, 2002) Det ble opprettet regionale helseforetak som svarte til de tidligere helseregionene, med staten som eier. De regionale helseforetakene fikk det overordnede ansvaret for å iverksette helsepolitikken i helseregionen, og skulle «planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene»¹. Helseforetakene skulle ha et styre og en daglig leder, og minnet sånn sett om et aksjeselskap, med den forskjellen at helseforetakene bare hadde en eier – Staten.

Den nye organiseringen av helseforetakene skulle gi bedre mulighet for regional samordning av helsetjenestetilbudet, for derved å kunne effektivisere og spare inn på funksjoner som ble tilbudt flere steder i helseregionen. Dette skulle gi bedre statlig styring i overordnede spørsmål, samtidig som det kunne tilby en viss desentralisering ved at helseforetakene fikk mer kontroll over driften lokalt. (NOU, 2016) Formell organisering av sykehusvirksomheten i helseforetak eller sykehusgrupper med felles ledelse gir muligheter for sterkere grad av samordning av virksomheten, både faglig, administrativt og driftsmessig. Skala- og breddefordeler er som nevnt ofte en viktig motivasjon for en slik organisering. Større sykehus og større geografiske områder gir grunnlag for planlegging og tilrettelegging av tjenester, noe som kan gi bedre muligheter for samordning av virksomhet og deling av ressurser. I tillegg til økonomi, er store og slagkraftige fagmiljøer et hovedargument for å sentralisere en del pasientbehandling, spesielt når det gjelder behandling av tilstander som ikke forekommer så ofte, slik at behandlingen krever høy grad av spesialisering for å kunne gi god nok kvalitet. (Rohde et al., 2015)

I St. prp. Nr. 44 (2006-2007) *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet* ble det foreslått å slå sammen helseregionene Helse Sør og Helse

¹ Helseforetaksloven § 2a: Regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov.

Øst til helseregion Helse Sør-Øst (HSØ). Målet var å bedre mulighet for helhetlig styring, bedre ressursutnytting og koordinering i hovedstadsområdet, bedre samordning av fag og forskningsmiljøer, og oppnå effektiviseringsgevinster i hovedstadsområdet som skulle komme resten av landet til. Dette ble gjennomført i juni 2007.

Et av målene var altså å kunne gjøre noe med sykehusene i hovedstadsområdet, og arbeidet med dette begynte ganske snart. I 2008 ble det besluttet å gjøre om på sykehus-strukturen i hovedstadsområdet, som også inkluderte fusjon av de offentlige Oslo-sykehusene til Oslo Universitetssykehus.² Denne trådte i kraft fra 1.1.2009. I april samme år ble det lagt frem en prinsippskisse for omorganisering av enhetene i det nye stor-sykehuset, som skulle kunne ut i klinikker med stedsovergrepende ledelse.³ En av målsetningene var å samordne fag- og forskningsmiljøene (St.prp. 44 2006-2007).

3.1.2 Oslo Universitetssykehus

Etter at de offentlig eide Oslo-sykehusene - Aker sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål Universitetssykehus - ble samlet til Oslo Universitetssykehus HF (OUS) i 2009 fikk sykehuset stedsovergrepende ledelse. Det vil si at det skulle være én felles ledelse for hele sykehuset, uansett geografisk plassering eller «lokasjon» som det fra da av skulle hete. Sykehuset ble nivådelt i ulike organisasjonsnivåer med N-betegnelse for nivået. Sykehuset (N1) ble organisert i ni klinikker (N2) som også fikk stedsovergrepende ledelse. Klinikkerne ble igjen inndelt i avdelinger (N3) som videre ble inndelt i seksjoner (N4). Både avdelingene og seksjonene ble også organisert med stedsovergrepende ledelse. Selv langt ned i organisasjonsstrukturen fikk man altså stedsovergrepende ledelse, det vil si én leder som skulle lede personell på flere lokalisasjoner.

Det var et bærende prinsipp siden OUS-sammenslåingen at man skulle bygge ned de gamle sykehus-skillelinjene, og skape et nytt og samlet OUS. Denne identitetsendringen gikk en periode også på navn; det skulle ikke hete Ullevål og Rikshospitalet, men ble kalt OUS avdeling Kirkeveien og Gaustad. (Haug, 2010) Som det het fra OUS-ledelsen: «vi har nå

² Helse Sør-Øst styresak 108/2008 OMSTILLINGSPROGRAMMET. INNSATSOMRÅDE 1 HOVEDSTADSPROSESSEN

³ Oslo Universitetssykehus Styresak 60/2009 PRINSIPPSKISSE FOR OVERORDNET ORGANISASJONS-STRUKTUR FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

ett navn og én logo vi skal samle oss om». Dette har man senere gått tilbake på, og de gamle navnene er tilbake i bruk, dog bare som adresse i OUS. (Gjersvik, 2010)

Imidlertid har det vært viktig at klinikkene og avdelingene skulle være stedsovergrepene, slik at man enklere skulle kunne fordele oppgaver og personell mellom lokalisasjonene. Dette medførte at man ikke hadde stedlig ledelse mange steder, noe som ble debattert internt, i fagforeningene og i pressen. (Storvik 2013)

3.2 Akuttklinikken

3.2.1 Akuttklinikens oppgaver

OUS og Akuttklinikken har til oppgave å drive pasientbehandling, forskning og undervisning.⁴ Organisasjonsstrukturen skal bidra til å tydeliggjøre fordeling av oppgaver og ansvar, samt fasilitere koordineringen mellom de ulike avdelingene og seksjonene som er involvert. For å koordinere virksomheten må enhetene i en virksomhet ha en organisasjonsstruktur, og prosedyrer som beskriver hvordan dette skal gjøres. I tillegg til den formelle organiseringen finnes sedvaner og uskrevne regler som er innarbeidet over tid. Siden leger og sykepleiere i Akuttklinikken ble organisert i stedsovergrepene avdelinger uten felles ledelse på den enkelte lokalisering, ble det etablert en kompensatorisk ordning. På hver enkelt geografisk lokalisering finnes en stedlig koordinator som har en overordnet myndighet i forhold til de andre seksjonene i medisinske spørsmål i det daglige. Det betyr for eksempel at pasienter ikke kan strykes av operasjonsprogrammet på grunn av kapasitetshensyn uten at stedlig koordinator har sett på ressursforvaltningen for å finne en løsning på problemet. Hvordan man skal løse oppgaver eller legge opp strategi på sikt er imidlertid utenfor stedlig koordinators myndighetsområde, og må løses høyere opp i organisasjonen, på N3- eller N2-nivå.

⁴ Helseforetaksloven § 2 b

Regulering fra overordnet og til detaljert nivå

I henhold til «Forskrift om internkontroll i helsetjenesten» (2002)⁵ har virksomheter i helsevesenet en rekke plikter i forhold til hvordan aktiviteter planlegges, utøves, evalueres og korrigeres. Det påhviler «den som er ansvarlig» å beskrive dette.

«Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal (...) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.» (Internkontrollforskriften § 4)

Enhver virksomhet i helsevesenet skal altså formulere målsetning for virksomheten, og dessuten beskrive hvordan kvalitetsforbedringsarbeid skal foregå. Den nye «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» er mer omfattende enn den gamle forskriften. Den beskriver den samme plikten til å «beskrive mål, oppgaver, aktiviteter og organisering», men utdyper dette. Virksomheten skal:

«ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten» (§6)

(...) «utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet». (§7).

Den nye forskriften går altså lengre i å detaljere hva disse oppgavene består i for virksomheten. Dette er nærmere forklart i «Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (Helsedirektoratet, 2017). Den sier at det skal finnes dokumenter som beskriver hvordan disse oppgavene skal løses, og der er eksempler på relevante interndokumenter nevnt som blant annet strategidokumenter, organisasjonskart, etiske retningslinjer, oppgavefordeling, varslingsrutiner ved avvik, fagprosedyrer og rutiner for opplæring. Dette er begrunnet med at:

«Tilsynserfaringer viser at det i en del tilfeller synes å være usikkerhet om hvem som er ansvarlig for internkontrollen/styringssystemet både innad i virksomheter,

⁵ Denne forskriften er opphevet, og erstattet av *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017)*.

men også hvordan ansvaret er fordelt mellom ulike nivåer.» (s. 8, Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)

En dokument- og prosedyresamling er altså ansett som et viktig verktøy for kvalitetsforbedrende arbeid i en stor organisasjon. Den bør romme dokumenter om hva som er visjon, strategi og mål, men også dokumenter om hvordan man skal planlegge, gjennomføre, evaluere og kontrollere virksomhetens aktiviteter. Fagprosedyrer er en del av dette.

I OUS er alle dokumenter som berører administrative rutiner og faglige prosedyrer samlet i e-håndboken. Den foreligger tilgjengelig på sykehusets intranett-portal. Her finnes dokumenter som beskriver hvordan OUS skal håndtere disse oppgavene, der det blant annet står at:

«med styringsdokumentasjon menes prosedyrer, retningslinjer og andre styrende og informerende dokumenter som er nødvendige for å styre sykehusets aktiviteter og prosesser. Alle dokumenter av varig karakter skal skrives, godkjennes, oppdateres og gjøres tilgjengelige i sykehusets elektroniske dokumentstyringssystem, eHåndboken. Det er et generelt lederansvar på alle nivåer å sørge for at dette skjer. (...) Eksempler på dette er prosedyrer, retningslinjer, planer, organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, instruksjoner og sjekklister m.m.»⁶

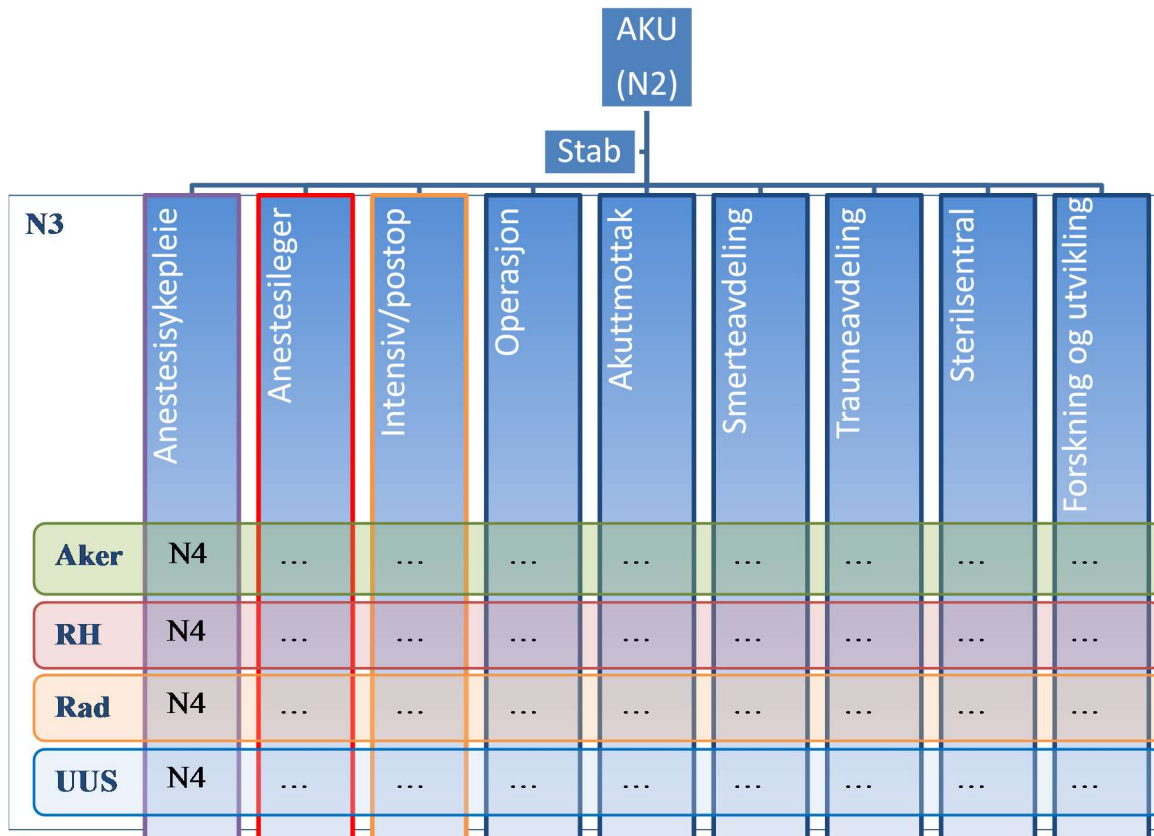
Intensjonen fra lovgiver om at man skal systematisere virksomhetens aktivitet, og planlegge kvalitetsforbedrende tiltak, kan altså følges fra forskrift og Helsedirektoratets veileder til OUS' egen e-håndbok. Det er dermed gjort klart for virksomheten hvorledes dette arbeidet ideelt sett skal håndteres.

3.2.2 Organisasjonsstruktur i Akutt klinikken

Klinikkene er hovedavdelingene i OUS-strukturen. Akutt klinikken har en stedsovergrepene ledelse (N2) som koordinerer klinikkens virksomhet og leder alle avdelingene. Klinikken er organisert i avdelinger (N3), dels etter profesjon, og dels etter funksjon. Hver avdeling har også stedsovergrepene ledelse. Eksempelvis er N3-leder for anestesisykepleier-avdelingen leder for alle anestesisykepleiere i OUS. Avdelingene er delt inn i seksjoner (N4), med en seksjon for hver geografiske lokalisering svarende til den gamle sykehusinndelingen. For eksempel er Avdeling for anestesisykepleie oppdelt med en

⁶ Instruks for utarbeidelse, bruk og styring av dokumentasjon, godkjent 05.02.2016, OUS e-håndbok

seksjon på Aker, en på Radiumhospitalet, en på Rikshospitalet, og en på Ullevål, med en N4-leder på hver lokalisasjon. (Figur 1). Strukturen er hierarkisk, med linje fra N2-leder ned til N3, og videre til N4. Visuelt kan organisasjonskartet gi inntrykk av å beskrive en matrise-struktur. Jeg vil komme tilbake til organisasjonsmodeller senere.



Figur 1. Organisasjonskart Akuttlinikken OUS

Tidligere hadde hvert av sykehusene som ble fusjonert inn i OUS hatt egen anesthesi- og intensivavdeling, med ledelse som styrte alle profesjonene i avdelingen. Omleggingen til stedsovergrepene organisering av OUS medførte en viss motvilje blant ansatte og mellomledere. Det var liten forståelse for at avdelingene skulle være stedsovergrepene, for det betød at man mistet stedlig ledelse i mange avdelinger. Dette brøt sterkt med oppfatningen om at avdelingslederen måtte sitte nært den operative virksomheten. (Jacobsen, Thorsvik, 2015) Dessuten ble anestesilegene, og anesthesi- og intensivsykepleierne i OUS organisert i separate avdelinger, med lokale seksjoner. Dette vakte også bekymring. Det medførte at man fikk en koordinerende ledelse hevet opp til avdelings- eller klinikknivå, altså hevet over seksjonene på den enkelte lokalisasjon. Denne vakte bekymring, og sammen med en manglende forståelse for nødvendigheten av

sammenslåingen, førte dette til en betydelig motbør mot OUS-fusjonen fra de ansatte. Det var fra ledelsen skapt liten forståelse for OUS-fusjonen og de omfattende endringene den skulle medføre, og ledelsen måtte bruke mye tid og oppmerksomhet på å håndtere motvilje og skepsis i organisasjonen de første årene. I en evalueringsrapport fra SINTEF av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst, er OUS-fusjonen behandlet som eget tema. I intervju-undersøkelsen fra rapporten kommer det frem at man på fusjonstidspunktet anså at prosessen hadde urealistiske mål og ditto fremdriftsplan. Det var liten tro på prosjektet blant de ansatte, selv flere år etter fusjonen. (Rohde et al., 2015)(, s. 33-34) Forståelse og endringsvilje hos de ansatte er en viktig faktor i en virksomhet i endring; og følgelig vil sjansen for å mislykkes være stor dersom man ikke lykkes med å skape en forståelse av at forandringen er nødvendig for virksomheten.

Det er mange forutsetninger som må være tilstede for et såpass omfattende endring som man gjennomførte med OUS-fusjonen skal bli vellykket. Både tillit til dem som leder endringen, tro på at endringen er nødvendig, tro på at den blir vellykket, bevaring av makt og posisjon er nødvendig for at de ansatte skal bli med på store endringer. (Yukl, 2015) Det å gjøre om på organisasjonskartet var en teknisk endring. Den adaptive endringen; det vil si å få de ansatte med på den kulturelle endringen som skulle til for å skape det nye stor-sykehuset skulle by på store utfordringer. Den motviljen som ble vekket fra begynnelsen av fusjonsprosessen preget klimaet mellom de ansatte og ledelsen i flere år, og gjør det kanskje fremdeles. Det skulle i tillegg prege de ansattes syn på mange av de andre endringene som skulle komme med omorganisering på avdelingsnivå og oppgavefordeling, og kanskje også rede grunnen for bitre konflikter internt. Eksempelvis skulle lederansettelse i en stedsovergripende avdeling medføre såpass intens konflikt mellom lokalisasjonene at det ble forside-stoff i de største avisene. (Stølan et al., 2013)

3.3 Tidligere erfaringer fra sykehusfusjoner

Det har vært gjennomført en rekke sykehus-fusjoner i den vestlige verden de siste ti-årene. I Norge har antallet sykehus blitt mer enn halvert i perioden 1999 til 2014, primært ved reorganiseringer og fusjoner. (Anthun et al., 2017) Det har samtidig medført en økning i størrelsen på sykehus. OUS-fusjonen er dermed ikke enestående, men det er den klart største fusjonen i Norge.

Rapporten fra SINTEF om fusjonen av RHF'ene Helse Sør og Øst har et eget kapittel der sammenslåingen diskuteres i lys av erfaringer fra tidligere sykehusfusjoner. (s 218-238 (Rohde et al., 2015) Den tar for seg flere områder om fusjoner i helsevesenet, som økonomiske og kliniske effekter, men jeg vil i hovedsak legge vekt på det som har å gjøre med endringsprosesser og ledelse av omorganisering.

Det har vært en økende trend med fusjoner av sykehus de siste par tiår. Det har vært ansett som et vesentlig virkemiddel for å få til endringer i helsevesenet. Dette har også vært tilfelle i de nordiske land, der antagelsen om at sammenslåing av sykehus og økning av sykehusenes befolkningsgrunnlag ville gi en effektivisering av behandling, og besparelser på investeringer. (Hagen, Vrangbæk, 2009) I en studie på 17 sykehusfusjoner i Norge kunne man ikke påvise en kostnadseffektivisering, unntatt i ett tilfelle der man fusjonerte flere sykehus og sentraliserte administrasjon og akutt-tjenester. (Kjekshus, Hagen, 2007) Fusjonen av tre sykehus til Universitetssykehuset i Nord-Norge samlet virksomheten på færre, større enheter og la om til økt dagbehandling. Dette ga en effektivisering (DRG-poeng pr månedsverk), og reduserte underskuddet til virksomheten. (Ingebrigtsen et al., 2012) Hvis man ser på oppsummeringer om sykehusfusjoner kan man ikke vise til reduksjon i kostnader, men redusert kostnadsvekst. (Ingebrigtsen, 2010) Det er et usikkert om man får en økonomisk effektivisering ved fusjoner, noe som forklares med at man får uventede kostnader med integrering av systemer og personale.

Prosessen med omorganisering av flere enheter er en utfordring. Det kan gi betydelig motvilje i organisasjonen mot sammenslåing, og avhenger av hva som er drivkreftene for fusjoneringen. (Fulop et al., 2005) I denne britiske studien ble det blant de ansatte oppfattet at ledelsen distanserte seg, mistet kontroll over daglig drift, og at kulturelle forskjeller ble oppfattet til hinder for vellykket integrering.

Sammenslåingen av sykehusene Karolinska og Huddinge i Stockholm er det nærmeste eksempelet til OUS-fusjonen, og er studert grundig. (Choi, 2011) Choi så på beslutningsprosessen, hvorfor ledelsens ambisjoner ikke fikk gjennomslagskraft, og klinisk integrering i to klinikker som fusjonerte avdelinger fra de to sykehusene. I det siste tilfellet fant hun at ulik tilnærming fra de to klinikklederne ga forskjellig resultat med hensyn til integrering av avdelingene, den ene avdelingen hadde ikke lyktes i å integrere fagpersoner i de to avdelingene fra de forskjellige sykehusene i fusjonen, mens den andre hadde lyktes med dette. (Choi et al., 2012) Hun fant at lederne oppfattet sine mandat fra ledelsen

forskjellig. Den ene oppfattet sitt hovedansvar opp til sykehusledelsen, mens den andre tolket sitt oppdrag løsere, og oppfattet sitt ansvar både til ledelsen men også til sentrale fagpersoner (seniorlegene). Ledelsen i de to klinikkene var også ulikt sammensatt. Den første var en eksternt rekruttert leder, mens i den vellykkede klinikken var det tre personer fra de to sammenslåtte avdelingene som ledet sammen, med en leder og en nestkommanderende, samt en strategisk leder. Det ga to ulike leder-stiler også, med en «top-down» tilnærming fra den første, og en «bottom-up» tilnærming i den vellykkede klinikken, der fagpersonene ble involvert i integreringsarbeidet. På den måten ble de faglige målene kommunisert nedover, og de økonomiske målene rapportert oppover.

Det kan med andre ord være en utfordring for toppladelsen å få gjennomført endringer gjennom en «top-down» tilnærming, og dersom det utnevnes mellomledere som oppfatter oppgavene sine for snevert.

Helse Sør-Øst

SINTEF-rapporten har også undersøkt fusjonen av de regionale helseforetakene Helse Sør og Helse Øst. Det ble i strategidokumenter lagt vekt på erfaringene fra sykehusfusjonene i Stockholm og København, der det var gjennomført omorganisering til færre sykehus for større befolkninger enn i Oslo-området. Dette ble også lagt til grunn i Helse Sør-Øst styresak 108/2008⁷, men i SINTEF-rapporten hevdes det at «det er påfallende hvor lite vekt man (i hovedstadsprosessen, HSØ) har lagt på den omfattende forskningen med utgangspunkt i endringene i Sverige og Danmark, og hvor lite skriftlig materiale vi har vært i stand til å finne om de faktiske erfaringene herfra.»

I intervju-undersøkelse med sentrale aktører i hovedstadsprosessen (HSØ) er oppfatningen fra informantene at det ble lagt lite vekt på forskning om erfaringer fra de andre fusjonsprosessene. Det kan virke som at studieturer til København og Stockholm skulle bli det viktigste erfaringsgrunnlaget for HSØ-prosessen. Det legges også vekt på at det var satt av liten tid. Mens man i København og Stockholm brukte betydelig tid på

⁷ HSØ Styresak 108/2008. Innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen.

«...de synspunktene som er fremført i høringen, sammen med den betydelige erfaring som er oppsummert fra liknende endringer i Sverige, Danmark, England med flere, vil danne utgangspunkt for de tiltak som vil iverksettes for å forebygge stordriftsulemper, sikre fokus på hovedmålene om bedre lokalbaserte tjenester, samling av lands-, region- og områdefunksjoner, styrke og sammenhengende pasientforløp.»

planleggingsfasen, ble progresjonen i HSØ-prosessen forsert, man måtte holde tempo for å unngå motstand: «her ble nesten beslutningen tatt først, og så skulle det andre skje etterpå» (s. 235).

Den faglige begrunnelsen for omorganiseringen var savnet, og prosessen ble oppfattet som lite transparent, og med lite involvering av fagmiljøene, men med desto større involvering av ekstern konsulentbistand. Prosessen ble gjennomført ovenfra med en «top-down» tilnærming, med liten vilje til å være åpen for innspill fra fagmiljøene, og motivere dem gjennom en utveksling av synspunkter.

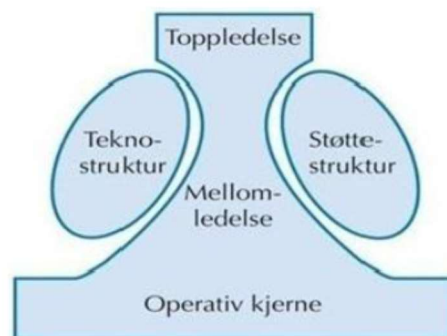
3.4 Teoretisk bakgrunn

3.4.1 Organisasjonsmodeller

Ulike virksomheter har ulike oppgaver, størrelser og økonomiske eller juridiske krav til oppgaveløsning. De har dermed ulike behov for hvordan organisasjonen er strukturert for å kunne løse sine oppdrag. Blant de mest benyttede verktøyene for å beskrive strukturelle konfigurasjoner er typologiene formulert av Henry Mintzberg, professor i ledelse ved McGill University, Montreal. I følge ham kan alle organisasjoner inndeles i fem hoveddeler. (Figur 2) Den delen som utfører det arbeidet som er virksomhetens oppgaver kalles *den operative kjerne*. Over denne finnes en *mellomledelse* som samordner og styrer individene eller gruppene i den operative kjernen. Over mellomledelsen finnes en *toppleidelse* som tar seg av administrasjon og øverste ledelse av virksomheten. Det er toppledelsens oppgave å legge opp strategien og stake ut kursen for virksomheten. De tre nevnte elementene er *linjeorganisasjonen*. I tillegg er det to stabs- eller støttefunksjoner, som ikke direkte inngår i fremstillingen av produkt eller tjenester. *Teknostruktur-delen* fasiliterer linjestrukturens oppgaver ved at den tar hånd om planlegging, opplæring og standardisering av oppgaver. *Støttestrukturen* tar seg av funksjoner som ikke inngår i produksjonen men som er nødvendige for driften av virksomheten (kantine, rengjøring, lønssystem osv.) (Mintzberg, 1989)

Ulike virksomheter vil ha behov for ulik struktur på organisasjonen, med ulik fordeling innen de fem elementene. En gründer- eller entreprenørvirksomhet vil ha behov for en mindre komplisert struktur med kortere avstand mellom toppleidelse og operativ kjerne, og

med små eller fraværende stabselementer. Lederen er nærmere produksjonsenhetene og tar hånd om mellomlederfunksjonene også. Fordelen med en liten organisasjon er at det blir fleksibel styring, men ulempen er at det kan bli uklare ansvarslinjer.



Figur 2. Mintzbergs strukturelle typologi for organisasjoner

Et sykehus er en langt mer komplisert virksomhet, og det er behov for alle de fem elementene i Mintzbergs strukturmodell. Likevel er det variasjoner også mellom ulike typer sykehus. Mindre spesialsykehus har behov for en langt mindre organisasjon. En slik type virksomhet driver med et begrenset sett med problemstillinger og behandlinger, og kan i stor grad standardisere diagnostikk- og behandlingsrutiner. Det er behov for en sterk, profesjonalisert operativ kjerne, og en viktig del av standardiseringen består i å sørge for at den operative kjerne har en høy (og definert) kompetanse som sikrer den måloppnåelsen som ønskes. Denne modellen som Mintzberg kaller «det profesjonelle byråkratiet» har en mindre mellomlederstruktur, mindre teknostruktur, og den operative kjerne er instrumentell for utøvelsen av tjenesteproduksjonen. Strukturen på OUS er fra fusjonen i 2009 delt opp i klinikk- og avdelingsstruktur i en større organisasjon, slik at det er flere mellomledernivåer, og større avstand fra toppledelsen til den operative kjerne. OUS er også en større organisasjon med behov for mer utbygde stabsstrukturer. Både fordi virksomheten utøves på flere lokasjoner, og fordi den enkelte klinikk- og avdelingsleder har ansvar for større enheter er det behov for rutiner og standardisering av oppgaver, og derved behov for en større teknostruktur. Disse trekkene er typiske for maskinbyråkratistrukturen.

Alle virksomheter har behov for å organisere hvorledes man skal løse sine oppdrag. Dette behovet øker med kompleksiteten i oppgavene, diversifisering og spesialisering i oppgavespekteret, og størrelsen på virksomheten. Sykehus er dermed gode eksempler på virksomheter som har stort behov for organisering av personell, oppgaveløsning og pasientforløp.

Tradisjonelt har sykehus hatt en organisasjonsstruktur med medisinske fagkategorier som inndelingsprinsipp. Fagene kan være ulikt orientert mot pasienter, basert på for eksempel organsystem (kardiologi eller nevrologi), pasientkategorier (pediatri eller geriatri) eller prosedyrer (radiologi, anestesi), men inndelingen har vært nokså rådende på sykehus, også internasjonalt. I slike avdelinger kan man spesialisere virksomheten ved at man samler all kompetansen i en enhet. Ulempen er at det kan bli markert avdelingsfølelse med en fagorientert spesialistkultur (vi og dem), og samarbeids- eller koordineringsproblemer overfor andre avdelinger.

En annen måte og organisere virksomheten på er bruker- eller markedsbasert inndeling ut fra det tenkte spørsmålet: Hvem er virksomheten rettet mot? En del nyere sykehus er således organisert i «organblokker». Det vil si at fagområder som retter seg mot beslektede problemstillinger (nevrologi og nevrokirurgi, eller kardiologi og hjertekirurgi) har blitt organisert i samme klinikk, og til og med blitt samlokalisert arkitektonisk slik som på St. Olavs sykehus i Trondheim. I en produksjonsbedrift vil fordelene være at alle deler av virksomheten som er orientert mot en kundegruppe eller et markedssegment er samlet i en avdeling. Det betyr bedre og mer helhetlig tilnærming til mottagergruppen. Ulempene kan være at man ikke så lett kan utnytte stordriftsfordeler, det er større risiko for dobbeltarbeid, og at man ikke så enkelt kan legge til rette for spisskompetanse på spesialområder. I et nybygget sykehus som for eksempel St. Olavs sykehus har man samlet avdelinger etter fag eller tjenesteytelse til klinikker som er samlokalisert i separate bygg, med man har fremdeles delt virksomheten i en kardiologisk avdeling og en hjertekirurgisk avdeling. De samarbeider om koordinering av pasientforløp, men drives som separate avdelinger.

Matrisestruktur er en tredje måte å organisere virksomheten på. Man kobler sammen funksjonsbasert og bruker- eller markedsbasert inndeling i et to-dimensjonalt system, der man har et definert (produkt-)forløp gjennom ulike funksjonsbaserte avdelinger. I en produksjonsbedrift kan dette være ulike produktlinjer gjennom avdelinger som utvikling – produksjon – markedsføring – salg. Den enkelte produktlinje koordineres av en leder for

dette produktet, mens det er ulike avdelingsledere for de ulike avdelinger «produktet» går gjennom i fremstilling og salgsprosess. På denne måten kan man bevare fordelene med spesialisering i avdelingene, og markedsorienteringen for den enkelte produktlinje. (Jacobsen & Thorsvik 2015)

I sykehus-verdenen vil de fleste pasienter ha behov for tjenester fra flere avdelinger, og et pasientforløp har flere «stasjoner» slik som i produksjonsbedriften: utredning – diagnostikk – behandling – kontroll/oppfølging. For pasientkategorier (f.eks. angina-pasienter) kan forløpet være ganske standardisert, og man trekker veksler på fordelene ved et matriseliknende forløp. I kreftbehandling har man gått et skritt lenger og definert såkalte pakkeforløp for flere krefttyper. Disse innebærer ikke bare et definert forløp, men også visse ventetidsfrister, slik at utredningen skal skje med en viss progresjon.

3.4.2 Tilpasninger – “negotiated order”

I daglig klinisk arbeid gjøres det hele tiden tilpasninger i arbeidsfordeling mellom leger og sykepleiere. Lover, regler og prosedyrer kan ikke dekke alle situasjoner i den kliniske hverdag. Det er heller ikke slik at det er noen helt tydelig grense mellom hva som er et medisinsk faglig spørsmål og et ikke-medisinsk anliggende. Det skjer derfor en informasjonsutveksling og diskusjon mellom leger og sykepleiere rundt pasienter og kliniske situasjoner.

En slik tilpasning – eller «negotiated order» i samarbeidet mellom sykepleiere og leger har i litteratur blitt beskrevet som en nedbygging av tradisjonell hierarkisk struktur, der sykepleierne inntar en mer sideordnet funksjon sammen med legene, og spiller en mer aktiv rolle som premissleverandør i pasientbehandlingen. (Svensson, 1996) Den endringen som ble beskrevet var ikke noe isolert fenomen, men en del av en samfunnsutvikling med økt likestilling, flatere hierarkisering og endring på arbeidsplasser. Denne utviklingen har fortsatt i årene studien ble publisert.

Sykepleieren vil ofte ha mer tid hos pasienten enn legen, og vil kunne bidra med informasjon og observasjoner som har betydning for legens behandling. Sykepleieren får også annen informasjon fra pasient og pårørende, og vil kunne supplere den informasjonen legen får. Den mer sideordnete funksjonsdelingen innfører også et element av kontrollfunksjon, ved at sykepleieren følger opp eller kontrollerer det arbeidet som gjøres

av leger, og omvendt. Denne tilpasningen gir en ekstra, ikke-formalisert dimensjon til interaksjonen mellom sykepleiere og leger i deres oppgaveløsning sammen.

Det er behov for kompenserende ordninger i det kliniske arbeidet. Den formelle strukturen hverken kan eller bør regulere alle nyanser i samarbeidet mellom yrkesgruppene. Ofte er slike ordninger ikke-formalisert: det er muntlig kommunikasjon, uformell informasjonsoverføring og ikke-skrevne rutiner – «slik pleier vi å gjøre det her». Dette letter arbeidet mellom sykepleiere og leger, både innad i og mellom yrkesgruppene. En tilpasning av grensene og arbeidsfordelingen mellom leger og sykepleiere bidrar til økt fleksibilitet i oppgaveløsningen. (Olsvold, 2010)

3.4.3 utfordringer ved endring

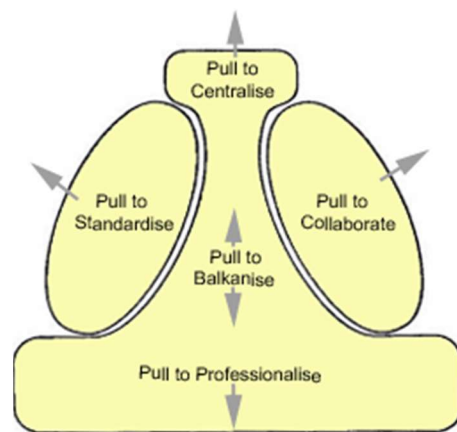
Oslo Universitetssykehus er en stor virksomhet med en kompleks organisasjonsstruktur og mange ansatte. Det skaper naturligvis flere spenningsområder, og en del av disse kan nok tilskrives reorganisering i forbindelse med sammenslåingen av flere sykehus i Oslo 2009. Avdelingene på sykehuset fikk med reorganiseringen ny struktur og nye ledere. Dette har bidratt til spenninger, og til dels også konflikter, i organisasjonen.

Endringer i organisasjoner kan være mer eller mindre radikale. Mindre endringer, som har forbedring eller utvikling som siktemål, vil typisk ta for seg prosesser eller rutiner innenfor eksisterende organisasjonsstruktur, eventuelt med endringer i organisering av mindre karakter. Mer inngrepene endring, som sykehussammenslåing, krever betydelig grad av enighet og medvirkning blant ledelse og ansatte for at dette skal kunne skje uten for stor friksjon og eventuelle konflikter.

Den amerikanske professoren i ledelse, John Kotter, har studert utfordringer ved endringsledelse. Han har summert opp grunner til at endringer kan mislykkes i følgende åtte punkter: *1. Det er ikke skapt tilstrekkelig forståelse for endring i virksomheten, 2. Det er ikke skapt en allianse med gjennomslagskraft som kan stå bak endringene, 3. Visjonen er ikke klart nok formulert, 4. Visjonen er ikke kommunisert godt nok, 5. Man har ikke klart å fjerne hindringer, 6. Det er manglende planlegging og vilje til å skape tidlig suksess, 7. Man tar seieren på forskudd, 8. Endringene er ikke basert i organisasjonskulturen.* (Kotter 1995)

En stor klinikk, som Akuttklinikken, byr i seg selv på utfordringer i koordinering og oppgaveløsning. Når man sprer denne på flere lokalisasjoner kreves et større administrasjonsapparat og flere ledd med mellomledere. Dette kan føre til at toppledelsen forsøker å sentralisere makt for å beholde utøvende myndighet, såkalt «pull to centralise» (sic), mens mellomledernivåene kjemper for makt i sine ledd som kan gi en fragmentering, såkalt «pull to balkanise» (sic). (Figur 4)

En måte å bevare kontroll på oppgavene som skal utøves av den operative kjernen er å standardisere oppgavene i større grad ved innføring av rutiner og prosedyrebok (teknostrukturens «pull to standardise»), mens den operative kjerne ønsker å beholde sin autonomi og identitet, og kjemper for å holde på denne («pull to professionalise»).



Figur 3. Spenninger i organisasjonen etter Mintzbergs modell.

En så vidt stor og kompleks organisasjon som OUS - med klinikker og avdelinger som spenner over flere lokalisasjoner – kan altså støte på flere utfordringer. De kan grunne i avdelingsstørrelser, store kontrollspenn, mangel på stedlig ledelse og uklare ansvarlinjer. Konflikter mellom ulike avdelinger som mer eller mindre frivillig er «nye» partnere vil også kunne grunne i kulturforskjeller og identitetsforskjeller, noe som bidrar med ytterligere utfordringer når det gjelder å håndtere problemer i det daglige. Det er ulike årsaker til at man kan møte motstand mot endring i en organisasjon. Manglende tro på at det er nødvendig, eller manglende tro på den som foreslår endringer, men også manglende tro på at det lar seg gjennomføre, frykt for at det skal mislykkes, at det skal koste for mye, frykt for tap av makt, og for andres innblanding kan legge hindringer i veien for en endringsprosess som dette. (Yukl 2015)

De ulike delene av organisasjonen i henhold til Mintzbergs beskrivelse av strukturelle konfigurasjoner (toppleidelse, mellomledelse, operativ kjerne) vil nok ha ulik holdning og motivasjon til å gjennomgå en endring av organisasjonsstrukturen. Det blir derfor behov for å sannsynliggjøre behovet for endring for alle involverte, og ta hensyn til alle Kotters punkter om hvorfor endring mislykkes. (Kotter 1995) Likevel kan det være tungt å få gjennomslag for en slik prosess, fordi enkelte grupper vil oppleve en slik endring som en trussel (tap av autonomi, tap av kontroll som nevnt over). Det må derfor legges ekstra stor vekt på de første av Kotters punkter: man må skape en forståelse av hvorfor endringene er nødvendige, og man må skape en solid allianse som kan være med å drive endringene gjennom.

Man kan altså risikere motstand mot endringer fra flere hold i OUS-prosessen. Det er derfor viktig å kartlegge hvorledes behovet for endring til en enklere organisasjonsstruktur og klarere ansvarslinjer oppfattes både oppover og nedover i organisasjonen, skape en god og sterk allianse, og formulere et budskap eller en visjon som kan få tilslutning og enighet.

3.4.4 Fusjoner og integrering

En vellykket fusjon skaper driftsfordeler og øker verdiskapningen i den fusjonerte virksomheten. Siden fusjoner ikke alltid lykkes med dette målet finnes mye forskning på fusjoner og integrering, og det er etablert ulike tradisjoner innen dette feltet. (Birkinshaw et al., 2000)

I den tidlige forskningen på 60-70-tallet var man opptatt av hvorvidt fusjoner kunne skape eller svekke verdiskapningsevnen, og hvordan man kunne forutsi disse utfallene. Det forekom likevel mange fusjoner der utfallet ikke kunne forklares av disse teoriene, noe som ledet til oppmerksomhet på «myke» aspekter som ansattes reaksjoner og deres motstand mot fusjoner (organisasjonsadferd). Dette kan dreie seg om ansattes stress og engstelse, kriseopplevelse og trussel ved fusjon, og «kulturforskjeller». I forlengelsen av dette har man også sett på hvordan selve fusjons- og integreringsprosessen kan påvirke utfallet (proessorientering).

Integreringsprosesser kan deles inn i to konseptuelt distinkte prosesser: a) integrering av menneskelige ressurser, personell og kultur (human integration), og b) integrering av prosesser, operative evner, og oppgaver (task integration). Disse prosessene i fusjonen er

ikke uavhengige, så det og lykkes med integrering langs den ene den ene dimensjonen kan lette integreringen langs den andre. Dersom de to integreringsprosessene utvikler seg ulikt, enten fordi man satser mer på den ene prosessen eller fordi man ikke lykkes, vil resultatet bli suboptimalt. Begge må lykkes for å få et godt resultat totalt. (Birkinshaw et al., 2000)

I en fusjon eller overtagelse vil prosessen fort kunne lede til konfrontasjon fordi organisasjonsidentiteten oppleves truet. Identitetsorienteringen vil ofte forbli hos i den opprinnelige delen av virksomheten, med mindre den nye organisasjonen er en dreining bort fra noe man ikke identifiserer seg med – «the enemy of my enemies is my friend». En fusjon kan dermed føre til ulike responser blant mellomledere og ansatte i de involverte virksomhetene, både i formildende, lettende retning, og i konfronterende, identitetsbevarende retning. Dette avhenger av hvorvidt identitetsorienteringen forblir «i den gamle» virksomheten, eller er rettet mot den nye. Tiltak fra ledere og mellomledere som letter prosessen for de ansatte kan lede til en smidig integrering og bedre tilfredshet hos de ansatte. En konfronterende, men historisk identitetsbevarende innstilling kan gi økt friksjon i den nye organisasjonen. Imidlertid kan det også gi en utilsiktet, men heldig konsekvens i form av økt kreativitet, og spredning av verdier i stor-virksomheten som er gunstige. Det krever imidlertid at især ledere oppdager dette, og gir plass til å utvikle dette. På sikt kan imidlertid en konfronterende innstilling som bunner i en historisk identitetsorientering være ufruktbar, og gi negative konsekvenser. (Graebner, 2004, Colman, Lunnan, 2011)

I en fusjon er det nødvendig med en viss grad av integrering av ressurser, strukturer, prosesser og organisasjon for å ta ut synergier. Samtidig kan det være viktig å bevare autonomi for å sikre at man ikke ødelegger kunnskapsbaserte ressurser og forstyrrer organisasjonen. I litteraturen har man tradisjonelt behandlet integrasjon-autonomi som to ytterpunkter på en skala. Imidlertid kan autonomi kan deles i struktur og beslutningsmyndighet. Man kan med andre ord ha en tett strukturell integrering, samtidig som man lar enhetene bevare beslutningsmyndighet over sine respektive ressurser og aktiviteter. Dersom det er stor grad av likhet mellom virksomhetsområdene er det større behov for integrering, noe som vil gi mindre grad av autonomi for de gamle enhetene i den nye organisasjonen. Hvis det er større grad av komplementaritet i aktivitet fra virksomheten som fusjoneres vil det kreve større grad av autonomi svarende til de gamle

grensene, slik at de ulike aktivitetene kan opprettholdes uten «forstyrrelser». (Zaheer et al., 2013)

Fusjon i norsk offentlig virksomhet er antagelig ulik fra eksemplene i internasjonal litteratur, som oftest handler om bedrifter i det private næringsliv. Virksomheter i det offentlige har andre mål enn de i næringslivet. Virksomhetene i offentlig sektor skal gi et servicetilbud til fellesskapet, med åpenhet og tilgjengelighet. De har heller ikke profittmaksimering som mål. Både incitament og mål for fusjon er dermed annerledes ved fusjon i offentlig sektor enn for private bedrifter.

4 Metode

Jeg beskriver i dette kapitlet valg av forskningsmetode, og beskriver innsamling og analyse av data. Jeg vil også diskutere styrker og svakheter med valg av metode, og min rolle som forsker i egen organisasjon.

4.1 Studiedesign

Jeg har valgt kvalitativ metode for å få tak i både «idealer» og «realiteter» om tverrstedlig organisering av enheter i OUS etter fusjonen av Oslo-sykehusene. Kvalitativ metode kan brukes for å få tak i individuelle opplevelser, erfaringer, tanker og forventninger, og egner seg for å studere prosesser. For å utforske hvordan organisasjonen oppfattes blant ansatte og ledere har jeg valgt å gjøre en intervjuundersøkelse. (Malterud, 2011)

Dokumentanalyse er også en kvalitativ metode der man kan se på skriftlig kommunikasjon for å få frem intensjoner og planer. Jeg har valgt retrospektiv dokumentgjennomgang for å se hva som er formulert om styring, koordinering og fagutvikling i avdelingene på tvers av lokalisasjoner. På denne måten håper jeg å se om det er samsvar mellom organisasjonens ambisjoner og idealer, og hvordan dette oppfattes «i realiteten».

4.2 Dokumentgjennomgang – e-håndbok

Dokumentgjennomgang er en kvalitativ metode som studerer skriftlig kommunikasjon, og kan brukes til å kartlegge planer og intensjoner, og eventuell utvikling i disse. Ofte utføres denne som innholdsanalyse. (Bowen, 2009) Jeg har i min studie gjort en modifisert dokumentgjennomgang av Akuttklinikken e-håndbok. I lovforskrift, veileder til denne, og i sykehusets egen e-håndbok er det gjort klart at dokumenter som beskriver strategi, planer, ansvarsforhold skal gjøres tilgjengelige i e-håndboken. Jeg ser derfor på dokumentene og dokumentutvalget som et uttrykk for eller en presentasjon av ledelsens formelle strategi for Akuttklinikken. Jeg har gått gjennom e-håndboken for 1) *å søke etter dokumenter som berører styring, ledelse og kvalitetsforbedring*, og 2) *se på innhold og strukturering av kapitler for fagprosedyrer*. Jeg har konsentrert arbeidet rundt kapitlene for anestesileger (Avd for anesthesiologi), for anestesisykepleie, og for intensiv/postoperativ avdeling (Avd for Intensiv/postop adm og fag).

Jeg har også gjort et søk i hele Akuttklinikkens e-håndbok der jeg har brukt stikkord fra «Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (Helsedirektoratet, 2017) for å søke etter dokumenter som har bestemte søkeord i *overskrift* eller *tekst*. Det er i denne veilederen gitt anbefalinger om hvordan virksomheter kan systematisere arbeid for kvalitetsforbedring, og det er gitt anbefalinger for dokumenter bør ha for å gjøre dette arbeidet tilgjengelig. Jeg har valgt søkeord fra listene over «relevante dokumenter», og konsentrert meg om det som har med styring og planlegging å gjøre. Jeg har utelatt fagprosedyrer, da dette temaet er håndtert i egen gjennomgang.

Analyse

Jeg har gått gjennom Akuttklinikkens e-håndbok for de ulike avdelingene. Jeg har sett på kapittelinnndeling, og *dokumenter som har med styring og overordnede, administrative forhold* å gjøre. Ved *gjennomgang av fagprosedyrer* i e-håndboken for Akuttklinikken, har jeg primært sett på struktureringen av kapitler og underkapitler, og hvilke kriterier som ser ut til å ligge til grunn for kapittel-inndelingen. Der det har vært iøynefallende tilfeller, for eksempel mange like retningslinjer, har jeg inkludert enkelte eksempler i resultat og diskusjon

4.3 Intervjuer

Jeg har valgt intervju som metode for datainnsamling fordi kvalitativ forskningsmetode undersøker og beskriver menneskers opplevelse og erfaringer som ikke lar seg måle eller tallfeste. En kvalitativ tilnærming går i dybden og har som formål å få fram sammenheng og helhet, den tar sikte på å formidle forståelse. I denne studien benyttet jeg semistrukturerte intervjuer med relativt liten grad av strukturering. Dette gjør det mer utfordrende å analysere materialet på tvers av de ulike intervjuobjektene, men gjorde det imidlertid mulig å utdype ulike temaer i ulik grad og å ta opp nye temaer som ble brakt opp av informantene i løpet av intervjuet.

Jeg har intervjuet sykepleiere (5), og leger (3), fra intensiv-avdelinger ved to lokalisasjoner, samt ledere (3) i Akuttklinikken. Sykepleier-informantene ble valgt ved hjelp av nærmeste leder ved de ulike seksjonene. Jeg kontaktet leger og ledere direkte, via telefon eller e-mail. Intervjuene ble gjort på den enkeltes arbeidsplass. Intervjuene varte i 40-70 minutter.

Analyse

Intervjuene ble transkribert fortløpende, jeg transkriberte intervjuene selv. Transkriptene ble lest og viktige utsagn Jeg analyserte intervjuene «på tvers», og sammenfattet informasjon fra flere informanter. Elementer som ble gjentatt av flere informanter, informasjon om vesentlige spørsmål ble gruppert etter tematikk. (Malterud, 2002) Jeg så etter både bekreftende og avvikende utsagn før jeg kondenserte teksten og de meningsbærende utsagnene. Intervju-kapitlet er skrevet fra dette og illustrert med sitater.

4.4 Tidsperiode

Studien er utført i tidsrommet juni 2016 til april 2017. Intervjuene ble gjort fra november 2016 til april 2017. Sykepleiere i klinikken ble intervjuet først, deretter leger. Denne spredningen i tid gjorde at man kunne gjøre foreløpig analyse, før intervju av leger og sykepleiere i lederfunksjoner.

Dokumentgjennomgang ble gjort preliminært i 2016, men endelig gjennomgang ble gjort i mars 2017. Søk på «nøkkelord» ble gjort 13.-14, mars 2017. Dersom det har blitt gjort endring av dokumenter i perioden juni 2016 – mars 2017 er det siste versjon som er tatt med i analysen.

4.5 Metodologiske refleksjoner

Forsker

Forskeren vil påvirke studien på flere måter, det er mer et spørsmål om hvordan. Som sagt i innledningen utløste OUS-prosessen en betydelig debatt, både internt og i samfunnsdebatten. Mitt ønske har vært å gå systematisk til verks, og studere organisasjonen, ledelsens intensjoner og de ansattes oppfatninger i denne studien.

Imidlertid kan min egen oppfatning om OUS-prosessen kan ha farget tilnærmingen, utvalg av intervju-objekter, tolkning av resultatene, og seleksjon av bakgrunnsstoff. (Malterud, 2011) For å redusere denne «bias» har jeg hatt disse momentene i bakhodet underveis i alle trinn av prosessen. Jeg har også diskutert disse aspektene med veileder underveis i arbeidet med studien.

Blant egne

Jeg har også en rolle som overlege og kliniker i Akuttklinikken. Det kan være vanskelig både for forskeren og intervju-objektet å overse dette. (Malterud, 2011) Det kan være en fordel at forskeren oppfattes som «en av oss», men det kan også legge bånd på situasjonen. Jeg har i intervju-situasjonen gjort min rolle som forsker klar for intervju-objektene, og har prøvd å tilstrebe en så åpen tilnærming som mulig. I tekst-analysen har jeg valgt sitater som er illustrerende, men vurdert om de kunne være «utleverende», eller kunne kompromittere anonymitet.

Intervju

Jeg har ikke gjort studie med intervju-undersøkelse tidligere og gjennomførte derfor to pilot-intervjuer for å bli fortrolig med intervju-situasjonen, og for å tilpasse punktene i intervju-guiden. Jeg begynte intervjuene med informanter jeg ikke kjente, og på en lokalisasjon jeg ikke har arbeidet, for å bli vant med intervju-situasjonen, og tilpasse meg rollen som forsker, før jeg intervjuet informanter jeg arbeidet nærmere i klinikken. I intervju-situasjonen har jeg prøvd å stille åpne spørsmål, og få informantene til å prate fritt. Det har gitt mulighet for å ta tak i særskilte eksempler eller oppfatninger.

Dokumentgjennomgang

Ved dokumentgjennomgangen er e-håndboken oppfattet av meg som en potensielt viktig kanal for ledelsen for å klargjøre ambisjoner, mål, strategi, og ansvarsforhold. Det kan naturligvis være andre kanaler som brukes til denne typen kommunikasjon: møter, instruksjoner utenom e-håndboken, e-post og bruk av intranett-sidene til klinikken. Jeg har ikke gjort systematiske søk i disse mulige kildene.

4.6 Etikk

Det ble søkt og mottatt godkjenning for intervju-delen av studien til Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus (vedlegg). Alle intervjuobjekter er anonymisert, og deres utsagn er modifisert slik at sitater i størst mulig grad er steds- og avdelingsnøytrale.

Lydfiler og transkriptfiler er håndtert i henhold til godkjenningen.

5 Resultater

5.1 Dokumentgjennomgang

E-håndboken er tilgjengelig på virksomhetens intranettportal. Den er organisert på kapitler som hovedsakelig følger klinikkenes inndeling. Det finnes også et kapittel for OUS Nivå 1 som inneholder prosedyrer som beskriver organisering og administrative rutiner for styring og ledelse av hele virksomheten. Ved søk 14. mars 2017 var det 2085 dokumenter under Akuttklinikkens kapittel i e-håndboken.

E-håndbokens avsnitt for Akuttklinikken er hovedsakelig inndelt med kapitler organisert etter Akuttklinikkens avdelinger. Hvert enkelt avdelingskapittel er igjen inndelt litt forskjellig, noen etter lokalisasjon og noen etter tema. Jeg vil vise to eksempler på dette.

Avdeling for anestesi (fag): De dokumentene som berører det faglige er håndtert i det profesjonsnøytrale kapitlet *Anestesi/fag*. Kapitlet for *Anestesi/fag* har delt inn prosedyrene i 34 underkapitler etter kirurgiske prosedyrer eller annen tematikk; eksempelvis nevrokirurgi, dagkirurgi, hjerte-thoraxkirurgi, osv. De enkelte prosedyrene har et suffiks (Aker, RH, US, RAD) for å indikere hvilken lokalisasjon de gjelder for. Dette gjør at det finnes flere prosedyrer som omhandler like (eller liknende) situasjoner side om side. Eksempelvis finnes det seks prosedyrer om anestesi ved keisersnitt, og tre prosedyrer om håndtering av vanskelig luftvei.

Avdeling for intensiv/postoperativ har to hovedkapitler i e-håndbokens seksjon for Akuttklinikken⁸. Begge disse kapitlene er inndelt i underkapitler etter geografisk lokalisering eller seksjon. Det vil si at intensivseksjoner som befinner seg på ulike lokalisasjoner har separate underkapitler, men også at intensivseksjoner på samme lokalisasjon, f.eks. generell intensiv og nevrointensiv på Ullevål, har separate underkapitler.

Det er altså ikke noen enhetlig utforming i Akuttklinikkens e-håndbok. Kapitlene er organisert på ulike måter for forskjellige avdelinger; dels etter faglig tema, og dels etter geografisk lokalisering. Dette kan være nødvendig, siden oppgavene og organiseringen av

⁸ henholdsvis «Avd. for Intensiv/postop (adm)», se pkt 5.1.1 og «Avd. for Intensiv/postop (fag)» se pkt 5.1.2

disse er ulike på forskjellige steder. Det er imidlertid ikke noe bestemt mønster i dokumentorganiseringen, og det er ingen styrende dokumenter som forklarer organisasjonen eller sannsynliggjør ulik oppbygging av kapitler i e-håndboken. Den er derfor vanskelig å søke i dersom man ikke vet hva man skal finne.

5.1.1 Dokumenter om organisering

Ved gjennomgang av e-håndboken finnes dokumenter som omhandler styring og organisering under mange overskrifter, og på mange nivåer. En del av dokumentene er katalogisert på nivå over Akuttklinikken, men det finnes dokumenter for dette også i Akuttklinikken egen håndbok.

I kapittelet *Avd for anesthesiologi (adm)* (Avdeling for anestesileger, anm) finnes 59 dokumenter, der 19 omhandler beredskapsplaner for ulike forhold, 13 omhandler funksjonsbeskrivelser ved én lokalisasjon. Der beskrives funksjoner for seksjonsansvarlige og vakthavende leger. De øvrige dokumentene omhandler administrative forhold, intensivkoordinering eller definerte pasientrelaterte situasjoner. Det er ingen dokumenter som på klinikknivå omhandler organisering, ledelse, lederoppgaver, kvalitetssystemer, eller forskning og fagutvikling. Blant dokumentene i kapittelet *Avd for anesthesiologi (adm)* finnes prosedyre for «Stedlig koordinator i Akuttklinikken». Der står at:

Stedlig koordinator er lege som utnevnes av klinikkleder og rollen legges på dagtid til legeleder på nivå 3 og assisterende klinikkleder. (...) Stedlig koordinator har ansvarsoppgave pr lokalisasjon som er knyttet til å håndtere driften "dagen i dag". (...) Saker eller endringer som er av type langvarig karakter, skal stedlig koordinator ikke befatte seg med. De sakene skal håndteres av ansvarlig linjeleder.

Dette er en funksjon som håndterer driften på intensiv og operasjonsstuene i det daglige. Dersom det er endringer av strukturell art, eller endringer som skal ha noe varighet så må forholdene løftes opp i lederhierarkiet. I dokumentet henvises til grunnlagsdokumentet «Organisering av Akuttklinikken». Ved søk i e-håndboken kan dette dokumentet ikke lokaliseres.

I kapittelet for *Avd. for anestesisykepleie (Adm)* finnes 70 dokumenter. Mange av disse omhandler administrative forhold (medikamentrutiner, administrative rutiner, MTU-rutiner osv), og mange omhandler beredskapsplaner. Et underkapittel om «personal» inneholder

stillingsbeskrivelser, funksjonsbeskrivelser og vikaropplæring. De fleste prosedyrene er stedsspesifikke.

I kapitlet for *Avd. for Intensiv/postop (Adm)* er dokumentene inndelt i kapitler etter seksjon og lokalisering. Der finnes prosedyrer med litt ulikt innhold, når man ser på de ulike seksjonene. Mange av prosedyrene handler om avfallshåndtering, rengjøring og andre forhold som ikke berører pasientbehandling. En del av prosedyrene handler om rent administrative forhold; sertifisering av MTU, opplæring i MTU, elektronisk pasientdokumentasjon, brannevakuumering etc.

Søk på “nøkkelord”

Ved søk på nøkkelord fra «Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (Helsedirektoratet, 2017) fikk jeg følgende resultater når jeg søkte i Akuttklinikkens e-håndbok:

Søkeord	Antall treff	Tema	For hvem	Overordnet nivå, styringsdok.
Organisasjonskart	0			-
Etikk/etiske retningslinjer	4	Pasientbehandling, opplæring	Spl,	ingen
Risikoanalyse	0			-
Opplæring	137	Begynner og erfarne	Alle avdelinger	flere
Målsetning	7	Stillingsbeskrivelse Pasientprosedyrer	Leder (spl), student-uv	ingen
Stillingsbeskrivelse	15	Beskrivelse (stilling)	Spl, spl-ledere (÷ for legeledere)	Ingen
Strategi	4	Beredskap, opplæring MTU	Spl, leger	Ingen om virksomhet
Handlingsplan	11	Beredskap, MTU, akutt situasjoner		ingen
Kvalitetsindikator	1	Stillingsbeskrivelse	Leder op.spl	ingen
Kvalitetsforbedring	2	Stillingsbeskr., prosedyre	Spl.	ingen
Avvik	200	Til prosedyrer, utstyr	alle	Ett (Nivå 1-dok)

Det er flere dokumenter på nivå 1 som også angår Akuttklinikken, men de er ikke tatt med her da det ikke er noen styringsdokumenter fra Akuttklinikken e-håndbok som henviser til disse. Ved søk i dokumentsamlingen finnes mange dokumenter som berører opplæring og avvik. Dokumentene om handlingsplaner har med katastrofe-håndtering å gjøre.

Det finnes svært få dokumenter som berører overordnede tema som organisering, kvalitetsforbedring, strategi, kvalitetsindikatorer etc. Især for leger er det få dokumenter av overordnet eller administrativ karakter. På en lokalisasjon finnes beskrivelser av funksjoner for vakthavende. Det finnes ingen stillingsbeskrivelser for legeledere.

5.1.2 Fagprosedyrer

I kapitlet for *Intensiv, fag* finnes 360 prosedyrer. De er sortert i underkapitler basert på lokalisering og seksjon. For eksempel finnes det på Rikshospitalet 4 intensivseksjoner (INTI 1, 4, 6 og 9), og hver av disse seksjonene har sitt underkapittel i e-håndboken. Prosedyrene er til dels seksjonsspesifikke, dvs at de kun gjelder for den seksjonen de er katalogisert under. Andre prosedyrer gjelder for alle intensivseksjoner på en lokalisasjon. Enkelte prosedyrer er stedsovergrepene, og er katalogisert som nivå 1 prosedyrer («Sedasjon av respiratorpasienter»). Det er ikke inndeling på tema, og prosedyrer som vedgår sosiale forhold rundt pasienten, står alfabetisk ordnet sammen med prosedyrer for avansert behandling av kritisk syke pasienter. For eksempel står prosedyrene for «Dagbok for intensivpasienter» organisert i samme underkapittel som prosedyre for «Ansvarslinjer ved ECMO-behandling».

5.1.3 Oppsummering

Det er en lite gjennomgående struktur i e-håndboken. Avdelinger organiserer kapitlene på ulike måter. Det er lite i e-håndboken som gir inntrykk av enhetlige avdelinger, og man får inntrykk at den «gamle strukturen» er rådende. Dette kan være hensiktsmessig, da enhetene på ulike lokalisasjoner har ulike oppgaver, og har organisert avdelingene som skal løse disse på litt forskjellige måter.

Ledelse og kvalitetsforbedring er lite synlig i e-håndboken. Det er få dokumenter som beskriver hvordan man skal håndtere en stedsovergrepene organisering, eller beskriver visjoner, mål, strategi eller ansvar.

5.2 Intervjuer

5.2.1 En enhet – flere enheter

Ett av de sentrale temaene i denne studien er om ansatte og ledere i Akuttklinikken opplever at den nye organisasjonsstrukturen understøtter eller fasiliterer de arbeidsoppgavene man skal løse.

Når flere faggrupper eller yrkesgrupper arbeider sammen på ett sted, mens man samtidig er organisert innen faggruppe på tvers av flere lokalisasjoner kan spørsmålet oppfattes «både på kryss og tvers», og jeg vil presentere funnene slik. Jeg vil også se på oppfatninger om lederes rolle i og fasilitere samarbeid og oppgaveløsning i en stedsovergripende organisasjon, og lederes oppfatninger om denne.

På kryss... Opplevelse av samarbeid på tvers av avdelinger.

Samarbeidet mellom leger og sykepleiere på den enkelte lokalisasjon fungerer bra i hverdagen ifølge informantene, til tross for at leger og sykepleiere ikke er organisert i samme enhet, eller administrative avdeling. I det kliniske arbeidet utveksler leger og sykepleiere informasjon om pasientene, og kommer frem til plan for videre diagnostikk og behandling. Selv om leger og sykepleiere er organisert i forskjellige avdelinger finner de en måte og uformell måte å løse de kliniske oppgavene for pasientene, noe man kan kalle den «kliniske kontrakten».

Sykepleierne er viktige bidragsytere med informasjon og til dels også forslag om behandling, selv om det er legene som har ansvaret for den medisinske plan og behandling. Denne samhandlingen munner ut i en formulert plan for videre behandling. Det er likevel et savn etter en tettere samhandling og fellesskapsfølelse, og noen refererer til en tidligere tilstand som noe bedre.

«Før hadde vi felles møter, dialogmøter hvor alle – leger og sykepleiere – møttes. Det var jo ikke hver uke, men at man hadde et forum hvor man hadde felles ... liksom som avspeilte det felles samarbeidet» (sykepleier)

Visitten er den daglige møteplassen der informasjon fra undersøkelser og bedside erfaringer utveksles. Plan for videre diagnostikk og behandling legges for dagen og kommende dager. Denne kliniske møteplassen oppleves av sykepleierne som en arena der

deres rolle respekteres. Den informasjonen de bringer, og de vurderinger de gjør blir tatt med i de kliniske overlegningene.

«Altså, jeg opplever at jeg kommuniserer bra med legene, og de har respekt for meg og mine vurderinger.» (sykepleier)

Sykepleier-informantene opplever det likevel ikke som noen symmetrisk arena. Noen opplever å bli oversett eller å måtte vente på til dels uvesentlig informasjonsutveksling mellom leger.

«Av og til blir vi aldri ferdige med visitten. Det tar lang tid, og noen sitter og prater om jakt og fiske og all verdens uvesentligheter. (...) Det er dårlig kontinuitet (på legesiden) og det tar lang tid. Men noen er flinke, men det er absolutt forbedringspotensialer.» (sykepleier)

Samarbeidet mellom leger og sykepleiere oppleves likevel å fungere godt, men det er i stor grad personavhengig; noen leger er mer imøtekommende og etterspør informasjon og innspill fra sykepleierne enn andre. Og noen sykepleiere er mer «frempå» og kommer med spørsmål og forslag om behandlingen. Når dette fungerer godt er visitten effektiv og produktiv.

«Og så er det noen leger som er veldig trygge på det å jobbe sammen. De spør om innspill, de tenker høyt sammen, mens andre kommer inn og gir instruksjoner. Det er veldig personavhengig» (sykepleier)

Dette krever en viss fortrolighet, og sykepleiere ved de enhetene som har uformelle møteplasser (f.eks. fast fellelunsj en dag i uken) opplever dette som viktig for å bygge ned barrierer faggruppene imellom. I materialet vektlegger deltakerne personlige relasjoner tyngre enn organisasjonsstruktur, som årsak til hva som fungerer godt. En tolkning av dette er at gode relasjoner kommer på tross av, ikke på grunn av, den formelle organisasjonen.

Selv om samarbeidet fungerer tilfredsstillende, er det i liten grad opplevelse av felles identitet mellom leger og sykepleiere på samme enheter. Selv om man jobber tett sammen er det noe av samhörigheten som har blitt borte. Dette beskrives som sammenfallende med OUS-fusjonen.

«Vi jobber jo like tett med dem på en måte men det jeg føler nå er at vi ikke har en felles plattform. Det som jeg synes har blitt borte gjennom årene er at man har en

felles ideologi, på en måte som «dette er vår intensivavdeling, den vil vi skal fungere sånn, det er det vi jobber mot». (sykepleier)

Sykepleierne opplever altså mindre grad av fellesskap med legene enn tidligere. Dette forklares av noen som mer avhengig av økt distanse til ledelse, og at det ikke er noen lokal felles ledelse for leger og sykepleiere på den enkelte lokalisasjon.

«For egentlig samarbeider vi jo veldig bra, men jeg savner likevel at vi har en felles... Ja, det er kanskje det jeg savner: at vi har en felles leder for leger og sykepleiere.» (sykepleier)

Sykepleiere og leger oppfatter den konstellasjonen de løser oppgavene i som den operasjonelle enheten, og ønsker at denne hadde vært tettere, ikke bare i uformell funksjon men også i formell organisering.

«I forhold til sykepleierne tror jeg det hadde vært en fordel at man var organisert sammen på det stedet man arbeider – altså de yrkesgruppene som man arbeider tett sammen med – for eksempel på intensiv men også på anestesi.» (lege)

Organiseringen av leger og sykepleiere i ulike avdelinger gjør ikke at sykepleierinformantene opplever noe uklarhet om hva som er «legeoppgaver» og hva som er «sykepleieroppgaver». Organiseringen av stedsovergrepene sykepleieravdelinger uten formalisert medisinsk faglig ansvarlig leder eller rådgiver oppfattes ikke av ledere å være i konflikt med reguleringer (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9). En av informantene påpeker at det nå, med lege- og sykepleierseksjoner på hver lokalisasjon minner om slik det var organisert tidligere, med to-delt ledelse for hhv lege- og sykepleiertjenesten.

«I realiteten er det som to-delt ledelse på N3 og i hvert fall N4-nivå. Men det er forskjellige yrkesgrupper, og jeg vet ikke om én leder skal være leder for alle yrkesgrupper. I hvert fall ikke så nær «det utøvende leddet».

Det er ikke organisert fagutveksling mellom leger og sykepleiere, og informantene kjenner ikke til noen overordnet strategi eller mål for enhetene. De sykepleierne som har vært lengre i faget kan huske at det var mer felles undervisning og fagmøter tidligere. For dem oppleves bortfall av disse arenaene som en forverring, og at det er økt distanse til legene i forhold til tidligere. Det er usikkert om dette skyldes OUS-fusjonen eller andre organisatoriske grep i de senere år.

«Jeg vet ikke om det henger sammen med sammenslåingen, men det blir liksom ikke slik at dette er «vår avdeling» sammen (med legene), vi har ikke den samme plattformen lenger.» (sykepleier)

«Det finnes vel noen strategimål som er så vage og luftige at jeg aldri har forstått hva det skal bety oversatt til konkrete tiltak ... når det kommer til dette her som handler om erfarings- og kunnskapsutveksling kan jeg ikke si at det er formulert noen som helst strategi for dette.» (lege)

En av informantene kommenterer at fagutveksling på tvers av faggrupper har vært mangelvare over tid, og dette ikke nødvendigvis har noe med organisasjonsstrukturen å gjøre. Det kan heller grunne i manglende ambisjoner eller vilje til samkjøring på fagområder der dette kunne vært naturlig.

«Jeg vet ikke om (organisasjonsstrukturen) er noen viktig faktor i det hele tatt. Jeg begynte å jobbe her før den nye strukturen, og allerede den gang var det sånn at sykepleierne i stor grad underviste seg selv. Fagsykepleierne spør på ad hoc-basis leger som de vet er flinke, eller som de liker, om undervisning. Men, det foreligger ingen plan fra medisinsk side om hva som skal være krav om at de ulike yrkesgruppene har noe kunnskap om. (...) Så strukturen er underordnet i forhold til ledelsens ambisjoner når det gjelder fagutvikling og –utveksling.» (lege)

I oppsummering kan man slutte at samarbeidet mellom leger og sykepleiere oppleves som bra, med enkelte svakheter. Den personlige relasjonen er viktig for godt samarbeid, men den er ikke avhengig av organisasjonsstrukturen. Det er dette som er grunnlaget for den kliniske kontrakten. Målet med den kliniske kontrakten er å gi pasienten forsvarlig behandling. For å få til dette tar de ansatte i bruk personlige relasjoner for å få gjennomført den diagnostikk og behandling som kreves. En personlig relasjon er ikke en forutsetning, men det letter samarbeidet og fremmer forståelse, og gjør oppgaveløsningen fleksibel. Slike relasjoner tar tid å bygge opp, det kreves altså kontinuitet i relasjonene på arbeidsplassen over tid. Slik kontinuitet mellom kolleger kan den formelle organisasjon hemme eller fremme. I materialet forteller deltakerne som er ansatte om frustrasjon knyttet til hvordan den formelle organisasjonen ikke fremmer oppgaveløsningen.

Det oppleves en større avstand til lederne, dels fordi felles ledelse for leger og sykepleiere på den enkelte lokalisasjon er borte. Denne fragmenteringen mener flere av informantene

skyldes OUS-fusjonen. Det foreligger ingen koordinert fagutvikling eller fagutveksling mellom faggruppene, men det tilskrives ikke organisasjonsstrukturen.

... og på tvers. Opplevelsen av samarbeid mellom lokalisasjoner.

Hverken leger eller sykepleiere opplever samhandling på tvers av lokalisasjonene i særlig grad. Informanter fra begge faggrupper er likevel klar over at det skjer en viss aktivitet på tvers. Blant annet samarbeider fagsykepleiere noe på tvers om undervisning og retningslinjer, og det har vært noen felles fagmøter for legene. Dette oppleves av noen som lite koordinert, og egentlig lite relevant for utøvelsen av faget i det daglige, eller for utvikling av faget ved forente krefter. Andre hevder at det tross alt har vært avholdt felles fagseminar, og at tiden kanskje ikke har vært moden for tettere samarbeid tidligere.

«Nei, jeg kan ikke si at vi har hatt noen fordel av (å organiseres i stedsovergripende avdeling). Avstandene i kultur har vært større enn avstandene i meter. Vi hadde jo noen forsøk på å lage felles fagmiljøer blant annet på retningslinjer. Ideen var kanskje ikke så dum men føringene fra ledelsen høyere opp var jo sånn at man ikke kunne være med på å legge premisser for hva som skulle være målet eller hensikten med den type arbeid. Og det involverte det altfor mange yrkesgrupper som egentlig utfra sitt antall hadde litt for stor plass i en slik gruppe. Det var for dårlig mandat.» (lege)

«vi har jo tross alt hatt noen fagseminar der vi har møtt hverandre. Selv om det ikke er så mye må man jo gi det litt tid» (lege)

De forsøkene for felles fagutvikling som har funnet sted, har ikke vært noen suksess, især slik det blir uttrykt av legene. Forsøkene på å utarbeide felles faglige retningslinjer i intensivfaget stoppet opp etter en tid på grunn av utfordringer med å forene miljøene fra ulike lokalisasjoner, og problemer med å få for store arbeidsgrupper til å fungere. Det påpekes forskjeller i kultur, noe som kan oppfattes som ulik behandlerkultur eller faglige forskjeller, men også forskjeller i organisering av praksis. Uansett førte dette til problemer, og når man da ikke hadde frihet til å redefinere målet (f.eks. å utarbeide en mer overordnet retningslinje, i stedet for detaljert prosedyre) strandet arbeidet. Ledelsen får kritikk for ikke å involvere fagpersonell i forarbeidet, slik at prosessen kom skjevt ut. Dessuten ble ikke arbeidet med faglig integrering og felles fagutvikling prioritert i den tidlige fasen av OUS-fusjonen, dette måtte vike for integrering på administrativt plan:

«Det var jo mye fokus på tjenesteplaner, avtaleverk, sommerplan, harmonisering av ting. (...) Det tar mye tid med tillitsvalgte, forhandlinger, budsjett. Det ble lite tid til det faglige, og det manglet faglige ambisjoner – det ble fokus på økonomi og administrasjon.» (lege)

Det har også vært arrangert felles fagseminar for legene, men dette oppleves ikke som noe egentlig bidrag for felles fagutvikling på grunn av for tilfeldig eller svak fagprofil. Det har heller fungert som hyggelige sammenkomster, med dårlig deltagelse.

«det har vært noen felles fagarrangement som ledelsen har kostet på seg. Så har noen forskere eller klinikere bidratt med innlegg eller diskusjoner. Men noen organisert kunnskapsutveksling mellom overleger på de forskjellige stedene er ukjent for meg.» (lege)

Dersom man skal kunne utvikle en plattform for fagutvikling i miljøer som er lokalisert på ulike steder, er fagpersonene nødt til å kjenne mer til hverandres arbeidssituasjon og faglige utfordringer. Det er vanskelig å få til dersom man ikke sees i arbeidshverdagen. Det å bli litt bedre kjent ved at man treffes sporadisk på fagseminar eller i sosiale tilstelninger er utilstrekkelig hvis man vil bygge et faglig fellesskap.

«Jeg tror at det eneste som bringer folk nærmere sammen er jo at de omgås hverandre i det daglige arbeidet, altså at man skaper en kultur. Vi har jo hatt noen felles arrangementer, bli-kjent-fest og felles julebord, men det som fungerer i forhold til å få folk til å oppleve at de er arbeidskolleger er jo at de faktisk ser hverandre i arbeidssituasjonen. Ikke at man møtes av og til på fest.» (lege)

Sykepleierne har heller ingen opplevd fordel av felles fagutviklingsarbeid. Enten er det lite kjent, eller så oppleves det som en prosess som skjer løftet bort fra avdelingen og bidrar mer til å distansere prosessen enn å involvere dem som står «bedside» og utøver faget.

«Jeg vet ikke om noen felles fagutvikling, men fagutviklingssykepleiere og noen leger sitter og jobber med noe, men ...» (sykepleier)

«Fagsykepleierne har jo blitt mer borte eller mindre synlige etter sammenslåingen. Det ble særlig sånn etter at vi innførte DIPS (elektronisk pasientinformasjonssystem, anm.), det har tatt mye tid.» (sykepleier)

Det har vært enkelte tilfeller av utveksling av fagpersoner mellom avdelinger på ulike lokalisasjoner. Dette oppfattes ikke som betinget av den stedsovergrepene organiseringen. Slik veksling mellom arbeidssteder har funnet sted tidligere også.

«det kan hende det er noen kolleger som har byttet arbeidssted til andre lokalisasjoner, men om det er lettere enn det var tidligere, eller om det er på grunn av OUS, det vet jeg ikke.» (lege)

Lederne har nok en annen opplevelse av dette, og informantene hevder at det har vært nyttig for dem å kunne overføre erfaringer, eksempelvis for gjennomføring av opplæring og trening, mellom lokalisasjoner.

«Ja. Og så skuler vi en del til hverandre når det gjelder systemer. For eksempel hvordan man løser det med å skulle sende mange ansatte på simulering. Når de har gjort det på ett sted kan vi se på hvordan de praktisk har løst det.» (leder)

«Effekten (av fusjonen) har nok vært større på ledernivå enn på ansattnivå, for lederne har blitt mer sammensveiset enn det ansattgrupper har blitt.» (leder)

Likevel opplever også ledere at den nye organisasjonen er utilstrekkelig, og at det byr på utfordringer å lede stedsovergrepene avdelinger.

«Den gamle organiseringen understøttet bedre det ansvaret jeg utøvet gjennom den organiseringen jeg hadde, så den nye organiseringen er utfordrende.» (leder)

Enkelte av grepene som ble gjort tidlig oppleves som hastverksarbeid uten god nok forhåndsanalyse av mulige konsekvenser. Den stedsovergrepene organiseringen helt ned på seksjonsnivå, der man hadde leger organisert i fagvise grupper på tvers av lokalisasjonene er et eksempel. Omlegging av pasientsløyfer for å spare akutt beredskap på en lokalisasjon er et annet:

«hele tanken om at man skulle spare akuttfunksjoner der – det klarte man ikke. Det ble ad hoc hver gang man hadde en tung pasient som måtte flyttes. Det var det ikke noen tydelig struktur som sa at hvor pasienten skulle, og det ble en uverdigg kasteball-situasjon. Det ble diskusjon mellom leger i stedet for pasientbehandling. (...) Jeg så aldri noen risiko-analyse på den avgjørelsen der.» (lege)

Prosesser som skissert i disse eksemplene svekket fagfolkene tillit til fusjonsprosessen og til lederne.

Det er altså lite som tyder på at den stedovergripende organiseringen oppleves av informantene å ha betydning for felles identitet eller fagutvikling. Man klarer ikke i særlig grad å overføre kompetanse og erfaringer over de gamle sykehus-grensene. Ledere har hatt noe større utbytte av den nye strukturen selv om den byr på sine utfordringer, og den har i liten grad ført til fasilitering av kunnskaps- og erfaringsoverføring for de ansatte. Fusjonen har med andre ord hatt større administrativ betydning for ledelse, enn betydning for faglig utvikling og utveksling mellom de gamle sykehusene, slik informantene oppfatter det.

Opplevelsen av vertikalt samhold i en stor organisasjon – fra ansattperspektiv.

Jeg presenterer her funn fra intervjuene med de ansatte (sykepleiere og leger) om hvordan de oppfatter organisasjonen, hvordan de oppfatter sin plassering i denne, og hvordan den fungerer til deres oppgaveløsning i deres hverdag.

Den tidligere organiseringen, med de gamle sykehusene, er savnet. En av informantene refererer til den nye organisasjonen som «det her nye OUS» - og markerer allerede i formuleringen en tydelig avstand til det nye OUS. I sær sykepleierne kjenner lite til organisasjonen i det nye OUS utover sin egen enhet. Ikke alle kjenner hvilken plass egen enhet har i forhold til andre, samarbeidende enheter. Det er også uklart for flere hvem som har ansvar for enhetene, både høyere opp i egen linje, og i legeavdelingene.

«Men, nå er det nå sånn at hvis de N3- og N4- og hva det heter -lederne kom gående ville jeg ikke kunne si hvem som er hvem». (...) Min nærmeste leder kjenner jeg jo. Men så er det en (leder) over der som jeg har hørt om, men jeg vet egentlig ikke hvem det er. (...) Og hvem gjør hva? Jeg vil påstå at det sliter vi med å forstå» (sykepleier)

«Vi ser vår legeledelse veldig lite, og ofte lurer vi på hvem som leder vår avdeling» (sykepleier)

Her uttrykkes en tydelig fremmedgjøring. Informantene kjenner ikke organisasjonsstrukturen, og man kjenner lite til lederne annet enn egen, nærmeste leder. Organisasjonen for øvrig synes fremmed eller uvedkommende, og hvordan ens egen avdeling er plassert i dette landskapet er ukjent.

«Det er liksom søyler ved siden av hverandre, ikke sant, i hierarkiet. Jeg kan ikke riktig se hvor man møtes i en felles form for dialog» (sykepleier)

Med andre ord er tilhørigheten til organisasjonen fjern, samarbeidet med de legene som er på avdelingen er nært. Dette er en oppfatning som delvis deles av legene også. Det oppleves imidlertid ikke nødvendigvis at det er organiseringen som er problemet, men manglende faglige føringer fra ledelsen.

Det stilles spørsmål ved om det er strukturen på organisasjonen eller avstandene i organisasjonen som er problemet. Den nye strukturen har skapt problemer, kanskje ikke ved å være stedsovergrepene men ved å skape større avstand fra ansatte til ledelse (her forstått som ledelse som har beslutningsmyndighet).

«Den første tanken er at det skaper større avstand til ledelsen, siden ledelsen ikke er fysisk til stede der hvor jeg er. Altså at den som er leder over et visst nivå ikke er tilstede, og at vår leder som er på stedet ikke kan ta hånd om ting som kommer opp i like stor grad som før, da vi hadde selvråderett. Så det forsvinner ut, opp og bort. Så det skaper distanse.» (lege)

Det betyr lite at man er organisert på tvers, men det har den bi-effekten at ledelsen oppfattes lengre unna der pasientbehandlingen finner sted.

Naturlig nok sammenliknes den nye organisasjonen med den tidligere, og det oppleves at noe har blitt borte. Det er delte meninger om dette skyldes stedsovergrepene organisering, eller at organisasjonen i OUS er vesentlig større. Ledelsen oppleves som mer distansert fra den kliniske hverdagen enn tidligere. Sykepleierne kjenner ikke lederne oppover i organisasjonen, og den store organisasjonen oppleves fremmed eller uvedkommende. Også lege-informanter opplever at ledelsen har blitt borte, eller fjernere fra utfordringene i klinisk hverdag. Dette tilskrives den nye, stedsovergrepene organiseringen.

Opplevelsen av organisasjonen fra lederperspektiv.

Her presenterer jeg hvordan leder-informantene oppfatter organisasjonen, og hvordan de mener denne fungerer. Lederne har naturligvis bedre oversikt over organisasjonen og strukturen, med stedsovergrepene organisering. Men, de anser ikke strukturen nødvendigvis som det mest hensiktsmessige alternativet. De er klar over utfordringene den byr på ved at avdelingene er adskilt i faggrupper, og organisert på tvers av flere lokalisasjoner. Noen ledere bemerker at strukturen kan være en uhensiktsmessig måte å organisere virksomheten på.

«Jeg tenker at den organiseringen vi har nå, den ble til som et ledd i noe som var et mål da vi ble OUS. Man skulle få til å bygge et sykehus på tvers av lokasjonene. Og så har den betydelige utfordringer, selvfølgelig, altså i forhold til den daglige drift (...) For å si det rett ut, jeg synes ikke matrisen har fungert godt nok (...) Det var viktig for toppledelsen da vi fusjonerte, at vi ble én organisasjon. Men det betyr ikke at vi skal holde på modellen i all tid. Når organisasjonen og målet endres må kanskje strukturen også endres (...) kompenserende elementer er viktige i en såpass stor og komplisert struktur (...) Men, jeg synes at ledergruppa er sammensveiset.»
(leder)

I sitatet over sier informanten at «matrisen ikke har fungert godt nok». Med det henviser vedkommende til at den stedsovergrepene organiseringen ikke har vært tilstrekkelig for å få til en enhetlig organisasjon som fungerer. Dette kan tolkes både som utfordringer innen avdelinger på tvers, men også mellom faggrupper på den enkelte lokalisasjon. Når ikke den formelle organiseringen er tilstrekkelig vil arbeidsoppgavene utføres i ikke-formaliserte strukturer. Dette fungerer, men det har også oppstått behov for kompenserende grep. Ordningen med stedlig koordinator er en slik kompensasjon, der en stedlig leder har er gitt beslutningsmyndighet over andre faggrupper i forhold som kan gå utover behandling av pasienter, for eksempel strykninger av pasienter fra operasjonsprogrammet.

«så la vi inn et element som heter «stedlig koordinator» som er akuttklinikkenes forlengede arm i den daglige drift på hver lokalisasjon, som er tillagt den lege som er N4 på hvert sted. Stedlig koordinator kan gå inn og ta beslutninger som har innvirkning på driften» (leder)

«Stedlig koordinator kan overprøve andre avgjørelser hvis det er nødvendig. Så man kan kompensere for dårlig organisasjonsstruktur med slike ordninger, men ikke altfor mange svakheter.» (leder)

Slike kompenserende ordninger har blitt nødvendig siden linjene i organisasjonen ikke løser problemet med ledelse på tvers av faggrupper på den enkelte lokalisasjon. Organisasjonen i akuttklinikken har ikke felles ledelse før man kommer opp på klinikkleder-nivå, noe som blir for distansert fra den daglige virksomhet både i geografi og nivå.

Når man likevel endte opp med den stedsovergrepene organiseringen tilskrives dette til dels et visst press ved fusjonstidspunktet. Det var en føring fra virksomhetsledelsen om at

det stedsovergrepene sykehuset skulle realiseres fra dag en, og dermed måtte enhetene i den nye storsykehuset også organiseres i tråd med denne ambisjonen. Dette gjorde at det ikke var rom for langvarige overveielser om hvordan den nye organisasjonen alternativt kunne utformes. Fremdriften var formulert som en plan med fem milepæler (Dag 1 til 5), der målet etter seks år skulle være et sykehus som kunne fordele lands-, regions- og lokalfunksjoner i en bygningsmessig infrastruktur som fordret nybygg på en eller flere lokaliseringer. Hvorvidt noen oppfattet gjennomførbarheten som realistisk sies ikke, men i retrospekt skinner det gjennom at dette var en forsert plan, der viljen «ovenfra» til å få etablert det stedsovergrepene sykehuset var stor på tross av realitetene. Dette formuleres av flere av respondentene, også.

«Jeg tror at man her drev det veldig langt i å forsøke å drive strategi- og kulturutvikling ved hjelp av organisasjonsmodellen, eller at man har prøvd å drive en tverrgående struktur fordi man skulle ønske at.. eller ut fra der man ville vært. Vi hadde 4 sykehus da vi startet, men målet er å ende opp med ett sykehus. Så blir du så fristet av det normative i det at du lager en struktur som passer til noe som ikke er fysisk mulig. Og det har sine åpenbare utfordringer, det er klart.» (leder)

Det er tydelig at dette – i hvert fall i dag – ikke oppfattes som hensiktsmessig, men sterkt drevet av en ideologisk tanke om en virksomhet som skulle fungere som ett storsykehus i Oslo. Det har ikke hatt ønsket effekt, og har til dels hatt uønskede effekter.

«Så det er triste med den organisasjonsutviklingen vi har, at vi har tatt ut noe av guts'en i organisasjonen.» (leder)

Det er imidlertid en utfordring at man med en fusjonert stor enhet vil få et organiseringsproblem uansett. Når man har valgt en ny struktur blir avdelingsstørrelsen – uansett hvordan man trekker delelinjene – såpass stor at dimensjonen blir en utfordring.

Jeg ville hatt mindre enheter. Kontrollspennet er for stort. Hvilken fagbakgrunn lederen har er ikke så viktig, men at man har nærmeste ledere med fagbakgrunn tror jeg er viktig. Da har man bedre forståelse for hva man driver med, og kan begrunne valg og beslutninger bedre.» (leder)

Enten man velger å dele avdelingene langs fag (sykepleiere, leger etc) eller ut fra lokalisering, så vil det kreves koordinering og oppdeling. Enhetene og avdelingene blir så vidt store at man må dele dem på et vis slik at man kommer ikke unna koordinering mellom enheter, og trolig ikke unna kompenserende ordninger.

Organisasjonen skal understøtte det som er målet vårt, den har ikke sånn sett noen verdi i seg selv. Uansett så tenker jeg at i et sykehus vil det være et tungt matrise-element, man klarer ikke få organisasjonen til å understøtte alt vi skal drive med, i hvert fall ikke på fagområder som er så komplekse. (leder)

Som jeg tidligere har illustrert er de ansatte opptatt av den kliniske kontrakten. De ansatte er villige til å gjøre det de mener skal til for å opprettholde den, uavhengig av hva ledelsen har lagt til rette for eller ikke, eller hvordan den formelle organisasjonen er lagt opp. De ansattes vektlegging av den kliniske kontrakten kan forklare det som oppleves som en verdimelessig avstand mellom ledelsen og de ansatte – en polarisering som skinner gjennom i flere av leder-intervjuene, også. De ansatte kjenner ikke ledelsen, hvem det er og hva de står for. Det oppleves at ledelsen har liten innflytelse på hvordan faget utøves, det utøves som den kliniske kontrakten inngås i det daglige arbeidet. Fra ledelsen skinner denne avstanden eller ulikheten i perspektiv gjennom, ved at de ansatte – og da helst legene - karakteriseres som faglige «primadonnaer» som er lite villige til å vurdere nye løsninger eller andre måter å organisere virksomheten på:

«Når det gjelder OUS og fagmiljøene dyrker de sin egen markedsverdi ved å gjøre seg veldig spesielle (...) – etter en stund begynner folk å eie, de får tilhørighet og vil ikke flyttes for mye, og vil ikke ha for mye overlapp. Jeg tror folk må kunne bevege seg mer og fylle flere oppgaver. (...) Vi skal ikke dyrke Nerdrum-roller. (...) Så det å gå etter sånne Nirvana-løsninger som man frisker opp ved å gå bakover i historien med gamle husleger og sånt; det er et falsum. (...) Hvis man blir for eksklusiv – «jeg hører til dette teamet og jeg kan ikke gjøre noe utenfor dette» – blir det for kleint for fremtidens krav. Man må kunne veksle.» (leder)

Man forstår at det er en spenning mellom de ansatte og ledere i oppfatninger om organisering av oppgaveløsningen i klinikken. Mens de ansatte ønsker at organiseringen la opp til arbeidet rundt den kliniske kontrakten, ønsker ledelsen ikke en for spesialisert arbeidsstokk, især leger. Siste setningen i sitatet over kan tolkes slik at ledere ønsker ansatte som er fleksible, og kan løse mer enn nisje-oppgaver i sitt spesialfelt. Dersom de spisser seg for mye faglig, og oppfattes de som «eksklusive» og mindre mobile. De ansatte ønsker å utvikle tettere relasjoner i behandlingssituasjonen – det er her faget forvaltes. Det blir lettere å akkumulere felles erfaring, og man kan etablere relasjoner dersom man har et mindre og stabilt miljø. De ansatte oppfatter at ledelsen ikke har dette som målsetning.

«når det gjelder legeorganiseringen har det vært mitt inntrykk fra dag én at den er en tilpasning til arbeidsgivers behov for å fordele arbeidstakere utpå den virksomheten man har ansvar for, som en intern «Manpower»-organisering.»
(lege)

For å oppsummere kan man si at ledere ikke opplever den nye organisasjonsstrukturen som ideell for å fasilitere oppgaveløsning, kompetanseoverføring eller kvalitetsforbedring i klinikken. Den er heller ikke fremmede for å bygge fellesskapsfølelse og –identitet, selv om dette er i bevegelse. Det er imidlertid en utfordring å organisere en så stor enhet som denne klinikken. Uansett hvordan man deler opp enhetene kreves en betydelig grad av koordinering. Det stilles med andre ord store krav til ledelsen, uansett struktur, for å kunne utnytte potensialet som finnes for bedre og mer effektiv oppgaveløsning.

5.2.2 Retningslinjer og ledelse – den elektroniske låven

Når man fusjonerer avdelinger fra flere lokalisasjoner til en stor avdeling, og ønsker at den skal oppleves og fungere som en enhet, vil det kreve tiltak fra ledelsen slik at man kan dra nytte av kompetanse og erfaringer som kan være nyttige ved flere lokalisasjoner. Ved OUS-fusjonene ble alle fagprosedyrer samlet i en felles elektronisk prosedyresamling kalt «e-håndboken». Det er imidlertid flest operative prosedyrer, og svært få styrende dokumenter som beskriver planlegging, gjennomføring, og evaluering av disse som ledd i fagutviklings- og kvalitetsforbedringsarbeid.

Ansatte og e-håndboken

De ansatte har liten kjennskap til e-håndbokens innhold, og den benyttes i varierende grad i det daglige arbeid. Selv de få prosedyrene som er stedsovergrepene har lite gjennomslag. Det som er viktig i det kliniske arbeidet er de tiltak som lege og sykepleiere blir enige om i det enkelte tilfellet. Dette er i stor grad basert på ikke-formaliserte rutiner.

«Vi har en felles prosedyre (for sedasjon av intensivpasienter) men jeg forholder meg til de forordninger som er gjort.» (sykepleier)

«(altfor detaljerte prosedyrer på nivå 1) er et eksempel på meningsløs bruk av retningslinjer etter min mening. Men så uforstandige beslutninger kan man sikkert ta selv om man ikke er organisert på flere steder.» (lege)

Det er liten tro på at felles prosedyrer er hensiktsmessig. Siden det er forskjeller i oppgaveløsningen på de ulike lokalisasjonene, vil felles prosedyrer enten bli så generelle at de ikke er nyttige, eller så omfattende at de ikke er nyttige.

«For eksempel at man tror at man skal kunne utarbeide retningslinjer som standardiserer noe som tar for seg pasienter med svært ulike behov. (...) I OUS har det ikke vært gjort en grundig nok analyse av hva dette ville innebære, for når man tror at det er et tegn på dårlig kvalitet at det finnes 10 prosedyrer som omhandler CVK så har man egentlig ikke skjønnet problemet. Det kan godt hende at det er mer adekvat enn å ha én prosedyre som er så omfattende at den egentlig ikke er brukbar for noen av de situasjonene som kan oppstå. Jeg tror at utfordringen er at OUS er så stort, og virksomheten så forskjellig at det å tro at det å organisere i store, overordnede fellesstrukturer er ikke hensiktsmessig.» (lege)

De forsøkene som har vært gjort med felles fagutvikling og prosedyrearbeid har i liten grad ført frem. Det opplevdes – slik en av legene formulerte det – som at det var lite rom for fagstyrt utvikling av fagprosedyrer, og med feil føringer fra ledelsen og for store grupper som ikke var handlingsdyktige. Det er viktige unntak, som retningslinjer for ernæring av intensivpasienter, som brukes av flere intensivenheter.

Ledere og prosedyreverket

Ledelsen anser ikke prosedyreverket som et viktig verktøy for fagutvikling eller integrering av de ulike lokalisasjonene. E-håndboken har blitt til som et passivt resultat av de ulike lokalisasjonenes prosedyresamling i forkant av fusjonen. Det er tilført få dokumenter som tar for seg fagutvikling eller systematisk kvalitetsforbedring i den nye strukturen. Det oppfattes som en samling av operative eller fagspesifikke prosedyrer, og ikke som et verktøy for ledelsen for å koordinere eller forklare organisasjonen eller fasilitere dens aktivitet på flere steder.

«Jeg ser vel ikke på (e-håndboken) som et viktig verktøy for ledelse. Det er ikke det beste verktøyet man har i hvert fall. Men man hadde en tanke om at det kunne være besparende dersom man kunne gjøre en slik prosedyre-utvikling på ett sted og så kunne avdelingen hvile på det. Men det var heller ikke så lett, for en prosedyre må ha en forankring – dvs at de som skal bruke en prosedyre må være med å lage den, og da må miljøene ville samle seg på tvers av lokalisasjonene, men også innad i lokalisasjoner.» (leder)

Informanten røper en resignert holdning arbeidet med felles prosedyrer, det har vært vanskelig å få til. Dette er akseptert, og arbeid med prosedyreverket er ikke prioritert. Det anses imidlertid som viktig i en «post-hoc» fase hvis det skulle oppstå en uønsket hendelse. Da er det viktig å kunne vise til at man har en prosedyre for hvordan en situasjon ideelt skulle vært løst ved å vi se til en prosedyre i e-håndboken. Men selv i slike situasjoner har ledelsen liten tiltro til den egentlige verdien av prosedyreverket.

«(Prosedeyreverket) er et resultat av man ville vise frem oppover at man hadde en struktur som heter e-håndbok som åpenbart går rett hjem hos kvalitetsideologene. Det nytter ikke å si at vi holder på å revidere prosedyrer fra fire sykehus. Da tar du i stedet alt det gamle «boet» og stuer det inn på låven, så får man rydde senere. Så

det er egentlig ingen strategi bak det men et klønete forsøk på å rydde. Men e-håndbok – det lønner seg å ha det på den virtuelle låven. Da har du det der, og med mindre det blir revisjon så er det greit. Men der finnes det 2500 dokumenter helt ustrukturert. Overlappende, hull og så videre. (...) Og så må du ha dokumenter hvis det kommer et avvik – da kan du finne dette. Den dagen det kommer tilsyn må man ha det tilgjengelig, selv om det ikke sier noe om prosedyren er fulgt. Ulempen med «den elektroniske låven» er at den er dysfunksjonell. (...) For vi er ikke i stand til å rydde i dette nå for det er så mange andre ting som foregår at du klarer ikke sette organisasjonskraften inn på og rydde.» (leder)

Prosedyreverket er her beskrevet med metaforen «den elektroniske låven». Her er nok det tenkt som et stort lagringssted der man kan lagre alt det man har eller overtar, uten å måtte prioritere eller gjøre noen vurdering over hva som er vits i ta vare på. Det beskriver hvordan prosedyrene fra de enkelte sykehusene før OUS-fusjonen ble samlet i en elektronisk samling ved OUS-fusjonen, men uten noen gjennomgang eller kritisk vurdering. Den ryddejobben man skulle gjøre senere har aldri blitt prioritert. Derfor har man i dag en samling av retningslinjer som hovedsakelig omhandler fagspesifikke områder, som i varierende grad oppleves nyttige. Prosedyreverket skal etter intensjonen ikke bare inneholde fagspesifikke eller operative prosedyrer, men skal også inneholde retningslinjer for mer overordnede forhold. Det er imidlertid svært få prosedyrer som beskriver kvalitetsforbedringsarbeid, ansvarlinjer eller administrative rutiner. Dette gjelder især på det medisinske fagområdet (se kapittel om dokumentgjennomgang). Det mangler også en problematisering av dette fra lederne som er intervjuet, som betrakter det mer som en forsømmelse av et redaktørarbeid enn en unnlattelse i å klargjøre hvordan de ansatte skal forholde seg i den nye strukturen. Som en av respondentene har uttrykt det:

«Det finnes ikke dokumenter som viser hvordan vi skal samarbeide eller koordinere mellom avdelinger eller på tvers. Men det kommer av og til e-poster som berører dette... så du må ha orden i e-postboksen din hvis du vil finne noe fra ledelsen om hvordan de mener vi skal løse oppgavene» (lege)

5.2.3 Oppsummering

De ansatte opplever at oppgaveløsningen i den nye organisasjonen fungerer, men at leger og sykepleiere er mindre tett organisert enn før. Det krever en viss krever fleksibilitet i og

med at leger og sykepleiere nå er organisert i separate avdelinger. Enkelte av informantene mener at leger og sykepleiere heller burde vært organisert sammen rundt oppgavene man skal løse på den enkelte lokalisasjon, enn i stedsovergrepene avdelinger delt i faggrupper. Dette er det imidlertid delte oppfatninger om.

I materialet forteller de ansatte om frustrasjon knyttet til hvordan samarbeidet ikke fremmes av den formelle organisasjonen. Hverken leger eller sykepleier oppfatter det som fordel at man er organisert på tvers av lokalisationene. Det fremmer ikke faglig utvikling og kvalitetsforbedring, og ledelsen oppleves mer distansert enn tidligere. Strukturen oppleves fremmed og uvedkommende.

Også ledere ser utfordringer med stedsovergrepene organisering, og er i tvil om det er hensiktsmessig så lenge man løser oppgavene på den enkelte lokalisasjon. Men, som det påpekes, vil det by på utfordringer å organisere en så vidt stor enhet; uansett delelinjer vil det kreves betydelig koordinering.

Det uttrykkes en polarisering mellom ansatte og ledere, med en viss mangel på kjennskap og tiltro til hverandre. De ansatte sier om lederne at de «aner ikke hvem de og hva de gjør», mens ledere hevder de ansatte gjør seg eksklusive og er lite endringsvillige for å beskytte sin egen rolle.

I den kliniske oppgaveløsningen, eller den kliniske kontrakten, er leger og sykepleiere avhengige av relasjoner og fleksibilitet. Den siste komponenten er kompetanse. De to første elementene er i stor grad ikke-formaliserte størrelser. Kompetanse-elementet kan understøttes av de faglige prosedyrene og rutinene. Det er her de ansatte støter på den elektroniske låven. Prosedyrene er ikke noe prioritert område, og det er uklart om de egentlig har noen viktig funksjon i dag. Det er ikke noe systematikk i organisering eller i dokumentutvalg. Lederne har en resignert holdning til e-håndboken som felles fag-plattform, og ser den ikke som noe vesentlig verktøy for å lede enheten.

6 Diskusjon - Organisering, endring og identitet.

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene fra intervjuundersøkelsen og dokumentgjennomgangen i forhold til teori, forskningsspørsmålet og de forventningene og ideelle kravene fra samfunnet som finnes som lover, forskrifter og OUS' egne ambisjoner.

Forskningsspørsmålet handler om hvordan stedsovergrepene organisering oppleves å påvirke arbeidet i en klinikk i OUS, og hvordan man kan finne uttrykk for organisasjonens innsats for å få dette til, bedømt ved gjennomgang av den elektroniske metodeboken (e-håndboken). Dette tar jeg opp i kapitlene En enhet – flere oppgaver og Idealer. Jeg vil også diskutere tema som ligger til grunn for forskningsspørsmålet, i følgende kapitler; Organisasjonen i endring, og Identitet og integrering.

6.1 En enhet – med flere profesjoner på flere steder

Den stedsovergrepene organiseringen i OUS har flere effekter ifølge informantene. Den gjør avstanden mellom profesjonsgruppene større, noe som kommenteres av både leger og sykepleiere. Dette gjør at man opplever mindre grad av faglig og enhetlig fellesskap ifølge flere av informantene. Det gjør også at man har lengre vei fra den ene faggruppen til den andre noe som betyr at fagutvikling og kvalitetsforbedringsarbeid blir mer tungvint – det er en større gruppe enn før som må samles for å få gjennomført selv mindre endringer i rutiner og behandling. Konsekvensen blir at man i en del tilfeller lar være å ta opp mindre ting man mener kunne gjort pasientbehandlingen bedre eller mer smidig. Samarbeidet rundt den enkelte pasienten fungerer stort sett bra, selv om flere av sykepleierne opplever at det går mye tid, og at det kunne fungert bedre i visittsituasjonen.

Informanter fra begge yrkesgrupper oppfatter at man er lengre fra hverandre enn tidligere, det er en fellesskapsfølelse som er borte. Dette kan være en nostalgisk opplevelse, «alt var bedre før», som kunne melde seg uansett hvilken endring som hadde blitt gjennomført. Dette er imidlertid vist ikke alltid å stemme. I en amerikansk studie på sykehusfusjon var de eldste medarbeiderne, og de med lengst ansettelsesforhold de som var vennligst innstilt til fusjonen.(Shirley, 1973)

Oppgaveløsningen leger og sykepleiere i mellom skjer i et rom hvor det er mange gjøremål som ikke er formalisert. Da betyr den personlige relasjonen mer, og arbeidsdelingen finner sted med en viss fleksibilitet. Denne anledningen til å bygge personlige relasjoner er nødvendig for at arbeidsdelingen skal skje smidig, og med tillit mellom de involverte. Når det blir for mange personer involvert forstyrrer det muligheten for den intime relasjonen, men også kontinuitet og systematikk. Især sykepleierne problematiserer dette: involvering av for mange leger gjør at man ikke «kjenner» hverandre, og det kan gi stor variasjon i behandlingsforløpet.

Nina Olsvold har i sin avhandling *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus* beskrevet arbeidsforhold og oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere. (Olsvold, 2010) Hun beskriver en avstand mellom profesjonene, og en manglende dialog. Leger har lite kjennskap til, og forståelse for sykepleiernes arbeid. Det er imidlertid annerledes på intensivavdelinger. Det er flere leger, og sykepleierne har spesialkompetanse. Samarbeidet har større preg av nettopp samarbeid, enn ved sengepost hvor asymmetri og hierarkiet er tydeligere. Det er likevel en viss avstand, og i samarbeidet er sykepleierne mer opptatt av relasjonen til legene, enn omvendt. Dette uttrykker informantene i min intervju-undersøkelse også: sykepleierne savner et fellesskap som var bedre før, og er opptatt av den personlige relasjonen. Legene mener også at det var bedre før, men begrunner det i at det var lettere å få til fagutviklingsarbeid. Begge yrkesgrupper mener imidlertid at det kunne være mer hensiktsmessig å være tettere organisert.

Siden mye av aktiviteten følger ikke-formalisert praksis og rutiner, er det viktig med kompensierende mekanismer, der en personlig eller nær relasjon er viktig. Uformelle møtesteder, som fast avdelingslunsj for begge profesjoner er ett slikt tiltak som nevnes spesielt. Det personlige kjennskapet bygger ned barrierer mellom profesjonsutøverne, og gjør at sykepleierne blir mer «frempå» med informasjon, og spørsmål og forslag til diagnostikk og behandling, samtidig som legene blir mer åpne for innspill og spørsmål. Det gir bedre rom for tilpasning, eller en «negotiated order». (Svensson, 1996)

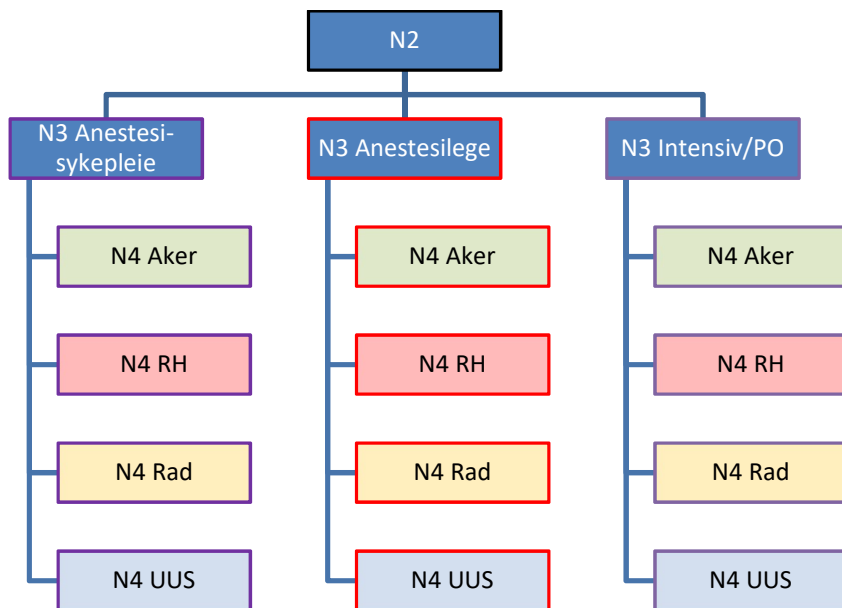
Organiseringen i separate avdelinger påvirker tilsynelatende ikke opplevelsen av ansvarsfordeling, sykepleierne har en klar oppfatning av hva som er legeansvar. Det er ikke forskjell på lokalisasjoner med ulike legeorganisering. Sånn sett er det noe av den formelle rollefordelingen som ligger implisitt i yrkesgruppene, og forståelsen av denne virker ikke å være påvirket av endringene i organisering, eller forskjeller i denne.

Likevel byr organisasjonsstrukturen på utfordringer. Jeg vil i det følgende diskutere organisasjonsmodeller.

6.1.1 Organisasjonsstrukturen

En virksomhet skal i utgangspunktet utføre et sett oppgaver for å løse sitt oppdrag, enten det er en liten eller stor virksomhet. Dersom virksomheten er stor, eller det er mange deloppgaver som krever en diversitet i kompetanse, vil det være behov for å fordele og koordinere oppgavene mellom de enkelte personene eller enhetene som skal utføre oppgaver. En organisasjonsstruktur skal fordele oppgaver og beslutningsmyndighet for å gjøre virksomheten i stand til å løse sitt oppdrag på en hensiktsmessig måte. I et sykehus er oppgavene som skal løses så vidt kompliserte at det har utviklet seg spesialiserte kompetanseområder, både med flere profesjoner og med spesialisering innen de enkelte profesjonsområdene.

Klinikken er organisert i en struktur som likner på en matrisestruktur (Figur 1). Men bare tilsynelatende. I en matrise organiserer man en virksomhet eller produksjonslinje på tvers av avdelinger som bidrar med sin spesialkompetanse i produksjonen. Pasienter som trenger operativ behandling vil behøve anestesi, og derved service fra både anestesisykepleiere og anestesileger. De vil også trenge postoperativ overvåking, og kanskje intensivmedisinsk kompetanse. Pasientene vil med andre ord ha et forløp gjennom flere av avdelingene i Akuttklinikken, som kan minne om et matriseforløp. Likevel vil jeg hevde at det ikke er tilstrekkelig til at man kan beskrive dette som en matrise. Behandling som ytes av avdelingene for anestesisykepleie og anestesileger skjer samtidig, og avdelingene tilbyr ikke særskilte, idiosynkratiske deler av en prosess eller et pasientforløp, men er deler av samme faglige tilbud. Det er et faglig hierarki, slik at anestesisykepleiernes bidrag på operasjonsstuen, slik som intensivsykepleiernes tilbud på intensiv-avdelingene er faglig underlagt anestesilegenes prioriteringer og beslutninger. Det ytes naturligvis sykepleiefaglig service som er noe annet enn en medisinsk faglig virksomhet av disse avdelingene, men man kan se på anestesisykepleiernes og intensivsykepleiernes faglige utøvelse som en del av et totaltilbud der det medisinsk faglige ansvaret forvaltes av anesthesi- og intensivlegene. For å bruke terminologi fra produksjonsbedriften vil hele denne virksomheten være én produksjonseenhet.



Figur 4. Organisasjonskart for del av Akuttlinikken – vist som linjestruktur

I stedet for å vise organisasjonen som en matrise-struktur kan man presentere den som en tradisjonell linjestruktur (Figur 6). Man får da et annet visuelt inntrykk. Det ser da ut som at avdelingen for anestesileger ikke er én avdeling, men heller at det er fire separate seksjoner. Og at det er avstand mellom seksjonene fra de ulike yrkesgruppene som er lokalisert på samme sted: seksjonene fra anestesisykepleiere, intensivsykepleiere og anestesileger på den enkelte lokalisasjon er ikke organisert i samme avdeling, og man må flere nivåer opp i organisasjonen for å finne felles ledelse. Dette er upraktisk i hverdagen. Flere av informantene savner en stedlig ledelse, og en tettere organisering «på stedet».

Fra lederperspektiv er kanskje en linjestruktur likevel å foretrekke, da matrisestruktur er ansett som utfordrende og til dels konfliktgenererende fordi det er stor mulighet for uklare ansvars- og lederlinjer. (Jacobsen, Thorsvik, 2015) Det krever mye koordinering, og stor samarbeidsvilje blant de ansatte i en slik struktur.

Ifølge flere av informantene merker man den geografiske avstanden til andre seksjoner i egen faggruppe, og den organisatoriske avstanden til de andre faggruppen i hverdagen,. Legene er organisert i én avdeling, men har svært lite med leger på andre lokalisasjoner å gjøre, og det er liten grad av faglig koordinering. Man har forsøkt å ta hensyn til dette ved å opprette såkalte fagråd for intensivmedisin og anestesi der leger fra ulike seksjoner skulle

møtes for å utarbeide fagprosedyrer for flere eller alle lokalisasjoner. Det viste seg vanskelig å få til i praksis, og disse fagrådene er nedlagt eller lite aktive.

Retningslinjearbeidet som skulle være én av oppgavene til disse fagrådene strandet, ifølge en av informantene, på grunn av for uklart eller snevert mandat, og dels fordi fagrådgruppene ble for store og i realiteten beslutningsudyktige.

I intervjuene oppgir ledere at dagens organisering er en struktur som på fusjonstidspunktet ble pålagt ovenfra. Den var en del av planen om å lage ett sykehus, til tross for den geografiske spredningen. Som det ble sagt av en informant, var dette et ledd i å bygge bedriftskultur ved hjelp av organisasjonskartet, mer utfra at man hadde et ønske om hvor man ville, enn utfra realiteter. Det oppgis derfor også at organiseringen ikke har fungert «godt nok». Den forutsetter egentlig en samlokalisert avdeling, men det krever bygging av et nytt samlet regionssykehus, noe som med utrednings-, prosjekterings- og byggefaser kan synes som et prosjekt som ligger langt frem i tid. Ledere formidler i intervjuer at organiseringen skal understøtte oppgavene man skal løse, og at tverrstedlig organisering sånn sett ikke er urørlig.

6.2 Idealer

Spesialisthelsetjenestens virksomhet er regulert i lover og forskrifter, som skal sikre befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Lovens intensjon er utdypet i lovforarbeider og forskrifter. Helseforetakene skal rette seg etter disse, og utarbeide egne retningslinjer som skal sikre at man gjennomfører oppdraget etter lovens intensjoner. Dette er eksempelvis formulert i visjonen til Helse Sør-Øst:

«Helse Sør-Øst RHF skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.»

Den er nokså vidt formulert, men følger i hvert fall lovens intensjon. Helseforetakene skal altså rette seg etter lover og forskrifter, og utarbeide retningslinjer som tilrettelegger virksomheten slik at lover og forskrifter kan følges. Helseforetakene skal også arbeide for å redusere risiko, og forbedre kvaliteten på de tjenester som ytes. Jeg vil i det følgende diskutere noen sentrale emner i intensjonene til lovgivere og helseforetak opp mot funn i min studie.

6.2.1 Lovgivning om ledelse i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er en del av helsevesenet, hvis overordnede mål er å tilby helsetjenester til befolkningen. Både samfunnets plikter og pasienter og brukeres rettigheter er regulert gjennom lovverket. Pasientene har visse rettigheter, som rett til helsetjenester, krav til informasjon og medvirkning, osv. Dette er regulert i Lov om pasient- og brukerrettigheter. Tjenesteytere har visse plikter og krav til sin virksomhet, som er regulert i flere lover (bl.a. Lov om spesialisthelsetjenesten (1999), Lov om helseforetak, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester). Ledelse og organisering i spesialisthelsetjenesten er et av de områdene som er regulert i lov, og utdypet i lovforarbeider og forskrifter. (Molven, 2015) Jeg vil i det følgende diskutere organiseringen i Akutt klinikken i forhold til dette.

Spesialisthelsetjenesteloven §3-9 om Ledelse i sykehus sier at: «

Ledelse i sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dette var en endring fra den gamle to-delte ledelse i sykehus, der sykepleiere og leger hadde hver sin ledelse. Med den nye lovteksten ble det knesatt at man skulle ha én leder, og denne lederen skulle ha faglig og administrativ myndighet. Annet ledd var nytt, og åpnet for at personer uten medisinsk faglig kompetanse skulle kunne inneha lederstillinger. Dette er utdypet i forarbeidene til loven, og intensjonen er at det skal være entydig hvem som er medisinskfaglig ansvarlig.⁹ Dersom leder for en avdeling ikke innehar nødvendig, medisinsk kompetanse så skal det utpekes en medisinskfaglig rådgiver. Ut fra dette kan man argumentere dersom organisasjonsstrukturen avviker fra lovformuleringen, men at man mener man har en kompenserende ordning som ivaretar lovens intensjon, bør dette være klargjort i et lokalt dokument, slik at det ikke er tvil om dette vesentlige spørsmålet.

I Akutt klinikken er stort sett alle legene organisert i «Avdeling for anesthesiologi» separat fra sykepleieravdelingene, og det er ingen leger organisert i sykepleieravdelingene. Det betyr at Avdeling for anesthesisykepleie (anesthesisykepleierne) og Intensivavdelingen (intensivsykepleierne) som ledes av sykepleiere, i henhold til lovens intensjon skulle hatt medisinskfaglige rådgivere. Når det ikke er slik er det fordi det i virksomheten oppfattes

⁹ Ot.prop. nr 10 [1998-1999] Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

dithen at legetjenesten og legelederne dekker det medisinskfaglige ansvaret, både i det daglige, og overordnet. Det foreligger imidlertid ikke dokumenter Akuttklinikkens e-håndbok som omhandler medisinskfaglige rådgivere for avdelinger som ikke har leder med medisinskfaglig kompetanse.

Oppfatningen blant flere av respondentene fra lege- og sykepleieledelse, er at man følger lovens intensjon. Til grunn for dette ligger et premiss om at leder for en ren sykepleieravdeling ikke kan ha medisinskfaglig ansvar, men at dette ligger hos lege. I det daglige oppfattes det slik at dette ligger hos behandlende lege, mens det overordnede ansvaret ligger hos legeleder for seksjonen N4. Imidlertid er det i prosedyre for «Stedlig koordinator» formulert slik at den overstyrende myndighet vis à vis andre avdelinger (f.eks. intensivsykepleiere) kun gjelder fra sak til sak i det daglige, og at mer strukturelle endringer ligger høyere opp i lederhierarkiet. Det er dermed behov for ikke-formaliserte strukturer som kan håndtere det medisinskfaglige ansvaret, dersom ikke dette løftes opp i hierarkiet – i siste instans til klinikkleder.

Dette er problematisert av flere av sykepleierne. De er godt klar over hvilken lege som har ansvaret i det daglige, altså hvem de skal forholde seg til i medisinske spørsmål i konkrete spørsmål. De er imidlertid usikre på hvem som har det overordnede medisinske ansvaret. Ledere oppfatter at man oppfyller lovens intensjon. De ser likevel at organiseringen kan virke uoversiktlig.

6.2.2 Organisasjonens intensjon om kvalitetsforbedring

Plikte til å drive internkontroll og kvalitetsforbedringsarbeid er formulert i forskrifter. Den gamle *Internkontrollforskriften* er nå erstattet av *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (1.1.2017). Den stadfester blant annet at virksomheten skal «ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten» (§6)

Denne intensjonen er videreført i OUS, og det finnes en rekke dokumenter i e-håndboken som omhandler dette. E-håndboken er et viktig verktøy for sykehusledelsen for å formidle

disse intensjonene, og det forventes at ledere i klinikker og avdelinger og rette virksomheten etter dette:

Om e-håndbok som styringsverktøy: Kurset vil gi en innføring i hvorfor vi skal bruke e-håndboken til våre styrende dokumenter og hvordan det er forventet at lederne skal bruke å følge opp arbeidet med e-håndboken.

Om ledelse og kvalitetsforbedring: Internkontrollforskriften er erstattet med ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Nå har Helsedirektoratet utarbeidet en veileder som gir råd om hvordan ledere kan etterleve krav i den nye forskriften.

Om handlingsplaner: I årets første måneder er det viktig å sikre gode mål og planer for årets arbeid. Det er nå gitt retningslinjer med mal for hvordan alle klinikker, avdelinger og seksjoner skal lage sine mål- og plandokumenter. Alle skal fastsette minst 5 mål med plan for oppfølging.

Disse sitatene er hentet fra forsiden i e-håndboken (14.03.2017). De formidler føringer fra ledelsen i OUS, og skal prioriteres for å a) lette og synliggjøre styring, b) tydeliggjøre kvalitetsforbedring både i ideologi og tiltak, og c) implementere dette i handling. Dette er formulert i OUS' prosedyre for «Utarbeidelse, bruk og styring av dokumentasjon» (06.02.16) der det står:

«Hensikten med instruksjonen er å sikre dokumentstyring, dvs. styring av utarbeidelse, godkjenning, tilgjengelighet, oppdatering og arkivering av dokumenter slik at nødvendig informasjon er tilgjengelig når en trenger det, - samt at myndighetskrav om systematisk styring overholdes».

Instruksjonen ligger nær både tekst og intensjon fra «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring», og gjelder blant annet beskrivelse av hvordan tjenester og aktiviteter planlegges, utføres, kontrolleres og dokumenteres. Eksempler på dette er prosedyrer, retningslinjer, planer, organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, instruksjoner og sjekklister m.m. Ansvaret for dette plassert til klinikkene, slik at virksomhetens elementer også skal utvikle egne dokumenter for kvalitetssikring av egen aktivitet:

(...) «Klinikkledere har ansvar for at klinikkene og avdelingene har utarbeidet nødvendig interne styringsdokumentasjon»

(...) «Med styringsdokumentasjon menes prosedyrer, retningslinjer og andre styrende og informerende dokumenter som er nødvendige for å styre sykehusets aktiviteter og prosesser. Alle dokumenter av varig karakter skal skrives,

godkjennes, oppdateres og gjøres tilgjengelige i sykehusets elektroniske dokumentstyringssystem, eHåndboken. Det er et generelt lederansvar på alle nivåer å sørge for at dette skjer. Styringsdokumentasjon skal ikke legges i andre systemer».

Når man gransker funnene for Akuttklinikken fra intervjuer og dokumenter, og vurderer disse opp mot OUS' idealer er det en tydelig diskrepans mellom disse. Informantene gir uttrykk for at arbeid for å systematisere fagprosedyrer på tvers ikke har fungert, til dels på grunn av det som ble oppfattet som snevert mandat ovenfra, og til dels på grunn av lite funksjonelle arbeidsgrupper. Ledelsen gir uttrykk for at e-håndboken er et tilfeldig resultat av at man samlet alt på «den elektroniske låven», og at man ikke anser e-håndboken for et viktig verktøy for ledelse. Når man ser på dokumentene, bekreftes det inntrykket. I Akuttklinikken e-håndbok foreligger riktignok dokumenter som omhandler pasientbehandling og –forløp, og opplæring og avvikshåndtering. Imidlertid står mangelen på dokumenter som på overordnet plan regulerer aktiviteten, i kontrast til de verdiene og føringene som foretaket legger opp til. Det finnes ikke dokumenter som beskriver hvorledes ledelse skal organiseres for å fasilitere kvalitetsforbedring, eller hvordan man skal evaluere og forbedre behandlingen gjennom strukturerte tiltak. Ledelsen vurderer betydningen av e-håndboken som styringsverktøy til å være liten. Det legges dessuten små ambisjoner for dagen om å utbedre manglene.

De ansatte gir, på sin side, uttrykk for at prosedyreverket ikke er viktig i hverdagen. Man kan da spørre om det er viktig å utarbeide prosedyrer som ikke oppfattes som nyttige eller nødvendige. Jeg tror at man må ta denne diskusjonen på et overordnet nivå: hva er prosedyrene godt for? Som en av lederne sa, er det «viktig å kunne vise til den dagen man får et tilsyn». Forskriftene har et annet formål, nemlig at dette skal bidra til kvalitetsforbedring. Siden man ikke kan gjøre alt arbeidet på en gang, er det viktig at man identifiserer de områdene der man mener forbedringspotensialet er størst, både på et overordnet nivå (beskrivelse av ansvarsforhold etc) og for fagprosedyrer (hva er det man gjør sjelden, eller som er komplisert). Man må også ta stilling til hvor prosedyren skal gjelde – på noen områder må detaljene tilpasses lokalt, fordi man arbeider forskjellig. På andre områder kan prosedyrer gjelde for større deler av organisasjonen, som policy-dokumenter eller om overordnede forhold. På den måten kan man kanskje få prosedyrer som passer bedre til den virkeligheten de skal gjelde, til nytte for ansatte og ledere. Og man

kan motivere både ansatte og ledere til å gjøre noe mer enn å stue alt vesentlig og uvesentlig inn på «den elektroniske låven».

6.2.3 Oppsummering

Det oppleves ikke som noe problem at man ikke har formalisert det medisinsk faglige ansvaret i sykepleieravdelingene i Akuttklinikken. Sykepleierne har en klar oppfatning av dette. De er ikke alltid klar over hvem det er som er medisinsk faglig ansvarlig på overordnet nivå. Ledelsen oppfatter at man oppfyller lovens intensjon om plassering av dette ansvaret. Den kompenserende ordningen med «Stedlig koordinator» har hjulpet på dette.

Det er et sprik mellom de intensjoner man kan finne i forskrift og OUS-dokumenter om systematisering av kvalitetsforbedringsarbeid, og det man kan finne ved intervjuer og dokumentgjennomgang i akuttklinikken.

6.3 Organisasjonen i endring

Moderne organisasjoner gjennomgår endringer i liten og stor skala hele tiden. Endringer kan være begrunnet i ulike behov betinget i både interne og eksterne faktorer, men målet med endringene er å gjøre virksomheten bedre rustet til å løse de oppgavene som er kjernevirksomheten. Imidlertid vil det lett oppstå en viss skepsis eller til og med motvilje mot endring i en organisasjon. Jeg vil i det følgende se på teori om endring i virksomheter, og diskutere prosessen i OUS.

Endringer kan ha ulike dimensjoner, og kan berøre ulike forhold ved en virksomhet. (Jacobsen, Thorsvik, 2015) Det kan bety en forandring i den type oppgaver den løser, eller tjenester den yter. Det kan bety nye målgrupper eller nye metoder å utføre oppgavene på for samme målgruppe. Denne type endringer skjer hele tiden i helsevesenet, så det er man relativt vant til å håndtere: med ny kunnskap og ny teknologi kommer ny praksis.

Eksempelvis har behandlingen av hjerteinfarkt gjennomgått store endringer de siste ti-årene, med effekt for pasientene men også for behandlerne. (Gjesdal, 2016) Ny kunnskap og ny teknologi har endret medisinerings, og intervensjonell behandling, som det og åpne kransårene til hjertet. I de senere år har behandlingen med åpning av kransårene til hjertet endret seg fra operativ behandling av hjertekirurger, til «blokking» utført av

hjerteremedisiner. Dette betyr at det kreves nytt personell, nye arbeidsrom med røntgengjennomlysning, og ny organisering av «pasientsløyfen». Denne type endringer finner sted hele tiden i ulike felt av helsevesenet.

Men endringer kan også bety endring i organisasjonsstrukturen, i større eller mindre skala. Eksemplet over illustrerer hvordan endring i behandling gir endring i organisering, men dette skjer i mindre skala hvis man ser et sykehus eller helsevesenet under ett. En omorganisering som fusjon av helseregioner, eller fusjon som hovedstadsprosessen i Oslo-området er en radikal omstrukturering av store enheter i helsevesenet, med betydning for mange pasienter, fagfolk og ledere. Det krever en stor innsats, vilje til endring og forberedelse av de involverte for å lykkes.

Det er flere årsaker til at store endringer i virksomheter ikke lykkes. Blant de mer siterte er de forutsetningene som Kotter presenterte for tyve år siden. (Kotter, 1995) En av de viktigste poengene han fremhever er at store endringsprosesser krever tid. Ved å forsere tidsforløpet i endringsprosesser vil man skape en følelse av hurtighet og moment, men man vil nesten alltid møte problemer fordi organisasjonen ikke følger med. I OUS-prosessen har noe av kritikken vært rettet mot en tidsplan som ble altfor raskt gjennomført, og ikke tillot god planlegging og involvering av ledere og fagmiljøer. (kap 10.3, (Rohde et al., 2015) I rapporten om HSØ-prosessen er det flere informanter som fremheves det blant annet at det ble satt av lite tid til planlegging av prosessen. Mens det var brukt årevis i København og Stockholm, ble prosessen i HSØ forsert til den grad at det ble kommentert i rapporten: «her ble beslutningen tatt først så skulle liksom det andre skje etterpå». Det ble med andre ord brukt lite tid til å rede grunnen for en endring.

Selv om man ikke skal presse gjennom en for rask gjennomføring er det likevel nødvendig å skape en følelse av at rask endring er nødvendig (sense of urgency). Videre må man skape en solid allianse med viktige aktører i prosessen. I litteraturen om endringer i sykehus er det understreket at det er viktig å få fagmiljøene med i prosessen. Som Choi diskuterer i sin avhandling om sykehusfusjonen i Stockholm, var den manglende evnen til å få fagmiljøene med på prosessen en viktig faktor for de utfordringene man møtte. (Choi, 2011)

Videre må, man i henhold til Kotter, skape en visjon for endringen, kommunisere denne og evne å få andre til å tro på og videreformidle visjonen. Jeg har ikke stilt spørsmål om

visjon og forhold til denne til intervju-objektene, og har følgelig ikke direkte data på hvordan dette er oppfattet i Akuttklinikken. Det er likevel en manglende forståelse for fusjonen, og ingen opplevd effekt av denne, i henhold til flere av respondentene. Det gis uttrykk for at hensikten med OUS-fusjonen og den følgende stedsovergrepene organiseringen har hatt andre motiver som går mer på organisatorisk plan og fleksibilitet: som en intern «Manpower-organisering».

I henhold til Kotters faktorer for suksess (eller manglende sådan) understrekes også betydningen av å markere delmål og milepæler. Dette vil gi motivasjon for den helhetlige prosessen, og premiering av innsats i organisasjonen. Dette vil også konsolidere eller bekrefte den progresjonen man har oppnådd til dette punktet. De milepælene (Dag 1 til Dag 5) man i OUS-prosessen satte opp for progresjon markerte delmål for prosessen. (Helmers, Dolonen, 2011) Disse ble imidlertid forlatt på et senere tidspunkt da det ble klart at progresjonen ikke kunne følges. Dette ble ikke markert.

Motstand mot endring er vanlig ved endringsprosesser, og er (oftest) en rasjonell reaksjon. Det kan være flere årsaker til motstand, blant dem motvilje/frykt for det nye, tap av identitet, endring av maktforhold, tap av status eller økonomiske konsekvenser. (Kap. 11(Jacobsen, Thorsvik, 2015) Motstand mot endring er ikke negativt. Motstand og motargumenter kan tilføre en endringsprosess nødvendig kunnskap og innspill som kan korrigere prosessen på en hensiktsmessig måte, og derved bedre resultatet av endringsprosess.

En endringsprosess, især av større karakter, må forberedes og bearbeides grundig. Det er mange muligheter for ikke å lykkes, og det er stor mulighet for å møte motstand mot endring i virksomheten.

6.3.1 Fusjon

Det er en utfordrende oppgave å lede en organisasjon i endring. Organisasjonens og individenes oppfatning av kultur og identitet er diskutert over. Dette er basis for den motstand som mobiliseres ved utsikter til omfattende endringer. Jeg vil i det følgende diskutere noen aspekter ved endringsledelse i forhold til OUS prosessen. Jeg vil også diskutere noen av funnene, og referere litteratur om klinikere som ledere.

En av de sentrale oppgavene i endringsprosesser er å skape en opplevelse av at endring er nødvendig, og skape en allianse for å få til dette. Det betyr at man må overvinne en manglende tillit, og skape en tro på at endringer er nødvendige og gjennomførbare. (Yukl, 2015) I analysen av HSØ-prosessen kom det frem at dette var en utfordring. OUS-prosessen mistet også kredibilitet på grunn av det som ble oppfattet som en forsert tempoplan. Det er delte meninger om hva som er hensiktsmessig fremdrift, og noen hevder nettopp at endringer på innføres raskt i organisasjonen for det ikke skal bli tid til å bygge seg opp motstand. Andre mener at en gradvis endring over noe tid vil gi tid til å korrigere prosessen, og vinne aksept for videre endringer. (Yukl, 2015)

Selv om jeg ikke har etterspurt intervju-objektene oppfatning om selve gjennomføringen av fusjonsprosessen er det noen kommentarer fra dem som tyder på at i hvert fall deler av arbeidet i fusjonen ble gjennomført for raskt eller for dårlig. Det er trukket frem noen eksempler, blant annet stedsovergrepene seksjonsorganisering for legene, og omlegging av pasientsløyfer, der konsekvensene av tiltak var altfor dårlig utredet. Man har fra ledelsens side ikke tatt seg tid til å gjøre grundigere vurderinger og konsekvensanalyser før avgjørelser, og har måttet kompensere for dette i etterkant. Det har nok svekket de ansattes tillit til både fusjonsprosjektet og til lederne.

I en endringsprosess må man også få med fagmiljøene, hvis man vil øke sjansene for et vellykket resultat av fusjonen. Det er studert i sammenslåingen av Stockholms-sykehusene. (Choi et al., 2012) Her vises det at to ulike ledertilnærminger, der den ene klinikklederen ved å a) oppfatte sitt mandat til å gjelde også nedover, og ikke bare oppover, b) involvere legene i integreringsarbeidet («bottom-up» i stedet for «top-down»), og c) være nøye i sammensetning av lederteamet, klarer å få til en integrering av to fagmiljøer på tvers.

I intervju-undersøkelsen finner man responser blant sykepleiere og leger som tyder på at ledelsen i liten grad har involvert de ansatte. Sykepleierne opplever at de ikke blir tatt med på fagutviklingsprosesser. Det er det fagsykepleier som gjør, men vedkommende er borte fra «bedside» sykepleierne og pasientene. Leger gir også uttrykk for dette, bl.a i fagutviklingsprosesser. Der var føringene ovenfra såpass «stramme» at det ikke ble noen god prosess, eller resultat. Når man ga tilbakemelding oppover både på mandat og faglige føringer, og også at man trengte mer tid til dette arbeidet, ble arbeidet lagt på is. Det er også kommentarer som gir inntrykk av at dette har vært en «top-down»-prosess. I SINTEF-rapporten sies det fra en informant at «...dette måtte du tro på eller slutte» (s. 236) Det er

ingen såpass direkte kommentarer fra intervju-objektene i min undersøkelse, men flere av informantene sier likevel ting som tyder på at det ikke ble gitt stort rom for diskusjon ovenfra. Organisasjonsmodellen var tydeligvis et slikt tema, der det var svært stor vilje ovenfra til å «skape ett sykehus», tross geografiske, organisasjonsmessige og tidsmessige utfordringer. Slike prosesser svekker tilliten fra fagmiljøene.

Tillit er en viktig faktor for å få til en vellykket endringsprosess. Det kan være en utfordring å mobilisere entusiasme for fusjoner, for de erfaringene som foreligger, både fra internasjonale rapporter og fra nordiske/norske forhold er ikke entydig positive. I en undersøkelse fra en svensk sykehus-fusjon (Blekinge) har de ansatte liten tro på at man oppnår en rasjonalisering av driften, eller forbedring av kvalitet i pasientbehandlingen. (Ahgren, 2008) Dette passer med funn fra intervju-undersøkelsen. Men rasjonalisering og effektivisering er ikke noe uedelt motiv. En effektiv utnyttelse av ressursene vil i neste omgang gi mer ressurser til et annet område av helsetjenesten, slik at helseøkonomiske siktemål er også god helsepolitikk. (Magnussen, 2015)

I Sintef-rapporten sies det: «*mangel på reelt samarbeid "på tvers" i OUS, gjør at mye av ideen med fusjonen har mistet sin mening*», og som en av informanter der uttrykker det: "*man drifter helseforetaket nesten som om det ikke har skjedd en fusjon*". I intervjuene i min undersøkelse er det flere som angir at organiseringen ikke har hatt noen effekt for tverrstedlig fagutvikling og –utveksling. Man har altså ingen oppfatning av at organiseringen klarer å nyttegjøre seg fagmiljøenes kompetanse på tvers, Når man i tillegg har hatt noen tilfeller med forhastede beslutninger, har de ansattes tillit til prosessen blitt svekket.

6.4 Identitet og integrering

Store endringer i virksomheter, slik som fusjoner, leder ofte til motstand blant de ansatte, blant annet fordi de føler sin identitet truet. I kunnskapsorganisasjoner, som universiteter og høyskoler, er identitet viktig. I motsetning til produksjonsbedrifter, er kjernevirksomheten i kunnskapsorganisasjoner å levere kompetansebaserte tjenester. (Colman, 2014) Den kompetansen som ligger til grunn er ikke allment tilgjengelig, slik at tjenesteyter er på et vis «eksklusiv» og kan levere en tjeneste kunden eller klienten ikke kan skaffe selv. Sykehus er et godt eksempel på en kunnskapsbasert virksomhet. Det ytre

omdømmet, eller renomméet, til en slik virksomhet er viktig, siden det kan være vanskeligere å angi kvalitet på tjeneste enn på et produkt. Identitetsoppfatningen til virksomheten og de ansatte er den interne motsatsen til renomméet.

Identiteten kan være knyttet til organisasjonen, til profesjon, og til den delen organisasjonen man tilhører – teamet eller avdelingen. På et sykehus er det svært tydelige profesjoner, og kanskje er det større opplevelse av profesjonsidentitet enn organisasjonsidentitet i en slik virksomhet. I en fusjonsprosess vil imidlertid organisasjonen kunne føle sin identitet og autonomi truet, og man vil oppfatte seg mer assosiert med organisasjonen.

I OUS-fusjonen ble organisasjonsidentiteten tydelig – Rikshospitalet, Ullevål og Aker ble da mer enn navn, og var en viktig del av det de ansatte assosierte seg med. I SINTEF-rapporten om HSØ-fusjonen ble det hevdet av informanter at OUS-prosessen tok for lite hensyn til kulturforskjellene mellom sykehusene. (s. 121 (Rohde et al., 2015)

Organisasjonskulturen knyttes opp til den måten man løser oppgavene på innen en gruppe eller enhet:

«organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til problemene»¹⁰ (s. 130 (Jacobsen, Thorsvik, 2015)

Det vil derfor utvikles ulik kultur på forskjellige sykehus, selv i liknende oppgaveløsninger eller pasientbehandlingsforløp. Dette avhenger av forskjell i organisering, forskjell i behandlere og team, og forskjeller i pasienter. Da det ble store problemer mellom OUS-sykehusene i strategi-arbeidet ble dette forklart med kulturforskjeller. Imidlertid hevder flere av informantene at *«påpekning av kulturforskjeller i alt for stor grad ble brukt som en unnskyldning for at man ikke lykkes med den ledelsesmessige og forvaltningsmessige gjennomføringsdelen»* (s. 127 (Rohde et al., 2015) Identitetsoppfatninger og kultur kan altså ha virket som bremsere i OUS-prosessen, men flere av fagmiljøene var også interessert

¹⁰ Dette sitatet er opprinnelig fra Schein, E. (1985) *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey Bass

i de mulighetene som åpnet seg. En full utnyttelse av dette potensialet fordrer imidlertid at de flyttes sammen fysisk, noe som i liten grad har skjedd.

I intervju-undersøkelsen oppfattes identitetsfølelsen til informantene (ansatte) å ligge både i profesjonstilhørighet og til enheten eller avdelingen de jobber ved. En av sykepleierne mente at den stedovergripende organiseringen av sykepleieravdelingen separat fra legene, ga gruppen den autonomi som faget legitimerte. De fleste, både leger og sykepleiere, anga imidlertid at den nye organiseringen medførte en avstand til den andre yrkesgruppen som oppleves uhensiktsmessig og fremmedgjørende. Organiseringen har gått utover den kollektive identiteten man har hatt på tvers av profesjoner ved intensivavdelingene tidligere, der leger og sykepleiere har opplevd seg som deler av én avdeling, noe som fremheves av flere av informantene. Riktignok har det antagelig vært nokså tydelige skiller mellom profesjonsgruppene tidligere også, men omorganiseringen har, slik det oppfattes, økt denne avstanden. Det har blant annet den konsekvensen at det er tyngre å drive fagutviklingsarbeid og koordinering av dette enn det var tidligere:

«det har betydd mye at leger og sykepleiere er organisert «bort» fra hverandre. Før kunne vi ha møter jevnlig, og diskutere drift og behov for endringer. Nå er det et mye større lag som skal være med og ha noe å si, kanskje N3-nivået også. Det går tregere, og man lar derfor være å ta opp ting. Det er for tungt.» (lege)

Det har liten betydning for de ansatte at man er organisert på tvers. Blant informantene opplever hverken leger eller sykepleiere noen fordeler av denne organiseringen. Det at man ser de andre i samme profesjon på seminar eller fest en gang i blant, er ikke tilstrekkelig til at det bygger noen felles identitetsfølelse. Det gir heller ikke grunnlag for noen faglige faglig utveksling på tvers. Til det kreves kjennskap til hverandre, til hverandres oppgaver og hverandres kultur.

De forsøkene på å få til faglig samarbeid om retningslinjer eller prosedyrer har ikke vært vellykket. Til dels har det vært for ulike virkeligheter, og til dels har gruppene fungert suboptimalt. Hvis dette skulle lykkes ville det kreve mer tid, og de ressursene ble ikke prioritert. Arbeidet med administrativ integrering av enhetene fra de ulike lokalisasjonene fikk det meste av oppmerksomheten, og det ble satset halvhjertet eller lite på faglig utvikling og integrering.

Som nevnt i kapittel 3.4.4 kan man dele integreringsprosesser i to distinkte prosesser. «Human integration» vil si hvordan man lykkes i å forene fagmiljøer og fagpersoner, og få disse til å jobbe sammen på et vis som er tilfredsstillende for de ansatte, samt å utveksle eller assimilere kultur. «Task integration» vil si integrering av prosesser, operative evner, og oppgaver. Begge disse integreringsprosessene må lykkes for å få et godt resultat totalt. Dersom de to integreringsprosessene utvikler seg ulikt, enten fordi man satser mer på den ene prosessen eller fordi man ikke lykkes med den ene (eller begge), vil resultatet bli suboptimalt. (Birkinshaw et al., 2000) Vellykket integrering er en forutsetning for å kunne få synergi-effekt av en fusjon.

I e-håndboken til OUS finnes lite som viser en integrert organisasjon. Fagprosedyrene er stort sett organisert etter geografisk lokalisering, eller de er forsynt med et suffiks som indikerer hvor den er ment å gjelde. Det er få administrative eller overordnede retningslinjer, og blant de som finnes er det ingen dokumenter som viser hvordan man tenker å integrere fagmiljøer, få til fagutveksling eller på annen måte «ta ut potensialet» ved å være organisert på tvers innen den enkelte profesjon. (Det at man har fagprosedyrer som er spesifikke for de enkelte lokalisasjoner er ikke nødvendigvis negativt. Man har forskjellig organisering, og ulike pasientpopulasjoner på de enkelte lokalisasjonene, slik at prosedyrene avspeiler en nødvendig forskjell i praksis.)

Det store savnet er en tydelig faglig ledelse, og faglig fellesskap. Dette representerer et uutnyttet potensiale, som kunne vært brukt til felles undervisning, felles strategiplanlegging, felles prosedyreverk, felles ambisjoner. I den grad det foregår i dag er det i hvert fall underkommunisert til de ansatte. Åtte år etter fusjonen er det gjort ikke gjort vesentlige grep med prosedyreverket. Det kan se ut som ledelsen ikke bare har prioritert dette arbeidet ned, men til en viss grad har resignert.

Det er med andre ord satset lite på (faglig) integrering. De forsøkene som ble gjort strandet tidlig, og det har ikke blitt fulgt opp senere. Det er derfor ikke så merkelig at man ikke kan finne noen opplevelse av felles identitet eller kultur hos intervju-objektene, eller i e-håndboken. Integreringen har tilsynelatende begrenset seg til felles administrative systemer, og tjenesteplaner.

6.4.1 Ledelse og integrering

Jeg har i kapitlet om Fusjon diskutert lederens rolle i fusjonen. Tematisk er det et visst overlapp med lederens rolle i integrering, men jeg vil her gå nærmere inn på ledernes rolle og oppfatninger i Akuttklinikken.

I min intervju-undersøkelse opplever informantene (ansatte) få fordeler ved å være stedsovergripende organisert. Dette gjelder både sykepleiere og leger. Det har skjedd lite faglig utveksling, og man har liten kjennskap til de andre i samme profesjonsavdeling som er på andre lokalisasjoner. Man har enkelte unntak, som enkelte seminar, forsøk på fagsamarbeid, og noe erfaringsutveksling. Det siste er hovedsakelig blant ledere. Lederinformanter hevder at organiseringen var et resultat av vilje til å organisere «ett samlet sykehus», med ganske klare føringer ovenfra. Det medfører svakheter som formuleres ganske klart: *«matrisen har ikke fungert godt nok»* og *«man har prøvd å drive en tverrgående struktur fordi man skulle ønske at... eller utfra der man ville vært»*.

Organiseringen har medført utfordringer. En av disse er tolkningen av reguleringer om plassering av medisinsk faglig ansvar i avdelinger uten leder som kan ta dette. I henhold til lov og forskrifter skal det da oppnevnes en medisinsk faglig rådgiver i stab. Slik er det ikke organisert i sykepleieavdelingene i Akuttklinikken. Det oppfattes som at «lege» har ansvaret for det medisinske, mens sykepleieledere har administrativt ansvar for sykepleietjenesten. Sykepleiere har ikke problemer med å oppfatte denne ordningen, det er en del av den kliniske kontrakten. Det er imidlertid ikke formalisert hvilken lege det dreier seg om i det enkelte tilfelle. Det er opprettet en kompensierende ordning for «Stedlig koordinator» som har ansvar ved uenighet der forvaltningen av medisinsk faglig ansvar kan være på tale. Imidlertid er det begrenset til drift i det daglige, det vil si «vetorett» når det gjelder strykninger av operasjonsprogram og liknende. Det er tvil om dette oppfyller lovgivers intensjon om medisinsk faglig ansvar, men dette oppleves ikke som noe problem av ansatte eller ledere. Her fungerer den ikke-formalisert ordningen i fravær av en formalisert retningslinje eller ansvarsfordeling.

Den tverrstedlige organiseringen har medført at det antagelig er større effekt av organiseringen for ledere enn for ansatte, og at en av konsekvensene av organiseringen er at ledergruppen er bedre sammensveiset. Dette er gjør at ledelsen løper den risiko at de har en intern og annen oppfatning av forholdene i organisasjonen, enn det de ansatte har. En slik avstand er kommentert i samfunnsdebatten også: «Ved OUS er det en ny type profesjonsstrid som utkjemper: mellom sykehusets tradisjonelle faggrupper og et

ekspanderende sjikt av markedsstyrte ledelsesteknokrater med bunnlinjen som høyeste verdi». (Slagstad, 2012) Selv om dette er en kommentar som nok påpeker et skille høyere opp i systemet, er det vist at en for ledelsen har betydning for fusjonsprosesser på sykehusnivå, også. Dette er en av hovedfunnene i avhandlingen fra Stockholm-fusjonen; hvis ledergruppen og administrasjonen blir for godt konsolidert før de ansatte «er med», kan dette være til hinder for prosessen for å få fagmiljøene og de ansatte med på prosessen (s. 44-45 (Choi, 2011):

«To avoid the dangerous trap of managerial hubris that misguides top management, a true understanding of the multiple competing institutional logics inherent in hospital mergers is recognized as a more appropriate basis for executive work rather than “pure” managerialism.»

Uten å overtolke funnene fra min undersøkelse er det noen utsagn som gir inntrykk av at det er en viss avstand, og kanskje til og med polarisering, mellom ansatte og ledelsen. En av informantene gir uttrykk for at ledelsen (over egen nærmeste leder) er ukjent for henne. En annen hevder at en av hovedeffektene med organiseringen er at den «*skaper større avstand til ledelsen*». Dette kan oppfattes både geografisk, organisatorisk og kanskje også ideologisk. En av lederne kom med følgende utsagn: «*Når det gjelder fagmiljøene dyrker de sin egen markedsverdi ved å gjøre seg veldig spesielle (...) hvis man blir for eksklusive blir det for kleint for fremtidens krav*». Man kan ane en spenning mellom ansatte og ledere. De ansatte opplever avstand til ledelsen, og ledere synes de ansatte skyver faget foran seg og gjør seg utilgjengelige for endring.

Lederne på sykehus- og klinikknivå er leger og sykepleiere i nye posisjoner. Men hvordan blir ledere i kliniske avdelinger ledere og hvilken identitetsoppfatning har de? Ivan Spehar har studert dette i sin doktoravhandling om ledere i sykehus fra norske forhold. (Spehar, 2015) Klinikere, både leger og sykepleiere, beskriver ofte at de ikke har hatt planer om å bli leder, men at de på et tidspunkt har blitt spurt, latt seg overtale, eller til og med følt seg presset, til å ta en lederposisjon. Noen har akseptert lederrollen nærmest fordi det er deres tur, mens en beskriver å ha søkt lederjobb for å hindre at en annen ble leder. De færreste beskriver noen planmessig tilnærming eller noe karriereløp for å bli ledere. (Spehar et al., 2012) Mange beskriver at de følte seg uforberedt på oppgavene som leder, og de måtte lære seg ledelse underveis. Denne manglende forberedelsen, og også ensomhetsfølelse i den nye posisjonene kan man finne hos kliniske ledere i andre studier også. (Ham et al.,

2011) I denne britiske studien peker man ulike grunner til at leger blir ledere. Få av de lederne som er intervjuet hadde formell lederutdanning, men siktet på å lære underveis i arbeidet, som «amatører» uten utdanning i lederfaget. Mange holdt også en fot i klinisk arbeid, dels for å ha medisinsk faglig legitimitet, og dels for å ha en retrettmulighet hvis de ønsket å tre ut av lederjobben. De identifiserte seg altså i stor grad som leger og klinikere, selv i lederposisjon. Ham mener dette understreker inntrykket av at de var «keen amateurs» mer enn profesjonelle ledere.

Dette har man også studert i norske forhold. Leger i lederposisjoner holder på sin identitet som leger og klinikere. Mange forsøker å holde på en andel klinisk praksis, dels for å opprettholde identitet, og dels for å vedlikeholde en legitimitet som kliniker i organisasjonen, «en av dere». De opplever også klinisk praksis som en «oase» der de behersker oppgavene og opplever en orden de savner i lederarbeidet. (Spehar et al., 2015) Sykepleiere i lederposisjoner distanserer seg lettere fra sin rolle som kliniske sykepleiere. Dette kan være fordi arbeidet som sykepleier kan være slitsomt og innebærer skiftarbeid. Lederrollen assosieres mer med autonomi status og autoritet. (Spehar et al., 2015, Johansen, Gjerberg, 2009)

Dette har ikke vært noe tema i intervjuundersøkelsen min, men det er nyttig å ha disse refleksjonene i bakhodet når man vurderer effektene av omorganiseringen ved OUS.

6.5 Avsluttende diskusjon

“Er organiseringen i Akuttklinikken hensiktsmessig?”

Det er blant ansatte ikke noen opplevet fordel å være organisert i stedsovergrepene avdelinger separat fra andre profesjonsavdelinger på samme lokalisasjon. Det oppleves som lengre avstand mellom profesjonene. Dette har resultert i tap av fellesskapsfølelse, og at det er vanskeligere å drive felles fagutvikling og forbedringsarbeid på den enkelte lokalisasjon.

Ledere synes heller ikke at organiseringen understøtter oppgaveløsningen, den er laget for å være «ett sykehus», og det er OUS i realiteten ikke så lenge det er lokalisert på ulike steder. Organiseringen er laget «for noe man skulle ønske ... et sted man ville vært».

Det er få fordeler med å være organisert i profesjonsspesifikke avdelinger på tvers. Man har ikke lyktes med integrering, eller felles fagutviklingsarbeid. Tross forsøk på dette, blant annet ved felles arbeid med retningslinjer, og noen felles fagseminar, har dette i liten grad gitt uttelling i form av felles identitet eller stedsovergripende fagprosedyrer. For ledere kan det likevel gi fordeler for harmonisering av administrative systemer og bedre administrativ og økonomisk kontroll.

E-håndbokens innhold og organisering viser at det er oppnådd liten grad av integrering, og det er få spor av hvordan ledelsen har tenkt at dette kan gjennomføres. De ansatte har liten nytte av e-håndboken i det daglige, og ledere sier at dette ikke har vært prioritert arbeid, og at det ikke oppfattes som et viktig verktøy for ledelsen for å utøve tverrstedlig lederskap.

Organisasjonsstrukturen oppleves uvedkommende for de ansatte, og har hatt en uheldig effekt ved å øke distanse mellom ledelse og de ansatte. Denne spenningen kan gjenfinnes hos ledere.

Det oppleves altså manglende felles identitet, og få fordeler med organiseringen. Et annet spørsmål er derfor om det er nødvendig med økt grad av integrering? Kultur på det enkelte arbeidssted er avhengig av arbeidsoppgaver og organisering, og vil utvikles over tid. Så lenge det er forskjeller i arbeidsoppgaver og organisering på ulike steder i klinikken, må man tro at de som utøver oppgavene kan finne mest mulig effektiv og hensiktsmessig arbeidsform der de er. Kanskje har det begrenset verdi å utarbeide felles rutiner eller prosedyrer, så lenge man arbeider såpass geografisk definert.

For klinikkledelsen gir organisasjonsstrukturen god anledning til en tettere og mer direkte kontroll på beslutninger. Dette gir igjen bedre mulighet for oppgavefordeling mellom de ulike lokalisasjonene, og derved bedre utnyttelse av de samlede ressursene. Især for intensivavdelingene er samlet koordinering av pasientbelegg og bedre fordeling av oppgaver en gevinst.

Likevel får man inntrykk av at enhetene ved de ulike lokalisasjonene fungerer som separate enheter. Både i intervjuer, og i dokumentgjennomgang bekreftes dette. Den stedsovergripende organiseringen må derfor kompensere for dette, eksempelvis med «stedlig koordinator».

Den stedsovergripende organiseringen er laget for «ett sykehus». Den oppfattes ikke som fasiliterende for oppgaveløsning av de ansatte, og ledere oppfatter at modellen har store svakheter. Den har til dels gjort lokal fagutvikling tyngre, uten å få til tverrstedlig integrering. En uheldig konsekvens er at avstanden mellom ansatte og ledere oppleves å ha økt.

For å besvare det innledende spørsmålet: på grunnlag av funn i studien kan organiseringen i Akuttlinikken ikke sies å være hensiktsmessig.

7 Litteraturliste

- Ahgren, B. 2008. Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: responses to a hospital merger in Sweden. *Health Policy*, 87, 92-9.
- Anthun, K. S., Kittelsen, S. A. C., Magnussen, J. 2017. Productivity growth, case mix and optimal size of hospitals. A 16-year study of the Norwegian hospital sector. *Health Policy*, 121, 418-425.
- Birkinshaw, J., Bresman, H., Håkanson, L. 2000. Managing the post-acquisition integration process: How the human iintegration and task integration processes interact to foster value creation. *Journal of management studies*, 37, 395-425.
- Bowen, G. A. 2009. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9, 27-40.
- Choi, S. 2011. *Competing logics in hospitale mergers - The case of the Karolinska University Hospital*. PhD, Karolinska Institutet.
- Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., Brommels, M. 2012. Managing clinical integration: a comparative case study in a merged university hospital. *Journal of Health Organization and Management*, 26, 486-507.
- Colman, H. L. 2014. *Organisasjonsidentitet*, Oslo, Cappelen Damm Akademisk.
- Colman, H. L., Lunnan, R. 2011. Organizational identification and serendipitous value creation in post-acquisition integration. *Journal of management*, 37, 839-860.
- Fulop, N., Protopsaltis, G., King, A., Allen, P., Hutchings, A., Normand, C. 2005. Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England. *Social Science & Medicine*, 60, 119-130.
- Gjersvik, P. 2010. Ett sykehus - flere merkevarenavn. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 130, 1905.
- Gjesdal, K. 2016. Hjerterinfarkt før og nå - et 50 års perspektiv. *Tidsskriftet for den Norske Legeforening*, 136, 833-836.
- Graebner, M. E. 2004. Momentum and serendipity: How acquired leaders create value in the integration of technology firms. *Strategic Management Journal*, 25, 751-777.

- Hagen, T. P., Vrangbæk, K. 2009. The changing political governance structures of Nordic health care systems. I: Magnussen, J., Saltman, R. B., Vrangbæk, K. (red.) *Nordic health care systems : recent reforms and current policy challenges*. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Ham, C., Clark, J., Spurgeon, P., Dickinson, H., Armit, K. 2011. Doctors who become chief executives in the NHS: from keen amateurs to skilled professionals. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 113-119.
- Haug, C. 2010. Fratatt identiteten. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 130, 131.
- Helmers, A.-K. B., Dolonen, K. A. 2011. Byggeplass, flyttebyrå og sykehus. *Sykepleien*, 99, 28-37.
- Helsedirektoratet 2017. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>: Helsedirektoratet.
- Husom, N. 2002. Fem regionale helseforetak styrer 47 små. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 122, 740-741.
- Ingebrigtsen, T. 2010. Helseøkonomiske effekter av sykehussammenslåinger. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 130, 940-942.
- Ingebrigtsen, T., Lind, M., Krogh, T., Lægland, J., Andersen, H., Nerskogen, E. 2012. Merging of three hospitals into one university hospital. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 132, 813-817.
- Jacobsen, D. I., Thorsvik, J. 2015. *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Johansen, M. S., Gjerberg, E. 2009. Unitary management, multiple practices? *J Health Organ Manag*, 23.
- Kjekshus, L., Hagen, T. 2007. Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12, 230-235.
- Kotter, J. P. 1995. Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, March-April, 59-67.

- Magnussen, J. 2015. Børs og katedral. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 135, 1616.
- Malterud, K. 2002. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 2468-2472.
- Malterud, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Mintzberg, H. 1989. *Mintzberg on management : inside our strange world of organizations*, New York, The Free Press.
- Molven, O. 2015. *Helse og jus*, Oslo, Gyldendal juridiske.
- NOU. 2016. 25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?
<https://www.regjeringen.no/contentassets/6db6ac4fbfde49e6bc5f8bd615c6fa1e/nou/nou201620160025000dddpdfs.pdf>
- Olsvold, N. 2010. *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. PhD, Universitetet i Oslo.
- Rohde, T., Torvatn, H. Y., Magnussen, J., Lippestad, J. W., Kalseth, B., Martinussen, P. E. 2015. Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst. SINTEF.
<http://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=SINTEF+A26795>
- Shirley, R. C. 1973. Analysis of employee and physician attitudes toward hospital merger. *Academy of Management Journal*, 16, 465-480.
- Slagstad, R. 2012. Helsefeltets strategier. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 132, 1479-1485.
- Spehar, I. 2015. *Leadership in Norwegian hospitals: a qualitative study of clinical managers' pathways, identities, and influence strategies*. PhD, Universitetet i Oslo.
- Spehar, I., Frich, J. C., Kjekshus, L. E. 2012. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12, 421.
- Spehar, I., Frich, J. C., Kjekshus, L. E. 2015. Professional identity and role transitions in clinical managers. *J Health Organ Manag*, 29, 353-66.

Stølan, J., Gjerding, M. L., Hvidsten, I. 2013. Frykter at pasienter dør i kø mens OUS-ledelsen krangler. *VG*, 17.12.2013.

Svensson, R. 1996. The interplay between doctors and nurses—a negotiated order perspective. *Sociology of Health & Illness*, 18, 379-398.

Yukl, G. 2015. Å lede organisasjonsendringer. I: Martinsen, Ø. L. (red.) *Perspektiver på ledelse*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Zaheer, A., Castañer, X., Souder, D. 2013. Synergy sources, target autonomy, and integration in acquisitions. *Journal of Management*, 39, 604-632.

Lover

Lov om helseforetak, 2001-06-15, <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2001-06-15-93?searchResultContext=1123>

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-61?searchResultContext=1430>

8 Vedlegg

- Godkjenning fra personvern/sikkerhetsseksjon OUS (denne er utvidet til også å gjelde leger i klinikken, e-post mars 2017)
- Intervjuguide

