



Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene

2018

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAGSGIVER: Norsk sykepleierforbund

RAPPORT NR: 1020385

RAPPORTENS TITTEL: Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene

ANSVARLIG KONSULENT: Gitte Haugnæss

FOTOGRAFI I RAPPORT: www.schutterstock.com

DATO: 22.10.2018

Forord

Denne undersøkelsen ser nærmere på organisering og styring av sykepleietjenesten i et utvalg somatiske sykehus. Etter innføringen av enhetlig ledelse har ikke lenger sykepleietjenesten en sammenhengende linje til toppen i sykehusene. Norsk Sykepleierforbund (NSF) ønsket å få kunnskap om hvordan dette fungerer og hvilke konsekvenser det eventuelt har at sykepleietjenesten ikke er synlig i den helhetlige organisasjonsstrukturen og styringslinjen.

Sykepleietjenesten utgjør den største personellmessige innsatsfaktoren i sykehusene og har det døgnkontinuerlige ansvaret for pasientene. Hvordan denne tjenesten ledes og ressursene utnyttes er dermed av avgjørende betydning både for kvaliteten i pasientbehandlingen, og for ressursutnyttelsen i sykehusene.

Agenda Kaupang fikk derfor i oppdrag av NSF å gjøre en undersøkelse for å få økt kunnskap om hvordan helseforetakene og sykehusene ivaretar den strategiske ledelsen og utviklingen av sykepleietjenesten på alle nivåer i organisasjonen. Undersøkelsen er primært gjennomført som casestudier ved fire helseforetak: St. Olavs hospital HF ved Klinikk for hjertemedisin, Sørlandet sykehus HF ved medisinsk avdeling i Klinikk for somatikk Kristiansand, Sykehuset i Vestfold HF ved Medisinsk klinikk og Nordlandssykehuset HF ved Medisinsk klinikk.

Oppdraget er gjennomført av Gitte Haugnæss (ansvarlig prosjektleder) og Eilin Eikeland, Tom Schjetne og Jon Anders Lohne som prosjektmedarbeidere.

Vi takker for et interessant oppdrag og for et meget konstruktivt samarbeid med NSF.

Stabekk, 22. oktober 2018

Innhold

1	Kort sammendrag	6
2	Bakgrunn og metode	9
2.1	Formål med undersøkelsen	9
2.2	Problemstillinger som undersøkelsen skal belyse	9
2.3	Organisasjonsteoretisk tilnærming	9
2.4	Bruk av metoder	10
2.4.1	Innledende intervjuer	10
2.4.2	Gjennomgang av dokumenter	11
2.4.3	Casestudier	11
2.4.4	Referansegruppe	13
2.5	Analyse og rapportering	13
3	Overordnet om organisering og styring av sykepleietjenesten i spesialisthelsetjenesten	14
3.1	Spesialisthelsetjenestens oppgaver og organisering	14
3.2	Overordnet styring av RHFene og helseforetakene	15
3.3	Ledelse i helseforetakene	16
3.4	Utviklingstrekk og utfordringer knyttet til organisering og styring av sykepleietjenesten i spesialisthelsetjenesten	17
4	Beskrivelse av valgte case	19
4.1	St. Olavs hospital HF – Klinik for hjertemedisin	19
4.1.1	Styring	19
4.1.2	Organisering	20
4.1.3	Ledelse	22
4.1.4	Samarbeidsstrukturer	23
4.1.5	Fagutvikling/kompetanse	24
4.1.6	Oppsummering styrker og utfordringer	25
4.2	Sørlandet sykehus – Medisinsk avdeling i klinikk for somatikk Kristiansand	26
4.2.1	Styring	26
4.2.2	Organisering	27
4.2.3	Ledelse	29
4.2.4	Samarbeidsstrukturer	31
4.2.5	Fagutvikling/kompetanse	31
4.2.6	Oppsummering styrker og utfordringer	32
4.3	Sykehuset i Vestfold – Medisinsk klinikk	32
4.3.1	Styring	33
4.3.2	Organisering	34
4.3.3	Ledelse	35
4.3.4	Samarbeidsstrukturer	36
4.3.5	Fagutvikling/kompetanse	36
4.3.6	Oppsummering styrker og utfordringer	37
4.4	Nordlandssykehuset – Medisinsk klinikk	38
4.4.1	Styring	38

4.4.2	Organisering	38
4.4.3	Ledelse	40
4.4.4	Samarbeidsstrukturer.....	41
4.4.5	Fagutvikling/kompetanse	41
4.4.6	Oppsummering styrker og utfordringer.....	41
5	Likheter og forskjeller i organisering og styring mellom de fire casene	42
5.1	<i>Kort om casene: Alle er fra medisinsk fagområde ved store helseforetak, men med ulike funksjoner, størrelse og lokalisering.....</i>	42
5.2	<i>Det varierer hvor tydelig den formelle styringen og oppfølgingen er.....</i>	42
5.2.1	<i>Savner styringsindikator på pleiefaglig tyngde</i>	42
5.2.2	<i>Styring i mange ledd er krevende</i>	43
5.3	<i>Ulike prinsipper for organisering av sykepleietjenesten - sykepleiefaglig eller medisinskfaglig tilnærming.....</i>	43
5.4	<i>Ledelse av det sykepleiefaglige foregår i all hovedsak på det pasientnære nivået og av sykepleiere, mens strategisk ledelse av det sykepleiefaglige er mindre synlig.....</i>	45
5.4.1	<i>Sammensetning av ledergruppene – legene dominerer</i>	45
5.4.2	<i>Roller og ansvar – kontrollspenn en utfordring.....</i>	47
5.5	<i>Fortsatt potensiale for bedre samarbeid på tvers av enheter om ressursutnyttelse og faglig utvikling innen sykepleietjenesten</i>	48
5.6	<i>Fokus på fag-/kompetanseutvikling av sykepleietjenesten på det pasientnære nivået, men koblingen til det strategiske nivået er mer utydelig</i>	48
5.6.1	<i>Planer for fag-/kompetanseutvikling – ulike tilnærminger.....</i>	48
5.6.2	<i>Ulik organisering av fagutviklingsarbeidet.....</i>	49
Vedlegg: Intervjuguide - case		

1 Kort sammendrag

Helseforetakene og sykehusenes hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Sykepleietjenesten har en sentral rolle gjennom den pleie, omsorg og behandling som utføres i all hovedsak av sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere. Sykepleiere er dessuten den tallmessig største personellgruppen i sykehusene. Rammebetingelsene for denne tjenesten, herunder hvordan den organiseres, styres og ledes, har derfor stor betydning for kvalitet på tjenestene, pasientsikkerhet og ressursutnyttelse på sykehusene.

Formålet med undersøkelsen har vært å få økt kunnskap om hvordan helseforetakene og sykehusene ivaretar den strategiske ledelsen og utviklingen av sykepleietjenesten på alle nivåer i organisasjonen. Undersøkelsen er primært gjennomført som casestudier ved fire helseforetak: St. Olavs hospital HF ved Klinikk for hjertemedisin, Sørlandet sykehus HF ved Medisinsk avdeling i Klinikk for somatikk Kristiansand, Sykehuset i Vestfold HF Medisinsk klinikk og Nordlandssykehuset HF ved Medisinsk klinikk. Casene i denne rapporten er alle fra medisinsk fagområde ved store helseforetak, men med ulik størrelse og funksjon. Hovedfunn er som følger:

Det synes å variere hvor tydelig den formelle styringen og oppfølgingen av sykepleietjenesten er.

Styringsindikatorer som brukes på kvalitet og pasientsikkerhet oppfattes å være sykepleiefaglig relevante, men det etterlyses indikatorer som måler pleietyngden som grunnlag for en mer presis dialog om kapasitet og ressursbruk (jf. også Riksrevisjonen 2015). Foretakene har i ulik grad en tydelig styringsstruktur knyttet til oppfølging av sykepleietjenesten. Vår vurdering er at en tydelig styringsstruktur mht. konsistens mellom strategi-/virksomhetsplan, økonomi og leder-/driftsavtaler fra foretaksnivå til seksjons-/enhetsnivå er et viktig redskap for å kunne følge opp og utvikle tjenesten. Hvordan selve styringsdialogen mellom ulike ledernivåer er rigget mht. å sette mål, vurdere resultater og ev. avvik vil i tillegg være vesentlig for organisasjonens evne til å lære og utvikle seg basert på erfaringer. Ren rapportering og kontroll har begrenset verdi.

Det er ulike prinsipper for organisering av sykepleietjenesten, enten primært en sykepleiefaglig eller medisinskfaglig tilnærming.

Vi ser at det i hovedsak er to prinsipper som er lagt til grunn for å organisere sykepleietjenesten:

- Medisinskfaglig tilnærming: dvs. følge medisinske (sub-)spesialiteter med vekt på at profesjonene jobber i team rundt pasienten. Hovedutfordringen med denne modellen kan være å synliggjøre/ ivareta det sykepleiefaglige i den vertikale linjen da det sykepleiefaglige fragmenteres.
- Sykepleiefaglig tilnærming: dvs. vektlegger det sykepleiefaglige på tvers av medisinske spesialiteter. Hovedutfordringen med denne modellen kan være at det oppstår flere formelle grensesnitt for å samarbeide rundt pasienten.

Generelt er holdningen blant informantene at flere organisasjonsmodeller (strukturer og systemer) kan fungere godt, men at roller, ansvar og myndighet må være tydelig definert mht. å ivareta sykepleietjenesten. Dette er også i tråd med forskning¹ som i liten grad underbygger klare sammenhenger mellom organisasjonsstruktur og effektivitet og resultat. Det er derfor viktig at man er bevisst hvilke styrker og svakheter den organisasjonsstrukturen man har valgt har, slik at det kan jobbes med tiltak for å kompensere for svakhetene. Vi kan likevel anta at en organisasjonsstruktur som tydeliggjør sykepleietjenesten vil legge til rette for mer oppmerksomhet

¹ Jacobsen og Thorsvik, 2005

på styring og utvikling av tjenesten enn en struktur som tar utgangspunkt i pasientens diagnose (medisinskfaglig tilnærming) som i større grad bidrar til en fragmentert organisering av tjenesten.

Fortsatt potensial for bedre samarbeid på tvers av enheter om ressursutnyttelse og faglig utvikling innen sykepleietjenesten

Selv om samarbeidet i all hovedsak ser ut til å fungere bra i våre caser, så synes det å være et potensial for å strukturere og formalisere samarbeidet i større grad enn det som er tilfellet i dag. Dette gjelder både samarbeid om utnyttelse av ressurser på tvers og fagutvikling internt i sykepleietjenesten, samt med andre personellgrupper.

Fokus på fag-/kompetanseutvikling av sykepleietjenesten på det pasientnære nivået, men koblingen til det strategiske nivået er mer utydelig

Alle helseforetakene legger vekt på fag-/kompetanseutvikling i sine plandokumenter om enn på ulik måte og ulikt nivå. Likeledes finner vi at de fire casesykehusene har noe ulik tilnærming mht. hvordan de arbeider med fagutvikling og kompetanseutvikling og hvor prioritert dette arbeidet oppfattes å være. Eksempelvis vektlegger to av casene fagutvikling og ønsker mer forskning, mens ett av casene understreker behovet for å styrke kompetansen hos alle ansatte knyttet til kontinuerlig forbedringsarbeid.

Vårt hovedinntrykk er at fag- og kompetanseutvikling for sykepleietjenesten primært foregår på seksjons-/enhetsnivå. Det er etablert ulike planer og systemer for oppfølging knyttet til faglig ajourhold og oppdatering av kompetanse. Dette oppfattes i hovedsak å fungere bra, men det kan være utfordrende å ha tilstrekkelig oppmerksomhet på fagutvikling i en hektisk hverdag der det også er fokus på drift og økonomi i enheter med et stort kontrollspenn. Når det gjelder strategisk fagutvikling for sykepleietjenesten på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå er det indikasjoner på at dette varierer i større grad, og koblingen til overordnede planer og styringsdokumenter er svakere.

Ledelse av det sykepleiefaglige foregår i all hovedsak på det pasientnære nivået og av sykepleiere, mens strategisk ledelse av det sykepleiefaglige er mindre synlig

Samtidig som funnene våre peker på betydningen av organisering og styring, deler vi også informantenes oppfatning om at ledelse, kultur for samarbeid og personlige relasjoner er vesentlig for hvor godt samarbeidet rundt pasienten fungerer. Det betyr at ledere på strategiske ledernivåer (avdelings-/klinikk-/foretaksnivåer) må ha den nødvendige forståelsen og oppmerksomheten knyttet til bruk og utvikling av den sykepleiefaglige ressursen, uavhengig av profesjonsbakgrunn. Det kan likevel være slik at ledere med sykepleiefaglig bakgrunn vil ha bedre forutsetninger for å kunne ivareta det sykepleiefaglige perspektivet enn ledere med annen bakgrunn. I denne sammenhengen er det verdt å merke seg at funnene fra toppledergruppen viser en klar dominans av ledere med legebakgrunn både i tre av fire RFHer og de fleste helseforetakene. Vi har ikke grunnlag for å kunne si noe om hvorfor det er slik, men har gjennom våre caser identifisert tre mulige hypoteser: På den ene siden sies det at det kan være vanskelig å motivere sykepleiere til å søke/ta ledende stillinger selv om dette er ønsket fra sykehuset. På den annen side er det sykehus som uttrykker at man primært ønsker leger i toppstillinger. Et tredje forhold kan være at det er lettere for sykepleiere å få toppstillinger på steder der det er en utfordring å rekruttere leger til disse stillingene.

Oppsummert kan vi si at hvordan sykepleietjenesten er styrt og organisert er viktig, men det er ledelse og kultur som avgjør om de ulike modellene fungerer godt.

Anbefaling for videre arbeid

Basert på våre funn anbefaler vi at NSF i det videre arbeidet med å styrke sykepleietjenesten i somatiske sykehus bør ha fokus på følgende to områder:

Strategisk styring og utvikling av sykepleietjenesten

Basert på våre funn finner vi at organisering og styring av sykepleietjenesten på det pasientnære området i all hovedsak oppfattes å være tydelig mht. ansvar og roller for drift og utvikling av tjenesten. Organiseringen og styringen av sykepleietjenesten på strategisk nivå framstår imidlertid som noe uklar. Dette til tross for at sykepleietjenesten er den største personellmessige ressursen i sykehusene og har det døgnkontinuerlige ansvaret for pasientene.

Det er flere indikasjoner på dette: det er forholdsvis få sykepleiere i topplederstillinger, og det varierer hvor tydelig og konsistent styringsstrukturen og styringsdialogen er fra foretaksnivå til seksjon-/enhetsnivå knyttet til oppfølging og utvikling av sykepleietjenesten. Det er også et behov for relevante styringsindikatorer, for eksempel knyttet til måling av pleietyngde. Det varierer også hvor tydelig fag- og kompetanseutvikling for sykepleietjenesten er beskrevet i strategiske plandokumenter på foretaks- og sykehusnivå. Videre er det uklare i hvilket ansvar stabene på foretaksnivå har for å bidra til utviklingen av tjenesten. Vår vurdering er derfor at strategisk styring og utvikling av sykepleietjenesten derfor bør være et viktig område for NSF å jobbe videre med.

Styring og ledelse av det pasientnære nivået der kontrollspennet er stort

I denne rapporten finner vi at styring og organisering av sykepleietjenesten på det pasientnære nivået i all hovedsak framstår som tydelig. Samtidig finner vi, i likhet med tidligere studier, at det er utfordringer knyttet til stort kontrollspenn, og dette gjelder uavhengig av om enheten er organisert etter sykepleiefaglig eller medisinsk faglig område. Stort kontrollspenn vil kunne føre til en sterk vektlegging av håndtering av daglig drift, og kan skape krevende rammebetingelser både for oppfølging og utvikling av medarbeidere, og for langsiktig fagutvikling og forbedring av sykepleietjenesten. En relatert problemstilling som reises av informantene våre er sykepleierlederens balanse mellom å holde tilstrekkelig kontakt med faget og at det er avsatt 100 prosent tid til utøvelse av ledelse. En mulig konsekvens kan være at sykepleierledere som utøver ledelse på full tid kan fjerne seg for mye fra faget. Hvordan ledere av sykepleietjenesten skal håndtere dilemmaer knyttet til balansen mellom fag og ledelse bør derfor være et sentralt område for NSF å jobbe videre med.

2 Bakgrunn og metode

2.1 Formål med undersøkelsen

Bakgrunnen for denne undersøkelsen av organisering av sykepleietjenesten i somatiske sykehus er dagens organisering av helseforetakene (HF) der sykepleietjenesten ikke lenger har en sammenhengende linje til toppledelsen i sykehusene. Sykepleietjenesten utgjør den største personellmessige innsatsfaktoren i sykehusene og har det døgnkontinuerlige ansvaret for pasientene. Hvordan denne tjenesten ledes og ressursene utnyttes er dermed av avgjørende betydning både for kvaliteten i pasientbehandlingen, og for ressursutnyttelsen i sykehusene.

Undersøkelsen må også sees i lys av Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene i 2015 og den økte politiske oppmerksomheten omkring problemstillinger knyttet til organisering og styring av spesialisthelsetjenesten, jf. blant annet Kvinnslandsutvalgets rapport NOU 2016: 25. Kvinnsland-utvalget anbefalte å evaluere og gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller.

NSF ønsker derfor gjennomført en undersøkelse av dagens organisering og styring av sykepleietjenesten i de somatiske sykehusene. Undersøkelsen skal gi kunnskap om hvordan sykepleietjenesten på ulike nivå er organisert og styres og synliggjøre konsekvenser og erfaringer med dette. Undersøkelsen skal bidra til økt kunnskap om hvordan helseforetakene og sykehusene ivaretar den strategiske ledelsen og utviklingen av sykepleietjenesten på alle nivå i organisasjonen.

2.2 Problemstillinger som undersøkelsen skal belyse

NSF ønsker kunnskap om hvordan sykepleietjenesten på ulike nivå er organisert og hvordan de styres i de somatiske sykehusene dag. Oppdragsgiver vil samtidig at undersøkelsen skal synliggjøre konsekvenser og erfaringer med dagens organisering.

Ifølge konkurransegrunnlaget for undersøkelsen ønskes følgende spørsmål belyst:

- Hvordan er sykepleietjenesten organisert i et utvalg av norske somatiske sykehus? Hvor mange ledernivåer er det og hvordan er sykepleietjenesten representert på de ulike nivåene?
- Hvilke strategier/planer for utvikling og styring av sykepleietjenesten er på plass i RHFer, helseforetakene og i sykehusene mht. fag- og kvalitetsutvikling og kompetanse? På hvilket nivå er disse forankret og hvordan følges de opp fra toppen og nedover?
- Hvordan ivaretas styring og utvikling av sykepleietjenesten fra RHFene og nedover til helseforetakene og det enkelte sykehus? Hvilket styringsfokus, kunnskap og styringsinformasjon om sykepleietjenesten har toppledelsen i RHFer, helseforetak og i sykehusene?
- Hvordan er styrings- og rapporteringslinjene fra toppen og nedover i sykehusene og hvordan fungerer disse mellom de ulike nivåene (begge veier)?
- Hvilken styringsinformasjon om sykepleietjenestens bidrag til kvalitet har lederne på de ulike nivåene?
- Hvordan opplever ledere med ansvar for sykepleietjenestene sine styringsmuligheter oppover og nedover i systemet? Hva opplever de som de største hindringene når det gjelder å skape effektive sykepleietjenester av god kvalitet?

2.3 Organisasjonsteoretisk tilnærming

Agenda Kaupang har en organisasjonsteoretisk tilnærming til offentlig sektor. Dette innebærer at vi, for å forstå innholdet i den offentlige politikken og offentlige beslutninger, må analysere styrings-

verkets organisering og virkemåte². Relasjonene mellom individ og organisasjon, og mellom organisasjoner, står sentralt i en slik forståelse. Ulike konkurrerende elementer som er forankret i organisasjoners politiske og administrative ledelse vil være nedfelt i organisasjoners kultur og tradisjon, samt forankret i ytre handlingsmiljø og omgivelser. Dette gjør det nødvendig å legge ulike perspektiver til grunn for å analysere offentlig virksomheter.

Innen organisasjonsteorien finnes det ulike måter å forstå organisasjoner på. To arketypiske tilnærminger er *den funksjonalistiske tradisjonen* og *fortolkningstradisjonen*.

Den *funksjonalistiske tradisjonen* oppfatter organisasjonen som et åpent system som lever i et instrumentelt forhold til sine omgivelser.³ Organisasjonen kan beskrives og undersøkes. Organisasjonen og omgivelsene utøver en gjensidig innflytelse på hverandre. Organisasjoner er hierarkier og styring foregår i et koordinert system i samsvar med top-down prinsipper. Strategisk ledelse handler om å opprettholde samsvar mellom begrensninger i omgivelsene og organisasjonens behov. Endringsstrategiene har hovedfokus på organisasjonens strukturelle sider og de bygger på rasjonelle analyser av produktivitet og effektivitet. Organisasjonsendringer skjer gjennom strukturendringer, endringer av organisatoriske prosesser og belønning av ny atferd. Nøkkelord i en funksjonalistisk tradisjon er klare mål, design, effektivitet og optimalisering.

Fortolkningstradisjonen oppfatter organisasjonen som et naturlig åpent system hvor omgivelsene har en sentral betydning for organisasjonens interne forhold.⁴ Organisasjoner er organiske og utvikler seg gjennom kontinuerlige prosesser som i liten grad er styrt av rasjonelle beslutninger. Det vil si at de ikke er objektivt gitt, men skapes og konstrueres gjennom sosiale prosesser, noe som gjør at de blir tolket ulikt i ulike grupper. Fokuset er mer på organisering enn organisasjon. Organisering handler om den nødvendige informasjonsbehandlingen som skal til for å håndtere tvetydigheten i omgivelsene. Prosessene er viktigere enn strukturene. Prosessene skaper et sosialt nettverk mellom de ulike aktørene. Organisasjoners strategi vokser frem gjennom kontinuerlig tilpasning til omgivelsene, og strategisk ledelse handler om å skape og opprettholde et system av mening som påkaller spesielle verdier og holdninger. Endringsledelse handler om å lede meningssskapende prosesser som skaper nye felles virkelighetsoppfatninger gjennom felles språkutvikling.

Når vi som organisasjonskonsulenter skal analysere og utvikle organisasjoner, må vi forstå og anvende begge disse perspektivene. Det funksjonalistiske perspektivet er helt avgjørende for å kunne analysere organisasjoner og forholde seg til dem både rasjonelt og instrumentelt. Samtidig er fortolkningsperspektivet viktig for å forstå relasjonen mellom individ og organisasjon, som ikke kun er instrumentell og rasjonell, men som også handler om bl.a. symboler, verdier og mening. I dette oppdraget har vi benyttet begge disse perspektivene.

2.4 Bruk av metoder

2.4.1 Innledende intervjuer

I oppstarten av kartleggingen foretok vil noen innledende intervjuer med personer som har god innsikt i ledelse og styring av sykehusene. Dette for å sikre at vi hadde tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon for å utarbeide en målrettet intervjuguide og legge grunnlaget for å velge informanter og case til undersøkelsen (se kapittel 2.4.3). Vi gjennomførte fem intervjuer med representanter for ledelse og tillitsvalgte ved Sykehuset Innlandet, Akershus universitetssykehus, Bærum sykehus, samt en fylkesleder i NSF som også hadde erfaring som observatør i styret til flere helseforetak.

² Christensen, T., P. Lægroid, P.G. Roness, & K. A. Røvik. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.

³ N. Brunsson og J.P. Olsen. (2009). *Organizing Organizations*. Oslo: Fagbokforlaget

⁴ Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage

2.4.2 Gjennomgang av dokumenter

Vi har gjennomgått offentlig tilgjengelige strategiske dokumenter, slik som oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet for inneværende år og føringene fra RHFene til HFene.

Som beskrevet i neste avsnitt, gjennomførte vi intervjuer på et utvalg helseforetak og sykehus. Fra disse helseforetakene (casene) fikk vi også innsyn i strategiske dokumenter og rapporteringer på et mer underordnet nivå. Dette omfatter organisasjonskart og relevante styringsdokumenter slik som virksomhetsplaner, lederavtaler, kompetanseplaner o.l. for 2018, årsrapporter og årlige meldinger 2017 fra de aktuelle HFene til RHFene, samt meldingene fra RHFene til HOD. I tillegg har vi gjennomgått foreliggende Utviklingsplaner 2020-2035 for tre av helseforetakene.

Vi supplerte dette med å søke opp andre dokumenter og rapporter som berører styring og ledelse i norske sykehus og som kan belyse problemstillingene.

2.4.3 Casestudier

I samråd med NSF ble det enighet om de kvalitative intervjuene skulle gjennomføres som case-studier ved fire helseforetak. Endelig valg av case ble gjort av NSF basert på en drøfting av at følgende kriterier skulle legges til grunn: helseforetak skulle være av ulik størrelse og kompleksitet og synes å ha valgt ulike måter å organisere medisinsk avdeling/klinikk på. Følgende helseforetak takket ja til å delta i undersøkelsen:

- St. Olavs hospital ved Klinikk for hjertemedisin
- Sørlandet sykehus ved Medisinsk avdeling i Klinikk for somatikk Kristiansand
- Sykehuset i Vestfold HF ved Medisinsk klinikk
- Nordlandssykehuset ved Medisinsk klinikk

Disse helseforetakene representerer Helse Sør Øst RHF, Helse Midt RHF og Helse Nord RHF.

I samråd med kontaktpersoner vi fikk oppnevnt ved det enkelte helseforetak/klinikk/avdeling ble vi enige om hvilke informanter det ville være formålstjenlig å intervjuer for å få belyst problemstillingene i undersøkelsen. Det ble lagt vekt på å intervjuer ledere på ulike nivåer samt tillitsvalgte på HF-nivå og klinikk/avdelingsnivå for å kunne følge en styringslinje fra laveste ledernivå til toppledelse. I to av casene fikk vi intervju med fung. adm. direktør, i de to andre var klinikkssjef det høyeste nivået. Intervjuene ble gjennomført dels som enkeltintervjuer og dels som gruppeintervjuer. Gruppeintervjuene ble primært gjennomført på seksjons-/enhetsnivå og med tillitsvalgte. Totalt er det gjennomført intervjuer med 44 personer fordelt på casene som følger:

Sykehus	Antall personer	Hvem
St. Olavs hospital	9	Konstituert adm. direktør, kst. klinikkdirektør, avdelingssjef, seksjonsledere og tillitsvalgte
Sørlandet sykehus	11	Fung. adm. direktør, klinikkdirektør, avdelingsleder, enhetsledere, sykepleiefaglig rådgiver til avdelingsleder, tillitsvalgte samt leder Organisasjonsavdelingen på HF-nivå
Sykehuset i Vestfold	15	Klinikkssjef, avdelingssjefer, seksjonsledere og tillitsvalgte
Nordlandssykehuset	9	Klinikkssjef, avdelingsledere, enhetsledere og foretakstillitsvalgt

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som oppdragsgiver og referansegruppen fikk anledning til å gi sine innspill til. Informantene fikk tilsendt intervjuguiden i forkant av møtet. Intervjuene omhandlet følgende hovedtemaer (se vedlegg 1):

1. Overordnede betraktninger
2. Roller og ansvarsfordeling
3. Lederes ansvar og oppgaver
4. Samarbeid
5. Strategier, planlegging og styring
6. Sammenheng mellom måloppnåelse og organisering og styring
7. Viktigste budskap fra samtalen

Etter besøkene ved casesykehusene utarbeidet vi utkast til beskrivelser som oppsummerte våre inntrykk fra intervjuene og de dokumentene vi hadde fått tilgang på. Kontaktpersonene ved helseforetakene har fått anledning til å rette faktafeil og uklarheter i beskrivelsene. Beskrivelsene utgjør kapittel 4 i rapporten.

I tillegg til casestudiene har vi i samarbeid med NSF gjennomført en enkel kartlegging av utdanningsbakgrunn i toppledergruppene ved helseforetakene i de fire RHFene. Kartleggingen ble gjennomført som en undersøkelse ved hjelp av maler utsendt på epost til foretakstillitsvalgte i helseforetakene i september 2018. Til tross for mangelfulle opplysninger fra enkelte helseforetak, samt at foretakene har litt ulik organisering av toppledergruppene sine (enkelte inkluderer arbeidsutvalg og stab), er det grunn til å tro at kartleggingen gir et forholdsvis riktig bilde på overordnet nivå.

Styrker og begrensninger ved metoden

En kvalitativ metodisk tilnærming som vi har benyttet i dette prosjektet er godt egnet til å beskrive informantenes erfaringer, opplevelser og subjektive vurderinger. Metoden gjør at vi kan beskrive likheter og forskjeller mellom casene, og identifisere og beskrive sentrale tema, mønstre og mulige sammenhenger.

Ved ulike informanter, og en semi-strukturert intervjumetodikk som vi har benyttet i intervjuene, vil det dessuten være forskjeller på hva som kommer fram i samtalene på tross av forhåndsdefinerte temaer. Metodikken er derfor egnet til å få fram det informantene selv er opptatt av, men sikrer ikke nødvendigvis at alle temaer er like godt beskrevet i alle casene. Samlet sett medfører med andre ord metoden og utvalget vårt at verken informantene eller funnene kan regnes som representative, og man bør derfor være varsom med å trekke slutninger om generaliserbarhet.

Selv om metoden kan bidra til å identifisere mulige mønstre og sammenhenger som kan utforskes nærmere i senere studier, er den heller ikke egnet til å teste sammenhenger mellom ulike forhold, og det er dermed ikke mulig å trekke konklusjoner om årsakssammenhenger på bakgrunn av funnene våre.

En generell kommentar til metoden er at vi har fått fram relativt få kritiske vurderinger knyttet til egen organisering og styring i casene. Dette kan skyldes flere forhold: For det første at informantene faktisk er godt fornøyd med egen organisering og styring. For det andre at rammene for intervjuene gjorde det vanskelig å gå i dybden på problemstillingene, da vi først og fremst var opptatt av å forstå hvordan klinikkene/avdelingene hadde valgt å organisere seg. For det tredje at informantene var kjent med at beskrivelsen ville bli offentlig. Det er rimelig å anta at man da vil være noe mer tilbakeholden med hvordan man uttaler seg enn om caset hadde vært anonymisert.

2.4.4 Referansegruppe

NSF oppnevnte en referansegruppe for oppdraget med følgende sammensetning:

- May-Janne Botha Pedersen, Klinikkdirektør Ringerike sykehus, Vestre Viken HF
- Bente Lüdemann, Avdelingsleder Avdeling for anestesisykepleie, Akutt klinikken Oslo Universitetssykehus HF
- Marianne Nielsen, Foretakstillitsvalgt Sykehuset Innlandet HF
- Øyvind Nordbø, spesialrådgiver NSF
- Kari Elisabeth Bugge, fagsjef NSF
- Trude Hagen, seniorrådgiver NSF
- Siri Rinnan Gulpinar, NSF's Landsgruppe for sykepleieledere (NSF's LSL)

Det er avholdt to møter i gruppen. Det første møte hadde fokus på det metodiske opplegget, herunder oppsummering av innledende intervjuer, kriterier for valg av case og innspill til intervju-guide. På det andre møtet ble foreløpige funn fra intervjuene i casene presentert. Referansegruppen har i tillegg fått utkast til rapport med anledning til å gi sine kommentarer før ferdigstillelse.

2.5 Analyse og rapportering

Basert på dokumentstudier, casestudiene og innspillene fra referansegruppen har Agenda Kaupang analysert og oppsummert funnene i denne rapporten.

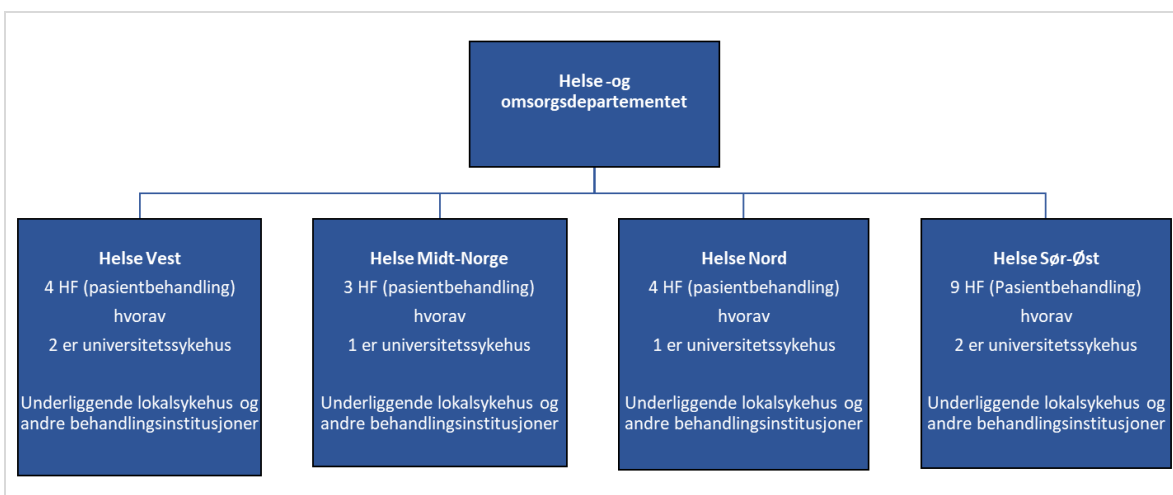
Rapporten har følgende oppbygning: I kapittel 3 gis først en kort beskrivelse av overordnet organisering og styring av sykepleietjenesten i spesialisthelsetjenesten. I kapittel 4 gir vi en beskrivelse av hvordan sykepleietjenesten er organisert og styrt i våre fire case ved hhv. St. Olavs hospital, Sykehuset i Vestfold, Sørlandet sykehus og Nordlandssykehuset. I kapittel 5 peker vi på noen likheter og forskjeller i casene, før vi gjør en kort oppsummering og konklusjon i kapittel 6.

3 Overordnet om organisering og styring av sykepleietjenesten i spesialisthelsetjenesten

3.1 Spesialisthelsetjenestens oppgaver og organisering

Helsetjenesten i Norge er delt i to nivåer: Helsetjenester i kommunene som er kommunenes ansvar og spesialisthelsetjenesten som er statens ansvar. Spesialisthelsetjenesten er regulert i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.⁵ Der er det beskrevet at sykehus særlig skal ivareta pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning, og opplæring av pasienter og pårørende.

Staten eier de offentlige sykehusene i Norge og Helse- og omsorgsdepartementet er øverste eier og ansvarlig. Sykehusene er organisert i fire Regionale helseforetak (RHF) som igjen organiserer sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak.⁶ Helseforetakene er det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten, og har arbeidsgiveransvaret for de ansatte i sykehusene. Helseforetakene skal yte spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning. Det er RHFene som har det overordnede ansvaret for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen.



Figur 3-1 Organisering av sykehus i Norge

Organiseringen innen det enkelte helseforetak er styret og daglig leder sitt ansvarsområde.⁷ De fleste helseforetak er inndelt i klinikker og derunder avdelinger. Hvis helseforetaket består av flere sykehus, kan klinikker være basert ut fra geografiske forhold. Ellers er klinikkene gjerne en samling av beslektede fagområder representert i ulike avdelinger. Det er hovedsakelig særtrekk enten ved de medisinske fagområdene eller ved pasientene som gir retning for inndelingen. De ansattes profesjonsbakgrunn er ikke synlig på organisasjonskartene.

⁵ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

⁶ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93#KAPITTEL_1

⁷ Lederansvar i sykehus. Rundskriv I-2/2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

3.2 Overordnet styring av RHFene og helseforetakene

Regjeringen utarbeidet Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) som har vært grunnlaget for utvikling av sykehusene de siste årene. Det arbeides nå med en utvikling av en ny plan. Gjeldende plan har seks hovedområder og mål:

- 1) Styrke pasienten
- 2) Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling
- 3) Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- 4) Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- 5) Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- 6) Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene
- 7) Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Planen fremhever at det er nødvendig med endringer i organisering, kultur og ledelse for å møte fremtidens behov og økte krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet. Den påpeker at en framtidsrettet spesialisthelsetjeneste stiller nye krav til ledelse. Nærmere bestemt peker den på at pasientens helsetjeneste fordrer ledere som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og som har stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring. Et viktig poeng i denne sammenhengen er at planen fremhever rollen til de lederne som står nærmest det pasientrettede arbeidet som spesielt viktige.

Helse- og omsorgsdepartementet styrer de fire regionale helseforetakene gjennom årlige oppdragsdokumenter. Disse oppdragsdokumentene beskriver hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene, og konkretiserer hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende året.⁸ Dokumentanalysen vi har gjennomført av disse oppdragsdokumentene viser at oppdragsdokumentet fra HOD til de fire ulike RHFene er svært like. For 2018 er det i alle oppdragsdokumentene to overordnede styringsmål som knytter seg til aktiviteten i somatiske sykehus, og som har relevans for sykepleietjenesten:

Styringsmål 1 i oppdragsdokumentet er å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Under dette styringsmålet er det satt følgende delmål:

- Ventetid redusert
- Ingen fristbrudd
- Mediantid til tjenestestart skal reduseres
- Økt overholdelse av pasientavtalene
- Økt andel pakkeforløp kreft gjennomført.

RHFene skal også rapportere på status i arbeidet med uønsket variasjon, samle erfaring med arbeidet med effektivitet og kapasitetsutnyttelse og følge opp variasjon i liggetid.

Styringsmål 3 i oppdragsdokumentet er å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Her finner vi følgende delmål:

- Reduksjon andel pasientskader
- Reduksjon sykehusinfeksjoner
- Reduksjon bredspektret antibiotika
- 20 % akutt hjerneinfarkt får trombolysebehandling, 50 % av disse innen 40 min

⁸ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

- Ingen korridorpasienter
- Andel hjemmedialyse minst 30 %
- Økning antall kliniske behandlingsstudier

RHFene har videre ansvar for å utarbeide oppdragsdokumenter til det enkelte helseforetak. Vår dokumentanalyse viser at disse oppdragsdokumentene i praksis er en konkretisering av oppdragsdokumentene til RHFene. De er i hovedsak like fra helseforetak til helseforetak, men inneholder også noen spesialoppdrag og særoppgaver for enkelte helseforetak.

I tillegg til styringen gjennom oppdragsdokumentene gjennomføres det foretaksmøter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene 4–6 ganger per år. Møtene gjennomføres gjerne som fellesmøter der alle RHFene møter samtidig. I foretaksmøtet 10. januar 2017 ble de regionale helseforetakene bedt om å utarbeide utviklingsplaner innen 31. desember 2018, slik at det foreligger samlede regionale planer som grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan. Dette arbeidet er nå i slutfasen både i RHFene og i helseforetakene.

Som et videre ledd i styringsdialogen/rapporteringen utarbeider hvert helseforetak en såkalt årlig melding til RHFene. Disse meldingene er en rapportering på måloppnåelse/status ift. oppdrag gitt gjennom oppdragsdokumentene. Dokumentet gjelder både siste år og oppdrag som ikke er utkvittert eller slutført fra tidligere år. Tilsvarende utarbeider RHFene årlige meldinger på sitt nivå til Helse- og omsorgsdepartementet.

3.3 Ledelse i helseforetakene

Sykehusets hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende (jf. Spesialisthelsetjenesteloven, §3.8). Det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene på en god måte, innenfor de rammer som er gitt jf. Rundskriv av 2013 om Lederansvaret i sykehus.

Sykepleietjenesten har en sentral rolle i dette, gjennom den pleie, omsorg og behandling som utføres i all hovedsak av sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere. Sykepleiere er dessuten den tallmessig største personellgruppen i sykehusene. Rammebetingelsene for denne tjenesten, herunder hvordan den organiseres, styres og ledes, har derfor stor betydning for kvalitet på tjenestene, pasientsikkerhet og ressursutnyttelse på sykehusene.

Siden slutten av 1990-tallet har prinsippet om én ansvarlig leder på alle nivå i sykehusene vært gjeldende i spesialisthelsetjenesten, slik det er nedfelt i Spesialisthelsetjenesteloven (§3.9). Innføringen av enhetlig ledelse erstattet en praksis der leger og sykepleiere ledet sammen, såkalt todelt ledelse. Det ble i stedet innført en organisering med én ansvarlig leder for den enkelte organisatoriske enhet, som har det samlede faglige og administrative ansvaret for virksomheten i enheten. Formålet var å sørge for at sykehusene etablerte klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivåer. Dette skulle sikre at det skulle være tydelig hvem som har budsjett- og personalansvar, samt at det tas et helhetlig ansvar for pasientene.

I rundskriv om lederansvaret i sykehus utdypes det at departementet i forskrift kan kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner, og dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere. Det er samtidig presisert at når man av faglig forsvarlighets-hensyn utpeker medisinskfaglige rådgivere, er disse rådgivere, ikke ansvarlige beslutningstakere. Det er videre presisert at loven ikke gir adgang til å organisere sykehuset slik at det formelle ansvaret for en organisatorisk enhet er delt mellom flere ledere. Det er likevel mulig å delegerer oppgaver og beslutningsmyndighet.

3.4 Utviklingstrekk og utfordringer knyttet til organisering og styring av sykepleietjenesten i spesialisthelsetjenesten

Både forskere og fagorganisasjoner har de siste årene vært opptatt av og pekt på en rekke utfordringer ved dagens modell for organisering, styring, og ledelse av sykehusene. Betydningen av disse temaene gjenspeiles også av at de i senere år er viet stor oppmerksomhet i nasjonale utredninger og politiske dokumenter.⁹ En del av utfordringene som har vært diskutert dreier seg om spesialisthelsetjenesten på et generelt nivå, andre er mer spesifikt rettet mot sykepleietjenesten. I det følgende vil vi først og fremst redegjøre for spesifikke utfordringer knyttet til organisering, styring og ledelse av sykepleietjenesten.

For det første er en konkret konsekvens av innføringen av enhetlig ledelse at sykepleietjenesten ikke lenger har en sammenhengende linje til toppledelsen i den enkelte virksomhet, og videre opp på foretaksnivå. En relatert utfordring er at dagens somatiske sykehus i stor grad er organisert i henhold til stadig flere medisinske spesialiteter. Dette gjelder også sykepleietjenesten, som dermed ikke er synliggjort og med en tydelig plass i organisasjonsstrukturen og styringslinjen på samme måte som tidligere. Norsk Sykepleierforbund har i denne sammenheng pekt på at prinsippet om enhetlig ledelse har gitt en organisering som i stor grad er knyttet til medisinske spesialiteter, og som har medført en oppsplitting av sykepleietjenesten. Dette kan igjen hemme fagutvikling og samarbeid, og medføre økt risiko for variasjon i faglig kvalitet og pasientsikkerhet, samt dårlig ressursutnyttelse.¹⁰

Etter innføringen av enhetlig ledelse har det skjedd store endringer i organiseringen av sykehusene¹¹:

- flere sykehus har blitt slått sammen
- sykehusene har fått større, mer komplekse og tverrgående enheter
- økning i antall ledernivåer – hvor fire nivåer nå er mest vanlig
- en gradvis økning i andelen ledere som er ledere på heltid
- økning i formaliserte tverrfaglige ledergrupper

Et av de viktigste utviklingstrekkene er den såkalte vertikale spenningen mellom den overordnede styringen og ledelsen som kommer «ovenfra», og den faglige virksomheten som ledes «nedenfra». Dette spenningsforholdet er ikke noe nytt fenomen, men det kan se ut til at den vertikale dialogen har blitt mer utfordrende, som følge av det som beskrives som en mer ambisiøs og detaljert eier- og virksomhetsstyring fra myndighetenes side, og av økningen i antallet ledernivåer i sykehusene. Både leger og sykepleiere opplever at rommet for faglig ledelse nedenfra har blitt mindre samtidig som omfanget av ytre styring og regulering har økt. I tillegg oppfatter de at avstanden fra de som styrer økonomien og fatter de overordnede beslutningene til dem som utøver faglig ledelse og utfører tjenestene har blitt lengre.¹²

En potensiell konsekvens av denne utviklingen kan være at de som utøver faglig ledelse nedenfra og de som utfører tjenestene ikke opplever å ha tilstrekkelig innflytelse på viktige beslutninger og rammebetingelser. Opplevelsen av lange avstander i styringslinjen på sykehusene kan også føre til at viktig informasjon går tapt både på vei «opp» og på vei «ned» i organisasjonen.¹³ En nylig

⁹ NOU, 2016: 25 - *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten; Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019; Meld. St. 13 (2016-2017) om kvalitet og pasientsikkerhet; Forskrift om ledelse og kvalitet - Helse og omsorgsdepartementet, 2016).*

¹⁰ NOU, 2016: 25

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

undersøkelse av styringen av pleieressursene i helseforetakene utført av Riksrevisjonen i 2015 underbygger denne problemstillingen. Undersøkelsen viste at både helseforetakene og lederne i virksomhetene mangler viktig informasjon som er nødvendig for styring og effektiv bruk av pleieressursene, samt for kontroll, læring, og forbedring av virksomheten.¹⁴

En relatert utfordring til lange ansvars- og beslutningslinjer er store kontrollspenn for ledere innen sykepleietjenesten. En undersøkelse fra Nordlandsforskning i 2017¹⁵ indikerte for eksempel at omtrent halvparten av sykepleierlederne i spesialisthelsetjenesten har et kontrollspenn mellom 30-100 medarbeidere, med et gjennomsnitt på omkring 34 medarbeidere (og 26 årsverk). Til tross for at dette åpenbart kan skape krevende rammer for utøvelsen av ledelse, ser det ut til å være stor variasjon i hvorvidt sykepleierledere selv opplever at de leder et for høyt antall personer, og kun et fåtall er uenige i at det er mulig å få utført sine lederoppgaver innenfor rammene av stillingen.

En siste viktig utfordring knyttet til organisering, styring og ledelse av sykepleietjenesten som har blitt studert i nyere tid, er sykepleiernes og legers ulike forståelse og utøvelse av lederrollen. Dette er en potensiell utfordring fordi prinsippet om enhetlig ledelse impliserer at ledelse skal utøves på enhetlig måte, og at de som besitter lederrollene på sykehusene skal ha det samme ansvaret og utføre de samme oppgavene, uavhengig av deres profesjonsbakgrunn. Det er derfor interessant at studier viser forholdsvis stor variasjon i sykepleierlederes og legelederes kompetanse og karriereløp, tidsbruk på ledelse og administrative oppgaver i lederrollen, og i grunnleggende holdninger til hva ledelse og lederrollen i spesialisthelsetjenesten innebærer.¹⁶ Sykepleierlederne har oftere formell lederutdanning enn legelederne, og starter sin lederkarriere tidligere, trolig fordi de anser ledelse som en karrierevei som de velger istedenfor en klinisk karrierevei. Videre viser studier en klar tendens til at sykepleierledere på avdelingsnivå bruker langt flere timer per uke på administrative oppgaver enn legene, mens legene bruker betydelig mer tid på kliniske oppgaver. Forskning indikerer at sykepleierledere ser på ledelse som en selvstendig form for kompetanse, og mener at den ideelle lederen kombinerer medisinskfaglig bakgrunn (forstått som legefaglig eller sykepleiefaglig bakgrunn) med administrativ tilleggstudning og -erfaring. Legeledere oppfatter på sin side klinisk/faglig ledelse som kjernen i lederrollen, og legger sterk vekt på «best blant likemenn»-prinsippet, til tross for at det i den nye spesialistutdanningen for leger legges større vekt på ledelsesrelaterte tema enn tidligere.¹⁷ På bakgrunn av disse funnene er det med andre ord grunn til å stille spørsmålet ved om innføringen av enhetlig ledelse i praksis har ført til enhetlig utøvelse av ledelse på sykehusene.

Vi har her redegjort for ulike utviklingstrekk og utfordringer ved organisering, styring, og ledelse som er relevante for sykepleietjenesten. Samlet sett skaper disse ulike utviklingstrekkene og utfordringene behov for mer kunnskap om hvordan sykepleietjenesten er organisert, hvordan den styres og ledes, samt i hvilken grad og hvordan dagens organisering og styring legger til rette for god ressursutnyttelse, fleksibilitet, og muligheter samarbeid og læring på tvers.

¹⁴ Riksrevisjonen 2015: Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene. Dokument 3:12 (2014–2015)

¹⁵ Nordlandsforskning, 2017: *Vilkår for ledelse Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester*. NF rapport nr: 10/2017

¹⁶ Johansen, M. (2009): *Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen. Doktorgradsavhandling*. BI. Kjekshus, L.E., Bernstrøm, V. (2009) *Helseforetakenes interne organisering og ledelse*. INTORG 2009. Helseøkonomisk Forskningsprogram. Skriftserie 2010: 4. Universitetet i Oslo.

¹⁷ Johansen, 2009; Kjekshus & Bernstrøm, 2009; Helsedirektoratet, 2018: *Generell informasjon om spesialistutdanning for leger*. URL: <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistutdanning-og-spesialistgodkjenning/lege/ny-spesialistutdanning/hovedtrekk-i-ny-spesialistutdanning-for-leger#ny-spesialistutdanning-bestar-av-tre-deler-med-tilhørende-læringsmål-og-aktiviteter>

4 Beskrivelse av valgte case

4.1 St. Olavs hospital HF – Klinik for hjertemedisin

St. Olavs hospital er et integrert universitetssykehus med lokal-, region- og universitetssykehusfunksjoner. Det ytes lokalsykehusfunksjoner til befolkningen i Trøndelag på 320 000 innbyggerne. I tillegg er sykehuset universitetssykehus for Midt-Norge med 720 000 innbyggere. St. Olavs hospital ligger sentralt i Trondheim sentrum og er et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Det er lokalisert integrert med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.

Sykehuset har rundt 1000 senger totalt, hvorav i overkant 700 tilhører somatiske avdelinger. Det var i 2017 totalt 669 427 polikliniske konsultasjoner, hvorav somatikk utgjorde 453 059. Antall utskrivninger etter heldøgnsopphold var 62 975, hvorav somatikk sto for 57 886. Budsjettet var på rundt 10 milliarder kroner.

Vårt case ved St. Olavs hospital er Klinik for hjertemedisin. Regionsykehusfunksjonen utgjør en stor og viktig del av klinikkens virksomhet.

4.1.1 Styring

Strategier og planer

Sykehuset styres som andre foretak på oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket. Utviklingsplan 2035 for foretaket er akkurat ferdigstilt, og er en integrert del av Strategiske satsingsområder 2019–2035. Klinik for hjertemedisin har en egen virksomhetsplan for 2018, og det er utarbeidet et årshjul for HMS og kvalitetsarbeid og en egen kompetanseplan for sykepleietjenesten ved klinikken. Det er etablert et system med lederavtaler på klinikkdirektør- og avdelingssjefsnivå.

Visjonen for St. Olavs hospital er «Fremragende behandling». Verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: Trygghet, Respekt, Kvalitet. Hovedstrategiene er:

- Kvalitetsforbedring gjennom kontinuerlig forbedring
- Fremragende akuttbehandling
- Standardiserte pasientforløp
- Optimal ressursbruk
- Integrert universitetssykehus

Det overordnede mål for Klinik for hjertemedisin er at pasienter med hjertelidelser får de tjenester innen diagnostikk, behandling og sykepleie som de har behov for, så raskt som mulig og med en kvalitet som er i samsvar med de prinsipper og verdier sykehuset bygger på. Virksomhetsplanen 2018 er i hovedsak strukturert iht. de lovpålagte oppgavene: pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasient og deres pårørende. Planen beskriver mål, tiltak og budsjett innenfor de respektive områdene med fokus på forbedringsprosjekter. Sykepleietjenesten er eksplisitt omtalt under punkt om utdanning av personell og når det gjelder det daglige samarbeid internt innen sykepleiebemannings.

Målene for pasientbehandling ved klinikken er blant annet å arbeide for god pasientbehandling med rask og adekvat diagnostikk, god og evidensbasert behandling og standardiserte pasientforløp. Pasientene og deres pårørende skal få god informasjon og klinikken skal styrke regionfunksjonen ytterligere. Det er viktig at det er et nært samarbeid mellom sykehusene i

helseregionen. Dette sikrer at pasientene får likelydende informasjon både ved lokalsykehuset og ved St. Olavs hospital.

Rapportering og resultater

Det utarbeides årsrapport fra hver klinikk som danner grunnlaget for foretakets årlige melding til Helse- og omsorgsdepartementet. Som et ledd i styringen er det etablert system for «Ledelsens gjennomgang» på nivå 2 (klinikk). «Ledelsens gjennomgang» har til hensikt å sikre at systemet for ledelse og kvalitetsforbedring fungerer etter intensjonen, og at sykehuset når fastsatte mål og driver innenfor vedtatte rammer. Ledelsens gjennomgang er årlig. I tillegg rapporteres det på kvalitetsforbedring i tertialrapporter. På klinikknivå tas stikkprøver hver måned av alle inneliggende pasienter for å sikre at kvalitetsindikatorerne etterleveres. Dette bidrar til at det holdes et kontinuerlig fokus på pasientsikkerhet og kvalitet i den kliniske hverdagen.

Det er tett dialog på utarbeidelse og oppfølging av lederavtalene på kliniksjefts- og avdelingssjefsnivå.

Det har vært en stabil aktivitet i 2017 og klinikken har ikke hatt noen fristbrudd. Klinikken har hatt fokus på tre hovedområder: 1) Hygiene inkl. håndhygiene som ledd i å redusere antall sykehusinfeksjoner, 2) kontinuerlig oppfølging av kvalitetsindikatorer og pasientsikkerhet og 3) lederes dialog med ansatte med sykefravær over 20 dager. Regnskapet viser et underskudd på 1,4 mill. kroner (0,6 % avvik). Ett av delmålene i 2017 var å videreføre ledelse av sykepleietjenesten på lørdager og søndager ved alltid å ha en sykepleierleder på nivå 3 og/eller nivå 4 på helg, med unntak i sommerferieperioden og høytidsdager. Dette er vurdert som svært vellykket og videreføres i 2018.

Informantenes vurderinger

Informantene peker på at departement og toppledelse har store forventninger til dokumentasjon og rapportering. Klinikken må derfor gjøre faglige vurderinger av hva som er relevant for den enkelte seksjonen og for klinikken. Indikatorenes relevans vurderes i fellesskap. Klinikken har prioritert indikatorer knyttet til decubitus, PVK/SVK, fall, infeksjoner og informasjon til pasienter og pårørende. Klinikken har ingen spesifikke indikatorer for sykepleietjenesten, men informantene mener at indikatorene som brukes er relevante for det sykepleiefaglige.

Enkelte informanter opplever at det måles for mye på økonomi og liggetid. Noen savner mål på pleietyngde. Det nevnes også at det er krevende å sette gode mål på eksempelvis områder som godt arbeidsmiljø, effektiv og god pasientbehandling, god dialog og pasientflyt.

Styringsdialogene oppleves i hovedsak å fungere bra. Det er likevel slik at enkelte etterspør en sykepleiedirektør eller en liknende stilling på foretaksnivå for å ivareta det sykepleiefaglige på strategisk nivå.

4.1.2 Organisering

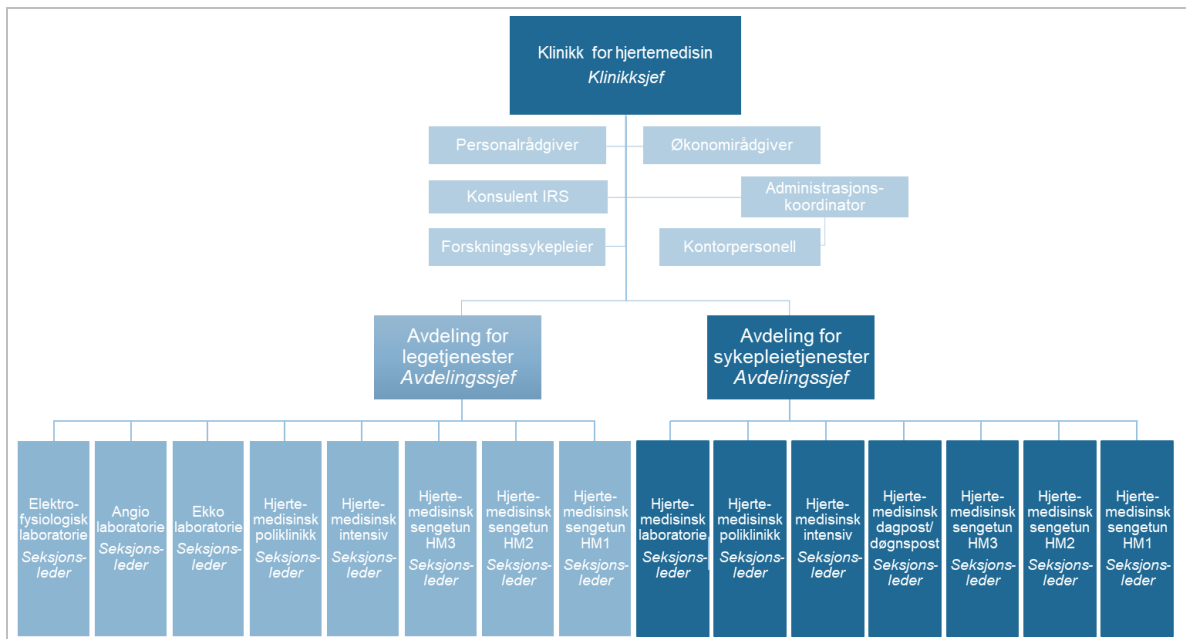
St. Olavs hospital er organisert i 4 nivåer: Administrerende direktør med stabsfunksjoner, divisjoner/klinikker, avdelinger og seksjoner. Det er visualisert slik:



Figur 4-1 Overordnet organisering ved St. Olavs hospital HF

Sykehuset fikk i 2010 en ny organisering ved Klinikk for hjertemedisin, med klinikkssjef og én avdeling for legetjenester og én for sykepleietjenester. Vi har fått opplyst at denne strukturen er blitt førende for alle klinikker ved sykehuset fra 2016. Bakgrunnen for organiseringen var en filosofi om at sykepleietjenesten må ledes av en sykepleier. Ansvar for fag, drift, personell og økonomi krevde samtidig et tydelig samsvar mellom ansvar og myndighet. Man hadde erfart at det kunne være for tette skott innen fagområdet. Valget av modell var også personavhengig: Klinikken hadde en aktuell leder for sykepleieavdelingen med stor legitimitet.

Klinikk for hjertemedisin er organisert med profesjonsdelt avdelingssøyle, og med egne seksjoner for sengeposter, og egne seksjoner for poliklinikker. Dette er illustrert i figuren under:



Figur 4-2 Organisering ved Klinikk for hjertemedisin St. Olavs hospital

Antall budsjetterte årsverk i avdeling for sykepleietjenester 2018 er 277.

Våre informanter er svært fornøyde med en egen avdeling for sykepleietjenester. De mener at dette gir god forståelse for faget opp til avdelingssjef, og også har bidratt til et godt samarbeid med legene.

4.1.3 Ledelse

Sammensetting

Administrerende direktør er en profesjonsnøytral stilling. Nåværende fungerende direktør er lege (og kommer fra stillingen som klinikkssjef for hjertemedisin). Det er en uttrykt holdning at klinikkssjef bør være lege. Avgdelingssjef sykepleietjenesten er sykepleier og avgdelingssjef legetjenesten er lege. Seksjonslederne i avdeling sykepleietjenester er sykepleiere.

Ansvar og kontrollspenn

De fleste legene er ansatt på klinikknivå og rapporterer direkte til klinikkssjef. Seksjonsledere på legesiden har bare et fagansvar. Alt personalansvar for legene ligger hos klinikkssjefen som også innehar rollen som avgdelingssjef. Klinikkssjef har den daglige oppfølgingen av legene, mens avgdelingssjef for sykepleierne har oppfølgingen og kontakten med sykepleietjenesten.

Avgdelingssjef for sykepleietjenesten har totalansvar for hele sykepleietjenesten. Seksjonslederne i sykepleieravdelingen har personalansvar, et betydelig koordineringsansvar og delvis økonomiansvar, men dette varierer mellom seksjonene. Alle seksjonene har fagutviklingssykepleiere samt driftssykepleiere som koordinerer behov for ressurser og fagutvikling. Seksjonene har fra 11 til 45 årsverk (hvorav opptil 60 medarbeidere i en seksjon).

I klinikkssjefens stab er det personalrådgiver, økonomirådgiver og administrativ koordinator (eks. IT) og konsulent PRS (lønn, turnus). Det er også en forskningssykepleier som deltar i forbedringsprosjekter på hver enhet (bla. knyttet til kardiologisk kompetanseheving).

Tid til ledelse og lederutvikling

I virksomhetsplan 2018 legges det vekt på at det stilles økende krav til ledelse, samhandling, kompetanseplanlegging, kunnskapsbaserte prioriteringer og optimal ressursutnyttelse. St. Olavs hospital HF skal ha synlige og ansvarlige ledere som arbeider mot felles mål. Fortsatt satsing på lederutvikling understrekes også i Utviklingsplanen for helseforetaket mot 2035 og i klinikkens virksomhetsplan for 2018.

Klinikkens ledelsesfilosofi er at deltakelse i klinisk virksomhet er en forutsetning for å kunne se og forstå de faglige utfordringene den enkelte medarbeider møter i sin hverdag. Dette er også viktig for å kvalitetssikre at sykehusets verdier utøves i den praktiske hverdag, og at pasienter og pårørende får profesjonalitet og kvalitet i all behandling, pleie og omsorg. Det vektlegges derfor at alle ledere på alle nivå skal ha inngående kunnskap og kompetanse om driften og faglig krav knyttet til utøvelse av yrket. I tillegg legges det vekt på at alle ledere må ha evne og vilje til å motivere og lede ansatte. Når det gjelder vektlegging av ledelsesmessig kompetanse er det et mål om at samtlige seksjonsledere innen sykepleietjenesten skal ha minst 60 studiepoeng innen administrasjon og ledelse.

Når det gjelder tidsbruk på ledelse jobber avdelingssjef og seksjonsledere i avdeling for sykepleietjeneste 100 % stilling som ledere og går helgevakt hver 7. helg. Klinikksjef/avdelingssjef kombinerer klinisk virksomhet og ansvar for ledelse av legene. Legene som er seksjonsledere arbeider i utgangspunktet 100 % klinisk.

Informantenes vurderinger

Informantene er svært fornøyde med dagens ledelse med en avdelingssjef med ansvar for sykepleietjenesten som selv er sykepleier. De trekker fram at avdelingen har satset sterkt på fag og melder at ansatte er faglig engasjerte og motiverte.

Lederne beskriver at de får god lederoppfølging. De oppgir også at de får bra støtte fra stab på klinikken. Det er imidlertid lite kontakt med sentral stab som har helsefaglige rådgivere som også har sykepleiefaglig bakgrunn. Samtidig opplever de at ansatte er fornøyde med at lederne er ute i klinisk arbeid. Lederne blir mer kjent på hele klinikken, og viser at også ledere er villige til å «ta i et tak». I tillegg bidrar dette til at det blir tatt nødvendige beslutninger også i helger.

Informantene har noe ulike synspunkt på hva som kan være et hensiktsmessig/overkommelig lederspenn, fra litt over 20 til noe over 30. Seksjoner med stort lederspenn er organisert slik at seksjonsledere avlastes med støtte på drift.

Det er også en liten stab på klinikk. Klinikksjef gir uttrykk for at han skulle gjerne hatt en kvalitetsrådgiver i sin stab, men dette er nå en ubesatt stilling.

Det fremkom videre i intervjuene at det er en utfordring at enkelte seksjonsledere bruker fagsykepleiere i faglige spørsmål på en måte som gjør at lederne i for stor grad kan fjerne seg fra faget og dermed ikke klarer å følge godt nok med på den faglige utviklingen.

4.1.4 Samarbeidsstrukturer

Klinikken har månedlige ledermøter med fokus på drift og kvalitet der klinikksjef, avdelingssjefer, klinikkstab og seksjonsledere møter. Det er en jevnlig gjennomgang og rapportering på indikatorer.

Det er avdelingsmøte hver 14. dag og hver seksjon har sine formaliserte møter.

Ansvarlige på hver enhet ved klinikken har 3 korte møter daglig hvor pasientbelegg, pasienttyngde og personellbehov kartlegges. På møtene planlegges hvor pasienter som er i Akuttmottak eller er meldt til Akuttmottak skal plasseres. Her avgjøres behovet for eventuell rokkering av pleiepersonell.

Etter møtet kl. 15.30 får primærvakten en oversikt over beleggsituasjonen på Klinikk for hjertemedisin, Medisinsk klinikk, Klinikk for lungemedisin og OBS-posten.

HMS kvalitetsgruppemøte behandler meldinger som har avvik som grunnlag for læring på klinikknivå.

Fagutviklingssykepleierne har ansvar for oppdatering av prosedyrer innen sine fagområder. Dette gjøres i samarbeid med fagansvarlig overlege. Gruppen legger strategier for hvordan fylle kompetansekrav ved klinikken og planlegger temadager. Gruppen ledes av avdelingssjef for sykepleie og det avholdes ukentlige møter.

Det er årlige regionmøter for både for leger og sykepleiere fra helseforetakene i Helse Midt der også seksjonslederne deltar. Man samarbeider om felles retningslinjer, informasjonsmaterieell og det utveksles erfaringer som tas med i forbedringsarbeidet.

I 2014 ble det vedtatt at alle som får fast stilling skal arbeide 1 dag ved hver enhet som et ledd i forståelsen av likheter og ulikheter ved de respektive enheter. Ved nyansettelser må lederne ta ansvar for å kvalitetssikre at de som får tilbud om arbeid ved klinikken har evne og vilje til å arbeide på tvers av de ulike enhetene. Jobbrotasjon, hvor enkelte ansatte «byter» arbeidssted med en annen ansatt, var et nytt tiltak i 2014, og er videreført.

Informanter mener møttestrukturen fungerer godt, men at man kan bli enda bedre på å samarbeide på sykehusnivå, for eksempel med fagdager på hver klinikk for kunne spre kompetansen.

Klinikkssjef vurderer fagmøtet med sykepleierne som det viktigste møtet. Avdelingssjef og klinikkssjef fremhever også at det er åpen kultur for å jobbe sammen med leger. Legene bidrar på en god måte til kompetanseheving også for sykepleierne. Det er 5 faste temadager i året.

Informantene mener det har vært mye jobbglidning på klinikken, og vurderer dette som positivt. Jobbglidningen har ikke vært preget av profesjonskamp.

4.1.5 Fagutvikling/kompetanse

Utviklingsplanen for helseforetaket 2035 legger vekt på at alle fast ansatte skal kunne velge å ha 100 % stillinger blant annet ved å arbeide for bemanningssenteret ved sykehuset. Utfordringer knyttet til de ulike profesjonene omtales, herunder også sykepleiergruppa. Det vises blant annet til at andelen spesialutdannet personell over 60 år øker, og at innen spesialsykepleiergruppa er over 200 medarbeidere 60 år eller mer. Gjennomsnittsalderen er høyest blant intensivsykepleierne.

Planen omtaler rekrutteringsutfordringen knyttet til spesialsykepleiere, og at behovet for spesialsykepleiere kartlegges årlig og benyttes i dialogen med utdanningsinstitusjonene om utdanningskapasitet og -innhold. Det er spesialsykepleiere innen akuttstøtte, anestesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie som er de mest kritiske utdanningene. Det beskrives også at det er etablert sentrale støtteordninger for disse, og at klinikkene i tillegg gir støtte til andre videre- og masterutdanninger, innrettet mot både generelle og mer spesifikke fagområder. Det påpekes imidlertid at de ulike støtteordninger så langt ikke ført til rekruttering av et tilstrekkelig antall spesialsykepleiere.

Klinikk for hjertemedisin har en kompetanseplan for sykepleietjenesten 2018. Planen er forankret i visjon, strategi og mål og hovedoppgaver for St. Olav og klinikken. Den beskriver fordeling av ansvar for kompetanseutvikling fra administrerende direktør, til klinikk-, avdelings- og enhetsnivå og individnivå. Vedlegg til planen viser en oversikt over kompetanseoppbygging for sykepleiere fordelt på nivå 1) opplæring av nyansatte, nivå 2) etterutdanning/utvikling av kompetanse, nivå 3) videreutdanning og spesialisering, nivå 4) mastergrad/doktorgrad.

Avdelingssjefen har det overordnede ansvaret for kvalitet og kompetanseutvikling innen sykepleietjenesten og ansvaret utføres i samarbeid med seksjonslederne ved den enkelte enhet. Det er opprettet 9 stillinger som fagutviklingssykepleiere, som skal fungere som mentor i den kliniske hverdagen. I tillegg har disse ansvar for kvalitetssikringsarbeid som EQS, EPJ og utsjekk. Det er utarbeidet individuelle kompetanseplaner for de ansatte, som følges opp av seksjonsleder i samarbeid med fagutviklingssykepleiere. Medarbeidersamtalen brukes til å diskutere den enkeltes individuelle kompetanseplan. Kompetanseportalen er under utvikling og et viktig hjelpemiddel. Sykepleietjenesten har 3 temadager årlig der man går gjennom sentrale prosedyrer og oppdateringer samt utvalgte faglige temaer.

Det er satt mål for videreutdanning for sykepleierne:

- 30 % av sykepleierne ved klinikken skal ha videreutdanning i kardiologisk sykepleie – 60 studiepoeng (17 % måloppnåelse i 2017)
- 70 % av sykepleierne ved HMI skal ha videreutdanning innen intensivsykepleie – 90 studiepoeng (43 % måloppnåelse i 2017)
- Lederkompetanse – samtlige seksjonsledere innen sykepleietjenesten skal ha minimum 60 studiepoeng innen administrasjon og ledelse
- Hver enhet skal minimum ha en sykepleier med relevant mastergrad knyttet til klinisk sykepleie.

I 2013 ble det ansatt en forskningssykepleier med doktorgrad. Dette er et samarbeidsprosjekt med Klinikk for thoraxkirurgi. Målet med stillingen er å stimulere til forsknings- og kvalitetsprosjekter innen sykepleie og at relevant forskning blir lest og tatt i bruk. Dette er et ledd i klinikkens satsing på kunnskapsbasert praksis.

Ledelsen ved sykehuset og klinikken understreker at det er helt nødvendig å sette av midler til kompetanseutvikling. Tilstrekkelig kompetanse er en forutsetning for å kunne levere de tjenestene sykehuset skal levere på en god nok måte, og for å motivere medarbeiderne.

Det etterlyses flere tverrfaglige FOU-satsinger med relevans for sykepleietjenesten.

4.1.6 Oppsummering styrker og utfordringer

På spørsmål om hvor godt organisering og styring av virksomheten legger til rette for å ivareta sykepleietjenestens ansvar og oppgaver, angir de fleste informantene en score på 5, noen opptil 6 på seksjonsnivå (skala fra 1-6, der 1= i liten grad og 6= i svært stor grad). Enkelte trekker noe ned for at sykehuset ikke har en egen sykepleiedirektør.

Det legges vekt på at det er et sterkt samhold på klinikken, og at sykepleierne har en sterk posisjon på klinikken.

Informantene fremhever at en god organisering er helt avgjørende for en effektiv sykepleietjeneste. Organiseringen ved St Olav blir vurdert som svært god, det er klare linjer i organisasjonen. Fung. administrerende direktør (og klinikkens sjef hjertemedisin) fremhever at klinikken har gått bra og de tillitsvalgte har vært med. Han opplever at sykepleiergruppa har tatt stort ansvar for sykepleie-logistikk og at dette medfører at vakthavende leger kan konsentrere seg om det medisinske. Sykehuset har hatt mye jobbglidning uten profesjonskamp. Det blir samtidig trukket fram at gode erfaringer med organisasjonsmodellen også skyldes personene som besitter de ulike rollene. At det er satset mye på kompetanseutvikling fremheves også som viktig for gode resultater. Det er fokus på fag, og det sies at «det er dyrt å la være».

Styringsdialogene fungerer også i hovedsak bra. Enkelte informanter opplever at det måles mye på økonomi og liggetid. Noen savner mål på pleietyngde. Sykepleierne er til stede 24 timer i døgnet og har et stort ansvar. Informantene argumenterer for at leder som også er sykepleier forstår

lettere det faglige, og brenner for faget på en annen måte enn ledere med annen bakgrunn. Informantene fremhever også at det er kort avstand mellom den utøvende sykepleietjenesten og ledelsen, og sykepleierne har tett lederoppfølging. Tette nettverk blant seksjonslederne blir også trukket fram som positivt. Informantene mener det er større sambruk av ressurser der sykepleiere leder sykepleiere.

Seksjonslederne opplever at de får god oppfølging fra avdelingssjef. De ansatte er også fornøyd med at lederne er ute i klinisk arbeid (går vakt hver 7. helg). Det bidrar til at lederne vet hva som foregår på «gulvet», det er viktig å ha driftsperspektivet inne.

At klinikken holder til i et nytt bygg der den fysiske utformingen er godt tilpasset klinikkens virksomhet fremheves også som svært positivt og en viktig rammebetingelse. At klinikken har et begrenset fagområde (kun pasienter med hjertesykdommer) trekkes også fram som et moment som gjør at det er en oversiktlig klinikk å styre, lede og organisere.

En svakhet noen informanter trekker fram er at det ikke er sykepleier i direktørens stab, og at det mangler sykepleiefaglig kompetanse fra nivå 3 og oppover i organisasjonen. Av 20 personer i ledelsen på foretaksnivå er 18 leger. Dette kan bidra til at det sykepleiefaglige perspektivet ikke vies tilstrekkelig strategisk oppmerksomhet i direktørens ledergruppe. Lederspennet på seksjonsnivå kan være en utfordring og nattevakter savner et møtepunkt med lederen sin.

Enkelte informanter mener også at det fortsatt er behov for å opptre mer som ett sykehus, blant annet ved å samarbeide mer på tvers av klinikkene.

4.2 Sørlandet sykehus – Medisinsk avdeling i klinikk for somatikk Kristiansand

Sørlandet sykehus tilbyr spesialisthelsetjenester til innbyggerne i Agder med rundt 300 000 innbyggere, og har også regionale og nasjonale funksjoner. Sykehusene ligger i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. I tillegg har sykehuset distriktpspsykiatriske sentre og poliklinikker flere andre steder i Agder. Sykehuset har om lag 750 senger. I fjor var det over 550 000 pasientbehandlinger i Sørlandet sykehus. Det var 50 000 døgnopphold og 30 000 dagopphold i somatikken. Budsjettet for 2016 er på om lag seks milliarder kroner. Det er rundt 7300 årsverk ved sykehuset.

Ved Sørlandet sykehus er vår case Medisinsk avdeling i Klinikk for somatikk Kristiansand.

4.2.1 Styring

Strategier og planer

Sykehuset styres som andre foretak på grunnlag av oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket. Utviklingsplan 2035 er akkurat ferdigstilt, og som en del av den Strategi 2018–2020. Medisinsk avdeling har en egen virksomhetsplan for 2018, og det samme har hver seksjon. Sykehuset praktiserer driftsavtaler med lederne på alle nivåer.

Sykehuset har også innført kompetanseplaner på hver enhet, knyttet opp til den enkelte ansatte. Den beskriver kompetanse hver enhet og hver ansatt må ha, og hva som er anbefalt kompetanse utover det.

Sykehusets visjon er *Trygghet når du trenger det mest*. Verdiane er respekt, faglig dyktighet, tilgjengelighet, engasjement. De somatiske sykehusene skal jobbe i nettverk med klar oppgavedeling og der sykehuset i Kristiansand har det største opptaksområdet, dekker de fleste funksjoner, samt har de mest omfattende akutfunksjonene i foretaket.

I Strategi 2018–2020 legges det vekt på lederrekruttering og -kompetanse, og planen har tydelige tiltak innen kompetanse og jobbgjeldning samt forskning og innovasjon.

Virksomhetsplanen for medisinsk avdeling omtaler kort utvikling av fagområdet 2018–2020. Prognosen viser generell økning i aktivitet og ingen mulighet for å redusere bemanning, fordi det allerede driftes med lav bemanning på alle sengepostene, poliklinikker og i akuttmottak. Et ønske om flere sykepleiere på intermedisær og akuttmottak er høyest prioritert. Når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet, er det listet opp 10 forbedringstiltak. Utover dette henviser virksomhetsplanen til de virksomhetsplaner hver seksjon har utarbeidet.

Rapportering og resultater

Rapporteringsstrukturen er årlig melding, samt dialog med lederne på driftsavtalene. Månedlig rapportering rundt aktivitet og forbruk sendes til enhetsledere, og i tillegg tas dette opp med klinikkledelsen hvor rådgiver i medisinsk avdeling er representert. Kompetanseplanene skal rapporteres inn i GAT.

Årsrapporten 2017 for medisinsk avdeling ved klinikk Kristiansand melder om et markant økende antall innleggelses og sterkt økende poliklinisk aktivitet. Ventetiden var ca. 60 dager i snitt, men med store variasjoner mellom seksjonene (fra 17,8 til 104 dager). 99 % av henvisningene ble vurdert innen 10 dager og 93 prosent av epikrisene er sendt ut innen 7 dager. Det var 146 fristbrudd.

Regnskap 2017 viser at avdelingen har hatt et merforbruk på 4,9 % iht. budsjett. Avdelingens kostnader er preget av høy aktivitet på sengepostene og tidvis stort sykefravær, som har medført overforbruk av lønnskostnader.

Rekruttering til faste stillinger til sengepostene er tilfredsstillende. Klinikken har derimot store rekrutteringsvansker med tanke på ferieavvikling på sengepostene generelt og særlig på spesialenhetene.

Tiltak for å redusere uønsket deltid nevnes, herunder kombistillinger mot poliklinikk.

Informantenes vurderinger

Våre informanter fremhever at det har fram til nå vært lite kobling mellom de overordnede planene i helseforetaket, og satsinger på den enkelte enhet. Vi ser også at årsrapporten rapporterer på aktivitet, ikke i forhold til oppsatte mål. Det har nå vært lagt mye arbeid i utviklingsplanen som akkurat er utarbeidet, og det arbeides videre med å utvikle virksomhetsplansystem helt ned på enhetsnivå.

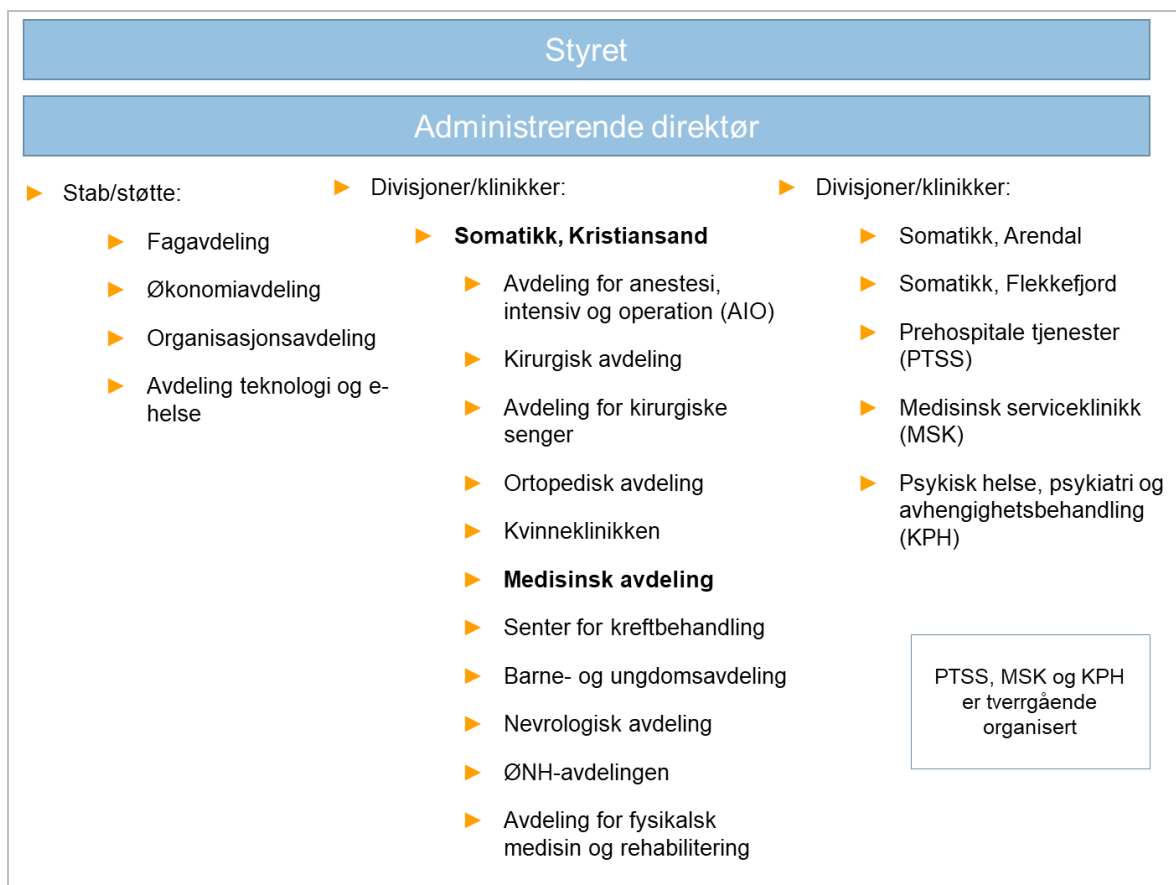
I intervjuene kom det fram at det er mye rapportering på smittevern og antibiotikabruk som sendes smittevernenheten. Informantene er enige i at det måles både på sykepleiefaglige temaer og andre indikatorer, men opplever at sykepleietjenesten nok kan fanges opp bedre. Klinikkdirektør mener hovedfokuset er fag og ikke penger, og at rapporteringen legger vekt på dette. Hun peker samtidig på at prognosene for 2018 er 30 millioner kroner i underskudd.

4.2.2 Organisering

Sykehuset har siden 1. januar 2016 i hovedsak vært organisert med stedlig ledelse der hvert sykehus er en klinikk. Prehospitale tjenester, medisinsk serviceklinikk og psykisk helse, psykiatri og avhengighetsbehandling er tverrgående klinikker. Sykehuset har 5 nivåer: direktør, klinikk, avdeling, seksjon og enhet. Klinikkdirektør har en stab som har ansvar for kvalitet, prosjekter, klagesaker, helseinformatikk, HR, økonomi.

Fagavdelingen har en overordnet faglig rolle rundt samhandling, kvalitetssystem, smittevern. Den har ikke faglig ansvar eller spesiell støttefunksjon for sykepleietjenesten. Organisasjonsavdelingen har ansvar for kompetanse og utdanning: sikre rekruttering etc. Noe arbeid eller utvikling på tvers av klinikkene kan koordineres av stabene. Alt det sykepleiefaglige ligger i linjene.

Organisasjonskartet for sykehuset kan tegnes slik:

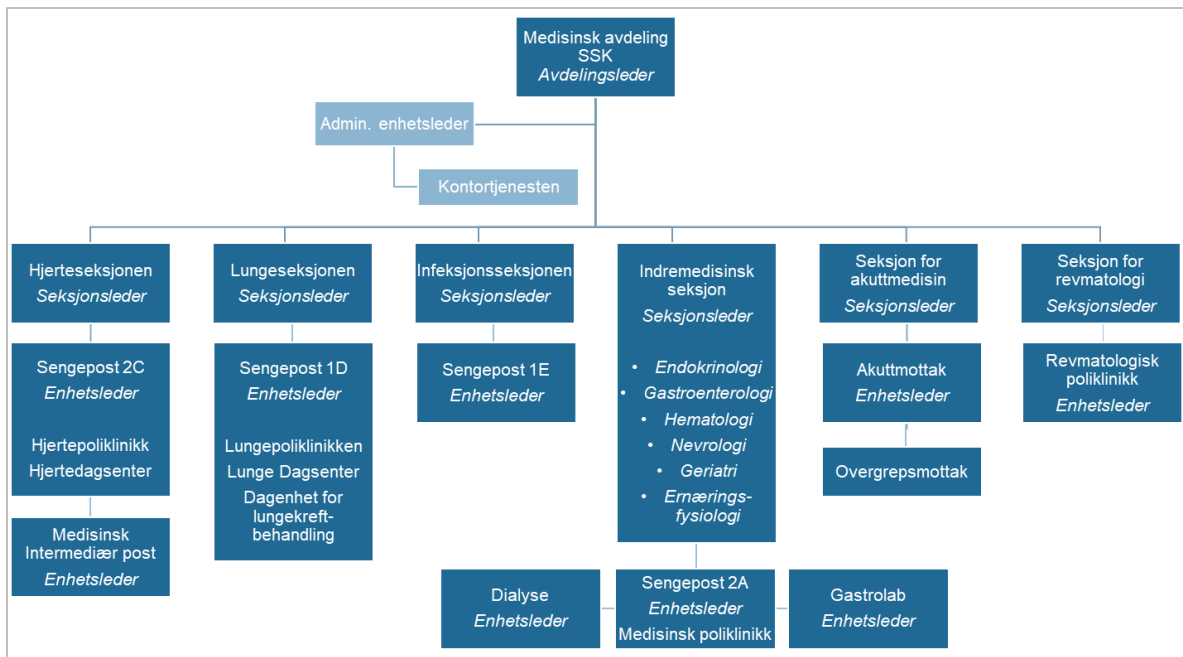


Figur 4-3 Overordnet organisering ved Sørlandet sykehus HF

Hver klinikk har en viss frihet i sin organisering. Klinikken for somatikk i Kristiansand er organisert i 11 avdelinger, hovedsakelig inndelt etter fag.

Medisinsk avdeling har en avdelingsleder med stabsfunksjoner, og 6 underliggende seksjoner. Medisinsk og kirurgisk avdeling i Kristiansand er organisert noe ulikt. I kirurgisk avdeling er alle sengeposter samlet i en enhet, mens i medisinsk avdeling er sengeposter og poliklinikker innen samme fagområde samlet i samme seksjon. Tre av seksjonene har da både sengeposter og poliklinikker som underliggende enheter.

Det er tegnet slik:



Figur 4-4 Organisering av medisinsk avdeling SSK

Antall normerte årsverk i medisinsk avdeling pr. 31.12.2017 er 387,5.

Legene er i praksis organisert direkte under avdelingsleder som har personal-, økonomi- og fagansvaret for legene og for merkantile funksjoner. Personalansvaret for sykepleierne er delegert ned på enhetsnivå.

Sykehuset har også tverrgående bemanningsenheter, en i Arendal siden 2012 og en i Kristiansand siden 2015. Enheten er plassert i organisasjonsavdelingen i direktørens stab, men de ansatte jobber på ulike enheter. Bemanningseenheten skal bidra til å dekke opp ledige vakter, og at sykepleiere får fulle stillinger og blir trygge på å jobbe på flere enheter. Enheten ha ca. 30 årsverk og 50 ansatte.

Våre informanter legger vekt på at organiseringen av sengeposter og poliklinikker i samme enhet bidrar både til å samle fagområdet og et tettere samarbeid mellom leger og sykepleiere rundt den enkelte pasient. Samtidig fordrer det et godt samarbeid mellom enhetslederne på sengepostene for å utnytte ressursene optimalt. Dette samarbeidet beskrives generelt som velfungerende.

4.2.3 Ledelse

Sammensetting

Ledergruppa på Sørlandet sykehus er tverrfaglig sammensatt, noe som er et klart ønske. Hovedkvalifikasjonen skal være bred ledererfaring. Det er likevel slik at det per i dag er flest leger. Fungerende direktør er økonom, klinikkdirektør Kristiansand er lege.

I klinikk Kristiansand er 5 avdelingssjefer leger, tre er sykepleiere, en er stråleterapeut og en er fysioterapeut. Avdelingsleder for medisinsk avdeling er lege. Det er en føring at ledergruppen til avdelingsleder skal være tverrfaglig. Det er likevel nå slik at 5 av seksjonene ledes av overleger, og én seksjon av en sykepleier. Enhetsledere for sengeposter, poliklinikker etc. er for tiden sykepleiere, men dette er ikke et krav.

Ansvar og kontrollspenn

Avdelingsleder har økonomiansvaret for hele avdelingen, og dette er ikke delegert. Det er en fagsykepleier i 20 % stilling med rådgiverfunksjon særlig på sykepleiefaglige spørsmål knyttet til avdelingsleder. Personalansvaret for legene og for merkantile funksjoner ligger også direkte under avdelingsleder. Dette er henholdsvis 70,5 og 38,7 årsverk.

Seksjonslederne har ansvaret for fag i sin seksjon og for faglig oppfølging av legene. Når det gjelder driften, løses dette i praksis i samarbeid mellom seksjonsleder og enhetslederne.

Personalansvaret for sykepleierne er delegert ned på enhetsnivå og enhetslederne rapporterer på økonomi til avdelingsleder. Lederspennet på enhetene strekker seg fra 1,8 årsverk til 49,3 årsverk, og det er opptil 70-80 personer i en enhet.

Hver enhet har en fagsykepleier. Det er ulik stillingsstørrelse på disse funksjonene, men alle er relativt lave stillingsstørrelser. Ansatte søker på funksjonen for 2 år av gangen, kompensert med et lønnstillegg. Fagsykepleierne har ansvaret for å lage oppfølging av kompetanseplaner, fagdager, prosedyrer og sette opp ressursgrupper.

Avdelingen har en koordinerende sykepleier på hver kveldsvakt, og denne oppgaven rulleres mellom seksjonene.

Tid til ledelse og lederutvikling

Det er ikke noe krav eller prinsipp om at ledere skal drive klinisk virksomhet eller gå i turnus, men det er et krav om at avdelingssjef må bruke minst 80 % av sin tid til ledelse. Seksjonslederne har avsatt inntil 40 % tid til ledelse, mens enhetslederne er ledere på fulltid.

Sykehuset har et lederprogram for enhetsledere og for avdelingsledere, uavhengig av profesjonsbakgrunn. Klinikkdirektør uttrykker et sterkt ønske om å få fram flere sykepleiere både til lederstillinger og PhD.

Informantenes vurderinger

Informantene peker på at det er et stort kontrollspenn, og at enkelte har personalansvar for opptil 70-80 medarbeidere. Direktør fremhever samtidig at sykepleierlederne er gode til å gjennomføre medarbeidersamtaler og annen medarbeideroppfølging på tross av mange ansatte. Enhetslederne opplever at de blir lyttet til av avdelingssjef, og at det er et godt samarbeid mellom avdelingsleder og sykepleiefaglig rådgiver i stab til avdelingsleder.

Det fremstår noe uklart hva rollen til seksjonslederne er, og hvilket ansvar disse har. Det fremheves at seksjonsleder har et faglig ansvar, men mer klar rolle angående daglig drift. Seksjonslederne er hovedsakelig klinikere og noen av informantene opplever at det nærmest er en automatikk at funksjonene skal besettes av leger. Andre peker på at man gjerne skulle hatt flere sykepleiere eller andre profesjoner i disse stillingene. Det er også kommet synspunkter på at innføringen av seksjonsledernivået har økt avstanden til avdelingsleder, og kan bidra til at sykepleiefaglige problemstillinger ikke kommer fram til ledelsen.

Enhetslederne legger vekt på at de har et stort ansvarsområde innenfor et svært trangt økonomisk handlingsrom. Det sies også at fagsykepleierne har liten kapasitet til og fokus på utvikling av faget. Hovedfokus pr i dag ligger på faglig ajourhold og opplæring av unge.

Klinikkdirektør påpeker at sykepleierne er ledere på heltid, og dermed kanskje fjerner seg noe fra det sykepleiefaglige, mens legene leder på deltid og er opptatt av samtidig være klinikere. Det er en utfordring å løfte sykepleierne til å søke høyere lederstillinger, eller ta en PhD.

4.2.4 Samarbeidsstrukturer

Klinikkdirektør har ledergruppemøter (5 timers) hver 3. uke, og orienteringsmøter med enhetslederne 5–6 ganger i året.

Enhetslederne har daglige kapasitetsmøter, og ukentlige timesmøter der avdelingsleder er til stede annenhver uke. Sykepleiefaglig rådgiver i stab hos avdelingsleder leder disse møtene.

Fagsykepleierne har noe felles møter, noe mer uformelt. Det eksisterer også et fagråd for sykepleie for hele foretaket. Dette består av 80 personer. Rådet bidrar bla annet til arbeid med felles prosedyrer. Klinikk Kristiansand har også et mer uformelt nettverk.

Det er koordinerende sykepleiere på kveld, som går på tvers i avdelingen og som i noen grad bidrar til at ressurser brukes på tvers av enheter. Det er ikke mange ansatte som går på ulike enheter, dette løses oftere gjennom at pasienter flyttes/legges der kapasiteten er best. Det ble i 2015 opprettet en tverrgående bemanningsenhet som skal bidra til å dekke opp ledige vakter, og at sykepleiere får fulle stillinger og blir trygge på å jobbe på flere enheter. Enheten har ca. 30 årsverk og 50 ansatte.

Det fremkommer i intervjuene at det er et godt og tett samarbeid mellom enhetslederne. Rådgiver i avdelingsleders stab har en viktig funksjon for å bidra til dette. Informantene trekker fram en opplevelse av god vi-følelse i Kristiansand, men ikke nødvendigvis i hele foretaket. Informantene peker på at samhandlingen rundt pasientflyt har forbedringspotensial. Dette dreier seg ikke om samarbeidsproblemer, men handler snarere om å anvende smart logistikk. Det tverrfaglige samarbeidet rundt hver pasient blir beskrevet som godt, og foregår i stor grad på den enkelte enhet.

4.2.5 Fagutvikling/kompetanse

Strategi 2018-2020 legger vekt på at sykehuset skal stimulere til fagutvikling og til oppgavedeling, og bidra til utdanning i form av praksisplasser. I kapittelet om forskning og innovasjon fremheves det at sykehuset skal støtte og veilede medarbeidere som vil realisere en ide. Samtidig blir det påpekt at forskningsprosjekter i hovedsak må være ekstern finansiert.

Som nevnt tidligere har sykehuset innført kompetanseplaner på hver enhet, knyttet opp til den enkelte ansatte. Denne beskriver kompetanse hver enhet og hver ansatt må ha, og hva som er anbefalt kompetanse utover det. Det er beskrevet ønske om ansatte med masterkompetanse og PhD på hver avdeling. Et videreutdanningsløp støttes 75 % økonomisk over 2 år. Disse kompetansekravene til sykepleierne implementeres nå.

Hver enhet har en fagsykepleier som har ansvar for oppfølging av kompetanseplaner, fagdager, prosedyrer, og de setter opp ressursgrupper til utviklingsarbeid. Fagsykepleierne har felles møter noen ganger i året, og noen felles møter i hele sykehuset. Det er et fagråd for sykepleie (80 personer) for hele foretaket. Dette fagrådet sikrer blant annet at det arbeides med felles prosedyrer.

Det er også en fagavdeling på foretaksnivå som har et overordnet ansvar for samhandling, kvalitetssystem, og smittevern. Denne fagavdelingen har imidlertid ikke noe eget ansvar for sykepleietjenesten. Organisasjonsavdelingen på foretaksnivå har på sin side ansvar for kompetanse og utdanning.

Flere informanter peker på at sykepleierne er lite synlige i forbedringsarbeidet. Noen mener flere sykepleiere med fagutdanning på masternivå og Phd er viktig for å bøte på dette, andre mener det er viktig med flere sykepleiere i ledelsen. Klinikkdirektør er tydelig på at sykehuset trenger sykepleiere med PhD. Flere av informantene opplever at ønsket om flere sykepleiere på PhD-nivå

kommer fra ledelsen, ikke fra sykepleierne selv. Samtidig mener noen informanter at det settes av for lite ressurser til fagutvikling.

4.2.6 Oppsummering styrker og utfordringer

På spørsmål om hvor godt organisering og styring av virksomheten legger til rette for å ivareta sykepleietjenestens ansvar og oppgaver, angir de fleste informantene på en skala fra 1-6 (der 1=i liten grad og 6=i svært stor grad) en score på 4/5, noen opptil 6 på det mest pasientnære nivået.

Klinikkssjefen påpeker at organisering er bare et virkemiddel for å nå mål. Organisering i geografiske klinikker har ikke gjort noe med den økonomiske situasjonen. Den har gitt bedre dialog internt, men svekket dialogen på tvers av de geografiske lokasjonene. Diskusjoner og beslutninger om å flytte aktiviteter mellom klinikkene er nå vanskeligere.

Informantene legger vekt på at nåværende organisasjonsstruktur er relativt ny. Det er derfor ikke alt som «har satt seg» ennå, men den oppleves som god og tydelig. Samtidig mener informantene at organiseringen og styringen ved medisinsk avdeling fremmer samarbeid mellom yrkesgrupper, og at man samles om det medisinskfaglige på tvers av det profesjonsfaglige. Det fremheves at organiseringen med sengeposter på hver seksjon understøtter tverrfaglig samarbeid og gode pasientforløp.

Flere trekker fram at organiseringen legger godt til rette for å ivareta sykepleietjenestens ansvar og oppgaver, men også at dette er personavhengig. Det blir trukket fram at det er hensiktsmessig at sykepleiere blir ledet av sykepleiere på enhetsnivå, men samtidig stilt spørsmål ved i hvilken grad sykepleiefaglige spørsmål blir vektlagt videre oppover i organisasjonen.

Informantene mener at medisinsk avdeling har gode ledere for sykepleietjenesten, men lederspennet på enhetsnivå pekes på som en utfordring. Dessuten nevner flere at det er langt fra sengeposten/sykepleiefaglige problemstillinger til ledelsen. Det blir også understreket at organisasjonsmodellen er avhengig av et godt samarbeid på tvers av sengepostene.

Informantene gir i noen grad uttrykk for at det er noe uklart hva funksjonene til seksjonsleder har bidratt til. Enkelte mener at innføring av et seksjonslederledd har bidratt til at det er lengre vei med sykepleiefaglige problemstillinger, andre mener at dette i liten grad har hatt praktisk betydning.

Det er også nevnt at sykepleietjenesten er lite synlig i forbedringsarbeidet. Sykepleierne har fokus på den daglige driften. Informantene har refleksjoner knyttet til om sykepleiefaglig ledelse høyere opp i organisasjonen kunne bidratt til mer fagutvikling og engasjement i forbedringsarbeid og at flere ville ha tatt master eller PhD. På den annen side fremhever de at en slik organisering kunne bidratt til mindre samordning med legene.

En utfordring som er trukket fram er små sengeposter som blir sårbare og hvor det er vanskelig å ta opp og ned kapasiteten ut fra varierende behov.

Behovet for å ha verktøy for å score pasientens pleietyngde savnes.

4.3 Sykehuset i Vestfold – Medisinsk klinikk

Sykehuset i Vestfold (SiV) er et områdesykehus for innbyggere i de fleste kommunene i Vestfold fylke, minus Sande og Svelvik. Innenfor sykkelig overvekt har sykehuset et regionalt behandlingstilbud. Sykehuset dekker et befolkningsgrunnlag på om lag 230 000. Sykehuset er hovedsakelig lokalisert i Tønsberg, men Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, Kysthospitalet holder til i Stavern. Klinikk psykisk helse og rusbehandling har administrasjon i Tønsberg og drift flere steder i Vestfold.

I løpet av 2017 hadde sykehuset 593 645 pasientopphold. Dette er fordelt på 37 430 utskrivninger fra døgnbehandling, 167 800 liggedøgn heldøgn, 21 964 dagbehandlinger og 366 451 polikliniske konsultasjoner. Det er noe over 4000 årsverk ved sykehuset.

Ved Sykehuset i Vestfold HF er Avdeling for sykepleie, Medisinsk klinikk vårt case.

4.3.1 Styring

Strategier og planer

Sykehuset styres som andre foretak på oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket. Utviklingsplan 2018–2035 er under utarbeidelse.

De viktigste kravene fra oppdragsdokumentet settes så opp i lederavtale med klinikkssjefene, og dette revideres hver høst. Det er stort sett likt på de enkelte klinikker, men med forskjellige mål tilpasset utfordringene ved klinikkene. Områder det settes konkrete mål på er 1) Kvalitet og pasientsikkerhet, 2) Pasientbehandling og aktivitet, 3) Forskning og kunnskapsutvikling, 4) Medarbeidere og 5) Økonomi. Avtalen er dialogbasert – noe er «skal-krav» – noe er mer diskutabelt. Det følger også en delegasjonsfullmakt med lederavtalen med reell frihet til å omdisponere midler innen egen økonomisk ramme og andre beslutninger man har fullmakt til.

Lederavtalen overføres til avdelingssjefer som delavtaler tilpasset avdelingssjefens ansvarsområde. Tilsvarende avtaler videreføres så til seksjonsledere, fortsatt med handlingsrom innen sine områder. Sykehuset har styringshjul, som i hovedsak omhandler økonomi. Det er utviklet felles handlingsplaner for de tre søylene (medisinskfaglig, sykepleiefaglig og kontorfaglig) innen hvert fagfelt, basert på hva som har vært utfordringen på seksjonene. Disse følges opp av stabspersoner i klinikkens stab i tillegg til møter med klinikkledelsen.

Sykehuset i Vestfolds visjon er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Verdien er kvalitet, trygghet og respekt.

Rapportering og resultater

Oppfølging av områdene definert i lederavtalene inngår i måneds- og tertialrapportering til styret.

Rapportering på lederavtalen kommer én gang per måned fra sentral stab som samler data fra ulike registreringer. Den gjennomgås enten på klinikkledermøtene, seksjonsledermøtene, ev. med den enkelte seksjonsleder i avdelingssjefens individuelle samtaler, alt etter hva som er aktuelt å ta opp.

Styret uttrykker i melding 2017 tilfredshet med at SAMDATAs siste rapport viser at SiV fremdeles er blant landets mest kostnadseffektive sykehus. Pasientsikkerhet har et stort fokus i meldingen og det fremheves at det fortsatt er utfordringer knyttet til sikker legemiddelhåndtering. Brukerutvalget opplever at det er gode holdninger til brukermedvirkning på individ- og tjenestenivå.

Informantenes vurderinger

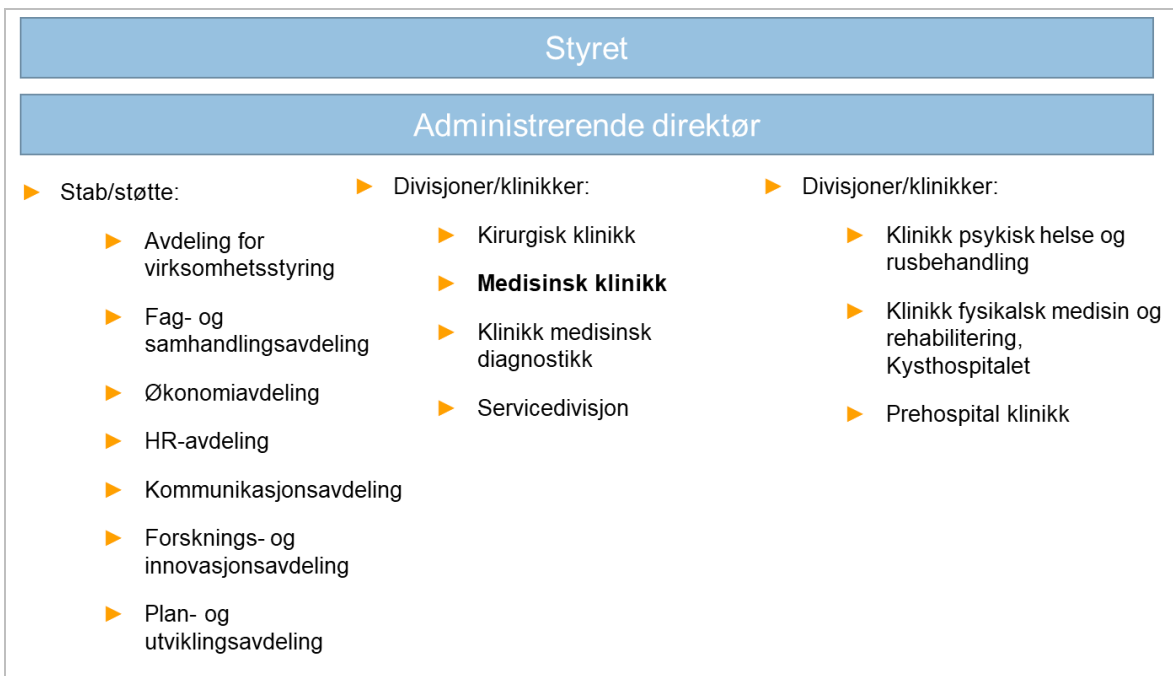
Klinikkssjefens vurdering er at lederavtale-strukturen gjør det relativt lett å ha kontroll, og den bidrar til å gi nærhet og ansvarliggjøring i styring. Ved ikke oppnådde resultater er det dialog om de elementene som har betydning. Flere informanter kommenterer at denne styringsdialogen fungerer godt.

Noen informanter sier at oppdragsdokumentet er kjent, men opplever at det er et potensial for at koblingen mellom oppdragsdokumentet og aktivitetene kan bli tydeligere fra klinikkssjef og nedover i organisasjonen. Noen informanter opplever at det styres mest på økonomi. Måleparameterne oppleves for øvrig som relevante for sykepleietjenesten. Et enkelt felles system for pleietyngdemåling er under utvikling.

4.3.2 Organisering

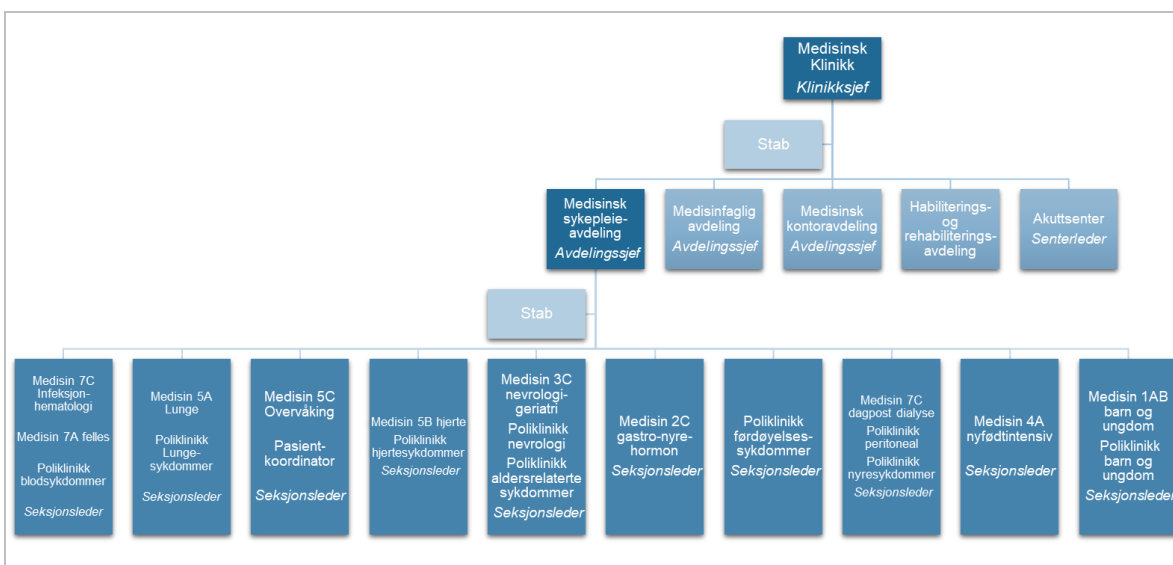
Sykehuset er organisert med 4 nivåer: direktør, klinikk, avdeling og seksjon.

Organisasjonskartet nedenfor viser organiseringen i stabsavdelinger og klinikker ved utgangen av 2017. Under hver klinikk og stabsavdelinger er det avdelinger og seksjoner.



Figur 4-5 Overordnet organisering ved Sykehuset i Vestfold HF

Kirurgisk klinikk, Medisinsk klinikk og Klinisk medisinsk diagnostikk er organisert etter samme prinsipp om «søylar» på avdelingsnivå; en sykepleiefaglig, medisinskfaglig og kontoravdelings søyle. I tillegg har Medisinsk klinikk en Habiliterings- og rehabiliteringsavdeling og Akuttsenter. Akuttsenteret i Medisinsk klinikk er ikke søyleorganisert. Dette er en enhet som ligner på sengepost.



Figur 4-6 Organisering ved Medisinsk klinikk Sykehuset i Vestfold

Dagens organisering ble etablert i 2009 med bakgrunn i at sykehuset på det tidspunktet hadde store økonomiske utfordringer, og at det derfor blant annet var behov for å få bedre økonomisk styring.

Stabsfunksjonene er i hovedsak oppgaver knyttet til dokumentasjon, utvikling av pleietyngdemålingssystem, utdanning av sykepleiere og helsefagarbeidere og endringsarbeid ift. drift på noen av postene. Medisinsk klinikk har 2 sykepleiere i stab med oppgaver knyttet til kvalitetsforbedrende arbeid.

Medisinsk sykepleieavdeling består av ca. 480 medarbeidere og ledes av avdelingssjef. Avdelingen er videre inndelt i 10 seksjoner etter medisinskfaglige områder. Sengepostene Medisin 2 C og Dialysen har felles leder – til sammen 9 ledere (nivå 4).

Sykehuset har hatt bemanningsseksjon siden 2009. Denne er organisert sentralt i HR-stab. Bemanningsseksjonen er sykehusets interne vikarsenter for sykepleiere og annet pleiepersonell til de somatiske sengepostene. Seksjonen har både fast ansatte og tilkallingsvikarer som leies ut til de somatiske avdelingene ved ferie og sykefravær.

4.3.3 Ledelse

Sammensetning

Ledergruppa til administrerende direktør er profesjonsnøytral og tverrfaglig sammensatt. Klinikksjef Medisinsk klinikk har alltid vært lege, og er for tiden eneste lege i ledergruppa i tillegg til fagdirektør.

Ansvar og kontrollspenn

Avdelingssjef for sykepleietjenesten har budsjett- og fagansvar for hele sykepleietjenesten i klinikken. Seksjonslederne har personal-, fag- og budsjettansvar. Seksjonslederne har ansvar for mellom ca. 20–60 årsverk (mellom 20–80 medarbeidere i hver seksjon, de fleste seksjonene har ca. 60 medarbeidere).

Tid til ledelse

Seksjonslederne er ledere i 100 % stilling (de går ikke vakter). I seksjonene er det teamledere som bistår seksjonsledere med drift og/eller fag. Teamsykepleiere har overtatt de tradisjonelle fagsykepleierstillingene og anses som en del av seksjonenes lederteam. Teamleder arbeider hver 3. helg.

Informantenes vurderinger

Tverrfagligheten i ledergruppa på foretaksnivå blir løftet fram som positivt av klinikksjefen.

Informantene legger vekt på viktigheten av å utøve god ledelse og der ledernes ansvar er tydelig. Det har vært fokusert mye på lederutvikling. De fleste av informantene mener strukturen legger til rette for at sykepleierlederne får god oppfølging.

Flere informanter peker på ulik kultur angående ledelse når det gjelder sykepleiere og leger: sykepleiere ønsker å bli ledet, legene har ikke samme tradisjon. Det sies også at legene synes å være fornøyd med ikke å ha et ansvar for å lede sykepleierne. Det er likevel slik at mye styres av legenes aktivitet; det er de som tar de medisinske beslutningene som igjen påvirker driften av sykepleietjenesten. Organiseringen i «søylere» krever at de ulike søylene samarbeider godt på seksjons- og avdelingsnivå. Organiseringen innebærer at «søylene» møtes på nivå 3, og enkelte etterlyser en tydeligere teamorganisering rundt pasienten. På avdelingsnivå krever det at avdelingssjefene evner å se utfordringene på tvers av søylene. Hvor godt samarbeidet fungerer er til dels personavhengig. Seksjonslederne opplever at de har relativt stor frihet til å organisere egen seksjon, så lenge man holder seg innenfor budsjetttrammene. Samtidig påpeker noen informanter

at budsjetttrammene er såpass stramme at handlingsrommet i realiteten er lite, og at det dermed blir et misforhold mellom ansvar og myndighet.

Ifølge informantene har store kontrollspenn ført til at det gradvis har utviklet seg et femte uformelt nivå med teamledere. Disse styrer daglig drift og oppleves som svært viktige for seksjonsleder. Det varierer hvilke ressurser seksjonslederne har knyttet til seg. Store seksjoner gir imidlertid fleksibilitet mht. bruk av ressurser innad i seksjonen. En controller fra økonomiavdelingen gir god støtte og deltar aktivt på møter med klinikkledelsen, avdelingssjefens ledergruppe (seksjonslederne) og denne har også individuelle oppfølgingsmøter med hver av seksjonslederne.

4.3.4 Samarbeidsstrukturer

Klinikkssjef og avdelingssjefene har møtekonstellasjoner med noe ulik frekvens: ukentlige ledermøte, 2. hver uke klinikkledermøte, kvalitetsutvalg og stabsmøte. Avdelingssjefene har møter med sin ledergruppe (seksjonsledermøte) annenhver uke. Klinikkssjef med stab deltar på disse møtene etter behov. Avdelingssjef har i tillegg individuelle ledersamtaler med hver av seksjonslederne en gang per mnd. Det er tverrfaglige samarbeidsutvalg for akuttmottak, skadestue og observasjonspost i Akuttsenteret som møtes en gang pr mnd.

Det er månedlige driftsmøter på seksjonsnivå, der formålet er å skape oversikt og koordinere aktiviteten. Informantene peker på at disse praktiseres ulikt. Der disse fungerer godt, er det et godt verktøy.

Det gjennomføres morgenmøter hver dag hvor avdelingssjef sammen med seksjonslederne eller dennes stedfortreder gjennomgår belegg og bemanning i klinikken. Målet er at alle seksjoner kjenner til eventuelle utfordringer ift. belegg og bemanning og at det er et ansvar for alle å bidra når det er rom for det. Konsekvensen av dette er at sykepleiere nesten daglig hjelper til på annen enhet. Disse møtene avholdes også i helgene hvor det da er ansvarshavende sykepleier som møter for seksjonene. Det er også månedlig kvalitetsmøte der man går gjennom avviksmeldinger. Avdelingssjef peker på at dette samarbeidet trolig har vært enklere å få til på grunn av organisering i samme søyle.

Informantene peker på at samarbeidet mellom seksjonene kunne vært bedre når det gjelder den totale økonomien, og en bedre felles utnyttelse av ressursene. Samtidig nevner flere at samarbeidet fungerer godt når det gjelder å hjelpe hverandre med bemanningsutfordringer. Det sies at samarbeid rundt fagutvikling og kompetanse kunne vært bedre. Det samme gjelder samarbeidet med andre klinikker.

4.3.5 Fagutvikling/kompetanse

Sykehuset har et eget opplæringsprogram på sykehusnivå og på seksjonsnivå for nyansatte sykepleiere. Alle nyansatte nyutdannede sykepleiere har fått 5 % av sin stilling til deltagelse i program med systematisk fagutvikling.

Følgende kompetanseområder er trukket fram:

- Samarbeidskompetanse som innebærer generell samarbeidsevne og kommunikasjonsevne med kollegaer og andre yrkesgrupper, også eksternt. Selvtendighet og evne til å se arbeidsoppgaver som en del av en helhet. Evne til å prioritere og delegere oppgaver, og mestre stress.
- Sykepleiekompetanse som innebærer evne til å forstå pasientens situasjon og handle i overensstemmelse med pasientens behov, slik at det sikres kontinuitet i behandlingen. Evne til å vurdere og prioritere behov for behandling til inneliggende pasienter.

- Medisinsk kompetanse som innebærer kunnskap og ferdigheter knyttet til medikamentell behandling. Kunnskap til å forstå, vurdere og utføre legens forordninger, og selvstendig vurdering av behov for tilkalling av lege.
- Teknisk kompetanse som innebærer kunnskap om bruk av ulike typer teknisk/medisinsk utstyr, hvor det inngår årlig obligatorisk sertifisering. Kunnskap om ulike prosedyrer og retningslinjer for behandling. Kunnskap om datasystemer og ulike programmer.
- Administrativ kompetanse som innebærer evne til samordning av personalet og koordinering av pasienter som er til behandling i avdelingen. Evne til å sikre kontinuitet i behandling.

Sykehuset har også et traineeprogram for sykepleiere der man i løpet av to år har rullerende turnus på hver 8. måned knyttet til seksjoner innen kirurgi, medisin og psykiatri.

Seksjonslederne peker på at fagutvikling er viktig for å drifte seksjonen. Noen seksjonsledere opplever at de må forholde seg til mange spørsmål fra overordnet nivå og dette gir mindre og mindre tid til utvikling på eget fagfelt, andre oppfatter at fagutviklingen fungerer bra. Alle seksjoner har innarbeidet 3-4 fagdager i turnus i løpet av året. Noen seksjoner samkjører fagutvikling med legene med felles dag én gang per år eller undervisningstimer i løpet av året. Det nevnes at fagutviklingsarbeidet i stab på avdelingsnivå kunne vært noe styrket.

4.3.6 Oppsummering styrker og utfordringer

På spørsmål om hvor godt organisering og styring av virksomheten legger til rette for å ivareta sykepleietjenestens ansvar og oppgaver, angir informantene en score mellom 4-6, med flest på 5 (på en skala der 1=i liten grad og 6=i svært stor grad).

Informantene uttrykker at de er fornøyd med dagens organisering, og klinikkssjefens og avdelings-sjefens overordnede vurdering er at organiseringen i søyler (medisinskfaglig, sykepleiefaglig og kontor-faglig) er en av årsakene til at man nå har økonomisk kontroll, får godt med forskningspoeng og leverer god kvalitet.

Lederne kan faget og driften i egen enhet, og lederavtale-strukturen gjør det relativt lett å ha kontroll, og bidrar til nærhet og ansvarliggjøring i styringen. Sykehuset får en tydelig fagledelse ved at fra avdeling og nedover leder sykepleiere sykepleiefaglig personell og leger leder leger. Samtidig krever denne organiseringen gode ledere og at de ulike søylene samarbeider godt på alle nivåer. Informantene peker på at organiseringen er personavhengig og forutsetter at lederne har en forståelse for at de leder og arbeider sammen. Det kan oppstå uenighet om hvem som egentlig bestemmer helt nede på det pasientnære nivået. Hvis lederne på lavt nivå ikke lykkes med den type samarbeid, må beslutninger løftes oppover og kan gi lange beslutningslinjer.

En egen sykepleieavdeling sikrer en tydelig sykepleiestemme og forankring opp til klinikkssjef ved at leger og sykepleietjenesten er «likestilt» opp til dette nivået. Noen peker likevel på det er en utfordring at sykepleietjenesten ikke er representert på foretaksnivå. Avdelingssjef medisinsk sykepleieavdeling ønsker seg noe mer ressurser til strategisk sykepleiefaglig utvikling hos seg.

Det har vært fokusert mye på lederutvikling, og flere av informantene mener sykepleierlederne får god oppfølging.

Informantene peker på at det i hovedsak fungerer godt å hjelpe hverandre med bemannings-utfordringer, men at samarbeidet mellom seksjonene kunne vært bedre når det gjelder den totale økonomien. Samarbeid rundt fagutvikling og kompetanse og med andre klinikker kunne også vært bedre. Avdelingssjef på medisinsk sykepleieavdeling ønsker seg noe mer ressurser til strategisk sykepleiefaglig utvikling hos seg.

4.4 Nordlandssykehuset – Medisinsk klinikk

Nordlandssykehuset HF er Nord-Norges nest største helseforetak med lokasjoner i Bodø, Vesterålen og Lofoten samt flere distriktspyskiatriske senter og ambulansestasjoner. Nordlandssykehusets primærområde er regionene Salten, Lofoten og Vesterålen med ca. 138 000 innbyggere. Sykehusene i Lofoten og Vesterålen yter viktige lokalsykehusfunksjoner, mens Nordlandssykehusets somatiske og psykiatriske sykehus i Bodø i tillegg har fylkesdekkende funksjoner for en ytterligere befolkning på om lag 80 000 bosatt på Helgeland. Det er i overkant av 3000 årsverk ved sykehuset.

Ved Nordlandssykehuset er vårt case Medisinsk klinikk med de underliggende avdelingene som har lokasjon i Bodø.

4.4.1 Styring

Strategier og planer

Sykehuset styres som andre foretak på grunnlag av oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket. Utviklingsplan 2018–2035 er akkurat ferdigstilt. Hovedprioriteringer 2018–2020 er en del av denne planen. En handlingsplan for implementering skal lages i 2018. Utover dette har sykehuset årshjul og årsplan på flere nivå. Klinikken har egen virksomhetsplan. Noen avdelinger og enheter i medisinsk klinikk har årshjul det rapporteres på, men ikke alle.

I arbeidet med utviklingsplanen er det utarbeidet en strategisk figur der respekt, trygghet og kvalitet er hovedlinjene. Visjonen er *Ledende på kvalitet* og strategiske satsingsområder er intermedieær-pasienten, tidlig intervensjon, kronikeromsorg, minimal invasiv, kontinuerlig forbedring og teknologi og e-helse. Utviklingsplanen trekker fram behov for jobbglidning. Den peker også på viktigheten av å redusere antall gjestepasienter for å sikre en stabil og god økonomi.

Med bakgrunn i resultatene for PasOpp undersøkelsen i somatikk er prosjektet *Et vennligere sykehus* igangsatt. Prosjektet har vært pilotert i Kirurgisk ortopedisk klinikk, Bodø og er nå i ferd med å implementeres i somatiske sengeposter og akuttmottak i hele foretaket.

Rapportering og resultater

Rapporteringsstrukturen er årlig melding, og ledelsens gjennomgang til styret.

Sykehuset har kommet dårlig ut i PasOpp undersøkelsen og ledelsens gjennomgang for 2017 viser at Medisinsk klinikk har hatt utfordringer med lange ventetider og fristbrudd. Imidlertid hadde klinikken en positiv utvikling i 2017. Medisinsk klinikk har svært gode resultater på andel pasienter som fikk antibiotika innen 1 time ved alvorlig sepsis.

Sykehuset har hatt store utbyggingsprosjekter i Bodø og Vesterålen og de siste årene gjennomført årlige omstillingsprogram i størrelsesorden 100 mill. kroner. Nordlandssykehuset leverte i 2017 et økonomisk resultat på 0,4 mill. kr i overskudd mens målet var +5 mill. kr.

Informantenes vurderinger

Lederne er kjent med oppdragsdokumentet og vet hva som forventes av dem. Informantene opplever at det er fokus på mange sykepleiefaglige temaer, kvalitetsindikatorer m.m. Det er kanskje likevel slik at noen opplever at økonomi har størst gjennomslagskraft helt opp til toppledelsen. Samtidig er budsjettkontroll en utfordring.

4.4.2 Organisering

Sykehuset er organisert med utgangspunkt i fagområder, med åtte tverrgående klinikker og enhetlig gjennomgående ledelse for den enkelte klinikk. Modellen ble implementert i 2009, evaluert

ved ekstern bistand i 2013 og besluttet videreført i 2014. Sykehuset har totalt 4 nivåer: direktør, klinikk, avdeling og enhet.

Det er i direktørens ledergruppe også en medisinsk direktør og en fagsjef med rådgivere.

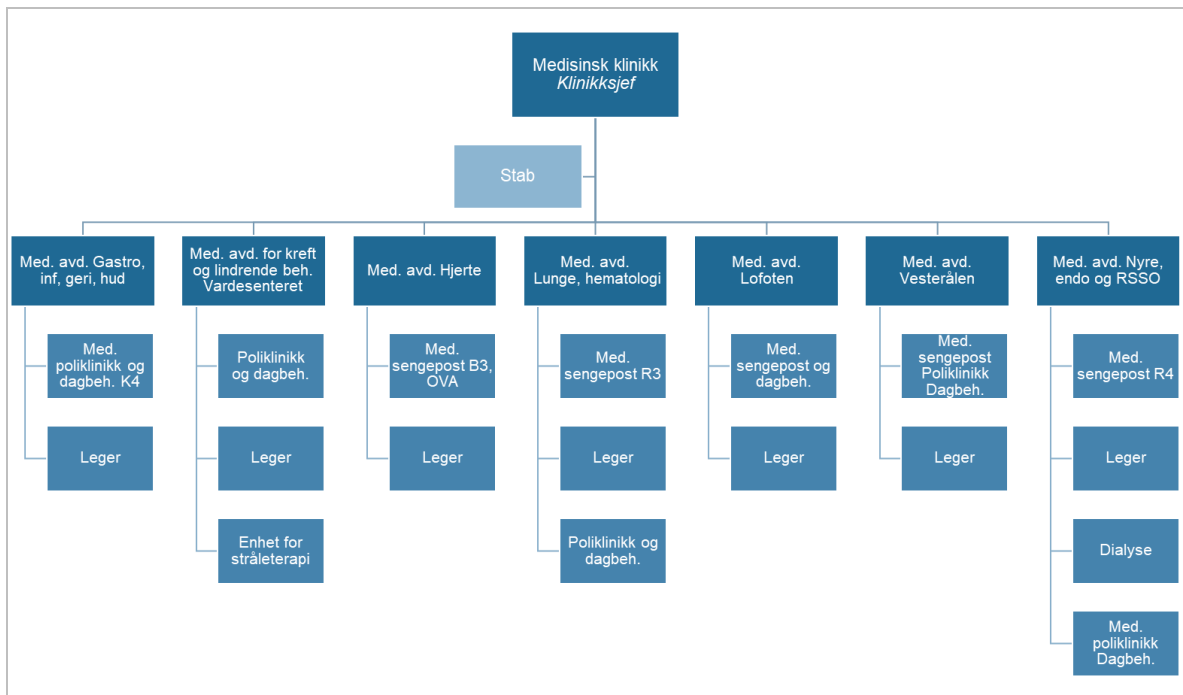


Figur 4-7 Overordnet organisering ved Nordlandssykehuset HF

Medisinsk klinikk har 453 årsverk. Klinikken fikk ny organisering i 2017 og er bygget opp med en klinikkssjef med 2 rådgivere i stab og 7 underliggende avdelinger. Det er nå utlyst en assisterende klinikkssjefstilling.

Avdelingene er inndelt på fagområder i Bodø, mens Lofoten og Vesterålen er egne avdelinger. Det er enhetlig ledelse på avdelingsnivå, mens på enhetsnivå er det egne enheter for legene og for sengeposter/poliklinikker. Inntil januar 2017 var legene plassert i stab, nå er de i enheter med avdelingsoverlege som enhetsleder.

Organisasjonskartet er tegnet slik:



Figur 4-8 Organisering ved Medisinsk klinikk Nordlandssykehuset

Informantene formidler at organisasjonsmodellen og hvem som har ansvar for hva oppleves tydelig. Organisering av legene i egne enheter under avdelingsnivå vakte motstand da det ble innført, men våre informanter mener mange nå opplever dette gir tydeligere ledelse for legene.

Det er planlagt en bemanningsentral for sykepleietjeneste, men ikke besluttet hvor den skal ligge organisatorisk.

4.4.3 Ledelse

Sammensetning

Direktør på sykehuset er økonom. Klinikkssjefstillingen er profesjonsnøytral, nåværende klinikkssjef er jordmorutdannet. Avdelingsledernivået er også profesjonsnøytral, og er nå besatt av 2 leger og 5 med sykepleierutdanning. På enhetsnivå er avdelingsoverlege leder for legene, mens enhetslederne på sengeposter og poliklinikker skal være sykepleiere.

Ansvar og kontrollspenn

Klinikkssjef har totalansvaret for klinikken, både økonomi, fag og personell, og har to rådgivere i stab. Avdelingslederne har økonomiansvar for sin avdeling og personalansvar for enhetslederne. Enhetslederne har personal-, fag- og økonomiansvar for sine enheter. Det er assisterende enhetsledere på sengepostene.

Lederspennet på enhetslederne er fra 13,5 årsverk til 52,9.

Tid til ledelse og lederutvikling

Avdelingslederne som er leger har 20 % og 50 % klinisk virksomhet. På enhetsnivå er avdelingsoverlege leder for legene, kombinert med klinisk arbeid. Alle sykepleierne er ledere på fulltid.

Informantenes vurderinger

Det er samtidig enighet hos informantene om at kontrollspennet på lederne er for stort. Dette medfører at det blir mest dag-til-dag ledelse/administrasjon, og lite rom for strategisk ledelse, særlig på sengepostene. At klinikken omfatter flere lokasjoner er også nevnt som utfordrende.

4.4.4 Samarbeidsstrukturer

Direktørens ledergruppe består av de åtte klinikkjefene, samt medisinsk direktør, fagsjef og administrasjonssjef. Det er ukentlige to-timers møter i denne ledergruppa. Direktørens lederfora gjennomføres en gang pr mnd., samt ett 2-dagers møte pr år, der klinikkjef og avdelingsledere møter. I hovedsak er dette informasjonsmøter. 2 ganger i året er det utvidet ledermøte der også enhetslederne møter. Avdelingslederne og klinikkjef møtes hver 14. dag. Avdelingslederne opplever seg som en samlet gruppe, men struktur på møter og samarbeid har forbedringspotensial.

På avdelingene er det noe ulik møtestruktur og hyppighet, hovedsakelig har den enkelte avdelingsleder møter med sine enhetsledere hver 14 dag. Kontakten mellom avdelingsnivå og enhetsnivå oppleves ulikt av de ulike informantene.

Det er gode relasjoner mellom avdelingslederne, og det er uformelle møter mellom lederne av sengepostene. Samarbeid om ressurser på tvers av enhetene er også noe uformell og blir vurdert av informantene som mulig å forbedre. Noen savner felles møter på klinikken.

4.4.5 Fagutvikling/kompetanse

I Utviklingsplanen beskriver sykehuset en ambisjon om å jobbe målrettet med kontinuerlig forbedring i hele organisasjonen. De vil utvikle en kompetansetrapp for opplæring i kontinuerlig forbedringsarbeid for alle ansatte. Planen har mål om at alle ansatte skal ha grunnleggende forbedringskunnskap innen 2022, og de skal utvikle 175 forbedringsagenter, 30 veiledere og 2 eksperter i samme tidsperiode. Utviklingsplanen legger også opp til en tredobling av antall ansatte med PhD-grad innen 2035, og en tredobling av ekstern forskningsfinansiering.

Det er også et mål å øke antall ansatte som registrerer meldinger og forbedringsforslag. Dette er tatt videre i handlingsplaner 2018 på hver seksjon hvor noen seksjoner vektlegger kompetanseutvikling, og noen legger vekt på lederutvikling.

4.4.6 Oppsummering styrker og utfordringer

På spørsmål om hvor godt organisering og styring av virksomheten legger til rette for å ivareta sykepleietjenestens ansvar og oppgaver, angir de fleste informantene en score på 3 eller 4 på en skala på 1-6 der 6 er best. Informantene formidler at organisasjonsmodellen og hvem som har ansvar for hva oppleves tydelig. Det er samarbeidet på de enkelte pasientpostene som er viktigst for god kvalitet, og dette oppleves godt.

Informantene opplever at det er fokus på mange sykepleiefaglige temaer, kvalitetsindikatorer m.m. i planer og rapportering. Det er kanskje likevel slik at noen opplever at økonomi har størst gjennomslagskraft helt opp til toppledelsen. Dette er samtidig et foretak som har hatt stort behov for fokus på økonomi. Flere har et ønske om mer fokus på det faglige og pasientnære.

For stort lederspenn og lav grunnbemanning nevnes av mange som sentrale utfordringer. Det er også et ønske om å kunne registrere pleietyngde.

Noen peker på at når nærmeste leder er lege, kan det oppleves litt vanskelig å få fram det sykepleiefaglige. På den annen side peker andre på at det oppleves enklere å få gjennomslag videre opp i organisasjonen når det er en lege som er leder og bringer budskapet videre.

5 Likheter og forskjeller i organisering og styring mellom de fire casene

5.1 Kort om casene: Alle er fra medisinsk fagområde ved store helseforetak, men med ulike funksjoner, størrelse og lokalisering

Casene i denne rapporten er alle fra medisinsk fagområde ved store helseforetak, men med ulik størrelse og funksjon. St. Olavs Hospital er en stor universitetsklinikk med lokasjon i nye lokaler midt i Trondheim. Sørlandet sykehus har hovedsakelig lokalsykehusfunksjoner med noen regionale og nasjonale funksjoner, og har lokasjoner i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. Sykehuset i Vestfold har også hovedsakelig lokalsykehusfunksjoner, men med et regionalt tilbud innen sykkelig overvekt. Sykehuset er lokalisert hovedsakelig i Tønsberg, men med en klinikk i Stavern. Nordlandssykehuset har lokasjoner i Bodø, Vesterålen og Lofoten, men de fylkesdekkende funksjonene er samlet i Bodø. Lokalfunksjonen for St. Olavs Hospital dekker et område med ca. 320 000 innbyggere, Sørlandet sykehus er i samme størrelsesorden, mens Vestfold dekker områder med 230 000 og Nordland 138 000 innbyggere.

5.2 Det varierer hvor tydelig den formelle styringen og oppfølgingen er

5.2.1 Savner styringsindikator på pleiefaglig tyngde

Alle helseforetakene styres fra RHFet via oppdragsdokumenter. Styringssignalene fra RHFet til de helseforetakene vi har i våre caser er i hovedsak like. De har samme struktur og mål på økonomi, kapasitetsutnyttelse, kvalitet og pasientsikkerhet. Alle har jobbet mye med Utviklingsplan 2020–2035 for helseforetaket, som nå enten er ferdigstilt eller i slutfasen og skal implementeres.

Videre nedover i organisasjonen er det noen ulikheter på type dokumenter. Både St. Olavs hospital og Sykehuset i Vestfold har lagt vekt på årlige lederavtaler med klinikkdirektør/klinikkssjef og avdelingssjefer. Sykehuset i Vestfold viderefører disse avtalene også til seksjonslederne. St. Olavs har i tillegg en virksomhetsplan for Klinikk for hjertemedisin.

Sørlandet sykehus og Nordlandssykehuset har virksomhetsplaner for medisinsk avdeling/ medisinsk klinikk, og noen av seksjonene på Sørlandet har egne planer. Sørlandet sykehus praktiserer også driftsavtaler. Sykehuset i Vestfold og Nordlandssykehuset har i tillegg styringshjul/årshjul som i hovedsak handler om økonomi.

Hvert sykehus produserer en Årlig melding der det rapporteres om aktiviteter og måloppnåelse. Denne oppsummerer rapportering fra alle enhetene i organisasjonen.

Styringsindikatorne er som sagt i hovedsak de samme for alle casene, men tilpasset utfordringene ved det enkelte sykehus/klinikk/avdeling. Det er ikke utviklet særskilte styringsindikatorer for sykepleietjenesten. Indikatorer som brukes på kvalitet og pasientsikkerhet oppfattes å være sykepleiefaglig relevante. Flere av informantene etterlyser likevel styringsindikatorer som måler pleietyngden som grunnlag for en mer presis dialog om ressursbruk, selv om man erkjenner at dette er komplisert. Dette er i tråd med utfordringer beskrevet i Riksrevisjonens rapport fra 2015,

omtalt i kapittel 3.4, der det fremkommer at både helseforetakene og lederne i virksomhetene mangler viktig informasjon som er nødvendig for styring og effektiv bruk av pleieressursene, samt for kontroll, læring, og forbedring av virksomheten. Sykehuset i Vestfold har under utvikling et enkelt system for pleietyngdemåling. Vi slutter oss til betraktningene om at relevante indikatorer på pleietyngde er viktig mht. å kunne styre og utvikle pleieressursene. Noen av informantene opplever at økonomi får for stor plass i styringen, andre oppfatter styringen som godt balansert.

5.2.2 Styring i mange ledd er krevende

Våre caser har fire eller fem ledernivåer, noe som innebærer lang vei fra direktør som mottar styringssignalene fra RHF-et, til den enkelte enhet som skal utføre god behandling og pleie. Vi ser at selv om styringssignalene i hovedsak er de samme for alle foretakene, er tydeligheten av disse noe ulik nedover i virksomhetene.

Ut fra kartleggingen kan det se ut som om St. Olavs og Vestfold har en ganske tydelig styring når det gjelder sammenhengen mellom virksomhetsplaner, budsjett og bruk av lederavtaler fra foretaksnivå ned til seksjons-/enhetsnivå. For Sørlandet og Nordland er koblingen mer utydelig. Særlig Sørlandet sykehus sier at dette er et viktig forbedringsarbeid de er i gang med.

Noen av våre informanter bekrefter den vertikale spenningen mellom styringen og ledelse «ovenfra» og den faglige virksomheten «nedenfra» beskrevet i kapittel 3.4 ovenfor. Det kan se ut som om lederavtalestrukturen og styringsdialogen på St. Olavs og Sykehuset i Vestfold er tilnærminger som kan bidra til å sikre informasjonsflyten oppover og nedover i linjen, og som også kan bidra til å redusere denne spenningen. Det pekes likevel også her på at det kan være lang vei fra det pasientnære nivået til ledelsen.

Vår vurdering er at en tydelig styringsstruktur mht. sammenheng mellom strategi-/virksomhetsplan, økonomi og leder-/driftsavtaler fra foretaksnivå til seksjons-/enhetsnivå er et viktig redskap for å kunne følge opp og utvikle sykepleietjenesten. En tydelig plan-/dokumentstruktur er imidlertid ikke tilstrekkelig for å sikre god styring og utvikling av tjenesten. Hvordan styringsdialogen mellom ulike ledernivåer er rigget mht. å sette mål, vurdere resultater og ev. avvik er, vil i tillegg være vesentlig for organisasjonens evne til å lære og utvikle seg basert på erfaringer. Fokus kun på rapportering og kontroll har begrenset verdi.

5.3 Ulike prinsipper for organisering av sykepleietjenesten – sykepleiefaglig eller medisinskfaglig tilnærming

I våre caser er sykepleietjenesten organisert på ulike måter. Det kan se ut som om de grovt sett enten er organisert etter tjenesteområde eller etter diagnosen til pasienten (medisinskfaglig område).

St. Olavs hospital og Sykehuset i Vestfold er organisert etter medisinskfaglig område på klinikknivå, mens de på avdelingsnivå er delt i en sykepleietjeneste og legetjeneste. På Nordlandssykehuset er det en medisinskfaglig organisering helt ned til enhetsnivå. På enhetsnivå er det egne enheter for sykepleiere og leger. På Sørlandet sykehus er det organiseringen etter geografi på klinikknivå (Kristiansand), og en medisinskfaglig organisering på øvrige nivåer for vårt case.

Sørlandet sykehus gjorde siste organisatoriske endring i 2016 da man gikk fra tverrgående klinikker til stedlig ledelse som hovedprinsipp. I Medisinsk avdeling, Kristiansand påpeker de viktigheten av å samle faget organisatorisk rundt pasienten, dvs. samle sengeposter, poliklinikk, leger og sykepleiere innen samme fagområde. Dette er en annen tilnærming enn man har på Kirurgisk avdeling ved samme klinikk. Der er sengeposter samlet i en enhet, uavhengig av spesialitet/fagområde.

På Nordlandssykehuset er medisinsk klinikk nylig omorganisert (2017) og modellen har ikke satt seg enda. Omorganiseringen ble blant annet begrunnet i behov for forbedring knyttet til økonomisk kontroll og kvalitet. I stedet for å samle det sykepleiefaglige, har de samlet diagnoser/ medisinsk-faglige områder helt ned på enhetsnivå. De har samtidig tydeliggjort ledelse også av legene på enhetsnivå. Denne organiseringen er av såpass ny dato at det er for tidlig å konkludere med noen klare erfaringer.

Både St. Olavs hospital, Sørlandet sykehus og Sykehuset i Vestfold har bemanningsenheter på tvers på foretaksnivå. Sørlandet sykehus innførte dette i Arendal i 2012 og i Kristiansand i 2015. Når det gjelder Sørlandet har hensikten vært å dekke opp bemanningen, men også stimulere ansatte til å jobbe flere steder på sykehuset. Tiltaket bidrar også til at flere ansatte får fulle stillinger. Våre informanter mener at de har gode erfaringer med dette.

På foretaksnivå er det sykepleiefaglige perspektivet mer utydelig. På Sørlandet sykehus fremhevet informantene organisasjonsavdelingen i direktørens stab, i en slik rolle. På Nordlandssykehuset var det sykepleiefaglige ivaretatt ved at klinikkssjef er sykepleierutdannet.

Dagens organisering med egen sykepleiesøyle ved de medisinske klinikkene på St. Olavs hospital og Sykehuset i Vestfold var en av flere grep som ble tatt på grunn av manglende økonomisk styring (2008/2009). Disse sykehusene har positive erfaringer med denne organiseringen mht. kontroll på økonomi og tydelig ledelse og ansvar for oppfølging av sykepleieressursene. Vestfold vil vurdere om dagens organisering fortsatt er hensiktsmessig når de skal flytte inn i nytt bygg.

På den andre siden legger informantene ved Sørlandet sykehus vekt på at deres organisering legger godt til rette for et sømløst tverrfaglig samarbeid ved at leger og sykepleiere er organisert under samme fagledelse på det pasientnære nivået. Sykepleieressurser på tvers av enheter løses mer uformelt.

Vi ser at det i hovedsak er to prinsipper som er lagt til grunn for å organisere sykepleietjenesten:

- Medisinskfaglig tilnærming: dvs. følge medisinske (sub-)spesialiteter med vekt på at profesjonene jobber i team rundt pasienten. Hovedutfordringen med denne modellen kan være å synliggjøre/ ivareta det sykepleiefaglige i den vertikale linjen da det sykepleiefaglige fragmenteres.
- Sykepleiefaglig tilnærming: dvs. vektlegger det sykepleiefaglige på tvers av medisinske spesialiteter. Hovedutfordringen med denne modellen kan være at det oppstår flere formelle grensesnitt for å samarbeide rundt pasienten.

Generelt er holdningen blant informantene at flere organisasjonsmodeller (strukturer og systemer) kan fungere godt, men at roller, ansvar og myndighet må være tydelig definert mht. å ivareta sykepleietjenesten. Dette er også i tråd med forskning¹⁸ som i liten grad underbygger klare sammenhenger mellom organisasjonsstruktur og effektivitet og resultat. Det finnes ikke «én god organisasjonsmodell». Ulike organisasjonsmodeller kan fungere for en gitt virksomhet i en gitt situasjon. Likevel antar vi at visse egenskaper er mer ønskelige enn andre – fordi de legger bedre til rette for gode prosesser, intern samhandling, kompetansebygging osv. Organisasjonens egne erfaringer, endrede rammebetingelser og eksterne forventninger utenfra kan gi retning til hvordan organisasjonen utformes. Det er derfor viktig at man er bevisst hvilke styrker og svakheter den organisasjonsstrukturen man har valgt har, slik at det kan jobbes med tiltak for å kompensere for svakhetene. På dette grunnlaget kan vi anta at en organisasjonsstruktur som tydeliggjør sykepleietjenesten vil legge til rette for mer oppmerksomhet på styring og utvikling av tjenesten enn en

¹⁸ Jacobsen og Thorsvik, 2005

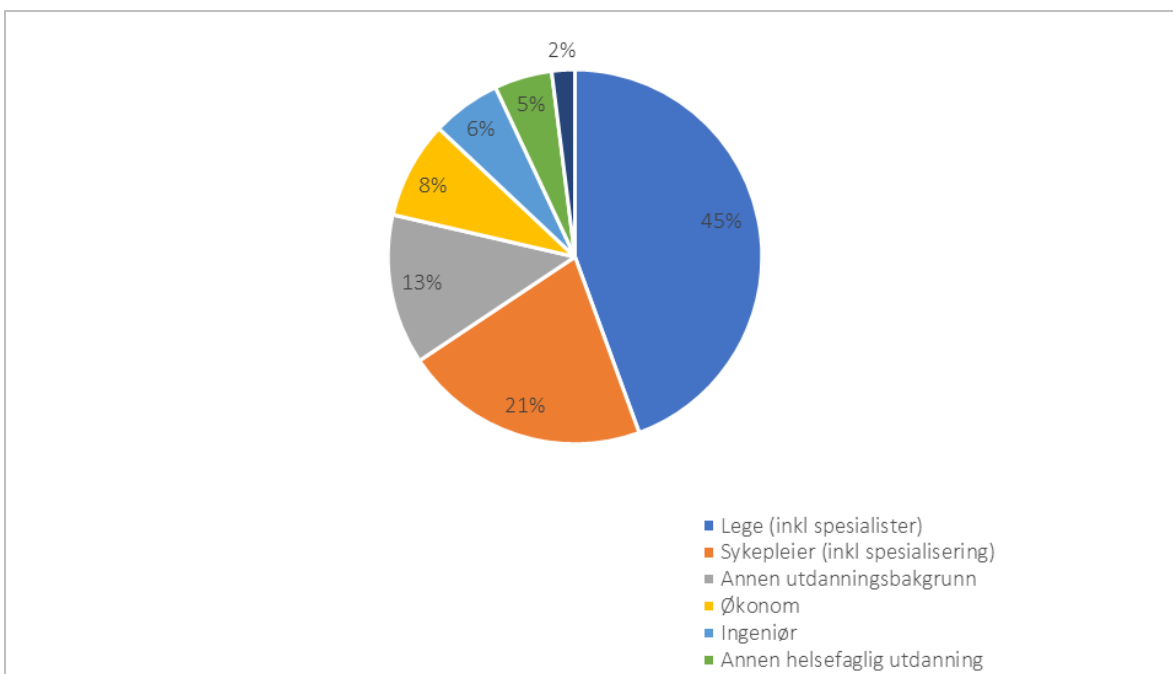
struktur som tar utgangspunkt i pasientens diagnose (medisinskfaglig tilnærming) som i større grad bidrar til en fragmentert organisering av sykepleietjenesten.

5.4 Ledelse av det sykepleiefaglige foregår i all hovedsak på det pasientnære nivået og av sykepleiere, mens strategisk ledelse av det sykepleiefaglige er mindre synlig

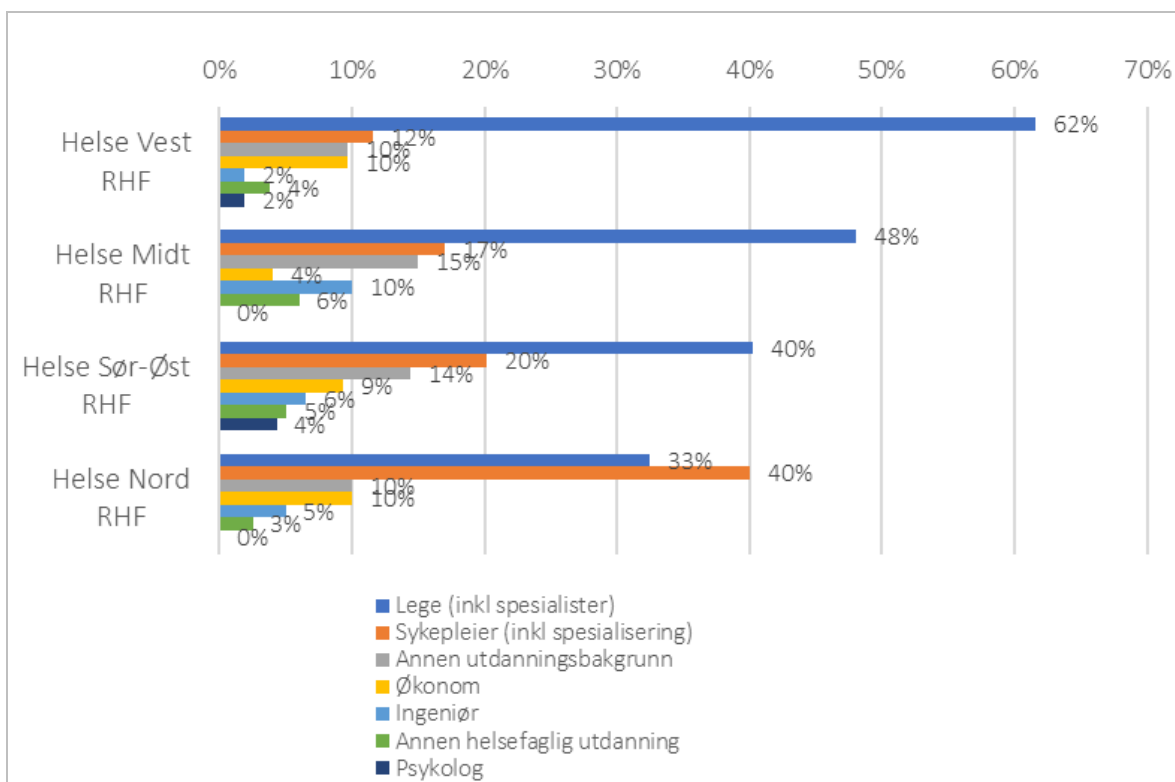
5.4.1 Sammensetning av ledergruppene – legene dominerer

I samarbeid med NSF har vi gjennomført en enkel kartlegging av utdanningsbakgrunn i toppledergruppene ved helseforetakene i de fire RHFene. Kartleggingen ble gjennomført som en undersøkelse ved hjelp av maler utsendt på epost til konserntillitsvalgte i helseforetakene i september 2018. Til tross for mangelfulle opplysninger fra enkelte helseforetak, samt at foretakene har litt ulik organisering av toppledergruppene sine (enkelte inkluderer arbeidsutvalg og stab) er det grunn til å tro at kartleggingen gir et forholdsvis riktig bilde på overordnet nivå. Vi har analysert dataene både ved å se på hvor stor andel de ulike utdanningsretningene utgjør av det totale antallet personer i toppledergruppene (Figur 5-1, og ved å se på variasjonen mellom de fire RHFene (Figur 5-2).

Kartleggingen viste at lege (45 %) og sykepleier (21 %) var de dominerende utdanningene, etterfulgt av annen utdanningsbakgrunn (13 % som inkluderte blant annet jus, kommunikasjon, IT, samfunnsvitenskap), økonom (8 %), ingeniør (6 %), annen helsefaglig utdanning (5 %) og psykolog (2 %). Kartleggingen viste at lege var den dominerende utdanningsbakgrunnen både totalt, og i 3 av 4 RHFer. Det eneste unntaket var Helse Nord, hvor det er noe høyere andel sykepleiere enn leger. Resultatene viste også at det var betydelig variasjon mellom de fire RHFene, slik det fremkommer av figuren under. Det er også verdt å understreke at andelen leger er svært høy i noen av de største helseforetakene som OUS (81 %), Haukeland sykehus (77 %), og St. Olavs hospital (65 %), og at dette har betydelig påvirkning på den totale andelen.



Figur 5-1 Andel personer med ulike utdanningsbakgrunn i toppledergruppene i norske helseforetak



Figur 5-2 Andel personer med ulik utdanningsbakgrunn i toppledergruppene i norske helseforetak fordelt på regionale helseforetak

Når det gjelder de konkrete casene vi har undersøkt, har vi sett at jo høyere lederstilling, jo mer er det fokus på lederegenskaper, evner og erfaringer og mindre på hvilken profesjonsutdanning lederen har. Samtidig ser vi at det er noe ulik tilnærming til sammensetning av ledergruppe på foretaksnivå. Ved Sykehuset i Vestfold, Nordlandssykehuset og Sørlandet sykehus legges det vekt på tverrfaglighet. Ved St. Olavs hospital er det en uttrykt holdning at kliniksjefer som hovedregel bør være leger.

På avdelingsnivå er det store variasjoner mellom casene. I klinikk Kristiansand er fem avdelings-sjefer leger, tre er sykepleiere, én er stråleterapeut og én er fysioterapeut. På enhetsnivå ser vi at det stort sett er sykepleiere som er ledere på sengepostene og på poliklinikkene. På Nordlands-sykehuset er to avdelingssjefer leger og fem sykepleiere. På enhetsnivå er avdelingsoverlege leder for legene, mens enhetslederne på sengeposter og poliklinikker skal være sykepleiere. På St. Olavs hospital og Sykehuset i Vestfold er avdelingslederne for sykepleieavdelingen og medisinsk-faglig avdeling henholdsvis sykepleier og lege.

Kartleggingen har vist at både ledere og tillitsvalgte mener at sykepleierledere i våre caser leder godt. Sterke sykepleierledere på strategisk nivå, fra avdelingsleder og oppover, er noe flere av informantene er opptatt av. Dette vurderes som viktig for å fremme sykepleiefaglige temaer oppover i organisasjonen. Noen peker også på at dette er viktig for legitimitet nedover mot pleiepersonalet, for eksempel hvis upopulære tiltak skal iverksettes. Det har på den annen side også fremkommet synspunkter på at gjennomslaget muligens blir større når en leder som er lege tar eierskap til det sykepleiefaglige og bringer dette videre i organisasjonen. Andre mener det viktigste er lederens interesse og motivasjon for å ivareta det sykepleiefaglige, ikke hvilken profesjonsbakgrunn vedkommende har.

Kartleggingen av sammensetningen av toppledergruppene i HFene viser at leger er den dominerende utdanningsbakgrunnen, og at det totalt sett sitter omtrent dobbelt så mange leger

som sykepleiere i toppledergruppene, selv om det er betydelig variasjon både mellom ulike helseforetak og mellom de fire RHFene. Vi har ikke grunnlag for å kunne si noe om hvorfor det er slik, men har gjennom våre caser identifisert tre mulige hypoteser: På den ene siden sies det at det kan være vanskelig å motivere sykepleiere til å søke/ta ledende stillinger selv om dette er ønsket fra sykehuset. På den annen side er det sykehus som uttrykker at man primært ønsker leger i toppstillinger. Et tredje forhold kan være at det er lettere for sykepleiere å få toppstillinger på steder der det er en utfordring å rekruttere leger til disse stillingene.

Samtidig som funnene våre peker på betydningen av organisering og styring, deler vi også informantenes oppfatning om at ledelse, kultur for samarbeid og personlige relasjoner er vesentlig for hvor godt samarbeidet rundt pasienten fungerer. Det betyr at ledere på strategiske ledernivåer (avdelings-/klinikk-/foretaksnivåer) må ha den nødvendige forståelsen og oppmerksomheten knyttet til bruk og utvikling av den sykepleiefaglige ressursen, uavhengig av profesjonsbakgrunn. Det kan likevel være slik at ledere med sykepleiefaglig bakgrunn vil ha bedre forutsetninger for å kunne ivareta det sykepleiefaglige perspektivet enn ledere med annen bakgrunn. I denne sammenhengen er det, som vist over, verdt å merke seg at funnene fra toppledergruppen viser en klar dominans av ledere med legebakgrunn både i tre av fire RHFer og de fleste helseforetakene.

5.4.2 Roller og ansvar – kontrollspenn en utfordring

I rundskrivet fra 2013 om ledelse i sykehus, omtalt i kapittel 3.3, er det påpekt at enheter som er tildelt ressurser skal ha en leder med det totale ansvaret. Agenda Kaupang erfarer i dette prosjektet at det ikke er like klart alle steder, og at organiseringen i praksis fungerer noe annerledes enn det organisasjonskartene kan gi inntrykk av.

Sykepleietjenesten på det pasientnære nivået synes i hovedsak å ha en tydelig organisering med roller og ansvar ved alle våre caser. Legene er i hovedsak organisert og ledet på klinikk-/avdelingsnivå, men personalansvar og fagansvar kan være delt. På Nordlandssykehuset har derimot enhetsledere for legene også personalansvaret for legene, slik som enhetslederne sengeposter/poliklinikk har for sykepleierne.

Når det gjelder Sørlandet sykehus er det for Agenda Kaupang mer uklart hvor langt ned enhetlig ledelse går, siden hver lege rapporterer direkte til avdelingssjef, mens enhetslederne rapporterer via seksjonslederne til avdelingssjef. Seksjonsleder har det totale fagansvaret. Også på dette sykehuset er våre informanter fornøyd med egen organisering, og påpeker viktigheten av at man er organisert etter diagnoser/medisinskfaglige områder, ikke profesjonsfaglige områder. Det er samtidig viktig å påpeke at avdelingen har en sterk sykepleiefaglig rådgiver i avdelingssjefens stab, og en avdelingssjef (lege) som ser viktigheten av og er engasjert i utviklingen av sykepleietjenesten.

I kapittel 3.4 viser vi til Nordlandsforskning som pekte på de store lederspennene sykepleierledere har i sykehus, samtidig som mange mener dette er gjennomførbart. Vi har gjort helt tilsvarende funn i denne kartleggingen. Felles for våre caser er utfordringer med kontrollspenn fra ca. 20 til ca. 80 medarbeidere på enhetsnivå og poliklinikker. Dette beskrives som en utfordring i alle casene med hensyn til god personaloppfølging. Casene har pekt på og gjennomført ulike løsninger for å kompensere for dette i form av teamorganisering, bruk av fagsykepleiere, stab-/støttefunksjoner på drift og økonomi m.m. Det er likevel slik at våre informanter mener det blir mye dag-til-dag ledelse, og mindre rom for langsiktig og faglig utviklingsorientert ledelse av sykepleietjenesten. En utfordring er samtidig at ledere kan få for stor avstand til den daglige driften og fra faget med et så stort kontrollspenn.

I tråd med tidligere forskning omtalt i kapittel 3.4, finner vi at det er to ulike tilnærminger når det gjelder ledelse av leger og sykepleiere. Sykepleierledere har avsatt 100 % av sin tid til ledelse, mens leger er opptatt av å kombinere ledelse og fag. Ulempen med 100 % tid til ledelse er

tilstrekkelig nærhet til driften og faget. St. Olavs hospital har derfor etablert ordningen med at alle sykepleierledere må gå helgevakt hver 7. helg for å holde kontakt med driften og faget. De har gode erfaringer med denne ordningen. Denne undersøkelsen har ikke hatt fokus på legenes rolle i somatiske sykehus. Det er likevel grunn til å reise spørsmål om to så ulike tilnærminger til ledelse skaper noen særskilte utfordringer, og om det gir konsekvenser for muligheten for utøvelse av enhetlig ledelse.

5.5 Fortsatt potensial for bedre samarbeid på tvers av enheter om ressursutnyttelse og faglig utvikling innen sykepleietjenesten

Våre caser har i hovedsak ganske like strukturer på samarbeid. Det er formaliserte ledermøter både på foretaksnivå, klinikknivå og avdelings-/enhetsnivå. Dette er tydeligst og mest konsekvent gjennomført på de øverste nivåene, mens det er litt mer variasjoner innad i ulike avdelinger og seksjoner/enheter.

I tillegg er det etablert arenaer for å håndtere daglig drift og kapasitetsutnyttelse. Alle foretakene har stort fokus på økonomi og økonomiske resultater i sine styrings- og rapporteringslinjer. Flere informanter opplever også at økonomi er den viktigste indikatoren enhetene rapporterer på.

Arenaene er noe ulikt innrettet og har møter har av ulik hyppighet fra avdeling/seksjon til avdeling/seksjon. Noen av disse møtepunktene er formalisert, andre er mer uformelle arenaer.

Det kan se ut som om St. Olavs hospital har etablert en stram og konsistent struktur på dette, mens Sørlandet sykehus har mer uformelle strukturer som er noe mer personavhengig. Begge deler ble omtalt som å fungere godt. Likevel gir informantene generelt uttrykk for at det er forbedringspotensial for samarbeid på tvers med tanke på kapasitetsutnyttelse.

Våre informanter peker også på at store enheter gir mer fleksibilitet mht. ressursutnyttelse innenfor egen enhet enn mindre enheter. Det er ulikt om det er pasienter eller personer som forflyttes ved kapasitetsutfordringer.

Sykehusene har noe ulik struktur på arenaer for faglig utvikling, men det dominerende er at det på dette området er mer uformelle strukturer. Det er særlig fagsykepleierne som har ulike nettverksmøter.

Vår vurdering er at selv om samarbeidet i all hovedsak ser ut til å fungere bra i våre caser, så synes det å være et potensial for å strukturere og formalisere samarbeidet i større grad enn det som er tilfellet i dag. Dette gjelder både samarbeid om utnyttelse av ressurser på tvers og fagutvikling internt i sykepleietjenesten, samt med andre personellgrupper (jf. også Riksrevisjonens rapport av 2015).

5.6 Fokus på fag-/kompetanseutvikling av sykepleietjenesten på det pasientnære nivået, men koblingen til det strategiske nivået er mer utydelig

5.6.1 Planer for fag-/kompetanseutvikling – ulike tilnærminger

Alle helseforetakene legger vekt på fag-/kompetanseutvikling i sine plandokumenter. I våre caser viser funnene at de fire sykehusene har noe ulik tilnærming mht. hvordan de arbeider med fagutvikling og kompetanseutvikling og hvor prioritert dette arbeidet oppfattes å være.

De tre helseforetakene som har ferdigstilt Utviklingsplanen 2020–2035 kommenterer fagutvikling i denne planen, om enn på litt ulike måter og ulikt nivå. Mens St. Olavs hospital og til dels Sørlandet

sykehus vektlegger fagutvikling og ønsker mer forskning, understreker Nordlandssykehuset behovet for å styrke kompetansen hos alle ansatte knyttet til kontinuerlig forbedringsarbeid. I utviklingsplanen for St. Olavs hospital er utfordringer knyttet til sykepleietjenesten eksplisitt nevnt.

I oppdragsdokumentene fra RHFene er også forskning og kompetanseutvikling tema, eksempelvis har oppdragsdokumentet for Sykehuset i Vestfold HF for 2018 et eget kapittel om kompetanseutvikling. Det står blant annet at Sykehuset i Vestfold skal ha en strategi som bidrar til gode rekrutterings- og utdanningsplaner for spesialsykepleiere innen ABIOK- og jordmorfaget.

Klinikk for hjertemedisin ved St. Olavs hospital og Medisinsk avdeling i klinikk for somatikk Kristiansand ved Sørlandet sykehus har egne kompetanseplaner for sykepleietjenesten. Klinikk for hjertemedisin har en plan som er forankret i visjon, mål og strategier for St. Olavs hospital. Planen tydeliggjør ansvar for fagutvikling på ulike ledernivåer og for den enkelte. Det skal utarbeides individuelle planer for den enkelte sykepleier. Planen omtaler hvordan kompetanseoppbygging for nyansatte, etterutdanning/utvikling, videreutdanning og spesialisering, og mastergrad/doktorgrad skal foregå. Det er satt mål hvor stor andel sykepleiere klinikken skal ha innenfor ulike fagområder (kardiologi, intensivsykepleiere, ledelse og klinisk sykepleie). Klinikken har ansatt en forskningssykepleier med Phd for å stimulere til forsknings- og kvalitetsprosjekter innen sykepleie og at relevant forskning blir tatt i bruk. St. Olavs hospital etterlyser flere tverrfaglige FOU-satsinger med relevans for sykepleietjenesten.

Strategi 2018-2020 på Sørlandet sykehus legger vekt på at sykehuset skal stimulere til fagutvikling og til oppgavedeling, og bidra til utdanning i form av praksisplasser, samt stimulere til forskning og innovasjon. Samtidig sies det at forskningsprosjekter i hovedsak må være eksternt finansiert. På Sørlandet sykehus er det kompetanseplaner for hver enhet og for hver enkelt sykepleier. Avdelingen har etablert et system som angir hvilken kompetanse hver enhet og ansatt *må* ha på ulike nivåer, og hva som er *anbefalt* kompetanse. Sykehuset uttrykker at det er et ønske om flere sykepleiere på ulike nivåer, inkludert PhD, men det er ikke etablert konkrete mål. Enkelte av informantene reflekterer rundt spørsmålet knyttet til at sykepleiere oppfattes å være for lite synlige i forbedringsarbeid, og at sykehuset ikke har lyktes med å få flere sykepleiere med PhD og å få flere inn i høyere lederstillinger. Dette til tross for at det er et mål for sykehusets ledelse.

Sykehuset i Vestfold har et opplæringsprogram for nyansatte sykepleiere (5 % av sin stilling avsatt til systematisk fagutvikling) og et traineeprogram på sykehusnivå. Vestfold har beskrevet og definert kompetanseområder innenfor områdene samarbeid, sykepleie, medisinsk, teknisk og administrativ kompetanse som sykepleiere på ulike nivåer må ha. Medisinsk sykepleiefaglig avdeling har innarbeidet 3–4 fagdager i turnus, og noen seksjoner har noe felles med legene.

Nordlandssykehuset skal utvikle kompetansetrapp for kontinuerlig forbedringsarbeid, og det er satt måltall på antall forbedringsagenter, veiledere og eksperter som skal utdannes. I tillegg er det mål for antall ansatte med PhD-grad innen 2035. Ingen av disse måltallene er spesifisert på profesjon. Seksjonene skal utvikle handlingsplaner i 2018 med vekt på kompetanseutvikling og lederutvikling.

5.6.2 Ulik organisering av fagutviklingsarbeidet

Det er ulik organisering av stab-/støttefunksjoner knyttet til oppfølging av fagansvaret. Medisinsk avdeling på klinikk for somatikk, Kristiansand ved Sørlandet sykehus og Klinikk for hjertemedisin på St. Olavs har fagsykepleiere med ansvar for fagutvikling. Klinikk for hjertemedisin har i tillegg stabsressurser på avdelingsnivå og en forskningssykepleier. Avdelingssjef sykepleie på klinikk for hjertemedisin savner en sterk sykepleiefaglig stemme på foretaksnivå.

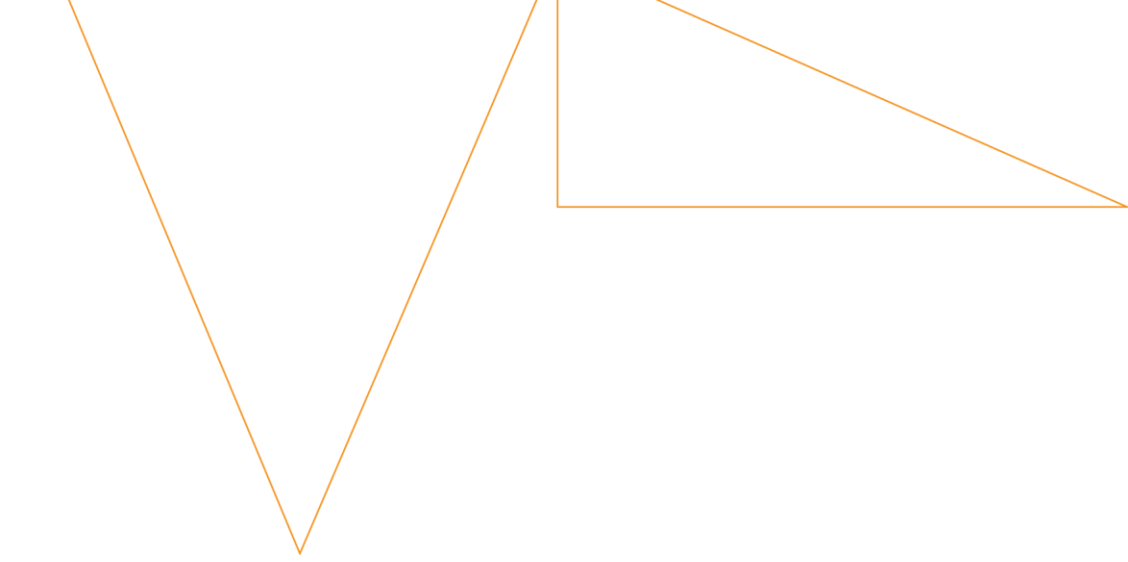
Avdeling for sykepleie ved Medisinsk klinikk på Sykehuset i Vestfold har teamledere med oppgaver knyttet til både drift og fagutvikling. Det nevnes at fagutviklingsarbeidet i stab til avdelingssjef for sykepleie kunne vært noe styrket.

På Sørlandet sykehus har hver enhet en fagsykepleier med ansvar for oppfølging av kompetanseplaner, fagdager, prosedyrer, og med ansvar for å etablere ressursgrupper til utviklingsarbeid. Fagsykepleierne har felles møter noen ganger i året, og noen felles møter i hele sykehuset. Det er et fagråd for sykepleie (80 personer) for hele foretaket. Dette fagrådet bidrar blant annet til at det arbeides med felles prosedyrer. Organisasjonsavdelingen på foretaksnivå har ansvar for kompetanse og utdanning som også omfatter sykepleietjenesten.

Hvor høyt prioritert fagutvikling og kompetanseoppbygging er i våre caser synes å bli oppfattet noe ulikt. På St Olavs hospital understrekes nødvendigheten av å sette av midler til dette også i økonomisk trangere tider for å kunne levere tjenestene på en god måte og for å motivere medarbeidere. For de øvrige sykehusene er det noe delte oppfatninger om hvorvidt man evner å prioritere fagutviklingen høyt nok.

Vi har fått opplyst at stabene på foretaksnivå i våre caser primært har overordnet ansvar for problemstillinger knyttet til eksempelvis samhandling, kvalitetssystem, smittevern etc., og i liten grad for profesjonsspesifikke problemstillinger eksempelvis knyttet til sykepleietjenesten. Unntaket er som beskrevet over Organisasjonsavdelingen på Sørlandet sykehus som også har oppmerksomhet knyttet på det sykepleiefaglige.

Vårt hovedinntrykk er at fag- og kompetanseutvikling for sykepleietjenesten primært foregår på seksjons-/enhetsnivå. Det er etablert ulike planer og systemer for oppfølging knyttet til faglig ajourhold og oppdatering av kompetanse. Dette oppfattes i hovedsak å fungere bra, men det kan være utfordrende å ha tilstrekkelig oppmerksomhet på fagutvikling i en hektisk hverdag der det også er fokus på drift og økonomi i enheter med et stort kontrollspenn. Når det gjelder strategisk fagutvikling for sykepleietjenesten på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå er det indikasjoner på at dette varierer i større grad, og koblingen til overordnede planer og styringsdokumenter er svakere.



Vedlegg

Intervjuguide – case



Intervjuguide – undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene

Om informanten:

- Navn: <NN>
- Arbeidssted/stilling/hvor lenge i stillingen/hovedoppgaver:
- Dato for intervjuet: <xx.xx.2018>

Kort om bakgrunn for oppdraget

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har engasjert Agenda Kaupang for å undersøke hvordan sykepleietjenesten er organisert og styrt i spesialisthelsetjenesten i et utvalg somatiske sykehus. Undersøkelsen gjennomføres som en kvalitativ studie hvor vi går inn og ser nærmere på fire helseforetak (casestudier).. Bakgrunnen for undersøkelsen er den økte politiske oppmerksomheten omkring problemstillinger knyttet til organisering og styring av spesialisthelsetjenesten, jf. blant annet Kvinnslandsutvalgets rapport NOU 2016:25 og Hagen-utvalgets rapport 2017 om regionreformen. Kvinnsland-utvalget anbefalte å evaluere og gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller. Helseforetakene har valgt å organisere og styre virksomheten på ulike måter. NSF mener det vil være nyttig å få økt kunnskap om hvilke erfaringer helseforetakene gjort seg mht ulike måter å organisere virksomheten på, og da med vekt på sykepleietjenestens plass i strukturen. Vi vil ha fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, god ressursutnyttelse, faglig utvikling og muligheter for samarbeid og læring på tvers. Rapport fra arbeidet skal leveres NSF primo oktober 2018. Rapporten vil blant annet inneholde en beskrivelse av casene og fra hvilket helseforetak og klinikk de er hentet. Vi vil angi hvor mange vi har snakket med og fra hvilke nivåer i organisasjonen. Vi vil oppsummere hovedinntrykk fra samtalen, og ingen informanter vil bli direkte sitert med mindre vedkommende har godkjent sitatet. Casestudiene vil bestå av en faktabeskrivelse knyttet til organisering og styring av virksomheten, samt synspunkter innhentet gjennom intervjuer med et utvalg ledere og tillitsvalgte. Intervjuene er en kombinasjon av enkeltintervjuer og gruppeintervjuer med en varighet fra ca. 1-2 timer som gjennomføres i perioden midten av mai til slutten av juni 2018. Intervjuene vil ha fokus på hvilke erfaringer informantene har med dagens styring og organisering.

Vi tar utgangspunkt i sykepleietjenestes ansvar, rolle og bidrag ift lovpålagte oppgaver spesialisthelsetjenesten har knyttet til pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pårørende jf. spesialisthelsetjenesteloven. Vi har definert sykepleietjenesten som «den pleie, omsorg og behandling som utføres i all hovedsak av sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere».

Temaer for samtalen:

1. Overordnede betraktninger
2. Organisering - roller og ansvarsfordeling
3. Lederes ansvar og oppgaver
4. Samarbeid
5. Strategier, planlegging og styring
6. Sammenheng mellom måloppnåelse og organisering og styring
7. Viktigste budskap fra samtalen

1. Overordnede betraktninger

Innledningsvis ønsker vi kort dine overordnede betraktninger knyttet til hvordan sykepleietjenestens ansvar, rolle og bidrag i hht lovpålagte oppgaver knyttet til pasientbehandling, utdanning, forskning og informasjon til pårørende er organisert og styrt. Hva er overordnede styrker, svakheter og utfordringer? Ev rammebetingelser du ønsker å kommentere?

2. Roller og ansvar

Hvordan vurderer du rolle og ansvarsfordeling mellom enheter og ledernivåene i virksomheten? Er den tilstrekkelig klar, og er den hensiktsmessig i forhold til å løse sykepleietjenestens ansvar og oppgaver, herunder eventuelt stabens/stabenes rolle og ansvar knyttet til fag- og kvalitetsutvikling av sykepleietjenesten?? Hva er styrker og svakheter?

3. Ledelse

Hvordan vurderer du ledernes ansvar og oppgaver knyttet til drift og utvikling av sykepleietjenesten? Styrker og svakheter knyttet utøvelse av ledelse?
Stikkord: ansvar for økonomi, fag, og medarbeideroppfølging, profesjonsbakgrunn, kriterier for ansettelse i lederstillinger, lederfora, stabilitet i lederposisjoner.

4. Samarbeid

Hvordan vurderer du kultur for samarbeid/bruk av ressurser på hvers av enheter (eksempel kvalitets- og pasientutvalgenes rolle)? Har virksomheten etablert nødvendige fora samarbeid der sykepleietjenestens behov adresseres, og hvordan fungerer disse? Styrker og svakheter?

5. Strategier, planlegging og styring

Hva er din vurdering av hvordan planlegging og styring av sykepleietjenesten ivaretas på ulike nivåer i virksomheten knyttet til følgende forhold:

- Mål- og styringsindikatorer: Hvilke mål- og styringsindikatorer har særlig oppmerksomhet på ulike nivåer i virksomheten (og hvordan er sammenhengen med oppdragsstruktur og rapportering fra RHF/HF)? Hvilke av mål- og styringsindikatorene er særlig relevante for utøvelse av sykepleietjenesten? Er det mål/indikatorer som bør ha større oppmerksomhet?
- Strategier/planer: Er du kjent med om/hvilke strategier/planer virksomheten har for fag- og kvalitetsutvikling av sykepleietjenesten? Hvordan vurderer du verdien og bruken av disse, er de godt forankret og følges opp? Styrker og svakheter?

- Styringsdialogen: Hva er din vurdering av hvordan styringsdialogen og prosesser knyttet til drift og utvikling av sykepleietjenesten mellom nivåene fungerer? I hvilken grad fanges det sykepleiefaglige behovet opp på en god måte? Styrker og svakheter?

6. Sammenhengen mellom organisering og styring, og måloppnåelse

Hvilke refleksjoner gjør du deg om sammenhengen mellom hvordan virksomheten er organisert, styrt og ledet mht hvor viktig det er for måloppnåelsen? Er det ev andre forhold du vil peke på som viktige for å skape en effektiv sykepleietjeneste med god kvalitet?

7. Oppsummering – viktigste budskap fra samtalen

På en skal fra 1-6 der 1= i liten grad og 6 er i svært stor grad, hvor godt vil du si at organisering og styring av virksomheten legger til rette for å ivareta sykepleietjenesten ansvar og oppgaver. Kan du kort begrunne scoren, og kort oppsummere de viktigste styrkene og utviklings-/forbedringsområdene.

Basert på dine erfaringer- hva er dine tre viktigste gode råd/gode grep for å ivareta sykepleietjenestenes ansvar og oppgaver knyttet til organisering og styring i somatiske sykehus?