

Kartlegging av lederstillinger og ledernivå i helseforetakene

1. Innledning

Sykehusutvalgets skal 'gjennomgå antall lederstillinger og ledernivå i helseforetakene og vurdere regelverk og eventuelt andre tiltak som kan understøtte en fornuftig lederstruktur og som legger til rette for stedlig ledelse.'

Dette notatet svarer ut en bestilling fra sykehusutvalget om å kartlegge de vertikale og horisontale lederspennene samt omfang av geografisk stedlig ledelse ved helseforetakene i Norge. Notatet er basert på tallmateriale fra helseforetakene etter mal (vedlegg) som ble presentert for de regionale HR-direktørene i møtet 20.06.2022.

1.1. Formål

Sykehusene har tilpasset seg nye lederkrav og forventninger til ledelse, men rapporterer også om utfordringer med store lederspenn og stedlig ledelse. Formålet med kartleggingen er å få et godt bilde av vertikale og horisontale lederspenn samt omfanget av stedlig ledelse på de ulike ledernivåene. Det vil det være en sammenheng mellom antall ledernivå og størrelsen på ledergruppene. Få ledernivå gir store enheter med stort horisontalt lederspenn. Men dette er også avhengig av antall ledere på nivået over og hvor «bratt» strukturen er.

Grad av stedlig ledelse vil også variere med ledernivå. Ved de fleste store helseforetak er de øverste ledernivåene organisert på tvers av geografiske sykehusbygg. Ved enkelte foretak kan dette også gjelde lengre ned i organisasjonen. Det er behov for å se på stedlig ledelse på alle ledernivåene i foretakene.

Ledelse ved norske helseforetak skal være profesjonsnøytralt, likevel vil det forekomme at sykehusene organiseres etter fag og yrkestilknytning, særlig på de laveste ledernivåene. Ved enkelte foretak vil det også forekomme varianter av delt ledelse. Det er behov for å kartlegge omfanget av delt lederskap og yrkeshomogene driftsenheter.

1.2. Kilder – tidligere kartlegging

Det mest omfattende kartlegging av sykehusenes aktivitet, ansatte og kostnader finnes i de årlige SAMDATA publikasjonene¹, men disse inneholder ikke informasjon om sykehusenes enheter eller ledelsesstruktur. Sykehusenes lederstruktur ble sist kartlagt gjennom det nasjonale prosjektet INTORG² der alle landets foretak rapporterte inn antall lederstilling og antall nivå. INTORG data ble samlet inn annethvert år i perioden 1999-2013 og resulterte i fem rapporter. I perioden økte antall ledernivå ved sykehusene fra at de fleste hadde to til tre ledernivå i 1999 til fire til fem ledernivå i 2012 og antall avdelingsledere økte.

¹ Helsedirektoratet (2020) *Status og utviklingstrekk for Spesialisthelsetjenesten Kostnader, aktivitet og kontinuitet*. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2020.

² Kjekshus, L. E., Harsvik, T., Hagen T., Bernstrøm, V. H., Westlie, A. (2000-2013). *INTORG – Organisasjon og ledelsesstrukturer ved norske sykehus*. Rapport 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012. Institutt for helseledelse og helseøkonomi UiO / SINTEF Helse / HERO Helseøkonomisk Forskningsprogram Skriftserie.

Tabell ■ Hvor mange formelle ledernivåer er det i foretaket?
Prosentandel (N)

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2012
Ett nivå	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
To nivå	26 %	19 %	6 %	4 %	4 %	0 %	0 %
Tre nivå	59 %	66 %	60 %	57 %	28 %	24 %	6 %
Fire nivå	15 %	13 %	34 %	39 %	60 %	71 %	67 %
Fem nivå	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	6 %	22 %
Seks nivå	0 %	0 %	0 %	0 %	8 %	0 %	6 %
N	(46)	(47)	(35)	(23)	(25)	(17)	(18)

*Kilde: INTORG 2013 <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-8.pdf>

INTORG ble startet opp før sykehusene ble foretak og før de store sykehusfusjonene. Da sykehusene ble foretak med store fagovergripende klinikkmodeller ble det etter hvert vanskelig å nå ut til de geografiske sykehusenhetene, men i 2012 rapporterte foretakene at 31% av avdelingslederne og 10% av seksjonslederne var ledere ved flere «geografiske enheter». 48% av avdelingslederne og 28% av seksjonslederne hadde legebakgrunn og 40% av avdelingslederne og 55% av seksjonslederne hadde sykepleiebakgrunn. Det er behov for å bygge videre på erfaringene fra INTORG kartleggingene og samtidig se hvordan det kan gis en mer presis kartlegging av ledernivå, lederspenn og stedlig ledelse ved å innhente tilrettelagte HR-data fra foretakene.

I en organisasjonskartlegging av Oslo universitetssykehus (OUS)³ ble HR data brukt til å vise antall ledere på ulike ledernivå, antall ansatte på hver enhet, grad av yrkessammensetning (faghomogenitet) ved de enkelte enhetene samt geografisk fordeling på de ulike enhetene (Gaustad, Ullevål, Aker, Montebello). Kartleggingen viste store sykepleieenheter med store horisontale kontrollspenn og små legeenheter ofte uten stedlig ledelse.

1.3. Gjennomføring

Kartleggingen for Sykehusutvalget ble gjennomført i dialog med HR-direktørene ved de regionale helseforetakene samt utpekte kontaktpersoner som var ansvarlig for innsamlingen og tilrettelegging av data. Det ble etablert en mal for innsamling av HR-data fra alle foretakene samt et tilhørende enklere spørreskjema som dekket spørsmål om stedlig ledelse som ble presentert og diskutert med de regionale HR-direktørene i møtet 20.06.2022 med frist 19. september.

Det ble også diskutert å etablere en survey til alle lederne for å få mer detaljert informasjon om lederbetingelser, men dette ble vurdert som å falle utenfor sykehusutvalgets mandat og at dette ville kreve betydelig mer ressurser og tid for å kunne gjennomføre.

Å kartlegge antall lederstillinger og nivå innebærer utfordringer med å få et riktig bilde av dette særlig når enheten 'sykehus' er så forskjellig. Den første delen av kartleggingen var å samle inn informasjon om antall ledernivå og antall ledere på de ulike nivåene samt antall ansatte ved laveste ledernivå. Dette ga informasjon om ledernes vertikale og horisontale lederspenn. Her hadde alle foretakene gode og tilgjengelige data.

³ Kjekshus, L.E. (Red.) (2015). *Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus HF. Kartlegging og konsekvensvurdering*. Delrapport 1, 2 og 3. Oslo: Oslo universitetssykehus.

Derneft ønsket vi å kartlegge geografisk lokalisering innenfor det enkelte ledernivå og grad av yrkeshomogenitet ved de enkelte driftsenhetene. Dette gir informasjon om lederspenn knyttet til å lede på flere lokalisasjoner samt å lede ansatte med mange ulike yrkesbakgrunner. Dette er informasjon det skal være mulig å hente ut fra foretakenes HR-data men dette krevde i større grad tilrettelegging og manuelle sorteringer av data. Det opprinnelige ambisjonsnivået med å kartlegge stedlig ledelse på adresser ble redusert til sykehusområder. Det var også utfordring med å få rapporter om de enkelte ledernivåene og ble derfor begrenset til laveste ledernivå (førstelinjeleder).

2. Resultater

2.1. Virksomhetsstørrelse og ledernivå

Denne kartleggingen begrenses til foretak med pasientbehandling og har utelatt apotek og annen virksomhet som ikke omfattes av pasientbehandling. Dette utgjør totalt 20 helseforetak (Tabell 1). Antall ansatte varierer stort mellom foretak. Fra Sunnas med 771 ansatte til OUS med 22 729 ansatte.

Tabell 1. Oversikt over helseforetak, antall ansatte, antall ledere, ledernivå, sortert etter antall ansatte.

Helseforetak	Kort- navn	Antall ansatte	Antall ledere	Ant. ansatte pr leder	Antall leder- nivå
Oslo universitetssykehus	OUS	22729	1054	21,6	6
Helse Bergen	HBE	13953	513	27,2	5
St. Olav hospital	SOH	11427	415	27,5	4
Akershus univ.sykehus	AHUS	11127	409	27,2	6
Vestre Viken	VVHF	10211	363	28,1	5
Univ.sykehuset Nord-Norge	UNN	9093	349	26,1	4
Sykehuset Innlandet	SIHF	8947	316	28,3	4
Helse Stavanger	HST	8332	347	24,0	4
Sørlandet sykehus	SSHF	7498	248	30,2	5
Sykehuset Østfold	SØHF	7151	211	33,9	4
Helse Møre og Romsdal	HMR	5853	212	27,6	4
Sykehuset i Vestfold	SIVHF	5419	194	27,9	4
Nordlandssykehuset	NORL	5141	197	26,1	5
Helse Fonna	HFO	4155	247	16,8	4
Sykehuset Telemark	STHF	3958	146	27,1	4
Helse Nord-Trøndelag	HNT	3328	168	19,8	4
Helse Førde	HFØ	3107	160	19,4	5
Finnmarkssykehuset	FINN	2427	130	18,7	4
Helgelandssykehuset	HELG	2123	105	20,2	4
Sunnaas sykehus	SUNHF	771	28	27,5	4

Det er samlet over 7500 ledere ved helseforetakene og i gjennomsnitt leder hver leder 26 ansatte. Det er stor variasjon i andelen ledere pr ansatt, fra Helse Fonna med 17 ansatte per leder til Sykehuset Østfold med 34 ansatte per leder. Likevel vil det være større variasjon innad i foretaket. Det vertikale lederspennet viser at det gjennomgående er fire ledernivåer

ved de minste foretakene og 5 ledernivåer ved foretakene med flere enn 10 000 ansatte. Ahus og OUS har 6 ledernivåer.

2.2. Horisontalt lederspenn, virksomhetsstørrelse fordelt på laveste ledernivå

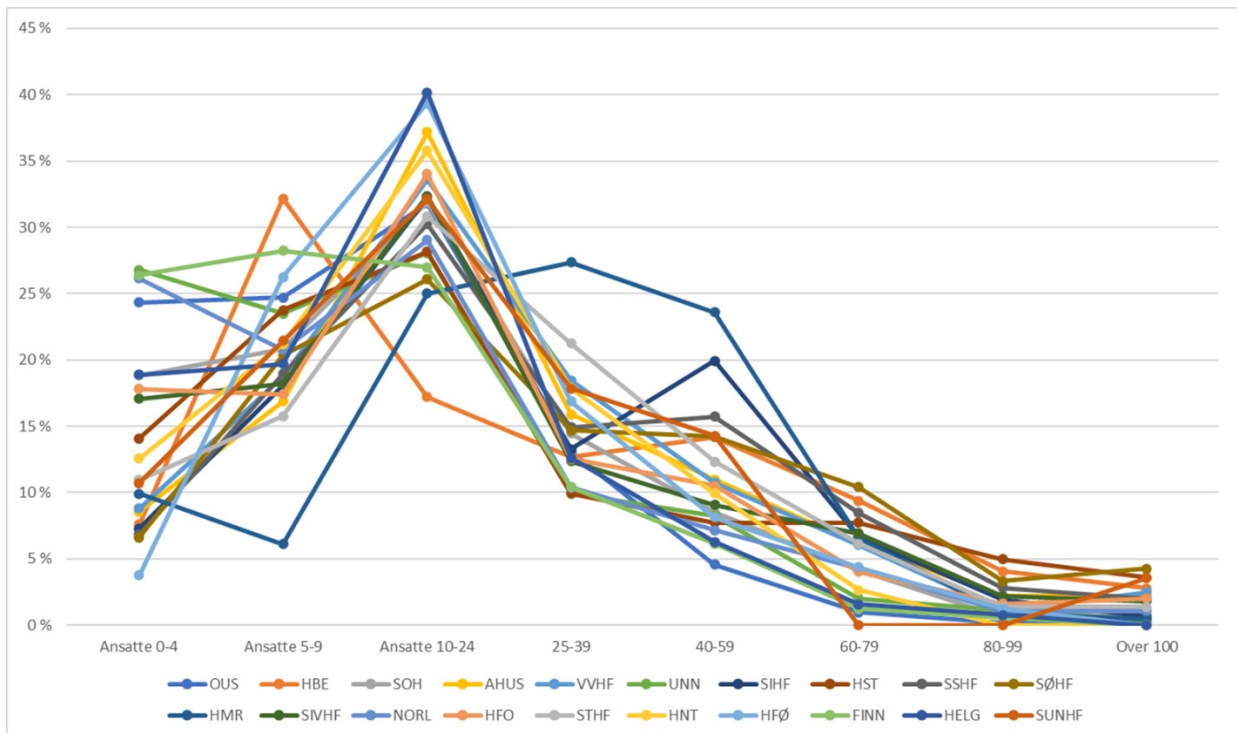
Det er også stor variasjon på det horisontale lederspennet, det vil si antall ansatte lederne har personalansvar for. Vi har sett på tall for fordelingen av antall ansatte pr enhet på laveste virksomhetsnivå (som regel seksjonsleder nivå 4 eller enhetsleder nivå 5) (Tabell 2). Enkelte ledere kan ha større kontrollspenn enn det som rapporteres her ved at de er ledere for flere enheter men samtidig vil det som oftest da omfatte små enheter for eksempel med poliklinisk virksomhet som er lagt inn under leder for sengeavdelingen.

Tabell 2. Horisontalt lederspenn, enhetsstørrelse på laveste ledernivå fordelt på helseforetak, antall ansatte per enhet. Sortert etter antall ansatte.

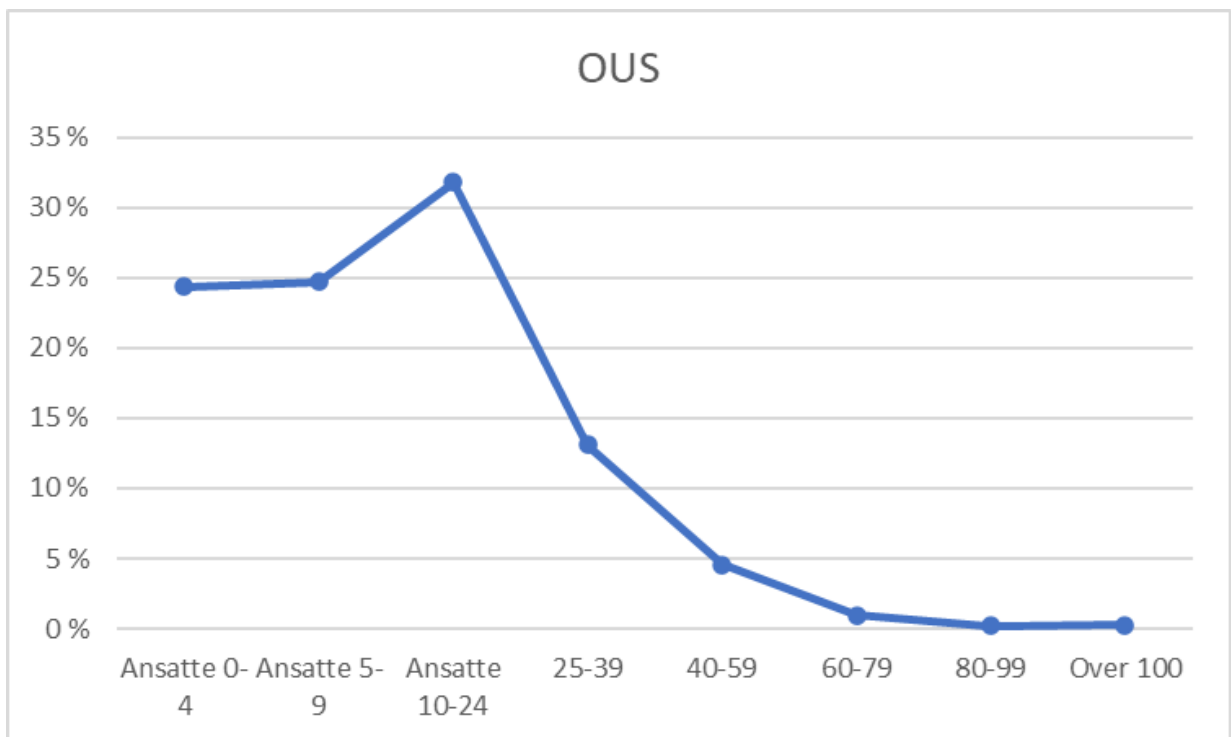
Kort- navn	Antall ansatte	Antall enheter	Antall ansatte pr enhet:							Over 100
			0-5	6-10	11-25	26-40	41-60	61-80	81-100	
OUS	22729	1421	346	351	452	186	65	14	3	4
HBE	13953	395	30	127	68	50	56	37	16	11
SOH	11427	505	95	105	161	73	43	21	3	4
AHUS	11127	409	35	69	152	65	45	25	9	9
VVHF	10211	363	32	68	122	67	39	22	4	9
UNN	9093	545	146	128	153	54	45	11	6	2
SIHF	8947	316	23	57	102	42	63	21	6	2
HST	8332	362	51	86	102	36	28	28	18	13
SSHF	7498	248	17	47	75	37	39	21	7	5
SØHF	7151	211	14	43	55	31	30	22	7	9
HMR	5853	212	21	13	53	58	50	14	2	1
SIVHF	5419	275	47	50	89	34	25	19	6	5
NORL	5141	279	73	58	81	29	20	12	3	3
HFO	4155	247	44	43	84	31	26	10	4	5
STHF	3958	146	16	23	45	31	18	9	2	2
HNT	3328	151	19	32	54	27	15	4	0	0
HFØ	3107	160	6	42	63	27	13	7	2	0
FINN	2427	163	43	46	44	17	10	2	1	0
HELG	2123	127	24	25	51	16	8	2	1	0
SUNHF	771	28	3	6	9	5	4	0	0	1

Enkelte ledere er ledere for enheter med over 100 ansatte, men i disse enhetene inngår også ekstrahjelpsentraler og personalformidling. Likevel er det også enkelte sengeavdelinger med over 100 ansatte. Det er ikke slik at det er de største sykehusene som har de største horisontale lederspenn. Jevnt over utgjør hovedtyngden av enheter mellom 10 og 50 ansatte. Det er også ved de mindre sykehusene vanlig med over 40 ansatte per enhet. Dette skyldes at de større sykehusene gjerne har ett ekstra ledernivå.

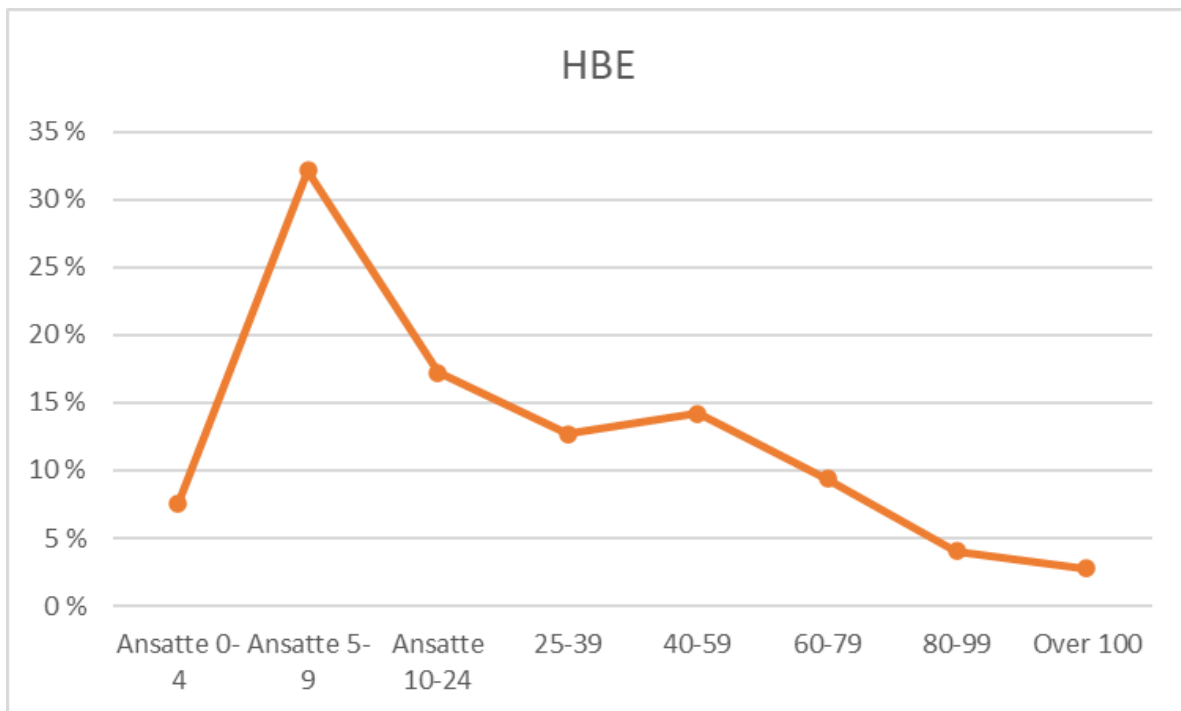
Dette kan illustreres i grafer med alle foretakene (Figur 1) som viser at de fleste enhetene ved foretakene er enheter med 10-24 ansatte. Men bildet viser også at enkelte foretak avviker fra den generelle profilen.



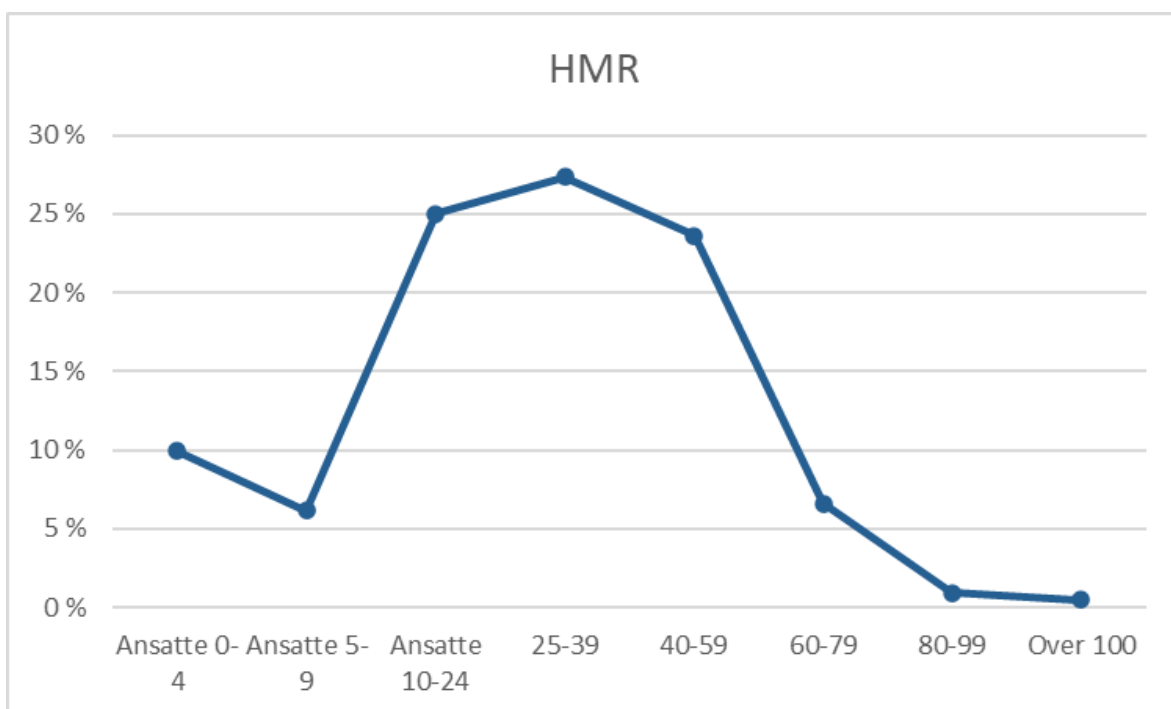
Figur 1 Prosentandelen av senheter fordelt på ulike størrelser



Figur 2 OUS har en relativt høy andel med mange små enheter med færre enn fem ansatte



Figur 3 Helse Bergen har en større andel store enheter med over 40 og over 60 ansatte



Figur 4 Helse Møre og Romsdal har få små enheter, men en større andel enheter med over 25 ansatte.

Figur 2-4 viser at det er forskjeller i fordelingen av størrelsen på enhetene. Der OUS har mange små enheter og mindre lederspenn som kan skyldes at de har seks ledernivåer, mens Helse Bergen har fem ledernivåer og større lederspenn, tilsvarende som Helse Møre og Romsdal som har fire ledernivåer og derav større lederspenn med relativt mange store enheter og få små enheter.

2.3. Horisontalt lederspenn, stillingsgruppesammensetning fordelt på laveste ledernivå

Horisontalt lederspenn omfatter også kompleksiteten i antall yrkesgrupper som koordineres på laveste ledernivå. Her skilte vi mellom enkelte hovedgrupper av stillingsgrupper slik de er beskrevet under indikator nr 25 i Interregional HR Indikatorkatalog, nivå 1. Disse ble sortert i åtte kategorier hvor første kategori er heterogene enheter uten en dominerende stillingsgruppe, mens de andre enhetene er fagenheter med mer enn 80 prosent av en stillingsgruppe (tabell 3).

Tabell 3. Forkortelser og oversikt over inndelingen av stillingsgrupper etter indikator nr 25 i Interregional HR Indikatorkatalog, nivå 1 som er brukt i tabell 4.

Ca andel av totale ansatte ⁴ :	Heterogen	Enheter med ansatte i enheten med hovedsakelig blandet yrkeskategoribakgrunn (ingen kategori mer enn 80 %)?
	Andel	Andel heterogene enheter av det totale antall enheter
10-15 %	Adm/ledelse	Enheter med ansatte med hovedsakelig #1 adm/ledelse (mer enn 80 %)?
10-17 %	Lege	Enheter med ansatte med hovedsakelig #3 lege (mer enn 80 %)?
35-45 %	Sykepleier	Enheter med ansatte med hovedsakelig #5 sykepleier (mer enn 80 %)?
15-20 %	Annen helsefag	Enheter med ansatte med hovedsakelig annen helsefaglig bakgrunn: #2 pasientrettet stillinger, #6 Helsefagarbeider, #7 Diagnostisk personell (mer enn 80 %)?
2 %	Psyk	Enheter med ansatte med hovedsakelig #4 psykolog (mer enn 80 %)?
1-6 %	Forsk.	Enheter med ansatte med hovedsakelig #11 forskning (mer enn 80 %)?
10-15 %	Drift	Enheter med ansatte med hovedsakelig annen bakgrunn: #8 apotekstillinger, #9 drift, #10 ambulanse (mer enn 80 %)?

Tabell 4 viser fordeling av stillingsgrupper på de ulike enhetene ved foretakene. Vi ser her at det samlede antall enheter med fordeling av yrkesgrupper er her større ved enkelte av helseforetakene enn i tabell 2 som viste antall ansatte fordelt pr enhet. Dette skyldes at dette datamaterialet ble hentet ut på foretaksnivå hvor enheter defineres utfra kostnadssteder.

Andelen heterogene enheter utgjør mellom halvparten og en tredjedel av enhetene ved helseforetakene på de laveste ledernivåene (tabell 4). Det vil si at over halvparten av alle enhetene består hovedsakelig av en stillingsgruppe og at koordineringen av disse stillingsgruppene foregår på ledernivåene over, som regel avdelingsledernivået.

En mer inngående undersøkelse av OUS bekreftet at dette ofte er avdelingsledernivået³. For å få data på dette for alle foretakene ville dette kreve et større manuelt uttrekk på de andre ledernivåene ved foretakene.

Vi vet fra tidligere undersøkelser at det er et skille mellom hvordan somatikk og psykisk helsevern organiserer virksomheten. Somatikk er organisatorisk oftere inndelt i homogene enheter. Vi ser dette også i oversikten at det er relativt få enheter som organiserer psykologer. Disse inngår i større omfang i tverrfaglige enheter.

⁴ ForBedring 2019. Uttak etter yrkesgruppe. Standard rapport for Oslo universitetssykehus HF.

Tabell 4. Horisontalt lederspenn, stillingsgruppeheterogenitet fordelt på laveste ledernivå. Sortert etter andel heterogene enheter.

Kort- navn	Antall enh.	Hetero- gen		Annen											
				Adm/ledelse	Lege	Sykepleier	helsefag	Drift	Psyk	Forsk.					
HFØ	203	61	30 %	27	13 %	29	14 %	29	14 %	24	12 %	30	15 %	0	3
HELG	127	45	35 %	20	16 %	17	13 %	15	12 %	10	8 %	20	16 %	0	0
SØHF	279	103	37 %	70	25 %	33	12 %	27	10 %	18	6 %	28	10 %	0	0
FINN	163	64	39 %	26	16 %	19	12 %	15	9 %	12	7 %	26	16 %	0	1
SIVHF	242	97	40 %	37	15 %	41	17 %	21	9 %	19	8 %	26	11 %	1	0
SSHF	325	130	40 %	49	15 %	42	13 %	37	11 %	24	7 %	40	12 %	2	1
SOH	516	209	41 %	50	10 %	58	11 %	84	16 %	47	9 %	65	13 %	0	3
STHF	200	83	42 %	36	18 %	30	15 %	25	13 %	5	3 %	21	11 %	0	0
HNT	168	73	43 %	0	0 %	1	1 %	1	1 %	61*	36 %	15	9 %	8	9
UNN	545	240	44 %	94	17 %	48	9 %	44	8 %	39	7 %	65	12 %	2	13
HMR	216	96	44 %	36	17 %	19	9 %	40	19 %	7	3 %	18	8 %	0	0
AHUS	474	219	46 %	71	15 %	53	11 %	56	12 %	25	5 %	36	8 %	4	10
SIHF	417	191	46 %	65	16 %	34	8 %	40	10 %	20	5 %	66	16 %	0	1
HFO	254	116	46 %	28	11 %	27	11 %	38	15 %	13	5 %	29	11 %	3	0
HST	362	170	47 %	66	18 %	42	12 %	35	10 %	24	7 %	23	6 %	0	2
HBE	395	186	47 %	40	10 %	39	10 %	64	16 %	19	5 %	44	11 %	2	1
VVHF	443	211	48 %	59	13 %	58	13 %	43	10 %	18	4 %	52	12 %	1	1
OUS	1784	892	50 %	318	18 %	127	7 %	158	9 %	123	7 %	108	6 %	3	55
NORL	279	144	52 %	38	14 %	30	11 %	27	10 %	9	3 %	31	11 %	0	0
SUNHF	28**	16	57 %	7	25 %	1	4 %	1	4 %	1	4 %	2	7 %	0	0

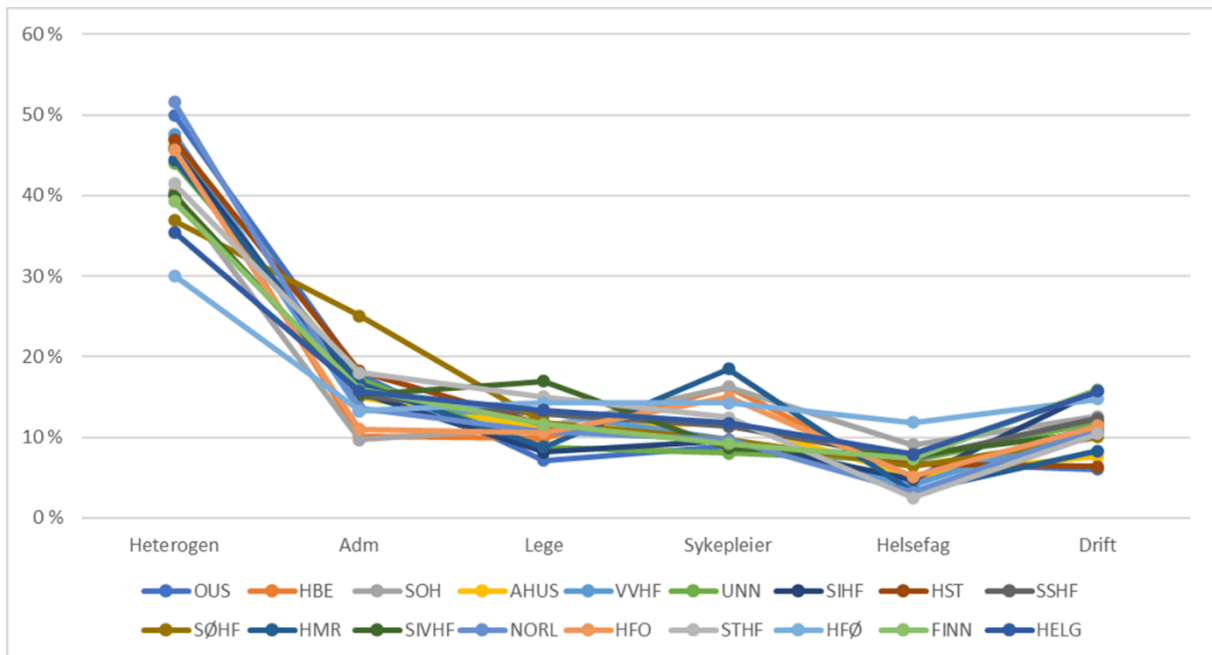
**Kategorien annen helsefag virker unormalt høy og kan skyldes feilregistrering hvor også leger og sykepleiere inngår i denne kategorien ved Helse Nord Trøndelag (HNT).

*Her ble det rapportert om 28 heterogene enheter, men ble redaksjonelt korrigert til 16 ved å trekke fra de 12 homogene enheter fra det totale antallet enheter på 28.

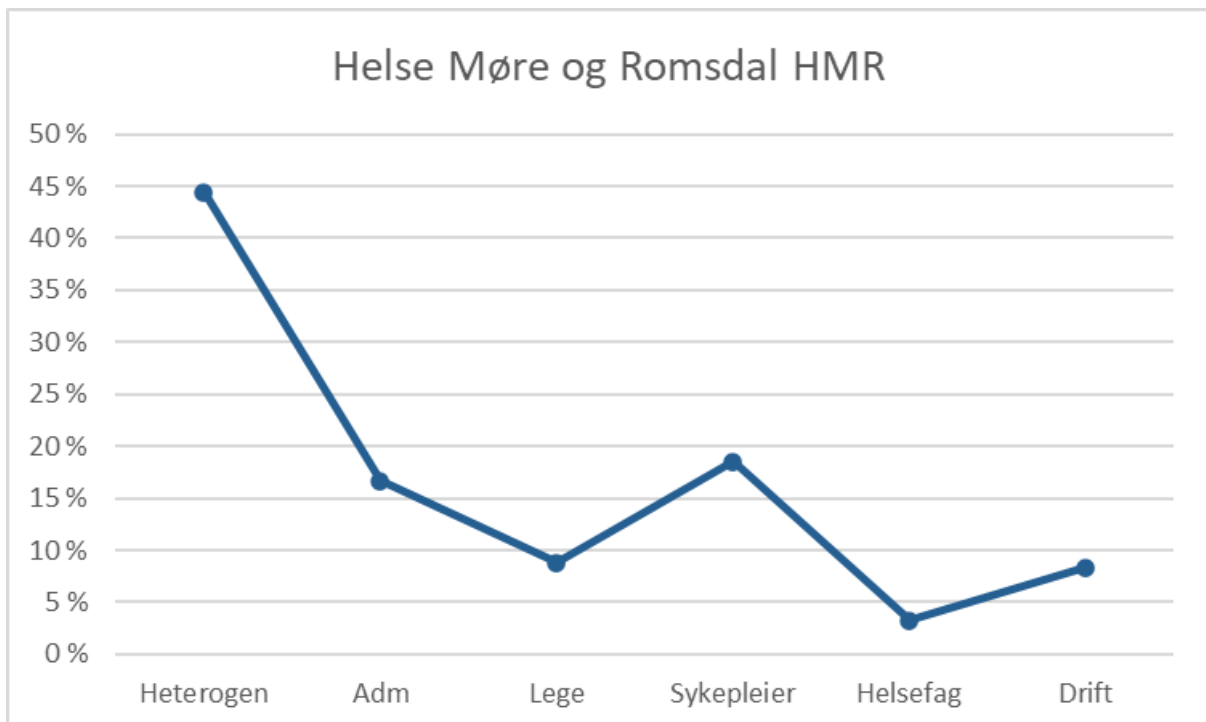
Det kan se ut som at legene utgjør den faggruppen som i størst grad er organisert i egne fagenheter i forhold til andelen ansatte⁴. Ved et foretak utgjør legene ca 10-17% av sykehusets ansatte. Sykepleiere utgjør den største gruppen ansatte og det kan da leses at de da ikke i like stor grad er organisert i egne fagenheter. Men disse tallene fanger ikke opp at sykepleierenhetene ofte er fire ganger så store som legeenhetene³.

Det er ikke overraskende at omfanget av organisering etter fag er høyt ved alle foretakene. Det er tradisjoner for at det er den dominerende strukturen for norske sykehus. Tabellen viser at størrelsen på sykehuset ikke har betydning for andelen homogene enheter. Sunnaas sykehus ser ut til å ha en gjennomgående mer heterogen organisering av sin virksomhet som skyldes dels at deres laveste ledernivå er avdelingsledernivået. Oslo Universitetssykehus (OUS) kan se ut til å ha relativt lav andel homogene legeenheter. Oslo Universitetssykehus har en fag- og stillingsinndeling som denne tabellen ikke fanger opp ved bare å se på det laveste ledernivået. OUS har flere ledernivåer enn de andre foretakene og har også fagorganisering på avdelingsnivå³. Ved enkelte klinikker er LIS legene (Leger i spesialisering) organisert i en egen avdeling. Ved Helse Nord-Trøndelag er kategorien annen helsefag unormalt høy og kan skyldes en annen kategorisering av sine ansatte ved at også leger og sykepleiere inngår i denne kategorien ved Helse Nord Trøndelag.

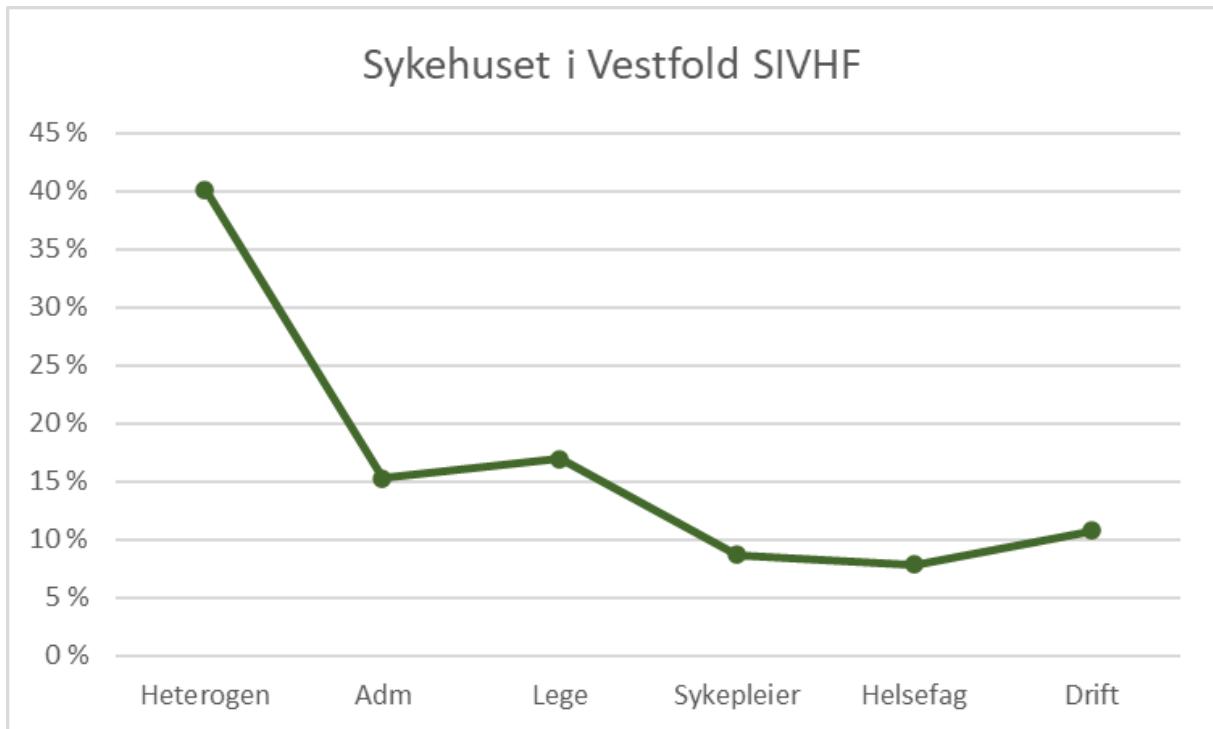
Hvis vi ser på disse tallene grafisk for alle foretakene samlet ser vi at det er noe variasjon mellom foretakene (Figur 5).



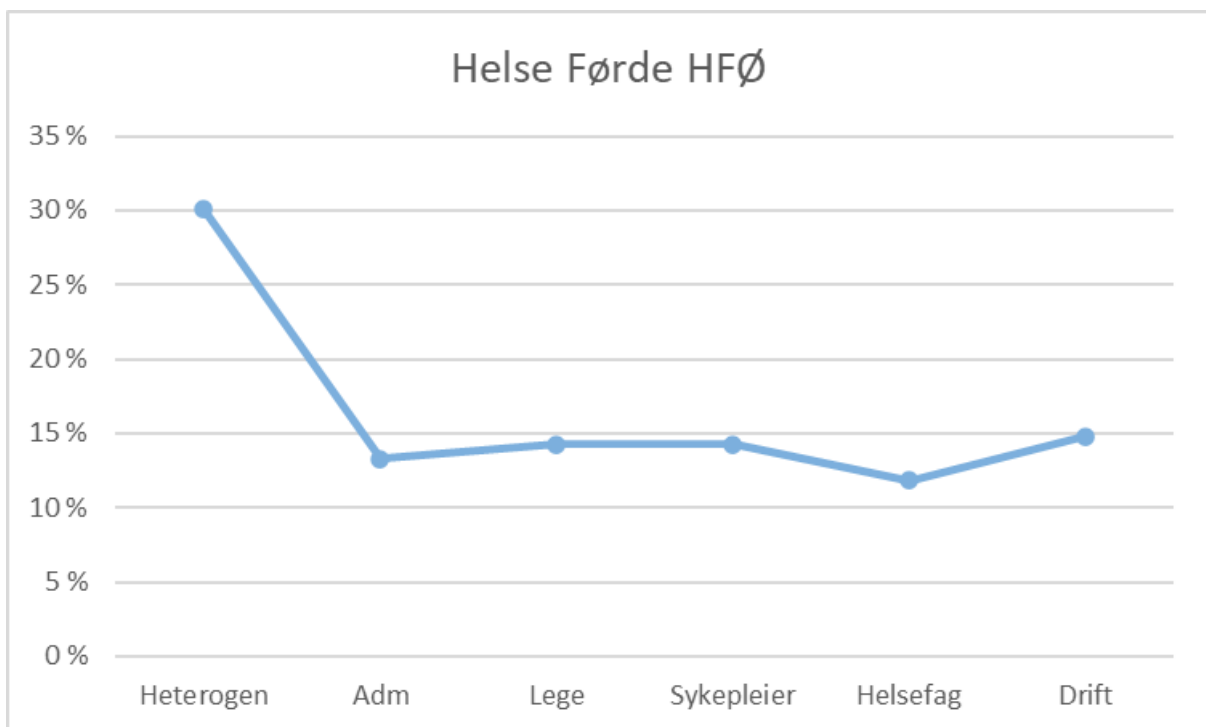
Figur 5 Fordelingen av andelen yrkeshomogene enheter ved foretakene



Figur 6 Høy andel heterogene enheter, men høy andel sykepleiedominerte enheter ved Helse Møre og Romsdal



Figur 7 Høy andel legedominerte enheter ved Sykehuset i Vestfold



Figur 8 Lav andel heterogene enheter og høy andel homogene yrkesgruppe enheter ved alle kategoriene ved Helse Førde

Grafene i figur 6-8 viser variasjon mellom utvalgte foretak og profilen på hvordan seksjonene er fordelt fra Helse Møre og Romsdal som har mange sykepleiedominerte seksjoner til Helse Førde som har en relativt lav andel med heterogene seksjoner og stor andel med homogene yrkesstillingsgruppe seksjoner.

2.4. Stedlig ledelse, geografisk lederspenn fordelt på ledernivå

De fleste helseforetak er fusjoner av tidligere sykehus og er derfor geografisk spredt på flere områder. Helseforetakene, med noen unntak, er organisert i fagklinikker som går på tvers av disse lokalisasjonene. Lederspenn omfatter da også ledelse på tvers av geografiske enheter eller lokalisasjoner. Denne kartleggingen er første gang det er systematisk samlet inn tall på omfang av stedlig ledelse. Stedlig ledelse ble helseforetakene pålagt å rapportere av foretaksmøte januar 2022: «*redegjøre for hvordan de ulike virksomhetene i regionen er organisert for å ivareta prinsippet om stedlig ledelse.*»⁵

En av utfordringene og diskusjonene er hvordan stedlig ledelse skal oppfattes og tolkes og på hvilket ledernivå at det er relevant med stedlig ledelse. I denne kartleggingen så vi på to måter å kartlegge lokalisasjoner. Vi ba foretakene om å rapportere om lokalisasjoner som adresser og sykehusområder.

Den mest detaljerte kartleggingen ville være å følge antall adresser som er registrert på det enkelte foretak i Brønnøysundregisteret og som ofte blir brukt ved vareleveranser til foretakene avhengig av hvor varene skal leveres. Dette ble vurdert som for omfattende og detaljert og ville krevd et stort manuelt kodearbeid. I stedet for valgte vi å bruke antall sykehusområder, omtalt som steder i de regionale helseforetakenes hjemmesider (WWW). Det er disse de fleste gjenkjenner som de tidligere sykehusene.

Sykehusområder er knyttet til de fysiske bygningene som er samlokalisert i et sykehusområde. For eksempel består Vestre Viken av sykehusområdene Drammen, Kongsberg og Bærum. På nettsidene til foretakene står disse ofte oppført under «steder». I tillegg er hvert foretak en rekke adresser som brukes i forbindelse med varelevering og er registrert i Brønnøysundregisteret. Dette viser at i tillegg til antall sykehusområder kan foretakene ha mange virksomheter på store områder som for eksempel St. Olavs hospital som er registrert med hele 82 ulike adresser. Vi valgte likevel å konsentrere kartleggingen av stedlig ledelse til sykehusområde da det ble for komplisert å knytte dette til adresser.

Utfordringen med sykehusområdet som kategori er at selv om publikum kan ha en intuitiv forståelse av hva et sykehusområde kan være, og ofte insisterer på å bruke de gamle sykehusnavnene som for eksempel Rikshospitalet og Ullevål sykehus, er det likevel ikke like lett å definere og avgrense ett sykehusområde. Noen sykehusområder er fortsatt fullverdige sykehus med både akuttmottak, fødselsomsorg og medisinsk og kirurgisk virksomhet. Men etter foretaksreformen (og til dels før) har de fleste foretakene fordelt spesialiteter og funksjoner mellom ulike sykehusområder slik at noen sykehusområder har begrenset og spesialisert virksomhet og få funksjoner. I denne kartleggingen har vi forsøkt å gi et mer nyansert bilde og har gitt en mer detaljert beskrivelse slik helseforetakene har meldt inn, samt hvordan de blir presentert på sine hjemmesider.

Ambulansevirkosomhet har ofte mange lokasjoner spredt rundt i regionen og det samme har psykisk helsevern med mange distriktpsykiatriske sentre (DPS). Dette har tradisjonelt blitt organisert under en klinikk og er ikke tatt med som egne sykehusområder.

⁵ Helseforetaksmøtet januar 2022.

Tabell 5. Oversikt over helseforetak og antall lokalisasjoner (sykehusområder og adresser registrert i Brønnøysundregistret) sortert etter antall sykehusområder.

Helseforetak	Kort- navn	Antall adresser	Antall sykehus- områder	Navn på sykehusområder / hovedlokasjoner
Oslo universitetssykehus	OUS	98	4	Rikshospitalet, DNR, Ullevål, Aker
Helse Møre og Romsdal	HMR		4	Ålesund, Molde, Volda, Kristiansund
Vestre Viken	VVHF	55	4	Drammen, Ringerike, Kongsberg, Bærum
Sykehuset Innlandet	SIHF	48	4	Gjøvik, Lillehammer, Hamar, Elverum, (Tynset, Reinsvoll, Sanderud)
Helse Førde	HFØ	24	4	Førde, Lærdal, Nordfjord, Florø
Helse Fonna	HFO	20	4	Haugesund, Stord, Odda, Valen
Univ.sykeh Nord-Norge	UNN	88	3	Tromsø, Harstad, Narvik
St. Olav hospital	SOH	82	3	Trondheim, Røros, Orkdal
Sørlandet sykehus	SSHF	53	3	Kristiansand, Arendal, Flekkefjord
Nordlandssykehuset	NORL	50	3	Bodø, Lofoten, Vesterålen
Akershus univ.sykehus	AHUS	39	3	Nordbyhagen, Kongsvinger, Ski
Helgelandssykehuset	HELG	20	3	Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen
Sykehuset Østfold	SØHF	34	2	Kalnes, Moss
Sykehuset Telemark	STHF	31	2	Porsgrunn, Skien, (Notodden, Kragerø, Nordagutu, Seljord)
Sykehuset i Vestfold	SIVHF	28	2	Tønsberg, Larvik (Sandefjord, Horten, Stavern)
Finnmarkssykehuset	FINN	47	2	Hammerfest, Kirkenes, (Alta)
Helse Nord-Trøndelag	HNT	17	2	Levanger, Namsos
Helse Bergen	HBE	68	1	Haukeland, (Haraldsplass, Voss)
Helse Stavanger	HST	55	1	Stavanger
Sunnaas sykehus	SUNHF	4	1	Sunnaas

Alle helseforetakene som har virksomhet på flere sykehusområder vil ha en sykehusdirektør (ledernivå 1) som er leder for flere lokalisasjoner og dermed ikke stedlig leder. Det store spørsmålet er på hvilket ledernivå er lederne bare leder for ett avgrenset geografisk sykehusområde? I denne kartleggingen fikk vi data på de ulike ledernivåene (tabell 6 og 7).

Tabell 6 gir en oppsummerende oversikt over forkortelsene på variablene som er brukt i kartleggingen av stedlig ledelse.

Tabell 6. Oversikt over forkortelser brukt i tabell 6.

Områder	Antall sykehusområder tilknyttet helseforetaket
Nivå 2-5	Antall lederstillinger på nivå 2 (Klinikkledere), Nivå 3 (Avdelingsledere), Nivå 4 (Seksjonsledere), Nivå 5 (Enhetsledere)
Sum	Antall ledere på ledernivået
Flere omr	Hvor mange av disse er ledere på flere lokalisasjoner (sykehusområder)?
Andel stedlig	Hvor mange % har stedlig ledelse (leder for kun ett sykehusområde)?

Tabell 7. Geografisk lederspenn fordelt på ledernivå. Sortert etter andel med stedlig ledelse på nivå 3 Avdelingsleder.

Kortn.	Områder	Nivå 2 Klinikleder			Nivå 3 Avd.leder			Nivå 4 Seksj.leder			Nivå 5 Enhetsleder		
		Sum	Flere omr	Andel stedlig	Sum	Flere omr	Andel stedlig	Sum	Flere omr	Andel stedlig	Sum	Flere omr	Andel stedlig
HMR	4	8	6	25 %	31	25	19 %	180	29	84 %	0	0	100 %
OUS	4	17	17	0 %	157	66	58 %	683	80	88 %	540	6	99 %
FINN	2	11	5	55 %	36	13	64 %	82	1	99 %	0	0	100 %
STHF	2	12	8	33 %	39	13	67 %	116	0	100 %	0	0	100 %
SIHF	4	13	10	23 %	61	19	69 %	261	29	89 %	9	9	0 %
HFØ	4	15	5	67 %	32	10	69 %	73	2	97 %	17	0	100 %
SØHF	2	16	9	44 %	50	15	70 %	163	0	100 %	0	0	100 %
SSHF	3	12	10	17 %	50	14	72 %	193	26	87 %	20	13	35 %
HELG	3	7	7	0 %	19	5	74 %	70	6	91 %	0	0	100 %
NORL	3	15	5	67 %	57	12	79 %	108	3	97 %	16	0	100 %
VVHF	4	14	5	64 %	67	8	88 %	240	11	95 %	13	0	100 %
AHUS	3	14	9	36 %	89	11	88 %	255	8	97 %	76	0	100 %
SOH	3	22	17	23 %	121	11	91 %	325	9	97 %	6	0	100 %
HFO	4	11	3	73 %	56	4	93 %	179	0	100 %	0	0	100 %
UNN	3	20	20	0 %	88	0	100 %	174	0	100 %	66	0	100 %
HNT	2												
HBE	1*	28	11	61 %	404								
HST	1	17	0	100 %	76	0	100 %	253	0	100 %	0	0	
SIVHF	1	8	1	88 %	27	1	96 %	158	1	99 %	0	0	
SUNH	1	8	2	75 %	21	1	95 %	2	0	100 %	0	0	

* HBE har en hovedlokasjon i tillegg til flere mindre lokalisasjoner. Det laveste ledelsesnivå som er rapportert er nivå 3. Det rapporteres at de aller fleste av disse er stedlige ledere.

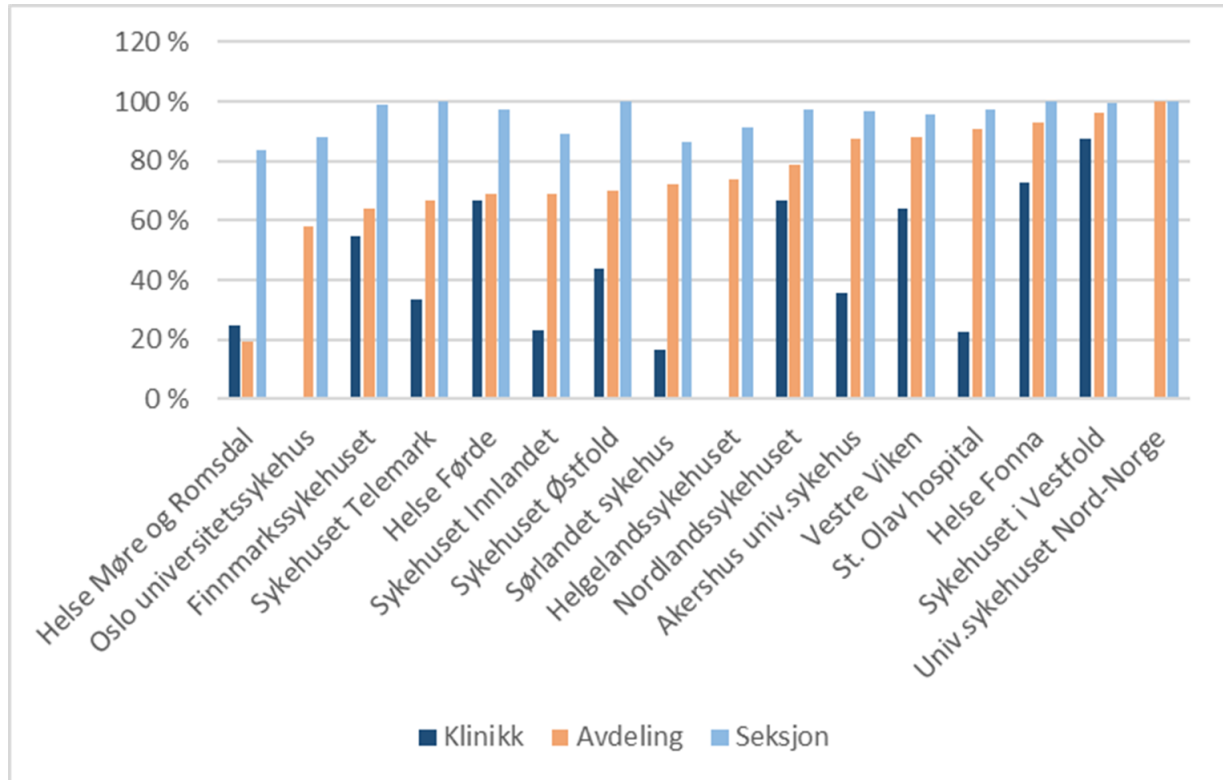
Alle foretakene har stedlig ledelse på nivå 5 (enhetsledere) og de fleste har også dette på nivå 4 (seksjonsledere). Den store forskjellen ser vi på nivå 3 (avdelingsledere). Her er det særlig Helse Møre og Romsdal (HMR), Oslo universitetssykehus (OUS) og tidels Sykehuset Innlandet (SIHF) som har virksomhet på fire hovedlokasjoner og har i mindre grad stedlig ledelse på nivå 3 og 4.

To av helseforetakene; Helse Stavanger (HST), og Sunnås sykehus (SUNHF) har **lokasjon primært på kun ett sykehusområdet** og derav stedlig ledelse på alle nivåene.

Helse Bergen (HBE) har primært en hovedlokasjon. HBE har sin primære hovedlokasjon på Haukeland universitetssykehus samt tre spesialiserte mindre sykehus i Voss (med akuttmottak somatikk og psykiatri), Kysthospitalet Hagevik (Ortopedi) og Sandviken (psykiatri) og har ikke rapportert tall for Nivå 3 og 4, men skriver at de aller fleste avdelingsledere er stedlige ledere: «Helse Bergen har en svært «flat» organisasjonsstruktur. Det er en kombinasjon av klinikker, og avdelinger. Ledelsen har en ledergruppe og en utvidet ledergruppe. Også Helse Bergen har gjennomgående klinikkstruktur. Det vil si at det er en klinikkdirektør for psykisk helsevern og rus, men i klinikken er organisasjonen fordelt på ulike enheter for BUP og VOP i tillegg til andre lokasjoner som Sandviken sjukehus og regional

sikkerhetspost for å nevne noe. Voss sjukehus har egen direktør og kan sammenlignes med de andre klinikkene. Kysthospitalet Hagavik er en del av ortopedisk klinikk.»⁶

Figur 9 viser ett søylediagram over alle foretakene som har virksomhet på to eller flere sykehusområder. Foretakene er sortert fra venstre med de de foretakene som har færrest avdelingsledere med stedlig ledelse til høyre med de med høyest andelen avdelingsledere som har stedlig ledelse.



Figur 9 Foretak med virksomhet på flere sykehusområder og andelen ledere med stedlig ledelse

Fem av helseforetakene har **lokasjoner på to sykehusområder**; Sykehuset i Vestfold (SIVHF), Sykehuset Østfold (SØHF), Sykehuset Telemark (STHF), Finnmarksykehuset (FIN) og Helse Nord-Trøndelag (HNT).

SIVHF har hovedlokasjon i Tønsberg og noe i Larvik men har også elektiv og poliklinisk virksomhet Sandefjord, Horten og Stavern. Alle lederne er stedlige med unntak av lederne for kirurgisk virksomhet som leder både Tønsberg og Larvik helt ned til seksjonsledernivå.

Ved SØHF er hovedlokasjonene Kalnes og Moss men der den somatiske driften i Moss i hovedsak er elektiv. I tillegg til de to hovedlokasjonene er det drøyt 20 mindre lokasjoner, flest innen psykisk helsevern. DPS, BUPP, UPS, TSB, ambulansestasjoner, samt utestasjoner for lab. Ved SØHF er det primært klinikklederne men også 30% av avdelingslederne som leder på tvers av disse to hovedlokasjonene.

⁶ Notat fra Helse Vest 2022. Kort beskrivelse av organisasjonsstrukturen i helseforetakene på Vestlandet.

STHF har hovedlokasjon primært i Skien og Porsgrunn, men også noe elektiv virksomhet ved Notodden, Kragerø, Nordagutu, Seljord. Også ved STHF er det primært klinikklederne, men også 33% av avdelingslederne, som leder på tvers av disse to hovedlokasjonene.

FINN har hovedlokasjon i Hammerfest og Kirkenes, men også noe somatikk og psykisk helsevern i Alta. Halvparten av klinikklederne er stedlige ledere (55%) og 64% av avdelingslederne er stedlig ledere som er en relativt lav andel sammenlignet med andre foretak.

Ved HNT er hovedlokasjonene Namsos og Levanger, samt fire mindre lokalisasjoner innen psykisk helsevern, men vi mangler tall for stedlig ledelse for dette helseforetaket.

Seks helseforetak har **lokalisasjoner på tre sykehusområder**; St.Olavs hospital (SOH), Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), Akershus universitetssykehus (AHUS), Nordlandssykehuset (NORL), Helgelandsykehuset (HELG) og Sørlandet sykehus (SSHF).

SOH har hovedtyngden av sin virksomhet i Trondheim, men drifter også lokalsykehusene i Røros og Orkdal i tillegg til en rekke mindre lokasjoner knyttet til psykisk helsevern og organisert i egen klinikk. SOH har høy andel stedlig ledere ved at bare 23 % av klinikklederne er leder for flere lokasjoner og 69% av avdelingslederne er stedlige ledere.

Også UNN består av et stort universitetssykehus i Tromsø og to mindre lokalsykehus i Harstad og Larvik med store avstander mellom disse lokasjonene. Klinikklederne er leder for alle lokasjonene mens avdelingslederne er 100% stedlige ledere.

Ved AHUS er hovedlokasjonen Nordbyhagen, Ski sykehus og Kongsvinger sykehus med både akutt og elektiv somatikk og psykiatri og universitetsfunksjoner. I tillegg til de tre hovedlokasjonene er det en rekke mindre lokasjoner, de fleste innen psykisk helsevern. 64% av klinikklederne er leder for flere lokasjoner, men 88% av avdelingslederne er stedlige ledere.

NORL har hovedlokasjon primært i Bodø med hovedtyngden av den somatiske behandlingen samt at foretaksadministrasjonen også er lokalisert i Bodø. I tillegg har NORL virksomhet i Lofoten og Vesterålen. NORL har høy andel stedlig ledere ved at bare 33% av klinikklederne er leder for flere lokasjoner og 79% av avdelingslederne er stedlige ledere. Dette kan dels forklares med at det er store avstander mellom sykehusområdene.

HELG presenterer seg primært med de tverrgående klinikkene på sine hjemmesider og alle klinikklederne leder flere lokasjoner. Hovedlokasjonene er de tre lokalsykehusene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen, i tillegg til flere mindre lokasjoner knyttet til psykisk helsevern. 74% av avdelingslederne er stedlige ledere.

SSHF består av de tre tidligere sykehusene i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord i tillegg til flere mindre lokasjoner knyttet til psykisk helsevern organisert i egen klinikk. De fleste klinikklederne leder flere lokasjoner, mens 74% av avdelingslederne er stedlige ledere.

Syv helseforetak har **virksomhet på fire lokasjoner (eller mer)**; Helse Fonna (HFO), Helse Førde (HFØ), Vestre Viken (VVHF), Sykehuset Innlandet (SIHF), Helse Møre og Romsdal (HMR) og Oslo Universitetssykehus (OUS).

De fire hovedlokasjonene i HFO er Haugesund, Stord, Odda, Valen med hovedtyngden av den somatiske behandlingen i Haugesund. Stord sjukehus er en egen klinikk. Odda sjukehus er en del av medisinsk klinikk. I HFO er hovedtyngden av klinikklederne (73%) og avdelingslederne (93%) stedlige ledere.

De fire hovedlokasjonene i HFØ er sentralsjukehuset i Førde og de tre lokalsjukehusene Lærdal, Nordfjord og Florø. Førde, Nordfjord og Lærdal er organisert med felles klinikkleder i kirurgi og medisin mens Florø er en egen klinikk. Her er også en stor andel av klinikklederne stedlige ledere (67%) mens en relativ stor andel på 37% av avdelingslederne leder for flere lokasjoner.

De fire hovedlokasjonene i VVHF er Drammen, Ringerike, Kongsberg og Bærum. Bare fem av klinikklederne (36%) er ledere for flere lokasjoner og 88% av alle avdelingslederne er stedlige ledere.

SIHF består av de fire hovedlokasjonene Gjøvik, Lillehammer, Hamar og Elverum. I tillegg har foretaket elektiv virksomhet på Tynset og psykisk helsevern på Reinsvoll og Sanderud.

HMR har hovedlokasjon i Ålesund, Molde, Volda og Kristiansund. OUS har hovedlokasjon Rikshospitalet på Gaustad, Radiumhospitalet på Montebello, Ullevål sykehus og Aker sykehus i tillegg til en rekke mindre lokasjoner knyttet til psykisk helsevern og organisert i egen klinikk. HMR og OUS og tidels SIHF skiller seg ut ved i mindre grad å ha stedlig ledere. Bare 19% av avdelingslederne ved HMR er stedlige ledere, 58% ved OUS. Og 16% av seksjonslederne ved HMR leder for flere lokasjoner og 12% av seksjonslederne ved OUS.

3. Hovedfunn

Kartleggingen gir oss enkelte hovedfunn som kan oppsummeres i fem punkter og som danner utgangspunktet for notatets diskusjonsdel og avsluttende tiltaksvurdering:

- 1) Den store bølgen av fusjoner av små og store sykehus på begynnelsen av 20-tallet skapte utfordringer med store lederspenn og mindre stedlig ledelse i påvente av samlokalisering og nye bygg. Dette ser vi særlig ved de store helseforetakene med virksomhet på fire hovedlokasjoner.
- 2) Hovedtyngden av enheter ved helseforetakene har mellom 10 og 50 ansatte. Men det er store variasjoner og ved flere foretak har 10% av enhetene mellom 60-100 ansatte.
- 3) De ulike stillingsgruppene har ulike utfordringer. Somatiske sykepleiere er i større grad organisert i store enheter med store lederspenn, men med stedlig ledelse. Legegruppene er i større grad organisert i mindre seksjoner, men på tvers av lokasjoner. Psykisk helsevern er gjennomgående organisert annerledes en somatikk i en egen klinikk med tverrfaglige enheter på mange lokasjoner.
- 4) Kartleggingen viser at mer enn 50% av enheter og seksjoner ved sykehus består primært av én stillingsgruppe. Når seksjonslederne er kun leder for en stillingsgruppe vil koordineringen av de ulike stillingsgruppene måtte skje på ledernivået over. Koordineringsutfordringene skyves oppover til avdelingsledernivået.

- 5) Kartleggingen viser at ved helseforetak med flere hovedlokasjoner (sykehusområder) er det vanlig at 80-50% av klinikklederene er ledere for flere lokasjoner. Det er også vanlig at 20-30% av avdelingsledere er ledere for flere lokasjoner. Som regel er det effektivt at koordineringsutfordringer håndteres så dypt nede i organisasjonen som mulig, men koordinering på tvers av lokasjoner er av en slik art at det bør håndteres høyere opp i organisasjonen og at behovet for koordinering på tvers av lokasjoner må vurderes opp mot behovet og verdien av en stedlig leder.

Kartleggingen peker på særlig tre spenningsforhold til diskusjon: Lange lederlinjer versus lederspenn (Virksomhetsstørrelse); enhetlig ledelse versus flerfaglig ledelse (stillingsgruppekompleksitet) og stedlig ledelse versus geografisk koordinering. Men også kompensatoriske strategier som uformelle ledere og koordinatorene som oppstår som en konsekvens av disse spenningsforholdene.

4. Oppsummerende diskusjon

Det er en erkjennelse i organisasjonsforskningen at det ikke finnes en optimal måte å organisere på. Det betyr ikke at alle ledelsesstrukturer like bra. Alle ledelsesstrukturer har sine svakheter og styrker og det fordrer en bevissthet om strukturenes begrensninger og muligheter for å sikre at det gis gode lederbetingelser.

Ledelse foregår i spenningsfeltet mellom ulike organisatoriske prinsipper. Hensikten med en organisasjonsstruktur er at den skal binde opp og avgrense beslutningsatferden slik at en type beslutningsatferd fremmes framfor en annen. En byråkratisk og hierarkisk organisasjonsstruktur fremmer mer toppstyring og forutsigbarhet. En flat og desentralisert struktur fremmer autonomi, selvledelse og kreativitet. Ledelse kan være å kompensere for manglende koordinering på tvers av en organisasjonsstruktur og forsøke å balansere mellom ulike inkonsistente mål og forventninger.

Sykehus består av en rekke slike dilemmaer. Det mest åpenbare dilemmaet er det proporsjonale forholdet mellom lange lederlinjer, mange ledernivå og lederspennet til den enkelte leder. Det andre er forholdet mellom stedlig ledelse og ledelse på tvers av lokalisasjoner så kalte tverrgående klinikker. Det tredje er enhetlig fagledelse og ledelse på tvers av yrkesgrupper.

4.1. Virksomhetsstørrelse og ledernivå

«Alle sykehus er for store og alle sykehus er for små». I dette så ligger det en erkjennelse at helsetjenestene blir stadig mer spesialisert og for å kunne møte behovet for tilstrekkelig fagkompetanse innen høyspesialisert medisin blir løsningen å fusjonere virksomhet som tidligere var spredt lokalisert. Samtidig gjøre dette at vi får store kompliserte organisasjoner med stort koordineringsbehov, både horisontalt; med mange ansatte og mange ulike stillingsgrupper, og vertikalt; med flere ledernivå.

Generelt har ledere på sykehus lange tradisjoner med å lede store grupper med ansatte. Profesjonsutdanningen gir de ansatte faglig integritet og stor grad av evne til selvledelse slik at det ikke er uvanlig med store kontrollspenn⁷. Koordineringen ligger i fagets natur, standardisering og kvalitetssystemer. Den enkelte profesjonsutøver er trent til faglig integritet og selvstendighet. Likevel er det også en smertegrense for sykehus når grupper med ansatte er på 40+ og med mange ledernivåer, og det i tillegg ledes på tvers av tre til fire ulike geografiske steder og ofte med lange avstander.

Selv om tallene viser at de fleste enheter på sykehusene har mellom 0-25 ansatte så er det en relativt stor andel som har grupper med mer enn 40 ansatte. Det tallene ikke viser her, men som vi har sett i andre undersøkelser,³ er at dette primært gjelder sykepleie-enheter.

Lederspennet på laveste ledernivå (førstelinjen) forteller oss noe om hvor flat organisasjonen er i forhold til antall ledernivå og at det er vanlig på seksjonsledernivå å lede over 40 ansatte. Vi har ikke tall på antall ledere som inngår i ledergruppene på de ulike nivåene over. Men hvis vi ser på antall ledere som er oppgitt på de ulike ledernivåene i tabell 7 ser vi at i snitt så er det ingen ledergrupper som ville overstige 6 ledere per ledergruppe (unntatt OUS med 9 ledere på hvert nivå).

Tallene viser sammenheng mellom antall ledernivå og størrelsen på enhetene som vi for eksempel så ved OUS, HBE og HMR. En større andel seksjonsledere i forhold til avdelingsledere ville gitt mindre lederspenn for seksjonslederne forutsatt at størrelsen på seksjonene fordeles relativt jevnt. Det er ofte ikke tilfelle når seksjonene er yrkesgruppehomogene. Da vil det være store sykepleieseksjoner og små legeseksjoner. På denne måten er virksomhetsstørrelse og lederspenn særlig utfordrende når dette ses i sammenheng med andre ledelsesutfordringer som yrkesgruppekompleksitet og stedlig ledelse.

4.2. *Stillingsgruppekompleksitet – Kartet følger ikke terrenget*

Lederspenn og lederoppmerksomhet blir ikke bare utfordret ved at det er mange ansatte. En økende ledelsesutfordring er kompleksiteten i antall yrkesstillingsgrupper. Det skaper ekstra utfordring å skulle koordinere mange ulike stillingsgrupper. Tidligere, ved små sykehus før alle sykehusfusjonene, var det mer vanlig at stillingsgrupper var organisert i samme seksjon og avdeling. Disse enhetene ble da ledet av gjerne flere med ulik fagbakgrunn, som oftest en lege og en sykepleier (to-delt ledelse). En hovedkonklusjon i den nå 25 år gamle ledelsesutredningen Steineutvalget «Pasienten Først»⁸ var at ledelse i sykehus måtte bli enhetlig. Dette førte til at stortinget vedtok at Norske sykehus skulle ha på plass enhetlig profesjonsnøytral ledelse der personal- og budsjettansvar skulle kunne knyttes til en leder. Det er skrevet en rekke forskningsartikler og avhandlinger om denne reformen⁹, men en

⁷ Se for eksempel Mintzberg (1983) "Structures in five" og (2017) "Managing the Myths of Healthcare".

⁸ NOU 1997:2 "Pasienten først!".

⁹ Se for eksempel Kjekshus L.E. (2017) Sykehusets floker i møte med Reformen. *Michael 14: Supplement 19.*, Torjesen, D.O.(2007): *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjeneste*. Dr.polit avhandling. Universitetet i Bergen og Skjold Johansen, M. (2009): *Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Doktorgradsavhandling. Handelshøyskolen BI.

mindre omtalt konsekvens var at sykehusene i større grad ble organisert i rene fagenheter som tabell 4 viser. Omtrent halvparten av seksjonene ved et sykehus er oppdelt etter de ulike yrkesgruppene. Unntaket er psykisk helsevern som gjennomgående er organisert med flere stillingstyper i samme enhet, seksjon og avdeling.

I vårt tallmateriale vet vi ikke om de homogene stillingsgruppeenhetene blir ledet av en leder med annen fagbakgrunn, men andre kartlegginger viser at dette som regel ikke er tilfelle³. Driftsenheter blir ledet av ledere med driftsbakgrunn, Sykepleiedominerte enheter blir ledet av sykepleiere, legedominerte enheter blir ledet av leger osv.

Andre studier har også vist at i Norske sykehus er det vanlig at ledere har helsefaglig og medisinskfaglig bakgrunn på alle ledernivåer¹⁰. Sammenlignet med andre land hvor det har vært et økende problem at særlig leger trekkes seg vekk fra lederposisjoner¹¹ er det i Norge ikke uvanlig at også toppledere er leger. Norske sykehus har på denne måten tradisjon for sterk fagledelse og at det også påvirker lederlegitimiteten ved at ledere enten har legebakgrunn eller forankrer sin lederlegitimitet i det medisinskfaglige¹².

I denne kartleggingen har vi kun sett på det laveste ledernivået i sykehusene og for de fleste helseforetak er dette nivå 4 (seksjon) og det er nærliggende å tenke at vi ikke ser den samme trenden på nivå 3 (avdeling) men det er eksempler på at også enkelte avdelinger organiserer kun en yrkesgruppe. Ved OUS er LIS-legene organisert i en egen avdeling ved enkelte klinikker slik at avdelingslederen har det helhetlige ansvaret for klinikkens LIS leger og deres utdanningsløp. Det er da naturlig at dette omfatter flere lokalisasjoner. Men dette kartet stemmer ikke nødvendigvis med terrenget ved at LIS leger jobber ute ved andre seksjoner i tett samarbeid med andre yrkesgrupper. LIS-legene forholder seg da til andre lokale ledere eller koordinatorene som er mer virksomhetsnære.

Organisasjonsstrukturen følger ikke hvordan de ansatte jobber sammen i team men den organiserer yrkesgruppene hver for seg. Denne måten å inndele organisasjonen på kalles 'Adhocracy' ifølge Mintzberg. Dette er en organisasjonskonfigurasjon der de ansatte er organisert i fagenheter og rykker ut til arbeidsoppgaver definert av situasjon og nødvendigheter som oppstår. Dette har vist seg særlig effektiv i krisesituasjoner¹³ og situasjoner som krever innovasjon, improvisasjon og faglig autonomi.

¹⁰ Spehar, I., & Kjekshus, L. E. (2012). Medical Management in Norwegian Hospitals. *Professions & Professionalism*, 2(1), 42–59. Kjekshus, L. E., Byrkjeflot, H., & Torjesen, D. O. (2013). Organisering og ledelse av sykehus etter NPM – legenes tilbaketrekning? In A. H. Tjora & L. Melby (Eds.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. (pp. 105–119). Gyldendal Akademisk.

¹¹ COST Action IS0903: *Enhancing the role of medicine in the management of European Health Systems*. Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., & Caronna, C. A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. The University of Chicago Press..

¹² Spehar, Ivan; Frich, Jan C & Kjekshus, Lars Erik (2014). Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Services Research*. 14(251).

¹³ Kjekshus, Lars Erik (2022). «Alle mann på dekk!» Konkurrerende beredskapslogikker i organisering og ledelse av pandemihåndtering i sykehusene. *Nordisk Administrativt Tidsskrift*. 99(2).

På denne måten støtter organisasjonsstrukturen medisinfagets spesialisering og sikrer å holde fagmiljøene samlet. Dette styrker faglig utvikling og at for eksempel kvalifikasjoner og utdanningsløp følges opp av leder. Utfordringen er at særlig pasientforløp må koordineres enten på nivå over eller gjennom uformelle ledere og koordinatorene.

Stillingsgruppekompleksitet har i liten grad fått den samme oppmerksomhet i diskusjon om lederspenn og lederutfordringer, men studier av lederutfordringer på sykehus har vist at det kan være problematisk når alle koordineringsutfordringer samles på ett høyere ledernivå istedenfor at koordineringsutfordringene håndteres der det er mest effektivt. Det vi ser i vårt tallmateriale, og som vi har sett i tidligere undersøkelser, er at koordineringsutfordringene skyves oppover og konsentreres til avdelingsledernivået slik vi ser at koordineringen av de ulike yrkesstillingsgruppene skjer på avdelingsnivå.

4.3. *Stedlig ledelse*

Oppsummerende fra de to foregående punktene kan vi si at det er primært nivå 4 (seksjonslederne) som har hovedutfordringene med å koordinere virksomhetsstørrelse og store grupper med ansatte og at det er nivå 3 (avdelingslederne) som har hovedutfordringene med å koordinere stillingsgruppeheterogenitet. Den siste og kanskje mest diskuterte koordineringsutfordringen for sykehusledere er å lede på tvers av geografiske lokalisasjoner. Den store bølgen av fusjoner av små og store sykehus på begynnelsen av 20-tallet¹⁴ skapte utfordringer med store lederspenn og mindre stedlig ledelse i påvente av samlokalisering og nye bygg. Dette ser vi særlig ved de store sykehusene med virksomhet på fire hovedlokasjoner.

Det er en tydelig uttalt politisk målsetning at helseforetakene skal ha stedlig ledelse. Da sykehusene ble helseforetak i forbindelse med eierskapsreformen i 2001 valgte de fleste sykehusene å fusjonere til større foretak bestående av to eller flere sykehus.¹⁰ Den nasjonale sykehusstrukturen endret seg fra over 50 sykehus til dagens 20 helseforetak. Målet var å sørge for bedre koordinering mellom disse sykehusene. Utfordringen ble å samtidig sikre stedlig ledelse. I 2012 rapporterte helseforetakene at 31% av avdelingslederne og 10% av seksjonslederne var ledere ved flere «geografiske enheter». Dette samsvarer i stor grad med dagens nivå i snitt.

Det kan være hensiktsmessig at koordineringen skjer på det laveste ledernivået. Det at ansvarlig for inntaket av pasienter også har ansvaret for personalet, bemanning og vaktlister. Dette krever at både fag og virksomhetsstørrelse koordineres på laveste ledernivå. Dette gjøres det idag innen psykisk helsevern. Det er mindre opplagt at lokasjoner også skal koordineres lengre ned i organisasjonen. Dette omfatter ofte mer strategiske beslutninger og langsiktige koordineringer av samarbeid, pasientforløp, systemer, felles journalrutiner o.lign.

En utfordring i denne kartleggingen er å ikke miste av syne at det er store forskjeller på ansvarsområder og oppgaver knyttet til de ulike ledernivåene avhengig av størrelsen på

¹⁴ Kjekshus LE, Hagen TP. Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *J Health Serv Res Policy*. 2007;12(4):230–5.

helseforetaket. En avdelingsleder ved de største helseforetakene vil kunne være leder for like mange ansatte som en direktør ved de mindre helseforetakene.

Men det som kanskje er mer overraskende er at disse store helseforetakene likevel har beholdt de samme ledelsesstrukturene som de små. Størrelsen på foretakene forklarer i mindre grad variasjon i ledelsesstrukturene annet enn at de har flere ledernivå. Det vil si at ansvarsområdene for en avdelingsleder ved et stort foretak vil være svært forskjellig enn ved et lite foretak. For å fange opp slike forskjeller vil det være nødvendig å kartlegge fullmaktstrukturen ved de ulike foretakene og se om avdelingsledere gis ulike fullmakter og ansvarsområder eller at også dette er overraskende likt.

Et annet overraskende funn er at det er relativt lik organisering uavhengig av antall sykehusområder som inngår i foretakene. De organiserer seg som om de er samlokalisert, eventuelt i påvente av å bli samlokalisert. Det tydeligste eksemplet på dette er Helse Møre og Romsdal og Oslo Universitetssykehus. Felles for disse to foretakene er at de lenge har vært i prosess med å bygge nye lokaler for å samlokalisere deler av driften. OUS begynte planene om samlokalisering, enten på Ullevål eller Gaustad, allerede i 2008 og har foretatt en rekke funksjonsfordeling mellom sykehusområdene. HMR har også foretatt en rekke funksjonsfordelinger og har i over ti år planlagt et nytt sykehus for å samlokalisere Kristiansund og Molde sykehus. Tilsvarende planer har SIHF hvor vi også ser at 31% av avdelingslederne, og 11% av seksjonslederne, er ledere for flere lokasjoner.

Under pandemien endret OUS sin ledelsesstruktur og fikk på plass en midlertidig stedlig ledelse med stedlige koordinatører på Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål og Aker. Begrunnelsen var at pandemien krevde en mer effektiv ledelsesstruktur.¹³ Av dette kan vi tolke at mangel på stedlig ledelse gir mindre effektiv ledelsesstruktur og krever en parallell struktur eller andre ledelseskompensasjoner for å sikre effektiv ledelse, særlig ved kriser eller andre ekstra ordinære situasjoner.

4.4. Uformelle ledere, delt ledelse og koordinatører

Vi kan anta at mange helseforetak har uformelle ledelsesstrukturer for å kompensere for mangelen ved dagens lederstruktur. OUS under pandemien viste dette. Et annet eksempel på opprettelsen av koordinatører på tvers av linjen, er i forbindelse med pakkeforløpsorganiseringen og forløpskoordinatorer¹⁵. Pakkeforløpsorganisering ble første gang innført i 2013 for å sikre bedre pasientforløp for kreftpasienter som har behov for behandling ved mange ulike avdelinger og klinikker¹⁶. Det ble først innført i kreftbehandlingen og siden utvidet til også å gjelde innen psykisk helsevern. For et definert pakkeforløp utnevnes det pakkeforløpskoordinatorer som ikke er formelle ledere men som skal ivareta pasientforløpet for utvalgte grupper med pasienter og koordinere ressursinnsatsen på tvers av fagavdelinger og klinikker. Disse har ofte ingen formelle fullmakter og kan være svært utfordrende funksjoner å fylle. Forløpskoordinatorer har blitt omtalt som uriasposter ved at de er utsatt for krysspress fra ledere fra ulike avdelinger som må avgi personellressurser for å

¹⁵ <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/kvalitet/pakkeforlop-og-koordinatorfunksjonen>

¹⁶ Mæhle, P. M., Hajdarevic, S., Håland, E., Aarhus, R., Smeland, S., & Mørk, B. E. (2021). Exploring the triggering process of a cancer care reform in three Scandinavian countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(6).

kunne få velfungerende forløp og fjerne flaskehalsen i behandlingsforløpene. Ofte er det krevende forhandlinger som forløpskoordinatorene går inn i.

Et tredje eksempel kommer som følge av innføringen av enhetlig ledelse som tidligere nevnt. Behovet for å koordinere på tvers av faggrupper har ført til at enkelte avdelinger og seksjoner har et uformelt delt lederskap mellom ulike yrkesstillingsgrupper. Vi kjenner ikke til omfanget av delt lederskap, men vet at dette forekommer ved avdelinger eller seksjoner med heterogene yrkesbakgrunner. Det vil forekomme varianter av dette ved at lederne knytter til seg lederstøtte eller fagledere som i større grad ivaretar fagkompleksiteten.

5. Tiltak - Behov for endret regelverk?

Denne kartleggingen har pekt på enkelte tydelige strukturelle ledelsesutfordringer ved landets helseforetak og et viktig spørsmål er hvilke tiltak som bør iverksettes for å i møte komme disse. En viktig avveining er at det alltid er forbundet utilsiktede og uforutsette effekter ved endring av regelverk og reformer. En ny ide er som regel en dårlig ide ved at den er uprøvd¹⁷.

Det er knyttet enkelte usikkerheter ved noen av resultatene som på hvilket ledernivå koordineres stillingsgrupper? Hvordan varierer fullmaktene mellom ledere og ledernivå? Hvordan er stedlig ledelse knyttet til antall adresser? Dette er informasjon som det enkelte foretak har og som det vil være viktig å følge opp som en respons på utredningsarbeidet og for bedre å svare ut ledelsesutfordringene ved foretaket.

5.1. *Behov for bedre fordeling av koordineringsutfordringer mellom nivåene*

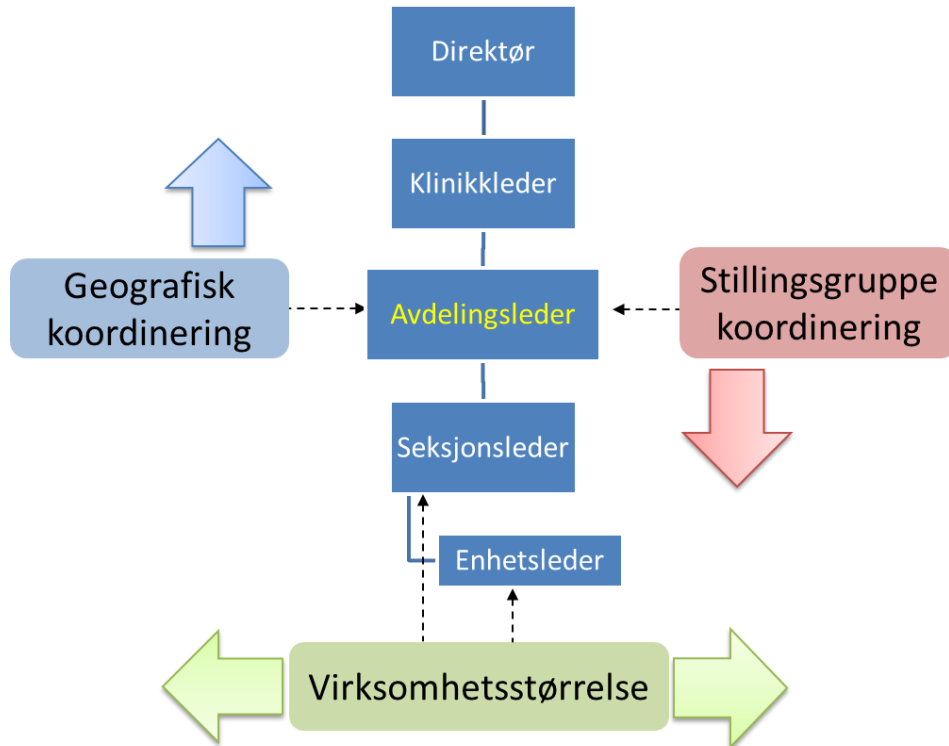
Et sentralt funn som denne kartleggingen viser er at det ser ut til at uforholdsmessig store koordineringsutfordringer er lagt til avdelingsledernivået. Dette kan forklares historisk ved at dette ofte var det laveste ledernivået tidligere (og er det fortsatt ved Sunnaas sykehus) men ettersom sykehusene har vokst har dette nivået fått flere koordineringsutfordringer med flere og mer sammensatte ansattegrupper samt koordinering på tvers av geografiske virksomhetsområder.

Et sentralt virkemiddel er å fordele koordineringsutfordringene mer jevnt på de andre ledernivåene ved å delegere eller løfte koordineringsutfordringene til et høyere ledernivå (figur 10). Kartleggingen viser at ofte over halvparten av avdelingslederne ved helseforetakene leder på tvers av to eller flere sykehusområder og vi antar at det også er her at alle de ulike stillingsgruppene koordineres. Dette gir stor innflytelse og mulighetsrom men gjør også at andre nivåer har mindre betydning og at avdelingsledernivået kan bli en flaskehals i beslutninger. Nivåene under avdelingsledernivået kan oppleve utilstrekkelig innflytelse og mulighetsrom.

Når det gjelder geografisk koordinering er dette som nevnt noe som i større grad kan ivaretas på et høye strategisk ledernivå, eventuelt i et lederteam bestående av flere avdelingsledere fra ulike sykehusområder. Slike varianter finnes det i dag ved enkelte foretak

¹⁷ March, J. G. (1994). A primer on decision making: How decisions happen. Free Press.

uten at vi har kartlagt dette i denne kartleggingen. Det vil da være naturlig at dette løftes opp til et høyere ledernivå, særlig hvis avdelingslederen også har koordineringsansvaret for mange ansatte med ulike yrkesstillinger.



Figur 10 Fordeling av koordineringsutfordringer mellom ledernivåene ved et helseforetak

Stillingsgruppekoordineringen har stor betydning for å kunne samkjøre med beleggprosent, utskrivning og inntak av pasienter slik at ledere med god oversikt over arbeidsbelastningen også har innflytelse på bemanning og kapasitet. Dette bør gjøres av laveste effektive ledernivå. Det grever at heterogene seksjoner som organiserer personellgruppene som inngår i pasientbehandling. Særlig hvis avdelingen er delt mellom flere sykehusområder.

Kartleggingen viser også stor variasjon i enhetsstørrelse mellom seksjoner og at opprettelse av flere seksjoner og/eller bedre fordeling av ansatte mellom seksjoner vil gi mer håndterlig lederspenn. I dag har helseforetakene ofte mange små legeseksjoner og store sykepleieseksjoner.

5.2. Behov for vurdering av fullmaktstrukturen

Denne kartleggingen har ikke sett på fullmaktstrukturen, men det vil være store forskjeller mellom foretakene i hva som tillegges det enkelte ledernivå. Et kjent fenomen er at når helseforetaket går med underskudd og har en anstrengt økonomisk situasjon så inndras fullmakter og ledernes handlingsrom innskrenkes. Dette kan være hensiktsmessig for enkelte enheter som mangler økonomisk styring, men er uheldig når det blir brukt som et generelt virkemiddel for hele foretaket.

Det er et stort potensiale i helseforetakene til å vurdere fullmaktstrukturen og se på om denne kan revideres og oppdateres i samsvar med utvidede mulighetsrom for seksjonsledere og førstelinjeledere.

5.3. Lederrekrutering

Tidligere kartlegginger har vist at det foregår en systematisk kompetanseutvikling for ledere ved norske helseforetak, både i regi av de lokale foretakene og i regi av de regionale helseforetakene. I Norge er det som nevnt vanlig at lederstillinger på alle nivåer i helseforetak med klinisk virksomhet består av ledere med en helsefagligutdanning med noe lederkurs som påbygging. Denne kartleggingen har ikke kartlagt lederrekrutering, men et inntrykk fra tidligere studier er at det er generelt god lederrekrutering til klinikkleder og avdelingsledernivået men at det særlig er generell høy turnover og vanskeligere å få rekruttert seksjonsledere. Det kan derfor være gode grunner til å se nærmere på handlingsrommet til førstelinjeledere og om det bør gjøres noe strukturelt for å bedre ledervilkårene for dette nivået. Både ved å redusere lederspennet, samt å gi større handlingsrom ved at seksjonsledere også for ansvaret for stillingsgruppekoordinering eller andre tiltak i fullmaktstrukturen.

5.4. Behov for vurdering av eksisterende regelverk

Det er en særstilling at foretak blir pålagt en ledelsesstruktur i et eget lovverk slik det er gjort med enhetligledelse ved Norske helseforetak. Historisk skyldes dette at det var vanskelig å endre en fastlåst ledelsesstruktur ved Norske sykehus og det ble sett på som et sentralt virkemiddel for å bedre økonomistyringen ved helseforetakene. Det er likevel stor usikkerhet knyttet til så drastiske virkemidler og det oppstår behov for å kompensere med andre tiltak når helseforetakene ensidig blir bedt om å følge opp slike lovvedtak. Når tiltak nå skal vurderes må det vurderes om det gis medisin for bivirkninger fra tidligere medisin som er blitt gitt uten at det i tilstrekkelig grad er kartlagt årsakene.¹⁸

6. Referanser

COST Action IS0903: Enhancing the role of medicine in the management of European Health Systems.

ForBedring (2019). *Uttak etter yrkesgruppe*. Standardrapport for Oslo universitetssykehus HF.

Helsedirektoratet (2020) *Status og utviklingstrekk for Spesialisthelsetjenesten Kostnader, aktivitet og kontinuitet*. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2020.

Helse Vest (2022). *Kort beskrivelse av organisasjonsstrukturen i helseforetakene på Vestlandet*. Notat fra Helse Vest.

Kjekshus, L.E. (2022). «Alle mann på dekk!» Konkurrerende beredskapslogikker i organisering og ledelse av pandemihåndtering i sykehusene. *Nordisk Administrativ Tidsskrift*. 99(2).

¹⁸ Kjekshus, L. E. (2012). Norske sykehus er geriatrike pasienter. In H. O. Melberg & L. E. Kjekshus (Eds.), *Fremtidens Helse-Norge*. (pp. 15–26). Fagbokforlaget.

- Kjekshus L.E. (2017) Sykehusets floker i møte med Reformen. *Michael* 14: Supplement 19.
- Kjekshus, L. E. (2012). Norske sykehus er geriatriske pasienter. In H. O. Melberg & L. E. Kjekshus (Eds.), *Fremtidens Helse-Norge*. (pp. 15–26). Fagbokforlaget
- Kjekshus, L. E. (Red.) (2015). *Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus HF. Kartlegging og konsekvensvurdering*. Delrapport 1, 2 og 3. Oslo: Oslo universitetssykehus.
- Kjekshus, L. E., Harsvik, T., Hagen T., Bernstrøm, V. H., Westlie, A. (2000-2013). *INTORG – Organisasjon og ledelsesstrukturer ved norske sykehus*. Rapport 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012. Institutt for helseledelse og helseøkonomi UiO / SINTEF Helse / HERO Helseøkonomisk Forskningsprogram Skriftserie.
- Kjekshus L.E. & Hagen T.P. Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *J Health Serv Res Policy*. 2007;12(4):230–5.
- March, J. G. (1994). *A primer on decision making: How decisions happen*. Free Press.
- Mintzberg, H. (1983) *Structures in five*. Prentice Hall
- Mintzberg, H. (2017). *Managing the Myths of Healthcare*. Berret-Kohelitter publisher
- Mæhle, P. M., Hajdarevic, S., Håland, E., Aarhus, R., Smeland, S., & Mørk, B. E. (2021). Exploring the triggering process of a cancer care reform in three Scandinavian countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(6),
- NOU (1997) *“Pasienten først!”*. Norges offentlig utredning NOU1997:2
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., & Caronna, C. A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. The University of Chicago Press.
- Skjold Johansen, M. (2009): *Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Doktorgradsavhandling. Handelshøyskolen BI.
- Spehar, Ivan; Frich, Jan C & Kjekshus, Lars Erik (2014). Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Services Research*. 14(251).
- Torjesen, D.O.(2007): *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjeneste*. Dr.polit avhandling. Universitetet i Bergen.

Vedlegg - Mal for datainnhenting

A: Generelt for hele foretaket samlet	Antall
Antall lederstillinger totalt (ledere med personalansvar)	
Antall ansatte (indikator nr 4 interregional HR indikatorkatalog)	
Hvor mange formelle ledernivå er det i foretaket?	
Hvor mange adresser er foretaket registrert med? (jfr virksomhetsnummer i Brønnøysundregisteret)	
Hvor mange sykehusområder er det naturlig å dele Helseforetaket inn i?	
<i>Navn på sykehusområder:</i>	
1: Enhetsstørrelse fordelt på LAVESTE ledernivå	
Hvor mange enheter har færre enn 5 ansatte som rapporterer til leder?	
Hvor mange enheter har 6-10 ansatte som rapporterer til leder?	
Hvor mange enheter har 11-25 ansatte som rapporterer til leder?	
Hvor mange enheter har 26-40 ansatte som rapporterer til leder?	
Hvor mange enheter har 41-60 ansatte som rapporterer til leder?	
Hvor mange enheter har 61-80 ansatte som rapporterer til leder?	
Hvor mange enheter har 81-100 ansatte som rapporterer til leder?	
Hvor mange enheter har flere enn 100 ansatte som rapporterer til leder?	
2: Lokalisasjon/stedlig ledelse fordelt på ledernivå	
Hvor mange av disse lokalisasjoner (sykehusområder) er foretaksdirektøren leder for?	
Antall lederstillinger på nivå 2 (Klinikkledere)	
Hvor mange av disse er ledere for flere lokalisasjoner (sykehusområder)?	
Antall lederstillinger på nivå 3 (Avdelingsledere)	
Hvor mange av disse er ledere for flere lokalisasjoner (sykehusområder)?	
Antall lederstillinger på nivå 4 (seksjonsledere)	
Hvor mange av disse er ledere for flere lokalisasjoner (sykehusområder)?	
Antall lederstillinger på nivå 5 (enhetsledere)	
Hvor mange av disse er ledere for flere lokalisasjoner (sykehusområder)?	
3: Yrkeshomogenitet i enheten fordelt på LAVESTE ledernivå (stillingsgrupper - indikator nr 25 interregional HR indikatorkatalog, nivå 1)	
Hvor mange enheter har ansatte med hovedsakelig blandet yrkeskategoribakgrunn (ingen kategori mer enn 80 %)?	
Hvor mange enheter har ansatte i enheten med hovedsakelig #1 administrasjon/ledelse (mer enn 80 %)?	
Hvor mange enheter har ansatte i enheten med hovedsakelig #3 lege (mer enn 80 %)?	
Hvor mange enheter har ansatte i enheten med hovedsakelig #4 psykolog (mer enn 80 %)?	
Hvor mange enheter har ansatte i enheten med hovedsakelig #5 sykepleier (mer enn 80 %)?	
Hvor mange enheter har ansatte i enheten med hovedsakelig annen helsefaglig bakgrunn: #2 pasientrettede stillinger, #6 Helsefagarbeider, #7 Diagnostisk personell (mer enn 80 %)?	
Hvor mange enheter har ansatte i enheten med hovedsakelig #11 forskning (mer enn 80 %)?	
Hvor mange enheter har ansatte i enheten med hovedsakelig annen bakgrunn: #8 apotekstillinger, #9 drift, #10 ambulanse (mer enn 80 %)?	