

Avdelingssykepleierrollen og
ledelsesverdier i sykehjem

Helene Eikel

VID vitenskapelige høgskole

MAVERD-599

Masteroppgave i verdibasert ledelse

Veileder: Stephen Sirris

Antall ord: 19007

Dato: 02.05.2016

Forord

Denne masteroppgaven er siste ledd i studiet Master i verdibasert ledelse ved VID vitenskapelige høgskole i Oslo. Oppgaven representerer slutten på min tid som student, en tid som har vært spennende, lærerik og utfordrende.

Jeg vil takke avdelingssykepleierne som valgte å stille som informanter til oppgaven. Takk for deres tid, deres engasjement og kloke betraktninger. Takk også til områdedirektør Eva Waaler og institusjonssjefene ved de ulike sykehjem, for at jeg fikk lov til å gjennomføre studien.

Takk til veileder Stephen Sirris for kyndig hjelp og tydelige tilbakemeldinger.

Uten hjelp og støtte underveis så hadde ikke dette studiet vært mulig å gjennomføre.

Tusen takk til alle barnepassere! Mamma og pappa; dere har gjort en formidabel innsats.

Takk til venner og familie for at dere har vært heiagjeng.

Takk til Rita for faglige råd og støtte.

Takk til Line for nødvendige kaffepauser og godt naboskap.

Tusen takk, kjære Karina, for at du er verdens beste til å passe på meg.

Takk til Johanne, Petter og Kristian; nå skal dere få mamma tilbake igjen.

Oslo, 02.05.16

Helene Eikel

Sammendrag

Nøkkelord: Avdelingssykepleier, lederrolle, krysspress, balansekunst, verdier, verdikonflikter, verdibasert ledelse

Hensikt: Denne masteroppgaven har til hensikt å bidra til økt innsikt i avdelingssykepleierrollen i sykehjem; oppgaver, funksjoner, forventninger og verdier.

Metode: Det er gjennomført syv kvalitative intervjuer med 7 avdelingssykepleiere ved 3 ulike kommunale sykehjem i Oslo. Harald Askelands modell for lederrollen er brukt som utgangspunkt for analysen.

Problemstilling:

Hvordan beskriver avdelingssykepleiere sin lederrolle i sykehjem, og på hvilke måter er deres ledelse verdibasert?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver avdelingssykepleiere sin lederhverdag og forventninger til lederrollen?
2. Hvilke verdikonflikter opplever lederne mellom sine lederroller?

Funn:

Avdelingssykepleierrollen preges av en stor andel administrativt arbeid, kryssende forventninger og ulike verdier.

Det er avstand mellom det avdelingssykepleierne bruker største delen av sin tid på og det de synes er viktig. Avdelingssykepleierne erfarer at egen idealisme er fallende, og senker kravene til eget lederskap og til tjenesten de er ansvarlig for pga stort arbeidspress og konkurrerende verdier.

Kontakt med egne verdier er viktig for avdelingssykepleierens motivasjon i jobben.

Konklusjon:

Avdelingssykepleierrollen beskrives som kompleks og utfordrende med kryssende forventninger og verdier fra ulike hold. Lederens funksjon som dirigent tar mye tid og fokus, og reduserer tid tilgjengelig for andre lederfunksjoner. Ledernes fokus er internt i organisasjonen, i egen avdeling. Avdelingssykepleieren tilstreber å lede etter profesjonsverdier som omsorg og nærvær. Samtidig preges deres ledelse også av verdiene lojalitet, effektivitet, kontroll og orden.

Det er behov for en tydeligere rolleavklaring fra organisasjonens side, og en åpen debatt om viktige verdiprioriteringer.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	4
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema: politisk, faglig og personlig	6
1.2 Forskningsstatus	7
1.3 Problemstilling	8
1.4 Forskningsspørsmål	9
1.5 Avgrensninger	9
2 Teoretisk perspektiv.....	10
2.1 Kontekst for ledelse	10
2.1.1 Offentlig helsesektor	10
2.1.2 Organisatoriske kjennetegn.....	11
2.1.3 Samfunnsbestillingen.....	12
2.1.4 Sykehjem.....	13
2.1.5 Avdelingssykepleier	13
2.2 Ledelse og verdier.....	14
2.2.1 Verdier	14
2.2.2 Verdibasert ledelse	15
2.2.3 Organisasjonskultur	16
2.3 Lederroller.....	17
3 Forskningsprosessen	22
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming og valg av metode	22
3.2 Forskning i eget yrkesfelt	22
3.3 Innsamling av data.....	24
3.3.1 Informanter	24
3.3.2 Intervju.....	25
3.3.3 Dataanalyse	27
3.3.4 Forskningsetiske sider.....	28
4 Resultater og drøfting av en intervjuundersøkelse.....	30
4.1 Lederrollen i lys av H. Askelands modell	30
4.1.1 Oppsummering om avdelingssykepleierollen	37

4.2 Lederrollen er en balansekunst	38
4.2.1 Kryssende forventninger.....	38
4.2.2 Fra omsorg til oppgaver.....	40
4.2.3 Uklarhet og uenighet om lederrollen	41
4.2.4 En lederrolle i endring?.....	42
4.2.5 Hvor skal vi?.....	47
4.3 Verdier i avdelingssykepleierens ledelse.....	48
4.3.1 Avstand mellom <i>bør</i> og <i>gjør</i>	50
4.3.2 Idealismen og kravene senkes.....	53
4.3.3 Effektivitet og legitimitet.....	55
4.3.4 Verdibasert ledelse og kultur.....	56
5 Konklusjon	59
Kilder og referanser:	60
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	63
Vedlegg 2: Info.skriv til avdelingssykepleiere	64
Vedlegg 3 Info.skriv til områdedirektør og institusjonssjefer.....	66

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema: politisk, faglig og personlig

Dette studiet dreier seg om avdelingsledelse i kommunale sykehjem i Oslo.

Helsetjenesten i kommunen er ”grunnmuren” i norsk helsetjeneste; den er særdeles viktig for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester som er i stadig endring. I Regjeringens nyeste stortingsmelding (2015); ”*Fremtidens primærhelsetjeneste*” beskrives utfordringer for primærhelsetjenesten de neste fem årene og regjeringens retning og satsningsområder (Meld. St.nr.26: 2015). Behovet for økt kompetanse på alle nivåer, bedre kvalitet på tjenestene og styrkning av ledelse og lederkompetanse gis mye oppmerksomhet i denne ferske erklæringen. Dette utdypes ytterligere i regjeringens plan for ”*Kompetanseløft 2020*”, og i ”*Omsorg 2020*” som er regjeringens planer for prioriterte felt i 2015-2020. Her fremheves omsorgssektoren som et komplekst og krevende område å være leder for, hvilket stiller høye krav til ledelses- og fagkompetanse.

I St.meld. 26 står noen av utfordringene for sykehjemsdrift beskrevet:

Sykehjem yter tjenester med stort personellbehov for å dekke døgnkontinuerlig drift. Mange ansatte arbeider deltid, og innslaget av ufaglærte er høyt. Samtidig er dette en faglig krevende virksomhet. Brukerne har store og sammensatte helsefaglige problemer (2015:73).

Forskning på ledelse i primærhelsetjenesten er relevant og nødvendig i lys av denne bestillingen fra myndighetene. I denne studien ønsker jeg å belyse avdelingssykepleierens ledelse av en sykehjemsavdeling.

Kommunale sykehjem i Oslo har enhetlig ledelse; dvs at hver avdeling på sykehjemmene har én leder med det totale ansvar for fag, personal, økonomi og drift. Disse ulike oppgavene krever ulike kvalifikasjoner og har ofte ulike krav og verdier knyttet til seg.

New Public Management-prinsipper har ført offentlig helsetjeneste over i en annen trend enn det som var tilfelle tidligere. Målstyring, rapporteringskrav og effektivitetsmål preger hverdagen i større grad enn før. Hvordan påvirker dette avdelingssykepleiere i sykehjem? Jeg er nysgjerrig på hvordan denne komplekse lederhverdagen erfares og håndteres og ønsker å forstå mer av denne lederrollen i lys av konteksten den foregår i.

Videre er jeg opptatt av verdispørsmål i ledelsesfaget og i eldreomsorgen. Det er viktige verdier som står på spill i ”*menneskebehandling*” organisasjoner, hvor lederskapets resultat

påvirker pasienter i en sårbar situasjon. Hvordan oppfatter avdelingssykepleieren selv sin lederrolle og hvilke verdier vektlegges? Hvordan kan ledelse i sykehjem forstås i sin kontekst?

Avdelingssykepleiernes erfaringer kan bidra til i større grad å forstå kompleksiteten og utfordringene i denne rollen.

Jeg er selv avdelingssykepleier ved et kommunalt sykehjem i Oslo, hvor jeg har vært leder for en skjermet avdeling for personer med demens de siste 10 år.

Hensikten med denne studien er å belyse og forstå mer omkring avdelingssykepleieres lederskap i sykehjem i dag; hvordan beskriver de sin egen lederrolle og hvordan kan dette forstås i lys av konteksten de er en del av? Jeg søker etter avdelingssykepleiernes erfaringer omkring egen ledelse med tanke på utfordringer, handlingsvalg og rammefaktorer. Hvilke oppgaver har avdelingssykepleierne, hvilke forventninger har de til sin lederrolle og hvilke funksjoner fyller deres lederrolle i organisasjonen? Jeg er også særlig opptatt av hvilke verdier deres lederskap representerer, hvilke verdivalg som gjøres, og hvorfor. Studiet kan danne grunnlag for framtidig forskning og diskusjon omkring ledelse i sykehjem spesielt, men også i helsevesenet generelt.

1.2 Forskningsstatus

Det finnes mye aktuell litteratur og det har vært gjort mye forskning innenfor denne oppgavens tema. Jeg har særlig søkt etter forskning på lederroller, ledelse i helsevesenet og i offentlig sektor, ledelse av verdier og organisasjonsforskning, da funn fra slike undersøkelser kan belyse egne forskningsspørsmål.

Mange dokumenterer mellomlederens utfordringer ved å stå i et krysspress, med èn fot i hver leir. Det har også vært gjort mye forskning rundt *hva* ledere gjør. Kritikken mot tidligere forskning har vært at den sier lite om *hvorfor* ledere gjør som de gjør (Hales 1986; Askeland 2015) og hvordan ledelse er omsluttet av en større institusjonell kontekst (Grey & Willmott 2005; Askeland: 2015). I denne oppgaven søker jeg i tillegg til å beskrive avdelingssykepleierrollen slik den erfarer i dag, også å oppnå en større forståelse for lederrollen i sin kontekst, og kompleksiteten som påvirker ledelsen som utøves.

Av utallige artikler og avhandlinger lest i denne sammenheng, kan jeg trekke frem Reay og Hinings (2009) studie som særlig interessant. De har studert helsevesenet i Canada, hvor styresmaktene innførte nye styringssystemer for å øke effektiviteten. Dette ble en utfordring for konkurrerende rasjonaliteter ved sykehuset; legenes og sykepleiernes logikk. Studiet følger sykehuset over 14 år, og registrerer hvordan ”competing institutional logics” (konkurrerende/ulike rasjonaliteter), fortsatt eksisterer side om side blant personalet i sykehus, 14 år etter innføring av effektiviseringstankegangen. Medisinsk rasjonalitet, omsorgsrasjonalitet og drift-/økonomisk rasjonalitet eksisterer sammen, beskrevet som ”en vanskelig våpenhvile”. De har konkludert med at de ulike rasjonaliteter former handlinger og holdninger hos de ulike grupperinger, og gjør dem bestandige mot endring.

Sørensen E., Delmar, C. og Pedersen, B.P. har forsket på sykepleiere som ledere; på balansen mellom å være sykepleier av profesjon og samtidig leder i ”*Leading nurses in Dire Straits – Head nurses` navigation between nursing and leadership roles*”. De konkluderer med at hybrid-rollen er krevende, og at grad av suksess som leder for sykepleietjenesten avhenger av hvorvidt de greier å balansere de ulike rollene tilfredsstillende i begge leire.

Til tross for et rikt forskningsfelt med mye kunnskap om emnet, mener jeg at ytterligere forskning på området vil være interessant. Norges befolkning er i endring med et sterkt økende antall eldre med nye og komplekse behov. Sykehjemmene får stadig mer krevende bestillinger fra myndighetene med nye oppgaver og utfordringer, f.eks samhandlingsreformen.

I lys av regjeringens siste stortingsmelding der ledelse i primærhelsetjenesten er i fokus, er det berettiget å stille spørsmål til feltet; hvordan erfares lederhverdagen i dag? Ledernes erfaringer vil kunne gi nyttig kunnskap i fremtidens primærhelsetjeneste.

1.3 Problemstilling

Problemstilling som ønskes besvart i oppgaven er:

Hvordan beskriver avdelingssykepleiere sin lederrolle i sykehjem, og på hvilke måter er deres ledelse verdibasert?

1.4 Forsknings spørsmål

Spørsmål som ønskes belyst i oppgaven er:

- Hvordan beskriver avdelingssykepleieren sin lederhverdag og forventninger til lederrollen?
- Hvilke verdikonflikter opplever lederne mellom sine lederroller?

1.5 Avgrensninger

Jeg har konsentrert meg om avdelingssykepleiere i kommunale sykehjem fordi disse har et bredt ansvarsområde hvor kompleksiteten i lederrollen og i ledelsesverdier er fremtredende.

2 Teoretisk perspektiv

Ledelse er et komplisert fenomen som kan studeres og praktiseres på ulike vis.

Å være mellomleder på sykehjem innebærer å lede innenfor en stor og kompleks organisasjon. Man er under stadig påvirkning fra alle kanter, og i konstant bevegelse.

Politiske føringer og Sykehjemsetaten er viktige premissleverandører for driften av sykehjemmene. Man arbeider *i* og *med* en pleiekultur, samtidig med at man sitter i lederteam. Pasienter og pårørende setter dagsorden og påvirker fra mottakersiden.

I denne dynamiske og komplekse verden finner jeg et prosessorientert og systemisk perspektiv på ledelse interessant. I motsetning til å se på ledelse og *person*; hvor man studerer personlige egenskaper hos ledere, ønsker jeg å se på en større del av konteksten hvor en serie av faktorer påvirker ledelsen og danner sammenhengen som ledelse må forstås i.

I kapittel 2.1 redegjør jeg for aktuelle områder i avdelingssykepleierens ledelseskontekst som sektor- og organisasjonskjennetegn og faglig kontekst som sykepleieprofesjon og ledelsesfag. I oppgavens problemstilling står verdibegrepet sentralt. I kapittel 2.2 avklares sentrale begreper som verdier, verdibasert ledelse og fenomenet kultur. I kapittel 2.3 har jeg valgt å vektlegge rolleteori innen ledelsesfaget.

2.1 Kontekst for ledelse

Ledelse foregår alltid i en kontekst. Lederen selv har et sett verdier, en forståelsesramme, en kulturbakgrunn og personlige ferdigheter som påvirker ledelsen som utøves. I tillegg er det en ramme rundt leder som gir noen betingelser, muligheter og ressurser.

2.1.1 Offentlig helsesektor

Offentlige virksomheter er underlagt styring av folkevalgte organer, som har sitt legitimitetsgrunnlag fra velgerne gjennom de demokratiske ordningene. Gjennom politikken får virksomhetene sine oppdrag, fullmakter og ressurser.

Offentlige organisasjoner har krav til seg om etterrettelighet; at prosedyrene skal være lovbestemte og kjente og tilgjengelige for offentligheten. Offentlige beslutninger må bygge på regler og aksepterte kriterier. Likebehandling, upartiskhet og redelighet er viktig, samt

faglighet. I tillegg kreves det sparsomhet med offentlige midler med et mål om ”mer helse for hver krone” (Strand 2007).

New Public Management (NPM) betegner en rekke reformer som har blitt gjennomført innenfor offentlig sektor siden begynnelsen av 1980-tallet. Reformene kom på bakgrunn av kritikk mot sektoren som man mente var preget av ineffektivitet og for mye byråkrati, for høye kostnader og for dårlig kvalitet på ulike tjenester. Mål- og resultatstyring ble innført; et styringsverktøy som fokuserer på klare mål og krav til resultater, gjerne kvantitativt målbare. Troen på statlig styring ble redusert, til fordel for desentralisering til regionale og lokale myndigheter. Dette førte til et økende behov for kontroll- og rapporteringsrutiner. Markedsmekanismer fra det private ble overført til det offentlige med reformer preget av økonomisk rasjonalitet. Man ønsket å oppnå bedre service og kvalitet på offentlige tjenester, innrettet mot den enkeltes behov (Stamsø: 2012).

St.mld. 26 (2015) setter søkelyset på behov for økt lederkompetanse i primærhelsetjenesten. Dette utdypes ytterligere i regjeringens planer presentert i ”Kompetanseløft 2020”, og i ”Omsorg 2020”. Her fremheves omsorgssektoren som et komplekst og krevende område å være leder for, hvilket stiller høye krav til ledelses- og fagkompetanse (www.regjeringen.no).

2.1.2 Organisatoriske kjennetegn

Schein(1982) definerer organisasjon som

En planmessig koordinering av flere menneskers aktiviteter for å nå en felles, klart bestemt målsetting gjennom fordeling av arbeid og funksjoner, og gjennom et hierarki av autoritet og ansvar (Schein 1982 s.25).

Når jeg i denne oppgaven bruker betegnelsen *organisasjon* om den konteksten avdelingssykepleieren omgis av, forstår jeg dette som det enkelte sykehjem og Sykehjemsetaten samlet.

Helseorganisasjoner har tradisjonelt en struktur som en byråkratisk linje/stabsorganisasjon. En linjeorganisasjon bygger på det prinsippet at det fra toppen til bunnen er linjeledere som har ansvar for en oppgave eller et område og som har autoritet til å ta beslutninger på ulike områder. Instruksjon går nedover i linjen og rapporteringen går oppover (hierarkisk struktur). Linjeledelsen får støtte fra stab som har spesialfunksjon – gjerne knyttet til økonomi og

personal. Disse er ment å være rådgivende og støttende for linjeleder (Strand 2007). Sykehjemsetaten er organisert etter dette prinsippet.

Som leder innenfor en stor offentlig etat stilles det høye krav til oppfølging av rutiner og systemer. Personaloppfølging, pasient- og driftsansvar av en sykehjemsavdeling medfører en plikt til å følge formaliserte prosedyrer, til ryddig og etterrettelig saksgang og på alle områder en dokumentasjonsplikt. Sykehjemsetaten har en hierarkisk oppbygning med flere nivåer; øverst etatsdirektør, deretter områdedirektør, institusjonssjefer og avdelingssykepleier. I tillegg finnes stab- og støtteavdelinger med spesialiserte funksjoner; som Utviklings- og Kompetansetaten og personalavdeling. Fagfeltet helse og ansvarsområdet ledelse innebærer høye krav til å kjenne og oppfylle lovverk og til kvalitetssikring av tjenesten. Området for ledelse i byråkratier heller mye mot administrasjon.

I tillegg til å være byråkratisk oppbygget, består Sykehjemsetaten og sykehjemmene i stor grad av fagutdannede og profesjonsutdannede arbeidstakere, noe som også setter sitt preg på organisasjonen.

Kvaliteter av å være en såkalt kunnskapsorganisasjon eller ekspertorganisasjon gjør at profesjonelle standarder og verdier er viktig for medlemmene og for ledelsen. I helsevesenet håndterer man sammensatte og komplekse problemer uten en klar løsning eller årsak-virkning. Faglige standarder og profesjonsverdier sikrer god kvalitet i situasjoner som krever høy autonomi i arbeidet. Sentrale verdier for ledelse i slike organisasjoner er høy tjenestekvalitet, ansvarlighet, integritet, objektivitet og uavhengighet. Leders posisjon i organisasjonen er i stor grad basert på faglig autoritet(Strand 2007).

Institusjoner beskrives av Strand(2007) som organisasjoner som er preget av bestemte verdier som ikke krever daglig begrunnelse, og som utad oppfattes som verdifulle fordi de forvalter allmenne verdier. Ledelsen har som funksjon å være talsmenn for de offentlige verdiene; de blir forvaltere og institusjonsforsvarere.

2.1.3 Samfunnsbestillingen

Det stilles høye krav til kvalitet og effektivitet i helsevesenet i dag; man vil stadig ha mer helse for hver krone. I offentlige dokumenter snakker man om to komponenter i målet for helsetjenesten: effektivitet og produktivitet. Man ønsker å fokusere på sammenhengen

mellom mål, produktivitet og ressursbruk. Dette kan skape dilemmasituasjoner mellom å innfri krav til å drive et medisinsk/sykepleiefaglig kvalitativt godt tilbud, og å innfri kravet til effektiv produksjon.

Vedtatte lover og forskrifter er retningsvisere for sykehjemmene og SYE og fungerer som overordnede mål for tjenestetilbudet. Lov om helsepersonell (1999) presiserer plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og lov om pasientrettigheter (1999) gir pasienter og pårørende retten til dette. I primærhelsetjenesten er krav til kvalitet på tjenesten formalisert gjennom Lov om helsetjenesten i kommunene (1982).

2.1.4 Sykehjem

Sykehjem er helseinstitusjoner som er etablert for å ta vare på mennesker med kompliserte behov som trenger heldøgns pleie og omsorg. De som i dag får plass på sykehjem har et omfattende hjelpebehov. I dag har en sykehjemsbeboer i gjennomsnitt 6 diagnoser hver. Man vet at det vil bli en sterk økning i antall eldre i årene som kommer.

Et sykehjem er underlagt mange slags krav etter loven, eksempelvis krav til forsvarlighet, verdighet og omsorgsfull hjelp, og krav om effektivitet, økonomisk balanse, dokumentasjon, kvalitetssikring, og interne rutiner.

2.1.5 Avdelingssykepleier

I Oslo kommune ledes alle pleieavdelinger på sykehjem av en sykepleier. Ettersom denne profesjonsbakgrunnen er et krav for å kunne være leder, er det relevant å si noe om hva den bakgrunnen innebærer, her.

Sykepleiere er profesjonsutdannet med bachelorgrad i sykepleie, og autorisert ved Statens autorisasjonskontor. Det vil si at de har en offentlig godkjenning, beskyttet tittel og forpliktelser overfor det offentlige. Autorisasjonen knyttes til det behovet samfunnet til enhver tid har for sykepleietjenesten.

Den autoriserte sykepleier har gjennom utdanning tilegnet seg praktiske og teoretiske yrkesferdigheter og fått en dokumentasjon på sin egen faglige og etiske standard. Dette gir både identitet og lojalitet til eget fag, men også en forpliktelse i utøvelse av faget.

Sykepleietjenestens viktigste verdier er å ha pasienten i sentrum for oppmerksomheten, yte omsorg og vise respekt. Andre verdier er fleksibilitet og tilpasningsevne i forhold til pasientenes behov.

En avdelingssykepleier er en 1.linjeleder med ansvar for egen avdeling i forhold til fag, personal og økonomi. Denne mellomlederrollen kan beskrives som å ha ”en fot i hver leir”, med nærhet til personal og avdelingshverdag, og samtidig sitte i ledergruppe med forpliktelser oppover i systemet. Rollen har av mange tidligere blitt beskrevet som en krevende rolle, der leder står i et krysspress med krav og forventninger både ovenfra og nedenfra i organisasjonen, og med uforenelige eller konfliktfylte bestillinger som ”effektiv omsorg”.

2.2 Ledelse og verdier

2.2.1 Verdier

Verdier er overalt og har fundamental innflytelse på menneskelig aktivitet. De styrer oppmerksomhet, beslutninger og prioriteringer og regulerer således en persons handlingsmønster og ambisjoner(Kirkhaug 2013). Verken et samfunn eller en organisasjon kan fungere uten felles verdier. Verdier gir trygghet og tillit og bidrar til å ta beslutninger, fordi de fungerer som et ledende kompass. Våre verdier påvirker våre vurderinger, tanker og handlinger, både bevisst og ubevisst(ibid.).

Man kan snakke om verdier på ulike nivå, både som individuelle, som gruppeverdier og organisasjonsmessige verdier (Busch 2012).

Oslo kommune har *brukerorientering, respekt, engasjement og redelighet* (BRER)som overordnede verdier. Fra Oslo kommunes informasjonsfolder om verdier står det: ” Målet med verdiarbeidet er å:

- sette standarder som ledere og ansatte kan måle beslutningene sine mot,
- oppøve den etiske bevisstheten og dømmekraften i hele organisasjonen,
- skape en solid basis for ledelsesprinsippene, skape et felles utgangspunkt for ansettelse og evaluering av medarbeidere og ledere”.

2.2.2 Verdibasert ledelse

Verdibasert ledelse handler om å implementere og dyrke verdier både hos enkeltansatte og grupper av ansatte. Philip Selznick er forgjengeren til det som etterhvert har blitt omtalt som verdibasert ledelse. Selznick hevdet allerede i 1957 at lederens viktigste oppgave overfor organisasjonen var ”to infuse with values”. Lederens hovedoppgave, mener han, er å institusjonalisere verdier og profilere organisasjonen slik at medlemmene identifiserer seg med den og er lojale mot dens oppgaver og mål. Leder bidrar til å forme verdier ved å være den som uttrykker og tolker verdistandpunkter og er med på å forme de normative rammer som organisasjon, omgivelser og handlingsalternativer vurderes i forhold til (Selznick 1997).

I helsesektoren er arbeidsoppgavene og utfordringene ofte sammensatte og komplekse, uten klare løsninger. Det er ofte ikke mulig å sette opp handlingsregler ut i fra en årsak-virkning tankegang. Da kan verdier fungere som rettesnor og styringsredskap, mener Busch (2012). Kirkhaug (2013) støtter også dette og sier at verdier kan institusjonalisere bestemte handlingsmønstre eller holdninger blant ansatte; utover det som regel-, målstyring og formalisering kan bidra med. Han sier at organisasjoners formelle systemer etterlater et tomrom som må ivaretas av andre styringssystemer. Han ser på verdier og verdibasert ledelse som dette *kompletterende styringssystem*. Han peker på nødvendigheten av å ha tydelige organisasjonsverdier som kan overprøve regler og rutiner dersom det oppstår situasjoner som man ikke har regler for, eller der regler kommer i konflikt med hverandre.

Kluckhohn (1951) er opptatt av at verdier har en *emosjonell* side. Det innebærer at overholdelse av viktige verdier skaper positive følelser og engasjement, og i motsatt fall vil adferd som er i konflikt med viktige verdier, føre til negative følelser. Overholdelse av verdier i en organisasjon vil altså ha betydning for hvilken energi som skapes. Han er videre opptatt av verdienes *motivasjonelle* side; verdier påvirker handlinger og hvordan vi oppfatter tilgjengelige metoder, midler og mål. Verdier som er internalisert, har en selvregulerende funksjon ved å angi en personlig standard for adferd (Kluckhohn 1951, i Busch 2012).

Aadland (2005) presiserer nødvendigheten av at en organisasjon er tydelig på hvilke verdier som er viktigst og skal ha forrang. Han sier at når en organisasjon utvikler strategier og målstyringsplaner, må det alltid klargjøres hvilke verdier man ønsker å arbeide etter, og hvilke mål som skal prioriteres fremfor andre. Verdier skal gi retning for mål og handling.

Verdier og normer i en organisasjonskultur fungerer i praksis i en rangert orden, enten det er oss bevisst eller ubevisst. I dilemma og konflikter avgjør denne rangeringen hvilken løsning som blir valgt fremfor andre.

I en organisasjon der etterlevelse av spesielle verdier er viktig, kreves det at de ansatte skal tro på verdiene, og at denne troen skal styre atferden. Dette vil bare etterkommes hvis de ansatte observerer at også lederen tror på det samme, og går foran som et godt eksempel (Kirkhaug 2013).

2.2.3 Organisasjonskultur

Begrepet kultur kan defineres slik Schein (1987) oppfatter det:

Et mønster av grunnleggende antagelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som denne lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene (Schein 1987, s.7)

I studier av organisasjoner og ledelse snakker man om en organisasjonskultur som en vesentlig faktor å være oppmerksom på. Organisasjonskultur handler om de opplevelser, tanker og meninger som er felles for flere personer i organisasjonen. Det består av verdier, gruppenormer, sosialt samhold og gruppepress, f.eks uttrykt gjennom uformelle regler for hva som aksepteres i en organisasjon. Det kan også være etiske retningslinjer for hva som er god og riktig atferd i organisasjonen. Kulturen er basert på læring; organisasjonens erfaringer med tilpasning til omgivelsene, og intern integrasjon; hvordan man skal kommunisere og samarbeide i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2011).

Verdier og atferd er de observerbare kulturuttrykkene. Disse kjennetegnes gjennom regelmessighet og opprettholdes via det fysiske miljøet, regler for samhandling, grunnleggende verdioppfatninger og et felles språk. Schein (1987) opererer med tre nivåer på kultur:

Einar Aadland er opptatt av *åpne* og *skjulte* verdier i boken sin om ”Kultur”. Han definerer kultur som: ”Et mønster av åpne og skjulte verdier som preger en gruppe og som manifesterer seg i kulturuttrykk” (Aadland 1994 s. 16). De fleste organisasjoner har et sett med åpne, velkjente verdier. Men det finnes også et sett med verdier som er ubevisste og

skjulte, og som kommer til uttrykk gjennom den praksisen kulturen legger for dagen. Kultur er en form for dominans som favoriserer og forfekter noen verdier, oppfatninger og interesser. Når praksis og resultat ligger et stykke unna de åpne verdiene, kan det skyldes at skjulte, ubevisste verdier utgir egentlige referanser for prioriteringene av tid, penger og interesse (ibid).

Organisasjonskulturen kan både fremme samarbeid og tilhørighet gjennom fellesskapsfølelse og like verdier, men det er heller ikke uvanlig at det innenfor organisasjoner dannes forskjellige sosiale grupper med sin egen kultur, såkalte subkulturer, som kan ha ulike verdier og stå i konflikt med hverandre. En organisasjons *kultur* blir ofte hevdet å være forklaringen bak organisasjonens suksess, eller manglende suksess. Schein (1987) hevder at kulturfaktoren har så stor betydning i en organisasjon at forming og vedlikehold av en formålstjenlig organisasjonskultur er den fremste av alle lederoppgaver.

Scheins (ibid.) sier at leder har 5 primære mekanismer for kulturpåvirkning:

1. Lederen formidler sine prioriteringer, verdier og interesser gjennom sin *oppmerksomhet*
2. Leders *reaksjoner på kriser* sier noe om hvor dypt forankret verdiene er.
3. Lederen som *rollemodell*: gjennom egne handlinger kommuniserer leder verdier og forventninger.
4. Betingelser for å gi *belønning* gir uttrykk for hva som er viktig for en organisasjon.
5. Kriterier for *utvelgelse og avskjedigelse* og hvilke betingelser som må stilles for å lykkes i organisasjonen.

2.3 Lederroller

Jeg har hittil i oppgaven lagt vekt på rammene for ledelse som f.eks organisasjonsformen, sektoren og kulturen gir. I denne delen vil jeg se på lederens rolle. Begrepet rolle er nyttig som instrument for å analysere lederskap fordi det gir en mulighet til å se på sammenheng mellom person, posisjon og organisasjon. Jeg vil forklare dette nærmere nedenfor.

Strand(2007) definerer *rolle* som ”*summen av de normene som knytter seg til en posisjon*”(s. 388). Ledere pålegges, inntar og skaper roller i organisasjoner, slik at atferden de faktisk

utøver blir balansen mellom organisasjonens formelle krav, andres forventninger og lederens egne valg og tolkninger(ibid).

Askeland(2013) kaller det for ledelsens individuelle og en kollektive dimensjon. På den ene siden er den preget av personen som utøver lederskapet, hvordan leder oppfatter sin lederoppgave og hvordan de konkret utøver ledelse. I tillegg fyller leder posisjoner og ivaretar mandat og funksjoner på vegne av organisasjoner, der det eksisterer føringer og forventninger til rollen og stillingen. Slik eksisterer det også en kollektiv dimensjon ved ledelse; ledelse innenfor institusjonaliserte rammer.

Flere ledelsesteoretikere har vært opptatt av lederroller. Jeg vil komme inn på noen av de mest sentrale her, med hovedvekt på Askelands teori som bygger på flere av disse.

Torodd Strand (2007) deler lederrollen inn i fire deler ut i fra hva som er antatt nødvendig å få utført i en organisasjonen for at den skal overleve og virke godt. Han presenterer disse i den såkalte ”PAIE-modellen” som bygger på Adizes (1980), Quinn (1988) og Quinn og Cameron (1998, 1999). Adiezes kom gjennom sin forskning frem til lederrollene *produsent, administrator, integrator og entrepenør* (PAIE). Quinn introduserte lederrollene på akser med dimensjonene intern og ekstern (grad av orientering innad/utad), og aksene fleksibilitet(endring) og kontroll(stabilitet) (mye/lite formalisering) (Quinn og Rohrbaugh 1983 i Strand 2007). Strand kombinerer alle disse teoriene og fremstiller i sin teori sammenheng mellom organisasjonstype, lederroller, lederfunksjoner og lederprofiler.

Strand(2007) påpeker at det ikke anses som nødvendig at en leder skal ivareta alle fire rollene like godt, men at ingen av de fire rollene må bli helt fraværende. Han har laget en modell for ledelse som gjør eksplisitt de verdiene og utfordringene ledere sannsynligvis må forholde seg til. Skjemaet gir anledning til å kartlegge organisasjonens og ledernes vektlegging, praksis og eventuelle endringsbehov og gi begreper om ønsket utviklingsretning.

Modeller for ledelse og lederroller er i stor grad konstruert på bakgrunn av forskning på markedsbaserte organisasjoner og privat næringsliv. De er dermed også særlig relevante for dette feltet(Askeland 2015). Hillell Schmid, har studert ledelse i velferdsorganisasjoner og har på bakgrunn av disse studiene utviklet Adiezes lederrollemodell(1980) ytterligere. Han foreslår en annen sortering av lederrollene i velferdsorganisasjoner, og argumenterer for at

dimensjonene intern – ekstern, og relasjon – oppgaveorientering er mer nyttig i disse miljøene(Schmid 2010 i Askeland 2015).

Angell (kommende) har studert trosbaserte velferdsorganisasjoner (FBWO), og støtter seg til Schmid(2010). Han argumenterer i sin seneste forskning for at Adiezes` modell ikke greier å favne det som er spesielt for FBWO. Hans hovedargument er at FBWO ikke bare møter krav til effektivitet, men samtidig også krav om legitimitet. Angell argumenterer derfor også for at dimensjonene stabilitet – endring like gjerne kan erstattes med dimensjonene oppgaveorientering - relasjon eller evt dimensjonene effektivitet – legitimitet.

Hovedargumentet for dette er knyttet til det institusjonelle miljøet som finnes i offentlige og trosbaserte velferdsorganisasjoner. I slike miljøer er legitimitet en faktor som blir vektlagt like mye som effektivitet (Angell & Wyller 2006, i Angell: kommende). For å oppnå legitimitet kreves det at organisasjonen opptrer og blir identifisert med gjeldende samfunnsverdier og standarder. En slik posisjon nødvendiggjør en videre forståelse av den eksterne orientering i ledelse av organisasjoner.

Prof. Harald Askeland bygger sine arbeider på alle disse forskernes teorier. Han startet og har ledet prosjektet ”Ledelse i praksis” (LIP) ved Diakonhjemmets høgskole i 2005 og frem til i dag. Prosjektet har hatt sitt fokus på å ta opp spørsmålsstillinger knyttet til hvordan ledere oppfatter sin lederoppgave og hvordan de utøver ledelse i praksis.

I en helt ny artikkel presenterer han en utvidet modell for å forstå ledelse. Den er skrevet på bakgrunn av studier av to tros-baserte velferds organisasjoner; Diakonhjemmet og Røysumtunet. I sin artikkel sammenlikner han lederroller og lederpraksis i trosbaserte organisasjoner med andre relevante organisasjoner, og diskuterer hvorvidt generelle lederteorier og modeller passer inn her. Han argumenterer for en ytterligere utvidelse av eksisterende modeller, som jeg vil redegjøre for nedenfor.

Askeland(2015) følger opp Schmid (2010) og Angells (kommende) forslag om en modell for ledelse bestående av dimensjonene intern – ekstern og oppgave – relasjon. I tillegg er han opptatt av å introduserer rollen som utpeker seg i de trosbaserte organisasjonene han har studert, nemlig institusjonelt lederskap. Med dimensjonene intern/ekstern og relasjon/oppgaveorientering som rammeverk, utleder han 5 lederroller:

Den institusjonelle leder: I sentrum for lederens rolle ligger formidling av formål og mening og fremming av verdier. Det institusjonelle lederskap representerer det overordnede ansvar

for tjenesten og resultatene til en organisasjon eller avdeling. Sirkelen i sentrum er stippet fordi lederrollen flyter inn i alle de fire andre hovedområdene for ledelse. Videre finnes fire lederroller i hver sin kvadrant av modellen:

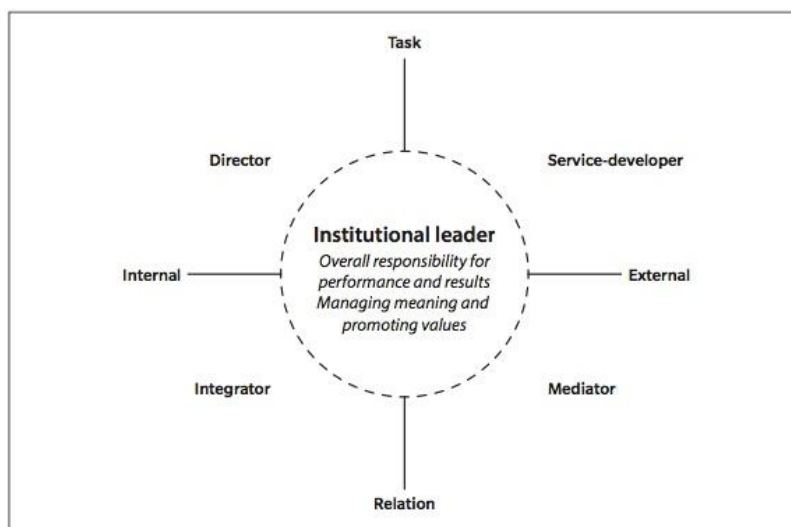
Dirigenten(Director): Har sitt fokus internt, på kvalitet og effektiv måloppnåelse. Jobber med struktur, utvikler prosedyrer, overvåker, koordinerer og planlegger arbeidsprosesser for å oppnå mål effektivt. Rollen har en videre definisjon enn det Angell beskriver (kommende).

Tjenesteutvikleren(Service-developer): Kombinerer de tradisjonelle funksjonene til produsent og innovatør. Rollen er eksternt orientert, fokusert på hvordan oppgaver blir utført og mål oppnådd ved å utvikle strategier og mål basert på monitorering og tilpasning til eksternt miljø.

Integratoren: er internt og relasjonelt orientert, fokusert på funksjoner som er nødvendig for å binde systemet sammen til et funksjonelt hele. Slike funksjoner er relatert til å motivere ansatte, utvikle og støtte disse som kompetente medspillere, fremme samarbeid og teamarbeid, samt å skape et godt sosialt klima I organisasjonen.

Mellommannen (Mediator): er eksternt orientert og er opptatt av å etablere, ivareta og utvikle eksterne relasjoner. De mer instrumentelle og effektivitets –orienterte aspekter av lederens ansvar blir tonet ned, til fordel for legitimitet overfor omgivelsene. Mediator funksjonen inkluderer å skape allianser, balansere og være buffer for eksternt press.

Figur 1 Harald Askelands lederrollemodell



(Askeland 2015: 52)

Askeland støtter seg til Mintzbergs (2009) beskrivelse av ledelse som en kompleks rolle med stadig skiftende oppgaver og fokus for oppmerksomhet; ”Managing is not one of these things but all of them: it is controlling and doing and dealing and thinking and leading and deciding and more, not added up but blended together” (Mintzberg 2009: 44, i Askeland:2016: 4).

De ulike modellene gir et utgangspunkt for å kunne forstå ledelse og lederrollen i organisasjoner. De gir også en mulighet for organisasjonene til å diagnostisere og tydeliggjøre hvor man har fokus og hvor man har utviklingspotensial.

3 Forskningsprosessen

3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming og valg av metode

Denne studien søker å utforske og forstå mer om ledelse generelt og avdelingssykepleierrollen spesielt. Jeg er interessert i å belyse erfaringer, opplevelser, verdier og mellommenneskelige prosesser; en hensikt som kjenner seg som kvalitativ forskningsdesign.

Målet ved kvalitative studier er å utforske *meningsinnholdet* i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud 2013, Johannessen, m.fl 2011). I denne studien vil det handle om å forstå mer om ledelse gjennom å få innsikt i avdelingssykepleiernes erfaringer, fortolke disse i dialog med egne erfaringer og relevant teori, for slik å finne ny kunnskap. Denne prosessen hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon og støtter seg til teorier fra postmodernisme og sosial konstruksjonisme. Her anses forskeren som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen som ikke handler om å finne universelle sannheter men mer om nye spørsmål (ibid.).

Vitenskapelig forskning kan kort defineres som:

En systematisk og refleksiv prosess der kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, med en ambisjon om overførbarhet av funnene ut over den sammenhengen der den enkelte studie ble gjennomført.
(Malterud, K. 2001, i Malterud 2013:16).

I det følgende kapittel vil jeg redegjøre for og reflektere rundt kunnskapsutviklingen i dette prosjektet. Vi er selv en del av den verden vi forsøker å forstå, og kan kun begripe den fra vårt ståsted, sier Bourdieu et al (1993). Denne posisjonen preger det blikk vi ser verden med. Jeg vil derfor starte med en klargjøring av mitt eget forhold til – og posisjon i feltet, slik at de kunnskaper som utledes fremstår som etterrettelige og transparente.

3.2 Forskning i eget yrkesfelt

Forskningsfeltet i denne studien kjenner jeg godt, da det er mitt eget yrkesfelt, og jeg er motivert av de utfordringer og arbeidsformer feltet står i. Dette fordrer en balansert tilnærming, mellom et innenfra - perspektiv, der jeg kjenner og forstår kulturen, og det distanserte utenfra - perspektivet som analysen og de kritiske refleksjonene fordrer (Malterud 2013). I den hermeneutiske vitenskapstradisjonen er det et poeng at forståelse ikke bare

relateres til det fenomen og de praksiser som skal forstås, men omfatter også den som fortolker disse fenomenene, og de forforståelser han eller hun har (Krogh 2009, Aadland 1997). Gadamer (2007) hevder at forskerens forforståelse er en forutsetning for innsikt og således ikke er å forstå som en mulig feilkilde. Han hevder at en forsker som står fjernt fra sine informanter når det gjelder erfarings- og kunnskapsgrunnlag vil kunne ses som et hinder i forskningen. Dette innebærer ikke at nærhet til feltet utelukkende er positivt. Mine erfaringer og kunnskaper i feltet gir meg tilgang til noen innsikter, men kan også skygge for andre.

Jeg har 18 års erfaring fra ulikt arbeid på sykehjem, de siste 8 årene som avdelingssykepleier på et sykehjem i Oslo. Jeg kjenner organisasjonen godt, både strukturer og organiseringsformer, og ikke minst arbeidskulturen, språket og den faglige bakgrunn hos de som jobber der. Det er lett for meg å forstå det informantene forteller om, uten behov for utdypende forklaringer. Samtidig må jeg være bevisst på at min forståelse og mine holdninger ikke nødvendigvis er de samme som informantens. Utfordringen for en som forsker i eget yrkesfelt er å unngå å søke etter bekreftelse på egne meninger, for ”som man roper i skogen, får man svar”. Det har derfor vært en nødvendig prosess å bevisstgjøre meg selv på eget ståsted i arbeid med dette prosjektet. Jeg har på forhånd tenkt igjennom hva jeg tror jeg vil finne i undersøkelsen, hva jeg selv ville ha svart, og hva jeg tror konklusjonen vil bli. Bevisstheten har gjort det lettere å skille ut egen forforståelse i møte med informantene. Jeg har vært bevisst på å møte informantene med åpenhet og undring; både i intervjusituasjonen og senere i analysen, slik at nye innsikter og ny mening har kunnet få innpass.

Masterprosjektets tema og problemstilling springer ut fra et sterkt personlig engasjement for eldreomsorg og ledelse. Jeg har fulgt med på utviklingen av sykehjemsdrift og har gjort meg mange tanker underveis. Som avdelingssykepleier i sykehjem har man et særdeles viktig samfunnsoppdrag, og konsekvenser av ledelsen påvirker mennesker i en svært sårbar situasjon. Det handler om ledelse i en ”etisk kontekst”. Det er derfor avgjørende hvordan ledelse forstås og praktiseres i slike miljøer.

3.3 Innsamling av data

3.3.1. Informanter

I prosjektets startfase vurderte jeg å ha informanter fra både kommunale og private/ideelle sykehjem i Oslo. Etter nærmere vurdering fant jeg dette uhensiktsmessig, da studien ikke søker å sammenlikne privat/ideell versus kommunal sektor i denne oppgaven. Det er store forskjeller i organisering og ansvarsområde på sykehjem med ulike driftere, og avdelingssykepleierne vil dermed ha veldig ulike lederhverdager. De kommunale sykehjemmene er mer like i sin organisering, og jeg landet derfor på å konsentrere meg om avdelingssykepleieren her.

En relativ norm på Oslo kommunes sykehjem er at avdelingssykepleiere har ansvar for avdelinger på rundt 15-35 pasienter og 30-60 ansatte. De har faglig overordnet ansvar, personalansvar, drift- og økonomiansvar for avdelingen sin. Informantene i oppgaven befinner seg innenfor denne normen.

Før intervjuene ble avtalt søkte jeg godkjenning for prosjektet hos direktør for kommunale sykehjem i Oslo; Eva Waaler (Vedlegg 3) Deretter startet letingen etter informanter. Jeg ønsket på forhånd ikke at utvelgelsen skulle skje via institusjonssjef/daglig leder ved sykehjemmene, for å unngå en mulig ”siling” av ”passende” informanter sett fra institusjonssjefens ståsted. Jeg ønsket heller ikke å intervju noen ledere jeg kjente, da jeg ikke ønsker at informantene skulle ha en forhåndsoppfatning av meg og hvilke svar jeg eventuelt skulle ønske å ”foretrekke” under intervjuene.

Utvalg av informanter skjedde ved hjelp av ”Snøballmetoden”. Litt tilfeldig fant jeg fram til de ved hjelp av tips om hvem som kunne være interessert i å være med, og så vervet de hverandre videre. Felles for dem alle var at de var ukjente for meg og jeg var ukjent for dem. Jeg gjorde avtaler med 8 ledere fra 4 ulike kommunale sykehjem (info.skjema til informanter: vedlegg 2) og søkte institusjonssjefene deres om godkjenning for gjennomføring (Vedlegg 3). Alle informantene som meldte seg var kvinner. Da de aller fleste avdelingssykepleiere i kommunen er kvinner, vurderte jeg det slik at det ikke ville være av vesentlig verdi å få menn representert i utvalget. Informantene var jevnt spredd i alder fra ca. 35 til 60 år. Alle med profesjonsutdanning som sykepleiere, og med 1-2 års lederutdanning. Ledererfaring fra 2 år - 30 år.

Da jeg hadde intervjuet 7 av avdelingssykepleierne hadde jeg allerede fått svært mye og varierende materiale, så jeg valgte å kansellere siste intervju.

3.3.2 Intervju

Empirien i denne oppgaven kommer fra individuelle intervju av avdelingssykepleiere. Tidlig i prosessen med oppgaven vurderte jeg fokusgruppeintervju pga dynamikken og engasjementet som kan oppstå i en gruppe. Jeg vurderte imidlertid prosjektets tema og problemstilling til å være et såpass følsomt område, at individuelle intervju ville være mest hensiktsmessig for å skape en trygg arena for informanten til å kunne svare ærlig og fritt.

Jeg hadde ingen forhåndsutvalgt teori som utgangspunkt og grunnlag for intervjuguide og oppgave. Problemstilling, forskningsspørsmål og intervjuguide ble formulert etter hva jeg var interessert i å finne ut av. Det var derfor ikke noe teoretisk bakteppe som påvirket meg når intervjuene ble gjennomført eller analysen av svarene skulle i gang.

Jeg gjennomførte alle intervjuene over en to ukers periode i begynnelsen av januar 2016. Intervjuene varte fra 35-45 min og ble etter informantenes ønske gjennomført på deres arbeidssted. Det ble gjort lydopptak. Intervjuene var *semistrukturerte*. Jeg hadde seks hovedspørsmål, og spørsmålsstillingen var delvis åpen innenfor valgte tema. Rammen for svarene ble ikke definert på forhånd slik at informantene selv fikk velge hva de ville fortelle om, uten å oppleve for ledende spørsmål. Jeg hadde noen støttespørsmål underveis dersom informanten beveget seg ut på sidelinjen av det som var relevant, eller dersom jeg ønsket mer utdyping eller oppklaring av svaret(Intervjuguide: vedlegg 1).

Jeg opplevde fort at jeg hadde lyst til å kommentere informantenes svar, både når de sa ting som engasjerte meg personlig, men også når de sa ting jeg ikke hadde forventet. Det var en krevende rolle å være tilbaketrukket intervjuer, men min taushet gav informantene mulighet til å komme med egne oppfatninger, uten min påvirkning. I etterkant ser jeg at det var dette som gav rom for de gode poengene – noe jeg kanskje ville oversett eller kommet i veien for, dersom jeg ikke hadde vært bevisst på forskerrollen.

Moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om den nøytrale forskeren som ikke øver noen form for innflytelse på kunnskapsutviklingen. Man må alltid ta forbehold om mulige skjevheter som følge av intervju effekten(Johannessen m.fl. 2011).

Jeg oppfattet informantene som avslappet og åpne. De delte mye om sin hverdag, sine tanker og erfaringer. Praten gikk lett, med forholdsvis få innspill fra meg underveis. Informantene

visste om at også jeg er avdelingssykepleier på et kommunalt sykehjem, i likhet med dem selv. Vi er kvinner med samme utdanning, og temmelig jevne i alder. Denne likheten og dermed fellesskapet kan være noe av bakgrunnen for at informantene tilsynelatende turte prate fritt og fortrolig, kanskje i en sammenheng som kunne oppleves som kollegaprat, der begge ”vet hva man snakker om”. Det kan også hende at informantene hadde sin egen agenda; et behov for å rose/male virkeligheten og fremstå som en som mestrer jobben godt og har funnet svarene på hvordan lederrollen bør fylles, eller i motsatt fall svartmale beskrivelsene for å fremme behov for økte ressurser eller bedre arbeidsforhold. Disse spørsmålene vil vi ikke få et svar på. Det er heller ikke et mål å få objektive sannheter, da disse ikke eksisterer i den verden som studeres. Intervjuene vil uansett kunne gi en innsikt i ledernes hverdag og med erfaringer som kan gi nyttig kunnskap om ledelsesfeltet i dag.

Intervjuene startet med et åpent spørsmål hvor jeg ba informantene om å beskrive en helt vanlig dag på jobben, slik den så ut for dem. Dette gjorde jeg både for at det er noe som det er lett å komme i gang med å prate om; en slags ”oppvarming”, men først og fremst for å høre hvilke oppgaver de la vekt på, hvordan de omtalte disse og hvordan de beskrev sin lederhverdag, uten føringer av noe slag.

Videre ble lederne spurt om å beskrive hvilke forventninger de mente at de hadde til seg i sin rolle som avdelingssykepleier. Dette spørsmålet ble stilt for å kunne få et innblikk i ledernes rolleforståelse; hvilke forventninger erfarer de og hvordan beskriver de seg selv i organisasjonen? Hvordan forstår lederne ”bestillingen” til seg selv, og på hvilken måte forholder de seg til denne? Jeg var nysgjerrig på kompleksiteten og tyngden av forventninger; hva ville lederne velge å fortelle om?

Deretter fikk informantene spørsmål om hvordan de håndterte kompleksiteten i krav og forventninger som de selv hadde beskrevet, og hvordan de gjorde valg mellom ulike verdier eller interesser. Opprinnelig spørsmål om ”hvilke verdier er viktig for deg som leder” ble etter utprøving i noen intervjuer byttet ut med ”hva er viktig for deg som leder”. ”Verdi”-begrepet ble for noen litt vanskelig å få ”tak på”.

Til slutt ble de spurt om de syntes at de fikk jobbe med det som var viktig for dem, og hvorvidt det påvirket deres motivasjon for jobben.

Spørsmålene søkte ikke bare å få frem beskrivelser av hva lederne gjør, men også hvorfor de gjør det; altså også å belyse hensikter og intensjoner bak ledelsen.

3.3.3 Dataanalyse

Vitenskapelig kunnskap skal følge av systematisk, kritisk refleksjon, til forskjell fra tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander (Malterud: 2013).

Etter at syv intervjuer var transkribert satt jeg med ca.80 sider med tekst. I videre arbeid med denne teksten brukte jeg Malteruds (2013) bok om kvalitativ metode og teori om systematisk tekstkondensering som utgangspunkt. Denne analysen innebar fire hovedsteg:

- Helhetsinntrykk og foreløpige temaer ble identifisert ved første gjennomlesning.
- Temaene dannet grunnlag for identifisering av koder, som ble brukt som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper.
- Kondensering av innholdet i de meningsbærende enhetene.
- Sammenfatning av essensen i hvert av de kondenserte kodegruppene danner grunnlag for presentasjon av resultater.

(Malterud 2013).

I tillegg har jeg brukt Harald Askelands forslag til modell om lederroller som utgangspunkt for å systematisere og få oversikt over ulike lederoppgaver, lederfunksjoner, forventninger og verdier som fremkommer i intervjuene.

Det var vært tidkrevende, men nyttig, å analysere materialet på begge disse to måtene. Det har bidratt til at tekstmaterialet har blitt grundig gjennomgått på ulike vis.

Refleksivitet, reliabilitet og validitet

Vitenskapelige studier stiller krav om *reliabilitet*, også kalt *pålitelighet*, og handler om i hvilken grad en studie kan etterprøves. Kunnskap fremkommet i kvalitative studier kan ikke kontroll sjekkes med enkle prosedyrer eller regnestykker. I slike studier vil krav om tvil, ettertanke, falsifikasjonsholdning og erkjennelse av ståsted inngå i det som kalles forskningens objektivitet. Det betyr altså ikke at forskeren inntar en objektiv og nøytral rolle, men snarere er seg bevisst egen rolle i kunnskapsutviklingen. For at forskningen skal fremstå som *pålitelig* er det derfor viktig å gjøre leseren til en informert ledsager som gis innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under, såkalt *refleksivitet*(Malterud 2013).

Jeg har ovenfor redegjort for flere områder som omfatter refleksivitet i forskningsprosessen; som eget ståsted og posisjon i feltet, tanker om egen påvirkning i intervjusituasjonen og refleksjoner rundt intervjuguide og utvalg av informanter. Hvordan analysen er gjennomført er også beskrevet.

Nærhet til feltet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon i arbeid med tekstmaterialet. Faren er at man som forsker kan komme til å identifisere oss så sterkt med en bestemt løsning at vi ikke klarer å se alternativene (Malterud 2013). I arbeid med intervjuetekstene fikk jeg mange bekreftelser på egne erfaringer som styrket egne antagelser. Samtidig ble jeg også mange ganger overrasket, fordi svarene jeg fikk var så annerledes enn jeg hadde forventet. Disse uventede svarene har vært en særlig god kilde til ny innsikt og nyttige refleksjoner i arbeidet med oppgavens problemstilling, og gjør også at jeg føler meg tryggere på at jeg har vært i stand til å ta imot ny kunnskap.

Jeg har forsøkt etter beste evne å gjengi informantenes svar og meninger. Jeg har vært bevisst betydningen av egen forforståelse og teoretisk referanseramme, slik at jeg ikke skulle blande sammen dette med informantenes uttrykk og dermed skygge for ny innsikt.

Jeg mener at jeg gjennom intervjuene og måten de ble gjennomført på, har tatt rede på betydningsfulle beskrivelser og erfaringer, som har belyst avdelingssykepleierens lederrolle og ledelsesverdier i kommunale sykehjem i Oslo i dag. Det er ikke mulig å generalisere disse funnene, til det er antall informanter for få. Allikevel er det sannsynlig at erfaringer og kunnskap fremkommet i denne studien kan være gyldig og si noe nyttig om ledelse og lederroller som kan være overførbart.

3.3.4 Forskningsetiske sider

Forskningsetiske retningslinjer kan deles inn i tre grupper; Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantenes privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade (Nerdrum:1998, i Johannessen m.fl 2011).

For meg har dette betydd:

Jeg ga god informasjon til informantene om prosjektet i forkant; dets hensikt og formål, slik at de skulle vite hva de samtykket til ved å bli med i prosjektet (Vedlegg 2). Informantene har blitt anonymisert i tråd med forskningsetiske prinsipper. Informantene har blitt forsikret om denne anonymiseringen slik at de skulle kunne uttale seg fritt uten frykt for gjenkjenning. Deltagelse har vært frivillig, og informantene har blitt informert om retten til å bryte intervjuet eller trekke seg når som helst.

Jeg har vært bevisst på egen maktposisjon i intervjuet slik at informantene ikke skulle oppleve press av noe slag.

Andre etiske vurderinger underveis har handlet om bearbeiding og formidling av den informasjonen som har fremkommet under intervjuene. Hvilken mening legger informantene i det de sier? Har jeg rett til å hevde på vegne av en annen at deres uttrykk betyr noe annet enn det de sa? Min intensjon har vært å representere informantens stemme så lojalt som mulig. Malterud sier at man ikke skal fungere som en mikrofon for deltakerne, men at man også har en forpliktelse til sammenfatning og overordnet forståelse; til å stille spørsmål ved det som blir sagt (Malterud 2013). Jeg har med stor respekt for informantenes svar, forsøkt å finne den mening som ligger i utsagnene, formidle dette og drøfte dem opp mot teori og egne erfaringer.

Det ble gjort lydopptak av intervjuene fra spørsmålene begynte. Lydopptakene ble slettet etter transkribering. Informasjon om informanten som alder, lederutdanning, ledererfaring, avdelingsstørrelse og ansvarsområde ble ikke tatt opp på lydbånd, men notert på eget ark med kun kode N1, N2 osv. Navn og kontaktinformasjon ble ikke nedskrevet noe sted, her brukte jeg kun Sykehjemsetatens nettside med navn og telefonnummer for å holde kontakt med informantene. Mail med informasjonsskriv til avdelingssykepleierne ble slettet umiddelbart etter at de var sendt. Det ble ikke nedskrevet personopplysninger som kunne avsløre identitet direkte eller indirekte under transkribering. Prosjektet utløste derfor ikke meldeplikt til NSD.

4 Resultater og drøfting av en intervjuundersøkelse

Informantene i denne studien forteller oss om lederrollen til syv avdelingssykepleiere på kommunale sykehjem i dag. Harald Askeland(2015) har nylig introdusert sin nyeste forskning med en modell for forståelse av ledelse og lederroller i organisasjoner. Bakgrunnen for modellen er studier av ledelse i trosbaserte velferdsorganisasjoner, hvor han finner at den grunnleggende troen og livssynet oppfattes å være en vesentlig faktor for rollen som leder og utøvelse av ledelse.

Etter å ha sett nærmere på Askelands forskning, tenker jeg at ledelse i helsevesenet kan ha mange likhetstrekk med trosbaserte velferdsorganisasjoner, noe jeg vil komme inn på nedenfor. Det kan derfor være interessant å se nærmere på om denne modellen gir mening og nytte også her. Jeg har derfor valgt å sortere, analysere og drøfte avdelingssykepleiernes lederrolle med utgangspunkt i denne modellen.

Representative sitater refereres eller oppsummeres med navnekodene N1, N2, N3.... til N7. Funnene vil bli analysert og drøftet fortløpende.

I arbeidet med teksten som informantene har gitt meg, har jeg forsøkt å la både hovedtendenser og unntak komme frem. Jeg har vært opptatt av hva informantene sier i sine svar, men også hva de ikke sier. Hva de vektlegger, og hva som er mindre viktig. Det finnes noen hovedskiller i svarene, noen fellesnevner og noen unntak.

4.1 Lederrollen i lys av H. Askelands modell

Askeland (2015) deler lederrollen inn i fem profiler på aksene intern-ekstern og relasjon-oppgaveorientering. I analysen av studiens intervjuer har jeg tatt utgangspunkt i disse profilene, og sett på hvilke arbeidsoppgaver, ledelsesfunksjon, forventninger og verdier som beskrives i de ulike feltene av modellen. Etter denne innledende analysen fortsetter drøfting av aktuelle funn knyttet til oppgavens forskningsspørsmål.

Når avdelingssykepleierne i denne studien blir bedt om å beskrive sin lederhverdag, forteller de umiddelbart om en stor administrativ tyngde i arbeidsoppgaver. Dette er rollen som Askeland kaller *dirigenten*; den har sitt fokus på kvalitet og måloppnåelse internt i organisasjonen. Den jobber med struktur, utvikler prosedyrer, overvåker, koordinerer og planlegger arbeidsprosesser for å oppnå mål effektivt.

Avdelingssykepleierne forteller at store deler av arbeidstiden går med til arbeidsoppgaver som ligger inn under dirigentrollen. Mye handler om informasjonsutveksling som å gi og motta beskjeder, mailkorrespondanse, post og telefoner. Videre er mengden administrativt arbeid knyttet til personell; det kan være turnusarbeid, vikar-innleie, sykefraværsoppfølging, samarbeid med NAV, rekruttering, arbeidskontrakter, lønnsarbeid og ferieavvikling. Lederne forteller også om internkontroll, kvalitetsarbeid og annen oppfølging av lovverk som HMS-arbeid, avvikshåndtering og oppfølging av styringskort. Lederne bruker mye av dagen på å holde oversikt over driften, følge opp planer, kontrollere, dokumentere og rapportere. Leder deltar også på mange ulike møter.

”Jeg bruker fryktelig mye tid foran PCén”(N2), sier én av informantene, som representerer svar fra samtlige som ble intervjuet. En annen utdyper; ”Det er veldig mye administrativt og skrivearbeid. Registreringer her og der, post, innleveringsfrister, bemanning, møter, telefoner fra lønningskontoret...”(N3). Forventninger og krav fra ledelse og organisasjon om å rapportere og ”ha alt på stell” administrativt, beskrives som stort. Alle lederne nevner nylig innførte styringskort med konkrete mål, KPI’er og tidsfrister. Mengden av rapporter beskrives som overveldende. Én sier; ”Det er et endeløst mas om jeg skal være helt ærlig. Jeg tenker av og til; er dem splitter pine gjerne?”(N1). En annen opplever at lederjobben er endret;

Målstyring, det er jo det det handler om egentlig. Vi skal ha konkrete målbare tiltak som vi skal legge fram tall på og ta ut rapporter. Veldig mye av min tid har gått over til å sitte og kontrollere og rapportere(N3).

Lederens funksjon på dette området handler om å ivareta alle de praktiske oppgavene som må være i orden for at det daglige ”maskineriet” i avdelingen skal gå som smurt og ”hjulene” holdes i gang; personalet må få lønn, det må være nok folk på jobb, og små og store oppgaver må løses fortløpende. Dirigentrollen ivaretar også nødvendige og viktige ledelsesfunksjoner som oppfølging av lovverk, oppfølging av mål- og resultat og kvalitetssikring av tjenesten. Flere antyder at forventninger fra deres leder og Sykehjemsetaten handler om at denne dirigentrollen først og fremst må fylles. Høyere lederledd etterspør rapporter og dokumentasjon og forventer oppfølging av tjenestens pasient- og personalsystemer. Avdelingssykepleierne er også selv opptatt av å ha kontroll og ryddighet på dette området. De nevner også personalets forventninger til at de som leder bidrar til forutsigbarhet og oversikt og formidler informasjon. Pasienter og pårørende forventer at lovverk oppfylles, at

dagene har en plan og at de holdes orientert om det som angår dem. Mye tid går med til dirigentrollen, og den opptar en stor del av lederens fokus.

Verdier som representerer denne rollen er først og fremst kontroll, orden, stabilitet og kontinuitet. Det er grunnleggende for en organisasjon og for medlemmene i den, å ha kontroll. Det betyr at det er behov for oversikt og forutsigbarhet, at man vet hva man skal gjøre, når og hvordan man skal gjøre det. Gjennom standardisering og regelfølgning bidrar denne rollen til å samordne medlemmenes adferd inn i ønskede former. Kontroll forutsetter informasjonsutveksling og lagring av informasjon. Orden er en annen vesentlig verdi i dirigentrollen; man ønsker å unngå tilfeldig praksis, forskjellsbehandling og uforutsigbarhet. Kontroll kan også å ha en stor økonomisk verdi for organisasjonen, gjennom å sikre effektivitet og mest mulig optimal ressursutnyttelse.

Jeg er usikker på hvor jeg skal plassere avdelingssykepleiernes rolle og funksjon som fagperson i modellen. I tidligere modeller hvor det finnes en *produsent* (ref. Adiezez 1980, m.fl), ville det vært naturlig å legge denne funksjonen her, ettersom ”omsorg” er sykehjemmets ”produksjon”. I Askelands modell ligger produsentfunksjonen under *tjenesteutvikler*, med fokus på eksternt miljø, strategi og nytenkning. Dette passer ikke helt inn med rollen som faglig leder for egen avdeling. Dirigentrollen er mer orientert internt i egen avdeling, mot kvalitet og måloppnåelse her. Selv om dirigenten har mye administratorfunksjon i seg, velger jeg allikevel å forstå Askelands modell slik, at fagrollen kan plasseres inn under *dirigenten*. Dirigenten tilretteleger, overvåker og følger opp tjenestens interne mål, noe som i vårt tilfelle er ivaretagelse av god omsorg for pasientene. Leder skal legge til rette for og påse at pasientene mottar tjenester som tilfredsstillir dagens krav, at tjenesten er forsvarlig og kvalitetsmessig god nok. Avdelingssykepleier har ansvar for at personalet i avdelingen har den kompetansen som trengs, at de arbeider mot de mål og resultater man har satt seg, og at tjenesten drives effektivt.

Verdier som ivaretar denne faglige orienteringen er profesjonsverdier som kompetanse, kvalitet, omsorg, respekt og individualitet. Rollen som faglig leder har høye forventninger fra alle hold. Samfunnsoppdraget er å gi pasienter et kvalitetsmessig godt tilbud, og lover og forskrifter støtter opp om dette. Sykehjemsetaten forventer at tjenesten drives effektivt og godt, slik at mål og resultater for tjenesten oppnås, og klagesaker unngås. Avdelingssykepleier er forpliktet i kraft av å være sykepleier, til å påse at pasientenes behov for pleie og omsorg blir ivaretatt. Personalet i avdelingen forventer at leder legger forholdene til rette med nok

personell, riktig kompetanse og faglig påfyll. Pasienter og pårørende forventer gode tjenester hver dag.

Informantene i denne studien vektla alle faglige målsettinger og et godt tjenestetilbud. Det var imidlertid store ulikheter i deres beskrivelser av forventninger til seg selv på dette området og beskrivelser av forventninger fra andre kanter. De tre eldste informantene vektla denne rollen sterkere enn de yngre, og snakket mye om pasientenes behov, tjenestens kvalitet og hvilke faglige mål de hadde. De beskrev seg selv som ”tettere på” avdelingshverdagen og sykepleiefaget. Tre av de yngre informantene hadde en mer tilbaketrukket fremstilling av egen rolle her, og beskrev seg selv mer som en tilrettelegger for at pleierne skulle kunne gi god omsorg. Den siste av informantene kom ikke inn på faglig ansvar eller pasientbehandling under hele intervjuet. Disse ulike funksjonsbeskrivelsene fant jeg interessant, og vil drøfte dette funnet nærmere litt senere i oppgaven.

Ved siden av dirigentrollen er det oppfølging av personalet og kommunikasjon internt på sykehjemmet som opptar lederne. Dette er *integratoren* i Askelands modell. Informantene i denne undersøkelsen vektlegger å støtte, veilede og motivere personell, samt å arbeide for å fremme samarbeid, et godt arbeidsmiljø og konflikthåndtering i avdelingen.

Samtlige av informantene har mellom 30 og 60 ansatte som de har personalansvar for. I perioder med sykdom, ferie eller i endringsperioder vikarierer de for hverandre og sitter med dobbelt så mye. De har med andre ord svært mange å følge opp i denne rollen.

Lederne deltar på rapportene i vaktskifter og legger vekt på å ha døren til kontoret sitt åpen for å holde seg orientert i avdelingen og vite noe om ”hva som rører seg”. Mye av dagen handler om å kommunisere med, og ta vare på de ansatte slik at de kan gjøre en best mulig jobb. Samtlige informanter gir uttrykk for stor omsorg for personalet sitt.

Det er viktig at jeg kjenner situasjonen, for jeg kan ikke være noe for mine hvis jeg ikke vet hva de sliter med(N2).

For meg er det viktig at jeg har med meg personalet. At vi spiller på lag og står sammen om det som skal gjennomføres og at de stoler på meg. De kan komme til meg når som helst. Min dør står alltid åpen(N5).

Lederne beskriver sin funksjon som integrator som å legge til rette for at personalet fungerer sammen og arbeider mot felles mål. De forteller om arbeid knyttet til oppslutning og motivering, konfliktløsning og samarbeid. Dette er arbeid som mye handler om å påvirke kulturen i avdelingen; hvordan man omgås, samarbeider, hva som belønnes og hva som får

negative reaksjoner. Avdelingssykepleierne forteller om viktigheten av at de deltar på rapporter for å påvirke hva som vektlegges, hvordan man kommuniserer og organiserer dagens arbeid. Lederne er opptatt av å markere merkedager, arrangere ”fredagskos”/ukesslutt og å ”se” de ansatte i form av anerkjennelse og støtte. Noen forteller om at de sammen med personalet har greid å bygge opp et sterkt fellesskap som støtter hverandre og føler seg sterke sammen. Andre ledere forteller om avdelinger de nylig har overtatt, og om utfordringer knyttet til samarbeidsproblemer, konflikter og lav arbeidsmoral. Alle vurderer integratorfunksjonen som essensiell for leder i arbeidet mot gode tjenester for pasienten. Lederne har store forventninger til seg selv på dette området. De snakker varmt om denne integratorrollen, det er en slik leder de hovedsakelig ønsker å være. De mener at personalet også ønsker at de skal bruke tid på denne rollen; de forventer at leder involverer seg i det som skjer i avdelingen, ser dem, støtter dem og tar tak i konflikter, arbeidsmiljø og samarbeid. Forventninger fra øvrige ledernivå beskrives mer som oppfølging av administrasjon knyttet til denne rollen; man må følge en plan for medarbeidersamtaler og HMS-arbeid, og man må score bra på medarbeiderundersøkelsen.

Fremtredende verdier som lederne kommer inn på i integratorrollen er samarbeid, kommunikasjon, ansvarsfølelse, et godt arbeidsmiljø, og å legge til rette for at den enkelte medarbeider får tatt i bruk sine ressurser. Flere synes de får for lite tid til denne lederfunksjonen, da de har mange ansatte, men liten tid til å omgås personalet.

Videre i Askelands modell finner vi de eksternt orienterte rollene tjenesteutvikler og mediator. Disse er vesentlig mindre fremtredende i intervjuene.

Tjenesteutvikleren i modellen er en kombinasjon av de tradisjonelle funksjonene til produsent og innovatør som man finner hos Adiezes(1980). Rollen er eksternt orientert, fokusert på hvordan oppgaver blir utført og mål oppnådd ved å utvikle strategier og mål basert på monitorering og tilpasning til eksternt miljø.

Denne funksjonen ivaretas delvis gjennom mye av den møtevirksomhet som foregår internt på sykehjemmet eller eksterne møter og kurs i regi av Sykehjemsetaten. Her planlegges strategier og mål for tjenesten. De verdiene som knyttes til denne funksjonen er innovasjon, vekst, ressurstilegnelse, tilpasning og endring. Denne rollen presenteres ikke som fremtredende i ledernes beskrivelser, verken som forventninger til seg selv eller som viktig for dem.

Mellommannen eller mediatorrollen i Askelands modell gjenkjennes som en del av lederrollen hos informantene i denne studien. Denne rollen er orientert eksternt og er opptatt av å etablere, ivareta og utvikle eksterne relasjoner, sier Askeland(2015). I tidligere modeller for lederroller har denne kvadranten i modellen handlet om å tilpasse seg eksterne behov i miljøet rundt organisasjonen, og stadig tilpasse organisasjonen til å være effektiv og overlevelsedyktig(Strand 2007). I denne nye modellen til Askeland har de mer instrumentelle og effektivitets –orienterte aspekter av lederens ansvar blitt tonet ned, til fordel for den mer relasjonelle rollen som er opptatt av å ivareta organisasjonens *legitimitet* overfor omgivelsene. Bakgrunnen for denne endringen av modellen begrunnes i forskning av bl.a Schmid(2010 i Askeland 2015), Angell(kommende)og Angell&Wyller(2006). Hovedargumentet er knyttet til det institusjonelle miljøet som finnes i trosbaserte velferdsorganisasjoner, hvor legitimitet er en faktor som blir vektlagt like mye som effektivitet (Angell & Wyller 2006). For å oppnå legitimitet kreves det at organisasjonen opptrer og blir identifisert med gjeldende samfunnsverdier og standarder.

I likhet med trosbaserte organisasjoner har også helsevesenet lange tradisjoner og sterke samfunnsverdier som gjør seg gjeldende for lederrollen i denne sektoren.

Avdelingssykepleiere har gjennom profesjonsutdanning og arbeid som sykepleiere, sterkt integrerte verdier og overbevisninger. De har kollegiale og etiske standarder for profesjonen, yrkesetiske retningslinjer og forpliktelser overfor det offentlige. Som leder i helsesektoren har de som funksjon å være talsmenn for og ivareta gjeldende samfunnsverdier og standarder.

Samtlige av informantene i denne studien kommer i en eller annen grad inn på denne funksjonen, og fremhever den i sin forståelse av egen rolle i organisasjonen. Den beskrives som en krevende rolle. Funksjonen som mellommann inkluderer å skape allianser, balansere og være buffer for eksternt press. Dette er til en viss grad noe som beskrives som forventninger fra øvrig ledernivå, i form av lojalitet mot beslutninger og redelig kommunikasjon utad. Informantene beskriver denne rollen flere ganger når de forteller om deres kontakt med pårørende. Pårørende kommer fra tid til annen med mishagsyttringer, og avdelingssykepleier er den som får jobben med å informere, korrigere forventninger eller komme til enighet om tjenesten som gis pasienten. Lederne forteller også om krav etter loven og forventninger fra samfunnet som ikke alltid innfris, og et kontinuerlig arbeid for å levere en tilfredsstillende tjeneste og kommunisere et godt nok bilde utad.

Det gjør noe med de som jobber ute (i avdelingen) og med oss som ledere, at vi må stå og forsvare ting som er litt på kanten mange ganger (N4).

Man henger bakpå hele tiden med å følge lover og forskrifter (N5).

”Buffer”- rollen og balansegangen er både slitsom og vanskelig å stå i ettersom presset på tjenestene øker, sier informantene. Flere av lederne jobber svært lange dager og beskriver at både de og personalet strekker seg langt for å oppnå et nivå på tjenesten som de kan stå inne for. Lederne gir eksempler på at pårørende og pasienter vet hva de har krav på og utøver et press på leder om å innfri disse.

Verdier i mellommann-funksjonen handler slik jeg ser det om å ha støtte fra omverdenen og legitimering, alliansebygging, omdømme og regulering av forventninger.

I sentrum for Askelands modell og for lederens rolle ligger formidling av formål og mening og fremming av organisasjonens verdier. Askeland (2011, 2015) har funnet at et slikt fokus er en vesentlig lederrolle i trosbaserte velferdsorganisasjoner. Han støtter seg blant annet til Schmid(2010 i Askeland 2015) og Angell(kommende).

Det institusjonelle lederskap er lederfunksjonen som representerer det overordnede ansvar for tjenesten og resultatene til en organisasjon eller avdeling. Denne delen av lederrollen infiltrerer alle de andre hovedområdene for ledelse, og er derfor plassert i sentrum av modellen som en stiplet sirkel.

Hos informantene i denne studien er det noe ulikt hvor fremtredende denne rollen synes å være. Hvilke verdier og formål som formidles, og om dette ligger inn under *det institusjonelle lederskap*, slik Askelands modell foreslår, er også usikkert. Dette vil jeg drøfte senere i oppgaven.

Det som umiddelbart fremstår som ledelse innenfor denne rollen, er informantenes vektlegging av å delta på rapporter. 6 av 7 informanter deltar alltid på rapportene mellom personalet i vaktskiftet om morgenen, flere også i ettermiddagsrapporten. Dette er helt bevisst for å holde seg orientert om det som skjer med pasientene, om det har kommet ønsker eller innspill fra pårørende, og hvordan personalet diskuterer og håndterer faglige problemstillinger. Lederne forteller at de ønsker å være med på å påvirke praksis på disse områdene, og mener at rapportene er en god arena. Det er også en mulighet for leder til å se sine ansatte, gi støtte og veiledning og observere kommunikasjon og samarbeid i

pleiegruppen. Hensikten med å delta er altså både utveksling av informasjon, påvirkning av holdninger og valg og har også en viktig symbolfunksjon i følge informantene.

Jeg er alltid med på rapporten om morgenen, fordeler oppgaver og snakker om hva vi skal ha fokus på i dag. Er det noe jeg skal være med på?(N2).

Det er viktig for meg å gi tilbakemeldinger til personalet. At de får ros når de fortjener det og korrigeringer når det trengs også. Kommunikasjon er den viktigste nøkkel til å ordne det meste(N5).

Seks av syv avdelingssykepleiere forteller at de føler på en utilstrekkelighet, og at de skulle ønske at de kunne gjort mye mer når det kommer til nettopp denne lederrollen. De ønsker å påvirke mer på fagsiden og ha mer tid til veiledning, etisk refleksjon og holdningsskapende arbeid. Verdier som kjennetegner denne lederrollen er formidling av overordnede mål /formål(purpose) og ansvar og formidling av kjerneverdier i alle områder av organisasjonen.

4.1.1 Oppsummering om avdelingssykepleierollen

Ut i fra hvilke oppgaver informantene forteller om og hvilken lederfunksjon de vektlegger under intervjuene, ser det ut til at den mest fremtredende funksjonen hos avdelingssykepleierne i denne studien er relatert til de interne rollene dirigent og integrator. Her er fokus på drift og administrasjon av egen avdeling, samt ledelsesoppgaver knyttet til personalarbeid. Rollen som faglig ansvarlig ivaretas ved å legge til rette for at personalet kan yte gode tjenester, men leder er i liten grad direkte involvert i oppfølging av pasienter. Bare i liten grad er de orientert mot det eksterne miljø. Disse funnene gjenkjennes fra Askelands egne arbeider og i LIP-prosjektet(2013, 2015), og i Mintzbergs arbeid (2009; i Askeland 2015) , som finner at lederens oppgaver i stor grad er orientert mot oppfølging av egen avdeling. Rollen som tjenesteutvikler dekkes hovedsakelig av lederledd høyere opp i organisasjonen. Rollen som mellommann opptar informantene, og oppleves som en krevende og konfliktfylt rolle, hvor det kan være vanskelig å forsvare den tjenesten man står ansvarlig for. Den sentrale rollen i modellen som handler om ledelse av institusjonelle verdier, blir vektlagt av noen, men ikke av alle. Av de som vektlegger denne, oppleves denne rollen å få for lite plass i forhold til hva de ser behov for.

Jeg har nå forsøkt å analysere informantenes svar ut i fra Askelands modell for ledelse og lederroller. Jeg har forsøkt å gi et bilde av avdelingssykepleierens lederhverdag og

forventninger de møter, og beskrevet verdier som utmerker seg i de ulike lederfunksjonene. Denne analysen vil være mitt utgangspunkt når jeg videre i oppgaven skal se nærmere på temaer som utmerket seg, relatert til forskningsspørsmålene.

4.2 Lederrollen er en balansekunst

I møte med avdelingssykepleierne i denne studien og i arbeid med intervjuetekstene i etterkant, er det ett ord som trer fram for meg i deres beskrivelser av lederrollen; ordet *balansekunst*. På ulike måter forteller avdelingssykepleierne om vurderinger rundt det å finne balansen i lederhverdagen.

Avdelingssykepleierrollen beskrives som kompleks og krevende, med mange slags utfordringer, krav og forventninger og et stort arbeidspress. Selv om informantene i denne studien har litt ulike måter å søke etter balanse på, står dette tema frem som viktig hos alle. Ulike avveininger presenteres av flere av lederne som dilemmaer, der viktige verdier står på spill.

Jeg vil i oppgaven bringe med meg metaforen om balansekunstneren. Hvor står lederen i dag? Hvor er balansepunktet; hvordan ser den linen ut som vi kan vandre på? Hva er det som får oss til å svaie og hvor mye svai kan "linen" tåle før vi faller? Dette er spørsmål som jeg har blitt nysgjerrig på i teksten og som stilles implisitt i informantenes svar. Nedenfor vil jeg drøfte funn i undersøkelsen nærmere, relatert til forskningsspørsmålene og balansekunst i en eller annen form.

4.2.1 Kryssende forventninger

Intervjuene forteller at avdelingssykepleierrollen kan oppleves som svært krevende. "Vi er *tusenkunstnere*, det er vi virkelig. *Blekksprut og potet* også(N7).

Du må være en spesiell type for å være avdelingssykepleier. Du må være veldig raus og veldig engasjert! Du må være veldig på tilbudssiden, og du skal tåle veldig mye! Du skal ha litt "hard hud" også. Det er ikke noe for pingler, for å si det sånn! Det er jo et *rotterace*(N7)

Avdelingssykepleierne beskriver sin lederhverdag som hektisk og uforutsigbar. Oppgavene står i kø og det kreves fleksibilitet, service-innstilling og høyt tempo.

Balansekunst er en viktig ferdighet, men det er ikke enkelt. De forsøker å fylle forventninger som kommer fra alle kanter, men ikke alle kan forenes. Dette kan betegnes som rollepress(Strand 2007) eller krysspress. Lederrollens ulike funksjoner og oppgaver er bærere av ulike verdier som kommer i konflikt med hverandre når kravene er motstridende eller ressursene er knappe. Avdelingssykepleierne beskriver ulike avveininger. Økonomi må balanseres med forsvarlighet;

Vi som jobber her vil jo det beste for pasientene, men det er helt klart at det ikke er nok bemanning, og den mismatchen er egentlig litt vond å stå og forklare hele tiden. Vi strekker oss veldig langt, lengre enn det som er forventet, for å gjøre sånn at pasienten har det bra, gitt de rammene vi har(N4).

Man henger bakpå hele tiden med å følge lover og forskrifter. Men egne forventninger er vel nesten det tyngste, og som kan gjøre at man blir litt desillusjonert, lei og umotivert fordi man ser at dette går jo faktisk på halv tolv(N5).

Jobbkraft må balanseres med egen kapasitet;

Det er veldig mye stress, jeg synes det. Jeg går til fysioterapeut og kiropraktor, for det går på helsa løs(N2).

Det viktigste er å finne en måte å skjerme seg litt på, finne en overlevelsesstrategi(N4)

Jeg jobber fælt. Jeg jobber mye hjemme med tingene, og sitter i perioder til langt utpå ettermiddagene. Jeg må bli mye flinkere til å sette grenser for meg selv(N2).

Effektivitet må balanseres med profesjonsverdier som omsorg, respekt og kvalitet.

Du må jo være sånn noenlunde tilfredsstillt når du går hjem, og vite at hjulene går sin gang og at du har fått gjort sånn noenlunde det du skal sånn at du kan møte morgendagen(N7).

Flere bruker ordene ”brannslukking” og ”ad hoc” om hvordan dagene kan oppleves, og en sier ”vi driver jo et triage her!”(N1). ”Triage” er et uttrykk hentet fra katastrofemedisin der man snakker om å drive øyeblikkelig hjelp og prioritere de mest akutte foran de subakutte skadene. En annen informant bruker krigsuttrykk og sier; ”Ledere som oss, som står i denne kryssilden, trenger virkelig støtte”(N4). Når jeg spør avdelingssykepleierne om hvordan de greier å stå i dette presset, svarer de; ”Du skyver unna det som ikke er *livstruende*”(N6) og ”Man *biter tennene sammen*, man vil jo få dette til”(N7). En beskriver seg som en maskin og at arbeidsbyrden er *umenneskelig*(N2). Ledernes formuleringer gir assosiasjoner til en unntakstilstand, snarere enn en normal arbeidshverdag.

4.2.2 Fra omsorg til oppgaver

Avdelingssykepleierne beskriver en lederhverdag som er mer orientert mot håndtering av ulike oppgaver knyttet til drift og administrasjon av avdelingen, enn av faglige- og relasjonsrelaterte funksjoner.

Når mengden av oppgaver oppfattes som overveldende, må man velge noe, og velge bort noe annet. ” Man må dele seg litt, for det er så mange felt. Det er en balansegang”(N4), sier én av lederne.

Lederne ønsker å ivareta integratorfunksjonen, men synes det er vanskelig å få nok tid til å følge opp de ansatte. Én sier: ”Jeg vil *se* alle mine ansatte, snakke med dem og være noe for dem. Jeg prøver så langt det lar seg gjøre å følge alt det andre, men det er ikke enkelt altså”(N2). Faglig fokus kommer også i bakgrunnen i følge lederne, noe flere uttrykker at de er ukomfortabel med. Én sier: ”Det faglige har rykket helt bakerst i køen, for det er så mye annet som lager støy at jeg ikke får tid til å jobbe med det som jeg ser at vi trenger å ha mer fokus på”(N4). Dette representerer flere av informantenes utsagn.

Når avdelingssykepleierne beskriver hvorfor de ikke får tid til det de mener er viktigst, forklarer de dette med høye krav og forventninger om å fylle dirigentrollen. På den ene siden mener de det er viktig å ha god oversikt og kontroll over drift og personal. De ønsker forutsigbarhet, system og planer for måloppnåelse. De er opptatt av å følge regler og pålegg, ha ”orden i eget hus” og være en leder som får ting gjort når et behov melder seg i avdelingen. Samtidig mener de at mengden med rapporteringer og tid brukt på oppfølging av ulike administrative systemer, har kommet ut av proporsjoner. Noe oppleves som unødvendig, noe som dobbeltarbeid – hvor de samme rapporteringer må gjøres i ulike systemer, og noe kunne vært utført av andre enn dem, f.eks en sekretær.

”Ting tar tid”, er et uttrykk som passer godt i avdelingssykepleierens hverdag. Tid er en begrenset ressurs og mye tid brukt på ett område går ut over mulighet for tid brukt på et annet område. En lederrolle med en ”slagside” forhindrer at andre områder får oppmerksomhet. Dersom disse områdene er betydningsfulle i organisasjonen, har organisasjon et problem. Av noen av informantene beskrives mengden av administrativt arbeid som denne slagsiden, mens lederens rolle som faglig ansvarlig og nærværende leder og veileder må vike. Dette er lederfunksjoner som avdelingssykepleierne anser som sine mest betydningsfulle oppgaver.

Det er vanskelig å argumentere for at man skal bygge ned og fjerne systemer og funksjoner som bidrar til å ivareta viktige verdier som orden, kontroll, forutsigbarhet og kvalitetssikring. Administrativt rot kan som kjent også ta mye oppmerksomhet og tid i en avdeling. I tillegg er mange av de administrative oppgaver som leder utfører, også lovpålagt og uungåelige. Strand (2007) skriver imidlertid om administratorfunksjonen at det er nødvendig at kontroll- og ordenssystemer vurderes ut ifra hvorvidt de bidrar til å realisere mål. Systemer og kontrollsystemer kan komme i utakt med formålet som organisasjonen er satt til å realisere. Kontrollordningene kan leve sitt eget liv og etterhvert lede organisasjonen galt av sted. Noen av avdelingssykepleierne gav under intervjuene uttrykk for at de opplevde at dette var i ferd med å skje, og ønsket en avlastning på dette tyngdepunktet slik at balansen i lederrollen kunne bli mer hensiktsmessig ut i fra behovet for ledelse på alle områder.

4.2.3 Uklarhet og uenighet om lederrollen

At noe er et problem eller oppfattes som en ”slagside” kan handle om hvordan man forstår avdelingssykepleierens rolle. I denne studiens intervjuer var det interessant å møte syv ledere med samme jobb, men som allikevel formidlet til dels store ulikheter i forståelsen av sin lederrolle. Hvordan avdelingssykepleieren definerte seg selv og sin rolle, påvirket hvordan hun så på denne overvekten mot administrasjon og drift. Lederne beskrev forventningene til seg selv til dels ganske ulikt.

Det syntes som at de fleste lederne definerte sin rolle som leder ut i fra de verdiene de hadde med seg fra sin profesjonsutdanning. De formidlet verdier som likhet, individualitet, kommunikasjon, omsorg og faglig fokus. Dette var verdier de identifiserte seg med og ville bli forbudt med, og det var verdier de mente var viktig for lederrollen. Ord som *administrasjon* og *kontroll* ble omtalt negativt, til fordel for *ledelse* og *påvirkning*. Avdelingssykepleierne oppfatning av rolleforventninger fra høyere ledernivå og SYE tyder på at forventninger til lederrollen i større grad ble definert ut i fra tradisjonelle ledelsesverdier og verdier i et byråkrati, som orden, kontroll, forutsigbarhet og hierarki. ”Du må ta av deg ”sykepleiehatten” og ta på deg ”lederhatten””, fikk en av informantene beskjed om av sin overordnede. Hun ble i følge sin sjef dratt for mye mot pasientene, faglige problemstillinger og pleiekollegiet, og identifiserte seg for mye med ”fotfolket” enn med ledergruppen. Informanten selv mente at nettopp nærvær i avdelingen gav henne den nødvendige innsikt i avdelingshverdagen som måtte til for å lede godt.

Det er en uheldig situasjon dersom organisasjonens forventninger er i utakt med avdelingssykepleierens forventninger til rollen. Og det er uheldig dersom organisasjonens ”bestilling” til leder er uklar. For å drive organisasjonen fremover mot felles mål, må ledelse samordnes av alle parter. Rollekonflikter og rolleklarhet bidrar ikke til dette.

Flere av svarene til avdelingssykepleierne i denne studien kan tyde på at noe av frustrasjonen rundt egen rolle som leder bunner i at det er uklare eller motstridende forventninger til hva deres rolle skal inneholde fra organisasjonshold, og at det er et behov for at disse forventningene tydeliggjøres. Avdelingssykepleierne beskriver at tradisjonelle verdier innenfor sykepleiefaget og ledelse av sykehjemsavdelinger, er under press. Det er gode grunner til at disse lederne og organisasjonen de er en del av, tar disse signalene om endring på alvor, og vurderer om denne endringen er ønsket eller ei.

Jeg vil i neste avsnitt gå litt nærmere inn på de mulige endringer svarene kan indikere.

4.2.4 En lederrolle i endring?

En stadig mer fremtredende administratorrolle beskrives av samtlige ledere i denne studien. Viktige verdier er å ha kontroll og orden, gode systemer, forutsigbarhet og oppfølging av lovverk i alt man foretar seg. Mål- og resultatstyring fokuserer på målbare områder ved tjenesten, og fremdrift og måloppnåelse rapporteres og evalueres kontinuerlig.

Administrasjonstyngden endrer gradvis ledernes hverdag slik at det er vanskelig å samtidig ivareta de tradisjonelle forventningene om fokus på pasient og personal, og verdier som omsorg, nærvær og faglig fokus. I denne studien viser det seg at denne utfordringen blir beskrevet og håndtert ulikt av de syv avdelingssykepleierne.

Tre av informantene er godt voksne, og har jobbet som sykepleiere og ledere i et helt arbeidsliv.

De beskriver en utvikling av lederrollen i sykehjem slik de har erfart det. De mener at tidligere var avdelingssykepleieren i hovedsak konsentrert om faglig lederskap og personalledelse; om etikk, holdningsskapende arbeid og tradisjonelle sykepleieverdier.

Etterhvert har lederhverdagen mer dreiet mot administrative oppgaver, med en stadig kamp for å påvirke faget og ha nok tid til å følge opp personalet.

Paradokser og dilemmaer opptrer når ledere virker på flere felt og må tilfredsstille mange funksjonskrav. Disse lederne beskriver konsekvenser av reformer i tiden. Med NPM kom økte krav til rapportering og målstyring for å øke kvaliteten og effektiviteten på tjenestene.

Utviklingen har ført til et fokus på det som er målbart, noe som bidrar til at det lederne gjør som ikke måles, blir mye mindre synlig (Stamsø 2012). Ubalansen oppleves av disse lederne som en målforskyvning, der leder mer og mer trekkes bort fra det som er organisasjonens egentlige formål. En av informantene sier: ”Vi får ikke pratet sammen som før. Jeg opplever at det er om å gjøre å få ”grønt” på alle mål i styringskortene sånn at de der nede (SYE) skal si at vi er flinke” (N2).

De godt voksne lederne uttrykker mye frustrasjon i sine beskrivelser av lederhverdagen sin. Mange utsagn vitner om stort arbeidspress, opplevelse av verdidilemmaer og krevende prioriteringer. En av dem sier; ”Jeg føler meg skviset så og si hver dag. Alle skal ha sin bit” (N2). Om mål- og resultatstyring sier hun; ”Vanskelige samtaler, konflikthåndtering i avdelingen. Det er ikke alltid målbart det jeg gjør, og da er det ingen som ser det (N2). Alle disse beskriver en opplevelse av utilstrekkelighet og opplever ikke at de får gjort en god nok jobb: ”Jeg jobber som en gal, men jeg kommer ingen vei. Jeg rekker ikke alt jeg skulle gjort” (N6).

Av de erfarne og godt voksne lederne ble det å se, støtte og veilede personalet, fremhevet som viktigst. De beskrev dette som forventninger til seg selv; det er en sånn leder jeg vil være! En sa: ”Jeg har alltid vært veldig tett på pasienten, og jeg synes det er spennende. Men jeg ser jo at jeg må slippe mer og mer taket som leder, og det må jeg jobbe med” (N2).

Flere sa noe av det samme, og gav samtidig uttrykk for en opplevelse av *ulydighet* i å opprettholde denne praksisen, som om det var noe de gjorde *på tross av* de forventninger de fikk fra overordnet ledelse. Én uttalte:

En leder var stadig *etter* meg og ville at jeg skulle fjerne meg fra personal og pasienter. Hun ropte; ”Jeg vil ikke se deg i avdelingen! Du skal være her inne (på kontoret)”! Da sa jeg; jeg hører hva du sier, men jeg må vite hva som skjer der ute. Jeg *må*! (N2).

Alle tre fortalte at de følte seg presset til å måtte endre sin lederrolle pga trusselen om å miste jobben hvis de ikke gjorde det. ”Hvis vi ikke kan innfri som ledere må vi finne oss et annet sted å være” (N2). De tilføyde at når de etterhvert skulle av med pensjon, ville de nok bli

erstattet med unge ledere med et annet fokus. ”Vi gamle ledere er en utdøende rase, vet du. Snart får noen andre overta(N7).

Det kan være vanskelig å kvantifisere tid som går med til å samtale med pasienter, pårørende eller personal, og enda vanskeligere å dokumentere at dette har samfunnsøkonomisk effekt. Når økonomisk rasjonalitet fungerer som helsetjenestens styringsredskap, kan man komme i skade for å definere vitale deler av dette tidkrevende arbeidet som handler om kommunikasjon, for dødtid.

Disse ledernes utsagn forteller om en rollekonflikt; om kryssende og kolliderende forventninger til lederrollen. Det forteller også om verdier som viktig for motivasjon og arbeid for det man tror på, samtidig som at lojalitet til øvrig ledelse og makt i linjen gir premisser for avdelingssykepleiernes valg.

Tre av de yngre lederne hadde den samme vurderingen som de eldre lederne av hva som var viktig for dem, men det var noe mindre frustrasjon- og dilemmabeskrivelser i deres svar. Selv om disse også beskrev konkurrerende roller og kompromisser, virket de å ha en litt mer pragmatisk håndtering av lederrollens kompleksitet og store arbeidspress.

Det å jobbe som leder er å *påvirke* til at det blir en god hverdag for de som bor her. For å påvirke så ønsker jeg å være mest mulig til stede i avdelingen; vite hva som skjer. Jeg kan følge opp personalet på en helt annen måte da. Det er viktig fordi jeg er sykepleier og fordi jeg er leder. Jeg har ikke tid til det lenger, men det er det jeg ønsker(N3).

Jeg blir lite involvert i pasientproblematikk egentlig. Jeg har for lite tid til dem. Nei, jeg synes ikke forventninger fra pasientene preger dagene mine vesentlig(N3).

Å møte forventningene fra alle, det går ikke(latter). Men noen forventninger som lønnsarbeid, oppfølging av sykemeldte, innleie av vakter, rapporteringer til institusjonssjef osv, det må jeg gjøre. Og så stopper det kanskje der, for det tar så mye tid at det er ikke mer tid igjen(N3).

Det er helt klart at det ikke er nok bemanning, men vi gjør vårt beste ut i fra de rammene vi har fått(N4).

Til tross for at både de eldre og de yngre lederne fremhevet pasient- og personalarbeid som viktigst, resulterte dette *ikke* i at administrasjon ble nedprioritert. Løsningen for de eldre lederne var å jobbe lange dager slik at begge rollene kunne ivaretas. De yngre lederne som ikke kunne strekke ut arbeidsdagen kuttet ned på pasient- og personaloppgaver.

Den syvende lederen var i 40-årene og hadde liten/ingen erfaring som sykepleier men lang fartstid som leder. Denne informanten beskrev sin rolle hovedsakelig som ”effektiv administrator og drifter”. Pasient, fag og personalfokus ble ikke fremhevet i hennes rolleforståelse av avdelingssykepleieren. Hun sa at hun egentlig ikke opplevde større dilemmaer eller krysspress i lederrollen. Hun var også den informanten i denne studien som virket aller mest tilfreds med sin lederrolle og lederhverdag.

Når jeg må prioritere, så tenker jeg at først og fremst så må jeg få driften av denne avdelingen til å fungere(N1).

Det er det forventningspresset fra overordnede jeg kjenner virkelig på. Pasientene våre her er jo så syke, at de stiller jo ingen krav(N1).

Jeg er kjent for å være flink på data, kjapp og effektiv og få ting unna fort. Jeg skjønner systemene, og det er jo en kjempe fordel i denne jobben(N1).

Jeg vet at det er mange ledere som er med på morgenrapportene og blander seg inn i fordeling av oppgaver og hva som skal skje, og det kunne ikke falle meg inn! Det må de jammen kunne klare selv(N1).

Jeg elsker jobben min!(N1).

Det kan se ut som at grad av tilfredshet i lederrollen henger sammen med hvor avdelingssykepleieren plasserer lederrollen på aksene oppgave-relasjon, eller effektivitet-legitimitet om man vil. De eldre lederne som mente at deres rolle som leder burde handle om institusjonelt lederskap, personalledelse og nærhet til pasientene, var mest frustrerte og kjente på stort rollepress. De definerte jobben sin mye på grunnlag av det de ikke maktet å få til. De yngre følte også på presset, men hadde justert egne forventninger til hva de opplevde at de kunne få til, og var mer i takt med overordnedes forventninger om å være mindre ”ute”(i avdelingen) og mer ”inne”(på kontoret). Den lederen som aldri hadde jobbet som sykepleier men gått rett inn i lederstillingen, kjente ikke på krysspresset og opplevde at hun hadde en høy status som leder i organisasjonen fordi hun var så dyktig og effektiv med data og systemer.

Ledernes alder og erfaring ser i denne studien ut til å ha betydning for hvordan de selv oppfatter sin egen rolle i organisasjonen. Man kan tenke seg at etterhvert som nye og yngre ledere har kommet til, har de tilpasset seg den utviklingen av lederrollen som har skjedd over tid. Man kan stille seg spørsmål om rammen for ledelse som nye ledere har blitt sosialisert inn

i, preges av forventninger og en kultur som oppmuntrer til en mer administrativ leder, mer avskjermet fra avdelingen hun er leder for.

Når vi møter en kultur eller ”søker medlemskap” i en kultur, ønsker vi å gjøre ”det rette”. Vi får det Schein(1987) kaller ”en følelse av at noe forlanges av oss”. Vi vil forsøke å finne ut hva dette er, og handle deretter. Belønning knyttes til hvorvidt vi lykkes med det, og vår evne til tilpasning likestilles med vår dyktighet. Det er grunn til å være særlig bevisst på hvilke rutiner og vaner man er med på å danne i en organisasjon, da det er konstituerende for den kulturen som dannes. Kulturfenomenet har av mange har vært beskrevet som den viktigste faktoren for å påvirke en organisasjon(Schein 1987). Er kulturen bærere av verdier som organisasjonen ikke forfekter eller ikke ønsker seg identifisert med, vil organisasjonen kunne stå overfor utfordringer knyttet til legitimitet.

Den unge lederen uten sykepleierfaring kom på slutten av intervjuet med et hjertesukk; ”Nå må SYE skjønne at de ikke må ansette de dyktige sykepleierne til å være ledere. De er flinke med pasienter, men ikke med datasystemer!”(N1). Hun utdypet dette med at hun mange ganger hadde sett at når lederstillinger ble lyst ut, så valgte man ofte å ansette erfarne sykepleiere som hadde sitt hjerte og fokus hos pasientene. Problemet var, at de var gode med folk, ikke med datamaskiner. De var ineffektive med alt dataverktøyet man måtte håndtere, de fikk ikke brukt sin kompetanse som sykepleier, og de ble frustrerte og demotiverte. Hun hadde kommet frem til at datakunnskaper var viktigere enn sykepleiefaglige kunnskaper, da en avdelingssykepleier ikke i særlig grad trengte å befatte seg med det.

Man kan forstå hennes resonnement. Det er nok lite fruktbart å ønske seg tilbake i tid. Da var rapporter noe man skrev for hånd i Kardexen, og turnusen ble laget med små legoklosser på et brett på veggen. HMS-arbeid bestod i å ha kake hver fredag, og Arbeidsmiljøloven hadde ingen hørt om. Dagens avdelingssykepleiere må forholde seg til et stort antall lover og forskrifter, krav om kontroll og rapportering, og beherske ulike dataverktøy for personal- og pasientarbeid. Dette tar tid og fokus, og det kommer antagelig ikke til å bli mindre av det med årene heller.

Som avdelingssykepleier vil man nok i mange tilfeller måtte erkjenne og akseptere en mindre tilknytning til faget. Lederarbeidet medfører andre krav og arbeidsbetingelser enn det fagpersonen sykepleieren er vant med. Samtidig er det også sløsing med tid og kompetanse dersom dyktige sykepleiere og ledere bruker store deler av dagen sin på kontorarbeid som er unødvendig eller som kunne vært utført av annet personell. Organisasjonen har valgt at en

sykepleier skal være avdelingsleder, og har følgelig en tanke bak at denne kompetansen som fagperson er relevant for lederjobben. Lederens rolle slik stillingen er utformet i dag, har ikke bare ansvar for administrasjon i dirigentrollen, men også integrator, tjenesteutvikler, mellommann, og ikke minst ledelse og formidling av verdier og mening. Hvilken rolle sykepleiefaglige verdier skal ha i fremtidens lederskap, og hvorvidt det er viktig å opprette en balanse i de ulike lederfunksjonene, er det opp til organisasjonen og medlemmene i den, å ta et standpunkt til. Hvor skal vi?

4.2.5 Hvor skal vi?

Avdelingssykepleierne som ble intervjuet i denne studien var i stor grad fokusert internt i organisasjonen, på egen avdeling. De beskrev at de praktisk talt ble slukt av hverdagens overveldende mengde av gjøremål. Dette gir naturlig nok lite rom for visjonært lederskap og nytenkning.

Sett i lys av ledermodellen til Harald Askeland, kan man stille seg spørsmål rundt hva man vinner med dette, og hva man taper. Man må spørre seg om det eksterne fokus i tilstrekkelig grad ivaretas av ledernivåer høyere opp. Forskningen til Askeland(2015) viser at jo høyere ledernivå, desto større eksternt fokus. Det brukes mer tid på overordnede strategier og samtaler med eksterne aktører, og man er mer opptatt av de overordnede verdier, jo høyere opp man kommer. Dette er naturlig og kanskje også hensiktsmessig. Alle kan ikke gjøre alt. Slik sykehjemsdriften i Oslo er organisert er det også slik at en egen "Utviklings og Kompetanse- Etat" og Sykehjemsetaten står for de overordnede prosjekter og den strategiske langtidspanleggingen for organisasjonen, slik at mellomlederne på de enkelte sykehjem har en mindre rolle her. Samtidig viser noen av intervjuene i denne undersøkelsen, at det oppleves som et gap mellom toppledelsens visjoner og hva 1.linjelederne med utførerrollen faktisk erfarer at man kan få til. Uttrykk som "urealistiske forventninger" og "umenneskelig belastning" brukes av samtlige informanter. Flere ledere gir uttrykk for en opplevelse av å ikke bli hørt fra etatsledelse, når de melder fra om for stor arbeidsmengde.

Det kan synes som at organisasjonen har en utfordring med tanke på at medlemmene skal oppleve seg som en helhet som drar sammen mot et felles mål. Polarisering og opplevelse av å ikke bli forstått, møtt eller sett, vil kunne gi lavere motivasjon hos avdelingslederne, lavere produktivitet og dannelse av subkulturer som motarbeider organisasjonsledelsen. Slike funn ble påvist av Raye & Hynes` (2009) som studerte "competing logics" i helsevesenet i Canada.

De fant at ulike rasjonaliteter kunne eksistere side om side, karakterisert som ”an uneasy truce”/vanskelig våpenhvile.

Selv erfarte jeg på eget sykehjem at SYEs visjon om ”Livsutfoldelse i trygge omgivelser” ble omdøpt til ”Oppbevaring i utrygge omgivelser” på eget sykehjem, da man opplevde et stort gap mellom visjon og det man hadde ressurser til i praksis. Dette er et lite fruktbart utgangspunkt.

Det er ikke uproblematisk i en organisasjon at høyere ledernivåer ikke har tilstrekkelig bakkekontakt. Det kan også stilles spørsmål ved hva man mister, når ledere som står nærmest pasienter og personal i pleie, ikke vektlegger et eksternt fokus eller ikke orker å ”ta opp kampen”, som en leder uttaler(N7). Det er viktige verdier som står på spill i ”menneskebehandlernde” organisasjoner, og ansvaret for at pasientenes behov til enhver tid står i sentrum er hele organisasjonens felles interesse og ansvar.

Når avdelingssykepleierne ikke finner rom i hverdagen til å jobbe med langsiktige mål og utvikling, reduseres muligheten til å påvirke dette området. Etter opprettelse av Sykehjemsetaten i 2007, var målet å gjøre sykehjemmene i Oslo like m.t.p tilbud, kvalitet og ressurser, i tillegg til at en egen etat kunne bidra med støtte på overordnet plan med kvalitetsarbeid, prosjekter og strategisk planlegging. Frustrasjoner har etterhvert kommet i kjølevannet av dette likhetsmålet, da man opplever at pendelen har svingt for langt den ene veien. Alle sykehjem er ulike og har sine spesielle utfordringer og potensial. Det kan derfor være nødvendig og viktig at det er rom for individualitet og ulike strategier og mål. Flere av informantene kommer inn på dette. Får sykehjemmene og avdelingssykepleier tilbake en del av tjenesteutviklerrollen, vil det kunne gi en bedre regulering av avdelingssykepleierens arbeidspress, og et større eierforhold til beslutninger som tas.

4.3 Verdier i avdelingssykepleierens ledelse

Askelands vektlegging av institusjonelt lederskap fremhever lederens ansvar for formidling av verdier og organisasjonens svar på; ”Hvem er vi her for?”. I denne delen av oppgaven vil jeg utdype informantenes innspill til denne lederrollen, med vekt på verdier, verdibasert ledelse og fenomenet kultur. Dette vil gi ytterligere grunnlag for å besvare problemstillingen; på hvilke måter er avdelingssykepleierens ledelse verdibasert?

Da jeg gikk i gang med å studere intervjuetekstene i lys av Askelands modell, lette jeg etter utsagn som kunne passe med lederrollen kalt *den institusjonelle leder*. Denne rollen har fått en sentral plass i modellen fordi Askeland, på bakgrunn av flere studier i trosbaserte organisasjoner (Askeland 2013, 2015, Angell: kommende, Schmid 2010), fant at det å ivareta institusjonelle verdier og formidling av formål og mening, var en vesentlig rolle i disse organisasjonene. Mitt utgangspunkt for å velge denne modellen i eget studie av lederroller, var tanker om at dette ville være gjeldende også i helsevesenet.

Til et visst punkt fikk jeg rett i det. De fleste av lederne (6/7) var opptatt av å delta på rapporter, og å være orientert om og påvirke avdelingshverdagen og tjenesten som ble gitt. Da var de opptatt av å formidle såkalte institusjonelle verdier; de grunnleggende og overordnede verdier som *omsorg og kompetanse* og Oslo kommunes grunnverdier om *brukerorientering, respekt, engasjement og redelighet*.

Når jeg gjennomgår intervjuetekstene både løselig og strukturert, og tenker tilbake på hvilket inntrykk informantene gav meg under intervjuene, slår det meg likevel at det institusjonelle lederskap ikke har så stor plass i avdelingssykepleierrollen som Askeland indikerer i de trosbaserte organisasjonene. Min oppfatning er at avdelingssykepleierne skulle *ønske* at denne rollen hadde større plass, men at de opplever at disse verdiene har dårlige kår i hverdagen.

Offentlig sektor og helsevesenet er i dag preget av å være et byråkrati med høy grad av formalisering. Mange har etter hvert uttrykt bekymring for at store systemer, regelverk og rapporteringskrav tar så mye tid å følge opp, at de tar de ansattes fulle og hele oppmerksomhet. Kravene til dokumentasjon og målbare resultater er tydelige og ufravikelige og ofte også det som belønnes/sanksjoneres fra ledelse og myndigheter. Mange uttrykker frustrasjon over at selve formålet med tjenesten kommer i bakgrunnen, og at det etter hvert utvikles en kultur der det å følge regler, rutiner og rapporteringskrav har blitt et mål i seg selv. Man snakker om en målforskyvning, der man har mistet den opprinnelige og overordnede retningen man skulle strekke seg mot.

Verdibasert ledelse (VBL) er en retning innenfor ledelsesfaget som har fått mer og mer oppmerksomhet de senere årene, kanskje som en reaksjon på en tid med NPM hvor tradisjonelle verdier innenfor helsesektoren har kommet i bakgrunnen. I VBL tenker man at lover og regler kun kan styre til et visst punkt, mens integrerte verdier i en organisasjon kan komplettere der hvor disse ikke dekker. Verdier fungerer som mentale kart som styrer tanker

og holdninger(Rokeach 1968 i Kirkhaug 2013). Hvilke verdier man da dyrker og formidler som leder, blir da et essensielt fokus for leder.

Man har for vane å tenke at verdier alltid er noe opphøyet, noe godt. Men verdier kan ha et hvilket som helst innhold og kan ha enten positivt og negativt fortegn. Når jeg i denne oppgaven leter etter verdier er jeg ute etter alle typer verdier, og formidling av disse i avdelingssykepleiernes lederskap. All ledelse er i en slik forståelse, verdibasert.

4.3.1 Avstand mellom *bør* og *gjør*

Alle informantene ble spurt om å fortelle om hva som var viktig for dem i deres lederhverdag, altså hvilke verdier de hadde. Den sykepleiefaglige bakgrunnen var for de fleste lederne et vesentlig bakteppe for hvordan de forstod sin lederrolle og hvordan de ønsket å være ledere. Når de beskrev forventninger til seg selv som leder så gikk dette på ønsket om å være til stede for sine ansatte; støtte, hjelpe og styrke dem i å gjøre en best mulig jobb. Tilgjengelighet, nærhet, fleksibilitet, individualitet, omsorg og samarbeid var fremtredende verdier. Dette er relasjonelle verdier som står sterkt i utdanning av helseprofesjoner og omsorgsykker.

De fortalte at de mente det var viktig for dem som ledere å formidle ønskede holdninger og verdier og skape en felles oppfatning av veien til målet om god eldreomsorg. Dette er tanker som gjenkjennes fra teorier om institusjonelt lederskap og verdibasert ledelse (Askeland 2015, Busch 2012, Selznick 1997, Kirkhaug 2013). Andre ledelsesverdier og retninger som ble forfektet var ledelse som er tett på og individuelt tilpasset som i ”Situasjonsbestemt ledelse” eller den stadig tilstedeværende leder som tar pulsen på avdelingen i ”Management by walking around” som en fortalte om. En av informantene sa:

Når mine ansatte forteller at en pasient er krevende eller at det er slitsomt for utfordringene er så mange, så sier jeg at; vet du – jeg skal være med deg inn, for så ser jeg hva du jobber med(N2).

Dette handler om ledelsesverdier som å se, støtte og stå sammen; verdier preget av omsorg og nærvær. Det kan også handle om respekt, empowerment og å ta ansatte på alvor. Lederen er opptatt av å ta vare på personalet, vise oppmerksomhet og vise at hun setter pris på dem. Følgende utsagn forteller om verdien av å ta seg tid og være nærværende, om viktigheten av å skape et godt arbeidsmiljø og en kultur preget av samhold og anerkjennelse:

Det at jeg er der, at det er nærvær fra lederen også – det har veldig mye å si. At vi lager hyggelige sammenkomster, at jeg viser oppmerksomhet og feirer merkedager, det gjør masse med arbeidsmiljøet. Vi har bygget opp denne avdelingen og kulturen sammen. Det har vært viktig å bruke mye tid på de ansatte. De skal føle seg verdsatt(N2).

Hos de fleste av informantene er det relativt stor avstand mellom den leder informanten forteller at de *ønsker* og synes de *burde* være, og den de opplever at de *får til* eller *må* være. Det er et misforhold mellom det de *gjør* og det de synes er *viktig*. Mengden av arbeid knyttet til administrasjon og drift tar mye tid og har stort fokus i organisasjonen. Krav om målstyring, dokumentasjon, rapportering og administrativ orden gir noen vesentlige premisser for den leder og lederrollen det er rom og tid til å være, forteller informantene.

Flere beskriver at de opplever et negativt press fra høyere ledernivå og SYE om å endre sin lederrolle ut over det de synes er komfortabelt. Presset er både uttalt i form av direkte krav skriftlig eller muntlig, men også taust og underforstått i form av en kultur for hva som belønnes og sanksjoneres. Dirigent-/administratorrollen og orienteringen mot oppgaver og effektivitet er tilsynelatende et absolutt krav fra øvrig ledelse og organisasjon; ufravikelig til tross for andre øyensynlige legitime roller og orienteringer. Avdelingssykepleierne forteller her om at de også må basere sin ledelse på verdier som står i motsetningsforhold til profesjonsverdier eller ledelsesverdier de *ønsker* å representere. Her nevnes effektivitet opp mot omsorg, kontroll mot tillit, relasjoner mot oppgaver. Her brytes verdiene mot hverandre, og kompromisser og dilemmaer oppstår. Avdelingssykepleierne sier:

Jeg opplever at jeg har en som sitter på skulderen min og passer på meg hele tiden(N2)

Leder og Sykehjemsetaten passer på oss hele tiden. Hvis vi ikke kan innfri som ledere så må vi finne oss et annet sted å være(N2).

Min sjef er veldig klar og tydelig på hva vi skal oppnå i forhold til økonomi

Det er jo litt vanskelig å forsvare noe som man til tider ikke er så stolt av, men det må vi jo for å være redelig overfor arbeidsgiverne våre(N4).

Denne avstanden mellom hva lederne sier at de *gjør* og hva de sier at de *bør*, kan tolkes ulikt. På den ene siden kan det kan forstås som et eksempel på det som betegnes som *åpne* og *skjulte* verdier(Aadland 2007). Lederne uttrykker de *åpne* verdier; de som de er opplært til å ha gjennom profesjonsutdanning og arbeid som sykepleier i felt, de verdiene de *ønsker* å bli

forbundet med. Dette er de legitime verdiene som ”pasienten i sentrum” eller ”synlig lederskap”. Samtidig med at lederne formidler dette, beskriver de også en praksis som kan forstås som bruksverdier eller skjulte verdier. Flere av informantene forteller først og fremst om drift- og administrasjonsoppgaver når de skal fortelle om sin lederrolle. Etterhvert virker det som at de kommer på å nevne pasienter og personal.

Uttrykt frustrasjon mellom *gjør* og *bør* kan i et slikt lys mer forstås som et forsøk på å forsvare egne valg og den praksis en er en del av, i en rolle som helst smykker seg med andre verdier.

På en annen side kan svarene til avdelingssykepleierne tyde på at denne distinksjonen kan diskuteres ytterligere. Avstanden mellom åpne verdier og det lederne gjør kan ikke alene forstås som verdier i endring eller omsorgsverdiens fallitterklæring, selv om dette jo også er en dimensjon som må tas i betraktning. Avdelingssykepleierens handlinger og verdiuttrykk kan ikke bare forstås som en rekke valg på veien der man står fritt til å følge sin egen overbevisning om riktig og godt. Som mellomleder underlagt beslutninger fra institusjonssjef, Sykehjemsetat og politiske myndigheter, følger en stor del regler, plikter og føringer. På bakgrunn av funn i intervjuene, finner jeg det riktig å introdusere verdien lojalitet og lydighet til teorien om åpne og skjulte verdier.

I tillegg til plikten eller forventningen om å opptre lojalt, kom det også frem frykt for represalier. Flere av informantene bringer inn en opplevd trussel om å måtte slutte i jobben dersom de ikke oppfyller krav til seg som leder; ”da må jeg ta min hatt og gå”(N6). En informant (N2) forteller at hun ble utskjelt og korrigert foran egne ansatte fordi hun hadde leid inn en ekstravakt ut over vanlig bemanning da hun vurderte at en pasient var ekstra ressurskrevende. Hun fikk offentlig korreks pga illojalitet mot bestemmelser rundt budsjett. Enda en forteller om at hvis man ikke leverer det man skal av rapporteringer på tida, så får man kjeft av overordnede(N1). Ledernes valg må forstås i lys av organisasjonen som kontekst, og i lys av maktaspektet og pålegg om redelighet og lojalitet til organisasjonen.

Noen av lederne forteller om lang tids motstand og frustrasjon over manglende mulighet til å drive en tjeneste etter egne verdier. De problematiserer selv at de har en lederjobb der de har vanskeligheter med å stå inne for den tjenesten som gis til pasienten og de arbeidsvilkår personalet må jobbe under. Lederne baserer i stedet sin ledelse på verdier som lojalitet og redelighet, og på tanken om at de tross alt kan gjøre en forskjell hvis de strekker seg langt

nok. ”Vi melder og melder avvik, men ingenting skjer”, sier en av informantene(N6), for å forklare hvorfor hun jobber etter verdier hun ikke er komfortabel med.

Man kan stille spørsmål til om verdien lojalitet opp mot ledelse og organisasjonen har blitt i overkant sterk, dersom den oppfattes å gå foran lojalitet til samfunnsoppdraget og plikten til å melde fra om uforsvarlig tjeneste. Videre kan man tenke seg uheldige konsekvenser for lederens motivasjon, lederens autoritet og tjenestens legitimitet.

4.3.2 Idealismen og kravene senkes

Informantene i denne studien forteller gjennomgående om et ønske om å gjøre en forskjell. De forteller at de ønsker å påvirke og har et grunnleggende stort engasjement for eldreomsorg, for mennesker generelt og for ledelse. Samtidig er det også mange utsagn som uttrykker en synkende idealisme, om forsvarsmekanismer og svekket motivasjon. Dette synes å være et viktig funn i denne studien. Avdelingssykepleierne forteller at de opplever at de må senke kravene til seg selv og eget lederskap og til den tjenesten de har mulighet til å tilby pasientene. De mener at administrasjon og drift tar for mye tid bort fra personal, pasient og fag, økonomiske rammer er for knappe, og det som initieres og prioriteres som viktig fra ledelse og organisasjon er ikke nødvendigvis det som er presserende hos dem. Når lederne snakket om manglende motivasjon og hva som gjorde dem slitne, så var det forbundet med avstand til verdiene som var viktige for dem. En sier; ”Jeg ønsker meg mer tid til å være med i avdelingen, og mer tid til pasientene og pårørende, og det er viktig for at jeg skal holde ut i jobben”(N3). En annen sier; ”Jeg er glad i å bety noe for andre. Jeg tror det gjør en forskjell at jeg er her” (N2).

Motivasjonen for jobben er ikke bare på å lage turnuser! Min motivasjon handler mest om å få være med å påvirke, sånn at hverdagen skal bli god, og at pasientene opplever at de blir møtt med verdighet og respekt(N3).

Det som gir meg arbeidsglede er gode historier fra pasientene eller pårørende når de sier at ting er bra, og når ansatte forteller at det har vært en bra dag på jobb(N4).

Informantene bekrefter det som teorien sier, om at profesjonelle motiveres av faglige problemstillinger, og at faglig kvalitet er viktig. Har man liten mulighet til å arbeide i pakt med egne verdier, kan det redusere motivasjonen og identifiseringen med organisasjonen.

Denne effekten påpekes av Kluchhohn (1951) i hans teori om verdienes motivasjonelle og emosjonelle funksjon (Kluchhohn:1951, i Busch: 2012).

Avdelingssykepleierne uttaler seg om å senke kravene som følge av for stor arbeidsmengde:

Jeg må distansere meg litt fra avdelingen(N2).

Jeg hadde en idealistisk tanke om at man kunne utøve og påvirke mye i faglig retning som leder. Men erfaringen er at det faglige rykker helt bakerst i køen, for det er så mye annet at jeg ikke får tid til å jobbe med det. Det er det mest utfordrende som leder; man skulle så gjerne gjort så mye mer. Det gjør noe med de som jobber ute og med oss som ledere, at vi må stå og forsvare ting som er litt på kanten mange ganger(N4).

Du greier ikke med de budsjettene å innfri forventninger og lover og regler som finnes innen helse, så det blir jo ofte nest best(N5).

Det gjør noe med meg at personalet er så slitne at de blir syke av det, jeg synes det er ille. Og jeg kan liksom ikke gjøre noe med det heller? Vi har det vi har(N6).

Jeg har jo en indre standard som ligger mye høyere, men man må lære seg å jekke seg ned, og legge lista lavere. Ikke ha så store forventninger(N7).

Man henger bakpå hele tiden, og det gjør at man blir litt desillusjonert, lei og umotivert fordi man ser at dette går jo faktisk på halv tolv(N5).

Flere formidler at de strekker seg langt for å gjøre det de anser som *en skikkelig jobb*, og oppfylle de krav som stilles til tjenesten, men det er utfordrende. Lederne stiller høye krav til seg selv og ønsker ikke å gå på akkord med egne verdier og standarder, men utfordres daglig på dette. Det er nærliggende å tenke at avdelingssykepleiernes grunnleggende verdier, ervervet gjennom profesjonsutdanning og arbeid som sykepleiere, fortsatt ivaretar viktige verdier som ledere av sykehjemsavdelinger i dag. Deres ryggmargsverdier er å ha pasient og pårørende i sentrum, og å støtte pleiepersonalet i dette arbeidet. Dette velger de å tviholde på; *på tross av – og ikke på grunn av*, de signaler de får fra egen organisasjon.

Halvard Vike (2004) problematiserer dette at ansvaret for håndtering av ubalansen skyves nedover og plasseres hos de nederste ledd som skal utføre samfunnsoppdraget.

Det kan ikke være opp til den enkelte avdelingssykepleiers personlige samvittighet eller kapasitet hvorvidt denne balansen i hva som har fokus i hverdagen, opprettholdes.

Avdelingssykepleierne strekker seg langt for å ta ansvar for avdelingens ”ansikt utad”, og virksomhetens kvalitet. Dette verdsettes lite synes flere av lederne. Særlig de eldste lederne uttrykker en følelse av utilstrekkelighet, utmattelse og resignasjon. De yngre beskriver mer en rasjonalisering av dilemmaet, men også til en viss grad kynisme. Dette er reaksjoner som kan tyde på for stort rollepress.

4.3.3 Effektivitet og legitimitet

Effektivitet i betydningen; flest mulig oppgaver løst på kortest mulig tid, synes å være en tydelig verdi som avdelingssykepleierne forsøker å etterleve i organisasjonen.

Angells(kommende) drøfting av begrepene legitimitet opp mot effektivitet i trosbaserte velferdsorganisasjoner, er et nyttig bidrag for å belyse utfordringene til lederrollen også i helsevesenet, etter min mening. Grunnlag for legitimitet i stillingen som avdelingssykepleier er knyttet til den byråkratiske organisasjonens krav til å kjenne og følge opp regler og prosedyrer og ivareta organisasjonens behov for administrativ ryddighet og orden. Minst like viktig er det at den samtidig også er knyttet til faglig autoritet som sykepleier og leder for en profesjonstung organisasjon. Det samme gjelder hele organisasjonens legitimitet i samfunnet. Legitimitet handler om at publikum må oppleve at vi konsentrerer oss om det som er viktige samfunnsverdier, og det vi er satt til å gjøre, hvis ikke mister vi legitimiteten. Verdiene vi sier at vi har, og som samfunnet forventer a vi lever opp til, må ha betydning for ledelsen i praksis.

Staw(1991) har en artig formulering, som i grunnen sier veldig mye om hvor viktig lederens opptreden og verdier er for organisasjonens legitimitet, og hvordan den oppfattes utad. Han sier; ”Lederne *er* organisasjonen. Det organisasjoner gjør, er egentlig det som ledende enkeltpersoner gjør, de bare ”kler seg ut som organisasjoner”(Staw 1991, i Strand 2007: 112). Det er altså ikke å ta lett på, hvilke verdier avdelingssykepleierne baserer sin ledelse på.

Geir Falkenberg undersøkte i perioden 2006-2008 organisasjonsverdiene til 50 av de største virksomhetene i Norge, og gjorde seg noen tanker om hvilke krav som må være oppfylt for at verdiene skal få reell betydning for virksomhetenes ansatte og ledere. Han konkluderer med at det er en svakhet at mange verdier er vage og til dels uklart formulert. Det bør komme tydelig frem hvem verdiene skal gjelde for, de må være delt av organisasjonsmedlemmene og de må

kunne sanksjoneres. I virksomheter som skiltes med verdier som i virkeligheten ikke betyr noe, svekkes ledelsens legitimitet og autoritet (Falkenberg: 2006).

Falkenberg grupperer ulike typer verdier i et såkalt "Competing Values Framework". Han finner gjennom dette arbeidet et stort innslag av sprikende eller konkurrerende verdier – og at det er vanskelig å gjenfinne et hierarki av verdier i organisasjonene; det tas sjelden opp til drøfting de dilemmaene som oppstår når de ansatte og organisasjonen må prioritere mellom ulike verdier, for eksempel moralske og økonomiske (ibid).

Falkenbergs funn kan se ut til å stemme med inntrykket informantene i denne studien gir. Avdelingssykepleierne beskriver en lederhverdag hvor de "åpne verdiene", ikke nødvendigvis er de mest fremtredende i driften og i det vi faktisk gjør. Økonomiske motiver er underkommunisert og skaper forvirring rundt hva som skal være styrende verdier for praksis. Det er innført parametere som ikke nødvendigvis er overførbare og vellykkede i forhold til omsorgens vesen. Denne utydeligheten og forvirringen vil kunne true organisasjonens legitimitet på sikt, og er en bekymring som deles av flere av avdelingssykepleierne i denne studien.

I SYEs nyeste strategiplan er omdømmebygging et vektlagt område for satsning de neste fem år. De ønsker å være attraktive for både pasienter som søker om fast plass på sykehjem, og for dyktige arbeidstakere. Omdømmebygging handler ikke bare om å få positive artikler eller nyhetsoppslag i mediene. Omdømme skapes hver eneste dag ansatte, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere ved våre sykehjem formidler hvordan dagen har vært, hvordan oppgaver ble løst, hvordan de ble møtt. Verdier; åpne eller skjulte; skaper kultur og påvirker tjenesten. Strukturer, kultur og verdier formidlet i organisasjonen må innrettes og evalueres i tråd med virksomhetens hensikt og mål og samfunnets krav. Fortsatt har sykehjemmene ledere som tviholder på legitime verdier. Disse opplever imidlertid et stort press om å endre seg.

4.3.4 Verdibasert ledelse og kultur

Schein (1987) hevder at lederens hovedoppgave er å påvirke organisasjonskulturen. Han sier videre at det som oppmuntres og belønnes, bagatelliseres eller sanksjoneres, gir signaler som påvirker dannelsen av grunnleggende antakelser og kultur i sykehjemmene, og former de ansatte og den omsorg som gis. Slik sett kan man si at alt en leder foretar seg, det formidler

verdier og bidrar til ledelse av organisasjonsmedlemmene i en eller annen retning. Alt en leder gjør er ”verdibasert”; med andre ord er det et spørsmål om *hvilke* verdier man ønsker å formidle? Det er god grunn til å være bevisst på den kultur som leder og organisasjonen legger føringer for.

Verdibasert ledelse stiller krav til lederen om å ”leve som man lærer”. Ledere må vise at de selv praktiserer verdiene; måten lederen *opptrer på* viser seg å være et kraftigere styringssignal enn det lederen *sier* (Schein 1994, i Kirkhaug 2013).

Flere av avdelingssykepleierne snakket om at de ønsket å være mer synlig og tilstede i avdelingen for å kunne påvirke og støtte sine ansatte i vanskelige og viktige valg i hverdagen. Samtidig opplevde de at dette var vanskelig å prioritere og finne nok tid til. De mente også at de hadde mye å bidra med på sykepleiefaglige områder, og ønsket å påvirke holdninger og praksis så mye de kunne. Lederne opplevde at de lyktes i varierende grad med dette. I stedet ble de trukket mer og mer inn på kontoret, der mengden oppgaver alltid var stor og tidsfristene korte.

Lederens rolle i å uttrykke og tolke verdier har i følge Selznick (1997) en vesentlig betydning for verdiarbeid i avdelingen. Når ledere er synlige og faglig sterke aktører i avdelingsmiljøet har de desto mer innflytelse på sine medarbeidere i form av identifikasjon, internalisering og tilslutning. En leder vil alltid bli observert og diskutert, slik at alt en leder gjør som er synlig vil ha en symbolverdi som vil prege kulturen i avdelingen. Det gjelder både direkte beboerrettet arbeid ved å sette beboerperspektivet først, men også gjennom budsjettarbeid og personalpolitikk. En av avdelingssykepleierne har selv erfart dette, og mener at personalfokusert arbeid resulterer i pasientfokusert arbeid; når personalet opplever en grunnholdning fra lederens side om at ”hos oss så respekterer vi hverandre, vi lytter og tar hensyn til hverandre”; så videreføres dette til omsorgen de gir videre til pasientene.

Helsetjenestens *kultur* og *struktur* har vært kritisert for å være for mye driftsorientert og knyttet opp mot produksjon, effektivitet og administrasjon. Dette kan skyldes at organisasjonsstrukturen rundt virksomhetene har fått mer og mer likheter med markedsøkonomiske ledelsesstrukturer. Også markedsøkonomiens begrepsbruk som produksjon og effektivitet har fått større plass i handlingsplaner for helsevirksomhetene. Rita Jacobsen (2009) problematiserer dette i sin artikkel om ledelse i demensomsorgen. Hun har forsket på pleiekulturer og ledelse på sykehjem og ser at det ofte er slik at rutiner og drift,

og de premisser og handlingsvalg pleiepersonalet jobber under, ikke er begrunnet i faglige vurderinger med god omsorg som mål. I arbeidskulturen viser dette seg ved at effektivitet er målet, drift blir viktigere enn omsorg, rutiner gjennomføres uavhengig av om de er gode eller dårlige for pasientene, og belønning knyttes til drift og effektivitet. Sykehjemmet har både målsettinger om kvalitet og kvantitet, og når disse konkurrerer i samme budsjett er det ofte slik at den kvalitative omsorgen ofres til fordel for budsjettbalansen. Målet blir gjerne ikke kvalitet, men *forsvarlighet* i betydningen ”juridisk ryggdekning”. Personalets opprinnelige og individuelle verdier overskygges av kravet om effektivitet og oppgaveløsning. Omsorgens vesen, ønsket om å hjelpe den andre, kommer i annen rekke.

Den ene av informantene uttalte: ”Det er mer presset fra overordnede jeg kjenner virkelig på. Pasientene er for syke til å stille krav”. Hun setter her ord på en grunnleggende og alvorlig verdikonflikt av etisk karakter, noe informantene i denne studien flere ganger kommer inn på. Lederne opplever at pasientenes behov blir overdøvet av andre presserende hensyn som tar fokus, fordi struktur og kultur i organisasjonen ikke er støttende eller hensiktsmessige for den målsetningen som organisasjonen har. Mitt inntrykk er at avdelingssykepleierne i denne studien er klar over dette, og strekker seg langt for å lede etter grunnleggende omsorgsverdier. Samtidig lever konkurrerende verdier som effektivitet, kontroll og orden, i beste velgående og har også blitt en vesentlig del av de verdier som avdelingssykepleier baserer sin ledelse på.

Kilder og referanser:

Aadland, E. (1997): *Og eg ser på deg... Viteskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Aschehoug

Adland, E. (1994): *Kultur – I helse- og sosial- og utdanningsorganisasjonar*. Oslo: Det Norske Samlaget

Aadland, E. (2011): *Den truverdige leiaren*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Adizes, I. (1980): *Lederens fallgruver og hvordan man unngår dem*. Oversatt av Nora Hoff. Oslo: Hjemmet Fagpresseforlaget.

Angell, O.H. (kommende): *Leiarar og leiarroller i Den norske Kyrkja på lokalplan: Diakonen som leiar i ein norsk, luthersk tradisjon*. Innsendt for publisering til Nordiske Organisasjonsstudier.

Askeland, H. (2013): *Ledelse og verdiarbeid i praksis*. Rapport 2013/9. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole

Askeland, H. (2015): *Managerial practice in faith-based welfare organizations*. Nordic Journal of Religion and Society (2015), 28 (1):37-58.

Bourdieu, P., Wacquant, LJD (1993): *Den kritiske ettertanke*. Oslo: Det Norske Samlaget

Busch, T. (2012): *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen: Fagbokforlaget

Falkenberg, G.(2006): *Verdier og sosiale normer i store norske virksomheter. Viktige kulturbærere eller fordekt PR?* Oslo: Fafo

Gadamer, H.G. (2007): *Sandhed og metode. Grundtrek af en hermeneutisk erfaringsteori*. København. Academic

Heggen, K. og Engebretsen, E.(2012): *Makt på nye måter*. Oslo. Universitetsforlaget.

Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2011): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, R. (2005) *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieleidelse*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Jacobsen, R.(2009): *Mellomlederens ledelsesfilosofi – avgjørende for kvaliteten i demensomsorgen*. Demens & alderspsykiatri vol.13 nr.1.

Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2011): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kirkhaug, Rudi (2013): *Verdibasert ledelse - Betingelser for utøvelse av moderne lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget

Krogh, T. (2009): *Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Lingås, L.G. (2008): *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Martinsen, Ø.L(red.) (2010): *Perspektiver på ledelse*. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS,

Paulsgaard, G. (1997): *Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler?: I Fossåskaret, E., Fuglestad og Aase, TH (red): "Metodisk feltarbeid"*. Oslo: Universitetsforlaget, s.70-93.

Postholm, MB (2010): *Kvalitativ metode*. Oslo: Universitetsforlaget

Reay, T. And Hinings, C.R.(2009): *Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics*. Organization studies. <http://www.sagepub.co.uk/journals.permissions.nav>

Schein, E.H. (1982) *Organisasjonspsykologi*. Oslo: Tanum-Norli

Schein, E (1987): *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo: Mercuri Libro Forlag

Schmid, H. (2010) *Leadership Styles and Leadership Change in Human and Community Service Organizations*.

Selznick, P.(1997) [1957]: *Lederskap*. Oslo: Tano-Aschehoug

Stamsø, M.A. (red) (2012) *Velferdsstaten i endring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Strand, T.(2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget

Sørensen E.E., Delmar, C og Pedersen, B.P. (2011): *Leading nurses in Dire Straits – Head nurses`navigation between nursing and leadership roles*. Journal of Nursing Management; 2011: 19 (4) 421-430.

Vabo, S.I (red) og Vabø, M (red)(2014): *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vike, H. (2004): *Velferd uten grenser*. Oslo: Akribe as

www.regjeringen.no:

Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*
Omsorg 2020 og Kompetanseløft 2020: hentet fra

www.lovdatabasen.no :

Lov om helsepersonell(1999)

Lov om pasientrettigheter(1999)

Lov om helsetjenesten i kommunene(1982)

Vedlegg 1: Intervjuguide

Spørsmål som ikke tas opp på bånd men noteres ved siden av:

- Hvor stor er den avdelingen du er leder for? (antall beboere/antall ansatte)
- Hvor lenge har du jobbet som avdelingssykepleier?
- Har du noen formell lederutdanning?
- alder

Hovedspørsmål:

- Kan du beskrive en helt vanlig arbeidsdag for deg?
- Hvilke forventninger stilles til deg som avdelingssykepleier?
- Hvordan møter du disse forventningene?
- Noen ganger vil ulike forventninger stå i kontrast til hverandre. Har du noen tanker omkring hvordan du prioriterer og gjør valg – og hvorfor?
- Hva er viktig for deg som leder? Har du noen grunnprinsipper eller grunnverdier?
- Hva betyr dine verdier for motivasjon i jobben?

Vedlegg 2: Info.skriv til avdelingssykepleiere

Kunne du tenke deg å delta i forskningsprosjektet

”Avdelingsledelse i sykehjem”?

Bakgrunn og formål

Jeg er avdelingssykepleier ved et kommunalt sykehjem i Oslo, og er i ferd med å skrive en avsluttende masteroppgave i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmets høyskole. I den forbindelse ønsker jeg å se nærmere på ledelse av sykehjemsavdelinger.

Med utgangspunkt i det stadig mer krevende samfunnsoppdraget om å drive god og forsvarlig helsetjeneste, samtidig med en tydeligere bestilling fra politisk hold om fokus på ledelse i primærhelsetjenesten, ønsker jeg i denne studien å belyse avdelingssykepleieres erfaringer med ledelse av en sykehjemsavdeling. Dere har en mellomlederstilling med mange og komplekse ansvarsoppgaver; overordnet faglig ansvar for oppfølging av sårbare pasienter, personalansvar for faglærte og ufaglærte, og økonomiansvar for avdelingen. Disse ulike oppgavene krever ulike kvalifikasjoner og har ofte ulike krav og verdier knyttet til seg. Jeg er nysgjerrig på hvilke forventninger dere som ledere opplever, hvordan denne kompleksiteten kombineres, håndteres og erfares og hva det er som gjør at dere, tross stort press, greier og ønsker å være avdelingsleder?

Deres ledererfaringer kan bidra til i større grad å forstå kompleksiteten og utfordringene i denne rollen, og gi nyttig innsikt for å ta vare på ledere i sykehjem.

Jeg ønsker å intervju 7-8 avdelingssykepleiere ved kommunale sykehjem i Oslo som alle har et bredt ansvarsområde som leder; både fag, personal- og økonomi. Jeg ønsker bredde i utvalget av informanter når det gjelder alder, kjønn og erfaring.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer å sette av tid til ett individuelt intervju med meg; varighet fra 30min-1time, i begynnelsen av januar 2016. Intervjuet vil bli gjennomført på et tidspunkt som passer deg og der du måtte ønske det slik at det skal bli minst mulig belastning på deg som informant.

Under intervjuet vil spørsmålene rette seg mot dine erfaringer som avdelingssykepleier; hvilke forventninger som stilles til deg i din lederrolle, hvordan disse forventninger erfares, håndteres og kombineres, og hva som er viktig for deg for å fortsatt ønske å være avdelingssykepleier.

Jeg ønsker å bruke lydopptaker under intervjuet i tillegg til å ta notater underveis. Opptak av intervjuet vil bli omgjort til skrevet tekst før materialet analyseres. I denne prosessen vil alle sitater bli anonymisert slik at det ikke skal være sporbart direkte eller indirekte tilbake til deg. Etter studiet er gjennomført og prosjektet er levert og bedømt vil opptak og transkribert materiale i sin helhet destrueres. Det vil ikke fremkomme i oppgaven hvilke sykehjem som har deltatt, heller ikke kobling av intervju mot informantens alder, kjønn, ansiennitet eller annet som vil kunne være sporbart.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydfiler fra intervjuet vil slettes etter transkribering. Under transkribering vil intervjuet anonymiseres; informasjon som kan knyttes til deg vil bli utelatt eller endret slik at det som blir skrevet ned ikke kan gjenkjennes som dine utsagn i publikasjonen. Har du spørsmål eller bekymringer rundt dette, ta kontakt med meg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 02.05.16. Etter sensur vil alle data fra intervjuene bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Før intervjuet gjennomføres vil områdedirektør Eva Waaler og daglig leder ved ditt sykehjem ha godkjent prosjektet.

Daglig leder ved ditt sykehjem har blitt spurt om å foreslå ledere til intervju, og har satt meg i kontakt med deg.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg på tlf: 91113792 eller mail; helene.eikel@gmail.com. Alternativt kan også min veileder på Diakonhjemmets høyskole kontaktes; Stephen Sirris; tlf: 22451816, mail: stephen.sirris@diakonhjemmet.no

Forespørsel om tillatelse til gjennomføring av forskningsprosjekt om avdelingsledelse i sykehjem

Jeg er avdelingssykepleier ved skjermet avdeling for personer med demens ved Midtåsenhjemmet på Nordstrand. Her har jeg jobbet i 7 år som avdelingssykepleier. For tiden er jeg i ferd med å skrive en avsluttende masteroppgave i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmets høyskole. I den forbindelse ønsker jeg å se nærmere på ledelse av sykehjemsavdelinger.

Bakgrunn og formål

Helsetjenesten i kommunen kan beskrives som ”grunnmuren” i norsk helsetjeneste; den er særdeles viktig for å møte befolkningens behov for helsetjenester som er i stadig endring. I Regjeringens nyeste stortingsmelding; ”*Fremtidens primærhelsetjeneste*”, beskrives utfordringer for primærhelsetjenesten de neste fem årene og regjeringens retning og satsningsområder (Meld. St.nr.26: 2015). Behovet for økt kompetanse på alle nivåer, bedre kvalitet på tjenestene og styrking av ledelse og lederkompetanse gis mye oppmerksomhet i denne ferske erklæringen. Dette utdypes ytterligere i regjeringens plan for ”*Kompetanseløft 2020*”, og i ”*Omsorg 2020*” som er regjeringens planer for prioriterte felt i 2015-2020. Her fremheves omsorgssektoren som et komplekst og krevende område å være leder for, hvilket stiller høye krav til ledelses- og fagkompetanse.

Med utgangspunkt i det stadig mer krevende samfunnsoppdraget om god og forsvarlig helsetjeneste, samtidig med en tydeligere bestilling om fokus på ledelse i primærhelsetjenesten, ønsker jeg i denne studien å belyse avdelingssykepleieres erfaringer med ledelse av en sykehjemsavdeling. Gjennom å intervju avdelingssykepleiere i sykehjem ønsker jeg særlig å få belyst de forventninger og krav som ligger til avdelingssykepleierrollen fra ulike hold, og se nærmere på hvordan disse kombineres og håndteres av den enkelte. Jeg er interessert i å belyse faktorer som bidrar til ønske om å forbli i lederjobben og hva som gir motivasjon i arbeidet.

Hvordan prosjektet er tenkt gjennomført

Jeg ønsker å intervju 7-8 avdelingssykepleiere på 3-4 sykehjem. Jeg ønsker å konsentrere meg om kommunale sykehjem, da disse avdelingssykepleierne har et bredt og komplekst ansvarsområde med både fag-, personal- og økonomisk ansvar. Jeg ønsker bredde i utvalget av informanter når det gjelder alder, kjønn og erfaring.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at 1-2 avdelingssykepleiere hos deg må sette av tid til ett individuelt intervju med meg; varighet fra 30min-1time, i begynnelsen av januar 2016. Intervjuet vil bli gjennomført på et tid og sted som passer leder og arbeidssted slik at det blir minst mulig ressurskrevende for dere.

Under intervjuet vil spørsmålene rette seg mot erfaringer som avdelingssykepleier; hvilke forventninger som stilles til lederrollen, hvordan disse forventninger erfares og håndteres og hva som oppleves som viktig for å fortsatt ønske å være avdelingssykepleier.

Jeg ønsker å bruke lydopptaker under intervjuet som senere blir transkribert. I denne prosessen vil alle sitater bli anonymisert slik at det ikke skal være sporbart direkte eller indirekte tilbake til informant eller sykehjem. Etter studiet er gjennomført og prosjektet er levert og bedømt vil opptak og transkribert materiale i sin helhet destrueres. Det vil ikke fremkomme i oppgaven hvilke sykehjem som har deltatt, heller ikke kobling av intervju mot informantens alder, kjønn, ansiennitet eller annet som vil kunne være sporbart.

Hva skjer med datamaterialet etter prosjektperioden?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydfiler fra intervjuet vil slettes etter transkribering. Under transkribering vil intervjuet anonymiseres slik at det som blir skrevet ned ikke kan knyttes til noen bestemt person eller sykehjem i publikasjonen.

Har du spørsmål rundt dette, ta kontakt med meg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 02.05.16. Etter sensur vil alle data fra intervjuene bli slettet.

Jeg stiller gjerne opp for å legge frem oppgaven i deres ledergruppe etter at prosjektet er ferdig dersom det er ønskelig.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og informantene kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med meg på tlf: 91113792 eller mail; helene.eikel@gmail.com. Alternativt kan også min veileder på Diakonhjemmets høyskole kontaktes; Stephen Sirris; tlf: 22451816, mail: stephen.sirris@diakonhjemmet.no

Med vennlig hilsen

Helene Eikel